

Styret i Sykehuset Telemark HF
Brukerutvalgets leder og nestleder

Vår referanse:

Saksbehandler: Tone Pedersen +47 957 94 426

Dato:

15. mai 2023

Innkalling til styremøte i Sykehuset Telemark HF

Det innkalles til styremøte i Sykehuset Telemark HF

Tid: Onsdag 24. mai 2023 kl. 09:00 – 17:00

Møtested: Gjerpensgt. 14 i Skien (BUP Grenland)

Vedlagt følger saksliste og saksfremlegg til møtet.

Vararepresentanter møter kun etter særskilt innkalling.

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

Med vennlig hilsen
Sykehuset Telemark HF

Anne Biering
styreleder

Styremøte i Sykehuset Telemark HF
Dato og kl.: 24. mai 2023, kl. 0900 – 1700

Sted: Gjerpensgate 14 i Skien (BUP Grenland)

Møteleder: Styreleder Anne Biering

Saksliste

Tentativ plan	Saksnr.	Sakstittel	Sakstype
0900 – 0905	040 – 2023	Godkjenning av innkalling og saksliste v/Styreleder	Beslutning
	041 – 2023	Godkjenning av protokoll fra styremøte 22. mars v/Styreleder	Beslutning
0905 – 1005	042 – 2023	Utbygging somatikk Skien – Veivalg v/Utviklingsdirektør	Orientering
1005 – 1020	043 – 2023	Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark – barn og unge i dag, avgjørende for fremtiden v/Ansgar Berg klinikkjef, BUK	Orientering
1020 – 1030		Pause	
1030 – 1050	044 – 2023	Orientering om BUP Grenland prosjektet v/Ansgar Berg klinikkjef, BUK	Orientering
1050 – 1115	045 – 2023	Uønskede pasienthendelser 2022 - statistikk og analyse v/Fagdirektør og Liv Carlsen, spesialrådgiver	Orientering
1115 – 1145	046 – 2023	Alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser 2022 v/Fagdirektør og Elisabeth Hessen, kvalitetssjef	Orientering
1145 – 1230		Lunsj	
1230 – 1250	047 – 2023	Driftsorienteringer fra administrerende direktør v/Administrerende direktør	Orientering
1250 – 1335	048 – 2023	Virksomhetsovergrepene prosjekter – status v/Utviklingsdirektør	Orientering
1335 – 1435	049 – 2023	Virksomhetsrapport per 1. tertial 2023 v/Økonomidirektør	Orientering
1435 – 1445		Pause	
1445 – 1515	050 – 2023	Årsrapport Helse, miljø og sikkerhet 2022 v/HR-direktør og Liv Carlsen, spesialrådgiver	Orientering

Tentativ plan	Saksnr.	Sakstittel	Sakstype
1515 – 1545	051 – 2023	Resultat og oppfølging av ForBedring 2023 v/HR-direktør og Sigrid Christie, avdelingsleder	Orientering
1545 – 1610	052 – 2023	Status tiltak med timeavlysninger/ikke møtt v/Fagdirektør	Orientering
1610 – 1620	053 – 2023	Høringsuttalelse – Helsepersonellkomisjonens rapport 2023 v/Fagdirektør	Orientering
1620 – 1630	054 – 2023	Oppdatering av retningslinjer for lederlønn ved Sykehuset Telemark HF v/Administrerende direktør	Beslutning
1630 – 1635	055 – 2023	Oppnevning av medlemmer til brukerutvalget og valg av leder og nestleder for perioden 2023 – 2025 v/Administrerende direktør	Beslutning
1635 – 1645	056 – 2023	Brukerutvalgets leders orientering v/Brukerutvalgets leder	Orientering
1645 – 1650	057 – 2023	Styrets årsplan 2023 – oppdatert v/Administrerende direktør	Orientering
1650 – 1700		Andre orienteringer <ul style="list-style-type: none"> • Styreleder orienterer • Foreløpig protokoll ungdomsrådet 21. mars • Foreløpig protokoll BU møte 27. april • Foreløpig protokoll styremøte HSØ 28. april • Foreløpig protokoll fra ekstraordinært styremøte HSØ 11. mai 	Orientering

Saksfremlegg

Saksgang

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	24. mai 2023

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

040-2023 Godkjenning av innkalling og saksliste

Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Skien, 15. mai 2023

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg

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

Saksfremlegg

Saksgang

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	24. mai 2023

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

041-2023 Godkjenning av protokoll fra styremøte 22. mars

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 ekstraordinære styremøte 22. mars 2023 godkjennes.

Skien, 15. mai 2023

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg

- Protokoll fra styremøte 22. mars 2023 i Sykehuset Telemark HF

Møteprotokoll

Styre:	Sykehuset Telemark HF
Møtested:	Administrerende direktørs møterom. Skien
Dato:	22. mars 2023
Tidspunkt:	Kl. 09.00 – 17.00

Følgende styremedlemmer møtte:

Anne Biering	Styreleder	
Kine Cecilie Jordbakke	Nestleder	Forfall
Turid Ellingsen		Forfall
Nils Kristian Bogen		
Per Christian Voss		
Marjan Farahmand		
Trygve Kristoffer Nilssen		
Johanne Haugan		
Arne Runde		
Janne Olimstad Guldbjørnsen		
Elise Haugerø		

Fra brukerutvalget møtte:

Rita Andersen
Sondre Otervik

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Tom Helge Rønning
Fagdirektør Halfrid Waage
Økonomidirektør Geir Olav Ryntveit
Spesialrådgiver Tone Pedersen

024-2023	Godkjenning av innkalling og saksliste
-----------------	---

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og saksliste til styremøte 22. mars 2023.

025-2023	Godkjenning av protokoll fra styremøte 15. februar 2023
-----------------	--

Protokoll fra styremøte 15. februar 2023 er godkjent elektronisk av styrets medlemmer før møtet.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 15. februar 2023 godkjennes.

026-2023	Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår, retnings-linjer for lederlønn og godtgjørelsesrapport for ledende personer
-----------------	--

Saken tar opp ledernes ansettelsesvilkår og rapportering i henhold til nye retningslinjer for lederlønn/godtgjørelse for ledende personer gjeldende fra 2022. Saken er oppfølging av vedtak i Foretaksmøtet i 2022.

Kommentarer i møtet

Revisor orienterte om at rapporten skal endres (administrativ korrigerings) på følgende områder;

- Foretaket **har** styreansvarsforsikring.
- Endring av underlag til informasjon i tabell 3A (5 års tabellen).
Tallunderlaget som er benyttet er korrekt, men lite hensiktsmessig. Revisor har fremlagt og blitt enig med Helse Sør-Øst forslag til tallgrunnlag som skal benyttes. Dette er tall fra fremforhandlede lønnsoppgjør. Dessverre har ikke denne informasjonen tidligere blitt formidlet til helseforetaket.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår, retningslinjer for lederlønn og godtgjørelses-rapport for ledende personer vedtas som fremsatt i saken, men med administrativ korrigerings fremlagt i møtet.

027-2023	Årsregnskap med noter og årsberetning for 2022
-----------------	---

Saken presenterer årsregnskap og årsberetning for 2022.

Sykehuset Telemark rapporterer et resultat på 1,4 millioner kroner, som er 58,6 millioner kroner dårligere enn styringsmålet og 25 millioner kroner svakere enn fjorårets resultat. Effektuerte og aktiverte ordinære investeringer var på 67 millioner kroner, som er 53 millioner kroner lavere enn budsjettet. Videre er det aktivert kostnader på 34 millioner kroner i USS forprosjektet.

Sykehuset har benyttet basisbevilgningene og levert helsetjenester for pasientene i opptaksområdet, i tråd med regionale føringer og oppdraget fra eier. Virksomheten er styrt innenfor tilgjengelig likviditet. Sykehusets økonomiske situasjon er krevende ved utgangen av året og krever betydelige omstillinger for å etablere økonomisk bærekraftig drift.

Revisor deltok under behandling av saken i møtet og redegjorde for sine observasjoner fra revisjonen. Revisor avgir normalberetning. En del av møtet ble avholdt uten at administrasjonen var tilstede.

Årsberetning og årsregnskap signeres elektronisk.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styrets beretning for 2022 godkjennes.
2. Styret vedtar årsregnskap med noter og styrets beretning.

028-2023	Årsmelding 2022 Pasient- og brukerombudet
-----------------	--

Pasient- og brukerombudet Vestfold og Telemark, kontor Skien presenterte i møtet resultater fra årsmeldingen, som vedrører Sykehuset Telemark HF for styret.

Kommentarer i møtet

Styret peker på viktigheten av kommunikasjon og informasjonen ovenfor/til pasienter og pårørende. Området er en gjenganger i klager fra pasientene og det er viktig at helseforetaket fortsetter sitt preventive arbeid for å få til ytterligere forbedring.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar saken til orientering.

029 -2023	Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark – Ideoverføringsprosjekt Nyfødt Intensiv - Virtuelt hjemme sykehus for premature og nyfødte
------------------	---

Hensikten med saken er å gi styret ved Sykehuset Telemark et innblikk i det oppstartede prosjektet knyttet til virtuelt hjemme sykehus ved Seksjon for nyfødt intensiv.

Kommentarer i møtet

Styret takker for en god informasjon om et tilbud som både styrker pårørendes helsekompetanse og involvering, samt bidrar til bedre bruk av teknologi og økt brukerstyring. Styret peker på viktigheten av å utvide tilbudet til andre pasientgrupper.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar saken til orientering.

030-2023	Investering i sikkerhetspsykiatrien
-----------------	--

Saken er tidligere omhandlet i styresakene 042-2022 og 064-2022.

I styresak 064 – 2022 Styrking av tilbudet innen psykisk helsevern besluttet styret en styrking av tjenestetilbudet innen psykisk helsevern og rusbehandling. Med bakgrunn i vedtaket ble det gjennomført et forprosjekt for utbygging av 7 nye sikkerhetspsykiatriplasser. Forprosjektet ble ferdigstilt ultimo desember 2022 med en investeringskalkyle på 30,6 millioner kroner. Prosjektet har derfor fått en økonomisk ramme, som er større enn opprinnelig antydning i styresak 064-2022 og dessuten utenfor administrerende direktørs fullmakter (20 millioner kroner).

I denne saken gjøres rede for arbeidet i forprosjektet og årsaker til at kostnadene har blitt høyere enn lagt til grunn ved tidligere behandling. Sentrale forutsetninger med hensyn til pasientgrunnlag er dessuten verifisert.

Kommentarer i møtet

Styret mener at økningen i investeringsrammen til prosjektet er uheldig. Styret ber administrasjonen om å gjennomføre en evaluering av prosjektet for læring/forbedring, samt sikre prosesser for å utvikle økt presisjonsnivå på investeringskalkyler for videre prosjekter og aktiviteter.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret beslutter videreføring av prosjektet basert på foreslått løsning fra forprosjekt, og innenfor en samlet investeringsramme på 30 millioner kroner. Styringsrammen i prosjektet settes til 27 millioner kroner og det forutsettes at forprosjektets kuttliste legges til grunn ved gjennomføring.

Prosjektet er innarbeidet i investeringsbudsjettet for 2023 og vil innarbeides i investeringsbudsjettet for 2024.

031-2023**Driftsorienteringer fra administrerende direktør**

Administrerende direktør informerte om, i tillegg til orienteringer i saksfremlegg, følgende:

- **Åpning av nye lokaler til BUP**
Mandag 20. mars åpnet de nye lokalene for pasienter til BUP Grenland i Gjerpensgate 14 i Skien. Ny organisasjonsstruktur er på plass, fire seksjoner har nå blitt til tre. De nye lokalene gir et godt grunnlag for å drive god pasientbehandling for barn og unge. Helse- og omsorgsministeren vil delta under den offisielle åpningen 12. mai.
- **Besøk fra Helse- og omsorgsdepartementet 21. mars**
En gruppe fra Helseerettsavdelingen i HOD og representanter fra Helse Sør-Øst har vært på en studietur til seksjon for medisinsk genetikk ved Sykehuset Telemark. Helseerettsavdelingen forvalter regelverket for bioteknologi og helseregistre/ personvern, og ønsker å lære mer om genetikk og hvordan opplysninger fra genetiske undersøkelser behandles i helsetjenesten. Tilsvarende studiebesøk avholder gruppen også på Oslo universitetssykehus.
- **Helsepersonellkommisjons rapport er nå ute på høring**
Helsepersonellkommisjonen har utarbeidet en helhetlig og kunnskapsbasert vurdering av behovene for personell og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene frem mot 2040. Den har også foreslått tiltak for å utdanne, rekruttere og beholde kvalifisert personell i hele landet, for å møte utfordringene i helse- og omsorgs-tjenestene på kort og lang sikt. Rapporten er nå ute på alminnelig høring med frist til 2. mai til å avgi høringsinnspill. Helseforetaket utarbeider et høringsinnspill. Dersom styrets medlemmer har høringsinnspill oppfordres det til å spille disse inn til styrets sekretær.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

032-2023**Protokoll fra foretaksmøte 17. februar med oppdragsdokument 2023 og protokoll fra foretaksmøte 13. mars**

Det ble avholdt foretaksmøte 17. februar 2023 hvor Oppdrag og bestilling 2023 ble gjort gjeldende for Sykehuset Telemark HF. Gjennom oppdrag og bestilling gis Sykehuset Telemark HF styringskrav fra Helse Sør-Øst RHF for 2023.

I foretaksmøtet 13. mars 2023 fikk Sykehuset Telemark vedtak om en økning av basisbevilgningen i 2023.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar *protokoll* fra foretaksmøte i Sykehuset Telemark HF 17. februar 2023 og *Oppdrag og bestilling 2023* for Sykehuset Telemark HF til etterretning.

2. Styret tar *protokoll* fra foretaksmøte i Sykehuset Telemark HF 13. mars 2023 for Sykehuset Telemark HF til etterretning.
3. Styret ber om å bli orientert om status for gjennomføringen av styringskravene i Sykehuset Telemarks ordinære rapportering til styret og i Årlig melding 2023.

033-2023	Virksomhetsrapport per februar 2023
-----------------	--

Presentasjon av virksomhetsrapport per februar 2023.

Kommentarer i møtet

Styret merker seg sykehusets krevende driftssituasjonen og at de svake økonomiske resultatene fortsetter i februar. Styret er spesielt opptatt av negativt avvik på variabel lønn og at innleie fortsatt er svært utfordrende. Styret ber administrasjonen legge til rette for, under presentasjonen av virksomhetsrapporten per 1. tertial i styrets møte i mai, at klinikkssjef i kirurgisk klinikk og i medisinsk klinikk, presenterer hvilke tiltak klinikkene har iverksatt/og resultat etter fire måneders drift.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per februar 2023 til orientering.

034-2023	Revidert budsjett 2023
-----------------	-------------------------------

Økonomisk resultatkrav for 2023 ble fastsatt under forutsetning av bevilgningene i Prop. 1S (2022-2023). Som følge av økningen i basisramme er det en forventning om at helseforetakene oppdaterer resultatkravet for 2023.

Den økonomiske styringsfarten per februar er betydelig svakere enn forutsatt i opprinnelig budsjett for 2023. Ved rapportering i februar ble estimatet for året vurdert og fastsatt til minus 50 millioner kroner. Det vurderes derfor at de ekstra midlene i hovedsak vil benyttes til å kompensere for lavere styringsfart, slik at nytt resultatkrav foreslås satt til +20 millioner kroner mot opprinnelig budsjett på +10 millioner kroner.

Kommentarer i møtet

Styret peker på viktigheten om at omstillingsarbeidet må fortsette med uforminsket styrke.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Med bakgrunn i forslaget om tildeling av ekstraordinære midler økes resultatkravet for Sykehuset Telemark HF i 2023 til 20 millioner kroner.

035-2023**Økonomisk langtidsplan 2024-2027 – status i arbeidet**

Saken presenterer status i arbeidet med sykehusets arbeid med økonomisk langtidsplan 2024-2027. Planen skal leveres til Helse Sør-Øst 18.april.

Følgende ble presentert:

Resultatbanen i forrige ØLP (2022-2025) la opp til et driftsresultat på 60 millioner kroner i 2023 og 2024, og driftsresultat på 40 millioner kroner i 2025 og 2026, to år som ville preges av gjennomføringsfasen i USS prosjektet.

Fjorårets krevende driftsforhold og den høye prisveksten har svekket foretakets økonomiske situasjon gjennom høsten og endret rammeforutsetningene ved inngangen til 2023. Varslet tilleggsbevilgning legger grunnlag for å øke resultatkravet fra 10 til 20 millioner kroner (jf. sak 034-2023 Revidert Budsjett 2023).

Administrerende direktør forventer at resultatbanen i ØLP 2024-2027 vil følge den samme resultatbane som i forrige ØLP. I tillegg til den nevnte tilleggsbevilgningen over er det varslet at det kommer midler i revidert nasjonalbudsjett for 2023, som kompenserer for ekstraordinær pris- og kostnadsvekst. Sammen med effekter av pågående omstillingsaktiviteter forventes dette å legge grunnlag for å opprettholde resultatbanen.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar saken til orientering.
2. Administrerende direktør bes ferdigstille arbeidet med ØLP 2024-2027 i tråd med innspill gitt under møtet.

036-2023**Interne revisjoner Årsrapport 2022 og plan 2023**

Interne revisjoner er en sentral del av sykehusets systematiske arbeid for å forbedre kvalitet, pasientsikkerhet og HMS. Interne revisjoner gjennomføres i henhold til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgssektoren og Internkontrollforskriften HMS. I tillegg ivaretar internrevisjonen sykehusets oppfølgingen av krav til internkontroll i en rekke ulike særforskrifter.

Kommentarer i møtet

Styret takker for en god presentasjon av et viktig arbeid til forbedringer og berømmer helseforetaket for gode format på rapportene.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

1. Styret tar Årsrapport internrevisjon 2022 til etterretning og ber administrerende direktør sørge for at anbefalte tiltak til forbedring og læring blir fulgt opp.
2. Styret gir sin tilslutning til plan internrevisjon 2023 og ber om at Årsrapport internrevisjon 2023 legges fram for styret våren 2024.

037-2023	Styrets møteplan 2024
-----------------	------------------------------

Styrets enstemmige**VEDTAK**

1. Styret vedtar følgende plan for sine styremøter i 2024:
 - Onsdag 14. februar
 - Onsdag 20. mars
 - Onsdag 22. mai
 - Onsdag 19. juni
 - Onsdag 18. september
 - Onsdag 23. oktober
 - Onsdag 20. november
 - Onsdag 11. desember
2. Styremøtene holdes ordinært i tidsrommet kl. 0900 – 1600. Det ventes holdt ordinære foretaksmøter medio februar og i mai/juni.
3. Styret vedtar følgende plan for sine styreseminar i 2024:
 - Tirsdag 19. mars
 - Onsdag 11. desember (i etterkant av styremøtet)
 - Styret i Sykehuset i Vestfold og styret i Sykehuset Telemark avholder felles styreseminar. Styrelederne blir enige om dato.
4. Styret skal ha et årlig felles møte med brukerutvalget i Sykehuset Telemark. Dette møtet legges fortrinnsvis til første del av styremøtet i juni 2024.

038-2023	Styrets årsplan 2023 - oppdatert
-----------------	---

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

Kommentarer i møtet

Møtested for styremøtet 24. mai endres til BUP Grenland sine lokaler i Gjerpensgate 14 i Skien.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar fremlagt oppdatert årsplan for 2023 til orientering

039-2023	Brukerutvalgets leders orientering
-----------------	---

Brukerutvalgets leder orienterte blant annet fra brukerutvalgets siste møte. Det ble særskilt nevnt at brukerne er bekymret for at helseforetaket reduserer prosjektet Utbygging somatikk Skien drastisk, som følge av en betydelig økning i kalkulert investeringskostnad. Konsekvensen kan da bli at pasientene ved Sykehuset Telemark får et dårligere tilbud sammenlignet med tilsvarende behandlingstilbud ved andre helseforetak.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar saken til orientering.

Andre orienteringer

- Styreleder orienterer
- Protokoll styremøte HSØ 10. februar
- Foreløpig protokoll styremøte HSØ 9. mars
- Foreløpig protokoll brukerutvalgsmøte 9. mars
- Uttale frå Vest-Telemarkrådet knytt til nedlegging
- av poliklinikken ved Seljord DPS

Temasaker:

- Styrets oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i Sykehuset Telemark ved fagdirektør
- Brukermedvirkning ved leder og nestleder av brukerutvalget ved Sykehuset Telemark
- Styrets egenevaluering/lukket møte

Møtet hevet kl. 16.00

Skien, 22. mars 2023

Elektronisk signatur

Anne Biering
styreleder

Elektronisk signatur

Kine Cecilie Jordbakke
nestleder (sett)

Elektronisk signatur

Turid Ellingsen
(sett)

Elektronisk signatur

Nils Kristian Bogen

Elektronisk signatur

Marjan Farahmand

Elektronisk signatur

Per Christian Voss

Elektronisk signatur

Johanne Haugan

Elektronisk signatur

Trygve K. Nilssen

Elektronisk signatur

Arne Runde

Elektronisk signatur

Janne O. Guldbjørnsen

Elektronisk signatur

Elise Haugerø

Elektronisk signatur

Tone Pedersen
styresekretær

Saksfremlegg

Saksgang

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	24.05.2023

Type sak (sett kryss)						
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema

Sak: 042-2023

Utbygging somatikk Skien – Veivalg

Hensikten med saken

Gjennom forprosjektet til Utbygging somatikk Skien har det, til tross for arbeid med å identifisere ytterligere besparelser og kutt, fremkommet at det ikke vil være mulig å realisere hele konseptet innenfor bevilget ramme. Sykehuset Telemark har tatt frem tre alternative veivalg for prosjektet.

Hensikten med saken er å orientere styret om bakgrunn og de ulike veivalgene Sykehuset Telemark legger frem i dialogen med Helse Sør-Øst frem mot B4-beslutning i Helse Sør-Øst styre (presumptivt utsatt til september 2023).

Forslag til vedtak

Styret deler administrasjonens vurdering av de ulike veivalg presentert i saken og ber om at innspill gitt i møtet tas med i den videre dialog med Helse Sør-Øst.

Skien, 16. mai 2023

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

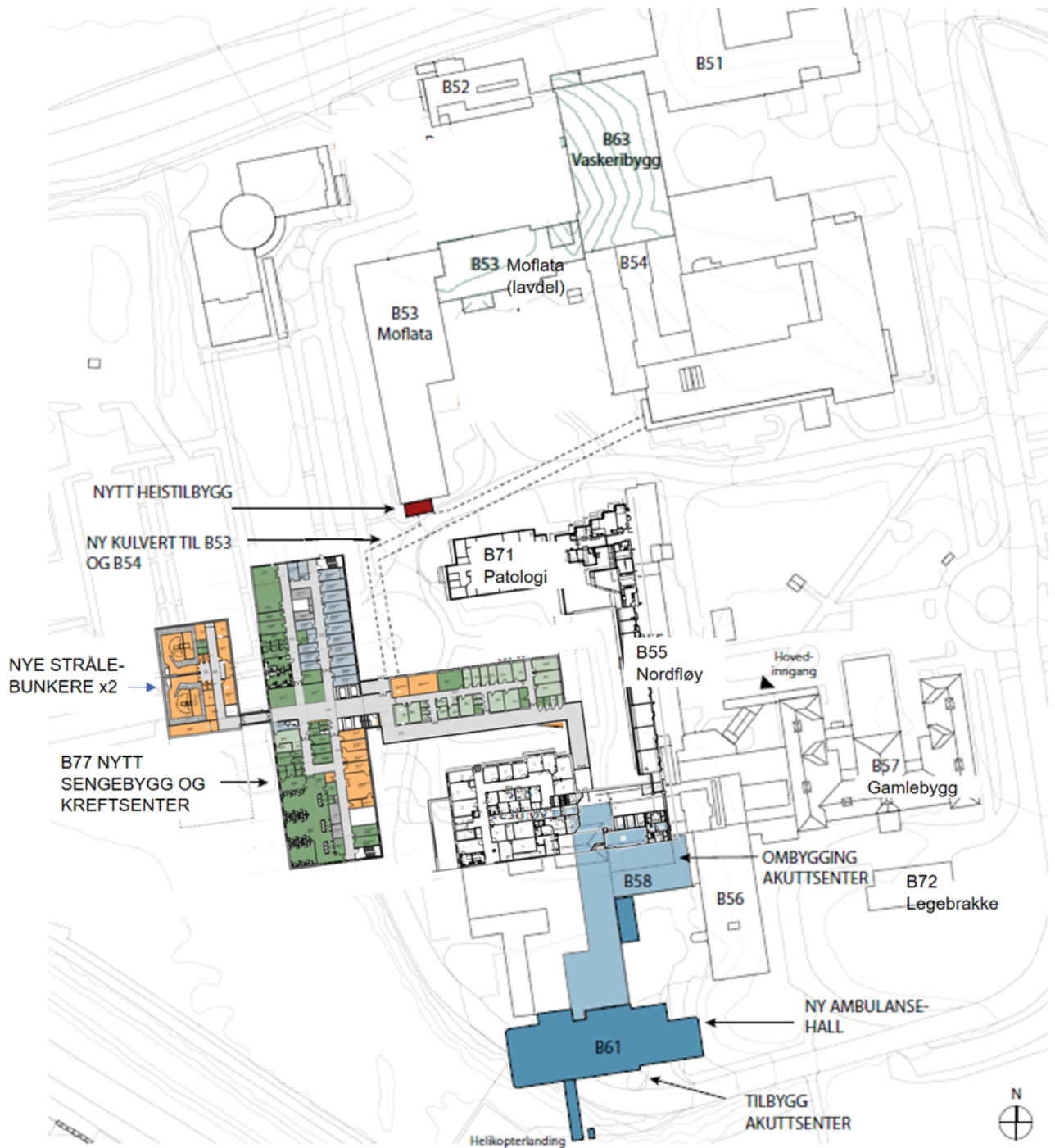
Gjennom forprosjektet til Utbygging somatikk Skien har det fremkommet at det ikke vil være mulig å realisere hele konseptet innenfor bevilget ramme. Prosjektet gjennomførte derfor en alternativutredning med sikte på å bringe kalkulerte kostnader og usikkerhetsavsetninger ned mot bevilget økonomisk ramme. Prosjektets anbefalte løsning i denne utredningen var å samle kreftsenter og sengeposter i ett felles bygg. Dette for å oppnå en lavere kostnad ved å redusere den byggtekniske risikoen knyttet til ombygging av B63-«Vaskeriet». Denne løsningen ble kalkulert til 1 850 mill kr (P50, aug. 2022), som fortsatt er ca. 600 mill kr over bevilget ramme (hvorav ekstraordinær prisvekst utgjør ca. 200 mill kr). På bakgrunn av dette har Sykehuset Telemark gått i dialog med Helse Sør-Øst om hvordan denne utfordringen skal håndteres og hvilket veivalg prosjektet skal ta.

Det er usikkert om det er mulig å finansiere hele prosjektet som skissert i alternativutredningen og Sykehuset Telemark har derfor også vurdert to alternativer hvor utbygging kan skje trinnvis. Det er da en viktig forutsetning at trinn to kan finansieres og startes innenfor en kort periode etter trinn en.

Dette notatet fremlegger tre alternative veivalg, med hensyn til kostnader, effekter for gevinstrealisering, driftseffekter og lønnsomhet (nåverdi). Det redegjøres også for helseforetakets bærekraft ved de tre veivalgene.

Administrasjonen anbefaler å gjennomføre hele utbyggingen i ett trinn, som skissert i alternativutredningen utarbeidet i forprosjektet dersom det er mulig å finne en løsning mht finansiering av kostnader utover den bevilgede styringsramme. Alternativt vil også de trinnvise utbyggingene gi akseptable løsninger, gitt at trinn to kommer relativt tett på trinn en i tid.

Administrasjonens anbefalte løsning (forprosjektets alternativutredning):



2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Prosjekt Utbygging somatikk Skien (USS) har, fra idéfase til i dag, redusert prosjektets omfang betydelig. Til tross for arbeid med å identifisere ytterligere besparelser og kutt, kan ikke hele prosjektet realiseres innenfor bevilget ramme. Det er ikke anbefalt å permanent ta ut eller utsette ett eller flere av delprosjektene da Sykehuset Telemark i så fall om kort tid vil komme i en krevende arealmessig situasjon for å kunne ivareta sørge-for ansvaret for Telemarks befolkning.

Sykehuset Telemark, Skien somatikk har nådd kapasitetstaket i eksisterende bygningsmasse. Dette gjelder både arealer for sengeposter og polikliniske arealer, noe som har medført oppdeling av spesialitetenes poliklinikkdrift over flere lokasjoner, bygg og etasjer. Enkelte poliklinikker drifter også med noen rom i sengepostareal. Ut over dette er det i tillegg behov for å finne andre arealmessige løsninger for bl.a. nukleærmedisin, medisinske poliklinikker og dialyse, som ikke kan bli værende i dagens arealer. Nytt sengebygg vil frigjøre areal i B55-Nordfløy. Dette arealet er helt nødvendig for å dekke dagens arealutfordring i Skien.

Strålesenteret inngår i Helse Sør-Øst sin plan for å desentralisere strålebehandling og skal betjene hele opptaksområdet Vestfold/Telemark. Det planlegges å bygge 2 bunkere og 2 linak, samt klargjøring av fundament for linak nr. 3 og 4. Framskrivninger viser at det relativt raskt vil bli behov for 3 bunkere med tilhørende linak. En 4. bunker vil kunne bli nødvendig på et senere tidspunkt for å sikre stråletilbudet parallelt med utskifting av linak.

Det er ikke areal tilgjengelig i andre deler av sykehuset (f eks. Porsgrunn) som kan benyttes til å løse arealutfordringen i Skien. Sykehuset Telemark har i Utviklingsplan 2035 en uttalt ambisjon om å flytte den somatiske aktiviteten fra Porsgrunn til Skien. Denne ambisjonen vil ikke la seg realisere med det vedtatte prosjektinnholdet i USS, og sykehuset vil måtte drive videre i Porsgrunn.

I løpet av de siste årene har både antall pasienter og oppholdstiden i akuttmottaket økt. I dag er triageareal og avklaringsposten (Akutt-24) samlokalisert og har totalt en begrenset kapasitet. Dagens areal i akuttmottak er allerede for lite og iht. framskrivningene forventes aktiviteten å øke med ytterligere 30 % frem mot 2035. En utvidelse av akuttmottaket er nødvendig og kapasitetsøkningen i Akutt-24 er en forutsetning for det planlagte totale antallet normalsenger ved Sykehuset Telemark.

Dersom det er mulig å sikre finansiering av alternativløsningen nå, anbefaler vi primært at prosjektet realiseres i sin helhet. Når det gjelder alternativene med trinnsvis utbygging vil dette bli mer kostbart enn en samlet utbygging, og det vil skape driftsmessige og økonomiske utfordringer for sykehuset i perioden inntil trinn to ferdigstilles. Det er derfor viktig at trinn to bygges så snart mulig etter trinn1.

Alternative veivalg i prosjektet

Sykehuset Telemark vil drøfte 3 hovedveivalg for den videre utviklingen av prosjektet i dialogen med Helse Sør-Øst.

Veivalg 1: Kreftsenter og sengeområder i felles nybygg - Ikke trinnvis utbygging

- Kreftsenter og sengeområder etableres i et felles nybygg
- Akuttsenter ombygget og tilbygget i dagens akuttmottak i B58-Vestfløy

Veivalg 2: Kreftsenter i separat nybygg - Trinnvis utbygging

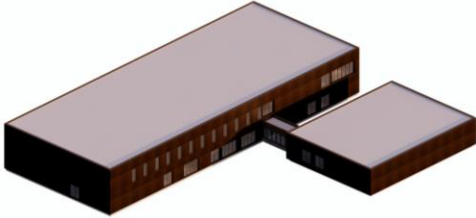
- Byggetrinn 1: Kreftsenter etableres i et separat nybygg
- Byggetrinn 1: Akuttsenter ombygget og tilbygget i dagens akuttmottak i B58-Vestfløy
- Byggetrinn 2: Separat sengebygg med 3 sengeetasjer

Veivalg 3: Kreftsenter og sengeområder i felles nybygg - Trinnvis utbygging

- Byggetrinn 1: Kreftsenter og sengeområder etableres i et felles nybygg
- Byggetrinn 2: Akuttsenter ombygget og tilbygget i dagens akuttmottak i B58-Vestfløy

Bevilget økonomisk ramme er 1 223 mill kr. Alle tall i påfølgende tabeller er P50-tall, august 2022:

VEIVALG 1: Kreftsenter og sengeområder i felles nybygg - Ikke trinnvis utbygging		
	Byggetrinn 1	Merkostnad STHF
 <p>Prosjektets alternativutredning: Alternativ 5</p>	Kreftsenter og sengeområder i et felles nybygg	0 mill kr/år
	Akuttsenter ombygget og tilbygget i dagens akuttmottak i B58-Vestfløy	
	1 850 mill kr	
Sum USS: 1 850 mill kr		
Vurdering av veivalg		
<p>Med dette veivalget, som er prosjektets anbefalte løsning, realiseres prosjektet i sin helhet og i ett byggetrinn. Dette veivalget er løsningen som raskest gir Sykehuset Telemark det nødvendige arealmessige handlingsrommet for å ivareta sørge-for ansvaret.</p> <p>Frigitt areal i B55-Nordfløy må tas i bruk for å løse arealutfordringen. Sykehuset Telemark må avsette midler til rehabilitering av dette bygget.</p>		
Fordeler		
<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Samler mer aktivitet i ett bygg. Best driftsmessig løsning. <input checked="" type="checkbox"/> Oppstart av stråletilbud i Q1 2027 (2 bunkere) <input checked="" type="checkbox"/> Frigir B55-Nordfløy og bidrar til å løse arealutfordringene i Skien. Ivaretar sørge-for ansvaret. <input checked="" type="checkbox"/> Muliggjør realisering av driftsgevinster beregnet i USS <input checked="" type="checkbox"/> Lavest samlet projektkostnad 		
Ulemper		
<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Over bevilget økonomisk ramme 		

VEIVALG 2: Kreftsenter i separat nybygg - Trinnvis utbygging			
	Byggetrinn 1	Byggetrinn 2	Merkostnad STHF
 <p>Prosjektets alternativutredning: Alternativ 3</p>	Kreftsenter etableres i separat nybygg Akuttsenter ombygget og tilbygget i dagens akuttmottak i B58-Vestfløy	Separat sengebygg med 3 sengeetasjer	Leie container til CT SPECT + strøm 15 mill kr
	993 mill kr	932 mill kr	
	Sum USS: 1 925 mill kr		
Vurdering av veivalg			
<p>Med dette veivalget vil sengebygget ikke kunne realiseres før i byggetrinn 2. Arealutfordringen er betydelig i dag og vil forsterkes ved en forsinkelse. Dette gjelder både areal til poliklinikker og senger. Det er derfor viktig at byggetrinn 2 realiseres innen så kort tid som mulig etter byggetrinn 1, for å sikre ivaretagelse av sørge-for ansvaret.</p> <p>Dette veivalget er prosjektmessig mer umodent enn Veivalg 1, og vil kreve ytterligere prosjekteringsarbeid tilsvarende et forprosjekt, hvor plassering og form på bygget må utredes grundig. Det vil derfor ikke være mulig å få til en tidligere oppstart av stråleterapitilbudet enn i Veivalg 1.</p> <p>Inntil areal i B55-Nordfløy frigis, vil det være behov for å etablere en midlertidig løsning for 1 CT SPECT for å opprettholde det nukleærmedisinske tilbudet ved Sykehuset Telemark.</p>			
Fordeler			
<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Oppstart av stråletilbud i Q1 2027 (2 bunkere) <input checked="" type="checkbox"/> Byggetrinn 1 innenfor økonomisk bevilget ramme 			
Ulemper			
<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> B55-Nordfløy blir ikke frigitt for å løse dagens arealutfordringer i Skien. <input checked="" type="checkbox"/> Forsinker årlig gevinstuttak på 40 mill kr (= gevinst sengeposter, juni 2020) <input checked="" type="checkbox"/> Flere bygg å drifte <input checked="" type="checkbox"/> Det er ikke tatt høyde for kulvertforbindelse til det nye kreftbygget. Dette kan medføre store praktiske utfordringer. <input checked="" type="checkbox"/> En videreføring av dagens sengeområder vil suksessivt medføre at pasientene ved sykehuset Telemark får et dårligere tilbud enn pasienter ved andre sykehus i Helse Sør-Øst, med høyere risiko for smitte, brudd på personvern, m.m. Dette introduserer med andre ord variasjon i tilbudet. <input checked="" type="checkbox"/> Total prosjektkostnad 75 mill kr høyere enn Veivalg 1 (1 925 mill kr vs. 1 850 mill kr) 			

VEIVALG 3: Kreftsenter og sengeområder i felles nybygg - Trinnvis utbygging

	Byggetrinn 1	Byggetrinn 2	Merkostnad STHF
 Prosjektets alternativutredning: Alternativ 5	Kreftsenter og sengeområder i et felles nybygg	Akuttcenter ombygget og tilbygget i dagens akuttmottak i B58-Vestfløy	Årlig merkostnad for å drifte ytterligere 1 sengepost
	1 632 mill kr	222 mill kr	30 mill kr/år
	Sum USS: 1 854 mill kr		

Vurdering av veivalg

I dette veivalget er byggetrinn 1 over vedtatt økonomisk ramme.

Akuttcenter vil ikke inngå i Byggetrinn 1 og gevinstene knyttet til denne delen av prosjektet vil realiseres senere.

Etter fullført trinn 2 vil dette veivalget gi en tilsvarende løsning som veivalg 1.

Fordeler

- Samler mer aktivitet i ett bygg. Best driftsmessig løsning.
- Oppstart av stråletilbud i Q1 2027 (2 bunkere)
- Frigir B55-Nordfløy og bidrar til å løse arealutfordringene i Skien. Ivaretar sørge-for ansvaret.

Ulemper

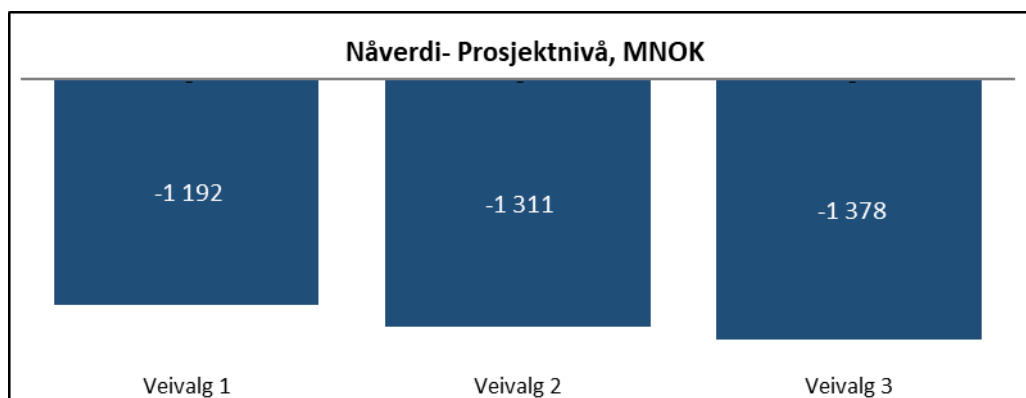
- Får ikke ut effekt av kapasitetsøkning i Akutt-24. Økt antall normalsenger (16) må beholdes i B55-Nordfløy. Reduserer frigitt areal i B55-Nordfløy. Merkostnad for drift av ytterligere 1 sengepost.
- Forsinker årlig gevinstuttak i akuttcenter på 15 mill kr
- Pasientstrømmer for akutte pasienter må vurderes overført til Sykehuset i Vestfold og/eller nytt sykehus Drammen pga. kapasitetsbegrensninger i dagens akuttmottak.
- Byggetrinn 1 er over bevilget økonomisk ramme.

3. Veivalgenes lønnsomhet og helseforetakets bærekraft

Det er foretatt økonomiske analyser av de skisserte veivalgene, basert på oppdaterte tall for investeringskostnad og driftseffekter. Analysen viser at det er relativ små forskjeller mellom veivalgene. Nåverdianalysene på prosjektnivå består av differansen mellom investeringskostnadene og de neddiskonterte årlige driftsgevinstene som følge av utbyggingsalternativene. Gitt forutsetning om 4 % diskonteringsrente, har ingen av veivalgene positiv netto nåverdi, beregnet for perioden 2034-2053, da investeringene er høye og gevinstene som følge av prosjektet for lave.

Sykehuset Telemark har tatt høyde for dette i ØLP og legger opp til en resultatbane fremover som kan sikre bæreevne på foretaksnivå i alle veivalgene. Effektivisering og forbedring i alle deler av virksomheten er en nødvendig forutsetning for at foretaket kan bære USS-investeringen.

Det er relativ små forskjeller mellom veivalgene. Det anbefalte alternativet er mindre ugunstig enn de andre veivalgene:



Veivalg 1 (*Kreftsenters og sengeområder i felles nybygg - Ikke trinnvis utbygging*) gir best nåverdi.

Ved gjennomføring av utbyggingsprosjekter med negativ bæreevne må manglende likviditet dekkes inn av sykehusets totale økonomi. Beregninger viser at Sykehuset Telemark har evne til å bære USS-prosjektet i alle veivalgene som er utredet, gitt realisering av planlagt resultatforbedring og effektivisering innarbeidet i ØLP.

4. Administrerende direktørs anbefaling

På grunn av at bevilget ramme ikke har vist seg å være tilstrekkelig har USS-prosjektet vurdert alternativer for trinnvis utbygging. En trinnvis utbygging vil i alternativene bli mer kostbart enn en samlet utbygging og vil skape driftsmessige og økonomiske utfordringer for Sykehuset Telemark.

Administrerende direktør anbefaler derfor primært at prosjektet realiseres i sin helhet. Dersom det ikke er mulig å finansiere en samlet utbygging og en trinnvis utbygging velges, er rask oppstart av byggetrinn 2 svært viktig.

Vedlegg:

1. Måned rapport USS forprosjekt April 2023
2. Tertialrapportering USS 2023-01



Utbygging Somatikk Skien (USS)

MÅNEDSRAPPORT

April 2023

Kuttdato: 30.04.2023

Dato: 10.05.2023

Renate Hansen
Prosjektsjef

Innhold

1	SAMMENDRAG.....	3
1.1	Prosjektledelsens oppsummering for denne periode.....	3
2	Fremdrift.....	3
2.1	Rapportering av framdrift.....	3
2.2	Hovedaktiviteter i denne periode.....	4
2.2.1	Funksjonsplanlegging.....	4
2.2.2	Prosjektstyring.....	4
2.2.3	Utstyr.....	4
2.2.4	Prosjektering.....	5
2.3	Hovedaktiviteter i kommende periode.....	5
2.3.1	Funksjonsplanlegging.....	5
2.3.2	Prosjektstyring.....	5
2.3.3	Utstyr.....	5
2.3.4	Prosjektering.....	5
3	Økonomi.....	6
3.1	Økonomi status.....	6
4	Risikostyring.....	6
4.1	Risiko Topp 10.....	8
5	Informasjon om ressurser og samhandling.....	8

1 SAMMENDRAG

1.1 Prosjektledelsens oppsummering for denne periode

Denne månedsrapporten er for perioden april 2023 og omhandler forprosjektfasen for USS Telemark.

Prosjektet USS Telemark har i denne perioden ferdigstilt alternativutredning for sammenslåing av delprosjektene Kreftsenter og Sengebygg, parallelt med ferdigstilling av forprosjektrapport for basiskonseptet.

Det er gjennomført usikkerhetsanalyse for alternativ løsning, som viser et forventet nivå P50 på 1 850 MNOK (aug. 2022). Usikkerhetsanalyse for basisalternativet viste et forventet nivå P50 på 2 010 MNOK (aug. 2022). Både basiskonsept og alternativ løsning er langt over styringsrammen.

Siden prosjektet har hatt en stor kostnadsøkning siden konseptfasen med beskjedne muligheter for kutt må dokumentasjon i søknad om tilleggsbevilgning være utfyllende. Det er arbeidet videre med ytterligere dokumentasjon, vurdering av trinnvis utbygging og økonomiske analyser som grunnlag for søknad om tilleggsbevilgning.

Helse Sør-Øst vil trenge tid på å gjennomgå prosjektets dokumentasjon og vurderinger før B4 sak sendes til behandling i prosjektstyret og styret i STHF. Det legges derfor frem sak for prosjektstyret 04.05.2023 med anbefaling om å utsette B4-behandling i STHF til juni 2023.

Kontraktstrategi ble besluttet i prosjektstyret 29.03.2023 (sak 023-2023). Kontraktstrategien anbefaler at konkurranse lyses ut i oktober/november 2023 for å rekke planlagt ferdigstilling av prosjektet høsten 2026. Med utsettelse av B4 beslutning er det fortsatt er det fortsatt mulig å lyse ut konkurranse som anbefalt i kontraktstrategi. Dette betinger at prosjektet kan arbeide med konkurranseunderlag i perioden fra B4 behandling i foretaket i juni fram til investeringsbeslutning og godkjenning av forprosjektrapport i Helse Sør-Øst.

2 Fremdrift

2.1 Rapportering av framdrift

Opprinnelig plan var å avslutte forprosjektfasen med en forprosjektrapport 19.12.2022. Grunnet store avvik mellom kalkyle og styringsramme for prosjektet er alternativ løsning utredet og fremdriftsplan er revidert.

Forprosjektrapport for basiskonsept samt komplett dokumentert alternativutredning med revidert kontraktstrategi, oppdatert miljøprogram og kalkyle var planlagt behandlet i foretaket 25.05.2023 og videre til B4 beslutning i Helse Sør-Øst 21.06.2023.

Kalkyler er ferdigstilt og usikkerhetsanalyser er gjennomført både for basiskonsept og alternativ løsning. Prosjektet er fortsatt langt over styringsrammen med beskjedne muligheter for kutt. Dokumentasjon i søknad om tilleggsbevilgning må være utfyllende og Helse Sør-Øst

vil trenge tid på å gå gjennom prosjektets dokumentasjon før B4-sak sendes til behandling i prosjektstyret og styret i STHF.

Det legges fram sak om revidert framdrift for prosjektstyret 04.05.2023 der det anbefales å utsette B4 behandling i foretaket til juni.

Kontraktstrategi ble besluttet i prosjektstyret 29.03.2023 (sak 023-2023). Kontraktstrategien anbefaler at konkurranse lyses ut i oktober/november 2023 for å rekke planlagt ferdigstillelse av prosjektet høsten 2026. Med utsettelse av B4 beslutning er det fortsatt mulig å lyse ut konkurranse som anbefalt i kontraktstrategi Dette betinger at prosjektet kan arbeide med konkurranseunderlag i perioden fra B4 behandling i foretaket i juni fram til investeringsbeslutning og godkjenning av forprosjektrapport i Helse Sør-Øst.

2.2 Hovedaktiviteter i denne periode

2.2.1 Funksjonsplanlegging

- Kommentarer og innspill fra STHF er vurdert og tatt hensyn til, eller besvart hvorfor kommentar/innspill ikke tas med i forprosjektrapporten.
- Arbeidet med prioriteringsliste for ARK, SB og STHF i perioden frem til sommeren.
- Deltatt på Usikkerhetsanalyse for tilleggsutredning alternativ 5.
- Ny dRofus database for tilleggsutredning alternativ 5 er etablert.
- Fokusgruppemøte med Apotek Cytostatika LAB for tilleggsutredning alternativ 5 er gjennomført.

2.2.2 Prosjektstyring

- Usikkerhetsanalyse for alternativ utredning gjennomført.
- Bistand i oppdatering av ØLP og gevinstrealiseringsplan.
- Oppdatering av fremdriftsplaner.

2.2.3 Utstyr

- Arbeid med forprosjektrapporten, implementere alternativvurdering, etablere vedleggsliste
- Gjennomgang av alternativ løsning for Kreftsenteret med fokusgruppene
- Deltagelse i usikkerhetsanalyse for tilleggsutredning alternativ 5
- Etablering av dRofus database for alternativ 5
- Etablering av alle funksjonsrom og tekniske rom i dRofus
- Kvalitessikring av kostnader for QA-utstyr

2.2.4 Prosjektering

Generelt:

Prosjekteringsgruppa har arbeidet med to hovedaktiviteter i perioden; ferdigstilling av underlag for forprosjektrapport og alternativvurdering for sammenslåing av sengebygg og kreftsenter.

Forprosjektrapport:

- Prosjekteringsgruppens bidrag til forprosjektrapport er ferdigstilt.
- Kommentarer og innspill fra STHF etter gjennomlesing er innarbeidet i revidert forprosjektrapport.
- Prosjekteringsgruppens bidrag til alternativvurderingen er ferdigstilt.
- Arkitekt har jobbet videre med brukerinnspill og kvalitetssikring av løsninger for alternativ 5.

2.3 Hovedaktiviteter i kommende periode

2.3.1 Funksjonsplanlegging

- Intern (SB) KS av forprosjektrapporten.
- Oppdatere dRofus med riktige rom og plassering.
- Gjennomgå prioriteringsliste med ARK.
- Få input til forprosjektrapport av STHF og implementere tall i rapport.
- Gjennomgå forprosjektrapport med STHF.
- Ferdigstillelse av forprosjektrapport.

2.3.2 Prosjektstyring

- Sørge at alle dokumenter i forprosjektfasen har fått utgitt status
- Sørge å avslutte og konkludere alle saker i sakregister
- Oppdatere gevinstrealiserings planer og finansierings plan. Gi input til ØLP

2.3.3 Utstyr

- Videre arbeid med forprosjektrapporten
- Kvalitetssikre dRofus for alternativ 5, synkronisere med ARK-modell.

2.3.4 Prosjektering

Arbeid med forprosjektrapport og alternativvurdering er nå ferdigstilt fra rådgivergruppa. Det kan bli behov for noe avklaringer i forbindelse med sammenstilling av forprosjektrapport og alternativvurdering.

Det meste av prosjekteringsgruppa er nå demobilisert og det er stort sett kun arkitekten som arbeider videre med alternativvurderingen.

Prioriterte oppgaver vil være:

- Forberedelse til rammesøknad
- Kvalitetssikring av alternativ 5
- Brukeravklaringer for alternativ 5
- Avklaring av fasadekonsept

3 Økonomi

3.1 Økonomi status

Navn	Tittel	Påløpt	Bokført	Planlagt	Prognose	Gjenstående
C1001	Prosjektering (ARK/RI)	28 097 895	27 075 419	34 196 484	32 893 094	4 795 199
C1002	Regulering	154 890	154 890	1 500 000	154 890	0
C1003	Forberedelse for forprosjekt	2 930 609	2 930 609	2 930 609	2 930 609	0
C2001	Prosjektledelse SB	17 273 659	16 155 024	15 768 809	21 977 913	4 704 254
C2002	Spesialfag og støttefunksjoner	325	325	1 000 000	350	25
C2003	KSK	0	0	168 000	0	0
C2004	Kalkulasjon	1 027 961	975 563	800 000	1 118 525	90 565
C2005	Usikkerhetsanalyse	250 000	0	300 000	400 000	150 000
C2006	O-IKT	1 055 887	995 059	1 500 000	1 266 698	210 811
C3001	Reisevirksomhet	471 771	409 086	1 400 000	629 094	157 323
C3002	Kontorfasiliteter	0	0	0	0	0
C3003	Prosjekthotell og diverse	77 580	115 639	300 000	128 827	51 247
C4001	Reserve	0	0	1 636 098	0	0
Sum		51 340 577	48 811 614	61 500 000	61 500 000	10 159 423

Vi beholder den totale prognosen på 61,5 MNOK som inkluderer O-IKT og arbeid tom juli 2023.

Bokført, påløpt og prognose inkluderer ikke rentekostnader på lån.

4 Risikostyring

I perioden april er det ikke gjennomført risikogjennomgang. I stedet har det vært gjennomført usikkerhetsanalyse for alternativ 5 utredning.

Risiko	Tiltak
Kostnadsomfang i kalkyle 1	Kvalitetssikring av kalkyle 1, gjennomført, dokumentere forutsetninger, utarbeidelse kuttliste , starte arbeid med vurdering av ny løsning med sammenslått sengebygg og kreftsenter
Høyere basiskostnad i kalkyle 1 sammenlignet med konseptfasen. Mange av funksjoner i prosjektet vil være påvirket av økte kostnader. Kuttliste kan være for høy til å tilfredsstille gevinst realiseringer. Prosjekt forsinkelser	
Tilstand eksisterende bygg - Kreftsenter	Eksisterende dokumentasjon er fra 70 - tall. Krav har endret seg i mellom tid. Manglende beregnings dokumentasjon
Usikkerhet tilknyttet tilstand eksisterende bygg og tekniske grensesnitt. Tilstand bæresystemet og bygningstekniske krav er uavklart. Fasade tilstand uavklart.	Stein telger sendt til undersøkelse. Undersøker fasader, befaring av brann teknisk og isolasjon i bygg 63 og 53. Undersøker om det kreves forsterkninger under gammel vaskeri bygg
Omfang fornying bygg 53	Det jobbes nå i prosjekteringen å definere hvilken arealer krever lett renovering og hvilken krever tungt renovering, Det er gjort tiltak i prosjektering for å redusere usikkerhet (eks. løsninger for ventilasjon og løsninger for snølast, lagt inn i kalkylen.)
Bygg 53; Tekniske forhold som brann, infrastruktur og/eller energi krav mm, tilsier at en større del av B53 må fornyes. Ombygget areal øker i forhold til konseptfase kalkyle. I forprosjektfasen har detaljkunnskapen økt som medfører store konsekvenser bygningsmessig. Krever dispensasjon fra TEK 17	
Lang ledetid for bestilling av hardware , opp til 400 dager	Sykehuspartener lager notat på hva som kreves for leveranse
Må bestilles et og halv år før det leveres. Bygging kombinert med sykehusdrift	Utarbeide og presentere løsningsforslag i logistikk notat og organisatorisk sykehusplanlegging
Driftsrisiko ved oppføring nytt bygg samtidig med normaldrift Akuttmottak, Røntgen og Operasjon, Kraftsenter	Arbeidet må være sterk knyttet til Sykehuset Telemark som må avklare sine behov. Utrede plassering for cellegift pasienter under bygging. Cyt. lab. vil opprettholde produksjon i eksisterende arealer under ombygging. Når ny lab. er ferdig vil de flytte over uten at drift berøres vesentlig
Usikkerhet om prosjektet oppnår planlagt gevinstrealisering	starte arbeid med vurdering av ny løsning med sammenslått sengebygg og kreftsenter , Gjennomgang av gevinstrealisering plan

5 Informasjon om ressurser og samhandling

Samhandling STHF - SBHF:

Samhandlingen mellom STHF og SBHF er fortsatt bra med tett dialog på ledernivå og mellom områdeledere for funksjonsplanlegging/prosjektering og sykehusets deltakere i prosjektet.

Prosjektet har tett samhandling med utviklingsenheten, klinikkansvarlige og funksjonsgrupper i arbeidet med alternativutredning og kuttlistor. Før B4 behandling i foretaket vil prosjektet ha egne møter med AMU, foretakstillitsvalgte/hovedverneombud og brukerutvalg for gjennomgang og drøfting av forprosjektet.

Prosjektering:

Prosjekteringsgruppens bidrag til forprosjektrapporten med underlag for alternativ 5 er ferdigstilt. Ukentlige arbeidsmøter med rådgivergruppa er avsluttet og tekniske rådgivere er demobilisert.

Prosjektet la fram sak om arbeid i mellomfase for prosjektstyret 29.mars 2023. En del av arkitektteamet og ressurser i Sykehusbygg arbeider videre med prioriterte oppgaver fram mot B4 behandling. Budsjettet for forprosjektfasen er tilstrekkelig til å holde noen aktiviteter i gang ut juni. Det arbeides videre med miljøprogram, fasadekonsept og rammetillatelse.

Ny ansettelse av prosjektleder teknikk avventes til B4 beslutning er tatt.

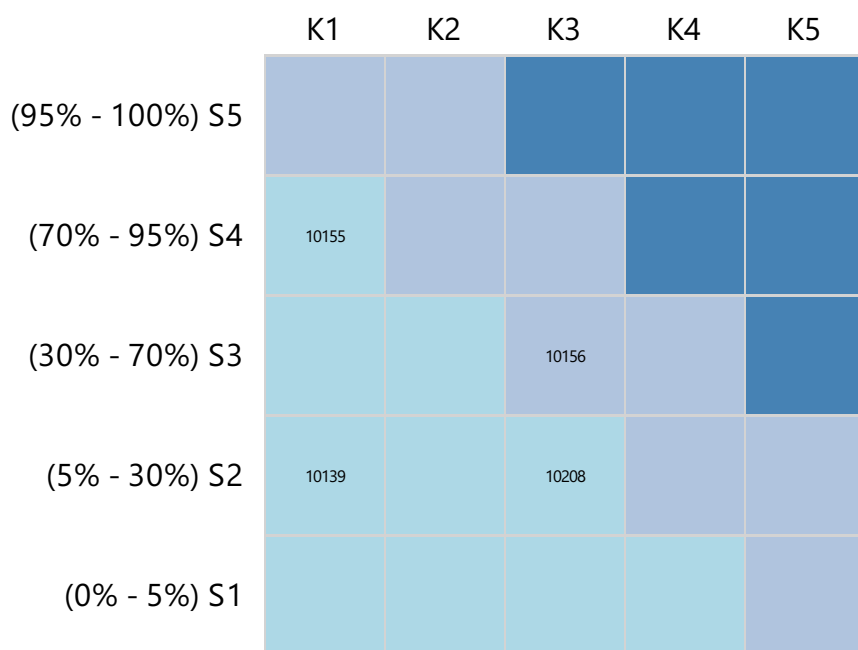
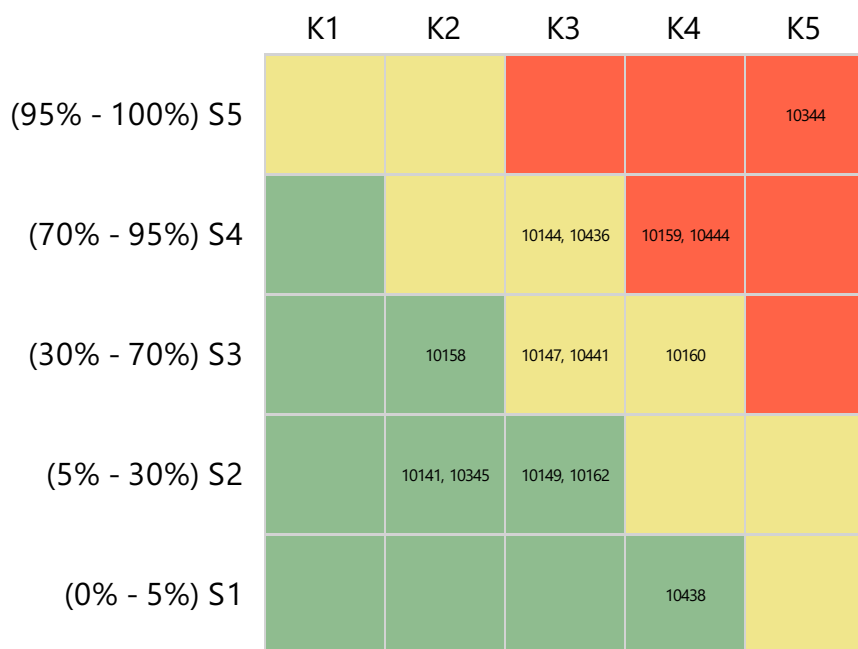
IKT:

Områdeleder IKT med bistand fra rådgivere i Sykehuspartner fortsetter med prioriterte oppgaver innenfor budsjett. IKT-kalkyler er gjennomgått og det forberedes innledning til kontraktsmøter som følger av fasene etter B4.

Mnd rapport Prosjektstyret

Orgunit: USS/USS - Utbygging somatikk Skien

CutOff: 30.04.2023



ID	Navn/beskrivelse	Sans.	Kons.	Åpne/totalt tiltak
10344 N - F - O	Kostnadsomfang i kalkyle 1 Høyere basiskostnad i kalkyle 1 sammenlignet med konseptfasen .	S5	Kostnad K5, Kvalitet K2, Framdrift K3	0/0
USS				
10159 N - F ↑ O	Tilstand eksisterende bygg - Kreftsenter Usikkerhet tilknyttet tilstand eksisterende bygg og tekniske grensesnitt. Tilstand bæresystemet og bygningstekniske krav er uavklart. Fasade tilstand uavklart.	S4	Kostnad K3, Framdrift K4	1/1
USS				
10444 N - F - O	Usikkerhet om prosjektet oppnår planlagt gevinstrealisering usikkerhet om prosjektet oppnår planlagt gevinstrealisering	S4	Kvalitet K4	0/0
USS				

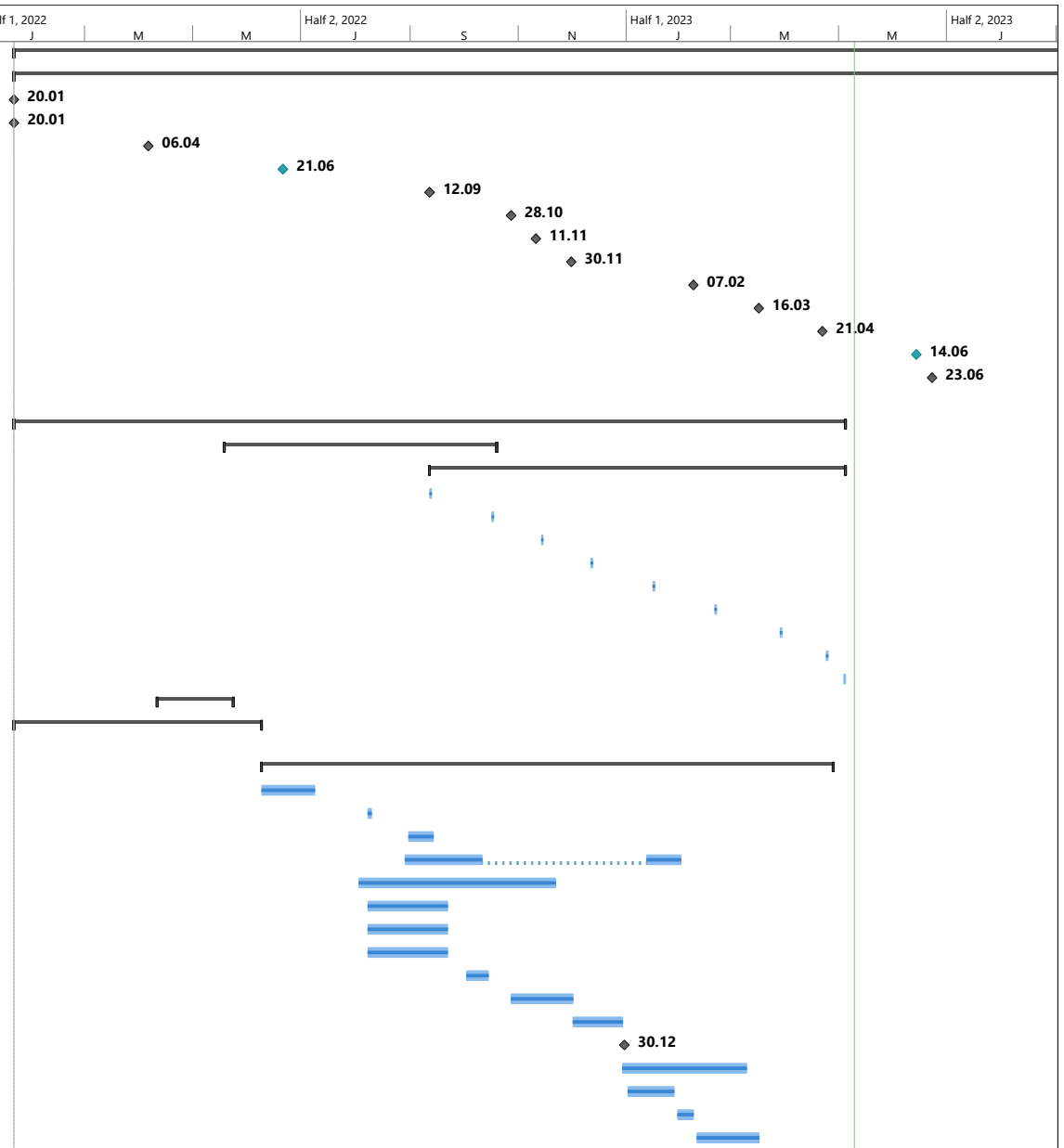
Confidential, Pedersen, Tone, 22.05.2023 08:22:08

10160	Omfang fornying bygg 53	S3	Kostnad K4	0/0
N - F ↑	Bygg 53; Tekniske forhold som brann, infrastruktur og/eller energi krav mm, tilsier at en større del av B53 må fornyes. Ombygget areal øker i forhold til konseptfase kalkyle.			
O				
USS				
10436	Lang lede tid for levering av hardware , opp til 400 dager	S4	Framdrift K3	0/0
N - F -	Lang lede tid for bestilling av hardware, opp til 400 dager, (Elektronikk)			
O				
USS				
10144	Forstyrrelser og tilpasning eksisterende drift ved Akuttsenter	S4	Kostnad K2, Personikkerhet K3	0/0
N - F ↑	Mindre effektivt/forsinkelser i byggeprosess for å hensynta sykehus i drift. Støv, støy, rystelser, transport av byggematerialer etc. Må etableres midl. tilkomst for ambulanse.			
O				
0201				
10147	Bygging kombinert med sykehusdrift	S3	Kostnad K2, Personikkerhet K3	0/0
N - F -	Driftsrisiko ved oppføring nytt bygg samtidig med normaldrift Akuttmottak, Røntgen og Operasjon, Kraftsenter			
O				
USS				
10156	Markedssituasjon	S3	Kostnad K3	0/0
N - F ↓	Markedssituasjon entreprenørmarkedet , overordnet råvare, material pris, tilgjengelig arbeidskraft, generell lønnsøkning			
O				
USS				
10441	Økt kvalitet medfører høyere kostnader	S3	Kostnad K3	0/0
N - F -	Fare for at nye krav om kvalitet defineres i detaljprosjektering fasen			
O				
USS				
10158	Forstyrrelser og tilpasning eksisterende drift Kreftsenter	S3	Kostnad K2, Framdrift K2	1/2
N - F ↓	Mindre effektivt/forsinkelser i byggeprosess for å hensynta sykehus i drift. Støv, støy, rystelser, transport av byggematerialer etc.			
O				
USS				
10149	Forsinkelser i søknadsprosesser (kommune, Arbeidstilsynet, VAV mm.)	S2	Framdrift K3	0/0
N - F ↓				
O				
USS				
10162	Transport løsning for pasienttransport i bygningsfasen	S2	Kostnad K2, Framdrift K3	0/0
N - F -	Uavklart Hvordan transportere sengeliggende pasienter og varer til Moflata når lavblokken bygges om? (Gjøres pr. i dag i kulvert.)			
O				
USS				
10208	Reserve kraft for bygg 58	S2	Kvalitet K3	0/0
N - F -	Det kan utarbeides løsning for reservekraft for hele sykehus som en del av prosjektet hvis det kan prosjekteres i forprosjektfasen.			
O				
USS				
10438	Forsinkelser av IKT leveranse av kliniske software applikasjoner (OIS/TPS)	S1	Framdrift K4	0/0
N - F ↓	Forsinkelser i IKT-leveranser av kliniske fagapplikasjoner (OIS (Oncology Information System) og TPS (Treatment Planning System) for stråleterapi Regional anskaffelse i HSØ, Prosjekt NSD har fått oppgaven med å gjennomføre anskaffelsen. . Integrasjoner mot Helselogistikk.			
O				
USS				
10345	Eventuell Organisasjons endringer	S2	Kvalitet K2	0/0
N - F	Utskifting av prosjektsjef, IKT prosjektleder og prosjekteringsleder kan bidra til tapp av historikken			
O				
USS				
10155	Valg av Fasademateriale	S4	Kostnad K1	0/0
N - F -	Fasademateriale som er valgt er en av dyreste alternativer. Innebærer en usikkerhet i forhold til kostnad.			
O				
USS				
10141	Usikkert om prosjekt "Helselogistikk" er tilstrekkelig hensyntatt i IKT-budsjettet.	S2	Kostnad K2	0/0
N - F ↓	Det forutsettes at prosjekt "Helselogistikk" er implementert/blir implementert. Tilretteleggelse må skje i USS. Tilstrekkelig i IKT budsjett?			
O				
USS				
10139	Økt gjenbruk utstyr Akuttsenter	S2	Kostnad K1	0/0
N - F ↓	Kan være mulig å økte gjenbruk av utstyr. Flere funksjoner er lokalisert der de er i dag			
O				
USS				

Utgått siden forrige periode

ID	Navn/beskrivelse	Sans.	Kons.	Åpne/totale tiltak
----	------------------	-------	-------	--------------------

ID	Task Name	Duration	Start	Finish	% Complete	Half 1, 2022	Half 2, 2022	Half 1, 2023	Half 2, 2023
1	USS - Utbygging Somatikk Skien	1207 days?	20.01.22	04.09.26	13%				
2	Hoved Milepæler Forprosjekt	441 days?	20.01.22	29.09.23	0%				
3	Prosjektmandat signert	0 days	20.01.22	20.01.22	100%				
4	Signere oppdragsbekreftelse	0 days	20.01.22	20.01.22	100%				
5	Konstituerende prosjektstyre møte	0 days	06.04.22	06.04.22	100%				
6	Anskaffelse prosjektering rådgivende ferdig	0 days	21.06.22	21.06.22	100%				
7	Prosjektstyrets godkjenning av entreprisestrategi	0 days	12.09.22	12.09.22	100%				
8	Kalkyle 1 gjennomført	0 days	28.10.22	28.10.22	100%				
9	Fokusgruppe møte gjennomført	0 days	11.11.22	11.11.22	100%				
10	Kalkyle 1.5 for prosjektstyre møte I desember	0 days?	30.11.22	30.11.22	100%				
11	Kalkyle 2 gjennomført (basis alternativ)	0 days	07.02.23	07.02.23	100%				
12	Usikkerhets rapport levert (basis alternativ)	0 days	16.03.23	16.03.23	100%				
13	Leveranse alternativ utredninger	0 days	21.04.23	21.04.23	100%				
14	Behandling av forprosjektrapport Prosjekt styremøte	0 days	14.06.23	14.06.23	0%				
15	Behandling Styremøte Sykehuset Telemark	0 days	23.06.23	23.06.23	0%				
16	Styremøte Sør Øst RHF -Instilling til B4 beslutningspunkt	0 days	29.09.23	29.09.23	0%				
24	Prosjektstyrings aktiviteter	336 days?	20.01.22	04.05.23	34%				
25	Brukermedvirknings møter	110 days	19.05.22	19.10.22	100%				
31	Prosjektstyremøter	169 days?	12.09.22	04.05.23	89%				
32	USS Prosjektstyremøte 04	1 day?	12.09.22	12.09.22	100%				
33	USS Prosjektstyremøte 05	1 day?	17.10.22	17.10.22	100%				
34	USS Prosjektstyremøte 06	1 day?	14.11.22	14.11.22	100%				
35	USS Prosjektstyremøte 07	1 day?	12.12.22	12.12.22	100%				
36	USS Prosjektstyremøte 08	1 day?	16.01.23	16.01.23	100%				
37	USS Prosjektstyremøte 09	1 day?	20.02.23	20.02.23	100%				
38	USS Prosjektstyremøte 10	1 day?	29.03.23	29.03.23	100%				
39	USS Prosjektstyremøte 11	1 day?	24.04.23	24.04.23	100%				
40	USS Prosjektstyremøte 12	1 day?	04.05.23	04.05.23	0%				
41	Rekrutteringer forprosjektfasen	31 days?	11.04.22	23.05.22	100%				
46	Rekrutteringer Prosjektorganisasjon for prosjekt detalj og gjennomføringsfasen	100 days	20.01.22	08.06.22	0%				
49	Prosjekteringsfase forprosjekt (fase 1)	231 days?	09.06.22	27.04.23	99%				
50	Hovedføringer	22 days	09.06.22	08.07.22	100%				
51	Felles gjennomgang konsept	2 days	08.08.22	09.08.22	100%				
52	Ferdigstille dokumentplan/liste	10 days?	31.08.22	13.09.22	100%				
53	IKT/O-IKT plan med tilhørende budsjett	45 days	29.08.22	31.01.23	100%				
54	Leveranse I henhold til dokumentplan (for kalkyle)	79 days	03.08.22	21.11.22	100%				
55	Løse tekniske rom, hovedføringer og bærestruktur akut senter	33 days	08.08.22	21.09.22	100%				
56	Løse tekniske rom, hovedføringer og bærestruktur sengebygg	33 days	08.08.22	21.09.22	100%				
57	Løse tekniske rom, hovedføringer og bærestruktur kreft senter	33 days	08.08.22	21.09.22	100%				
58	Kvalitetssikring av prosjekterings arbeid	10 days	03.10.22	14.10.22	100%				
59	Kvalitetssikring kalkyle 1 underlag	25 days	28.10.22	01.12.22	100%				
60	Optimalisering og ny løsninger	20 days	02.12.22	29.12.22	100%				
61	Forprosjekt rapport 1. utkast	0 days	30.12.22	30.12.22	100%				
62	Utarbeide kutt og opsjon alternativer	50 days	30.12.22	09.03.23	100%				
63	RI og ARK input til forprosjektrapport ferdig (basis)	20 days	02.01.23	27.01.23	100%				
64	Ferdigstille kalkyle 2 (endelig basis kost - basis alternativ)	7 days	30.01.23	07.02.23	100%				
65	Gjennomføre usikkerhetsanalyse	25 days?	10.02.23	16.03.23	100%				



Project: USS - Forprosjekt Frem Date: 10.05.23	Task		Project Summary		Manual Task		Start-only		Deadline	
	Split		Inactive Task		Duration-only		Finish-only		Progress	
	Milestone		Inactive Milestone		Manual Summary Rollup		External Tasks		Manual Progress	
	Summary		Inactive Summary		Manual Summary		External Milestone			

ID	Task Name	Duration	Start	Finish	% Complete	Half 1, 2022			Half 2, 2022			Half 1, 2023			Half 2, 2023
						J	M	M	J	S	N	J	M	M	J
66	Kvalitetssikring/omskrivning av forprosjektrapport	35 days	10.03.23	27.04.23	98%										
73	Offentlig saksbehandling	107 days	24.11.23	22.04.24	0%										
74	Rammesøknad	60 days	24.11.23	15.02.24	0%										
75	Behandling IG 1 (riving)	15 days	16.02.24	07.03.24	0%										
76	Behandling IG 2 (råbygg)	15 days	23.02.24	14.03.24	0%										
77	Søknad DSA	42 days	23.02.24	22.04.24	0%										

Project: USS - Forprosjekt Frem Date: 10.05.23	Task		Project Summary		Manual Task		Start-only		Deadline	
	Split		Inactive Task		Duration-only		Finish-only		Progress	
	Milestone		Inactive Milestone		Manual Summary Rollup		External Tasks		Manual Progress	
	Summary		Inactive Summary		Manual Summary		External Milestone			

Utbygging somatikk Skien, Sykehuset Telemark HF

**Tertialrapport 1. tertial 2023
Status pr. 30. april 2023**



Utarbeidet av:

Renate Hansen, Sykehusbygg, 12. april 2023, Trondheim

Prosjektinformasjon

1 Prosjektets navn:
Utbygging somatikk Skien
2 Helseforetak:
Sykehuset Telemark HF
3 Fase:
Forprosjekt
4 Forventet tidspunkt for idriftsettelse:
2026
5 Areal nybygg BTA og evt. ombygd areal:
Areal nybygg 12.041 kvm, areal ombygd 2.870 kvm
6 Kort beskrivelse av prosjektet:
<i>Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjente konseptrapporten i styresak 132-2020, med styringsramme på 1.089 millioner kroner. Prosjektet har fått innvilget finansiering i statsbudsjettet for 2022, og forprosjektet starter opp januar 2022. Prosjekteier er Sykehuset Telemark HF.</i>

Status per 1. tertial 2023

1 Sammendrag og overordnet vurdering

Denne tertialrapporten er for perioden januar- april 2023 og omhandler forprosjektfasen for Utbygging somatikk Skien.

Prosjektet Utbygging somatikk Skien har i denne perioden ferdigstilt alternativutredning for sammenslåing av delprosjektene Kreftsenter og Sengebygg, parallelt med ferdigstilling av forprosjektrapport for basialternativet (godkjent skisseprosjekt B3).

Prosjektet har gjort en ny vurdering av kontraktstrategi, tidspunkt for anskaffelser og fremdrift basert på alternativ løsning, siden den alternative løsningen innebærer en endring i prosjektets geografiske struktur samt en endring i kompleksitet når ombygging i eksisterende bygningsmasse utgår. Prosjektstyret ga i sak 21-2023 sin tilslutning til at prosjektet gjennomføres som ett totalprosjekt med utlysning av entreprenørkonkurranse for totalentreprise med samspill senhøsten 2023 for å rekke planlagt ferdigstilling av prosjektet høsten 2026.

Prosjektet har gjennomført usikkerhetsanalyser for basialternativet og for alternativ løsning. Usikkerhetsanalysen for basialternativet viser et forventet nivå P50 på 2 010 MNOK (aug. 2022). Usikkerhetsanalyse for alternativ løsning viser et forventet nivå P50 på 1 850 MNOK (aug. 2022). Både basiskonsept og alternativ løsning er langt over styringsrammen, og prosjektet kan ikke innfri hele konseptets funksjonsinnhold innenfor økonomisk ramme selv om det arbeides videre med omfang og løsningsforslag.

Siden prosjektet har hatt en stor kostnadsøkning siden konseptfasen med beskjedne muligheter for kutt må dokumentasjon i søknad om tilleggsbevilgning være utfyllende. Det er arbeidet videre med ytterligere dokumentasjon, vurdering av trinnvis utbygging og økonomiske analyser som grunnlag for søknad om tilleggsbevilgning.

Det er behov for mer tid til gjennomgang av prosjektets dokumentasjon og vurderinger i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF før B4 sak sendes til behandling i prosjektstyret og styret i Sykehuset Telemark HF. Det legges derfor frem sak for prosjektstyret 04.05.2023 med anbefaling om å utsette B4-behandling i Sykehuset Telemark HF til juni 2023. Søknad økt investeringsramme og godkjenning av forprosjektrapport vil dermed ikke kunne behandles i Helse Sør-Øst RHF før høsten 2023. Med utsettelse av B4 behandling er det fortsatt mulig å lyse ut entreprenørkonkurranse høsten 2023, men dette betinger at prosjektet kan arbeide videre med konkurranseunderlag fra juni 2023 fram mot B4 beslutning i Helse Sør-Øst RHF.

2 Framdrift

Status framdrift:

Hovedmilepæler	Dato	Gjennomført
Prosjektmandat signert	20.januar 2022	100 %
Oppdragsbekreftelse signert	20.januar 2022	100 %
Konstituerende prosjektstyremøte	06.april 2022	100 %
Anskaffelse rådgivergruppe prosjektering	21.juni 2022	100 %
Prosjektstyrets godkjenning av kontraktstrategi (basiskonsept)	12.september 2022	100 %
Kalkyle 1 gjennomført	05.oktober 2022	100 %
Fokusgruppemøter gjennomført	11.november 2022	100 %
Kalkyle 2 gjennomført (basiskonsept)	07.februar 2022	100 %
Prosjektstyrets godkjenning av revidert kontraktstrategi (alternativ løsning)	20.februar 2023	100 %
Usikkerhetsanalyse levert (basiskonsept)	24.mars 2023	100 %
Kalkyle alternativ løsning levert	28.mars 2023	100 %
Usikkerhetsanalyse alternativ løsning levert	28.april 2023	100 %
Leveranse forprosjektrapport til prosjektstyret	30.mars 2023	Utsatt - ny dato
Leveranse alternativutredning til prosjektstyret	27.april 2023	Utsatt - ny dato
B4 behandling prosjektstyret	04.mai 2023	Utsatt - ny dato

Hovedmilepæler	Dato	Gjennomført
B4 behandling styret Sykehuset Telemark	25.mai 2023	Utsatt - ny dato
Styremøte Helse Sør-Øst RHF med innstilling til B4 beslutning	21.juni 2023	Utsatt - ny dato

Opprinnelig plan var å avslutte forprosjektfasen med en forprosjektrapport 19.12.2022. Grunnet store avvik mellom kalkyle og styringsramme for prosjektet er alternativ løsning utredet og fremdriftsplan er revidert.

Forprosjektrapport for basiskonsept samt komplett dokumentert alternativutredning med revidert kontraktstrategi, oppdatert miljøprogram og kalkyle var planlagt behandlet i foretaket 25.mai 2023 og videre til B4 beslutning i Helse Sør-Øst 21.juni 2023. Det legges fram sak for prosjektstyret 4.mai 2023 med anbefaling om å utsette B4 behandling i foretaket til juni 2023.

3 Økonomi

Status økonomi:

Forprosjektet har avdekket store kostnadmessige utfordringer og endrede forutsetninger. Kalkyle er langt over basiskalkyle i konseptfasen og prosjektet har i første tertial arbeidet med alternativutredning og kuttliste for å ta ned kostnader.

Både basiskonsept og alternativ løsning er langt over styringsrammen og det må søkes om tilleggsbevilgning til Helse Sør-Øst. Usikkerhetsanalyse for basisalternativet viser et forventet nivå P50 på 2 010 MNOK (aug. 2022). Usikkerhetsanalyse for alternativ løsning viser et forventet nivå P50 på 1 850 MNOK (aug. 2022).

Prosjektet jobber med å vurdere muligheter for trinnvis utbygging og konsekvenser både for drift og investeringer i foretaket.

Prosjektet har nylig gjennomført benchmarking mellom Sengebygget og Kverndalen Sykehjem, som er et kommunalt sykehjem som bygges til en lavere kostnad enn Sengebygget. Det utarbeides et notat med informasjon om årsaker til forskjellen i byggekostnad mellom de to sammenlignbare prosjektene.

Prosjektet utreder også et notat med hovedforklaringene til USS prosjektets økte kalkylekostnader i prosjektperioden.

Tabell 1: Total for prosjektet, tall i millioner kroner

Totalt for prosjektet				Akkumulert for prosjektet		
Styringsramme (P50, prisnivå 062020) Sak 133-2020	Styringsramme prisjustert 06.2023	Sluttprognose	Forpliktet	Prognose, Planlagt kostnad	Produsert verdi, Virkelig kostnad	Avvik
1.089	1.325	1223*	48,8	46	48,8	2,8

Alle beløp i tabellen rapporteres inklusive ikke-byggnær IKT.

*Sluttprognose gjenspeiler verdier utarbeidet i konseptfasen,

Produsert verdi inkluderer kostnadspådrag fra oppstart av [forprosjektfase 012022

(Hittil i prosjektet er periodiserte verdier hentet fra prosjektenes prosjektstyringssystem, og kan dermed avvike noe fra virksomhetsrapporterte beløp som fremkommer av tabell under.)

Avviksforklaring og eventuelt korrigerende tiltak:

Det er ingen vesentlige avvik i kostnader. Prosjektet har nedbemannet prosjekteringsteamet i påvente av B4 beslutning og avklaring rundt den totale økonomiske rammen for prosjektet.

Tabell 2: Økonomisk virksomhetsrapportering, kun inneværende budsjettår, tall i millioner kroner

Inneværende år		Inneværende tertial			
Årsbudsjett	Årsestimat	Periodebudsjett	Faktisk i perioden	Akkumulert for året	Avvik
29	44,1	12	11,8	11,8	0,2

Årsbudsjett og periodebudsjett er inkl. ikke-byggnær IKT.

Vesentlige avvik innværende år:

Ingen avvik.

4 Aktiviteter

Hovedaktiviteter i perioden

- Ferdigstille forprosjektrapport for basialternativ med beskrivelser og tegninger
- Alternativutredning for sammenslåing delprosjekter Kreftsenter og Sengebygg
- Skalering og kuttlist
- Kontraktstrategi for alternativutredning
- Detaljalkyler for basialternativ og alternativutredning
- Usikkerhetsanalyser for basialternativ og alternativutredning
- Tekniske rom oppdatert mellom arkitektmodell og dRofus
- Prosjektering avsluttet
- Analyse av eksisterende teglfasade
- Omprosjektering ved flytting av Sengebygg mot nord for bedre kobling mot resten av sykehuset

- Revisjon av utomhusplaner
- Arbeid med finansieringsplan
- Arbeid med økonomisk langtidsplan
- Arbeid med gevinstplan (driftsøkonomiske konsekvenser og dokumentasjon av gevinster)
- Tverrfaglig kontroll av tekniske notater og planer
- Dokumentasjon/underlag til søknad om tilleggsbevilgning til Helse Sør-Øst RHF
- Forprosjektrapport oversendt sykehuset for innspill

Hovedaktiviteter neste periode

- Intern kvalitetssikring av forprosjektrapport med alternativutredning i Sykehusbygg HF
- Avslutte saker i saksregister Omega 365
- Forberedelse til rammesøknad
- Komplett leveranse av forprosjektrapport med alternativutredning
- Underlag til søknad om tilleggsbevilgning til Helse Sør-Øst RHF
- Fasadekonsept (for rammesøknad)
- Gjenstående brukeravklaringer alternativ løsning
- Ferdigstille finansieringsplan
- Ferdigstille økonomisk langtidsplan
- Ferdigstille gevinstplan (driftsøkonomiske konsekvenser og dokumentasjon av gevinster)
- Utvikle forslag til mandat for gjennomføringsfasen

Status medvirkningsprosesser

Medvirkning for helseforetakets kliniske og tekniske drift er organisert i funksjonsgrupper. Sykehusbyggs prosjektledere for sykehus- og utstyrsplanlegging samt byggprosjektering leder funksjonsgruppearbeidet i tett dialog med klinikkansvarlige, eiendom og drift.

Medvirkningsprosesser for prosjektets basisalternativ (godkjent skisseprosjekt B3) ble fullført i desember 2022, med ferdigstilt romprogram og kun mindre gjenstående avklaringer.

Medvirkningskoordinatorer i Sykehuset Telemark HF har i første tertial deltatt i utredning av alternativ løsning som innebærer sammenslåing av delprosjektene Kreftsenter og Sengebygg. Videre er funksjonsgruppene benyttet i en serie medvirkningsmøter for å vurdere og gi innspill til alternativ løsning. Funksjonsgruppene har gitt gode tilbakemeldinger på alternativ løsning. Det gjenstår noen brukeravklaringer for Kreftsenter og apotek/cytostatika.

Status ikke-byggnær IKT

IKT-plan for gjennomføringsfasen for Utbygging somatikk Skien er ferdigstilt. Budsjett for overordnet IKT er revidert og kvalitetssikret av Sykehuset Telemark HF og Sykehuspartner HF. Systemnotater og krav til kommunikasjonsrom og SIKT nettverk er godkjent.

Detaljert liste over regionale og lokale IKT prosjekter (Vedlegg til IKT-plan) er gjennomgått. I perioden frem mot B4-behandling vil IKT grensesnittmatrise oppdateres og det forberedes innledning til kontraktsmøter som følger i de neste fasene.

Ressurspådrag i Sykehuset Telemark HF og Sykehuspartner HF er trappet vesentlig ned og holdes på et minimum nødvendig for å holde prosjektet ved like i påvente av B4-behandling.

5 Risiko og muligheter

Risiko knyttet til prosjektet, med forslag til risikoreducerende tiltak.

«TOPP 5, MED TILTAK»

1. Kostnadsomfang i kalkyle utkast 1

Høyere basiskostnad i kalkyle 1 sammenlignet med konseptfasen. Mange funksjoner i prosjektet vil være påvirket av økte kostnader. Kuttliste kan være for høy til å tilfredsstille gevinstrealiseringer. Prosjekt forsinkelser, utsette leveranse av forprosjektrapport til 30.04. Kvalitetssikring av kalkyle 1, gjennomført, dokumentere forutsetninger, utarbeidelse kuttliste, starte arbeid med vurdering av ny løsning med sammenslåtte delprosjekter Kreftsenter og Sengebygg.

2. Tilstand eksisterende bygg - Kreftsenter:

Eksisterende bygningsmasse skal rehabiliteres og bygges om. Det er gjennomført undersøkelser av fasader, befaring av brannteknisk og isolasjon i bygg 63 og 53. Det er vurdert om det kreves forsterkninger under det gamle Vaskeribygget. Nye løsninger er prosjektert og inkludert i kalkylen.

3. Omfang fornying bygg 53:

Tekniske forhold som brann, infrastruktur og/eller energi krav m.m, tilsier at en større del av B53 må fornyes. Ombygget areal øker i forhold til kalkyle fra konseptfasen. I forprosjektfasen har detaljkunnskapen økt som medfører store konsekvenser bygningsmessig og det kreves dispensasjon fra TEK 17. Det jobbes nå i prosjekteringen med å definere hvilke arealer som krever lett renovering og hvilke som krever tung renovering, Det er gjort tiltak i prosjekteringen for å redusere usikkerhet (eks. løsninger for ventilasjon og løsninger for snølast er lagt inn i kalkylen.)

4. Lang ledetid for bestilling av hardware, opp til 400 dager

Må bestilles 1,5 år før det leveres. Sykehuspartner HF lager notat på hva som kreves for leveranse.

5. Bygging kombinert med sykehusdrift

Prosjektering med forbedringer i byggekkefølge og ny løsning som reduserer driftsforstyrrelser i byggeperioden. Det vil fortsatt være konsekvenser for radiologisk, bildediagnostikk og operasjon ved tilkobling nytt bygg.

Kort om miljø og bærekraft:

Forprosjektet har foreløpig ikke utviklet eller besluttet program eller prosjektavsnitt for miljø og bærekraft. Miljøprogram legges fram for styret i Sykehuset Telemark HF ved forprosjektleveranse. Dokumentene det henvises til i godkjent konseptrapport har blitt oppdaterte, og prosjektstyret har i sak 11-2023 gitt sin tilslutning til at føringene på miljø endres til oppdaterte dokumenter og standard. Basert på disse føringene vil det bli utarbeidet miljøprogram og miljømål som skal fastsettes for prosjektet.

Et aktuelt program for miljø- og bærekraft bør være retningsgivende, men ikke et "skal-krav". Miljøtiltak skal prioriteres ut fra et prinsipp om størst mulig klimanytte per investert krone i et livssyklusperspektiv for investeringen. Miljømålene for prosjektet vil ta utgangspunkt i de felles klima- og miljømålene som er satt for Grønt Sykehus. De nye miljømålene skal vise sporbarhet fra overordnede krav til hvordan de blir ivarettatt i prosjektet. Mål for Grønt Sykehus tilpasses for byggefasen og det prosjektet kan bidra med for å nå målene.

6 Behandling i prosjektstyret/styringsgruppe

Dato for tertialrapportens behandling i prosjektstyre/styringsgruppe:
Prosjektstyremøte, mandag 22. mai 2023.

Tertialrapport og eventuelle annet saksgrunnlag som omhandler budsjett og økonomi, herunder prisjustering, sendes til Helse Sør-Øst RHF, epost: rapportering@helse-sorost.no.

Saksfremlegg

Saksgang

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	24. mai 2023

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

Sak: 043-2023

Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark – barn og unge i dag, avgjørende for fremtiden

Hensikten med saken

Orientere styret om bakgrunnen for at barn og unge helse er et medisinsk strategisk satsningsområde ved Sykehuset Telemark.

Klinikksjef Ansgar Berg vil orientere om geografisk og demografisk utvikling av befolkningsframskrivinger, samt viktigheten av at gode helsetjenester for barn og unge i dag er en vesentlig forutsetning for å møte de store utfordringene, som helsevesenet står ovenfor gjennom befolkningsutviklingen.

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Skien, 15. mai 2023

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Orienterer styret om bakgrunnen for at barn og unge helse er et medisinsk strategisk satsningsområde ved Sykehuset Telemark.

2. Hovedpunkter

SSB sine befolkningsframskrivninger peker tydelig på at andelen av befolkningen som er 70 år og eldre, vil øke betydelig fremover. Når befolkningen blir eldre, følger flere helsevansker som helsevesenets må håndtere. Disse utfordringene står tydelig foran oss og vil naturlig få fokus og prioritet.

En viktig side av denne utviklingen er forholdet mellom de som trenger helsehjelp og pensjon, og de som skal yte helsehjelpen og gjennom arbeidsinnsats sikre midler til å forsørge de som trenger det. Det vi må ha med oss, som del av den samme utfordringen, er at de som skal løse disse utfordringene i dag er barn og unge, og de som vil være barn og unge i årene fremover.

Innsats og gode tjenester for barn og unge i dag er derfor en vesentlig forutsetning for de store utfordringene som helsevesenet står ovenfor gjennom befolkningsutviklingen.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Administrerende direktør anbefaler at styret tar saken til orientering.

Saksfremlegg

Saksgang

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	24. mai 2023

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

Sak: 044 – 2023

Orientering om BUP Grenland prosjektet

Hensikten med saken

Orientering til styret om BUP Grenland prosjektet.

Klinikksjef Ansgar Berg vil gi en orientering til styret om BUP Grenland prosjektet, som er gjennomført og hvordan man forventer dette skal gi økt kvalitet og produktivitet.

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Skien, 15 mai 2023

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Prosjekt BUP Grenland har som målsetting å styrke fagmiljøet og sikre helhetlig, integrert tilbud til barn, unge og deres pårørende innen psykisk helsevern for målgruppen i Telemark. Samlokalisering er gjennomført og flere lokale og fylkesdekkende tjenester har flyttet inn i nye og større lokaler i Gjerpensgate (14) den 20 april 2023.

2. Hovedpunkter

Ny organisering inneholder følgende enheter; 1) BUP Grenland Sør (tidl. BUP Skien), 2) BUP Grenland Nord (tidl. BUP Porsgrunn og seksjon for autismespekterforstyrrelser), 3) BUP Familiebehandling (Tidl. Seksjon for familiebehandling).

Forventet gevinst av samlokaliseringen;

- De nye lokalene i Gjerpensgate vil kunne møte den forventede økte veksten innen psykisk helsevern for barn og unge (moderne lokaler og tilstrekkelig areal)
- Bedre muligheter for større faglig bredde og felles faglig fagutvikling
- Bedre bruk av ressurser – likeverdige tjenester, spesielt for de pasientene som har komplekse og langvarige lidelser
- Bedre mulighet for å rekruttere, utvikle og beholde fagpersoner

BUP Grenland vil i nært samspill med BUP Notodden, BUP Vestmar og andre involverte aktører i førstelinjetjenesten, både inn helse (fastleger, helsestasjoner, PPT, skolehelsetjenesten) og andre (skole, barnehage, Bufetat med flere) være bedre rustet til å kunne utvikle fremtidens psykiske helsetjeneste for barn og unge i Telemark.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Administrerende direktør anbefaler at styret tar saken til orientering.

Saksfremlegg

Saksgang

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	24. mai 2023

Type sak (sett kryss)						
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema

Sak: 045 – 2023

Uønskede pasienthendelser 2022 – statistikk og analyse

Hensikten med saken

Sykehusets pasienthendelser klassifiseres med Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser (NOKUP). Klassifiseringen danner grunnlaget for statistikk og analyse som gir oversikt over risikoområder. Saken redegjør for resultater for 2022 fra 4/4-31/4 på sykehus- og klinikknivå, og presenterer tilsvarende resultater for 2021 (1/1-31/12). Resultatene settes i sammenheng med utviklingen i sikkerhetsklimate og meldekultur i medarbeiderundersøkelsen ForBedring fra 2021 til 2022, og skal videre være grunnlag for forbedringsarbeid i klinikkene.

Sak som redegjør for utvikling i uønskede pasienthendelser og risikoområder legges årlig fram for styret.

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Skien, 15 mai 2023

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Fra oppdrag i Oppdrag og bestilling 2017 er alle helseforetakene bedt om å aktivt bruke avvik/forbedringssystemet i analyse av enkelthendelser, statistikk og risikoanalyser og ta i bruk det nasjonale kodeverket for uønskede pasienthendelser (NOKUP).

Sykehusets ledergruppe har fulgt utviklingen i uønskede pasienthendelser i årlige ledergruppesaker over tid. Det er avgjørende for pasientsikkerheten at uønskede pasienthendelser og nestenuhell rapporteres i avviks/forbedringssystemet, slik at de kan gi grunnlag for å identifisere risikoområder både i sykehuset og den enkelte klinikk.

Ved overgang til nytt forbedringssystem EQS fra 04/04/2022 ble NOKUP innarbeidet i avviks/forbedringssystem.

2. Hovedpunkter

Vedlagt oversikt over uønskede pasienthendelser 2022 – statistikk og analyse viser utvikling i uønskede hendelser i henhold til NOKUP (Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser).

Det har vært en liten økning i antall meldte pasienthendelser fra 12 i 2021 til 1460 i 2022.

Vedlagt rapport over uønskede pasienthendelser 2022 basert på NOKUP viser lite endring i risikoområder fra 2021 til 2022 for STHF.

Etter overgang til nytt avvik/forbedringssystem EQS er det mulig å ta ut tilpassede NOKUP-rapporter for ønsket tidsrom, både for STHF, klinikk, avdeling og seksjon. Det er mulig å ta ut data på alle NOKUP-kategoriene og få fram et mer nyansert risikobilde.

Den enkelte klinikk kan hente ut grunnlag for å følge opp områder der NOKUP-resultatene viser forhøyet pasientsikkerhetsrisiko i klinikken.

Utvikling i meldte hendelser og risikobilde for det enkelte enhetsområde er avhengig av at det jobbes med kultur for å melde uønskede hendelser og at det er fokus på læring og oppfølging med risikoreduserende tiltak som skal bidra til at liknende hendelser ikke skal skje igjen.

Vedlegg:

Uønskede pasienthendelser 2022 - statistikk og analyse (NOKUP)

Uønskede pasienthendelser 2022 – statistikk og analyse (NOKUP)

Innledning

Sykehusenes pasienthendelser klassifiseres med Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser (NOKUP). Klassifiseringen danner grunnlaget for statistikk og analyse som gir oversikt over risikoområder. Presentasjonen redegjør for resultater for 2022 fra 4/4-31/4 på sykehus- og klinikknivå, og presenterer tilsvarende resultater for 2021 (1/1-31/12). Resultatene settes i sammenheng med utviklingen i sikkerhetsklima og meldekultur i medarbeiderundersøkelsen ForBedring fra 2021 til 2022, og skal videre være grunnlag for forbedringsarbeid i klinikkene.

Bakgrunn

Sykehusets ledergruppe har fulgt utviklingen i uønskede pasienthendelser i årlige ledergruppesaker over tid. Det er avgjørende for pasientsikkerheten at uønskede pasienthendelser og nestenuhell rapporteres i avviks/forbedringssystemet, slik at de kan gi grunnlag for å identifisere risikoområder både i sykehuset og den enkelte klinikk.

I Oppdrag og bestilling 2017 ble alle helseforetak bedt om å iverksette tiltak for økt bruk av avviks/forbedringssystemet i analyse av enkelthendelser, statistikk og risikoanalyser. Et av tiltakene var å ta i bruk det nye nasjonale kodeverket for uønskede pasienthendelser, NOKUP.

Sykehuset Telemark har fulgt opp dette oppdraget. Ved overgang til nytt forbedringssystem EQS fra 04/04/2022 ble NOKUP innarbeidet i avviks/forbedringssystem. Ved tidligere bruk av avvikssystemet TQM ble NOKUP- klassifiseringen gjennomført manuelt på deler av kodeverket med klinikkens saksbehandling i TQM som kilde. I presentasjonen brukes NOKUP data for 2022 fra 4/4 til 31/12. NOKUP data for 2021 er for hele året og er derfor ikke direkte sammenlignbart med tallene for 2022. Presentasjon av NOKUP data for 2021 og 2022 er derfor vist i separate figurer.

Utviklingen i meldekulturen ved sykehuset, belyses i den årlige medarbeiderundersøkelsen ForBedring. Utviklingen i NOKUP-resultatene og meldekulturen må sees i sammenheng.

Faktaboks: Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser - NOKUP

Hva: NOKUP er utarbeidet av Helsedirektoratet i samarbeid med de regionale foretakene. Kodeverket er en forenkling av WHO's kodeverk for uønskede pasienthendelser.

Hvorfor: Kodeverkets kategorier skal gi muligheter for å identifisere alvorlig systemsvikt og områder for læring og forbedring. Oversikt over problem- og risikoområder, gir mulighet til å iverksette målrettede forbedringstiltak som kan hindre at tilsvarende skjer igjen.

Hvordan: Klassifikasjonssystemet består av sju hovedkategorier (nivå 1):

1. Sted for hendelsen
2. Hendelsestype
3. Medvirkende faktorer/årsaker
4. Forebyggbarhet
5. Faktisk konsekvens for pasient
6. Hyppighet for uønsket hendelse
7. Mulig konsekvens ved gjentakelse

Under hver av hovedkategoriene finnes det flere underkategorier (nivåer).

Klassifikasjonen utføres ved å velge den kategorien som hendelsen synes å falle best inn under. Det er envalg i alle hovedkategorier med unntak «Medvirkende faktorer/årsaker», der det er flervalg.

Kodeverket er i stadig utvikling og behov for nye koder kan meldes inn.

Kilde: [Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

06.05.2022

Oppfølgingen av svært alvorlige hendelser og dødsfall som er varslingspliktige i henhold til Specialisthelsetjenesteloven § 3-3a, følges opp med egne årlige ledergruppesaker. Det samme gjelder samhandlingsavvik mellom sykehuset og eksterne samarbeidspartnere.

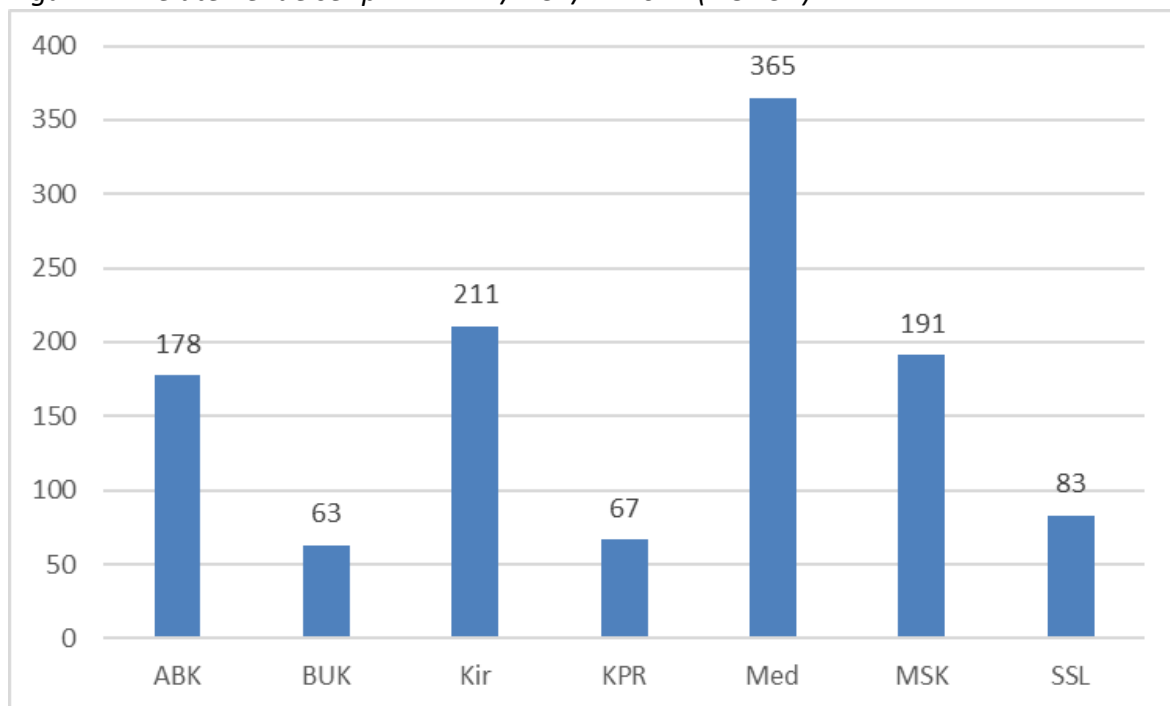
Presentasjon av statistikk og analyse for 2022

I presentasjonen vises NOKUP data for 2022 (4/4-31/12) og NOKUP data for 2021 (1/1-31/12).

Antall meldte og klassifiserte pasienthendelser

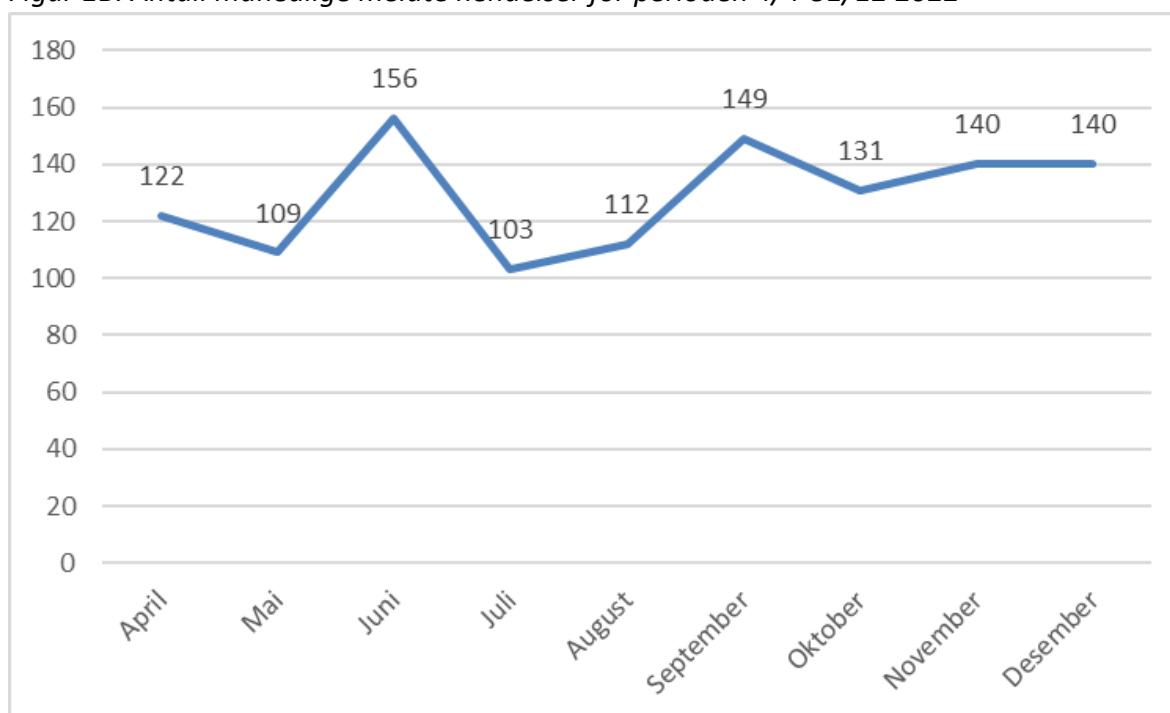
Fra 4/4-31/12 2022 ble det i EQS registrert 1162 pasienthendelser internt i sykehuset, hvorav 1061 er behandlet av leder og klassifisert med NOKUP ved tidspunkt for rapportuttak. For perioden 1/1-4/4 2022 ble det meldt 318 pasienthendelser i TQM. Totalt for 2022 er det meldt 1480 uønskede pasienthendelser. I 2021 ble det totalt registrert 1260 pasienthendelser.

Figur 1A. Meldte hendelser pr klinikk 4/4-31/12 2022 (NOKUP).



Figur 1A viser antall meldte pasienthendelser pr klinikk fra 4/4-31/12 2022.

Figur 1B. Antall månedlige meldte hendelser for perioden 4/4-31/12 2022

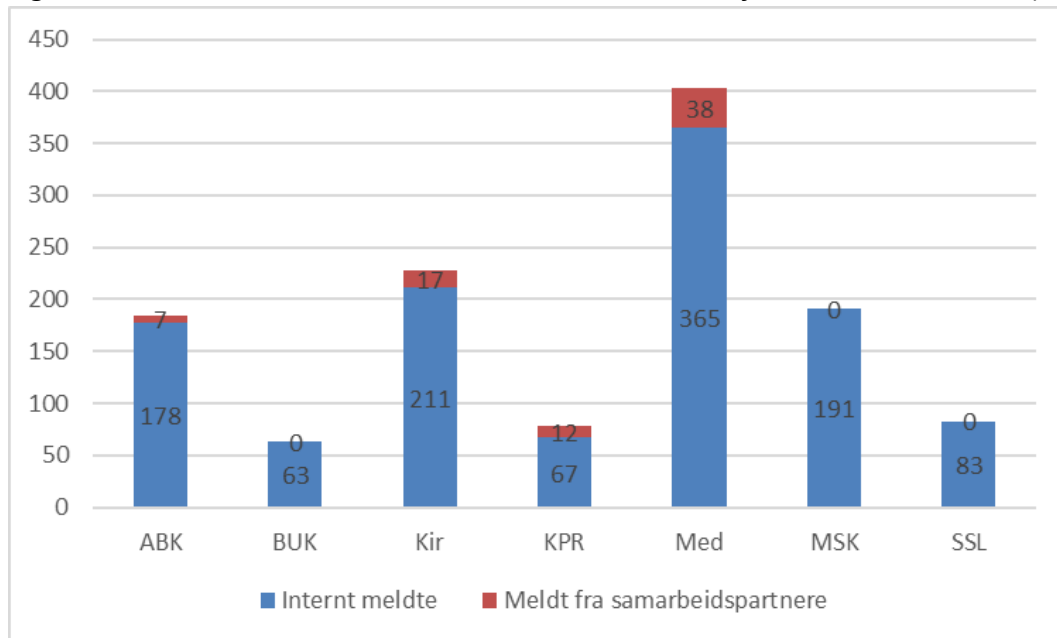


Figur 1B viser utvikling i antall meldte pasienthendelser fra måned til måned fra april til desember 2022 og viser et ganske stabilt antall hendelser med juli som den måneden med lavest antall.

Antall meldte pasienthendelser fra eksterne samarbeidspartnere

Det er meldt 74 pasienthendelser fra eksterne samarbeidspartnere fra 4/4-31/12 2022, i hovedsak fra kommunene i Telemark. Disse legges fram i egen ledergruppesak.

Figur 2. Internt meldte hendelser versus hendelser meldt fra kommunene 2022 (NOKUP)

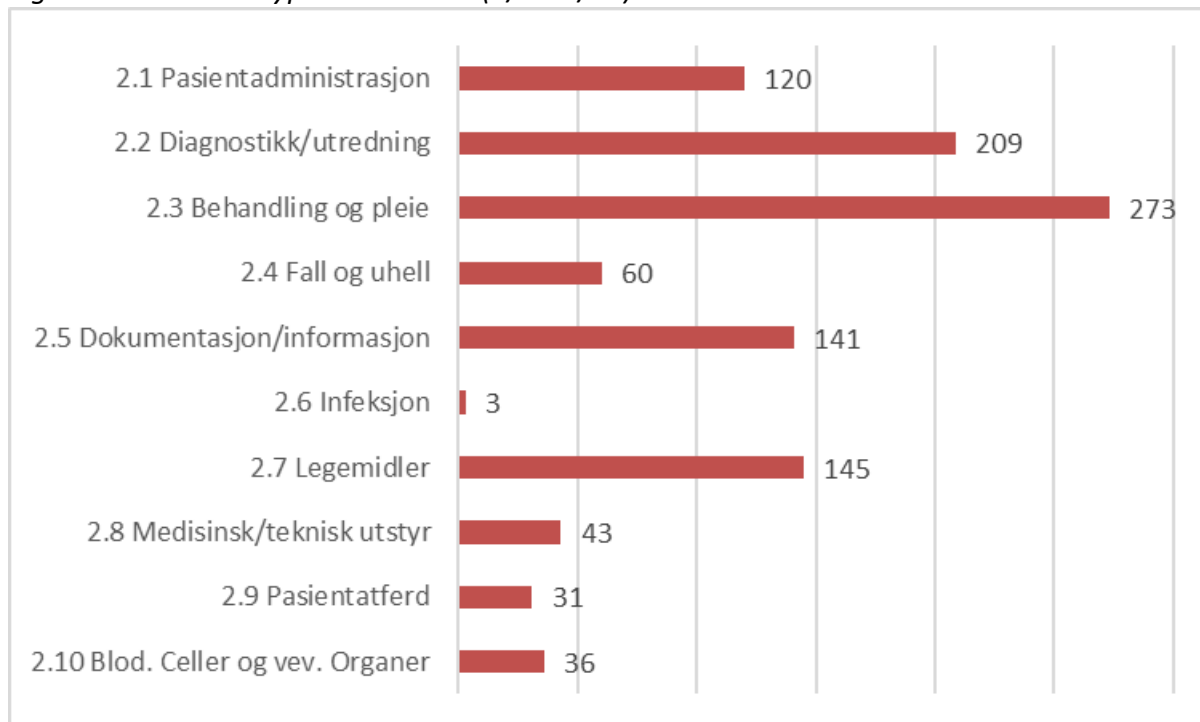


Figur 2 viser forholdet mellom internt meldte hendelser og hendelser meldt fra samarbeidspartnere fordelt per klinikk for 2022 (4/4-31/12).

Hendelsestyper

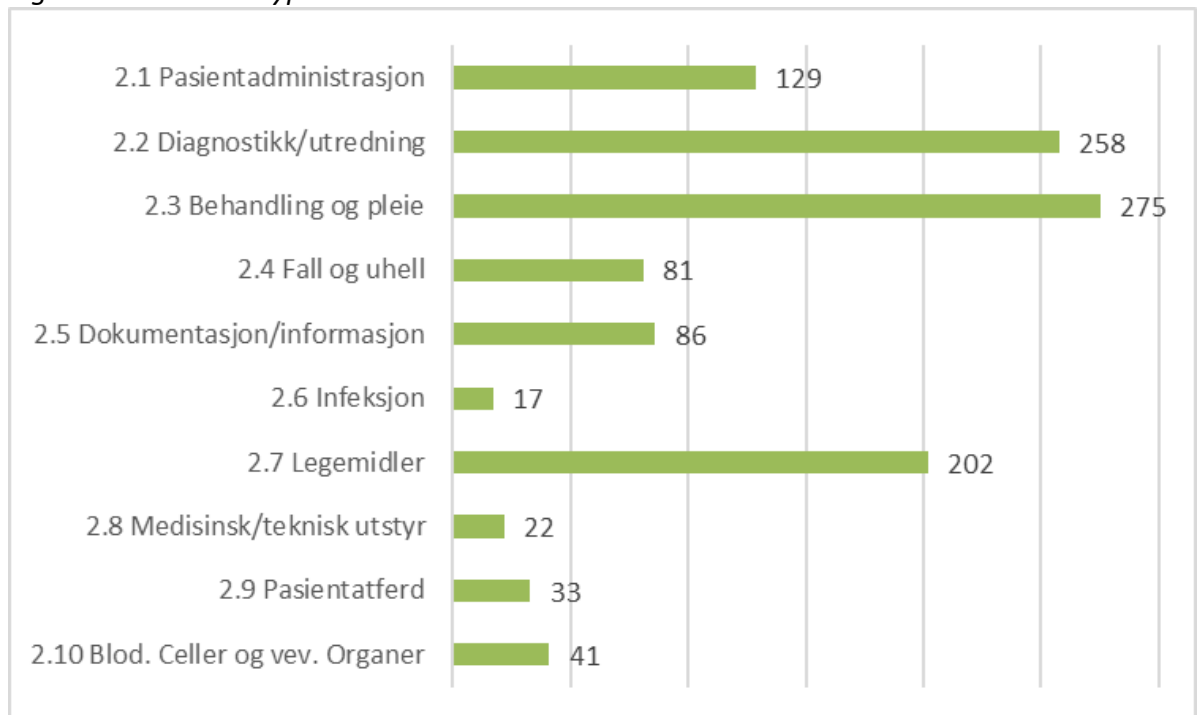
Hva var den uønskede hendelsen? Hva var det som skjedde/gikk galt med pasienten? Her velges den kategorien som beskriver hendelsen mest spesifikt.

Figur 3A. Hendelsestyper STHF 2022 (4/4-31/12)



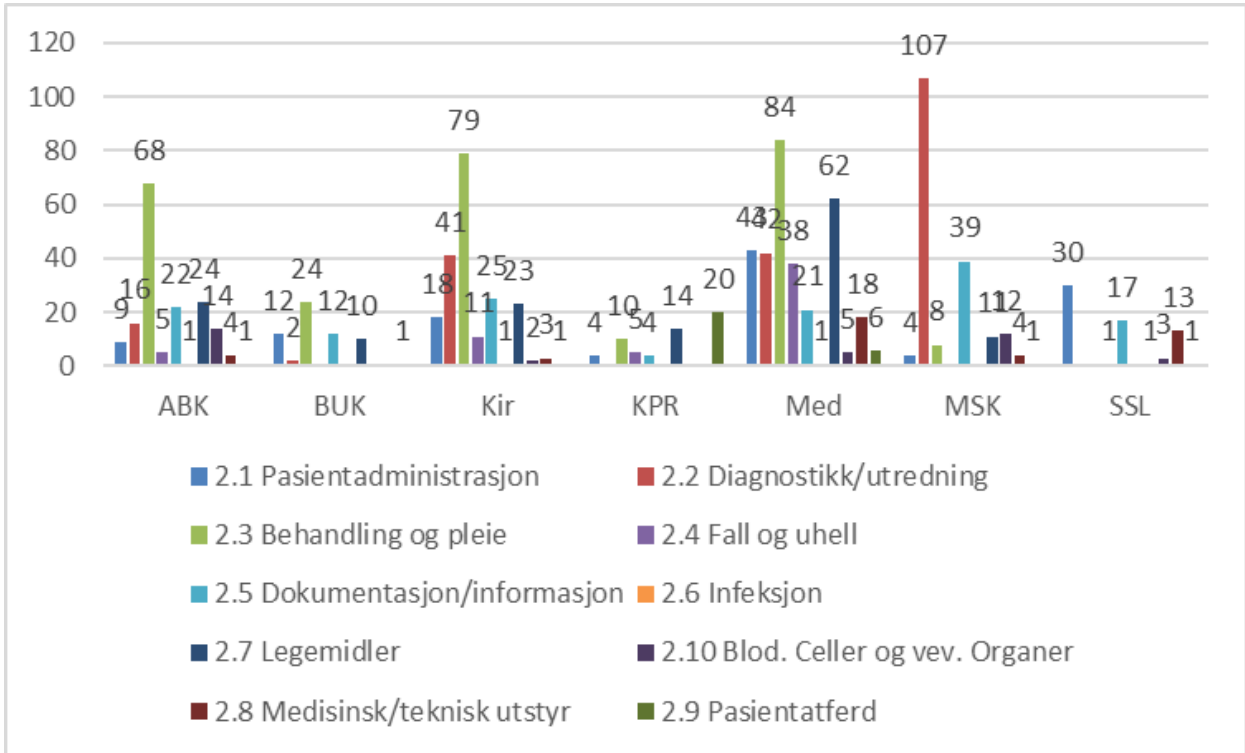
Figur 3A viser pasienthendelser registrert på Hendelsestyper for STHF for 2022. Tallene viser at det er flest hendelser på hendelsestype «Behandling og pleie» (273) og «Diagnostikk og utredning» (209).

Figur 3B. Hendelsestyper STHF 2021

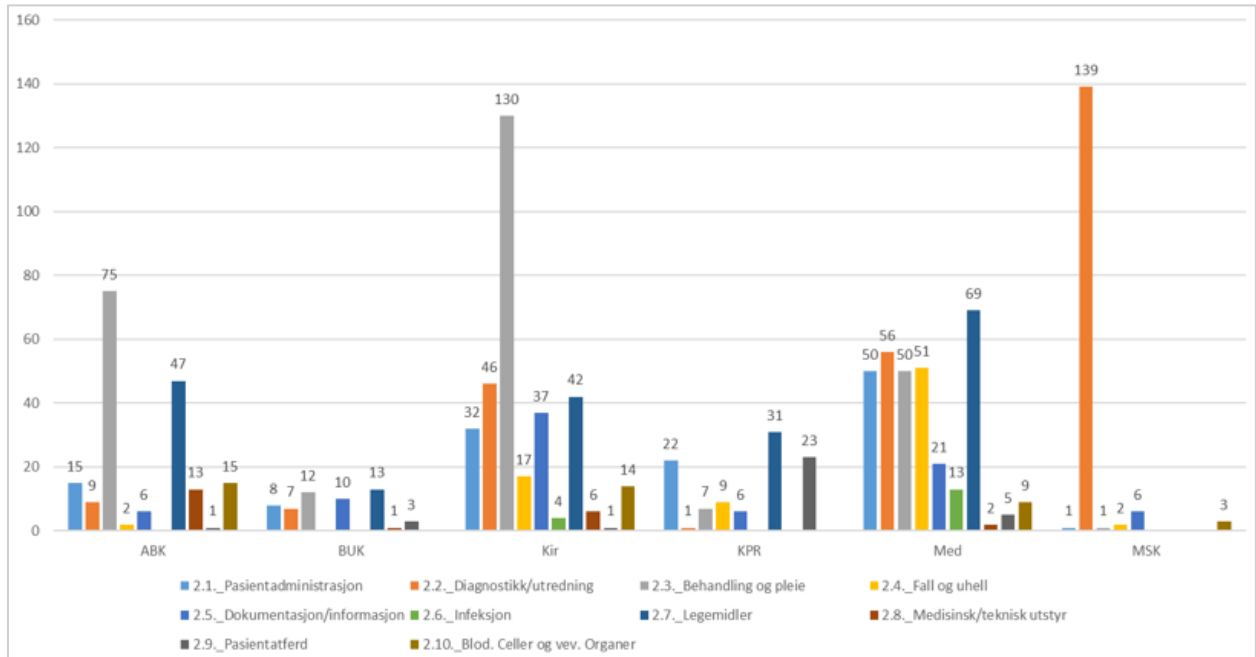


Figur 3B viser pasienthendelser registrert på Hendelsestyper for STHF for 2021. Tallene viser at det er flest hendelser på hendelsestype «Behandling og pleie» (275) og «Diagnostikk og utredning» (258).

Figur 4A Hendelsestyper per klinikk 2022 (4/4-31/12)



Figur 4B Hendelsestyper per klinikk 2021

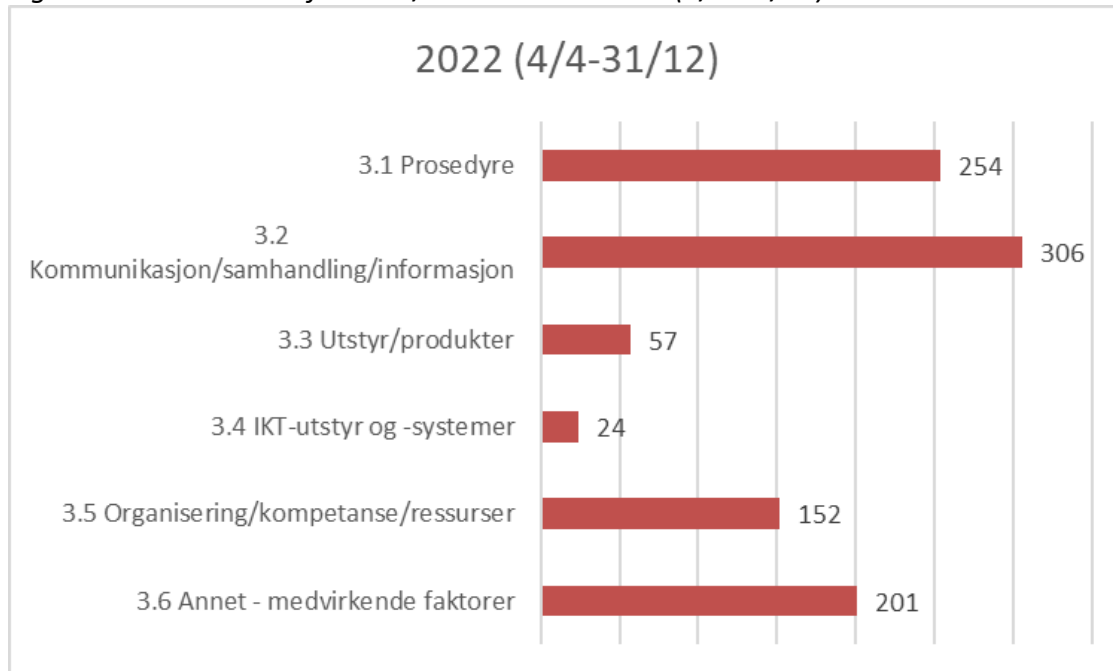


Figur 4A viser hendelsestyper per klinikk for 2022 (4/4-31/12). Figur 4B viser hendelsestyper per klinikk for hele 2021. Uten at tallene er direkte sammenlignbare, ser det ut til å være noe endring i fordeling av hendelsestyper i enkelte klinikker.

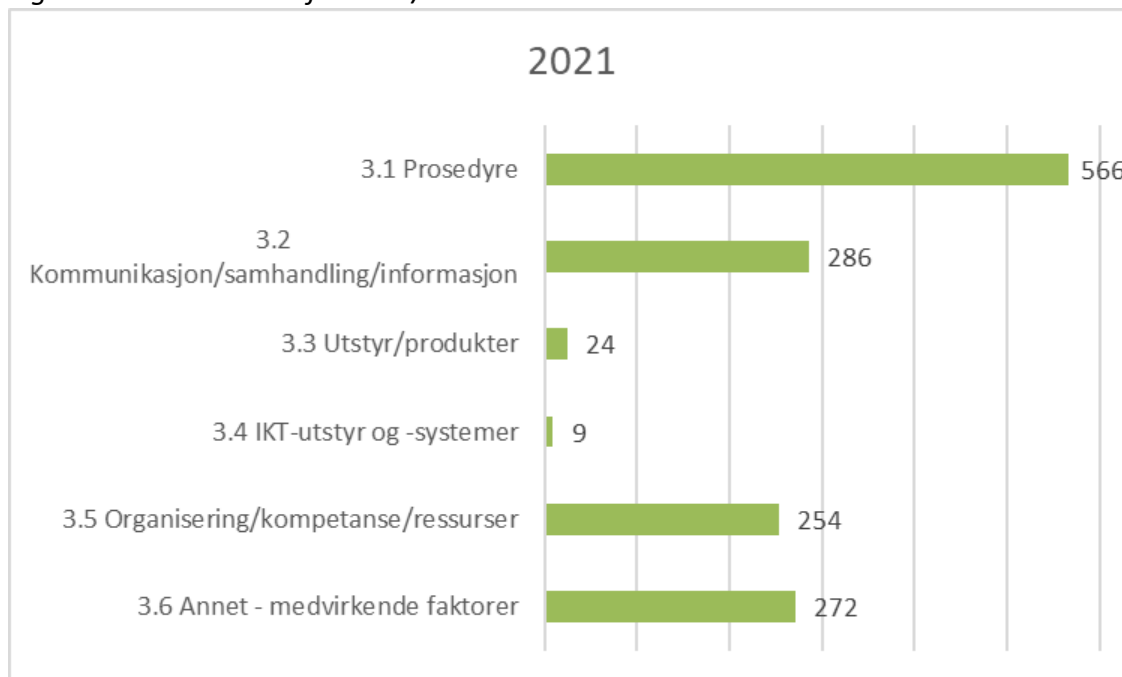
Medvirkende faktorer/årsaker

Medvirkende faktorer/årsaker er omstendigheter, påvirkning eller handlinger som har spilt en rolle i opphavet til/utvikling av en hendelse eller har gitt større risiko for at en hendelse skulle inntreffe.

Figur 5A. Medvirkende faktorer/årsaker STHF 2022 (4/4-31/12)



Figur 5B. Medvirkende faktorer/årsaker STHF 2021

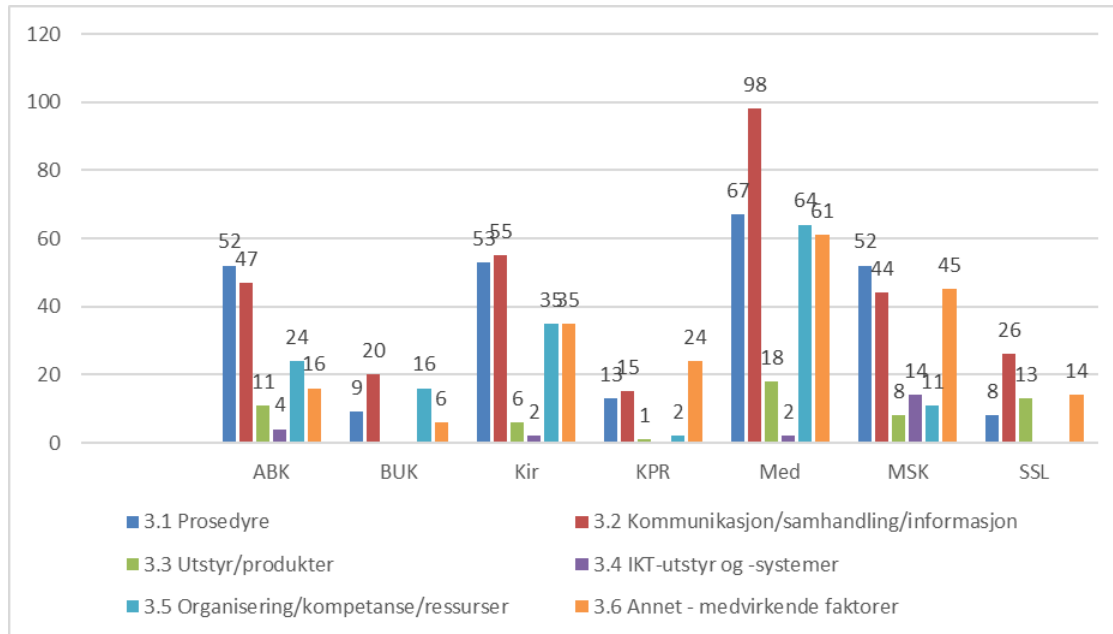


Figur 5A og 5B viser medvirkende faktorer/årsaker for STHF i 2022 (4/4-31/12) og 2021. For perioden 2022 er største medvirkende faktor/årsak

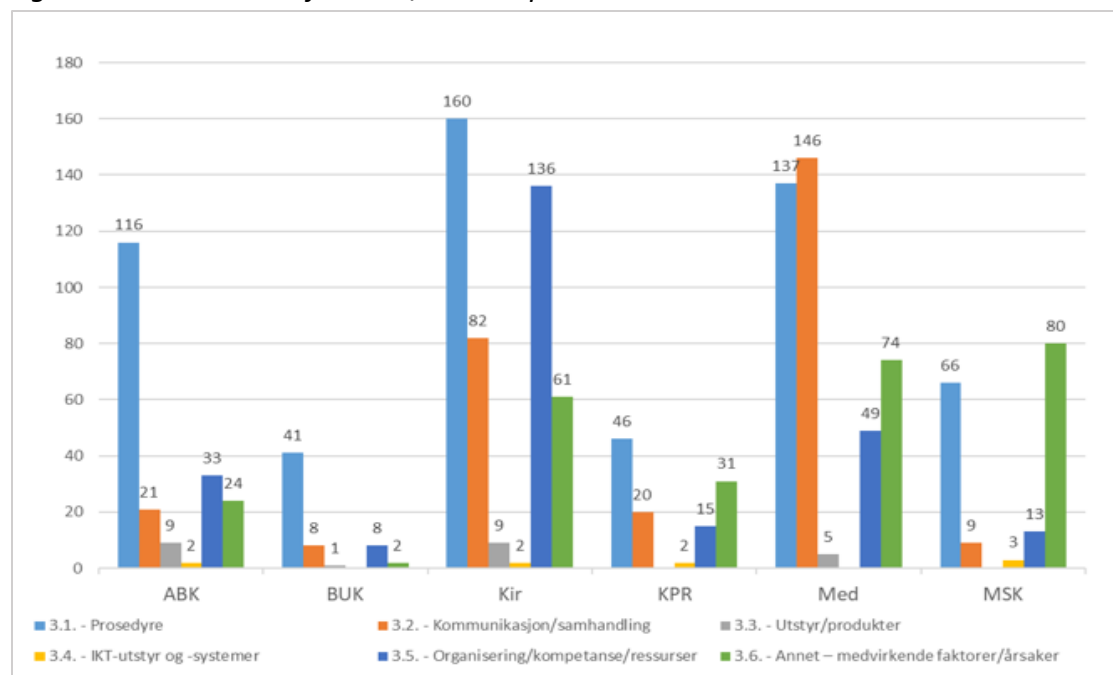
“Kommunikasjon/samhandling/informasjon” (306), mens for 2021 er «Prosedyre» (566) markant største faktor.

For klassifisering av medvirkende faktorer/årsaker er det mulig å velge flere årsaksfaktorer pr hendelse. Fra 2022 har den enkelte leder klassifisert NOKUP koder i EQS og det er med få unntak markert kun en medvirkendefaktor/årsak pr hendelse. I 2021 ble NOKUP klassifiseringen utført manuelt i kvalitetsavdelingene og flere medvirkende faktorer/årsaker ble markert pr hendelse der det var aktuelt. Dette vises i et forholdsvis større antall totalt medvirkende faktorer/årsaker registrert i 2021 enn i 2022.

Figur 6A. Medvirkende faktorer/årsaker per klinikk 2022 (4/4-31/12)



Figur 6B. Medvirkende faktorer/årsaker per klinikk 2021

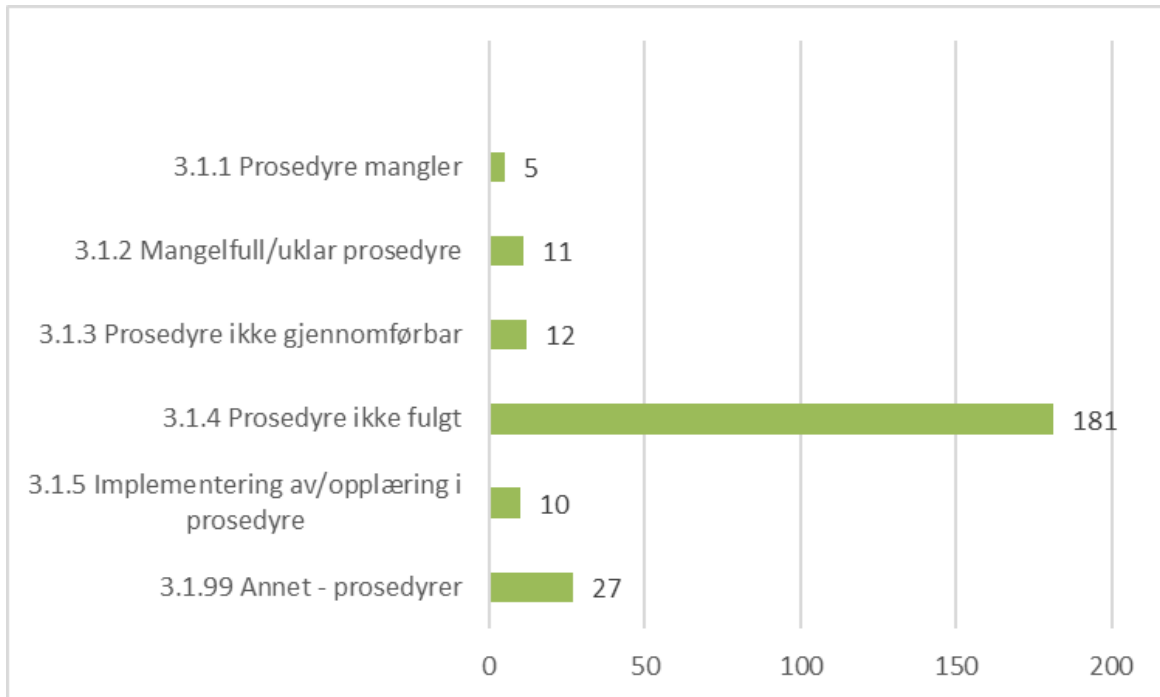


Figur 6A viser medvirkende faktorer/årsaker per klinikk i 2022 og figur 6B viser tall for 2021. Selv om dataene ikke er direkte sammenliknbare, ser man en endring i meldte medvirkende faktorer/årsaker innen den enkelte klinikk.

Medvirkende faktorer/årsaker – med detaljerte underkategorier

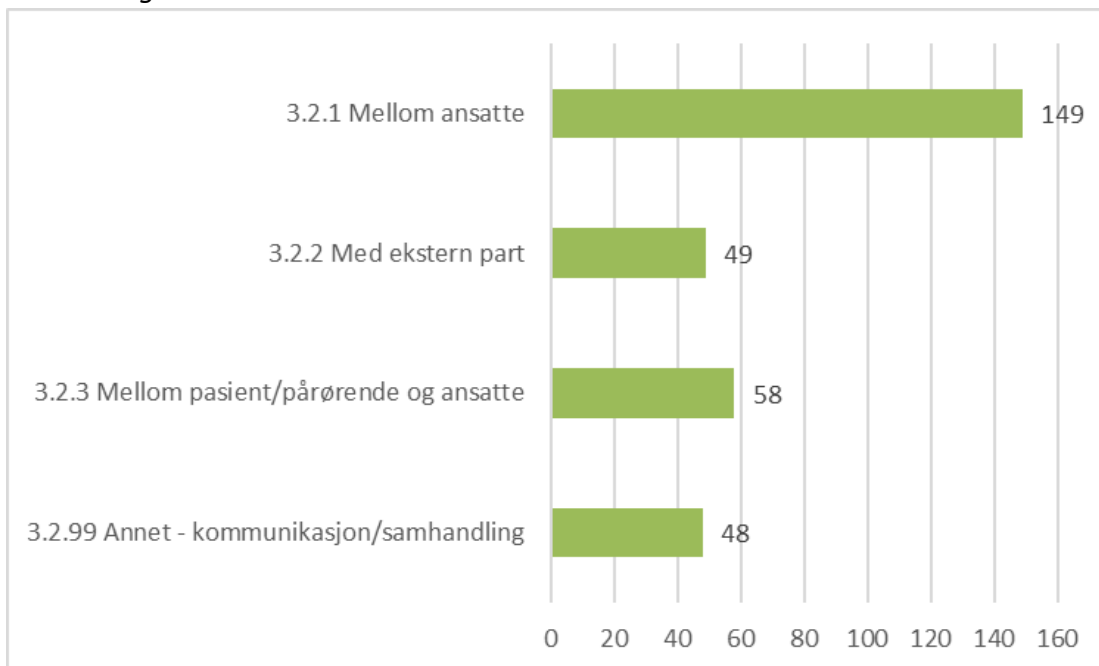
Underkategoriene gir et mer nyansert bilde av hvilke faktorer som har medvirket til eller som er utløsende årsaker til hendelsene.

Figur 7. Medvirkende faktor/årsak "Prosedyre" fordelt på underkategorier 2022



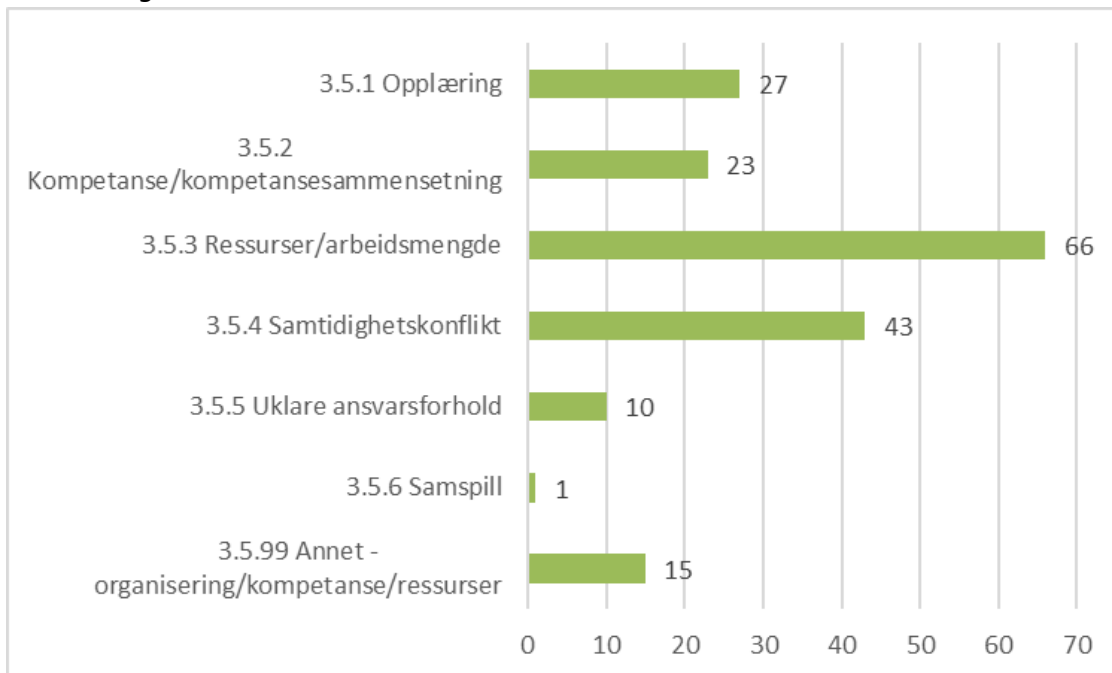
Figur 7 viser at «Prosedyre ikke fulgt» 181 er den hyppigste medvirkende faktorer/årsaker.

Figur 8. Medvirkende faktor/årsak "Kommunikasjon/samhandling" fordelt på underkategorier 2022



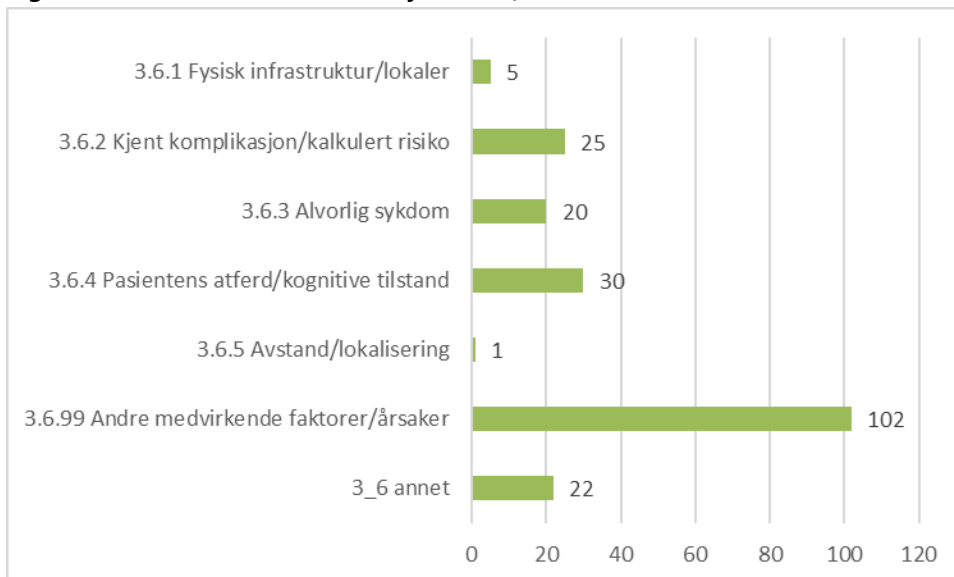
Figur 8 viser tall for medvirkende faktorer/årsaker knyttet til "Kommunikasjon/samhandling" for 2022 der underkategori «Mellom ansatte» 149 er størst. "Med ekstern part" er nesten utelukkende saker meldt fra kommunene i Telemark.

Figur 9. Medvirkende faktor/årsak "Organisering/kompetanse/ressurser" med underkategorier 2022

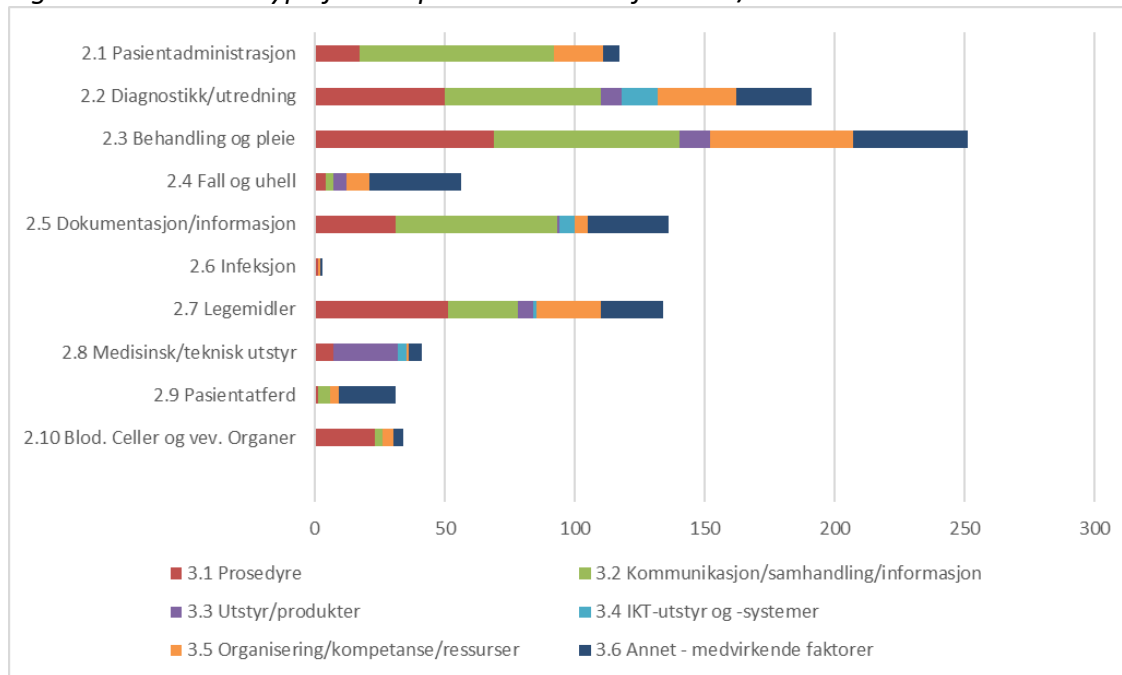


Figur 9 viser medvirkende faktorer/årsaker for 2022 der "Resurser/arbeidsmengde" (66) og "Samtidighetskonflikt" (43) dominerer.

Figur 10. Annet – medvirkende faktorer/årsaker 2022



Figur 10 viser kategorien «Annet- medvirkende faktorer/årsaker» der underkategori "Andre medvirkende faktorer/årsaker" (102) dominerer.

Figur 11. Hendelsestype fordelt på medvirkende faktorer/årsaker 2022


Figur 11 viser hvordan medvirkende faktorer/årsaker er fordelt på de ulike hendelsestypene i 2022.

Faktisk konsekvens for pasientens helse/prognose

Dette er en skjønnsmessig vurdering av omfang, varighet og behandlingssimplikasjoner som skyldes en uønsket hendelse, ikke nødvendigvis det endelige utfallet for pasienten, men konsekvensen denne hendelsen isolert sett hadde for pasientens helse/prognose. Basert på tilgjengelig kunnskap/kjennskap, hvilken konsekvens fikk hendelsen for pasienten?

Faktisk konsekvens for pasient:

Ingen: ingen observerbar eller antatt skade på pasient.

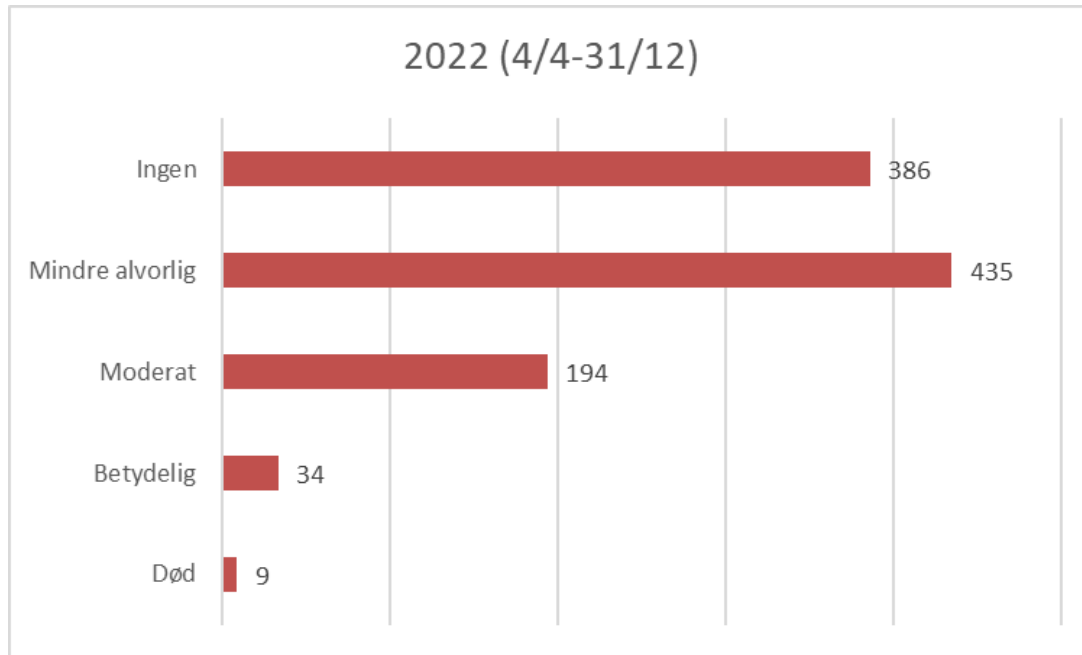
Mindre alvorlig: forbigående negativ helseeffekt/skade som ikke krever ytterligere behandlingstiltak.

Moderat: skade som krever behandlingstiltak eller oppfølging.

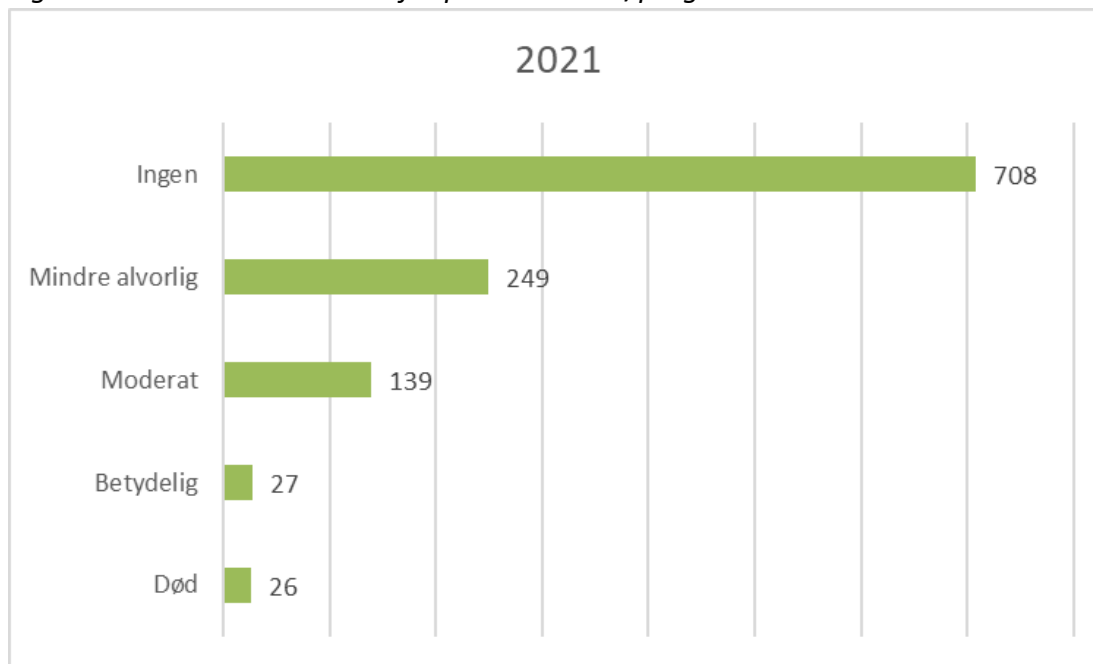
Betydelig: skade som krever betydelig økt utrednings- eller behandlingsintensitet. Varig funksjonstap eller lidelse.

Død: død som kan ha årsak i behandling eller mangel på behandling.

Figur 12A. Faktisk konsekvens for pasients helse/prognose STHF 2022 (4/4-31/12)



Figur 12B. Faktisk konsekvens for pasients helse/prognose STHF 2021

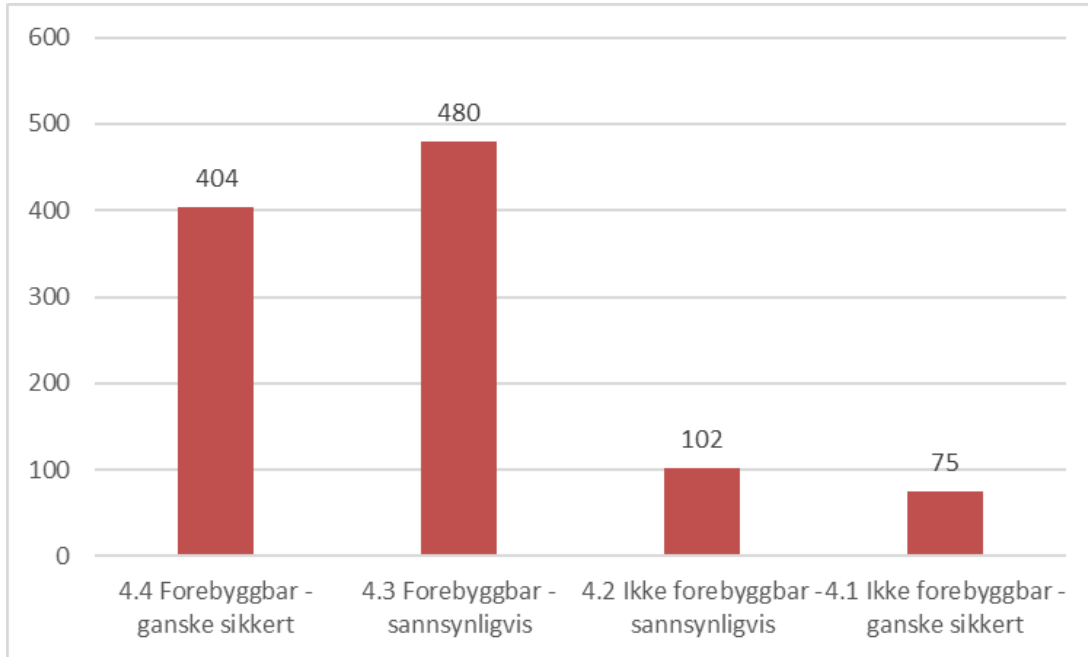


Figur 12A viser faktisk konsekvens for pasient i 2022, og Figur 12B viser faktisk konsekvens for 2021.

Forebyggbarhet

Basert på tilgjengelig informasjon, kan hendelser som denne forebygges?

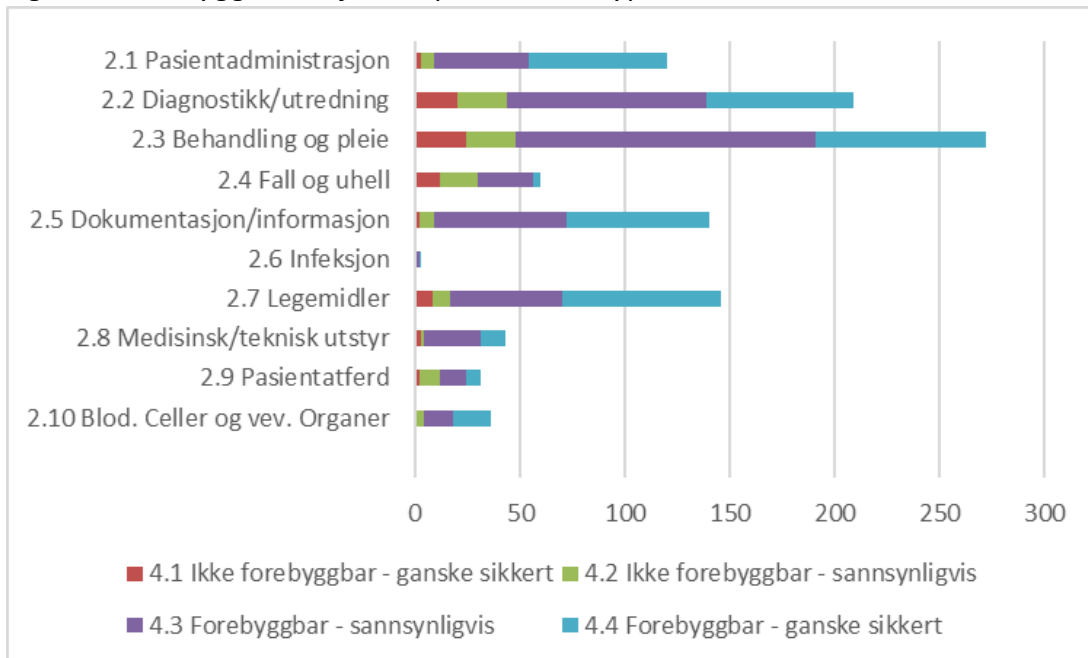
Figur 13. Forebyggbarhet 2022



Figur 13 viser forebyggbarhet for pasienthendelser meldt i 2022.

Forebyggbarhet i forhold til hendelsestype 2022

Figur 14. Forebyggbarhet fordelt på hendelsestyper 2022

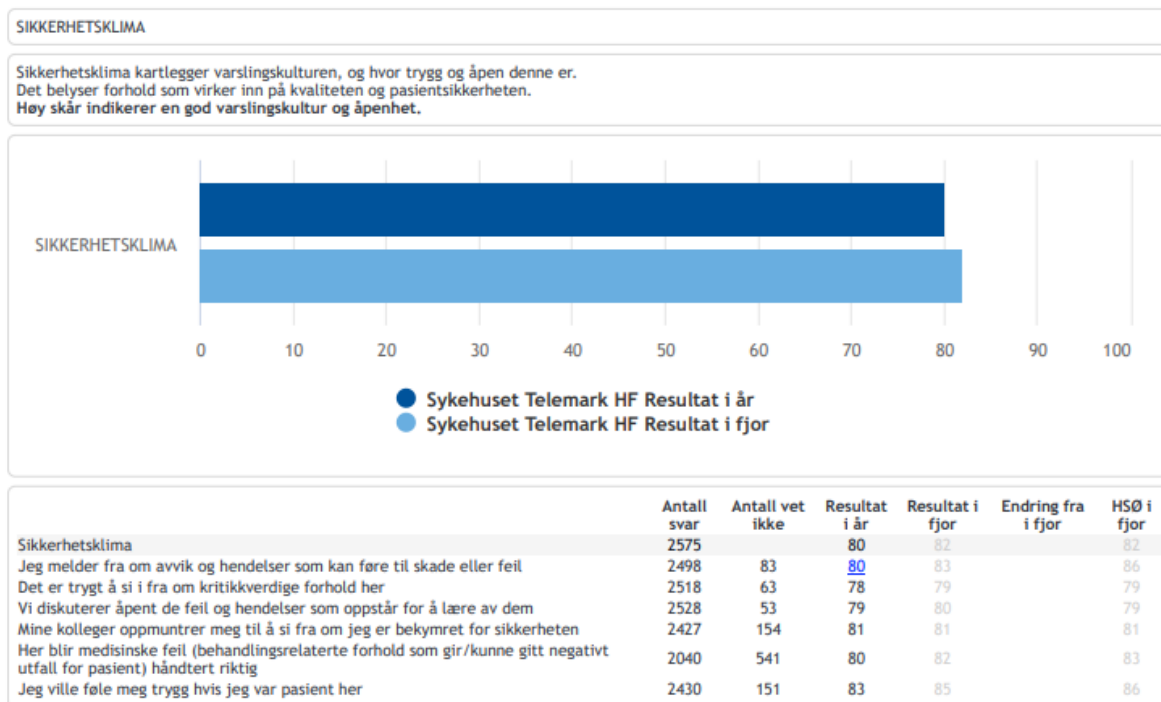


Figur 14 viser forebyggbarhet fordelt pr hendelsestype 2022.

Medarbeiderundersøkelsen ForBedring og Meldekultur

I den årlige medarbeiderundersøkelsen ForBedring har temaet sikkerhetsklima spørsmål som kan belyse meldekulturen.

Figur 15. Sikkerhetsklima og meldekultur – ForBedring 2022



Figur 15. viser sikkerhetsklimaet med «Jeg melder fra om avvik og hendelser som kan føre til skade eller feil» 80(83) der det er en liten nedgang i resultatene fra 2021 til 2022.

Spesielle forhold som presiseres

Sykehuset tok i bruk nytt avviks/forbedringssystem fra 4/4/2022 og datagrunnlaget for saken for 2022 er hentet fra EQS med data for perioden 4/4-31/12 2022. Datagrunnlag for 2021 er hentet fra TQM og inneholder data for hele året. Uønskede hendelser som er meldt i TQM i perioden 1/1- 3/4 2022 er ikke kodet i henhold til NOKUP. Det er derfor ikke gjort direkte sammenlikning av data fra 2021 til 2022, men tall for hele 2021 er vist som grunnlag for klinikkenes egne vurdering av utvikling fra 2021 til 2022.

NOKUP klassifisering av hendelser for 2021 og tidligere år er basert på manuell registrering og klassifisering gjennomført av kvalitetsavdelingen. I EQS er NOKUP kodene innlemmet i systemet og den enkelte leder klassifiserer selv hendelsen i henhold til NOKUP i behandling av meldingene i EQS. Det må forventes mer variasjon i kodingen da det vil ta tid for den enkelte leder å bli kjent med kodevalgene i NOKUP og det kan være ulik vurdering av kodevalg fra leder til leder.

Prosess

Kvalitetsavdelingen er ansvarlig for funksjonell forvaltning og opplæring i bruk av EQS. Alle klinikker har utpekt en person som klinikkens systemadministrator som gir innspill til kvalitetsavdelingen om behov for opplæring og bistand til uttrekk av NOKUP data til bruk i klinikkens oppfølging. Den enkelte klinikk vil i EQS kunne ta ut sanntidsinformasjon/rapporter/statistikk fra alle registrerte data som grunnlag for arbeid med kontinuerlig oppfølging og kvalitetsforbedring. Gevinstrealisering av innføring av EQS følges jevnlig opp i KPU STHF.

Økende antall meldinger og meldekultur

Det er avgjørende for pasientsikkerheten at uønskede pasienthendelser registreres i avviks/forbedringssystemet, slik at de kan bidra til oversikt over risikoområder, både for sykehuset som helhet og i den enkelte klinikk.

Økningen i antall uønskede hendelser viser en positiv trend og kan tyde på at meldekulturen ved sykehuset er i fremgang. Overgangen til EQS har gitt et økt fokus på opplæring og behandling av uønskede hendelser som kan ha bidratt til økningen i meldinger. Dette bør også sees i sammenheng med resultatene i ForBedring som fra 2020 til 2022 er ganske stabilt med en liten nedgang i opplevd meldekultur fra 2021 til 2022.

Meldekulturen og nivået på antall uønskede pasienthendelser bør stå i forhold til hverandre; Overvurdering av egen sikkerhetskultur kan representere en betydelig pasientsikkerhetsrisiko.

Klinikkene bør derfor kartlegge og følge med på om egen vurdering av meldekulturen gjenspeiler seg i antall meldinger. Det er leders ansvar å bidra til en kultur preget av åpenhet om feil og mangler. Det skal være trygt å melde fra. Dette er også en forutsetning for læring og forbedring på tvers i organisasjonen.

Hendelsestyper- STHF og klinikknivå

Vi ser lite endring i forholdet mellom registrerte hendelsestyper fra 2021 til 2022. For både 2021 og 2022 var det flest registrerte hendelser på hendelsestypene «Behandling og pleie» og «Diagnostikk og utredning».

Hendelsestyper med stort volum og økning bør følges opp i den enkelte klinikk og enhet med fokus på årsaksforhold og risikoreduserende tiltak.

Nedganger i registreringer kan knyttes til forbedringer - eller manglende registrering av hendelser. De bør derfor følges opp for å avklare årsakene.

Medvirkende faktorer/årsaker:

Det er noen medvirkende faktorer/årsaker som utmerker seg for 2022.

- Prosedyrer 254
 - her dominerer underkategori «Prosedyre ikke fulgt» 181
- Kommunikasjon/samhandling/informasjon 306
 - Her dominerer underkategori «Mellom ansatte» 149
- Organisering/kompetanse/ressurser 152
 - Her dominerer underkategori «Ressurser/arbeidsmengde» 66
- Annet- medvirkende faktorer 201
 - Her dominerer underkategori «Andre medvirkende faktorer/årsaker» 102

Klinikkene bør gjennomgå sin profil og se etter årsakssammenhenger.

Kunnskap om hvorfor pasientsikkerhetsrisikoen er forhøyet, gir grunnlag for å iverksette målrettede forbedringstiltak i klinikkene og for samarbeid på tvers for å løse felles utfordringer.

Faktisk konsekvens for pasient

Antall meldte dødsfall og svært alvorlige hendelser som er varslingspliktige legges fram i egen sak til ledergruppen. Hendelsesanalyser dokumenteres i EQS og vil belyse årsaksforhold, beskrive tiltak for ivaretagelse av pasient/pårørende og involverte ansatte, og iverksettelse av tiltak som skal bidra til læring og hindre gjentakelse.

Selv mord som kan ha sammenheng med mangelfull behandling eller oppfølging, også etter utskrivning, er registrert og klassifisert.

Antallet under «Moderat konsekvens» (194) som gjelder skade som krever behandling eller oppfølging bør følges tett i aktuelle klinikker.

Det er positivt at det meldes mange hendelser med «Ingen konsekvens». Dette viser at også nesten uhell blir registrert, og gir kunnskap som er bidrag risikoreduserende tiltak – som må prioriteres for å hindre framtidige pasientskader.

NOKUP og hendelsesanalyser

NOKUP er et godt verktøy for å monitorere og analysere de uønskede hendelsene og gir grunnlag for risikobasert forbedringsarbeid på systemnivå. Oppfølging av hendelsene i klinikkene når de er «ferskvare» med blant annet hendelsesanalyser ved alvorlige hendelser, er imidlertid en forutsetning for et effektivt kvalitetsforbedringsarbeid.

NOKUP og EQS – veien videre

I april 2022 ble klassifiseringen med NOKUP en integrert del av saksbehandlingen i EQS. I EQS vil det i sanntid kunne tas ut tilpassede NOKUP-rapporter for ønsket tidsrom, både for STHF, klinikk, avdeling og seksjon. Med EQS er det mulig å ta ut data på alle NOKUP-kategoriene og få fram et mer nyansert risikobilde. Det er også mulig å få fram data for sammenhenger mellom ulike NOKUP-kategorier. Dette gir et godt grunnlag for klinikkens forbedringsarbeid, men forutsetter at lederne følger opp utvikling i meldekultur, behandling av uønskede hendelser og evaluerer effekt av iverksatte tiltak. Bedre mulighet for uttak av forbedringsdata fra EQS kan også bidra til at det blir enklere å dele for læring på tvers i organisasjonen.

Saksfremlegg

Saksgang

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	24. mai 2023

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

Sak: 046 - 2023

Alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser 2022

Hensikten med saken

Saken redegjør for alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser ved Sykehuset Telemark i 2022, og sykehusets systematiske arbeid med læring og forbedring for å styrke meldekulturen og redusere pasientskader.

Forslag til vedtak

Styret tar redegjørelsen for oppfølging av alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser i 2021 til orientering.

Skien, 15. mai 2023

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Sykehusets styre orienteres årlig om utviklingen i alvorlige pasienthendelser (§ 3-3 a saker) og hendelsesanalyser.

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Varsler om alvorlige pasienthendelser

Formålet med varselordningen for alvorlige pasienthendelser (§ 3-3 a saker) til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom), er å identifisere alvorlige pasienthendelser raskt, slik at de kan rettes opp i og bidra til god pasientsikkerhet.

Faktaboks: Varsel om alvorlige pasienthendelser

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a

Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, skal straks varsle Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) om dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker som følge av tjenesteytelsen eller ved at en pasient eller bruker skader en annen. Varslingsplikten gjelder dersom utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko.

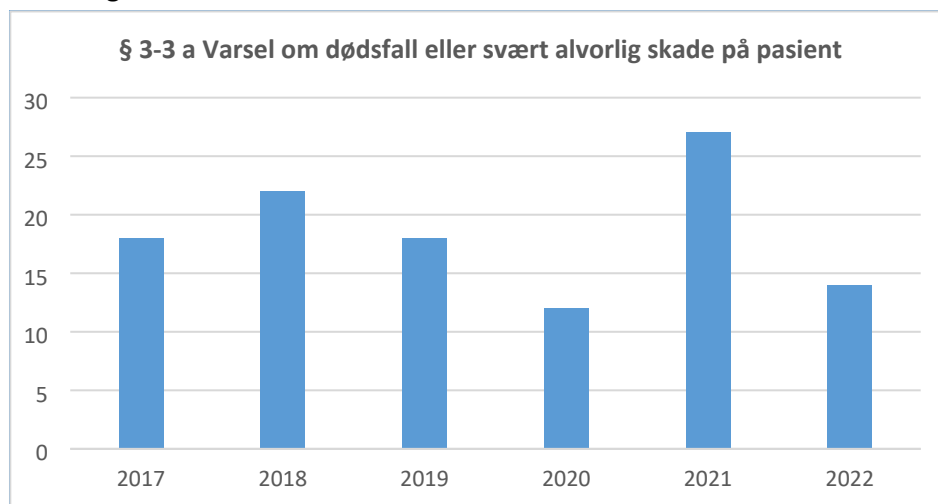
Varslelet skal registreres elektronisk i den nasjonale meldeportalen www.melde.no

Alle selvmord som kan ha sammenheng med mangelfull behandling eller oppfølging, også etter utskrivning, skal varsles som § 3-3 a saker.

Det er ikke varslingsplikt på hendelser som kunne ha medført dødsfall eller svært alvorlig skade.

Varslingsplikten gjelder også for kommunale tjenester, tannhelsetjenester og private tjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 a).

Utviklingen i § 3-3 a saker 2017-2022



Diagrammet over viser utviklingen i antall dødsfall eller svært alvorlige pasienthendelser som er varslet som § 3-3a- saker i tidsrommet 2017-2022.

Antallet § 3-3 a saker i 2022 (14) er nesten halvert sammenlignet med 2021 (27).

Hendelsesanalyser

Ved Sykehuset Telemark skal som hovedregel § 3-3 a saker følges opp med hendelsesanalyser. Hendelsesanalysene utføres på oppdrag fra en eller flere klinikkjefer eller direktører.

Sykehusets analysepool gjennomfører hendelsesanalyser i komplekse saker, der gjerne flere klinikker er involvert. KPR har opparbeidet spesialkompetanse i hendelsesanalyser som gjelder suicid eller suicidforsøk.

Faktaboks: Analysepoolen ved Sykehuset Telemark

Analysepoolen består av 14 ledere og medarbeidere med kompetanse innen en rekke fagspecialiteter:

- Leger: 7
- Psykologspesialist: 1
- Sykepleiere: 6

Alle har gjennomført teoretisk og praktisk kurs om hendelsesanalyser og pasientsikkerhet i regi av Helsedirektoratet.

Analysepoolen koordineres av kvalitetssjef som setter sammen analyseteamene for de ulike hendelsesanalysene.

Analyseteamet knytter til seg ytterligere kompetanse etter behov.

Det skal også gjennomføres hendelsesanalyser etter alvorlige hendelser innen HMS/arbeidsmiljø og alvorlige personvernbrudd.

En hendelsesanalyse har som mål å besvare:

- Hva har skjedd?
- Hvorfor har det skjedd?
- Hvordan forhindre at det skjer igjen?

For å belyse hendelsesforløpet gjennomføres analysene med involverte ansatte med ledere og pasienter og pårørende (analyse møte og intervju).

Siden 2021 har pårørende og pasienter blitt involvert i hendelsesanalysene, og stadig flere eksterne samarbeidspartnere som fastleger og kommuner deltar i aktuelle hendelsesanalyser.

Når hendelsesanalysen er fullført overleveres analysen med tiltaksplan til oppdragsgiver. Videre behandles hendelsesanalysene både i sykehusets felles og klinikkvise kvalitets og pasientsikkerhetsutvalg (KPU-STHF/KPU-klinikk).

Fra høsten 2021 er tiltaksplaner fra hendelsesanalysene blitt fulgt opp i adm. direktørs oppfølgingsmøter med klinikkjefene. Målet er å redusere risikoen for pasientskader, ved å følge gjennomføringen og effekten av forbedringstiltakene over tid.

§ 3-3 a saker og hendelsesanalyser 2022

Nr	Klinikk	Hendelse analyse	Hendelsestype	Status	Konklusjon (HTIL/Ukom/SFV)
1	KPR	N	2.9.4 Selvmord	Lukket	Virksomheten følge opp selv.
2	KPR	J	2.9.4 Selvmord	Lukket	Avsluttet. Forsvarlig helsehjelp
3	KPR	J	2.9.3 Selvmordsforsøk	Lukket	Saken avsluttet. Ikke svikt i helsehjelpen.
4	KIR	J	2.3.5 Forsinket behandling	Lukket	Tilsyn. Behandlingen var forsvarlig. Manglende informasjon til pasienten om risiko for XX sykdom var et pliktbrudd.
5	MSK	J	2.3.7.7 Blødning i forbindelse med kirurgi/invasiv intervensjon	Lukket	Avslutter saken med oversendt hendelsesanalyse og tiltaksplan - og forutsetter at tiltakene sikres implementert..
6	KPR	J	2.9.4 Selvmord	Lukket	Virksomheten selv følger opp
7	KPR	N	2.9.4 Selvmord	Lukket	Virksomheten selv følger opp
8	KIR	J	2.2.1 Klinisk vurdering	Lukket	Virksomheten selv følger opp
9	KPR	N	2.9.4 Selvmord	Lukket	Tilsyn. Avslutter saken med oversendt hendelsesanalyse og tiltaksplan - og forutsetter at tiltakene sikres implementert..
10	ABK	N	2.3.3 Gjennomføring av behandling/prosedyre	Lukket	Ikke informasjon som tilsier svikt.
11	KIR/ABK	N	2.3.7.99 Annet - kirurgi/invasiv intervensjon	Lukket	Ikke svikt i helsehjelpen, Virksomheten følger opp selv.
12	MED MSK Ekstern	J	2.5.6 Laboratoriesvar/røntgenbeskrivelser 2.5.8.1 Feil pasient	Lukket	Tilsyn. Hendelsen fulgt opp i samsvar med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring og tilsynssaken avsluttes.
13	ABK	J	2.2.1 Klinisk vurdering	Overs. SFV	Tilsyn
14	ABK/AMK /komm.	J	2.2.1 Klinisk vurdering	Overs. SFV	Tilsyn

Tabellen over gir oversikt over § 3-3 a saker som er varslet i 2022. Sakene er klassifisert med hendelsestype i henhold til [Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser \(NOKUP\)](#).

6 av de 14 sakene gjelder selvmord eller selvmordsforsøk. I alle sakene utenom én er pasienten død

Det er gjennomført hendelsesanalyser i 9 av sakene. I de resterende 5 sakene er det vurdert å ikke være grunnlag for å gjennomføre hendelsesanalyser.

§ 3-3 a saker og hendelsesanalyser registrert desember 2021 og fulgt opp i 2022

Nr	Klinikk	Hendelsesanalyse	Hendelsestype	Status	Konklusjon HTIL/Ukom/SFV
1	MED/KPR	J	2.2.1 Klinisk vurdering	Under beh. UKOM	Ukom-rapporten vil etter planen foreligge i juni 2023.
2	KIR	J	Ikke grunnlag	Lukket	Saken avsluttet. Forsvarlig helsehjelp.
3	MED/KPR	J	2.9.4 Selvmord	Lukket	Brudd på forsvarlighetskravet

Tabellen over gir oversikt over § 3-3 a saker som er varslet i desember 2021 og fulgt opp i 2022. Sakene er klassifisert med hendelsestype i henhold til [Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser \(NOKUP\)](#).

Det er gjennomført hendelsesanalyser i alle tre sakene. To av sakene ble ferdig behandlet i 2022. Den siste er fremdeles under behandling i Ukom.

Med ett unntak er alle § 3-3 a sakene klassifisert med hendelsestyper i henhold til Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser (NOKUP).

Datagrunnlaget er lite og det eneste som kan merke seg ut som en trend, er at nær halvparten av sakene gjelder selvmord eller selvmordsforsøk.

Det er totalt gjennomført 12 hendelsesanalyser i § 3-3 a saker i 2022. 4 av analysene ble gjennomført i regi av KPR, mens 8 av analysene ble gjennomført i regi av sykehusets felles analysepool.

Forbedringsområder fra hendelsesanalysene i 2022:

- Behov for tettere samarbeid mellom forvakt (LIS) og bakvakt (overlege)
- Bedre samarbeid på tvers mellom avdelinger, klinikker og lokasjoner i diagnostisering og utredning av pasienten, gjelder også mellom somatikk og psykiatri
- Mangelfull dokumentasjon i pasientjournalen
- Uklarheter i forståelsen av den enkelte/teamets rolle/ansvar

Dette er områder som har merket seg ut og som vil gis særskilt oppfølging.

Vurdering § 3-3 a saker og meldekultur

Reduksjonen i antallet saker i 2022 (14) utgjør nesten en halvering sammenlignet med 2021 (27). Dette bør sees i sammenheng med den betydelige økningen i saker fra 2020 (12) til 2021 (27) som har sammenheng med smitteutbrudd under pandemien. Tallene for 2022 kan tyde på en "normalisering".

Varslingsplikt og meldekultur har hatt stort fokus over tid. Opplæringen er satt i system og alle pasienthendelser som registreres i EQS blir screenet.

En god meldekultur forutsetter et arbeidsmiljø med psykologisk trygghet, der det er trygt å melde uten frykt for sanksjoner. Videre er det en forutsetning at leder følger opp de uønskede hendelsene og hendelsesanalysene, og sørger for å ivareta de involverte medarbeiderne.

Det er også viktig at det er enkelt å melde fra/varsle. I dag krever dette registrering både i EQS og den nasjonale meldeportalen www.melde.no som krever personlig ID-pålogging. For å gjøre det enklere å melde/varsle, er Helsedirektoratet i ferd med å utvikle en løsning som integrerer sykehusenes lokale avvikssystemer med www.melde.no.

Vurdering hendelsesanalyser

Hendelsesanalysene har blitt en sentral del av sykehusets forbedringsarbeid.

De belyser hendelsesforløpet og fokuserer på svikt og forbedringstiltak på systemnivå, framfor å peke på enkeltpersoner når det har gått galt.

Fokuset på system framfor person sammen med åpenhet og involvering i analysearbeidet, øker oppslutningen om og tilliten til sykehusets forbedringsarbeid.

For pasienter og pårørende er det viktig å kunne bidra til å forhindre at samme feil skjer igjen. Pasienters og pårørendes deltakelse i hendelsesanalysene har stor verdi for sykehusets forbedringsarbeid.

Statsforvalteren har i flere sammenhenger fremhevet sykehusets systematiske bruk av hendelsesanalyser i oppfølgingen av alvorlige hendelser.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring er en integrert del av sykehusets virksomhetsstyring. Ledelsen i klinikkene arbeider systematisk med å sikre at alvorlige pasienthendelser blir varslet og fulgt opp. Det gjennomføres hendelsesanalyser og iverksettes forbedringstiltak for å redusere risikoen for pasientskader

Sykehusets kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (KPU-STHF/KPU-klinikk) gjennomgår systematisk alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser for å sikre forbedring og læring på tvers i sykehuset.

Administrerende direktør anbefaler at styret tar saken til orientering.

Vedlegg: Ingen

Saksfremlegg

Saksgang

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	24. mai 2023

Type sak (sett kryss)							
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema	

047-2023

Driftsorienteringer fra administrerende direktør

Forslag til vedtak

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Skien, 15. mai 2023

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Driftsorienteringer fra administrerende direktør:

1. Nye klinikkssjefer ved Sykehuset Telemark HF

Ny klinikkssjef for Medisinsk klinikk

Per Urdahl har bestemt seg for å tre tilbake som klinikkssjef og forlot stillingen med virkning fra 11. april 2023. Fram til pensjonsavgang 1. desember i år, vil klinikkssjefen være rådgiver for sykehusledelsen og bistå i noen av de løpende prosjektene ved Sykehuset Telemark. Avdelingsleder Anne Augestad Larsen konstitueres som ny klinikkssjef med virkning fra samme dato til ny permanent klinikkssjef er på plass 7. august.

Jørn V. Sagen er ansatt som ny klinikkssjef ved Medisinsk klinikk. Sagen er 53 år, utdannet lege fra NTNU i Trondheim og har senere tatt en doktorgrad fra Universitetet i Bergen, der han gjennomførte genetiske og kliniske studier på arvelig diabetes. Sagen kommer fra stillingen som avdelingssjef ved Avdeling for medisinsk biokjemi og farmakologi, Laboratorieklinikken, Helse Bergen. Han har gjennom de senere årene hatt ulike roller i Helse Bergen og har også en Professor II stilling ved det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen. Den nye klinikkssjefen har lang erfaring som lege, forsker og leder. Han har også vært postdoktorstipendiat hvor han har drevet forskning ved Universitetet i Bergen, Syddansk Universitet i Odense, og ved Baylor College of Medicine, Houston, Texas.

Ny klinikkssjef for Medisinsk serviceklinikk

Irene Larsen Sørbel er ansatt som ny klinikkssjef i Medisinsk serviceklinikk og starter opp som klinikkssjef i løpet av sommeren. Hun etterfølger Henrik Høyvik som går av med pensjon. Den nye klinikkssjefen kommer fra stillingen som avdelingsleder for Pasientreiser i Service og Systemledelse, hvor hun har vært side 2018. Irene er utdannet maskiningeniør og har en master of management fra handelshøyskolen BI. Hun har dessuten gjennomført et masterprogram i helseledelse fra USN. Før hun kom til Sykehuset Telemark, har hun hatt mange lederroller i A-pressen og A-media, hvor hun har ledet trykkerivirksomhet både som administrerende direktør, styreleder og styremedlem.

2. Beredskapsøvelse

Onsdag 10. mai var sykehuset med på en øvelse ved INEOS Rafnes. Hensikten med øvelsen er å teste ut sykehusets egne prosedyrer og rutiner og eventuelt avdekke forbedringspotensialer. Det ble ikke satt beredskapsledelse under øvelsen. Sykehuset fikk inn pasienter til behandling i akuttmottaket under øvelsen, som ble avsluttet etter ferdig triagering / behandling i akuttmottaket. Det ble tatt inn noe ekstra personell i forbindelse med øvelsen, for å bemanne viktige posisjoner.

3. Rokade etter at BUP har flyttet til Gjerpens gate 14

BUP's flytting til Gjerpens gate 14 har medført at Sykehuset Telemark's lokaler i bygg 74, bygg 59 og bygg 25 i Skien, samt bygg 91 i Porsgrunn ble frigitt. Det har vært arbeidet med en intern rocade som omfatter Bedriftshelsetjenesten, tillitsvalgte/hovevern-ombudet, Forskningsavdelingen, Bemanningssenteret, Sykehusinnkjøp, foretaksjurister/ personvernombud, Regnskap, Hablivering for voksne og ansatte i KPR i bygg 3. Per 8. mai har alle berørte flyttet til nye lokaler og tilbakemeldingene fra de ansatte er for det meste positive.

4. Omdømmeundersøkelsen 2023

Respons Analyse har gjennomført omdømmeundersøkelsen 2023 på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF. Formålet med undersøkelsen er å kartlegge befolkningens oppfatning av sykehustilbudet i det enkelte helseforetaks opptaksområde, samt av Helse Sør-Øst RHF som eier av sykehusene. I undersøkelsen kartlegges også befolkningens vurdering av fire omdømmerelaterte påstander om sykehuset i området der de bor.. Under fremvises resultat per spørsmål for området Telemark, med sammenligning mot totalt for Helse Sør-Øst.

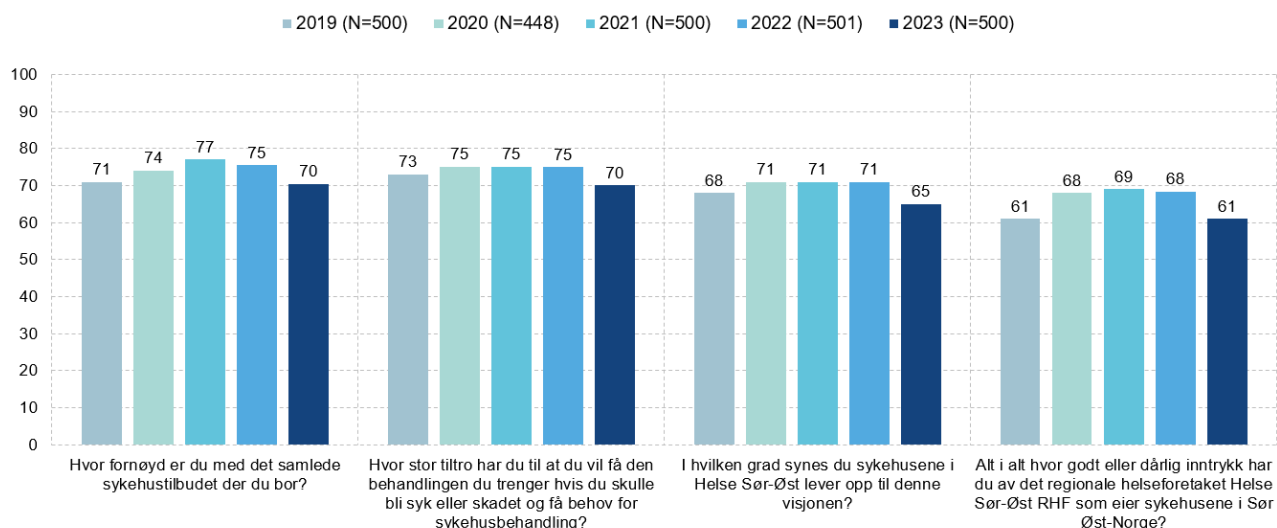
Totalt er det gjennomført 7.005 telefonintervju med befolkningen over 18 år, som er bosatt i Helse Sør-Øst RHF sitt nedslagsområde. Undersøkelsen består av et kvotert utvalg hvor Helse Sør-Øst RHF sitt totale nedslagsområde er inndelt i ulike områder. Det er gjennomført ca. 1.000 intervju per område, med unntak av Telemark og Vestfold hvor det er gjennomført ca. 500 intervju per fylke. Datainnsamlingen ble gjennomført som telefonintervju (CATI) i perioden fra 1. mars - 27. mars, 2023. Alle resultater som presenteres for Helse Sør-Øst RHF totalt er vektet i forhold til tilsvarende fordeling i kjønn, alder og bosted i befolkningen. Resultater som omhandler det enkelte området er vektet i forhold til befolkningens fordeling i det enkelte området.

Årets resultat er i denne rapporten sammenlignet med resultat fra Helse Sør-Øst RHF sine omdømmemålinger fra de fire foregående årene (2019-2022). Undersøkelsen er gjennomført i samme tidsrom per år.

Under pandemien, 2020-2022, var det en økning i scoren for alle spørsmålene. Resultatet for 2023 viser en signifikant nedgang fra 2022. Sammenlignet med Helse Sør-Øst totalt er Sykehuset Telemarks resultater stort sett på samme nivå, variasjon på $\pm 1-3$ poengscore. Under følger en grafisk oppsummering av resultat for området: Telemark og for Helse Sør-Øst RHF:

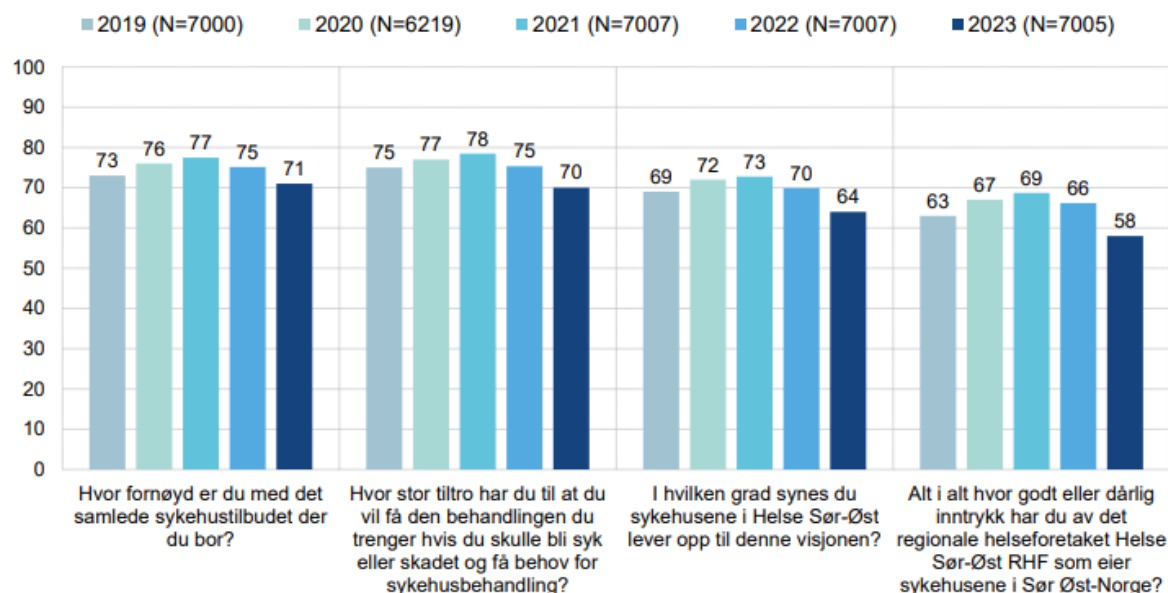
Telemark:

Grafisk oppsummering per spørsmål / Resultat i 100 Score / Utvikling over tid



Helse Sør-Øst:

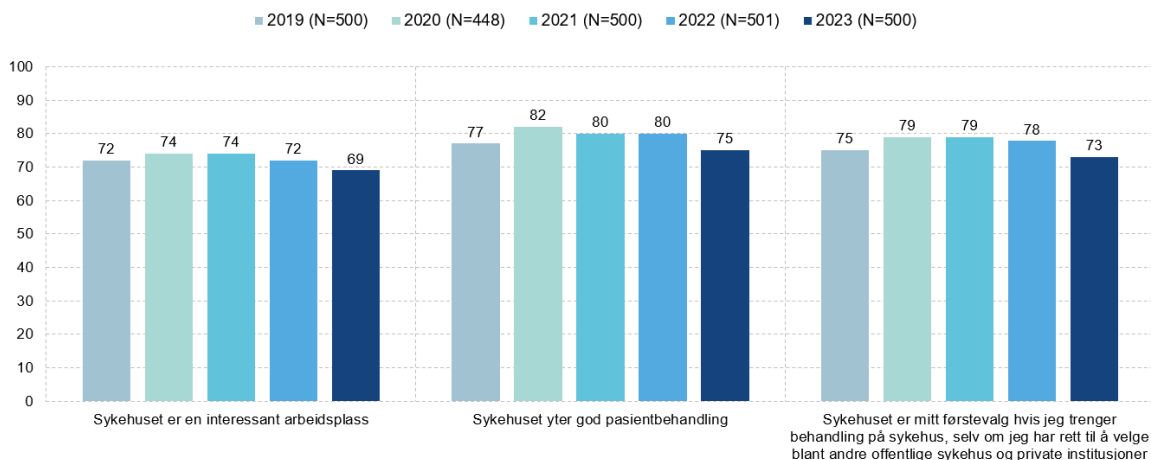
Grafisk oppsummering per spørsmål / Resultat i 100 Score / Utvikling over tid



Totalt ser vi en nedgang i 100 score på alle de målte hovedspørsmålene i årets undersøkelse. Nedgangen i score fra fjoråret er signifikant på samtlige spørsmål både for Telemark og Helse Sør-Øst. Nedgangen er forholdsvis lik både i Telemark og for Helse Sør-Øst. Respondentene i Telemark scorer 3 prosentpoeng høyere på spørsmålet «Alt i alt hvor godt eller dårlig inntrykk har du av det regionale helseforetaket i Helse Sør-Øst som eier sykehusene i Sør Øst-Norge?»

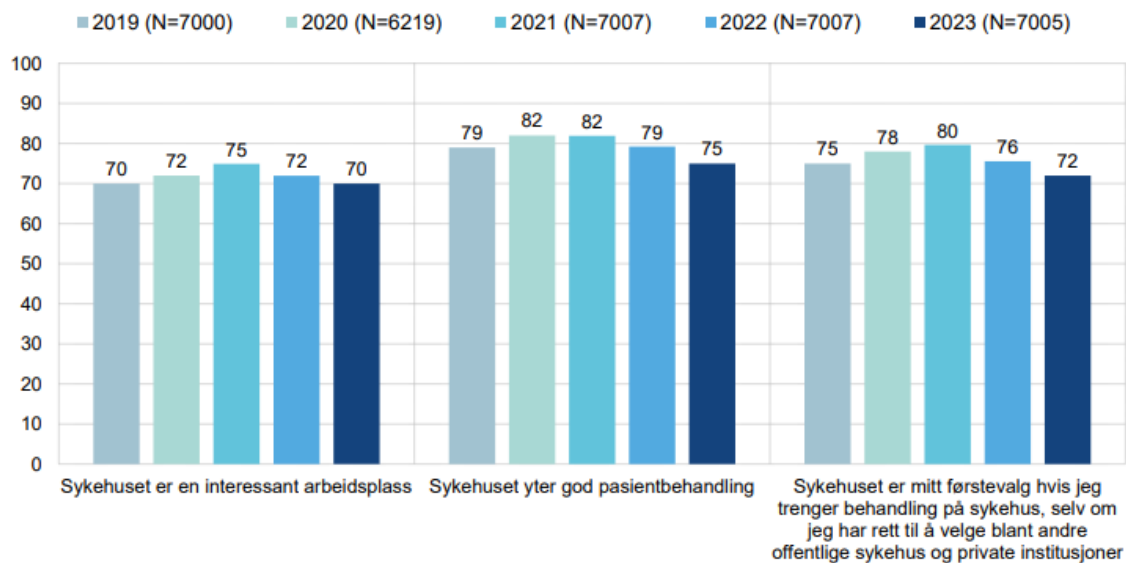
Telemark:

Grafisk oppsummering per påstand / Resultat i 100 Score / Utvikling over tid



Helse Sør-Øst:

Grafisk oppsummering per påstand / Resultat i 100 Score / Utvikling over tid



Nedgangen fra fjoråret er signifikant på samtlige påstander vist i grafene over. Differansen mellom årets resultat og fjorårets resultat er minst, både for Telemark og for Helse Sør-Øst, vedørende påstanden om at «Sykehuset er en interessant arbeidsplass».

5. Overtakelse av private ambulanser

Sykehuset har gjennomført overtakelsen av de private ambulansene fra 1. april 2023, dette i henhold til vedtak i styret våren 2022.

Prosessen har gått uten støy og alle ansatte (med ett unntak) har blitt med over til sykehuset. Vi mener overtakelsen vil sette oss i en posisjon hvor vi har bedre mulighet til å sikre optimal utnyttelse av ressursene i de prehospitale tjenestene. Dette er svært viktig sett i lys av den store veksten i aktivitet.

Etter beslutningen i Sykehuset Telemark har også Sykehuset Sørlandet – som det siste HF i HSØ besluttet å gjøre det samme.

6. Brukerundersøkelse ved Sykehuset Telemark

Det er inngått et samarbeid med Sykehuset i Vestfold om å utvikle en sms-løsning der pasienter som har vært hos oss mottar en sms med spørsmål om oppholdet. Dette gjelder både døgn og poliklinikk. Vestfold har allerede bestilt dette fra Sykehuspartner, som har svart positivt og som har gitt et tilbud på tjenesten. Sykehuset Telemark har som Vestfold sendt samme bestilling og vi venter på svar. Dersom tilbudet aksepteres vil vi sette i gang et prosjekt for å få dette på plass. I påvente av dette vil vi fortsatt bruke den brukerundersøkelsen vi har. Nytt nå er at vi har trykt opp 5.000 visittkort, som deles ut til pasienter der vi oppfordrer dem til å sende inn besvarelse. Vi har på visittkortet satt inn en QR-kode, som på en enkel måte fører brukeren rett inn i undersøkelsen. Dette muliggjør nå besvarelse via mobiltelefon, som ikke har vært mulig tidligere.

Øvrig informasjon kan bli gitt muntlig i møtet

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	25.05.2023

Type sak (sett kryss)							
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema	

Sak: 048–2023

Virksomhetsovergrepene prosjekter - Status

Hensikten med saken

Denne saken er en oppfølging av sak 081-2022 Forbedringsarbeid ved Sykehuset Telemark – utviklingsprogrammet.

Hensikten med saken er å gi styret innsikt i arbeidet med sykehusets utviklingsprogram. Forbedringsarbeidet ved sykehuset er organisert i et program for sykehusovergrepene prosjekter. Dette arbeidet står sentralt i å skape bærekraftig drift for sykehuset over tid. Prosjektene skal å bidra til at sykehuset realiserer merverdiene som er innarbeidet i budsjett og økonomiske langtidsplaner.

Sykehuset Telemark har gjennom mange år jobbet med ulike omstillings- og forbedringsinitiativ. Mange aktiviteter pågår i de enkelte klinikkene, i tillegg til noen sentrale sykehusovergrepene prosjekter og aktiviteter. Pasientforløp går i stor grad på tvers av organisasjonsstrukturene og det er mange avhengigheter på sykehuset hvor klinikkens prioriteringer og aktiviteter har stor betydning for den øvrige virksomheten. Det ligger et stort potensiale for effektivisering og forbedring av både pasientforløp og arbeidsprosesser. Det er derfor nødvendig med prosjekter som i større grad ivaretar helheten.

I presentasjonen til styret vil vi gi en utfyllende orientering om status i to av de sentrale prosjektene i utviklingsprogrammet.

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering og understreker behovet for å fortsette forbedringsarbeidet og intensivere så langt driftssituasjonen tillater det. Ytterligere effektivisering er helt nødvendig for å skape en bærekraftig utvikling ved sykehuset.

Skien, 16. mai 2023

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Styret har tidligere fått orientering om bakgrunn, arbeidsmetodikk og de viktigste virksomhetsovergrepene som ligger inne i sykehusets utviklingsprogram (sak 081-2022 Forbedringsarbeid ved Sykehuset Telemark – utviklingsprogrammet og sak 081-2022 Status utviklingsprogram). Utviklingsprogrammet er sentrale aktiviteter for å sikre gode pasient- og personalflyter med riktig bruk av ressurser. Det legger videre grunnlaget for langsiktig bærekraft og muliggjør at de ønskede investeringene kan gjennomføres.

Sykehuset har i lang tid stått i en krevende driftssituasjon med høyt fravær blant ansatte sammen med langvarig høyt belegg. Forbruket av variabel lønn og innleie er betydelig. Denne situasjonen gjør det krevende å drive forbedringsarbeid i sykehuset, samtidig som behovet for å lykkes med forbedringer har blitt enda større.

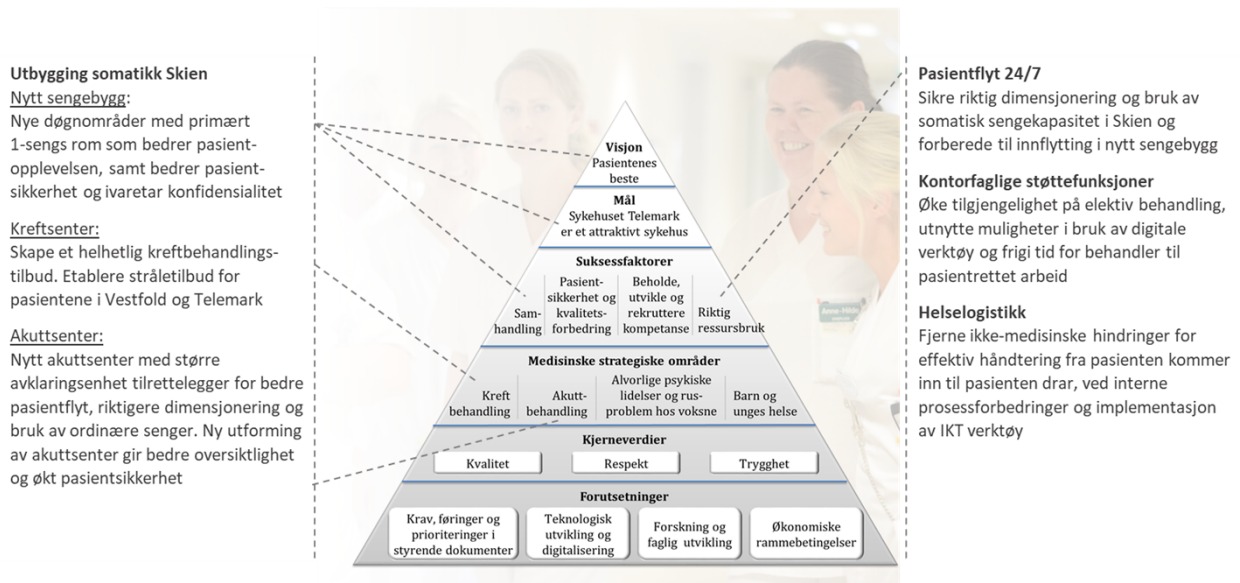
Helsepersonellkommissjonen påpeker at man i helsesektoren over tid må bli færre ansatte per pasient. For å løse de utfordringene vi står overfor må vi derfor utvikle bedre flyteffektivitet, altså evne å produsere mer pasientbehandling med mindre ressurser. Vårt program ivaretar behovet for å realisere merverdier løpende, men legger også til rette for at vi bedre kan møte framtidens utfordringsbilde.

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Sykehusets administrasjon vil i saken presentere status for to av prosjektene i utviklingsprogrammet. Hovedfokus i presentasjonen vil være på gjennomførte aktiviteter, resultater og videre planer i prosjektene:

- Kontorfaglige støttefunksjoner (Framtidens kontortjenester)
- Pasientflyt 24/7

Andre aktiviteter i utviklingsprogrammet vil omtales overfladisk. Prosjektet Helselogistikk er forsinket på grunn av forsinkelser i det regionale prosjektet og utenfor sykehusets kontroll.



3. Administrerende direktørs anbefaling

Administrerende direktør understreker viktigheten av å drive et kontinuerlig forbedringsarbeid for å skape nødvendig handlingsrom for å realisere de langsiktige planene ved Sykehuset Telemark.

Administrerende direktør vil be styret om å ta saken til orientering og støtte opp under forbedringsarbeidet.

Vedlegg:

Ingen

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	24.05.2023

Type sak (sett kryss)						
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema

Sak: 049–2023

Virksomhetsrapport per T1-2023

Hensikten med saken

Denne saken presenterer virksomhetsrapport per T1-2023. Sykehuset rapporterer svake resultater per T1. De ekstraordinære midlene som er varslet å bli tilført sykehuset i forbindelse med RNB forventes ikke å være tilstrekkelig til å kompensere for de svake resultatene. Sykehuset har videre behov for å forbedre de økonomiske resultatene fram mot ferdigstilling av USS-prosjektet. I ØLP 2024-2027 er det pekt mot et samlet forbedringsbehov på om lag 200 millioner frem mot 2027.

Med utgangspunkt i de svake økonomiske resultatene etter T1 vil administrasjonen i styremøtet presentere mulige nye tiltak – utover/i tillegg til forbedringsarbeidet som allerede pågår - for å sikre fremtidig økonomisk bærekraft for sykehuset. Administrasjonen vil i møtet invitere til en diskusjon som start på en prosess med mål om å avklare handlingsrom og retningsvalg som grunnlag for nærmere utredning og endelig valg av tiltak.

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering og understreker behovet for videreføre arbeidet med nye tiltak i tråd med føringene gitt i møtet.

Skien, 16. mai 2023

Tom Helge Rønning

administrerende direktør

0 Sammendrag

Sykehuset Telemark rapporterer et økonomisk resultat på –16,2 millioner kr. i april. Dette er 17,0 millioner kr. lavere enn budsjettet for perioden. Avviket skyldes flere forhold, blant annet:

- høye kostnader til variabel lønn og innleie
- høye kostnader til varekjøp og fritt behandlingsvalg
- svært høyt aktivitetsnivå i prehospital tjeneste og akuttmottak
- høyt belegg med krevende driftssituasjon på somatiske sengeposter

Det har over tid vært krevende forhold i klinikkene, med høyt belegg, ressurskrevende pasienter, høyt sykefravær og rekrutteringsvansker på flere områder. Sykefraværet i april er om lag 2 prosentpoeng lavere enn i foregående måneder, og på nivå med før pandemien. Til tross for reduksjonen i fravær er kostnadene knyttet til variabel lønn (vikarbruk og overtid) på nivå med foregående måneder og bidrar til et betydelig budsjettavvik på lønn også i april.

Kostnadene for innleie er noe redusert i april, men er fortsatt på et høyt nivå og høyere enn budsjett. Kostnadene med innleie til psykisk helse forventes redusert framover etter som kontrakter utløper. Det er imidlertid store rekrutteringsutfordringer innen medisin, og innleie av leger kan bli aktuelt for å opprettholde et faglig forsvarlig tilbud innen enkelte spesialiteter.

Resultatet hittil i år er -60,0 millioner kroner, 63,5 millioner kr dårligere enn budsjett. Resultatet er en fortsettelse av situasjonen de siste månedene før årsskiftet. Det er fortsatt store avvik knyttet til variabel lønn (særlig overtid) og innleie og i tillegg unormalt høye kostnader knyttet til varekjøp, gjestepasienter og Fritt Behandlingsvalg. Inntektene (ISF og poliklinikk) er lavere enn budsjettet, etter svakere aktivitet i februar og april.

Sykehuset har i budsjettarbeidet for 2023 identifisert en rekke omstillings- og forbedringsaktiviteter. Arbeidet med dette har startet. Alle klinikker har etablert handlingsplaner for reduksjon av variabel lønn og innleie. På innleieområdet er det lagt konkrete planer for avvikling av avtaler etter hvert som inngåtte avtaler utløper gjennom første halvår. I tillegg er det startet en rekke klinikkvise arbeider på andre områder. Det vil kreve systematisk arbeid over tid å normalisere driften og å reetablere bærekraftig økonomi.

Resultatet i april forsterker inntrykket av at den økonomiske situasjonen er mer krevende enn tidligere antatt og at det er nødvendig med ytterligere tiltak utover pågående omstillingsarbeid. Det er iverksatt tettere oppfølging av arbeidet med å redusere overtid og innleie. ADs ledergruppe møtes hver uke for å gå gjennom status og effekt av iverksatte tiltak i seksjonene. Det er forsterket fokus på omstillingsarbeidet og økt forståelse i organisasjonen for hvilke utfordringer vi står i.

Prognose for årsresultat endres fra – 80 millioner kr. til – 10 millioner kroner som følge av tilleggsbevilgningen på 70 millioner kroner.

Antall pasienter på venteliste fortsetter å øke. Antallet fristbrudd ventende pasienter øker i april og er fortsatt høyere enn før pandemien. Antall og andel pasienter passert planlagt tid øker betydelig i perioden. Gjennomsnittlig ventetid er redusert med 3 dager fra mars. Ventetidene innen somatikk er redusert, mens ventetidene øker for de andre tjenesteområdene. TSB har ventetid 26 dager i april. For de andre tjenesteområdene ligger ventetidene over målsettingene.

Samlet antall henvisninger mottatt hittil i 2023 er lavere enn i 2022 og 2019. Antall henvisninger til Ø-hjelp er på nivå med før pandemien.

Det er fortsatt svært stor henvisningsstrøm til barne- og ungdomspsykiatrien. Økt produktivitet og tilsetting av flere behandlere har så langt håndtert økt behandlingvolum, men det er krevende å rekruttere spesialister. Aktiviteten har vært lavere enn forventet i april og ventetidene har økt.

Andelen telefon/video-konsultasjoner er 11,5 % for alle fagområdene i hittil i år. Dette er 0,4 %-poeng høyere enn gjennomsnittet i HSØ. Etter høyere andel i starten av 2022 har andel telefon og video ligget stabilt rundt 11 %. April isolert viste en andel på 12 %.

Innhold

0	Sammendrag.....	2
1	Risikovurdering per 1. tertial	5
2	Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD	9
2.1	Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.....	9
2.2	Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	10
2.3	Tilgjengelighet og sammenhengende pasientforløp	10
3	Aktivitet	13
3.1	Somatikk	13
3.2	Psykisk helsevern og TSB	15
4	Bemanning - brutto månedsverk, samlet lønnskostnad og innleie	16
5	Økonomi	18
5.1	Sykehuset Telemark	18
5.2	Klinikkene	19
6	Tertialvise forhold.....	22
6.1	Forskning	22
6.2	Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring	22
6.3	HMS og arbeidsmiljø	31
6.4	Personvern og informasjonssikkerhet	33

1 Risikovurdering per 1. tertial

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

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.

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 ligger ca 1 % bak budsjett, ventetider er vedvarende lange, og fristbrudd viser bekymringsfull utvikling. Det vil være krevende å forbedre resultater for ventetider samtidig med nødvendige kostnadsreduksjoner. Det er kapasitetsproblemer og rekrutteringsvansker både i psykiatrien og somatikk. Sykefraværet har vært høyt i første tertial, men er nedadgående per april.

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

Risikoområder	Sannsynlighet					Konsekvens					T1-22	T2-22	T3-22	T1-23
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5				
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 – Ingen endring. Ventetidene er vedvarende høye, og høyere enn tilsvarende periode 2019 før pandemien. Ventetid ventende og påstartet for somatikk er hhv. 74 og 66 dager, og 40 og 47 dager for psykiatri. Fristbrudd er 5,7 %, hvorav majoriteten gjelder Mage og tarm-avdelingen. Trenden er økende. Antall pasienter på venteliste er økende. Det er et økende antall pasienter med passert planlagt tid.

Det er kapasitetsutfordringer innen flere fag; MATA, Gyn, Barn. Disse har til felles en utfordring med å få gjennomført mange nok polikliniske konsultasjoner til å håndtere pasientmengden.

Kombinasjonen av færre polikliniske konsultasjoner og mange henvisninger inn gir økning i pasienter på venteliste. 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. Det er dessuten store rekrutteringsutfordringer innen flere fag.

Med sommerferie-avvikling og lavdrift forventes ventetider og fristbrudd å øke fram mot høsten.

BUK og Medisinsk klinikk har i samarbeid sendte søknad om midler til oppstart om pasientstyrt poliklinikk innen diabetes.

2. Økonomi – Ingen endring. Svak styringsfart per april. Sykehuset rapporterer et driftsresultat på -60,2 millioner kr. per april, som er 63,5 millioner kroner lavere enn budsjett. Sykehusets økonomiske utvikling hittil i år er svært bekymringsfull, og henger i stor grad sammen med økte variable lønnskostnader og innleie som følge av økt sykefravær og rekrutteringsvansker, samt høyere prisvekst enn antatt. Sykehuset mottar 70 millioner i ekstrabevilgninger i 2023, og prognosen for året er satt til -10 millioner. Det er varslet at det vil komme i størrelsesorden 30-50 millioner kroner i revidert nasjonalbudsjett. I sum er forventede bevilgninger ikke tilstrekkelig til å kompensere for nåværende kostnadsnivå. Det vil være krevende å forbedre resultater for ventetider samtidig med nødvendige kostnadsreduksjoner. Alle klinikker jobber med konkrete omstillingstiltak for å redusere kostnadsnivået. Det er innført ukentlig oppfølging av tiltak for å redusere variabel lønn. Underliggende utviklingstrekk, demografi i Telemark gjør det krevende å sikre økonomisk bærekraft over tid.

3. Bemanning og kompetanse – Ingen endring. Medisinsk klinikk: Medisin øvre Telemark har betydelige utfordringer knyttet til rekruttering av både LIS2 og overleger. Dette utfordrer

opprettholdelsen av en 24/7-drift ved Notodden sykehus, og vil kreve innleie fra eksternt vikarbyrå. Medisin Skien har utfordringer med både å beholde og rekruttere nye spesialister innen flere spesialiteter. Infeksjonsmedisin har fra 1. juni kun 1 spesialist i 50 % stilling. Gastromedisin mangler for tiden 2 overleger og 1 LIS3, mens lunge mister 1 overlege 1. juni og trolig ytterligere 1 fra 1. juli. Dette medfører utfordringer både vedrørende vaktlinjer og daglig drift av poliklinikker og sengeposter.

Rekruttering av spesialister til BUP, VOP og TSB er fortsatt krevende. Omorganisering BUP og VOP gir større og mer robuste fagmiljøer som også forventes å ha bedre rekrutteringskraft. Omorganisering av poliklinikkene minsker behovet for innleie av leger, slik at innleie av psykiatere i stor grad avvikles fram mot sommeren. I BUP er flere overleger på veg inn, og fra høsten av er det kun BUP Notodden som vil ha lege innleid fra bemanningsbyrå.

5. Personvern og informasjonssikkerhet - Ingen endring. Risiko for eksterne dataangrep anses økt marginalt, blant annet på bakgrunn av situasjonen med Ukraina. Trusselvurderinger tilsier økt risiko. Sykehuspartner vurderer fortløpende trusselsituasjon og melder til oss om endringer av trusselnivået. 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. 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. Relatert til dette er problematikken med bruk av amerikanske skytjenester, evt. europeiske med hovedkontor i USA, hvor disse kan kreve utlevering av våre opplysninger. 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.

Nytt PVO var på plass 1. april. Endringene ble innmeldt Datatilsynet.

6. Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring – Økt sannsynlighet. Korridorpasienter er noe avtagende, på 3,2 %. Oppholdstid i akuttmottak øker, som har sammenheng med høyt belegg over tid, blant annet på grunn av kapasitetsutfordringer i kommunen. Antall utskrivningsklare pasienter har økt med nærmere 80 % sammenlignet med nivået før pandemien. Det forventes at dette vil være en utfordring i kommunen også i tiden framover. Arbeidet med tiltak fra prosjektet Pasientflyt 24/7, med fokus på pasientforløp samt flere av tiltakspakkene fra «I trygge hender 24/7», fortsetter. Relevante kvalitetsindikatorer, herunder 30-dagers overlevelse, tematiseres i Helsefelleskap FSU Kvalitet og tjenesteutvikling. Et felles fokus fra kommuner og sykehus på dette forventes å ha positiv effekt på pasientsikkerheten. Det er videre fokus på kreftområdet. Årsresultater 2022 for pasientforløp kreft er samlet sett svært gode. Det jobbes med å bedre forløpstidene på enkelte av de

organspesifikke forløpene, herunder lungekreft. Resultater har ikke blitt oppdatert av HelseDirektoratet per 1. tertial 2023. Fagråd kreft har til hensikt å øke kvaliteten langs hele forløpet, både når det gjelder diagnostisering og behandling. Overordnet er det gode resultater på kvalitetsparameterne som gjelder kreft, herunder 5-års overlevelse.

8. Aktivitet – Redusert sannsynlighet. Aktiviteten per april ligger ca 1 % under budsjett. Det har vært perioder med uvanlig høyt sykefravær, som har påvirket aktiviteten. Sykefraværet ser ut til å avta per april.

Aktiviteten i somatikken er omtrent som budsjettet pr april Det er økende aktivitet innenfor voksenpsykiatrien og TSB målt mot tidligere år. Økningen skyldes både rekruttering i vakante stillinger innenfor TSB og økende produktivitet. Det er fremdeles mangel på spesialister, noe som fører til kapasitetsutfordringer for å håndtere den økte henvisningsmengden innenfor voksenpsykiatrien.

Aktiviteten innen BUP i 2023 er om lag på nivå med 2022 (korrigert for endringen fra DRG til STG for samarbeidsmøter) men lavere enn budsjett. Budsjett 2023 er fastsatt med bakgrunn i behovet for vekst i aktiviteten for å håndtere henvisningsmengde og redusere ventetider, samt effekter av samlokalisering av BUP-ene i Grenlandsområdet. Det fortsatt høyt nivå på henvisningene til BUP, og dette utfordrer kapasiteten i en situasjon med flere vakante behandlerstillinger og få spesialister.

9. Kapasitet innen psykisk helsevern/TSB – redusert sannsynlighet og konsekvens. 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. Pasientgruppen håndteres inntil videre innen andre deler av tjenesten.

Det er fortsatt et 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 noe, men på et vesentlig høyere nivå enn før pandemien. Dette utfordrer kompetanse og kapasitet. Fire seksjoner i BUP er samlokalisert i Skien sentrum i mars 2023. Dette vil 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 få spesialister. Det er i dag mange små miljøer som er ekstra sårbare ved sykefravær og vakanser. Stor vekst i antall henvisninger fører til økende antall ventende og ventetider. Aktiviteten har også økt, men ikke tilstrekkelig til å unngå økende ventetider. 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.

2 Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD

Det er i Oppdrag og bestilling for 2023 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 (OBD).

Prioriteringsregelen målt i ventetid er oppfylt innenfor TSB med sine 22 dager. Verken BUP med sine 41 dager eller VOP med sine 46 dager innfrir prioriteringsregelen hittil i år. Det var en økning i både ventetid påstartet og ventende innenfor alle fagområdene fra mars til april. Antall ventende innenfor VOP har gradvis økt fra 240 i januar til 331 ved utgangen av april. Antall henvisninger til voksenpoliklinikkene har økt med over 10 % hittil i år sammenlignet med fjoråret.

Polikliniske konsultasjoner

Kravet måles ved at aktiviteten i 2023 skal være høyere enn i 2022.

Aktiviteten innenfor VOP og TSB har økt sammenlignet med fjoråret, mens BUP har redusert antall konsultasjoner.

Som følge av ny registrering og gruppering av samarbeidsaktiviteter i 2023, så er det uklart hvordan dette skal hensyntas når man sammenligner med fjoråret. Vi kommer tilbake til dette ved senere rapportering når vi får kvalitetssikret grunnlaget vi skal sammenligne mot. Ut ifra det vi ser av aktivitetstallene per april så er det antall polikliniske konsultasjoner i BUP dette får størst konsekvenser for.

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

Bruk av tvang

Målsetting for 2023 er å forhindre feil bruk av tvang og tilrettelegge tjenestene slik at forebygging av aggresjon og vold understøttes.

Det er 109 tvangsinnlagte hittil i år, noe som er en reduksjon på 20 % fra samme periode i fjor. Antall og andel har riktignok økt de to siste månedene. Antall tvangsinnlagte stod for mellom 30 og 40 innleggelses hver måned gjennom hele fjoråret.

Tallene hittil i år tilsvarer et gjennomsnitt på 0,16 per 1000 innbyggere. Med 748 antall innlagte er andelen tvangsinnlagte nede på 14,6 % hittil i år, men nærmere 17 % de to siste månedene. Andelen tvangsinnlagte var 18,5 % i samme periode i fjor.

Prioritere psyk.helsevern og TSB	mål 2023	2019	2020	2021	2022	Hittil 2023
Antall tvangsinnleggelses psyk./1000 innbyggere	lavere enn 2022	0,14	0,16	0,16	0,19	0,16
Andel tvangsinnleggelses	lavere enn 2022	14,3 %	17,4 %	16,5 %	16,9 %	14,6 %
Antall pasienter i døgntilrettelagt som har minst ett tvangsmiddelvedtak	reduseres	11	11	12	9	9

2.2 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	mål 2022									apr. 23					VOP/TSB
		des.19	des.20	des.21	des.22	jan.23	feb.23	mar.23	apr.23	KIR	MED	MSK	ABK	BUK	
Sykehusinfeksjoner %	<3%	2,1 %													
Korridorpasienter - antall	0 %	121	66	178	286	378	317	225	236	49	187				
Korridorpasienter %	0,0 %	1,5 %	1,0 %	2,4 %	3,7 %	4,2 %	4,3 %	2,7 %	3,2 %	1,9 %	4,4 %				
Direkte time i %	100 %	84 %	85 %	79 %	70 %	69 %	75 %	71 %	65 %	79 %	45 %	96 %	50 %	57 %	79 %
Antall åpne dokumenter > 14 dager	<2800	3 951	3 662	4 205	4 500	3 966	3 702	3 595	3 659	615	1 183	35	11	1 030	785
Antall pasienter med åpen henvisningspe	reduseres	1 068	794	1 589	1 858	1 562	935	1 133	819	229	288	9	7	226	60
Andel dialysepasienter som får hjemmedi	>30%	28 %	28 %	23 %	28 %	28 %	25 %	24 %	26 %	26 %					

Rekordhøyt belegg har ført til økning i antall og andel korridorpasienter. Kapasitetsutfordringer innen enkelte fag resulterer i mange fristbrudd og lavere andel direkte time. Antall åpne dokumenter er noe lavere de siste månedene, men fortsatt på et for høyt nivå.

2.3 Tilgjengelighet og sammenhengende pasientforløp

Redusere unødvendig ventetid	mål 2023									apr. 23										
		des.19	des.20	des.21	des.22	jan.23	feb.23	mar.23	apr.23	KIR	MED	MSK	BUK (som)	BUK (psyk)	VOP/TSB					
Gjennomsnitt ventetid i dager	60 dager somatikk 30 dager BUP/VOP/TSB	54	50	55	65	71	71	68	65	72	51	68	72	42	56/26					
Fristbrudd avviklede, antall pr mnd	0	62	21	98	109	140	117	136	122	29	56	1	35	1	-					
Fristbrudd andel avviklede per mnd	0	2,2 %	0,8 %	4,0 %	4,2 %	4,4 %	4,2 %	4,4 %	5,7 %	2,5 %	9,9 %	0,9 %	36,0 %	1,6 %	0,0 %					
Antall som venter	reduksjon	7 534	6 416	7 349	8 086	7 486	7 586	7 600	7 869	4 469	2 054	394	403	115	331/7					
Antall med ventetid over 1 år	0	42	33	71	74	67	64	62	70	56	9	1	2	1	-					
Andel telefon/videokonsultasjoner	Som: 10% PHV/TSB: 25%	17,8 %								12,9 %	12,1 %	11,2 %	11,0 %	11,6 %	6 %	12 %	8 %	13 %	22 %	12%/26%
Antall passert planlagt tid	reduksjon	4 834	4 774	5 529	7 729	7 397	7 257	7 113	8 182											
Andel passert planlagt tid %	<5%	8 %	9 %	9 %	12 %	11 %	11 %	11 %	13 %											

Sykehuset har over noen år valgt å ha egne lokale mål for tilgjengelighet ulike de nasjonale målene. For 2023 betyr dette mål for ventetider innen somatikk på 60 dager og 30 dager for BUP, VOP og TSB.

Ventetider og antall som venter

Kapasitetsutfordringer

Kapasitetsutfordringer påvirker fortsatt ventelistene for flere fagområder. Kombinasjonen av færre polikliniske konsultasjoner og mange henvisninger inn gir økning i pasienter på venteliste. Det er også økning i antall pasienter passert planlagt tid. Fagområdene som utmerker seg negativt og som har kapasitetsutfordringer er MATA, 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. Det er dessuten store rekrutteringsutfordringer innen flere fag.

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

For Barn har vi sett en bedring i situasjonen siste halvår, men med noe lavere aktivitet i april. Alle legestillinger er besatt og dette øker kapasitet til poliklinikk. Samtidig er det iverksatt tiltak for å prioritere økt poliklinikk-aktivitet, og det er startet systematisk forbedringsarbeid for å sikre god flyt og riktige pasienter inn.

Antall på venteliste og passert planlagt tid

Som vist i tidligere månedsrapporteringer fortsetter antall pasienter på venteliste å øke, og har etablert seg på et høyere nivå siden høsten 2022. Antallet øker med +629 fra forrige periode på tross av færre henvisninger for perioden. For rapporteringsperioden er det nå 59.401 som venter, og sammenlignet med april 2022 er det en økning på 3.357 (+5 %).

Den totale ventelisten fordelte seg på 20.181 som har fått time som er noe høyere enn forrige periode, og 39.220 pasienter som ikke hadde fått time (+480 fra forrige periode). *Med alle planlagte kontakter menes, alle kontakter i venteliste og oppmøteliste (timebok) frem i tid.*

Passert planlagt tid øker betydelig fra forrige periode +1.069, og ligger nå på 8.182 kontakter, dette utgjør 12,9 % som fortsatt er høyere enn målkravet på 5 %, litt over snitt i HSØ som er 12,8 %. 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, men har vist en fallende trend siste tre måneder, men øker igjen. Ventende for denne perioden er 7.869. Fag med høyest antall ventende er Plast, ØNH, GYN, FERT, URO, Barn, Hjerte, Mage-tarm, DPS.

Primær henvisninger

Elektive: Antall elektive henvisninger hittil i år er 17.236. Dette er noe lavere enn sammenlignet med i fjor (-622), og 2.709 færre enn i 2019.

Ø-hjelp (akutt-ankomster): Antall ø-hjelpshenvisninger hiå er høyere enn 2019. Totalt 14.018 henvisninger hittil i år, +6 % i forhold til samme tid i fjor.

Ventetider

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter med påstartet behandling ligger for denne perioden på 65 dager for alle tjenesteområdene samlet, og er 3 dager lavere enn forrige periode. Sammenlignet med samme periode i fjor er det en økning på 3 dager.

Ventetid påstartet reduseres for somatikk og øker for de øvrige tjenesteområdene i denne perioden: (denne periode/forrige periode) Somatikk 66 (70) dager, VOP 55 (41), BUP 42 (36) og TSB 26 (17). Avdelingen med høyest ventetid påstartet er: Plast 117 (136)

Gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter for alle tjenesteområder er 72 dager, som er en økning på 6 dager fra forrige periode. Ventetid ventende: Somatikk 74 (68) dager, VOP 41 (33), BUP 37 (26) og TSB 52 (21).

Avdelingen med lengst ventetid: Plast 148 dager.

Antall ventende pasienter over 1 år er for denne perioden 70 pasienter, økning på 8 pasienter fra forrige periode. Plast har den største andelen som har ventet mer enn 1 år med 51 (49) pasienter.

Fristbrudd

Andel fristbrudd påstartet er for perioden på 5,7 % (4,4 %), antallet er 122 (136) fristbrudd, endring på -14 fra forrige periode. Barn har 35 (54) og en andel på 42,2 %, Mage-tarm har 36 (22) fristbrudd og en andel på 36,7 %.

Andel fristbrudd ventende for alle tjenesteområder er 5,0 % (4,1 % forrige periode), antallet er 397 (310) endring på +87 brudd fra forrige periode. Mage-tarm har 315 (268) brudd, endring på +47 fra forrige periode og en andel på 51,7 %.

Korridorpasienter

I denne perioden har vi en økning i antall korridorpasienter sammenlignet med forrige periode, endring på +31 pasienter. For denne perioden har vi 236 korridorpasienter, med en andel for perioden på 3,2 %. Det er medisinske fagområder som har de fleste av korridorpasientene (187). Dette samsvarer også med at det er de medisinske sengepostene som har hatt høyeste belegget.

Belegg

Ordinære sengeposter har for denne perioden et snitt forbruk av senger på 204. Dette tilsvarer en beleggsprosent på 105. Det har vært gjennomgående høyt belegg hittil i år. Både antall senger i bruk og beleggsprosent har vært høyere enn tidligere år.

Gjennomsnittlig antall senger i bruk for perioden jan-mars 2023 er på 211 med snittbelegg på 105 % samlet. Det er fortsatt et høyt belegg på alle medisinske sengeposter.

Planleggingshorisont og operasjoner

Utviklingen i ventelister til operasjon har vært flat siden sommeren 2022. Antall planlagte operasjoner neste 8 uker er 614. Det er redusert totalt 3,5 operasjonsteam, hvorav 3,5 operasjonsteam er overført til andre fag som har hatt behov og kapasitet. Det er dermed redusert netto 0 team i april mot plan. Elektive operasjoner i april er 8,7 % under budsjett, og ø-hjelpsoperasjoner 8,5 % under budsjettet. Samlet er antall operasjoner 8,6 % under budsjett i perioden. Strykningsprosenten er 5 % i april.

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

Resultater for 2023 er ikke klare på rapporteringstidspunktet.

Vi har mottatt følgende melding fra Helsedirektoratet vedr rapportering av pakkeforløp kreft:

I forbindelse med teknisk omlegging av produksjon av datagrunnlag og tilbakemeldinger for pakkeforløp kreft har det oppstått uforutsette utfordringer. Vi har identifisert feil i logikken for beregning av aktivitets- og forløpstidsindikatorer. Nå jobber vi med å korrigere feilene og kvalitetssikre datagrunnlaget. På bakgrunn av dette har vi valgt å ikke publisere statistikk for 2023 ennå. Løsningen er kompleks og feilrettingen tidkrevende. Vi vil oppdatere statistikkvisningen og sende ut tilbakemeldinger så snart det lar seg gjøre - og senest i løpet av juni.

Vi er klar over at statistikkvisningen og tilbakemeldingene til rapporteringsenhetene er etterspurt. Vi beklager så mye ulempene forsinkelsen medfører.

3 Aktivitet

3.1 Somatikk

Samlet budsjettavvik vedrørende ISF poeng utført i eget HF (dag, døgn, poliklinikk) er for april 2023 75 poeng (-2 %) lavere enn budsjettet.

Hittil i år er antall ISF-poeng utført i eget HF 119 poeng (-0,8 %) lavere enn periodisert budsjett.

ISF-poeng somatikk

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

	Denne periode				Hittil i år					ISF bud- avvik* (1000 kr)	
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2022		Budsjett 2023
Kirurgisk klinikk	1 506	1 521	-15	-1 %	6 817	6 868	-51	-1 %	6 598	19 952	-1 003
Medisinsk klinikk	1 703	1 738	-35	-2 %	7 584	7 562	22	0 %	7 207	22 415	426
BUK	228	239	-11	-4 %	1 000	1 067	-67	-6 %	916	3 010	-1 327
Akutt og beredskap	9	10	-1	-14 %	40	44	-4	-8 %	46	120	-72
MSK	22	36	-14	-38 %	118	140	-22	-15 %	117	400	-429
Ufordelt/kvalitetssikring	1		1	0 %	3		3	0 %	2		55
DRG Somatikk utført ved STHF	3 469	3 543	-75	-2 %	15 562	15 681	-119	-1 %	14 885	45 897	-2 350
Total ISF-poeng Somatikk (inkl. legemidler, FBV) "sørge for"	3 727	3 798	-70	-2 %	16 559	16 693	-134	-1 %	15 826	48 937	-2 652

Somatikk	Denne periode				Hittil i år				Endring HiÅ 2023 - 2022		
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2022	Endring	%
Antall utskrivninger Døgnbehandling	1 996	2 027	-31	-1,5 %	8 700	8 749	-49	-0,6 %	8 438	262	3,1 %
Antall liggedøgn Døgnbehandling	7 445	7 252	193	2,7 %	32 989	31 302	1 687	5,4 %	30 806	2 183	7,1 %
Antall oppholdsdager Dagbehandling	2 215	2 193	23	1,0 %	10 038	9 562	476	5,0 %	9 164	874	9,5 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	13 204	14 267	-1 063	-7,4 %	64 412	65 691	-1 279	-1,9 %	61 894	2 518	4,1 %

Antall sykehusopphold var i april tilnærmet likt som budsjettet, men 6 % færre enn i fjor.

Den polikliniske aktiviteten i april var 7,4 % lavere enn budsjettet, og 5 % lavere enn i fjor. April 2023 hadde 17 arbeidsdager – det er 1 færre enn i fjor. Hittil per 1. tertial var antall polikliniske konsultasjoner 1,9 % lavere enn budsjettet.

Antallet dagbehandlinger (dagkirurgi, dialyse-behandlinger og cytostatika-kurer for kreftpasienter) har i april vært tilnærmet likt som budsjettet og 5,5 % flere enn i fjor.

Andel video- og telefonkonsultasjoner er 8,7 % i april, noe lavere enn sykehusets interne målsetting for somatikken som er 10 %. Andelen hittil i år er også 8,1 %.

Kirurgisk klinikk ligger 51 ISF-poeng bak budsjett per april. April har hatt noe lavere enn budsjettet aktivitet, men korrigeringer fra tidligere perioder gjør at avviket hittil i år er omtrent uendret fra forrige periode. Omtrent 45 % av avviket hittil i år skyldes lavere indekser enn budsjettet. I april skuldes avviket imidlertid lavere antall opphold for døgn og poliklinikk.

Aktiviteten i **Medisinsk klinikk**, målt i antall ISF-poeng, har i per 4 måneder vært tilnærmet helt likt som budsjettet, og 5 % høyere enn i samme periode i fjor – da aktiviteten var påvirket av pandemi. Belegget ved de medisinske sengepostene var fortsatt høyt i april; 105 %.

Aktiviteten knyttet til dagbehandling (dialysebehandling og medikamentell kreftbehandling) var per 4 måneder 7 % høyere enn budsjettet og 10 % høyere enn i fjor. Antall polikliniske konsultasjoner var per 4 måneder tilnærmet likt med periodisert budsjett og i fjor.

Barne- og ungdomsklinikken har et negativt budsjettavvik på -67 ISF-poeng (-6 %) etter 4 måneder. Avviket er i hovedsak knyttet til nyfødt intensiv og barnepoliklinikken. Sengepost for barn har

aktivitet som budsjett. Det jobbes systematisk for å øke den polikliniske aktiviteten. Perioder med høyt sykefravær og vakanser har medført redusert poliklinisk aktivitet.

3.2 Psykisk helsevern og TSB

Antall liggedøgn i de voksenpsykiatriske sengepostene er lavere enn både budsjettert og målt mot fjoråret. Antall døgnopphold er derimot høyere enn både budsjett og fjoråret, og den gjennomsnittlige liggetiden er redusert.

Aktiviteten på avrusningen viser en vekst på antall liggedøgn, men en reduksjon på antall døgnopphold. Antall liggedøgn viser en vekst på har en vekst på 2,6 %, mens antall døgnopphold viser en nedgang på 6,8 %. Den gjennomsnittlige liggetiden har økt fra 7,3 i fjor til 7,6 dager hittil i år.

I den ungdomspsykiatriske sengeposten viser tallene en stor nedgang i antall liggedager og i antall døgnopphold. Den gjennomsnittlige liggetiden har økt med 1,6 døgn sammenlignet med fjoråret.

ISF-poeng PHV og TSB utført ved STHF											
	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2022	Budsjett 2023	ISF avvik hittil
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%			
DPS nedre Telemark	251	266	-15	-6 %	1 239	1 233	6	0 %	3 229	3 567	20 499
DPS øvre Telemark	104	132	-28	-21 %	534	612	-78	-13 %	1 483	1 772	-272 765
Psykiatrisk sykehusavdeling	72	70	2	3 %	321	325	-4	-1 %	874	940	-12 669
Poliklinisk avdeling TSB og psykose	345	300	45	15 %	1 233	1 113	121	11 %	3 048	3 227	420 892
Raskere tilbake PHV og TSB (underlagt Med.kd)	-	5	-5	-100 %	-	23	-23	-100 %	30	66	-78 806
Klinikk for PHV og TSB + Raskere tilbake	773	774	-1	0 %	3 327	3 305	22	1 %	8 665	9 571	77 151
Avdeling for barn og unges psykiske helse - ABUP	649	889	-240	-27 %	3 429	3 538	-108	-3 %	9 627	10 237	-376 898
Barn- og ungdomsklinikken	649	889	-240	-27 %	3 429	3 538	-108	-3 %	9 627	10 237	-376 898
SUM ISF psykisk helsevern og TSB på STHF	1 422	1 663	-241	-14 %	6 757	6 843	-86	-1 %	18 291	19 809	-299 747

Sykehuset Telemark	apr.23				Hittil i år				Endring HiÅ 2023 - 2022		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	Avvik i prosent	HiÅ 2022	Endring	%
VoP - Psykisk helsevern for voksne											
Antall døgnopphold	128	129	- 1	-1 %	569	564	5	1 %	521	48	9 %
Antall liggedøgn	2 722	2 531	191	8 %	10 760	10 813	- 53	0 %	11 122	- 362	-3 %
Antall oppholdsdager dagbehandling											
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	2 922	3 061	- 139	-5 %	14 388	14 175	213	2 %	14 307	81	1 %
BUP - Psykisk helsevern for barn og unge											
Antall døgnopphold	9	17	- 8	-47 %	39	63	- 24	-38 %	64	- 25	-39 %
Antall liggedøgn	114	126	- 12	-10 %	414	577	- 163	-28 %	575	- 161	-28 %
Antall oppholdsdager dagbehandling											
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	2 069	2 514	- 445	-18 %	11 027	11 542	- 515	-4 %	13 111	-2 084	-16 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling											
Antall døgnopphold	32	34	- 2	-6 %	137	142	- 5	-4 %	147	- 10	-7 %
Antall liggedøgn	206	285	- 79	-28 %	1 048	1 076	- 28	-3 %	1 021	27	3 %
Antall oppholdsdager dagbehandling											
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	523	493	30	6 %	2 673	2 282	391	17 %	2 482	191	8 %

Antall konsultasjoner innenfor PHV og TSB var i april 9,1 % lavere enn budsjettert nivå. BUP leverer 17,7 % lavere enn budsjett, VOP leverer 4,5 % under budsjett, mens TSB leverer 6,1 % bedre enn budsjettert. Hittil i år er antall konsultasjoner som budsjettert. TSB (+17,2 %) og VOP (+1,5 %) bidrar

med positivt avvik, mens BUP ligger 4,5 % lavere enn budsjettert nivå. Som følge av ny registrering og gruppering av enkelte polikliniske konsultasjoner, så har vi ikke sammenlignbare tall fra i fjor å kommentere på.

Antall behandlere tilstede hittil i år viser en vekst innenfor alle fagområdene, og da spesielt innenfor TSB.

DRG-resultatene viser et samlet negativt avvik på 1,3 %. BUP leverer et negativt avvik på 3,5 %, VOP leverer som budsjettert, mens TSB leverer et positivt avvik på 10,6 %.

Det er i 2023 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 viser i april en andel på 16,4 % på telefonkonsultasjoner og 0,9 % på videokonsultasjoner. Hittil i år ligger andelen telefon- og videokonsultasjoner på 18,5 %. Det er TSB som har den høyeste andelen med sine 29,9 %. BUP har en andel på 21,7 % og VOP har 11,3 %.

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

4 Bemanning - brutto månedsverk, samlet lønnskostnad og innleie

Brutto månedsverk som ble utbetalt i april var 3226, noe som er 1,7 % over budsjettert bemanningsforbruk og 107 brutto månedsverk over fjorårsnivået.

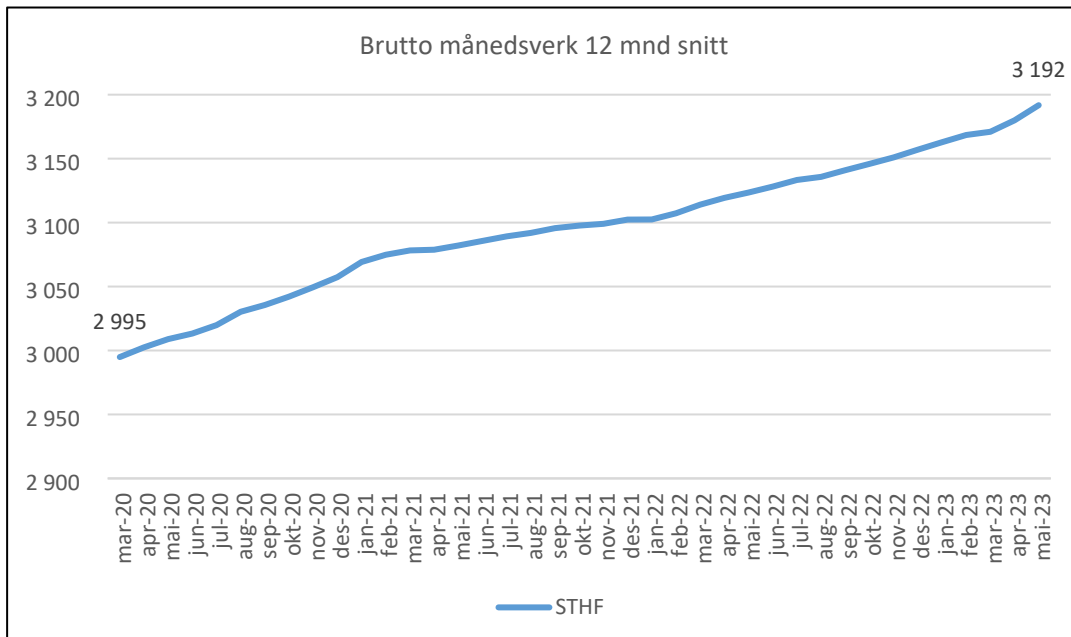
Fra og med april måned så overtok STHF de private ambulansestasjonene i Telemark, noe som utgjør ca 70 brutto månedsverk per måned. Dette er årsaken til den store veksten fra forrige måned, og sammenlignet med fjoråret.

Hittil i år er det i gjennomsnitt utbetalt 3169 brutto månedsverk, noe som er 2,1 % over budsjettert nivå og 68 brutto månedsverk over fjorårsnivået. Budsjettavviket ble redusert fra 67 til 64 brutto månedsverk fra mars til april.

I dette tallet inngår også årsverk som er eksternt-finansiert og ikke budsjettert.

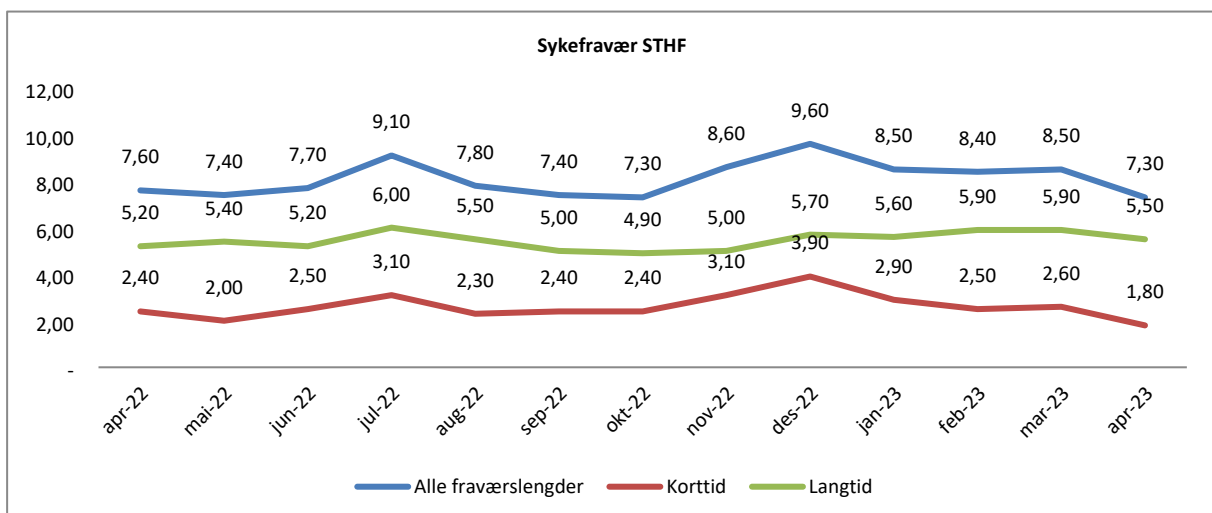
Sykefraværet viser en reduksjon fra mars til april. RDAP tallene tatt ut 1. uken i måneden viste en reduksjon fra 8,5 % til 7,2 % fra mars til april.

Som vist i grafen under er det vekst i brutto årsverk gjennom hele pandemiperioden fra mars 2020. Denne veksten er vesentlig 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 889 millioner kr hittil i år, mot budsjettet 865 millioner kroner. Dette er 61 millioner kr høyere enn i fjor. Innleie fra byrå utgjorde 22,5 millioner kr per april, mot et budsjett på 11,4 millioner kr.

Grafen viser at sykefraværet hadde en topp i desember, og lå høyt i årets tre første måneder. Sykefraværet ble redusert med 1,2 % - poeng fra mars til april, noe som burde hatt en positiv effekt på EFO-kostnadene. Det rapporterte sykefraværet i april måned vil sannsynligvis øke når oppdaterte tall kommer ved neste månedskjøring som følge av etterslep i registreringer.



5 Økonomi

5.1 Sykehuset Telemark

Sykehuset Telemark rapporterer et økonomisk resultat på –16,2 millioner kr. i april. Dette er 17,0 millioner kr. lavere enn budsjettet for perioden. Avviket skyldes flere forhold, blant annet:

- høye kostnader til variabel lønn og innleie
- høye kostnader til varekjøp og fritt behandlingsvalg
- svært høyt aktivitetsnivå i prehospital tjeneste og akuttmottak
- høyt belegg med krevende driftsituasjon på somatiske sengeposter

Det har over tid vært krevende forhold i klinikkene, med høyt belegg, ressurskrevende pasienter, høyt sykefravær og rekrutteringsvansker på flere områder. Sykefraværet i april er om lag 2 prosentpoeng lavere enn i foregående måneder, og på nivå med før pandemien. Til tross for reduksjonen i fravær er kostnadene knyttet til variabel lønn (vikarbruk og overtid) på nivå med foregående måneder og bidrar til et betydelig budsjettavvik på lønn også i april.

Kostnadene for innleie er noe redusert i april, men er fortsatt på et høyt nivå og høyere enn budsjett. Kostnadene med innleie til psykisk helse forventes redusert framover etter som kontrakter utløper. Det er imidlertid store rekrutteringsutfordringer innen medisin, og innleie av leger kan bli aktuelt for å opprettholde et faglig forsvarlig tilbud innen enkelte spesialiteter.

Resultatet hittil i år er -60,0 millioner kroner, 63,5 millioner kr dårligere enn budsjett. Resultatet er en fortsettelse av situasjonen de siste månedene før årsskiftet. Det er fortsatt store avvik knyttet til variabel lønn (særlig overtid) og innleie og i tillegg unormalt høye kostnader knyttet til varekjøp, gjestepasienter og Fritt Behandlingsvalg. Inntektene (ISF og poliklinikk) er lavere enn budsjettet, etter svakere aktivitet i februar og april.

Sykehuset har i budsjettarbeidet for 2023 identifisert en rekke omstillings- og forbedringsaktiviteter. Arbeidet med dette har startet. Alle klinikker har etablert handlingsplaner for reduksjon av variabel lønn og innleie. På innleieområdet er det lagt konkrete planer for avvikling av avtaler etter hvert som inngåtte avtaler utløper gjennom første halvår. I tillegg er det startet en rekke klinikkvise arbeider på andre områder. Det vil kreve systematisk arbeid over tid å normalisere driften og å reetablere bærekraftig økonomi.

Resultatet i april forsterker inntrykket av at den økonomiske situasjonen er mer krevende enn tidligere antatt og at det er nødvendig med ytterligere tiltak utover pågående omstillingsarbeid. Det er iverksatt tettere oppfølging av arbeidet med å redusere overtid og innleie. ADs ledergruppe møtes hver uke for å gå gjennom status og effekt av iverksatte tiltak i seksjonene. Det er forsterket fokus på omstillingsarbeidet og økt forståelse i organisasjonen for hvilke utfordringer vi står i.

Prognose for årsresultat endres fra – 80 millioner kr. til – 10 millioner kroner som følge av tilleggsbevilgningen på 70 millioner kroner.

Regnskapsresultat pr. april 2023	regnskap april	budsjett april	avvik april	Budsjett 2023	Prognose 2023	avvik 2023
Basisramme	1 091 237	1 091 237	-0	3 116 700	3 187 047	70 347
Kvalitetsbasert finansiering	5 116	5 116	-	15 347	15 347	-
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	251 980	252 034	-55	742 148	742 148	-
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	56 468	59 242	-2 775	169 091	169 091	-
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	23 513	23 813	-300	68 934	67 935	-999
ISF fritt behandlingsvalg	34	-	34	-	99	99
ISF refusjon pasientadministrerte legemiddel (H-reseptor)	19 295	19 134	161	57 401	57 401	-
Utskrivningsklare pasienter	12 605	8 769	3 836	26 306	31 306	5 000
Gjeste pasienter	7 463	7 985	-522	23 571	23 571	-
Konserninterne gjestepasientinntekter	37 904	39 170	-1 266	116 888	113 888	-3 000
Polikliniske inntekter	41 717	42 478	-761	124 412	124 412	-
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	-	-	-	-	-	-
Andre øremerkede tilskudd	9 702	8 402	1 301	25 305	27 305	2 000
Andre driftsinntekter	94 690	98 640	-3 951	297 325	297 325	-
SUM DRIFTSINNTEKTER	1 651 724	1 656 020	-4 296	4 783 427	4 856 875	73 447
Kjøp av offentlige helsetjenester	14 246	16 079	1 833	47 986	47 986	-
Kjøp av private helsetjenester	50 209	39 184	-11 025	60 444	85 444	-25 000
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	207 185	200 104	-7 081	599 669	612 669	-13 000
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	22 506	11 353	-11 153	20 456	37 456	-17 000
Konserninterne gjestepasientkostnader	134 918	128 080	-6 837	379 225	385 225	-6 000
Lønn til fast ansatte	757 766	751 621	-6 145	2 188 716	2 188 716	-
Overtid og ekstrahjelp	54 248	39 724	-14 523	121 746	148 746	-27 000
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	140 899	140 899	-	410 359	410 359	-
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-48 119	-47 169	950	-139 064	-141 064	2 000
Annen lønn	125 376	120 579	-4 797	344 409	351 409	-7 000
Avskrivninger	35 318	36 382	1 064	112 634	111 134	1 500
Nedskrivninger	-	-	-	-	-	-
Andre driftskostnader	225 931	225 782	-148	652 955	653 402	-447
SUM DRIFTSKOSTNADER	1 720 483	1 662 619	-57 864	4 799 533	4 891 480	-91 947
DRIFTSRESULTAT	-68 759	-6 599	-62 160	-16 106	-34 606	-18 500
Finansinntekter	13 876	14 230	-354	42 691	42 191	-500
Finanskostnader	5 269	4 298	-971	16 586	17 586	1 000
FINANSRESULTAT	8 607	9 932	-1 326	26 106	24 606	-1 500
(ÅRS)RESULTAT	-60 152	3 333	-63 486	10 000	-10 000	-20 000
Pensjonskostnader	-	-	-	-	-	-
RESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER	-60 152	3 333	-63 486	10 000	-10 000	-20 000

5.2 Klinikken

Klinikken har betydelige negative budsjettavvik som følge av høyere kostnader.

Resultater pr. klinikk vises i tabellen under:

BUDSJETTAVVIK per april 2023	lønn	andre driftskostnader	driftsinntekter	Sum
Kirurgi	-5 086	-1 524	-1 526	-8 136
Medisin	-9 900	-7 856	2 037	-15 718
Barne- og ungdomsklinikken	-2 079	-1 999	-1 169	-5 247
Akutt og beredskap	-6 165	-663	501	-6 326
Medisinsk serviceklinikk	3 685	-6 110	-2 403	-4 828
Psykiatri og rus	-1 815	-2 477	-157	-4 449
Service og systemledelse	-1 848	-5 535	-1 369	-8 752
SUM klinikker	-23 207	-26 164	-4 085	-53 456
Administrasjon	-1 209	1 800	-2 802	-2 211
Kjøp og salg av helsetjenester		-11 672	-4 126	-15 798
- biologiske legemidler og kreftlegemidler		2 307	-3 139	-833
- gjestepasientoppgjør somatikk (inkl lab, rad)		-4 646	1 680	-2 966
- psykiatri og TSB - gjestepasienter og fritt behandlingsvalg		-9 333	-2 667	-12 000
Felles poster	-99	1 363	6 716	7 980
BUDSJETTAVVIK per april 2023	-24 516	-34 674	-4 296	-63 486

Kirurgisk klinikk har et negativt resultat per april på -8,1 millioner kroner, hvorav -1,5 millioner kroner gjelder inntektssiden og -6,6 millioner kroner gjelder kostnadssiden. Avviket på kostnadssiden gjelder primært lønn, og herav i stor grad variabel lønn og innleie. Sykefraværet har lagt jevnt høyere enn normalt i lengre tid, men er avtagende i april. Det er også høyt sykefravær på legesiden, som påvirker aktivitet og øker variabel lønn. Foreløpige tall på sykefravær viser 7,5 % i april.

Medisinsk klinikk har et negativt avvik på -15,7 millioner kroner per 4 måneder. Forbruket av variabel lønn er fortsatt betydelig på grunn av et svært høyt pasientbelegg ved samtlige av de medisinske sengepostene i Skien og Notodden (i snitt 108 % i 1. tertial). 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. Overforbruket knyttet til kreftmedikamenter er 5 millioner kroner per 1. tertial. De pasientrelaterte inntektene er moderat høyere enn budsjettet. Sykefraværet har ligget temmelig stabilt på 8,4 % i årets 4 første måneder.

Barne- og ungdomsklinikken har et negativt avvik på 5,2 millioner kroner per april. Avviket skyldes lavere ISF-inntekter i somatikken og høyere kostnader enn budsjettet med lønn og innleie. ABUP har høye kostnader med innleie av lege- og psykologspesialister. Høyt sykefravær på sengepostene kombinert med ressurskrevende pasienter har gitt utfordringer å dekke vakter med tilstrekkelig kompetanse, og ført til svært høye vikar- og overtidskostnader.

Akutt og beredskapsklinikken har et resultat i april måned som viser et negativt budsjettavvik på 1,9 million kroner, en forverring fra forrige måned med 1,1 millioner kroner. Aktiviteten har stabilisert seg i ambulanse og intensiv mens det fortsatt er høy aktivitet på akuttmottakene. Kostnaden til innleie har gått ned, mens kostnaden til EFO har økt siste måned. Økning i EFO er i hovedsak i prehospital avdeling på de ambulansestasjonene som STHF overtok 1.4. Sykefraværet i klinikken viser

en positiv utvikling fra forrige måned og er på 7,57 % i april. 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.

Medisinsk serviceklinikk har et negativt avvik på 2,8 millioner kroner i april måned, og dette er en forverring med 2,4 millioner kroner fra forrige måned. Det negative resultatet skyldes i hovedsak mindreinntekter på radiologi og fertilitetsklinikken. Klinikken har kostnader til innleie i patologisk og radiologisk avdelingen. Det er forventet at innleiekostanden vil bli redusert i løpet av høsten fordi det er rekruttert i de vakante stillingene. Vakanse i stillinger bidrar til lave lønnskostnader i klinikken. Sykefraværet er i positiv utvikling og viser i april 6 %.

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling leverer et negativt budsjettavvik på 4,4 millioner kroner per april. Det er en resultatforverring på 1,3 millioner i april måned. Innleie kostnadene utgjør 10,7 millioner hittil i år. Klinikken har avsluttet flere av innleieavtalene hittil i år, og de resterende blir fortløpende avviklet utover året. Antall døgnopphold i voksenpsykiatrien har økt med 9,2 %, mens antall liggedøgn og gjennomsnittlig liggetid er redusert. Det er stor nedgang i aktiviteten på den ungdomspsykiatriske sengeposten.

Generelt sett økt antall henvisninger, og stor økning i poliklinikkene, spesielt innenfor TSB.

Service- og Systemledelse har et negativt resultat på -8,8 millioner kroner. Derav er 4,2 millioner kroner knyttet til avvik i pasientreiser og medisinsk teknisk avdeling, primært behandlingshjelpemidler og 1,5 millioner kroner relatert til ekstrabemanninger for oppgaveglidning, primært for medisinsk klinikk. Klinikken har en nedgang i EFO kostnader under 2022 og jobber nå aktivt gjennom ukentlige oppfølginger til å få forbruket nærmere 2019 nivå. Klinikken har en del kostnader knyttet til prisvekst som er høyere enn budsjettet, spesielt innenfor avfall, porto, vaskeritjenester og bygg relaterte varer og tjenester.

Administrasjonen har et resultat 2,2 millioner kroner dårligere enn budsjettet per april. Hovedårsaken er økte kostnader som følge av lav utleiegrad i bemanningscenteret.

Felles: Fellesposter har et resultat 7,8 millioner kroner bedre enn budsjett, grunnet økte inntekter knyttet til utskrivningsklare pasienter og inntektsføring av midler til ABIOK-utdanningene.

6 Tertiørlvise forhold

6.1 Forskning

Sykehuset Telemark har fortsatt å utvide og forbedre støttefunksjonene for forskning og innovasjon ved helseforetaket.

Kliniske behandlingsstudier

Kliniske behandlingsstudier er et strategisk satsningsområde ved Sykehuset Telemark. Vi planlegger for opprettelse av brukerstyrt poliklinikk for kliniske behandlingsstudier. Vi fortsetter å øke i antall aktive kliniske behandlingsstudier og vil trolig innfri kravet om en økning av 15 % i 2023.

Personvern, IKT og innovasjon

IKT-rådgiver for forskning har startet jobben med å digitalisere GASTRONET og drive brukerstyrt veiledning og IKT støtte for forskning.

Vi har utvidet forskningsstøtte med en 20 % statistiker.

Forskningsgrupper og ledelsesforankring

Fem forskningsgrupper (*EPIDEMIOLOGI, KREFT, MEDISINSK GENETIKK, PERSON, PSYKISK HELSE*) er etablert og jobber med økt forskningsaktivitet og rekruttering ved sykehuset.

Resultat

Vi ligger an til å publisere samme antall artikler som i 2022, innfri kravet om en økning av kliniske behandlingsstudier med 15% og få fem doktorgrader ved Sykehuset Telemark i 2023.

6.2 Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

Pasientskader – målt med Global Trigger Tool (GTT)

Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres til 10 % i 2023, jf. mål i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

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.

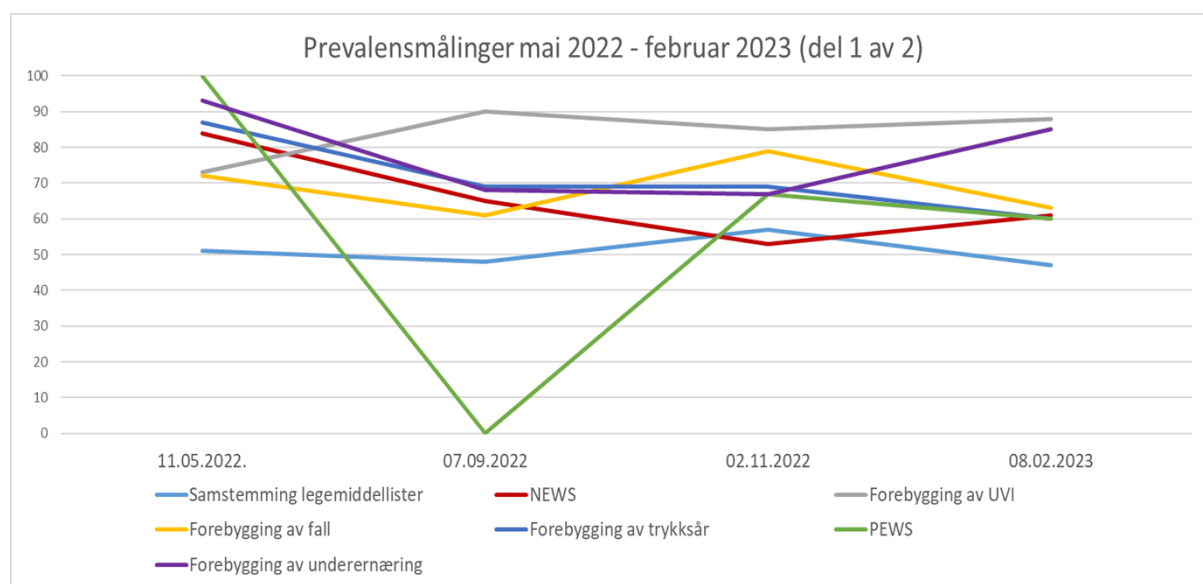
Sykehuset Telemark deltar i Helsedirektoratets nasjonale prosjekt som har til mål å videreutvikle GTT-metoden og etablere en nasjonal kvalitetsindikator for måling av pasientskader ved hjelp av

GTT. Som del av dette prosjektet har Sykehuset Telemark gjennomført systematisk journalgransking av journaler fra 120 pasientopphold ved Nordlandssykehusene HF.

Et viktig mål for videreutvikling av GTT-metoden er at resultatene skal kunne brukes både i lokalt pasientsikkerhetsarbeid, og til nasjonal sammenligning av forekomst av pasientskader mellom regionale helseforetak, helseforetak og sykehus. I dette ligger blant annet arbeid med å redusere variasjon i vurdering av skade, identifisere nye variabler som bør samles inn, etablere ny metode for journaltrekk og evaluere antall journaler som skal inkluderes i undersøkelsen. Videre ønsker prosjektet å undersøke sammenhenger mellom pasientskade og pasientsikkerhetskultur, samt utvikle automatiserte triggersøk for å gjøre GTT-undersøkelsen mer kostnadseffektiv.

Prevalensundersøkelser - pasientsikkerhet

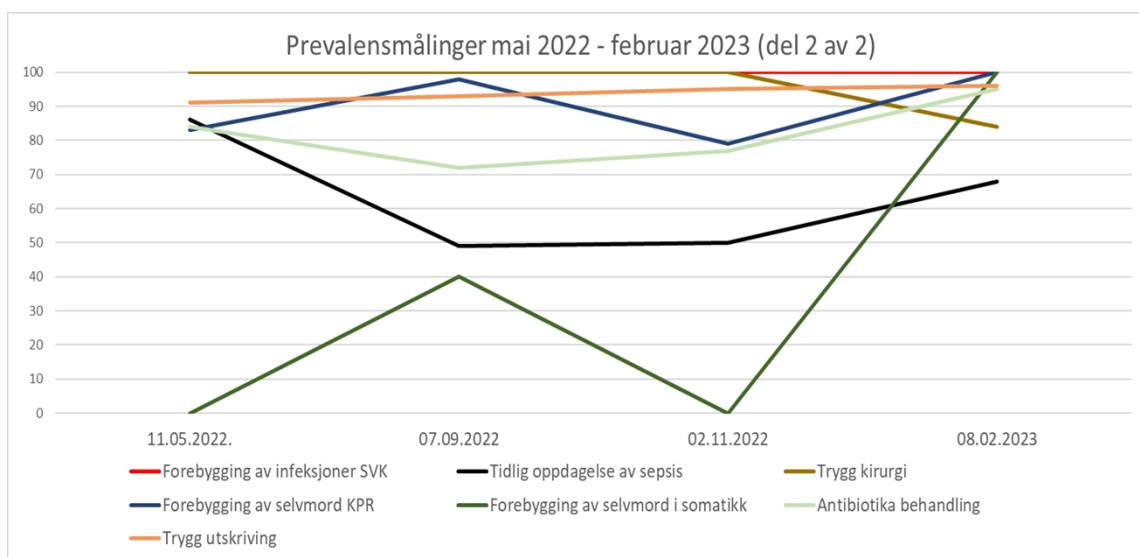
Prevalensundersøkelser pasientsikkerhet, gjennomføres fire ganger årlig for å sikre implementeringen av de nasjonale innsatsområdene fra I trygge hender - 24/7 - det tidligere pasientsikkerhetsprogrammet og nye nasjonale fagråd (Helsedirektoratet).



Bildet over viser utviklingen for prevalensmålingene fra mai 2022 -februar 2023 (del 1 av 2 for totalt 14 innsatsområder).

Trender per 1. tertial 2023:

- Innsatsområdene «Forebygging av UVI» og «Forebygging av fall» viser en positiv trend.
- Innsatsområdet «Samstemming av legemiddellister» holder seg stabilt på 50 %.
- Innsatsområdene «NEWS», «PEWS», «Forebygging av trykksår» og «Forebygging av underernæring» viser en negativ trend.



Bildet over viser utviklingen for prevalensmålingene fra mai 2022 -februar 2023 (del 2 av 2 for totalt 14 innsatsområder).

Trender per 1. tertial 2023: (forts)

- Innsatsområdene «Forebygging av infeksjoner SVK», «Forebygging av selvmord KPR» og «Forebygging av selvmord i somatikk» hadde alle 100% måloppnåelse i første tertial.
- Innsatsområdene «Antibiotika behandling» og «Trygg utskriving» viser en positiv trend.
- Innsatsområdene «Tidlig oppdagelse av sepsis» og «Trygg kirurgi» viser en negativ trend.

Resultatene fra prevalensundersøkelsene behandles fortløpende av administrerende direktørs ledergruppe og følges opp i felles prevalensmøter som er møteplasser for læring på tvers for seksjonene. I felles prevalensmøter inkluderes, i tillegg til resultater, særskilte temaer for å sikre forankring og oppfølging av forbedringsområder.

Spesielt om NEWS

NEWS er systematiske målinger av vitale parameter som skal sikre tidlig oppdagelse av forverret tilstand hos pasienten. Opplæring og re-opplæring i 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.

Opplæring NEWS 2021-2023

År/tertia	Antall grunnkurs for nyansatte i regi av SIM	Antall gjennomførte NEWS kurs for instruktører	Antall nye / re-opplærte NEWS instruktører
2021		12	21/10
2022	7	5	5/0
1. tertial 2023	4	0	0/0

Tabellen over viser utviklingen i opplæringsaktiviteter for NEWS

Det er gjennomført 4 grunnkurs for nyansatte (totalt 20 personer) i regi av SIM i 1. tertial. Kursene arrangeres hver måned. Alle LIS 1 får NEWS-opplæring i sin introuke.

Det er ikke meldt behov for opplæring eller re-opplæring av NEWS instruktører.

STHFs Handlingsplan for legemiddelsikkerhet 2023

Legemiddelsikkerhet er et prioritert satsningsområde og [Handlingsplan for legemiddelsikkerhet 2023](#) er et tiltak for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

Handlingsplanens hovedfokus i 2023 er innføring av regional standard for Lukket legemiddelsløyfe (LLS).

Handlingsplanen følger opp Kompetanseprogrammet for legemiddelhåndtering som våren 2023 er revidert i tråd med nye regionale retningslinjer for legemiddelhåndtering. Revidert program er implementert i Kompetanseportalen og klart til å tas i bruk.

Programmets basisopplæring for nyansatte og vikarer har høy prioritet og klasseromkurs settes opp hver måned. Re-opplæring søkes primært gjennomført på seksjonenes fagdager.

Utvikling uønskede pasienthendelser per tertial - hendelsestype Legemidler (NOKUP)

Rapportering	2. tertial 2022	3. tertial 2022	1. tertial 2023
Legemiddelhendelser	67	63	30

Kilde: EQS. Tabellen viser den tertialvise utviklingen i hendelser som er klassifisert som legemiddelhendelser. Tallene vil korrigeres etter hvert som ubehandlede hendelser blir klassifisert.

STHFs Handlingsplan mot uønsket variasjon i kvalitet og forbruk - 2023

[Handlingsplan mot uønsket variasjon i kvalitet og forbruk 2023](#) følger opp anbefalingene i

Konsernrevisjonens rapport 9/2021 Revisjon Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av tjenester.

Planens overordnede mål er å redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester ved Sykehuset Telemark. Den omfatter fem forbedringsområder/ tiltak. Arbeidet er i startfasen.

Handlingsplanen vil rulleres årlig.

Pasientsikkerhetskonferanse, Pasientsikkerhetsuke og Forbedringspris

Høsten 2022 ble den første pasientsikkerhetskonferansen ved Sykehuset Telemark arrangert.

Konferansen ble en stor suksess. Våren 2023 besluttet adm. direktørs ledergruppe at suksessen skulle følges opp med en årlig pasientsikkerhetsuke og en større konferanse hvert annet år. Sykehuset Telemarks forbedringspris deles ut hvert år.

Pasientsikkerhetsuka 2023 gjennomføres i uke 38 som er 18.-22. september. Årets program blir et samarbeid mellom Sykehuset Telemark, Helse Sør-Øst og andre sykehus i regionen.

Uønskede pasienthendelser

Registrering og oppfølging av uønskede hendelser er en forutsetning for læring og forbedring av pasientsikkerheten. Sykehuset arbeider kontinuerlig for å sikre en god meldekultur.

Uønskede pasienthendelser følges tett opp gjennom året og 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 (§ 3-3a)	Hendelsesanalyser
2018	934	22	
2019	1078	18	
2020	1036	16	
2021	1260	28	20
2022	1554	14	12
1.tertial 2022	440	12	7
2.tertial 2022	502	6	5
3.tertial 2022	612	6	2
1.tertial 2023	581	9	6

Kilde: TQM, EQS og Public 360. Merk: Det må tas høyde for at tallene vil bli justert som følge av at hendelser etter registreres eller inaktiveres.

Antallet registrerte pasienthendelser er økende. Dette ses i sammenheng med implementeringen av det nye avviks- og forbedringssystemet EQS. I 1. tertial er det varslet 9 alvorlige hendelser (§ 3-3 a saker) til Statens helsetilsyn og Ukom. Det gjennomføres 6 hendelsesanalyser på bakgrunn av varslene.

Nytt forbedringssystem- EQS Implementering

EQS har vært i bruk i over ett år. Det er jevn etterspørsel fra klinikkene og enhetene om bistand til å utarbeide tilpasset statistikk og rapporter. Dette ses i sammenheng med kurstilbudet som blant annet omfatter tema som meldekultur, behandling av uønskede hendelser og forbedringsarbeid.

Det gjennomføres regelmessig kurs for ledere, saksbehandlere og lederstøtte. Enkelte av kursene er obligatoriske for ledere og dette følges opp i Kompetanseportalen.

Tiden fra ny melding er registrert til meldingsansvarlig starter behandlingen er ønskelig å redusere. Dette blir et fokusområde videre.

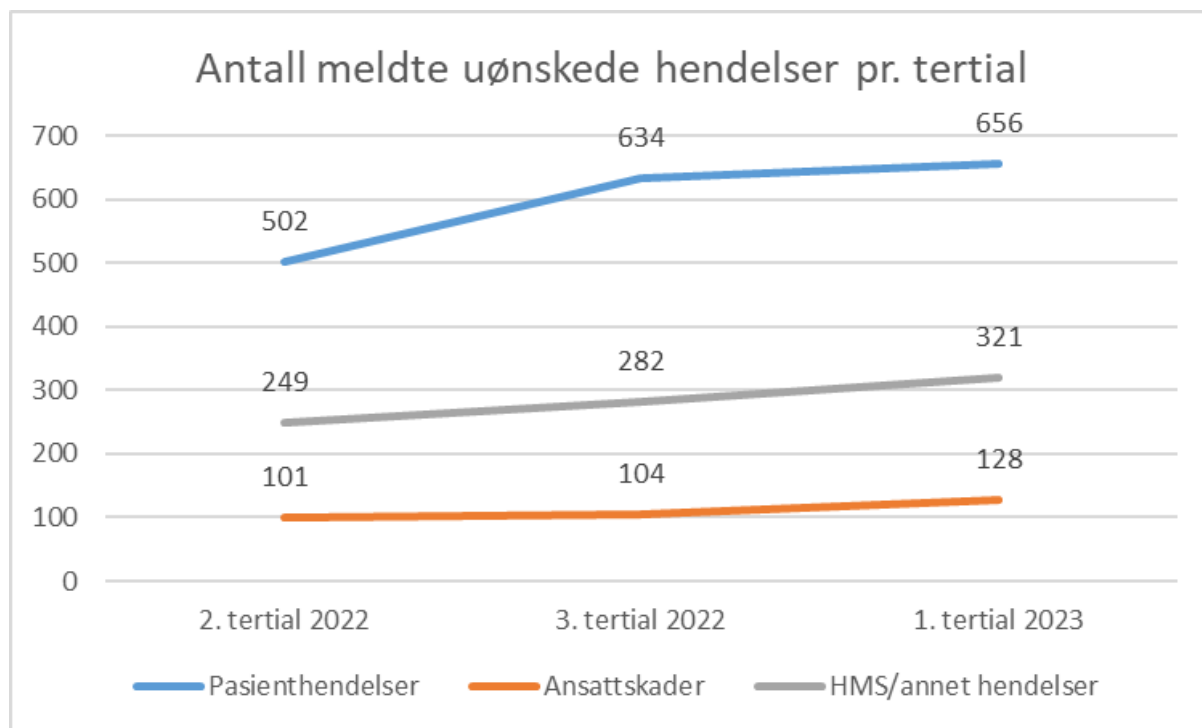
Det er behov for å øke kunnskapen til ledere og saksbehandlere om klassifisering av uønskede pasienthendelser ved hjelp av Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser (NOKUP). Dette inngår som en del av kursene som følger opplæring i EQS.

Forvaltningsrollen systemadministrator som hver klinikk skal ha er en viktig rolle i oppfølgingen i EQS. Flere enheter har ansatte med rollen lederstøtte og den blir brukt hensiktsmessig og er til nytte for oppfølgingen av den enkelte enhets meldinger og forbedringsarbeid.

Nytt i EQS er støtte for hendelsesanalyser og skjema for å registrere vernerunden. EQS tilgjengeliggjør vernerundeskjema til alle ansatte i den enkelte enhet.

Det er igangsatt nasjonalt prosjekt for å integrere sykehusenes avvik/forbedringssystem med meldeportalen www.melde.no

Tabellen under viser utvikling i meldefrekvens fra 2. tertial 2022 til 1. tertial 2023 i EQS.



Gevinstrealiseringen for EQS følges opp jevnlig i KPU-STHF.

Rapporter basert på NOKUP (Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser) tas ut i sanntid som grunnlag for klinikkens forbedringsarbeid.

Saker – Norsk pasientskadeerstatning (NPE)

Utviklingen i NPE-saker

Rapportering	Antall nye saker	Antall vedtak medhold	Antall vedtak avslag
2020	92	34	54
2021	120	32	62
2022	116	17	68
1. tertial 2023	60	3	42

Kilde: NPE. Tabellen over viser utviklingen i NPE-saker fra 2020

Antall saker til Norsk pasientskadeerstatning (NPE) har holdt seg på samme nivå siste år.

I 1. tertial er det 60 nye saker, 3 saker med vedtak om medhold og 42 saker med vedtak om avslag.

Meldekultur og pasientskader

NPE-rapporten [Samsvar mellom pasientskader og saker som er meldt i avvikssystemer på sykehus](#) for perioden 2018-2021, ble publisert i april. Rapporten retter søkelyset mot meldekultur og åpenhet om pasientskader.

Rapporten viser et samsvar på 43 % for Sykehuset Telemark. Landsgjennomsnittet var på 38 %. Til sammenligning viste NPE-rapporten for perioden 2014-2019 et samsvar på 24 % for Sykehuset Telemark. Landsgjennomsnittet var på 33 %. Det er verdt å merke seg at det ikke kan forventes fullstendig samsvar. Den positive utviklingen ved Sykehuset Telemark viser at klinikkene arbeider systematisk med å forbedre meldekulturen. Rapporten gir viktige innspill til det videre forbedringsarbeidet i klinikker og fagområder.

Som et forbedringstiltak etter NPEs første rapport i 2019, etablerte Sykehuset Telemark en egen kvalitetsindikator for meldekultur, med samsvarsmålinger mellom registrerte pasientskader i avvikssystemet og NPE-saker med medhold. Indikatoren skal bidra til forbedring av meldekulturen gjennom økt oppmerksomhet og tett oppfølging over tid.

STHFs kvalitetsindikator for meldekultur og NPE-saker

Rapportering	STHF	KPR	KIR	MED	ABK
2021	7/13	0/0	1/6	5/6	1/1
2022	4/8	1/1	1/3	1/2	1/1
1.tertial 2023	1/3	0/0	1/2	0/1	0/0

Kilde: NPE og TQM/EQS. Tabellen viser «antall nye medholdsaker som er meldt i avvikssystemet/ antall nye medholdssaker» fra 2021. Målingene inkluderer saker med hendelsesdato etter 01.01.2020.

I 1.tertial er 1 av 3 medholdsaker meldt i avvikssystemet. Det må tas høyde for at tallene er små.

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.

Eksterne tilsyn og revisjoner per 1. tertial 2023.

Tid	Tilsyn	Enhet	Tema	Funn	Status
Mars 2022 -	Konsernrevisjonen	KIR (ort) /MED/ FAG - STHF	Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester	<ul style="list-style-type: none"> 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. Det ble gitt 6 anbefalinger fra Konsernrevisjonen	STHF følger opp konsernrevisjonens anbefalinger gjennom «Handlingsplan mot uønsket variasjon i kvalitet og forbruk 2023»
Mars 2022 -	Konsernrevisjonen	KPR	Rådgivningsrevisjon: Bruk av tvangsmidler	<ul style="list-style-type: none"> Det er uklarheter i bruk av inntakstnotatet 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 	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.

Tid	Tilsyn	Enhet	Tema	Funn	Status
				<ul style="list-style-type: none"> Seksjonene har utskrivningsklare pasienter liggende i påvente av tilbud i kommunen Seksjonene har ikke oversikt over uønskede reinnleggelser 	
Sept 2022	Arbeids - tilsynet	KPR Rus Notodden	Forebygging arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager og psykiske plager	Notodden - 2 pålegg: 1. HMS-arbeid - forbedring av kartlegging og risikovurdering 2. Bedriftshelsetjeneste - plan for bistand	Avsluttet
Okt 2023	Arkiv- verket	SSL/Seksjo n for Pasient- dokument asjon og arkivtjene ster	Kontroll av arkivforholdene ved STHF		Tilsyn utsatt fra april 2022
Des 2022	Norsk Heis- kontroll	SSL/Eiend omsdrift	Teknisk kontroll av heiser	Det er funnet flere avvik ved siste kontroll.	Plan for oppfølging etablert. Avventer tilbud på bytte av heis ved Bygg 1, 2, 3, 4, og bygg 58 fra heisleverandør. Oppfølging av avvik med avtalepart for heisvedlikehold.
Jan 2023	Porsgru nn kommu ne, Kommu nalteknikk	Utviklings avdelinge n/ Eiendoms utvikling	Informasjonsskriv vedrørende fettutskiller for din virksomhet, Tilstandsrapport fettutskillere	Stilles krav til dokumentasjon som kan fremvises til kommunen	
Jan 2023	Arbeids tilsynet	ABK/ Ambulans etjeneste n Skien	Dokumenttilsyn – krav om opplysninger	Funn: Mangelfull informasjon om forsvarlighetsvurdering av arbeidstidsordninger	Frist for innsending: 15.06.2023
Jan 2023	Arbeids tilsynet	ABK/ Ambulans etjeneste n Porsgrunn	Dokumenttilsyn – krav om opplysninger	Funn: Mangelfull informasjon om forsvarlighetsvurdering av arbeidstidsordninger	Frist for innsending: 15.06.2023
Jan 2023	Arbeids tilsynet	ABK/ Ambulans etjeneste n Notodden	Dokumenttilsyn – krav om opplysninger	Funn: Mangelfull informasjon om forsvarlighetsvurdering av arbeidstidsordninger	Frist for innsending: 15.06.2023

Tid	Tilsyn	Enhet	Tema	Funn	Status
10-11 jan. 2023	Statens legemiddelverk	MSK/Blodbanken Notodden og Rjukan	Tilsyn ved blodbanken	4 avvik: 1. Kvalitetssystemet har enkelte mangler 2. Dokumentasjon av medarbeidernes kompetanse er stedvis mangelfull 3. Seksjonsleder og blodbankansvarlig fungerer som kvalitetsansvarlig 4. Kriterier for godkjenning av blodgivere for tapping ikke i henhold til prosedyre	Tiltaksplan sendt til SLV
17-18 jan 2023	Statens legemiddelverk	MSK/Blodbanken Skien, Porsgrunn og Kragerø		2 avvik: 1. Kvalitetssystemet har enkelte mangler 2. Dokumentasjon av vedlikehold av utstyr er stedvis mangelfullt	Tiltaksplan sendt til SLV
8. feb 2023	Luftfartstilsynet	Utviklingsavd./Eiendom	Tilsyn Skien helikopterplass, sykehuset	4 funn/ avvik: 1. Merkemaling slitt og må utbedres 2. Piler ikke merket bredt nok 3. Mangler i flyplasshåndboken 4. Sprekker i asfaltdekke, kum i bevegelse	Etablert plan for lukking innen 01/08/23. Arbeid igangsatt for lukking av avvik.
Feb 2023	Statsforvalteren i Vestfold og Telemark	ABK/FOVA Notodden	Stikkprøvetilsyn og innhenting av opplysninger Tema for tilsynet er om Sykehuset Telemark HF sørger for forsvarlig pasientbehandling for akuttinnlagte pasienter ved FOVA Notodden.		Etterspurt informasjon er sendt inn innen frist. Det er innkalt til møte for befarings ved FOVA.

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.

Avvik/forbedringssystem EQS gir mulighet for registrering, behandling og kategorisering av HMS hendelser og ansatthendelser. Uttak av rapporter og statistikk gir grunnlag for målrettet forbedringsarbeid.

Sykehuset står fortsatt i en krevende situasjon med vedvarende høyt arbeidspress, høyt pasientbelegg og høyt sykefravær blant ansatte. Dette bidrar til økt belastning på ansatte i flere seksjoner og påvirker arbeidsmiljøet.

Det er fokus på oppfølging av ForBedring for å styrke arbeid med arbeidsmiljøet der det er nødvendig og fokus på sykefraværsoppfølging gjennom opplegget «Tett på» i samarbeid med NAV.

Det er etablert et traineeprogram for sykepleiere som har medført rekruttering av 19 nyutdannede sykepleiere. Traineeprogrammet strekker seg over 2 år, og traineesykepleierne skal rullere mellom seksjonene som er med i programmet med 8 måneders intervall. Dette skal sikre breddekompetanse og kjennskap til sykehuset. Det er videre plan om å utvide programmet til rekruttering av oppfølging av helsefagarbeidere. Programmet forventes å bidra positivt til å rekruttere og beholde sykepleiere, og med det bli del av gode arbeidsmiljø. Dette vil også bedre sykehusets omdømme og bidra til å sikre rekruttering.

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

HMS indikatorer for 1. tertial 2023 sammenliknet med 2. og 3. tertial 2022.

HMS/ Arbeidsmiljøindikatorer 1. tertial 2023 og 2. og 3. tertial 2022			
Indikator/ tertial	2. tertial 2022	3. tertial 2022	1. tertial 2023
Fraværsskader	6	6	5
Antall registrerte HMS hendelser	351	390	450
Antall lukkede HMS hendelser	167	201	224
Antall registrerte vold og trusselhendelser (somatikk)	13	17	12
Antall registrerte vold og trusselhendelser (psykiatri)	19	13	34
Totalt antall vold og trussel hendelser registrert	33	30	46

Antall meldte fraværsskader har holdt seg stabilt lavt gjennom det siste året. Generelt har antall meldte HMS hendelser økt det siste året og det forventes en videre økning ettersom ansatte vil erfare mulighet for oppfølging via statistikk av ulike type hendelser som grunnlag for forbedringsarbeid.

Etter en nedgang i meldte vold og trusselhendelser i psykiatrisk klinikk gjennom de foregående tertial har dette nå økt noe i siste tertial. Etter overgang til EQS har det vært fokus på melding av uønskede

hendelser og oppfølging av disse. Det er gjennomført opplæring og informasjon om bruk av nytt system i flere seksjoner.

6.4 Personvern og informasjonssikkerhet

Risiko innen personvern og informasjonssikkerhet anses å være uendret. Risiko for eksterne dataangrep anses økt marginalt, blant annet på bakgrunn av situasjonen med Ukraina.

Trusselvurderinger tilsier økt risiko. Sykehuspartner vurderer fortløpende trusselsituasjon og melder til oss om endringer av trusselnivået. 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. Sykehuspartner HF har i perioder hatt økt beredskap og overvåkning av situasjonen.

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

Sanering av gamle løsninger fortsetter (det gamle STHF-domenet er sanert).

Det er ikke meldt avvik til Datatilsynet i perioden.

IT-løsning for regional protokoll etter Artikkel 30 er levert. Arbeidet med komplettering av protokollen videreføres, og systematikk og ansvars plassering for ajourføring av protokollen er definert. Når Sykehuspartner har ryddet i protokollen skal løpende ajourhold etableres i linja.

Relatert til dette er problematikken med bruk av amerikanske skytjenester, evt. europeiske med hovedkontor i USA, hvor disse kan kreve utlevering av våre opplysninger. 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.

Ledelsesrapporten

Sykehuset Telemark HF
April 2023

Oversikt

Periode 2023-04	Faktisk HiÅ	Budsjett HiÅ	Budsjett-avvik HiÅ	Avvik %	Årsbudsjett	Årsestimat
Aktivitet						
Polikliniske konsultasjoner						
Somatikk	64 412	65 691	-1 279	-1,9 %	187 391	187 390
VOP	14 388	14 175	213	1,5 %	41 000	41 000
BUP	11 027	11 542	-515	-4,5 %	33 401	33 400
TSB	2 673	2 282	391	17,1 %	6 600	7 200
Bemanning						
Brutto Månedverk STHF	3 169	3 106	-63	-2,0 %	3 191	3 190
Somatikk	2 222	2 157	-66	-3,0 %	2 185	2 184
VOP	526	538	12	2,3 %	549	549
BUP	161	154	-6	-4,2 %	154	155
TSB	60	59	0	-0,7 %	60	60
Prehospitale tjenester	183	181	-2	-1,3 %	226	226
Annet	17	17	0	-0,6 %	17	17
Økonomi (tall i 1.000 kr)						
SUM DRIFTSINNTEKTER	1 651 724	1 656 020	-4 296	-0,3 %	4 783 427	4 856 875
SUM DRIFTSKOSTNADER	1 720 483	1 662 619	57 864	3,5 %	4 799 533	4 891 480
DRIFTSRESULTAT	-68 759	-6 599	-62 160	941,9 %	-16 106	-34 606
Finansresultat	8 607	9 932	-1 326	-13,3 %	26 106	24 606
						0
ÅRSRESULTAT	-60 152	3 333	-63 486	-1904,6 %	10 000	-10 000

Målekort STHF

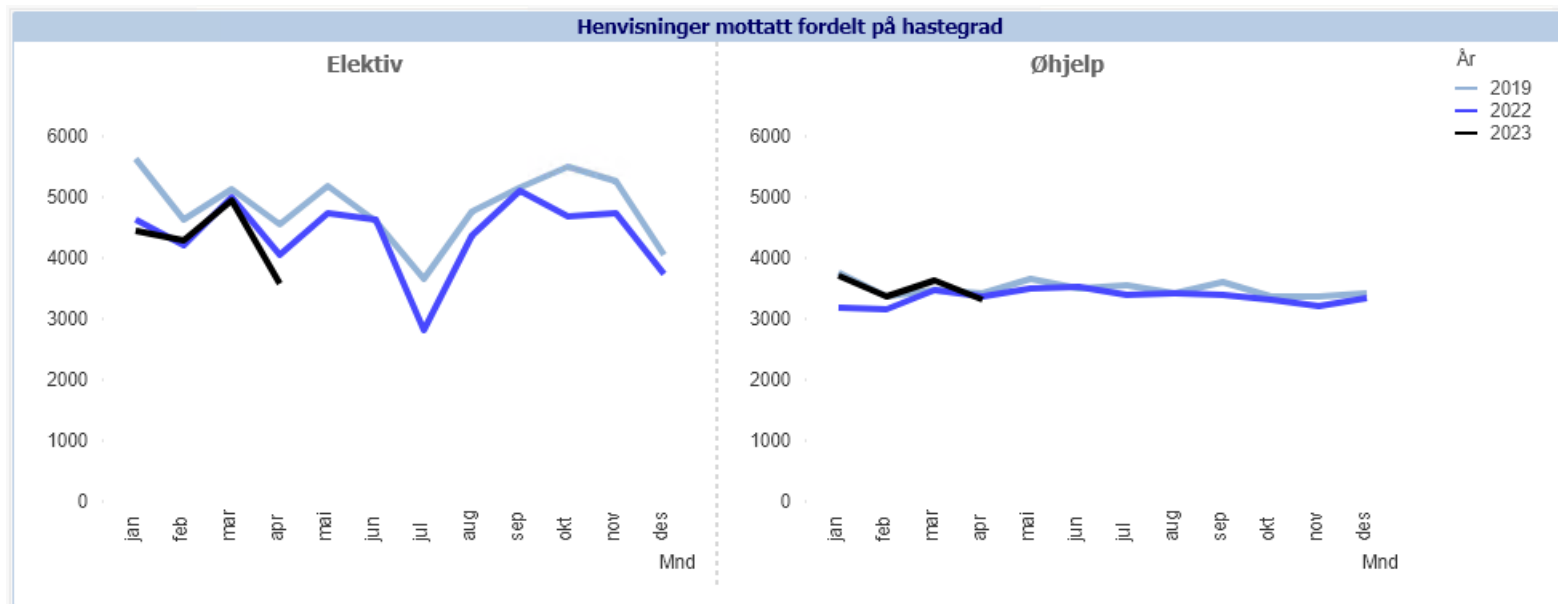
Kvalitet

 Periode
2023-04

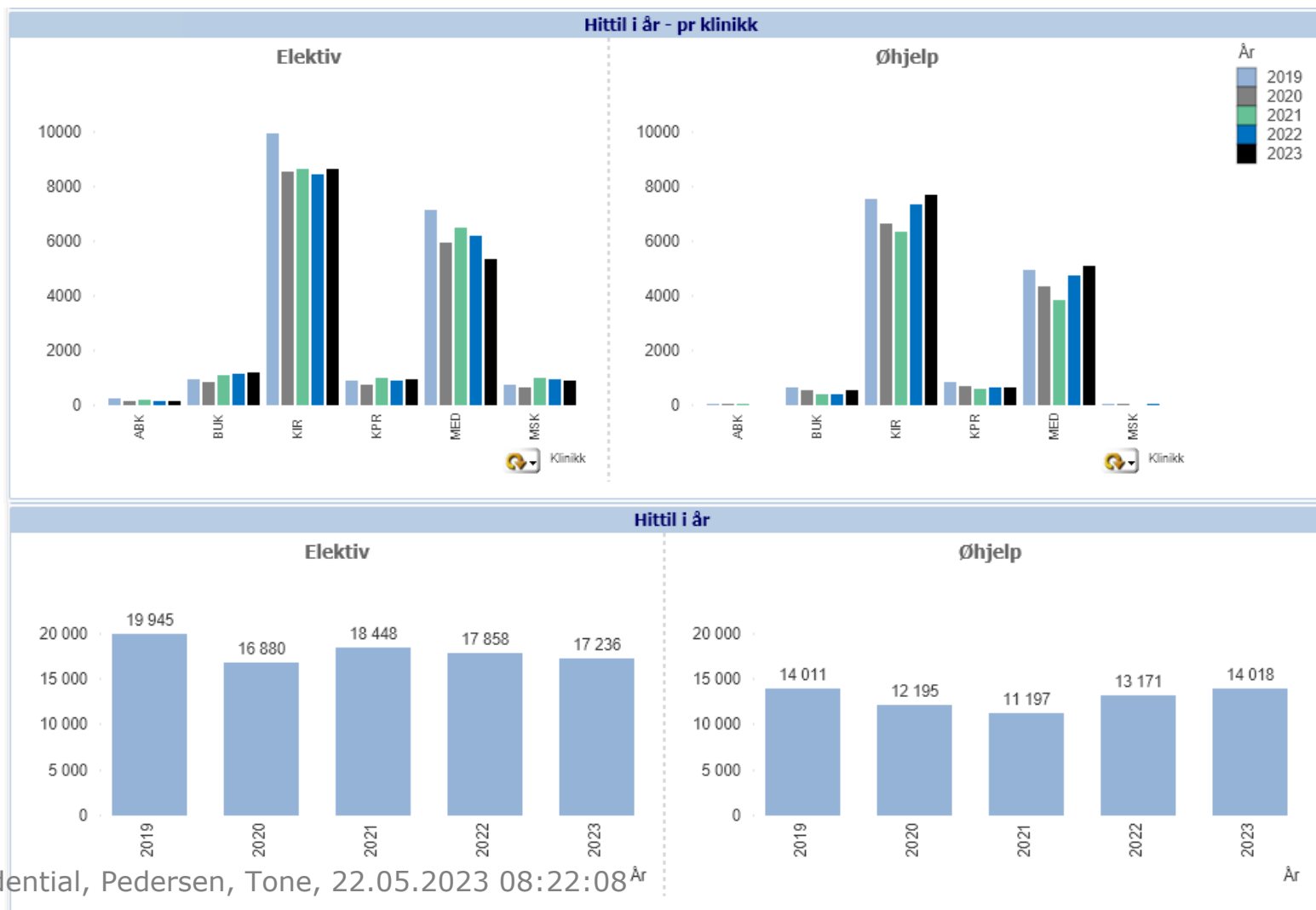
Ventetid påstartet (antall dager)	Denne periode			Hittil i år		
	Faktisk	Mål	Avvik	Faktisk	Mål	Avvik
STHF	65			69		
Somatikk	66	60	-6	71	60	-11
VOP	55	30	-25	47	30	-17
BUP	42	30	-12	41	30	-11
TSB	26	30	4	22	30	8
Ventetid venter (antall dager)						
STHF	72					
Somatikk	74	60	-14			
VOP	41	30	-11			
BUP	37	30	-7			
TSB	52	30	-22			
Andel kontakter passert planlagt tid						
STHF	12,9 %	5,0 %	-7,9 %			
Pakkeforløp kreft - andel behandlet innen standard forløpstid alle fag						
STHF		70 %			70 %	-70 %
Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus - andel til utredning iht. anbefaling						
Pasientforløp BUP Utredning	53 %	80 %	-27 %	53 %	80 %	-27 %
Pasientforløp TSB Utredning	100 %	80 %	20 %	81 %	80 %	1 %
Pasientforløp VOP Utredning	51 %	80 %	-29 %	64 %	80 %	-16 %
Korridorpasienter Somatikk						
STHF	3,2 %	0,0 %	-3,2 %			

 Ikke
oppdatert

Utvikling i mottatte henvisninger - fordelt på elektive og øyeblikkelig hjelp



Mottatte henvisninger hittil i år - fordelt på elektive og øyeblikkelig hjelp



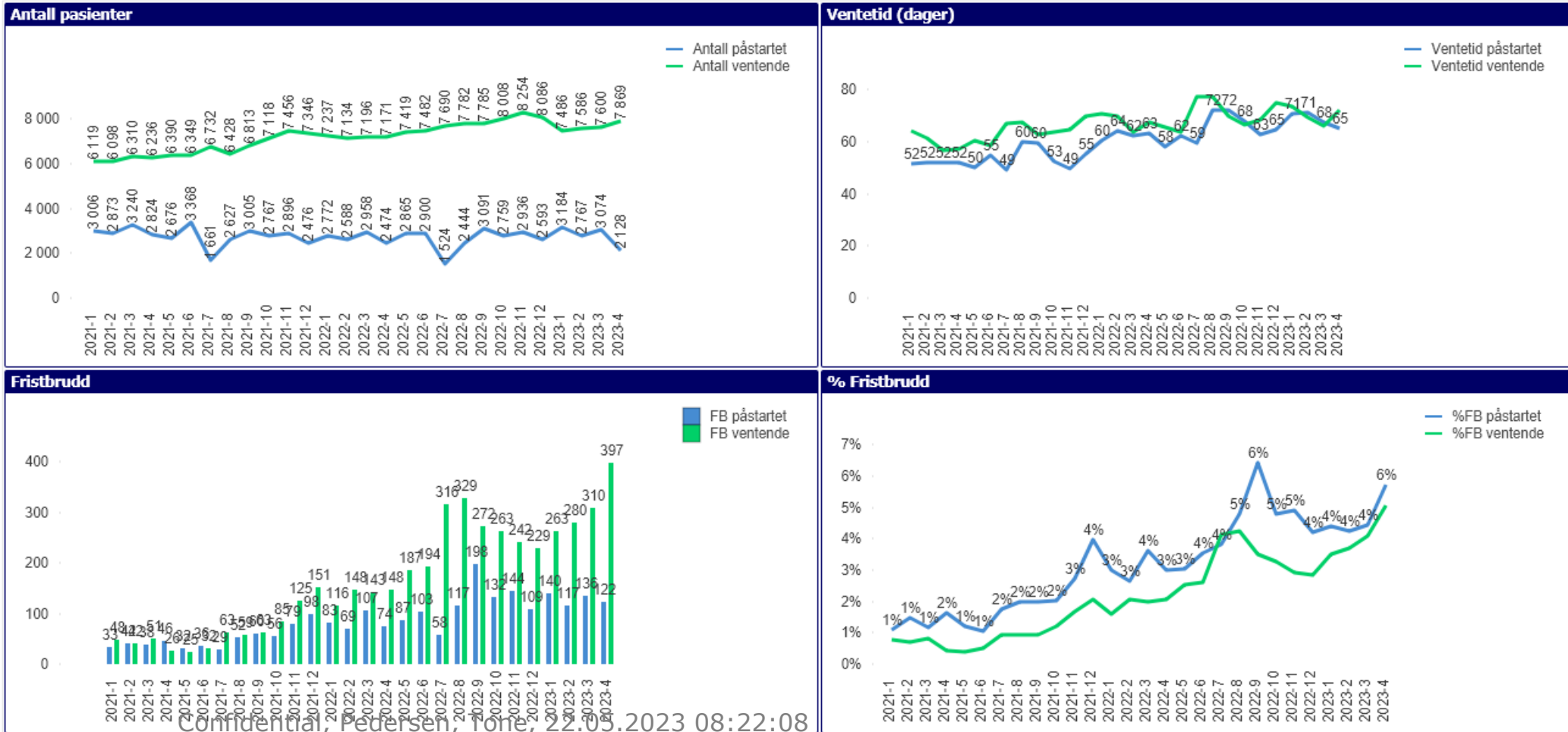
Utvikling i ventende pasienter, ventetid og fristbrudd

Enhet: STHF

Status ved utgangen av måned: 2023-4

Grønn: Ved siste rapportering var det 7 869 pasienter på STHF som ventet på å starte sin helsehjelp. Disse hadde så langt ventet i 72 dager i snitt. Av de som ventet, var 397 blitt fristbrudd (5,0%).

Blå: I løpet av siste måned fikk 2 128 pasienter påstartet sin helsehjelp. Av disse ble 122 fristbrudd (5,7%). 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.

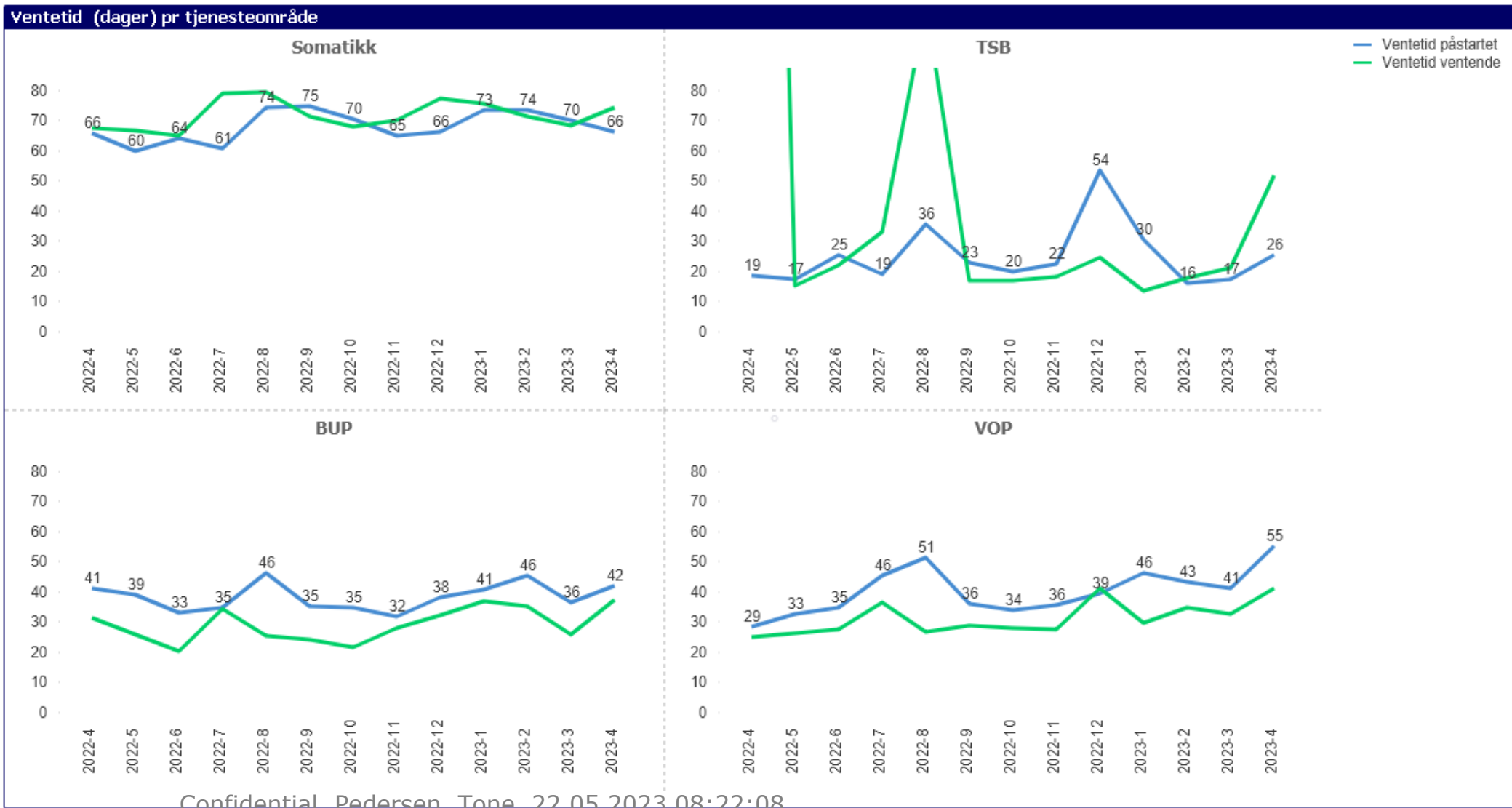
Ventetid ventende:

"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.

Ventetider per tjenesteområde (ventende og påstartede pasienter)

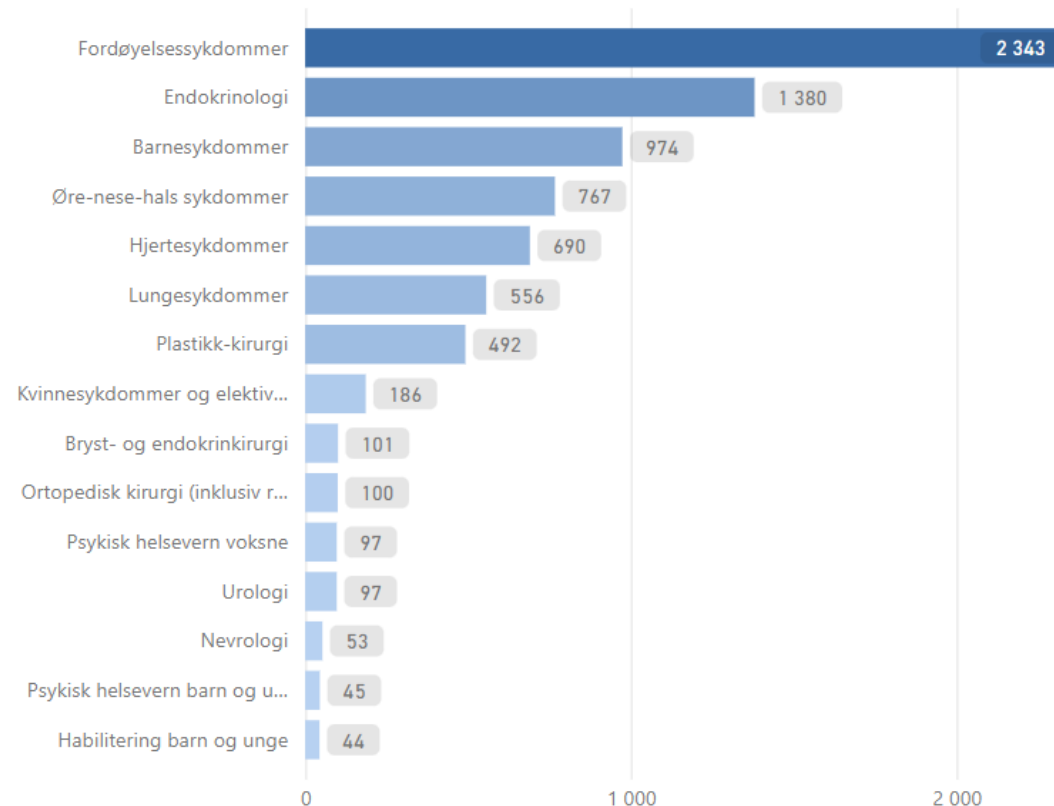
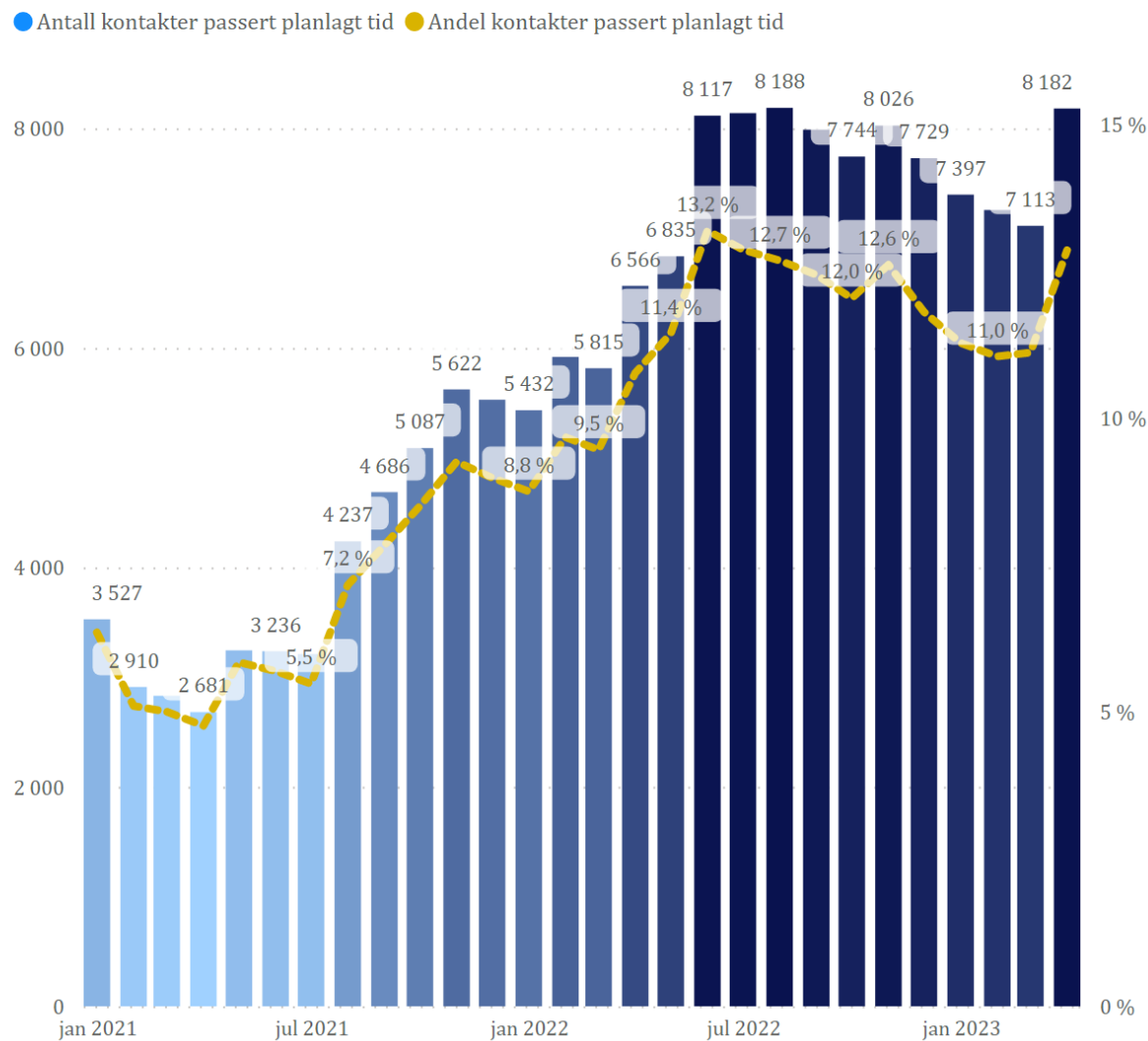


Definisjoner:

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.

Passert planlagt tid



Forklaring:

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

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

Passert planlagt tid - 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	181 567	157 030	24 537	13,5 %
Oslo Universitetssykehus	287 525	260 352	27 173	9,5 %
Sykehuset Innlandet	131 048	115 359	15 689	12,0 %
Sykehuset i Vestfold	112 387	92 341	20 046	17,8 %
Sørlandet Sykehus	128 911	111 575	17 336	13,4 %
Sykehuset Telemark	63 657	55 475	8 182	12,9 %
Sykehuset Østfold	135 793	112 315	23 478	17,3 %
Vestre Viken	191 137	166 947	24 190	12,7 %
Sunnaas Sykehus	4 249	4 100	149	3,5 %
Diakonhjemmet Sykehus	37 202	32 553	4 649	12,5 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	53 197	48 211	4 986	9,4 %
Betanien Hospital	10 513	9 398	1 115	10,6 %
Martina Hansen Hospital	16 533	15 231	1 302	7,9 %
Revmatismesykehuset Lillehammer	5 235	4 464	771	14,7 %
Totalt	1 358 954	1 185 351	173 603	12,8 %

Pasientsikkerhet - utvikling i indikatorer siste tre måneder

	2023-02	2023-03	2023-04	Snitt 2022
8a) Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning til vurdering av henvisning er fullført				
Gjennomsnitt vurderingstid (dager)	2,2	3,0	4,3	2,1
Antall henvisninger vurdert	4 741	5 200	4 145	5 261
Andel henvisninger vurdert innen 10 dager	97,5 %	93,0 %	84,9 %	96,8 %
8b) Andel åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle				
Totalt antall åpne dokumenter som er mer enn 14 dager gamle	3 840	3 595	3 702	3 717
Herav antall legedokumenter	1 632	1 479	1 598	1 678
Herav antall sykepleierdokumenter	953	976	923	860
8c) Antall pasienter med åpen henvisningsperiode				
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	935	1 133	819	1 500
8d) Andel pasienter som har fått direkte time innen 10 virkedager				
Andel direkte time (rapporteres en måned på etterskudd)	71 %	64 %		72 %
Andel epikriser sendt innen 7 dager og 1 dag				
Andel epikriser innen 7 dager	82 %	80 %	83 %	82 %
Andel epikriser innen 1 dag	61 %	56 %	60 %	59 %

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.

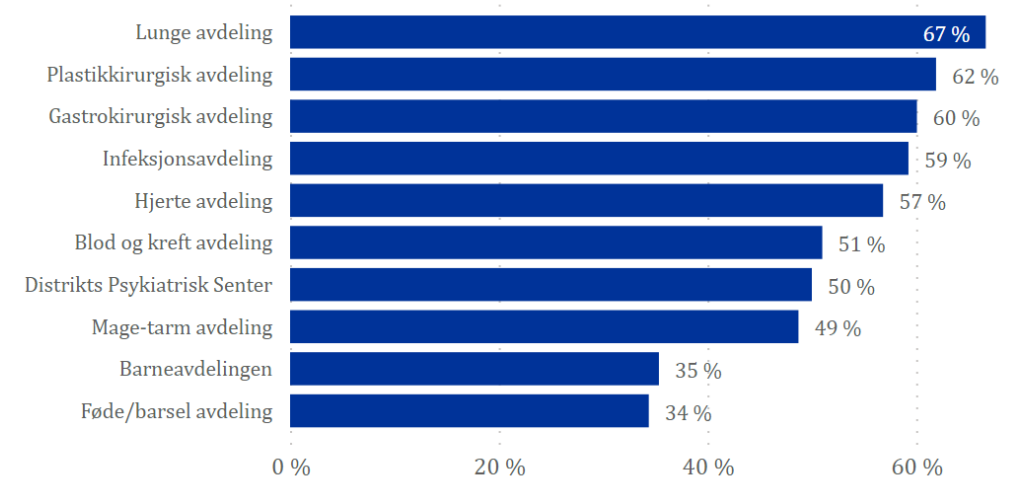
Andel epikriser innen 1 dag per klinikk og avdeling

Andel epikriser sendt innen 1 dag	2023-01	2023-02	2023-03	2023-04
BUK	22 %	40 %	31 %	35 %
KIR	75 %	73 %	68 %	67 %
KPR	46 %	50 %	54 %	65 %
MED	61 %	60 %	55 %	59 %
STHF	63 %	63 %	59 %	61 %
Andel epikriser sendt innen 1 dag*	2023-01	2023-02	2023-03	2023-04
BUP	38 %	10 %	25 %	11 %

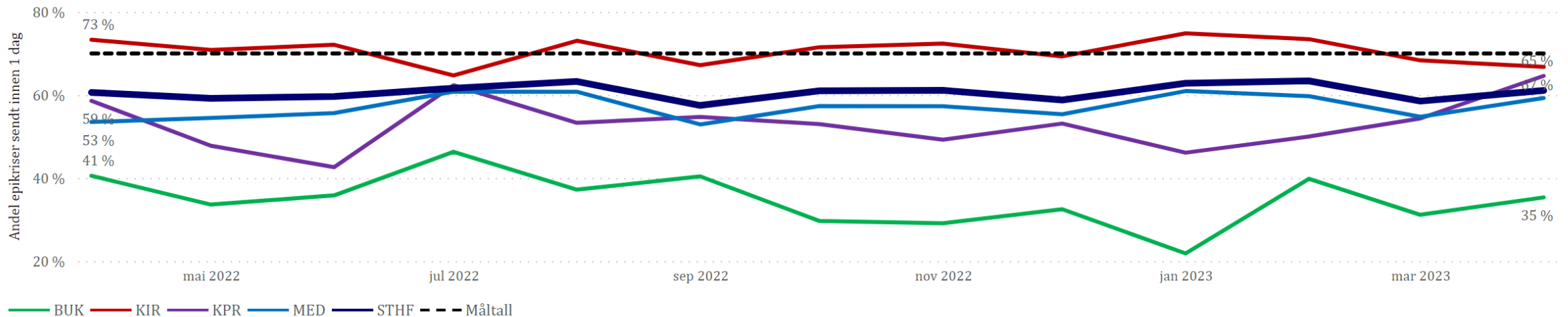
Det er kun epikriser etter innleggelser/døgnopphold som inngår i indikatoren.

*Psykisk helsevern for Barn og Unge (BUP) er ekskludert fra tallgrunlaget for den offisielle indikatoren, i henhold til definisjonskatalogen. Verdien BUK omfatter således kun somatikk.

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



Utvikling i andel epikriser innen 1 dag per klinikk

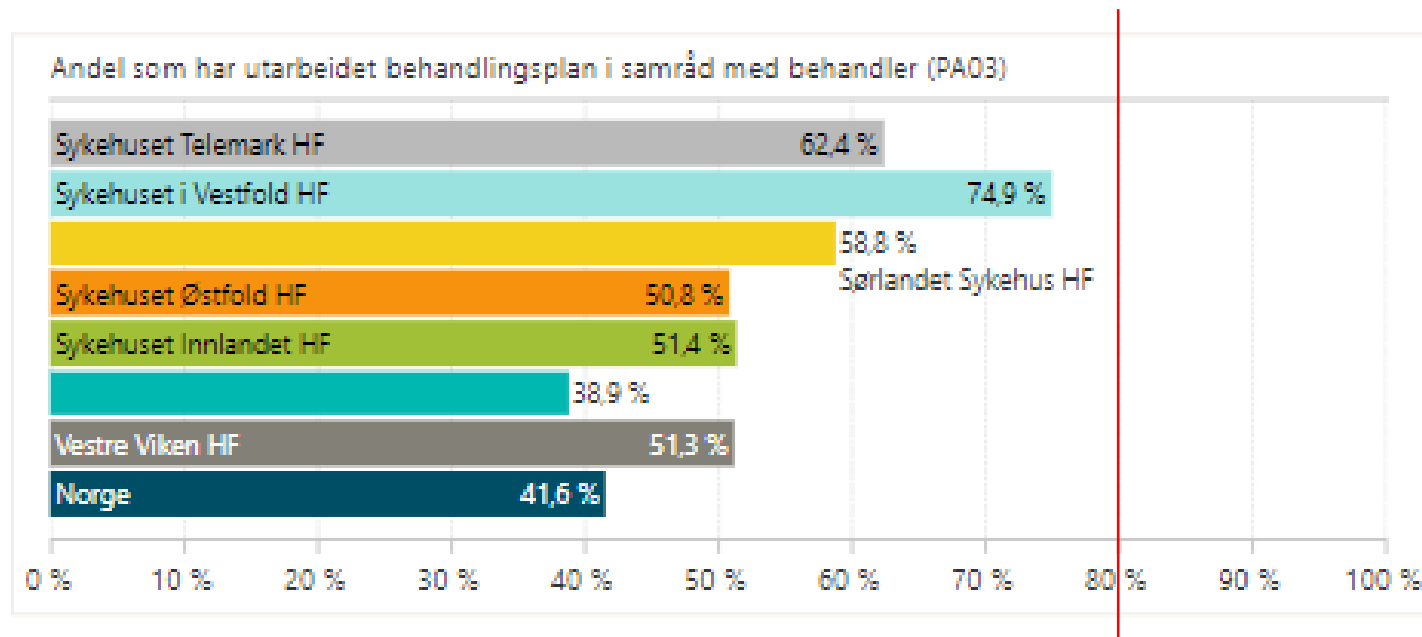


Om indikatoren:

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 helsepersonell, avdelingsledelse 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.

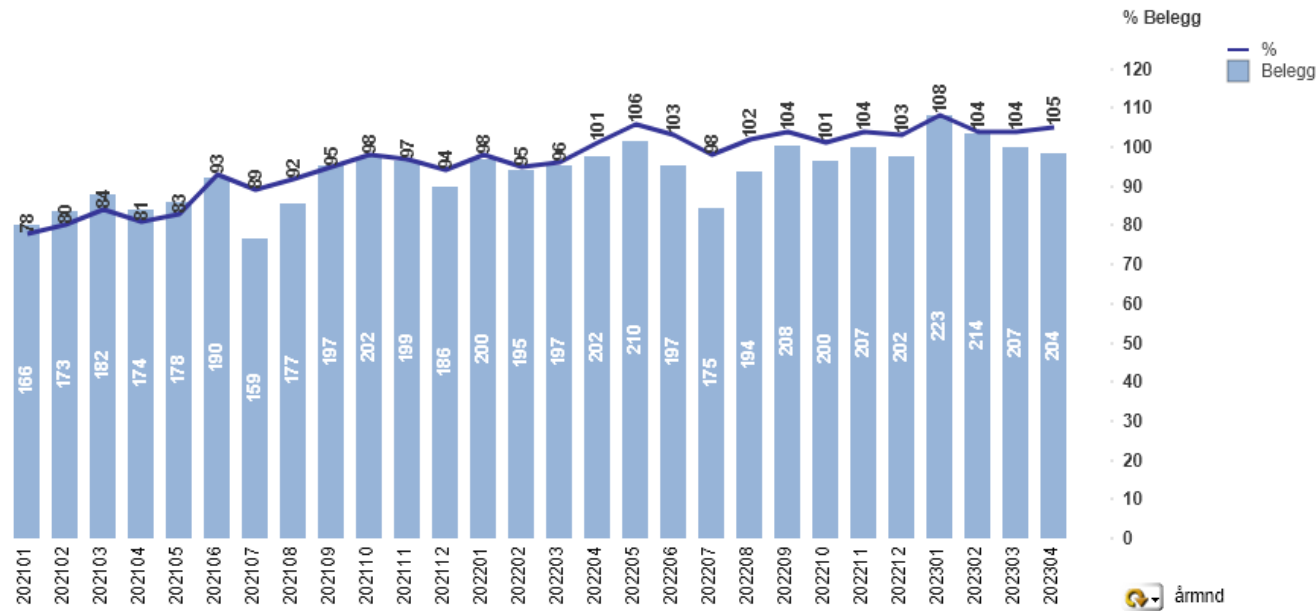
Confidential, Bederser, Oslo, 22.05.2023 08:22:08

Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus



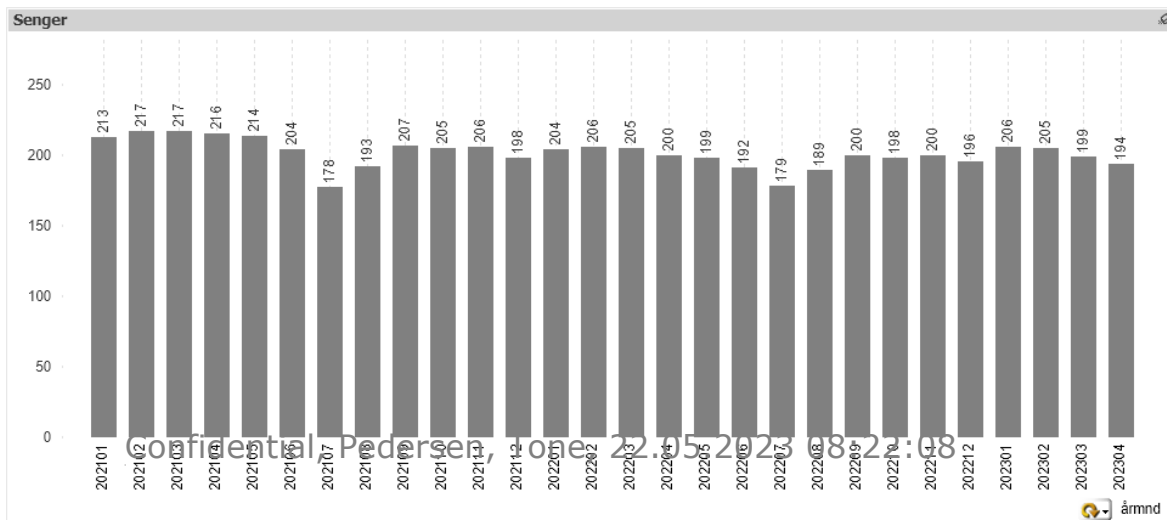
Belegg somatikk - utvikling for STHF og status for rapporteringsperioden per sengepost

Belegg (gjennomsnitt av antall innlagte pasienter i hele perioden som vises her) : 193,4 antall pasienter, som utgjør 96%



Belegg pr post - siste måned

Post	Belegg	Senger	Beleggs%
	203,5	194	105%
Infeksjon-mage-tarm post Skien	22,6	20	113%
Lunge-geriatri Skien	22,3	20	111%
Hjerte-nyre-hormon Skien	26,2	24	109%
Kirurgisk post 6. etg Skien	25,8	24	106%
Blod-kreft post Skien	18,7	18	104%
Kirurgisk post 3. etg Skien	29,3	28	104%
Medisinsk post Notodden	22,9	22	104%
Nevrologi-slag-rehab Skien	20,0	20	101%
Kirurgisk post 1. etg Skien	8,0	9	91%
Kirurgisk post Notodden	11,6	13	89%

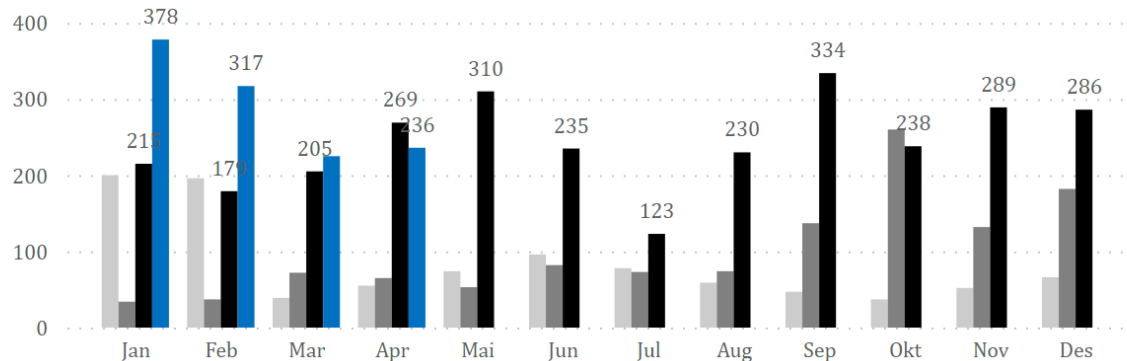


Confidential | Pedersen, one 22.05.2023 18:22:08

Korridorpasienter

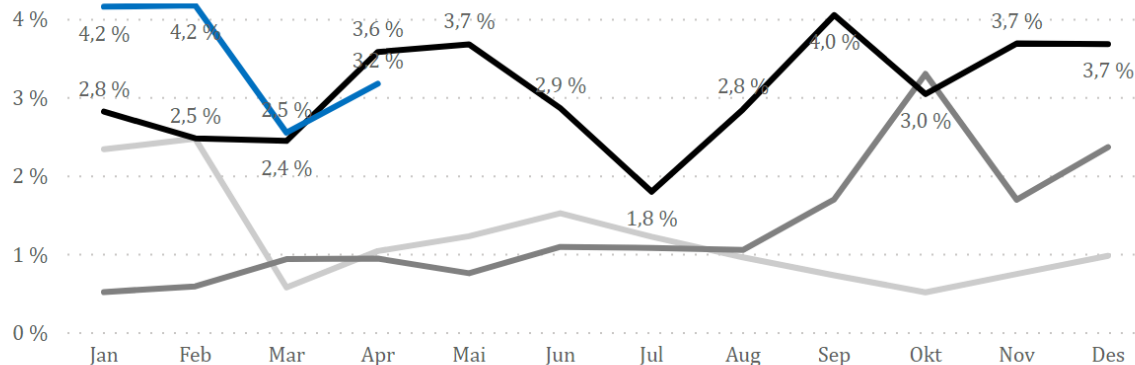
Antall korridorpasienter STHF

● 2020 ● 2021 ● 2022 ● 2023



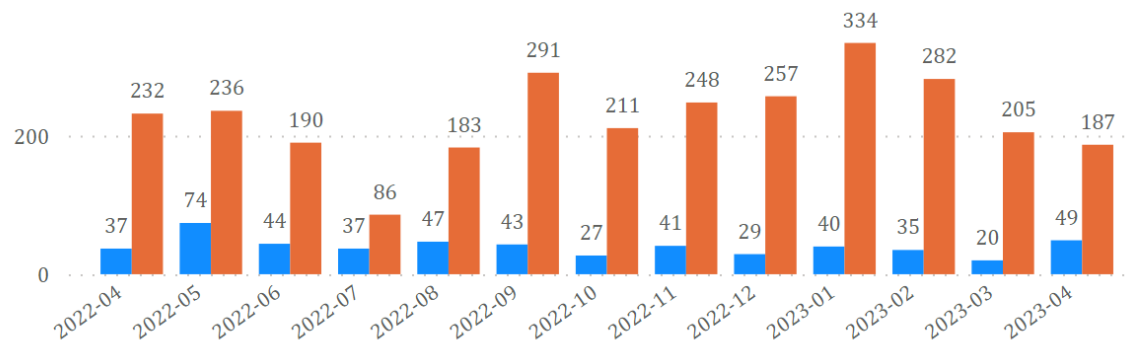
Andel korridorpasienter STHF

● 2020 ● 2021 ● 2022 ● 2023



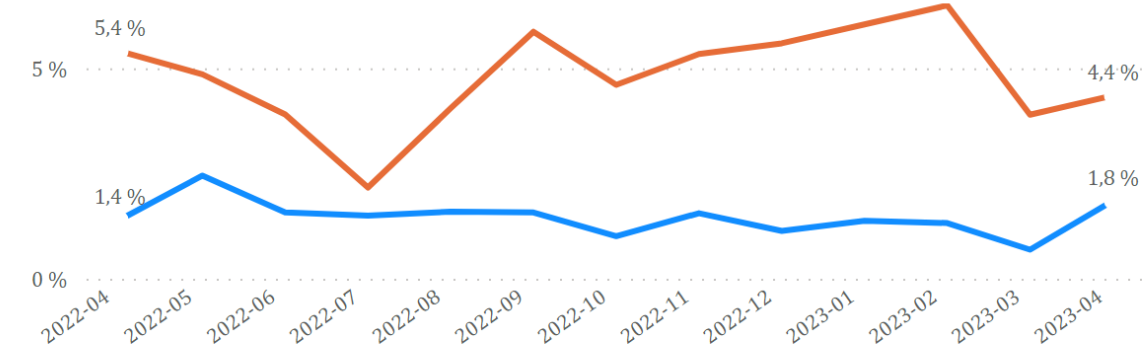
Antall korridorpasienter per klinikk siste 13 mnd

● Kirurgisk klinikk ● Medisinsk klinikk



Andel korridorpasienter per klinikk siste 13 mnd

● Kirurgisk klinikk ● Medisinsk klinikk



Definisjon av indikatoren (HSØ definisjonskatalog)

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

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

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

Aktivitet dag, døgn og poliklinikk - alle tjenesteområder

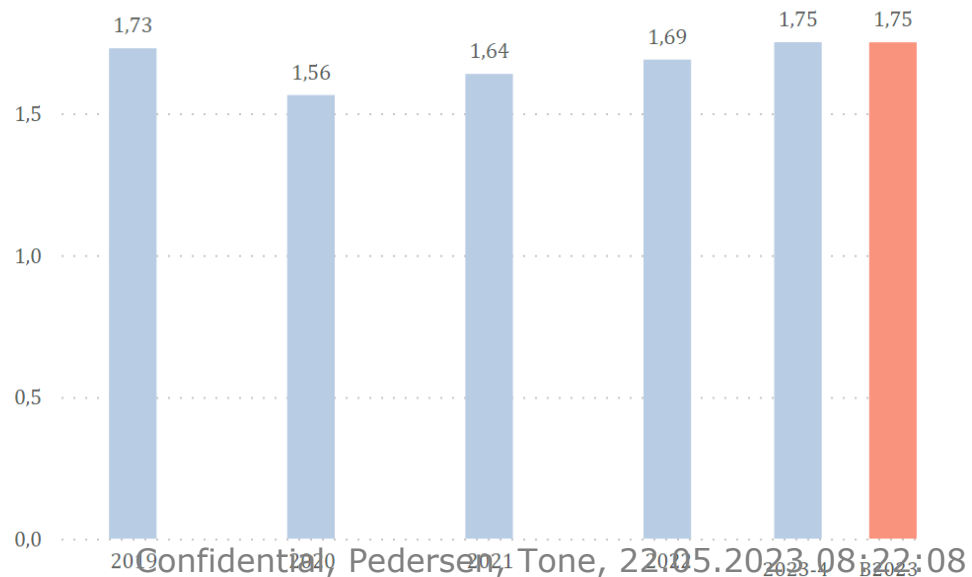
	Denne periode				Hittil i år				Endring HiÅ 2023 - 2022		
Somatikk											
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2022	Endring	%
Antall utskrivninger Døgnbehandling	1 996	2 027	-31	-1,5 %	8 700	8 749	-49	-0,6 %	8 438	262	3,1 %
Antall liggedøgn Døgnbehandling	7 445	7 252	193	2,7 %	32 989	31 302	1 687	5,4 %	30 806	2 183	7,1 %
Antall oppholdsdager Dagbehandling	2 215	2 193	23	1,0 %	10 038	9 562	476	5,0 %	9 164	874	9,5 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	13 204	14 267	-1 063	-7,4 %	64 412	65 691	-1 279	-1,9 %	61 894	2 518	4,1 %
VOP - Psykisk helsevern for voksne											
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2022	Endring	%
Antall utskrivninger Døgnbehandling	128	129	-1	-0,8 %	569	564	5	0,9 %	521	48	9,2 %
Antall liggedøgn Døgnbehandling	2 722	2 531	191	7,5 %	10 760	10 813	-53	-0,5 %	11 122	-362	-3,3 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	2 922	3 061	-139	-4,5 %	14 388	14 175	213	1,5 %	14 307	81	0,6 %
BUP - Psykisk helsevern for barn og unge											
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2022	Endring	%
Antall utskrivninger Døgnbehandling	9	17	-8	-47,1 %	39	63	-24	-38,1 %	64	-25	-39,1 %
Antall liggedøgn Døgnbehandling	114	126	-12	-9,5 %	414	577	-163	-28,2 %	575	-161	-28,0 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	2 069	2 514	-445	-17,7 %	11 027	11 542	-515	-4,5 %	13 111	-2 084	-15,9 %
TSB - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling											
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2022	Endring	%
Antall utskrivninger Døgnbehandling	32	34	-2	-5,9 %	137	142	-5	-3,5 %	147	-10	-6,8 %
Antall liggedøgn Døgnbehandling	206	285	-79	-27,7 %	1 048	1 076	-28	-2,6 %	1 021	27	2,6 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	523	493	30	6,1 %	2 673	2 282	391	17,1 %	2 482	191	7,7 %

ISF-poeng somatikk

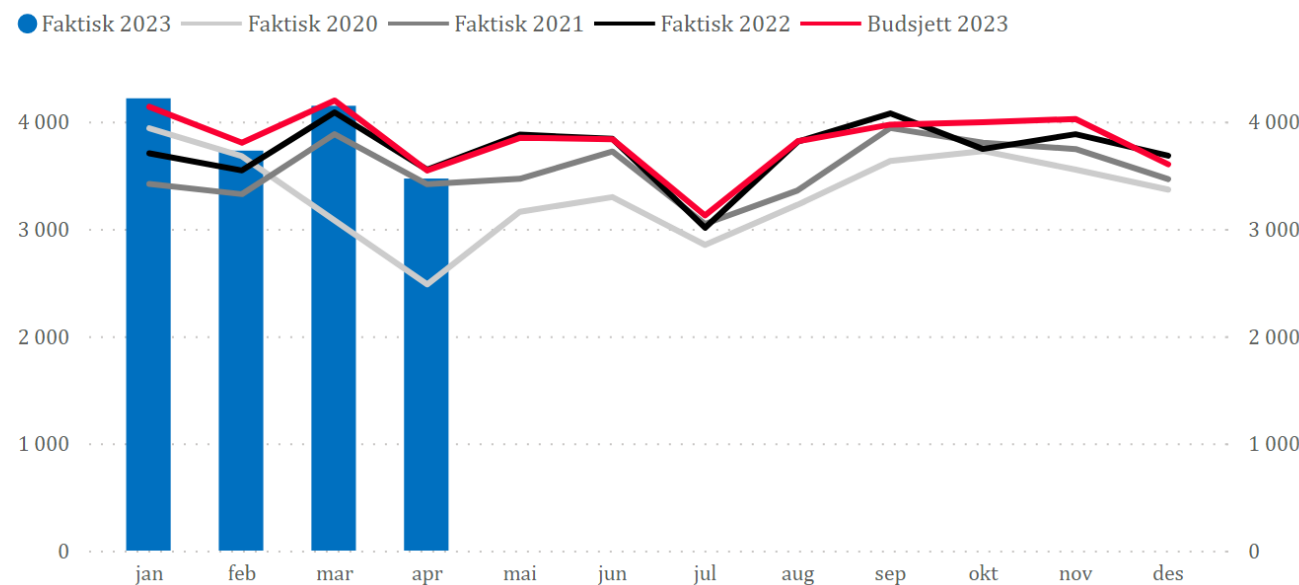
* ISF-budsjettavvik =
Budsjettavvik hittil i år (inneværende år) x ISF enhetspris

	Denne periode				Hittil i år					ISF bud.-avvik* (1000 kr)	
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2022		
Kirurgisk klinikk	1 506	1 521	-15	-1 %	6 817	6 868	-51	-1 %	6 598	19 952	-1 003
Medisinsk klinikk	1 703	1 738	-35	-2 %	7 584	7 562	22	0 %	7 207	22 415	426
BUK	228	239	-11	-4 %	1 000	1 067	-67	-6 %	916	3 010	-1 327
Akutt og beredskap	9	10	-1	-14 %	40	44	-4	-8 %	46	120	-72
MSK	22	36	-14	-38 %	118	140	-22	-15 %	117	400	-429
Ufordelt/kvalitetssikring	1		1	0 %	3		3	0 %	2		55
DRG Somatikk utført ved STHF	3 469	3 543	-75	-2 %	15 562	15 681	-119	-1 %	14 885	45 897	-2 350
Total ISF-poeng Somatikk (inkl. legemidler, FBV) "sørge for"	3 727	3 798	-70	-2 %	16 559	16 693	-134	-1 %	15 826	48 937	-2 652

ISF produktivitet somatikk 2019-2023



ISF-poeng Somatikk utført ved STHF

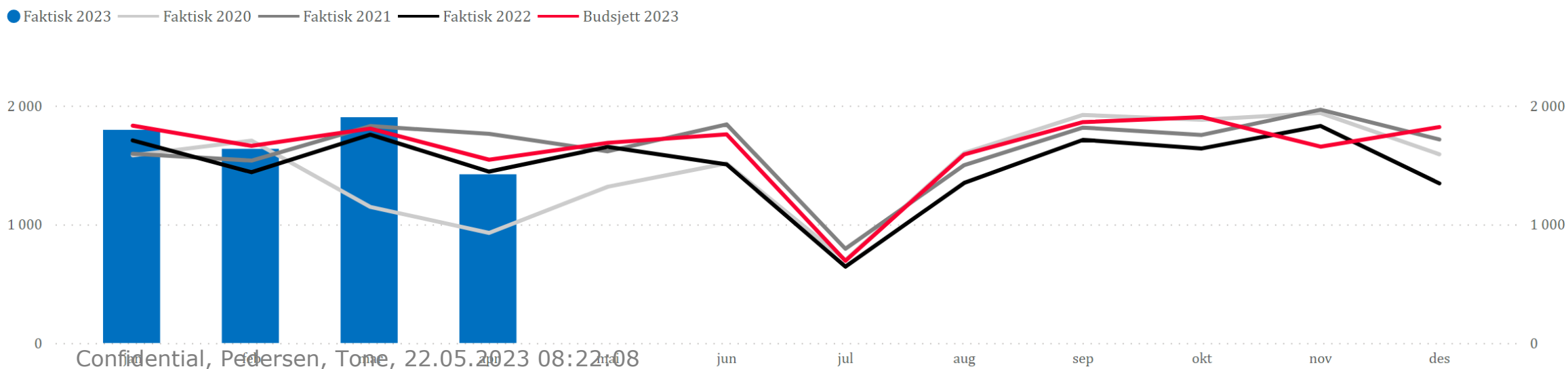


ISF-poeng PHV og TSB utført ved STHF

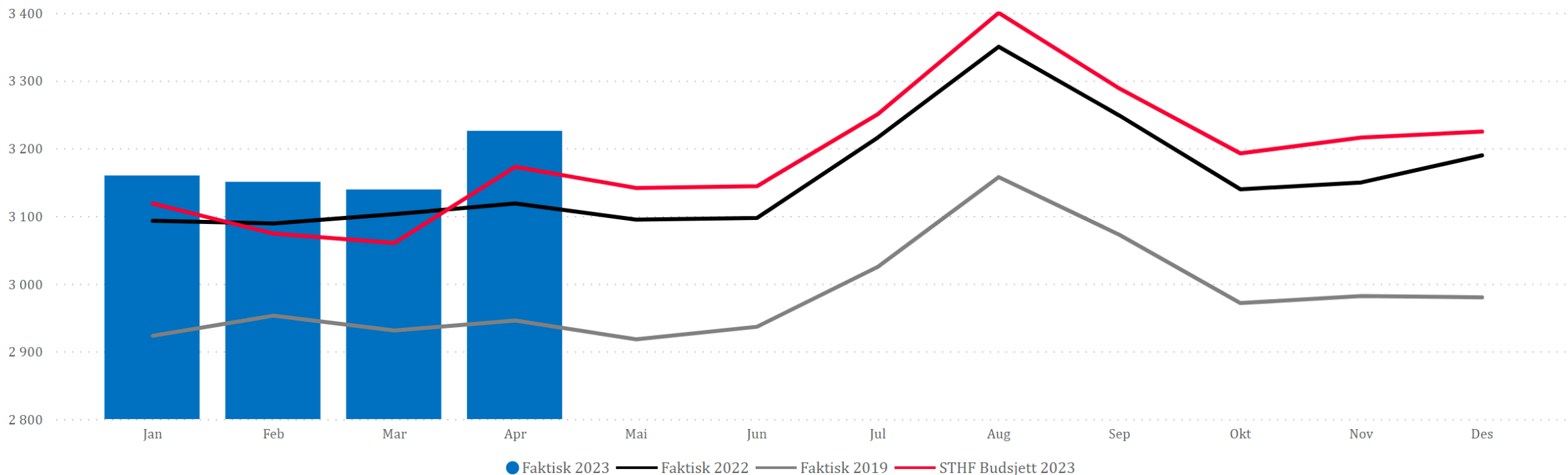
* ISF-budsjettavvik =
Budsjettavvik hittil i år (inneværende år) x ISF enhetspris

	Denne periode				Hittil i år					ISF bud.-avvik*	
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2022	Budsjett 2023	(1000 kr)
DPS Nedre Telemark	257	269	-11	-4 %	1 258	1 244	14	1 %	1 102	3 600	49
DPS Øvre Telemark	104	132	-28	-21 %	534	612	-78	-13 %	541	1 772	-273
Psykiatrisk sykehusavdeling	66	68	-1	-2 %	301	313	-12	-4 %	300	906	-42
Poliklinisk avdeling TSB og psykose	345	300	45	15 %	1 233	1 113	121	11 %	893	3 227	421
Raskere tilbake PHV og TSB (underlagt Med. klinikk)	0	5	-5	-100 %	0	23	-23	-100 %	27	66	-79
Klinikk for PHV og TSB + Raskere tilbake	773	774	-1	-0 %	3 327	3 305	22	1 %	2 863	9 571	76
Avdeling for barn og unges psykiske helse - ABUP	649	771	-122	-16 %	3 429	3 538	-108	-3 %	3 483	10 237	-377
Total ISF Psykisk helsevern og TSB ved STHF	1 422	1 544	-122	-8 %	6 756	6 843	-86	-1 %	6 346	19 809	-301

ISF-poeng PHV + TSB utført ved STHF



Brutto månedsverk



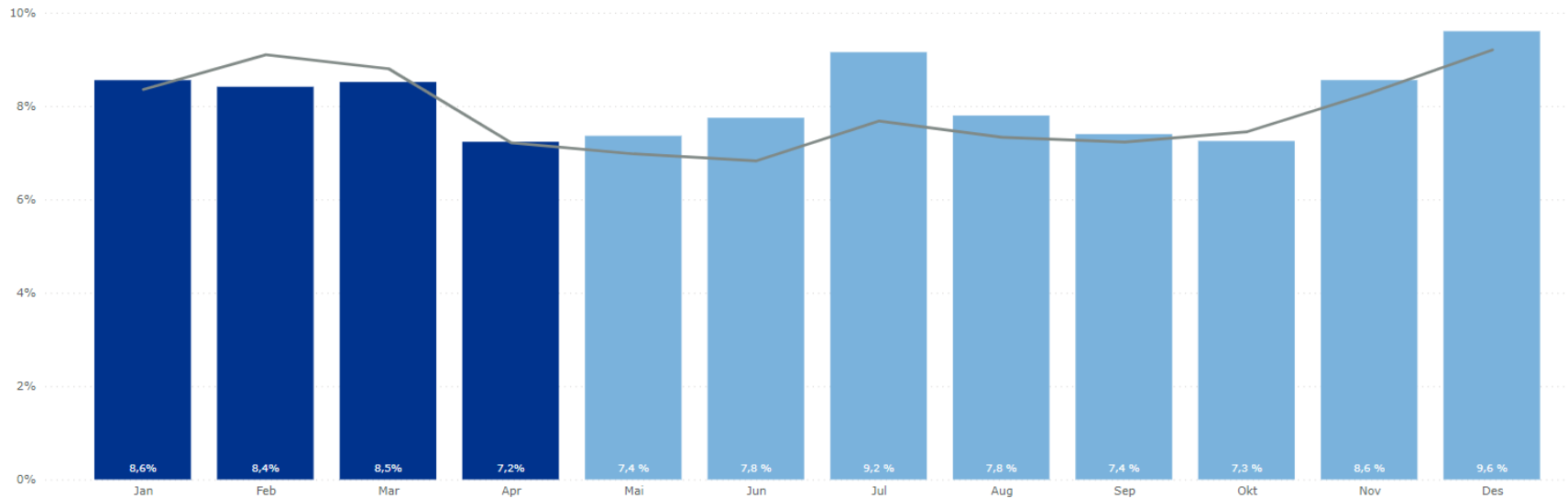
	Denne periode				Hittil i år (månedlig gjennomsnitt)				Endring HiÅ 2022 - 2023		
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	Prosentavvik	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	Prosentavvik	HiÅ 2022	Endring	% endring
Somatikk	2 222	2 160	-63	-2,9 %	2 222	2 157	-66	-3,0 %	2 164	-58	-2,7 %
VOP	526	540	14	2,6 %	526	538	12	2,3 %	535	9	1,7 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	59	59	-1	-1,0 %	60	59	0	-0,7 %	58	-2	-3,0 %
BUP	159	153	-7	-4,3 %	161	154	-6	-4,2 %	160	0	-0,1 %
Prehospitale tjenester	242	244	2	0,9 %	183	181	-2	-1,3 %	166	-18	-10,6 %
Annet	16	17	0	2,6 %	17	17	0	-0,6 %	17	0	2,5 %
TOTAL	3 226	3 172	-53	-1,7 %	3 169	3 106	-63	-2,0 %	3 101	-68	-2,2 %

Confidential, Pedersen, Tone, 22.05.2023 08:22:08

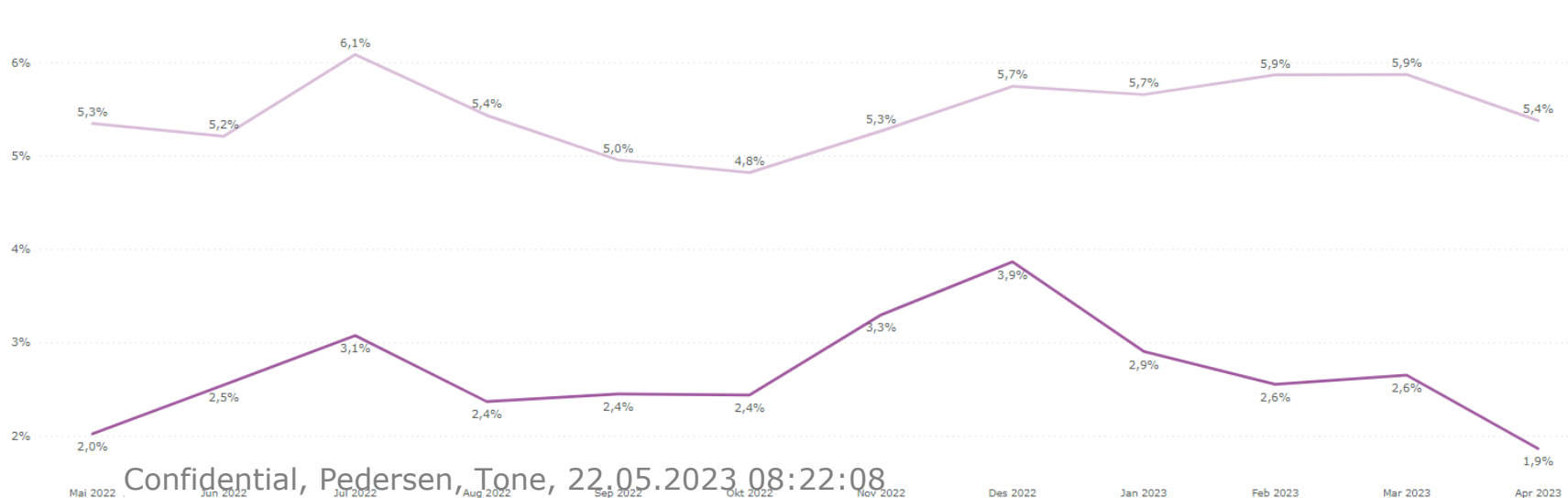
Brutto månedsverk. Negativt avvik er her et merforbruk i forhold til budsjett/forrige år. Innleie inngår ikke i månedsverk.

Sykefravær

● Valgt år ● Året før valgt år ● Gjennomsnitt siste 3 år



● Korttid ● Langtid



Kommentar

Øverste graf viser sykefraværsprosenten ved STHF de siste 12 måneder og gjennomsnittet for hver måned de siste tre år.

Nederste graf viser utvikling i korttids og langtids sykefravær de siste 12 måneder.

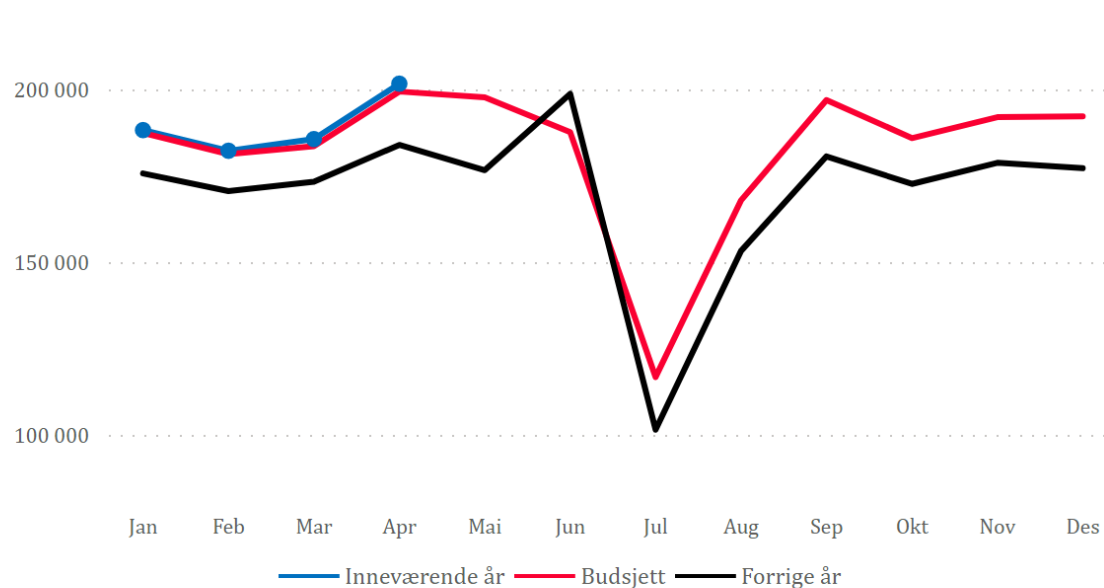
Kilde til sykefraværstall er RDAP. Merk at sykefraværstallene reflekterer det til enhver tid registrerte sykefraværet. Det kan bli endringer i siste periodes verdier for sykefravær på grunn av etterregistreringer.

Dato for datauttrekk: 09.05.2023

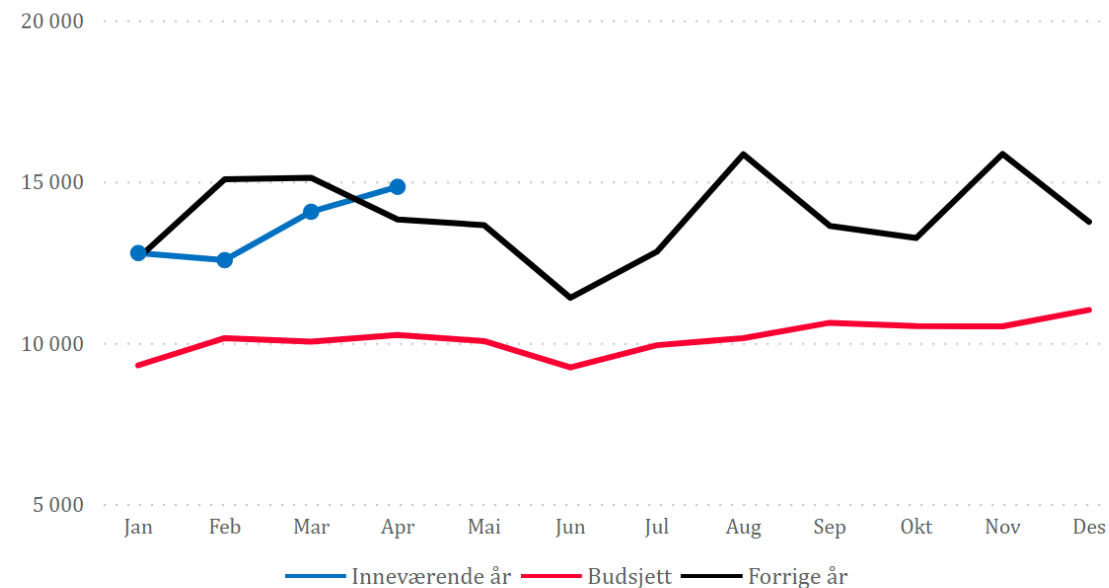
Bemanning - Lønnskostnader/innleie helsepersonell (tall i 1.000 kr)

	Denne periode				Hittil i år				Endring HiÅ 2023 - 2022		
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Endring	%
Lønn til fast ansatte	201 668	199 395	-2 273	-1,1 %	757 766	751 621	-6 145	-0,8 %	703 509	-54 258	-7,7 %
Overtid og ekstrahjelp	14 837	10 239	-4 598	-44,9 %	54 248	39 724	-14 523	-36,6 %	56 639	2 392	4,2 %
Total lønn	280 027	269 383	-10 643	-4,0 %	1 052 677	1 017 008	-35 669	-3,5 %	971 685	-80 992	-8,3 %
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	4 659	2 206	-2 453	-111,2 %	22 506	11 353	-11 153	-98,2 %	14 324	-8 182	-57,1 %

Utvikling i fastlønn per periode



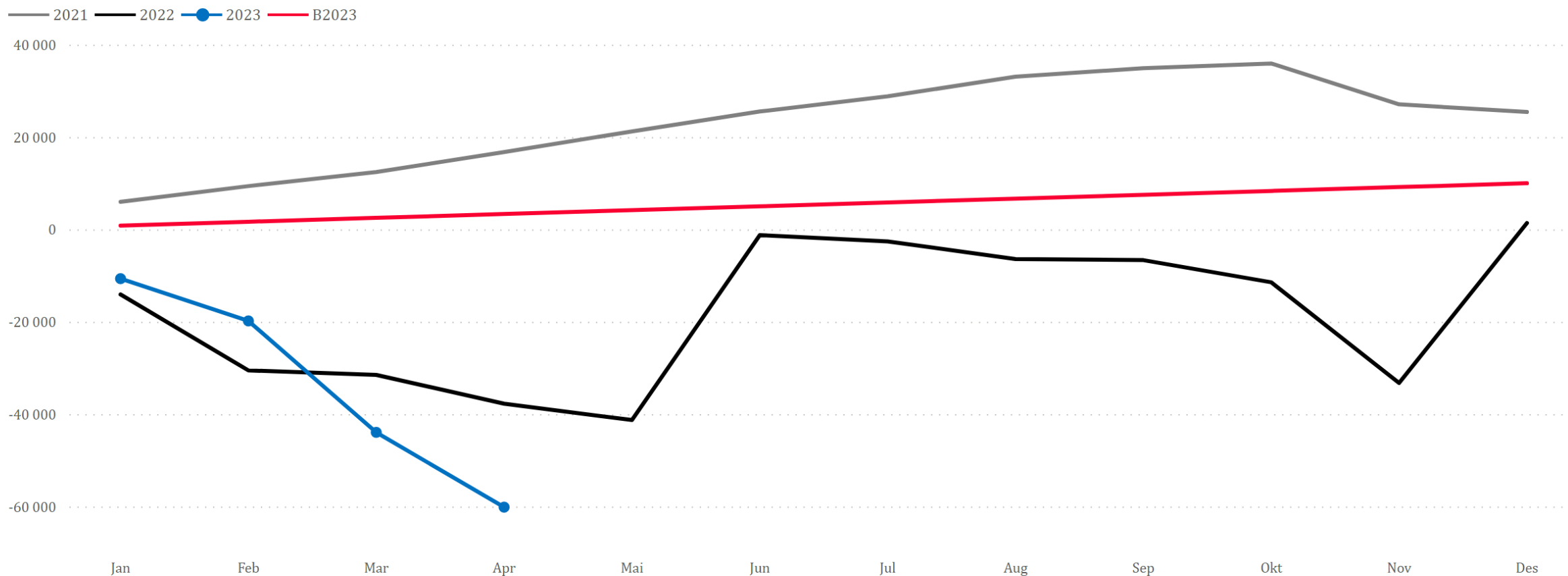
Utvikling i overtid og ekstrahjelp per periode



Resultat

2023-04	Denne Periode			Hittil i år			Helår	
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	Årsbudsjett	Estimat
Basisramme inkl. KBF	285 391	285 391	0	1 096 353	1 096 353	0	3 132 047	3 202 394
ISF egne pasienter	58 721	57 584	1 136	252 014	252 034	-21	742 148	742 246
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	11 772	12 799	-1 027	56 468	59 242	-2 775	169 091	169 091
ISF - refusjon poliklinisk PHV/TSB	4 948	5 374	-426	23 513	23 813	-300	68 934	67 935
ISF - refusjon pasientadministrative legemidler (H-resept...)	5 278	4 784	495	19 295	19 134	161	57 401	57 401
Poliklinikk inntekter	8 331	9 676	-1 344	41 717	42 478	-761	124 412	124 412
Egenandel Poliklinikk inkl HELFO	7 373	8 662	-1 289	34 769	37 822	-3 053	108 385	108 385
Egenandel HELFO pasientreiser	3 010	2 400	610	8 927	7 659	1 268	33 557	33 557
Annen inntekt	32 519	30 085	2 434	118 668	117 484	1 184	347 452	351 452
SUM DRIFTSINNTEKTER	417 343	416 754	589	1 651 724	1 656 020	-4 296	4 783 427	4 856 875
Varekostnad	100 617	88 770	11 847	429 064	394 800	34 263	1 107 780	1 168 780
Lønn eks. pensjon	238 000	229 809	8 190	889 271	864 755	24 516	2 515 806	2 547 806
Pensjonskostnader	37 368	37 368	0	140 899	140 899	0	410 359	410 359
Andre driftskostnader	60 053	62 534	-2 481	261 249	262 164	-916	765 588	764 536
SUM DRIFTSKOSTNADER	436 038	418 482	17 556	1 720 483	1 662 619	57 864	4 799 533	4 891 480
DRIFTSRESULTAT	-18 695	-1 728	-16 967	-68 759	-6 599	-62 160	-16 106	-34 606
Finansresultat	2 493	2 561	-68	8 607	9 932	-1 326	26 106	24 606
ÅRSRESULTAT	-16 202	833	-17 035	-60 152	3 333	-63 486	10 000	-10 000
								0
ÅRSRESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER	-16 202	833	-17 035	-60 152	3 333	-63 486	10 000	-10 000

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



	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Akkumulert resultat justert for pensjonskostnader	-10 662	-19 817	-43 951	-60 152								
Akkumulert budsjettavvik	-11 496	-21 484	-46 451	-63 486								

Risikovurdering per 1. tertial 2023

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.

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 ligger ca 1 % bak budsjett, ventetider er vedvarende lange, og fristbrudd viser bekymringsfull utvikling. Det vil være krevende å forbedre resultater for ventetider samtidig med nødvendige kostnadsreduksjoner. Det er kapasitetsproblemer og rekrutteringsvansker både i psykiatrien og somatikk. Sykefraværet har vært høyt i første tertial, men er nedadgående per april.

Risikomatrixe 1. tertial 2023 STHF						
		Konsekvens				
		1	2	3	4	5
Sannsynlighet	5					2
	4			1, 6	3	
	3			5	8	
	2					
	1			9		

Risikoområder	Sannsynlighet					Konsekvens					T1-22	T2-22	T3-22	T1-23
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5				
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 – Ingen endring. Ventetidene er vedvarende høye, og høyere enn tilsvarende periode 2019 før pandemien. Ventetid ventende og påstartet for somatikk er hhv. 74 og 66 dager, og 40 og 47 dager for psykiatri. Fristbrudd er 5,7 %, hvorav majoriteten gjelder Mage og tarm-avdelingen. Trenden er økende. Antall pasienter på venteliste er økende. Det er et økende antall pasienter med passert planlagt tid. Det er kapasitetsutfordringer innen flere fag; MATA, Gyn, Barn. Disse har til felles en utfordring med å få gjennomført mange nok polikliniske konsultasjoner til å håndtere pasientmengden. Kombinasjonen av færre polikliniske konsultasjoner og mange henvisninger inn gir økning i pasienter på venteliste. 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. Det er dessuten store rekrutteringsutfordringer innen flere fag.

Med sommerferie-avvikling og lavdrift forventes ventetider og fristbrudd å øke fram mot høsten.

BUK og Medisinsk klinikk har i samarbeid sendte søknad om midler til oppstart om pasientstyrt poliklinikk innen diabetes.

2. Økonomi – Ingen endring. Svak styringsfart per april. Sykehuset rapporterer et driftsresultat på -60,2 millioner kr. per april, som er 63,5 millioner kroner lavere enn budsjett. Sykehusets økonomiske utvikling hittil i år er svært bekymringsfull, og henger i stor grad sammen med økte variable lønnskostnader og innleie som følge av økt sykefravær og rekrutteringsvansker, samt høyere prisvekst enn antatt. Sykehuset mottar 70 millioner i ekstrabevilgninger i 2023, og prognosen for året er satt til -10 millioner. Det er varslet at det vil komme i størrelsesorden 30-50 millioner kroner i revidert nasjonalbudsjett. I sum er forventede bevilgninger ikke tilstrekkelig til å kompensere for nåværende kostnadsnivå. Det vil være krevende å forbedre resultater for ventetider samtidig med nødvendige kostnadsreduksjoner. Alle klinikker jobber med konkrete omstillingstiltak for å redusere kostnadsnivået. Det er innført ukentlig oppfølging av tiltak for å redusere variabel lønn. Underliggende utviklingstrekk, demografi i Telemark gjør det krevende å sikre økonomisk bærekraft over tid.

3. Bemanning og kompetanse – Ingen endring. Medisinsk klinikk: Medisin øvre Telemark har betydelige utfordringer knyttet til rekruttering av både LIS2 og overleger. Dette utfordrer opprettholdelsen av en 24/7-drift ved Notodden sykehus, og vil kreve innleie fra eksternt vikarbyrå. Medisin Skien har utfordringer med både å beholde og rekruttere nye spesialister innen flere spesialiteter. Infeksjonsmedisin har fra 1. juni kun 1 spesialist i 50% stilling. Gastromedisin mangler for tiden 2 overleger og 1 LIS3, mens lunge mister 1 overlege 1. juni og trolig ytterligere 1 fra 1. juli. Dette medfører utfordringer både vedrørende vaktlinjer og daglig drift av poliklinikker og sengeposter.

Rekruttering av spesialister til BUP, VOP og TSB er fortsatt krevende. Omorganisering BUP og VOP gir større og mer robuste fagmiljøer som også forventes å ha bedre rekrutteringskraft. Omorganisering av poliklinikkene minsker behovet for innleie av leger, slik at innleie av psykiatere i stor grad avvikles fram mot sommeren. I BUP er flere overleger på veg inn, og fra høsten av er det kun BUP Notodden som vil ha lege innleid fra bemanningsbyrå.

5. Personvern og informasjonssikkerhet - Ingen endring. Risiko for eksterne dataangrep anses økt marginalt, blant annet på bakgrunn av situasjonen med Ukraina. Trusselvurderinger tilsier økt risiko. Sykehuspartner vurderer fortløpende trusselsituasjon og melder til oss om endringer av trusselnivået. 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. 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. Relatert til dette er problematikken med bruk av amerikanske skytjenester, evt. europeiske med hovedkontor i USA, hvor disse kan kreve utlevering av våre opplysninger. Lokalt må vi risikovurdere denne type løsninger fra gang til gang, gjennom en totalvurdering vektet mot oppsider for f.eks. pasient, kombinert med kompensierende tiltak.

Nytt PVO var på plass 1. april. Endringene ble innmeldt Datatilsynet.

6. Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring – Økt sannsynlighet. Korridorpasienter er noe avtagende, på 3,2 %. Oppholdstid i akuttmottak øker, som har sammenheng med høyt belegg over tid, blant annet på grunn av kapasitetsutfordringer i kommunen. Antall utskrivningsklare pasienter har økt med nærmere 80 % sammenlignet med nivået før pandemien. Det forventes at dette vil være en utfordring i kommunen også i tiden framover. Arbeidet med tiltak fra prosjektet Pasientflyt 24/7, med fokus på pasientforløp samt flere av tiltakspakkene fra «I trygge hender 24/7», fortsetter. Relevante kvalitetsindikatorer, herunder 30-dagers overlevelse, tematiseres i Helsefellesskap FSU Kvalitet og tjenesteutvikling. Et felles fokus fra kommuner og sykehus på dette forventes å ha positiv effekt på pasientsikkerheten. Det er videre fokus på kreftområdet. Årsresultater 2022 for pasientforløp kreft er samlet sett svært gode. Det jobbes med å bedre forløpstidene på enkelte av de organspesifikke forløpene, herunder lungekreft. Resultater har ikke blitt oppdatert av Helsedirektoratet per 1. terital 2023. Fagråd kreft har til hensikt å øke kvaliteten langs hele forløpet, både når det gjelder diagnostisering og behandling. Overordnet er det gode resultater på kvalitetsparametrene som gjelder kreft, herunder 5-års overlevelse.

8. Aktivitet – Redusert sannsynlighet. Aktiviteten per april ligger ca 1 % under budsjett. Det har vært perioder med uvanlig høyt sykefravær, som har påvirket aktiviteten. Sykefraværet ser ut til å avta per april.

Aktiviteten i somatikken er omtrent som budsjettet pr april Det er økende aktivitet innenfor voksenpsykiatrien og TSB målt mot tidligere år. Økningen skyldes både rekruttering i vakante stillinger innenfor TSB og økende produktivitet. Det er fremdeles mangel på spesialister, noe som fører til kapasitetsutfordringer for å håndtere den økte henvisningsmengden innenfor voksenpsykiatrien

Aktiviteten innen BUP i 2023 er om lag på nivå med 2022 (korrigert for endringen fra DRG til STG for samarbeidsmøter) men lavere enn budsjett. Budsjett 2023 er fastsatt med bakgrunn i behovet for vekst i aktiviteten for å håndtere henvisningsmengde og redusere ventetider, samt effekter av samlokalisering av BUP-ene i Grenlandsområdet. Det fortsatt høyt nivå på henvisningene til BUP, og dette utfordrer kapasiteten i en situasjon med flere vakante behandlerstillinger og få spesialister.

9. Kapasitet innen psykisk helsevern/TSB – redusert sannsynlighet og konsekvens.

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. Pasientgruppen håndteres inntil videre innen andre deler av tjenesten.

Det er fortsatt et 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 noe, men på et vesentlig høyere nivå enn før pandemien. Dette utfordrer kompetanse og kapasitet. Fire seksjoner i BUP er samlokalisert i Skien sentrum i mars 2023. Dette vil 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 få spesialister. Det er i dag mange små miljøer som er ekstra sårbare ved sykefravær og vakanser. Stor vekst i antall henvisninger fører til økende antall ventende og ventetider. Aktiviteten har også økt, men ikke tilstrekkelig til å unngå økende ventetider. 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 behandlertmiljøene.

Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 1. tertial 2023

	K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
1 Tilgjengelighet								
	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"> Økt bruk av telefonkonsultasjoner for å opprettholde elektiv aktivitet der det er mulig Utrede mulighet for å bruke Checkware i somatikken for å redusere antall kontrollkonsultasjoner på venteliste 	Redusere unødig ventetid og administrative feil. Bidrar til økt kompetanse og felles praksis.	Klinikksjefer og ledere	Løpende
	S	4	→					
	K	4	→	Pasienter får ikke oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp. Spesialisthelsetjenesten overholder ikke juridisk bindende forpliktelse til å oppfylle pasientens rettighet, og pasientens rettslig krav på behandling innen den fristen som er fastsatt. Kraftig økning på Plast pga kapasitetsutfordringer.	<ul style="list-style-type: none"> Fokus på lengre planleggingshorisont. Sekretærstyrt timebok. Jevnlige ventelistemøter mellom sekretaer og legeleder. Kontinuerlig rydding i ventelister for å unngå fristbrudd, langventere, unødig ventetid og løftebrudd. 	Pasientene skal ikke oppleve fristbrudd	Klinikksjefer og ledere	Løpende
	S	2	→					
2 Økonomi								
	K	4	→	<ul style="list-style-type: none"> STHF må skape økonomisk handlingsrom for å sikre nødvendige investeringer. Styring og kontroll med ressursbruken er viktig for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen Akkumulert resultatet pr april er -60,2 millioner, som er 63,5 millioner under budsjett. Underliggende utviklingstrekk, demografi i Telemark gjør det krevende å sikre økonomisk bærekraft over tid. 	<ul style="list-style-type: none"> Det jobbes kontinuerlig med gjennomgang av egen drift og identifisering av tiltak både på inntekt- og kostnadssiden. Ukentlig oppfølging av tiltak for å redusere variabel lønn Arbeid med omstillingstiltak pågår. Klinikkene følger opp sine respektive tiltaksplaner jevnlig, og det er et kontinuerlig fokus på kostnadseffektivisering. 	Sikre økonomisk økonomisk bærekraft nødvendig for å opprettholde investeringer og vedlikehold og sikre bærekraft også etter USS	Klinikksjefer og stab	Løpende
	S	5	→					
	K	4	→	<ul style="list-style-type: none"> God kostnadskontroll og ressursplanlegging i klinikkene Det holdes løpende oversikt over kostnadseffekten av koronatiltakene Følge opp at overgang til normaldrift fører til reduserte koronakostnader og årsverk Tettere oppfølging av koronakostnader i klinikkene Regjeringen har besluttet at det vil også gis tilskudd i 2022 som skal kompensere for koronarelaterte kostnader. 	<ul style="list-style-type: none"> God kostnadskontroll og ressursplanlegging i klinikkene Det holdes løpende oversikt over kostnadseffekten av koronatiltakene Følge opp at overgang til normaldrift fører til reduserte koronakostnader og årsverk Tettere oppfølging av koronakostnader i klinikkene Regjeringen har besluttet at det vil også gis tilskudd i 2022 som skal kompensere for koronarelaterte kostnader. 	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 1. tertial 2023

	K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
3	Bemanning							
	K 4 → S 3 →		Årsverk, variabel lønn og innleie	Økte årsverk, variabel lønn og innleie utover budsjett er kostnadsdrivende, og et mulig tegn på ineffektiv planlegging og drift. Lønnskostnader er sykehusets største kostnadspost. God kostnadskontroll og planlegging på dette området kan derfor forbedre økonomien betydelig.	<ul style="list-style-type: none"> • Det arbeides med omstilling, nedbemanning og bedre ressursutnyttelse. • Aktivitetsstyrt bemanning på sengeposter • Læringseffekt fra tidligere perioder vil bidra til mer effektiv håndtering av eventuell ny smitte • Følge opp at overgang til normaldrift fører til reduserte koronakostnader og årsverk • Forventer effekt fra sengepostprosjekt, som ikke er lagt i budsjett. • Sikre god gjennomføring av sommerdrift 	Sikre økonomisk bæreevne og effektiv drift.	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 mars på 8,5 %.	<ul style="list-style-type: none"> • Samarbeid med NAV for å redusere sykefraværet • Prosjekt "Tett på" • Har inngått avtaler med ansattorganisasjoner for å kunne sikre bemanning ved krevende situasjoner. 	Redusert sykefravær og tilhørende kostnader.	HR-enhet / ledere	Løpende
	K 3 → S 4 →		AML-brudd	AML-brudd er lovbrudd. Det er gjerne overtidsarbeid som fører til AML-brudd hos STHF. En høy andel AML-brudd kan derfor ses i sammenheng med en juridisk, økonomisk og arbeidsmiljørelatert risiko.	<ul style="list-style-type: none"> • Forbedre arbeidet med tjenesteplaner og vaktplaner, som i minst mulig grad gir rom for AML brudd. • Prosjekt "bemanningsplanlegging og ressursstyring". • Pågående oppryddingsarbeid for å fjerne feilregistreringer 	Bemanningsplanlegging og drift skal utføres iht arbeidsmiljøloven.	HR-enhet / ledere	Løpende
	K 3 → S 4 →		Kompetanse og rekruttering	Kompetansemangel vil ha en negativ effekt på pasienttilbud og kvalitet.	<ul style="list-style-type: none"> • Følge opp STHFs vedtatte strategi for å rekruttere og beholde spesialistkompetanse ved STHF. • Langsiktig mål om å utdanne egne spesialister i fag med rekrutteringsvansker • Utdanning av spesialsykepleiere innenfor anestesi, intensiv og operasjon. 	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. Pasienten vil kunne oppleve lengre ventetider og flere fristbrudd. Særlig viktig i forbindelse med beredskap for Koronavirus og gradvis normalisering av drift	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivitetsstyrt bemanning pågår • Riktig effektivitetsnivå ved tverrfaglig arbeid, for eksempel tidsbruk på møter, antall deltagere etc. • Riktig bruk av bemanningscenteret • Prosjekt "ressursstyring i et økonomisk perspektiv" • Prosjekt "Pasientflyt 24/7" 	Mer kostnadseffektiv drift, økt planleggingshorisont	HR-enhet / analyse / klinikker	Løpende

Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 1. tertial 2023

	K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
5 Personvern og informasjonssikkerhet								
	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	<p>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.</p> <p>Trusselvurderinger tilsier ikke at vi skal være et direkte mål pga. Ukraina-konflikten, men generelt noe vi har fokus på.</p>	<p>Nedbetaling av teknisk gjeld, eks.;</p> <p>i. Sanering STHF-domene utført</p> <p>ii. Migrert WinXP/Win7 over på Win10</p> <p>iii. Sanere gamle løsninger og standardisere/regionalisere</p>	Utviklingsavdelingen	
	S	2	→					
	K	2	→	Ikke tilstrekkelig oversikt over all behandling av personopplysninger	<p>Sykehuset kan ikke fremlegge fullstendig oversikt over behandlinger til registrerte pasienter og ansatte, eller ved eventuelle tilsyn. Dette kan medføre høye overtredelsesgebyr.</p> <p>Relatert til protokoll over behandling personopplysninger kommer også oversikt og kontroll med behandling i/eller tilgang fra 3. land, eksempelvis USA (og skytjenester).</p>	<p>Arbeidet med komplettering av protokollen videreføres, og systematikk og ansvars plassering for ajourføring av protokollen er definert og skal gjennomføres så snart Sykehuspartner har ryddet i protokollen.</p> <p>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 (European Data Protection Board) jobber med et nytt rammeverk for overføring personopplysninger til USA.</p>	Utviklingsdirektør	
	S	3	→					
6 Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring								
	K	3	→	Pasientskader		Færre pasientskader		2023

Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 1. tertial 2023

	K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist	
	S	2	→	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 Trigger Tool		Klinikksjefer, koordinator: Kvalitetsavdelingen		
	K	2	→	Pasientsikkerhetskultur	God meldekultur er en forutsetning for at avvik blir registrert og bidrar til forbedring.	Opplæring i avvik og meldekultur	God meldekultur sikrer at avvik blir registrert og bidrar til forbedring	Klinikksjefer, koordinator: Kvalitetsavdelingen	2023
	S	2	→		God pasientsikkerhetskultur er en forutsetning for åpenhet og læring etter uønskede hendelser	Registrere grad av samsvar mellom meldte avvik og NPE-saker der pasienten har fått medhold.	God pasientsikkerhetskultur sikrer åpenhet og læring etter uønskede hendelser		
	K	3	→	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
	S	2	→						
	K	3	→	Infeksjoner	Helsetjenesterelaterte infeksjoner er blant de hyppigste pasientskadene målt med GTT.	Prevalensmålinger og insidensmålinger med tilbakemeldinger Smittevernvisitter Antibiotikastyringsprogram	Redusert antall infeksjoner	Klinikksjefer: Koordinator: Smittevern/fagdirektør	2023
	S	2	→						
	K	4	→	Korridorpasienter	Høy andel korridorpasienter gir dårligere kvalitet i pasientbehandling og kan øke risiko for infeksjoner. Utviklingen har vist en økning i Medisinsk klinikk i 2023	En del medisinske pasienter har hatt ønske om å slippe å ligge på 4-mannsrom. Avdelingslederne forsøker å motivere de ansatte om at pasienter i minst mulig grad bør ligge på korridor. Klinikken intensiverer arbeidet med å praktisere sammendagsinnleggelse for pasienter som skal ha pacemaker. Klinikken har uttalt god nytte av en velfungerende og aktiv AK 2 og ser at høy bruk av den gir betydelig færre korridorpasienter. Dette innlemmes i prosjekt "Pasientflyt 24/7".	Ingen korridorpasienter	Klinikksjefer og ledere	Løpende
	S	2	→						
8	Aktivitet								

Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 1. tertial 2023

	K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
	K	3 →	Svingninger i pasientgrunnlag ØH	ØH-tilbudet må opprettholdes, men er kostnadskrevende.	<ul style="list-style-type: none"> • Bedre utnyttelse av tilgjengelig arbeidstid i operasjonsplanlegging (operasjon 2020) • Kartlegge muligheter for mer dynamisk styring • Pågående tiltak for poliklinikk 	Mer effektiv pasientbehandling. Kostnadsreduksjoner Effektiv ressursutnyttelse	Klinikksjef/ledere KIR/ABK	Løpende
	S	2 →						
	K	3 →	Voksenpsykiatri og TSB	Endring i regelverket har ført til at tallene ikke er helt sammenlignbare med fjoråret. Samarbeidsaktiviteter inngår ikke i ISF-konsultasjoner lenger, disse finansieres nå over særtjenester. På tross av dette er det en vekst innenfor VOP og TSB målt mot både budsjett og fjoråret. Som følge av en økende henvisningsmengde er det nå en økende venteliste og ventetid. Stor økning i antall behandlende voksenpsykiatriske pasienter i døgnbehandling.	Det jobbes kontinuerlig med rekruttering, opplæring og forbedring.	Ønsket effekt er korrekt koding, flere tellende konsultasjoner, vise bedre produktivitet og samtidig øke inntektene	Klinikksjef	Løpende
	S	3 →						
9 Kapasitet innen PHV								
	K	5 →	Manglende kapasitet i Sikkerhetspsykiatri	Sikkerhetspasienter må legges på andre sengeposter, som ikke har lokaler, bemanning eller kompetanse til å behandle denne pasientgruppen. Økt press på akuttpostene. Dårligere pasienttilbud	Ombygging av eksisterende bygg vil gi 7 nye plasser	Tilstrekkelig kapasitet til å dekke dagens behov for plasser. Dette vil bedre situasjonen på de postene som i dag må ha sikkerhetspasienter		
	S	1 ↓						
	K	2 ↓	Sterk vekst i Henvisningsstrøm BUP	Vedvarende høyt antall henvisninger, om lag 30 % høyere enn før pandemien. Utfordrer kapasiteten. Lengre ventetider Stort press og slitasje på ansatte	Rekruttering av flere behandlere. Samlokalisere og styrke fagmiljø og øke rekrutteringskraft	Tilstrekkelig kapasitet til å håndtere henvisningsmengde. NÅ målsetting om 30 dager ventetid		
	S	3 →						
	K	3 ↓	Driftssituasjon VOP	Akutt behov for spesialister har ført til en stor vekst i innleie av leger fra byrå. Med virkning fra september slås flere poliklinikker sammen for å styrke fagmiljøet og skape en mer robust poliklinikk. Dette vil redusere behovet for innleie, og styrke muligheten for rekruttering.	Rekruttere spesialister Samlokalisere og styrke fagmiljø fra andre halvår	Styrke fagmiljø og bedre pasienttilbudet		
	S	2 ↓						

Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 1. tertial 2023

	K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
	K	3 ↓	Generelle rekrutteringsutfordringer	Se punkt over	Styrke rekrutteringskraft gjennom samling av fagmiljøer	Styrke fagmiljø og bedre pasienttilbudet		
	S	3 ↓						

Saksfremlegg

Saksgang

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	24. mai 2023

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

Sak: 050 – 2023

Årsrapport HMS 2022

Hensikten med saken

Rapporteringen er en del av oppfølgingen av det systematiske HMS arbeidet. Årsrapporten legges fram for AMU, sykehusets ledergruppe og styre.

Forslag til vedtak

Styret tar Årsrapport HMS 2022 til orientering.

Skien, 15 mai 2023

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Årsrapporten tar utgangspunkt i Overordnet HMS mål og handlingsplan for 2022 og gir en samlet oversikt over måloppnåelse innen overordnede HMS mål som er besluttet for året.

2. Hovedpunkter

Rapporten gir en oversikt over status for måloppnåelse på overordnede satsningsområder innen HMS og gir en beskrivelse av utvikling og behov for videre satsning innen de ulike målområdene. Rapporten vil kunne inngå som del av grunnlaget for videre planlegging og kontinuerlig forbedringsarbeid innen HMS.

Vedlegg:

Årsrapport HMS 2022

Årsrapport

helse, miljø og sikkerhet

2022



Introduksjon

Sykehuset Telemark skal være en helsefremmende arbeidsplass hvor ledere og medarbeidere kontinuerlig utvikler et arbeidsmiljø preget av trivsel, trygghet og arbeidsglede, hvor vi sammen tar ansvar og respekterer hverandre.

Målgruppen for rapporten er administrerende direktør, arbeidsmiljøutvalget (AMU), styret, ledere, ansatte, verneombud, tillitsvalgte og andre interne og eksterne interessenter.

Årsrapporten skal gi nyttig informasjon om sykehusets systematiske arbeid med HMS og arbeidsmiljø. Årsrapporten gir informasjon om måloppnåelse og gjennomføring av tiltak på de HMS områder som inngår i Overordnet HMS mål og handlingsplan STHF 2022.

Data og kommentarer til årsrapporten er utarbeidet i samarbeid med ledere og fagansvarlige på de ulike områdene.

Flere enheter ved sykehuset har i etterkant av pandemien vært i en krevende situasjon med vedvarende høyt arbeidspress. Det har i perioden vært et høyt pasientbelegg i kombinasjon med mer sykefravær blant ansatte. I tillegg til rekrutteringsutfordringer i flere klinikker har dette gitt behov for økt bruk av vikarer og overtid på fast ansatte. Dette bidrar over tid til økt belastning på de ansatte og påvirker arbeidsmiljøet.

Rapportens kapitler (kapittel 1-5) er inndelt etter inndeling og nummerering av mål og tiltak i Overordnet HMS mål og handlingsplan 2022. I tillegg er det lagt til et kapittel (kapittel 6) som beskriver andre HMS tiltak og systemstøtte som er i igangsatt for ivaretagelse av ansatte og støtte til HMS arbeidet. Kapittel 7 viser sykehusets HMS-indikatorer for 2021 som årlig rapporteres inn til Helse Sør-Øst (HSØ) og en sammenstilling av disse HMS-indikatorene for alle HF-ene i HSØ. Til sist i rapporten (kapittel 8) er det tatt med en oppsummering fra arbeidsmiljøprisen 2021 til deling og inspirasjon for arbeid med arbeidsmiljø i sykehuset.

Årsrapporten presenteres i AMU 28.02.2023, direktørens ledergruppe 07.03 og i styret 25.05.2023.

Innholdsfortegnelse

Introduksjon.....	2
Innholdsfortegnelse	3
Resultatrapportering	4
1. Mål og tiltak innen prioriterte satsningsområder for Helse/ arbeidsmiljø.....	4
1.1. IA-mål som omhandler sykefravær, ivaretagelse av personer med nedsatt funksjonsevne, bidra til å hindre frafall fra arbeidslivet og arbeide for økt avgangsalder.....	4
1.1.1. Oversikt sykefraværsutvikling	5
1.2. Arbeidsmiljøloven og lokalt forbedringsarbeid	7
1.2.1. Oversikt trend og antall AML brudd pr måned på ulike bruddårsaker 2022	8
2. Mål og tiltak innen miljø og klima (Ytre miljø) 2020-2022.	8
2.1. Klimaregnskap STHF 2022, CO ₂ -utslipp (ekvivalenter)	11
2.2. Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten.....	12
2.3. Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar.....	13
3. Mål og tiltak innen sikkerhet og sikkert arbeidsmiljø.....	13
4. Mål og tiltak innen HMS systemutvikling	14
4.1. Rapportering på HMS aktiviteter og aktiv bruk av HMS handlingsplanen i ledelsens gjennomgang (LGG) 2022 fra klinikkene	14
5. Kurs og opplæringstiltak innen HMS	15
6. HMS tiltak og systemstøtte	16
6.1. Psykososial støtte til ansatte	16
6.2. Systemstøtte til HMS arbeidet	16
7. HMS indikatorer rapportert fra STHF til Helse Sør-Øst RHF for 2022.....	16
7.1 HMS indikatorer samlet for alle HF i HSØ	17
7.1.1. Fraværsskedefrekvens	17
7.1.2. HMS-hendelsesfrekvens	17
7.1.3. Lukkerate HMS-hendelser.....	18
7.1.4. Vold- og trusselfrekvens	19
7.1.5. HMS-handlingsplaner.....	20
8. Arbeidsmiljøprisen 2021.....	21

Resultatrapportering

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

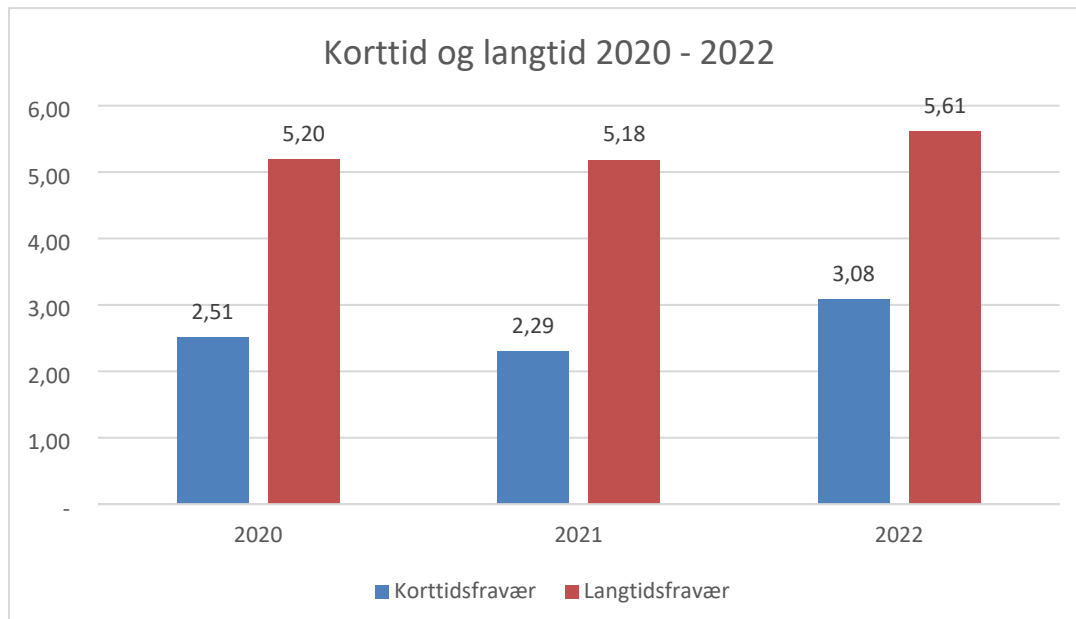
- 1.1. IA-mål som omhandler sykefravær, ivaretagelse av personer med nedsatt funksjonsevne, bidra til å hindre frafall fra arbeidslivet og arbeide for økt avgangsalder.**

Overordnet HMS mål 2022	Resultat 2020	Resultat 2021	Resultat 2022	Status	Dokumentasjon/ Kommentarer
Øke nærvær. Sykefravær – skal ikke overstige 6,7%	7,74%	7,3%	8,7%		HR har i samarbeid med NAV innført «tett på» som metodikk for sykefraværsoppfølging. Det er etablert en kurspakke for ledere og det er etablert et godt samarbeid med NAV med møter hver 14. dag. I møtene behandles «vanskelige» og langvarige sykefraværssaker, og potensielle kommende sykefravær, og vi ser sammen på mulige løsninger. HR-avdelingen har gjennomført kurs i sykefraværsoppfølging for mange klinikker. NAV spisser sykefraværsoppfølgingen med tilpassede tiltak.
Inkluderingsdugnad: 5 % av de vi ansetter har hull i CV og nedsatt funksjonsevne		4 personer med hull i CV er tilsatt i 2021, samt to erfaringskonsulenter i KPR.	3 personer med hull i CV, 1 med funksjons/yrkeshemning er tilsatt. I tillegg er det ansatt en erfaring		Det er mulig å krysse av for «hull i CV» i WebCruiter Dette innebærer at søker som har «hull i cv» eller har helsemessige utfordringer kan be om en særskilt vurdering av sin jobbsøknad. En særskilt vurdering innebærer at sykehuset innkaller kvalifiserte søkere til intervju, og vurderer dem opp mot kravene i stillingen. Når det er aktuelt gjennomføres arbeidstrening i samarbeid

			skonsul ent i KPR.		med eksterne aktører som GREP eller NAV.
Overordnet HMS mål og satsningsområder 2022	Resultat 2020	Resultat 2021	Resultat 2022	Status	Dokumentasjon/ Kommentarer
Mål 2022: STHF skal så langt det lar seg gjøre tilrettelegge for at arbeidstaker med nedsatt funksjonsevne får mulighet for å utføre sitt arbeid. Tilrettelegging plikten strekker seg til «så langt det er mulig» ut fra driftssituasjon.		3 ansatte har fått arbeids- utprøvin g utenfor egen seksjon.	3 ansatte har fått arbeids- utprøvin g utenfor egen seksjon.		I sykefraværsoppfølgings- kursene som gjennomføres som et ledd i «Tett-på» metodikken, får lederne innføring i «tilretteleggingsmuligheter i seksjonen» og «funksjonsvurdering» som er med på å bevisstgjøre arbeidsgiver/arbeidstaker på hvilke muligheter som er tilstede for å kunne jobbe helt eller delvis på tross av helseplager. Arbeidsutprøving gjennomføres på tvers av klinikker og sykehuset samarbeider med NAV for evt. virkemidler. Det er fokus på tilrettelegging så langt det er mulig for egne ansatte. Funksjonsvurdering kan gjennomføres av BHT.
Hindre internt frafall fra arbeidslivet Mål 2022: At arbeidstakere står lengst mulig i jobb til tross for helseplager	Snitt- alder uføre- pensjon: 52,75 år	Snitt- alder uføre- pensjon: 57,11 år	Snitt- alder uføre- pensjon: 50,61 år (totalt 46 personer)		Fokus på løsninger i egen enhet og arbeidsutprøving på tvers av enheter. Det jobbes med å implementere nye krav i inkluderingsdugnaden.
Mål 2022: Avgangsalder 64 år /Snittalder AFP og 85- årsregelen.	63,13 (pr 1/10/20)	63,68 (AFP), 64,71 (alders- pensjon)	63,21 år (AFP og 85 års regelen), 67,44 (alders- pensjon - (30 personer)		Sykehuset jobber med et økt fokus blant ledere på tilrettelegging og forebygging av fravær, samt reduere frafall fra arbeidslivet. I tillegg skal ledere gjennomføre egne seniorsamtaler med ansatte og det vil sykehuset jobbe videre med.

1.1.1. Oversikt sykefraværsutvikling

Oversikt sykefraværsutviklingen ved STHF 2020 – 2022



Sykefravær klinikk vis 2020 – 2022



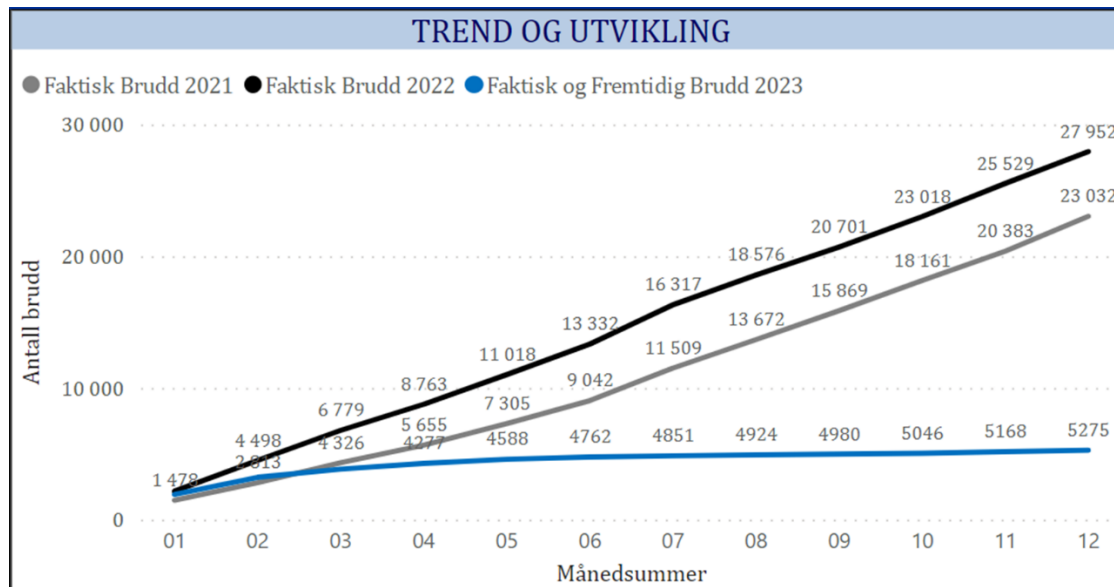
Økningen i sykefraværet det siste året bør ses i sammenheng med belastningen mange har stått i over tid gjennom pandemien. I etterkant av pandemien har sykehuset opplevd økt pågang av pasienter samtidig med stort sykdomsfravær blant ansatte og lite vikartilgang. Dette har ført til stort press på en del ansattgrupper over tid. Det er i perioden jobbet systematisk for å redusere fraværet med bistand fra HR og NAV.

1.2. Arbeidsmiljøloven og lokalt forbedringsarbeid

Overordnet HMS mål/ satsningsområde 2022			Status	Kommentarer
AML-brudd Fortsette arbeidet med fokus på reduksjon av AML brudd				Det har vært en økning i antall brudd siste år som delvis skyldes at ledere ikke får prioritert å legge inn dispensasjoner. Det har også vært en økning i brudd pga. fravær og overtid. Ledere får oppfølging og det er satt opp workshop gjennom året for støtte til lederne. Mål for 2023 er å sikre kvalitet og redusere antall brudd.
Overordnet HMS mål 2022	Resultat 2021	Resultat 2022	Status	Kommentarer
Svarprosent for ForBedring - mål: 90%	82%	82%		Sykehuset har et mål om å komme opp på 90% deltakelse, men ser at det er utfordrende å få alle til å svare. Det er årlig fokus på oppfølging av resultatene både i den enkelte enhet og for sykehuset totalt. Resultatene må ses i sammenheng med andre indikatorer som sykefravær, uønskede hendelser, tilsyn mm.
Mål 2022: > 75 % av ansatte er influensa vaksinert	78%	71,3%		Tiltak iverksatt de siste årene med vaksinerings ved BHT med bl.a. drop-inn vaksinasjon på flere lokasjoner og bruk av kollegavaksinerings har hatt god effekt.
Varslings-ordningen er kjent for alle ansatte.	9 saker behandlet i varslingsutvalget.	2 saker registrert og behandlet som varslingsaker, egen årsrapport for varslingsutvalget.		Varslingsordningen er godt etablert. Saker meldes til varslingsutvalget og ledere søker råd. Internrevisjon 2022 viser at varslingsrutinen er godt kjent blant ledere mens varslingsordningen fortsatt må ha fokus for at alle skal kjenne til den.

1.2.1. Oversikt trend og antall AML brudd pr måned på ulike bruddårsaket 2022

Trend og utvikling brudd for 2021 og 2022



Grafen viser at antall brudd har økt fra 2021 til 2022. En del brudd skyldes manglende innleggelse av dispensasjoner og det er en del brudd pga. overtid.

Totalt antall brudd i 2022 fordelt på bruddtype

BruddType navn	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	Totalt
Arbeidsfri før vakt	577	578	542	512	608	608	676	571	616	579	587	550	7004
Samlet tid per dag	384	496	512	446	544	536	631	461	443	494	550	610	6107
Ukentlig arbeidsfri	364	355	345	272	246	315	431	314	283	274	333	263	3795
AML timer per uke	271	334	315	245	280	294	430	287	194	246	277	230	3403
Søndager på rad	295	233	195	212	228	163	287	206	163	223	182	196	2583
AML timer per år				8	70	102	107	135	171	235	272	272	1372
AML timer per 4 uker	91	118	123	92	96	94	100	100	80	76	99	101	1170
Planlagt tid per uke	84	73	81	74	74	97	199	108	100	90	86	94	1160
Samlet tid per uke (snitt)	66	110	125	66	49	55	60	51	52	60	81	49	824
Søndager på rad (snitt)	28	23	34	51	52	40	29	13	14	32	32	38	386
Samlet tid per uke	5	13	9	6	8	10	35	13	9	8	12	20	148
Totalt	2165	2333	2281	1984	2255	2314	2985	2259	2125	2317	2511	2423	27952

2. Mål og tiltak innen miljø og klima (Ytre miljø) 2020-2022.

Mål og satsningsområdene 2020-2022	Mål 2022	Resultat 2021	Resultat 2022	Status	Kommentarer
Redusere sykehusets CO2 utslipp	Redusere unødig forbruk av energi.	38,9 GWh	39,1 GWh		Totalforbruk holder seg stabilt sett mot de senere årene.
	Redusere klimagassutslipp fra transport:	Ansattreiser egen bil (429 608 km)	Ansattreiser egen bil (462 064,2 km + el-bil: 155 676,5 km)		<p>Kjøring med tjenestebil: Optimalisering av bilpark pågår foreløpig manuelt, nytt system kommer i 2023. Kun en ny el-bil anskaffet i 2022. Det vil jobbes med å utvide ladekapasitet i 23/24 da nytt lovkrav som trer i kraft 2025 gir føringer på at alle offentlige kjøp skal være elektriske på personbiler og varebiler.</p> <p>Det er en liten økning i kjørte km for ansattreiser med egen bil og en liten økning i tjenestekjøring med sykehusets biler fra 2021 til 2022, men man er langt fra nivået fra før pandemien.</p> <p>Det er fortsatt en del bruk av videokonferanser med pasienter og Skype-møter blant ansatte som bidrar til redusert reising.</p> <p>Det er i 2022 etablert en ny bussrute mellom Gulset senteret og Kammerherreløkken i Porsgrunn via sykehuset over Menstadbrua som har gitt mange ansatte mulighet for å kjøre kollektivt til jobb. Dette er et samarbeid sykehuset har hatt med bypakke Grenland</p>
Redusere unødig forbruk av ressurser	Redusere unødig forbruk av forbruksmaterieell, legemidler og medisinske forbruksvarer. Redusere sum varer utgått på dato fra sentrallager	Uttak av varer utgått på dato (svinn) fra sentrallager 2021 var 51 artikler med totalsum på 51.700 kr (0,78% av	Sentrallager har i 2022 tatt ut 51 artikler som var utgåtte varer for en verdi av kr 146.000,-. Dette tilsvarer 2,14% av lagerbeholdningen og skyldes delvis produkter tatt inn		Bruk av logistikk-medarbeidere fra sentrallager har gitt redusert svinn og mer riktig og optimal varemengde ute på avdelings lager. Sentrallager følger tett opp i fht. utgåtte varer og tilpasser beholdning i fht. bruk.

	(unntatt beredskapslager)	lagerverdien).	under pandemien og tatt ut pga. dato.		
	Redusere matsvinn med 30% innen 2022 (fra 2019)	Redusert matsvinn med 30% på produksjonskjøkken	Reduksjon matsvinn for alle klinikker: 2020 - 57 065 tonn 2021 - 55 226 tonn 2022 - 50 040 tonn		Bakgrunnen for reduksjonen er: bedre bestillingsrutiner, varemottak, meny, produksjonsplanlegging og servering.
	Redusert bruk av helse- og miljøfarlige kjemikalier.	Deltatt i nettverksarbeid Grønn kjemi. Noe intern opplæring.	Gjennomført opplæringsaktiviteter i henhold til forespørsel og behov.		Avventer arbeid ved Sykehusinnkjøp om å finne grunnlag for tiltak for oppfølging av bruk av helse- og miljøfarlige kjemikalier i HØS. Det er etablert jevnlig opplæringsaktiviteter for Eco online ansvarlige.
Mål og satsningsområde 2020 - 2022		Resultat 2021	Resultat 2022		
Økt fokus på miljøhensyn ved anskaffelser. Øke andel av lokale anskaffelser som har satt miljøkrav		Det er ikke satt konkrete miljøkrav ved noen av sykehusets lokale avtaler i 2021.	Samarbeid med HSØ om å sette miljøkrav.		Det jobbes med både fra Sykehusinnkjøp og sykehuset med å sikre miljøkrav i anskaffelser. Men det har vært vist seg vanskelig å måle antall anskaffelser med tydelige miljøkrav. Fokus på livsløpsperspektivet sees på i samarbeid med Sykehusinnkjøp.
Samhandling om miljømål		Gjennomført flere samhandlingss-møter.	Gjennomført flere samhandlingss-møter.		STHF v/SSL deltar i Klima og energinettverk i Vestfold og Telemark fylkeskommune.
Opprinnelig mål: Redusert forbruk av bred-spektret antibiotika med 30% med 2012. Nytt mål settes for 2022.	Resultat 2019: 30%, Resultat 2020: 21,8% pr 2. tertial	2021: ca. Økt bruk av antibiotika under pandemien.	2022: fortsatt økt bruk fra 2021.		Det har vært en økt bruk av bredspektret antibiotika under og etter pandemien. Arbeid med antibiotika styring skal videreføres i sykehusene i hht. Antibiotikastyringsprogram met jfr. OBD 2023. Det er satt et mål for 2023 om at forbruk av bredspektret antibiotika skal holdes på samme nivå eller lavere enn 2019. Som virkemiddel vil sykehuset bruke antibiotika audit mer aktivt og det er et mål at flere av LIS legene skal ha fokus på forbedring av antibiotikabruk i sine forbedringsarbeid i hht. læringsmål.

2.1. Klimaregnskap STHF 2022, CO₂-utslipp (ekvivalenter)

STHF har i sin klimapolitikk mål om å redusere sitt CO₂ utslipp og alle HF sender årlig inn tall på ulike aktivitetsområder til et felles klimaregnskap for spesialisthelsetjenesten der CO₂ utslipp (ekvivalenter) beregnes. Oversikten viser tall for 2021 og 2022 med beregnet CO₂ utslipp ved STHF for 2022.

Klimaregnskap		Forbruk 2021	Forbruk 2022	Utslipp Co2 2022 (tonn)
Gasser				
Lystgass (kg)		862	1 848	534,1
Anestesigass: Sevofluran (kg)		22,76	36,24	4,7
Anestesigass: Desfluran (kg)		104,07	83	210,8
Kjølemedier (kg)		222	34	55,2
Avfall				
Restavfall (tonn)		581,9	583,9	
Energibehov bygg				
El behov	El-kjel (kWh)	1 564	41 094	11,5
El behov	Fast kraft (kWh)	22 813 437	23 331 041	6 532,7
Termisk energibehov (oppvarming)	Fjernvarme (kwt)	16 271 247	16 761 467	2 179,0
Termisk energibehov (oppvarming)	Naturgass (m3)	7 590	6 518,4	15,3
Transport ansatte				
Eide, leide, leasede tjenestebiler	Diesel (liter)	81 187	85 127,6	226,4
	Bensin (liter)	1 330	1245,7	2,9
	Km el-bil (km)		52 384	
Flyreise innenlands (km)		80 878	133 712	23,4
Flyreise utenlands (km)		-	149 349	19,4
Tjenestekjøring egen bil (km)		429 608	462 064	78,6
Tjenestekjøring egen bil - el bil (km)			155 676,5	
Transport pasienter				
Ambulanse-transport	Bil diesel (liter)	123 623,1	133 673,6	355,6
Andre transportmidler	Drosje (km)	1 858 932	1 852 308	314,9
Andre transportmidler	Egen bil (km)	9 652 600	10 812 011	1 838,0
Andre transportmidler	Helseekspress	138 355	128 975	157,3
Flyreiser innenlands (km)		427 498	539 898	94,5
Totalt utslipp Co2 (tonn) for 2022				12 654,3
Totalt utslipp Co2 (tonn) for 2021				12 223,4

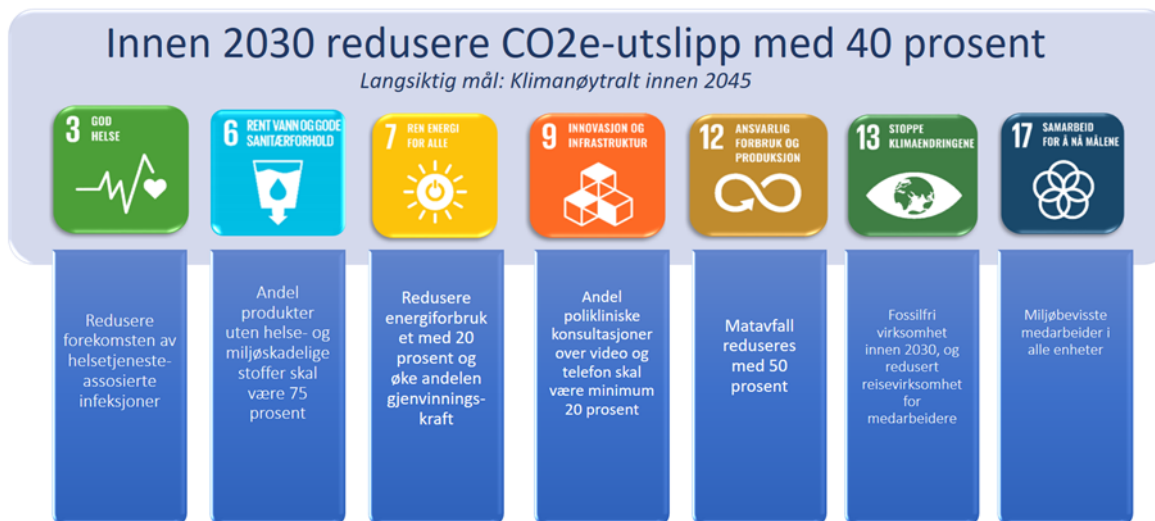
Klimaregnskapet viser en liten økning i totalt Co2 utslipp fra 2021 til 2022 på 430,9 tonn Co2. Økningen er jevnt fordelt på de ulike områdene. EL bil kjøring er nå lagt inn i klimaregnskapet både for kjøring med tjenestebiler og tjenestekjøring egen bil.

2.2. Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten.

Det ble i 2021 utarbeidet et felles «Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten» som beskriver felles klima- og miljømål, aktiviteter, organisering og samarbeid på tvers av regionene. Felles mål og indikatorer ble vedtatt i styret i Helse Sør-Øst RHF i november 2021. Sykehusets mål og tiltaksplan innen miljø og klima er i 2022 oppdatert i henhold til føringer i rammeverket. Ledelsen i sykehuset besluttet i desember 2022 å gå bort fra 3.parts sertifisering og tilpasse videre miljøarbeid til føringer i nytt rammeverk da dette ble et valg for det enkelte HF ved innføring av rammeverket.

Det er i rammeverket satt felles klima og miljømål for perioden 2022 – 2030, se nedenfor. Sykehuset vil i rullering av overordnet HMS mål og handlingsplan for 2023 tilpasse egne klima- og miljømål til felles mål for spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenestens klima og miljømål 2022-2030



Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten vil fra 2023 inngå som del av nytt rammeverk: Spesialisthelsetjenestens rammeverk for samfunnsansvar. Rammeverket vil klargjøre hvilke rammer/føringer som gjelder for området og hvordan spesialisthelsetjenesten arbeider med samfunnsansvaret. Herunder oppfølging av statens forventninger til ansvarlig virksomhet.er

2.3. Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar

Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar utarbeides årlig og presenterer samlet spesialisthelsetjenesten sitt arbeid med samfunnsansvar. Innholdet i rapporten omhandler klima og miljø, menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter og antikorrupsjon.

3. Mål og tiltak innen sikkerhet og sikkert arbeidsmiljø

Overordnet HMS mål 2022	Resultat 2021	Resultat 2022	Status	Kommentarer
Sikkerhet i sykehus: Installere alarmanlegg KPR	De fleste tiltak gjennomført i 2021	Gjenstående tiltak mht. installasjon av alarmanlegg er gjennomført i 2022.		Tiltak fra opprinnelig plan vedrørende sikkerhet i sykehus er nå gjennomført. Nye sikkerhetstiltak bør vurderes bl.a. etter risikovurdering vold og trusler.
Vold og trusler: Ferdigstille innføring av systematisk arbeid med vold og trusler ila 2022.	Etablert kurs/ opplæring	Prosedyre er oppdatert og systematisk opplærings tiltak er etablert og innført.		Prosedyre for håndtering av vold og trusler er oppdatert. Det er etablert nivåinndelt opplæringsaktiviteter innen vold og trusler for både somatikk og psykiatri ved SIM/MAP og utarbeidet e-læringskurs for alle ansatte. Opplæringskrav er lagt inn i kompetanseportalen.
Strålevern: Implementere E-Læringskurs i strålevern (kurs i Læringsportalen) Definere mål iht. yrkesgrupper og strålevern-opplæring i Kompetanse-portalen.		Arbeidet startet i 2022. Det er gjennomført 3 kliniske revisjoner i løpet av året.		Mål om implementering av e-læringskurs i strålevern delvis innført, videreføres i 2023. Arbeid med gjennomføring av kliniske revisjoner på ioniserende stråling er startet og videreføres i 2023.
Brannvern: Re-etablere system for egenkontroll branntekniske installasjoner	Planlegging og oppstart			Ikke ferdigstilt arbeid med re-etablering av system for ettersyn/egenkontroll branntekniske installasjoner – videreføres 2023. Foreløpig rapportering pr mail, det jobbes for å få til en enklere rapporteringsløsning.

4. Mål og tiltak innen HMS systemutvikling

Overordnet HMS mål 2021	Resultat 2021	Resultat 2022	Status	Kommentarer
Alle seksjoner registrerer HMS tiltak og følger opp tiltak i egen HMS handlings-plan.	<p>Det nye systemet registrerer antall tiltak ikke antall aktive planer.</p> <p>Resultat 2021: 374 tiltak totalt <i>71 påbegynte</i> <i>207 startet</i> <i>14 arkivert</i></p>	Resultat bestilles av Sykehuspartner. Det er utfordrende å hente ut resultater fra systemet og å gjøre systemet tilgjengelig for ansatte.		<p>HMS handlingsplanen skal brukes for oppfølging av tiltak innen ForBedring, vernerunde, BHT-plan, miljømål etc.</p> <p>Det er en utfordring å gjøre planen tilgjengelig for andre enn leder og verneombud. HMS handlingsplanen er et viktig verktøy for oppfølging av forbedringstiltak på ulike HMS områder.</p> <p>Fra 2023 vil EQS tas i bruk for dokumentasjon av vernerunden og for oppfølging av funn og tiltak.</p>
Etablere system-tiltak for HMS risiko-vurdering og HMS oppfølging.	HMS system 2021: Forbedret HMS kurs VO og AMU medlemmer. Forberedelse innføring av EQS som systemstøtte.	EQS er innført som forbedringssystem. Det er gjennomført pilot for EQS vernerunde.		Systematisk HMS-arbeid inngår som en integrert del av det øvrige styringssystemet. Nytt system gjør det mulig å følge opp forbedringsarbeid etter uønskede hendelser og det er etablert forvaltning for dette. Fokus i 2023 blir bl.a. på mer systematisk oppfølging av risiko og å se HMS og pasientsikkerhet i sammenheng.
Oppdatert plan for bruk av BHT	Overordnet plan er oppdatert	Det er fortsatt avvik mht. dokumentert plan for bruk av BHT i enheter i organisasjonen.		Overordnet plan for bruk av BHT er revidert. Det er fortsatt behov for systemstøtte til ledere for å kunne dokumentere planlagt bruk av BHT.

4.1. Rapportering på HMS aktiviteter og aktiv bruk av HMS handlingsplanen i ledelsens gjennomgang (LGG) 2022 fra klinikkene

Prestasjon og måloppnåelse	Ja/ Delvis/ Nei
Er relevante mål fra overordnet HMS-handlingsplan 2022 (Heliks id 9222) konkretisert med tiltak, ansvar og frist i enheten?	Ja: 7
Er det gjennomført vernerunde i alle enheter i henhold til frist?	Ja: 5, Delvis: 2
Er det satt mål i HMS handlingsplanen etter vernerunde?	Ja: 7
Er ForBedring fulgt opp med gjennomgang og tiltak i alle enheter?	Ja: 2, Delvis: 5, gj.føres ilt året
Er det satt mål i HMS handlingsplanene fra ForBedring?	Ja: 5, Delvis: 2, under arbeid
Er det satt relevante miljømål i HMS handlingsplanene?	Ja: 7
Er det iverksatt oppfølgingsaktiviteter for å sikre måloppnåelse innen HMS og ytre miljø?	Ja: 7

5. Kurs og opplæringstiltak innen HMS

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

Oversikt over alle kurs og opplæringsaktiviteter innen HMS finnes i kompetanseportalen.

HMS kurs og e-læringskurs	Status 2021	Status 2022
Årlig HMS kurs for ledere – kurs er fra 2022 slått sammen med HMS kurs for verneombud og AMU medlemmer.	Ikke gjennomført kurs i 2021.	HMS kurs for verneombud, AMU og ledere: 21 deltakere i 2022.
HMS kurs for nye verneombud og AMU (3 dagers / 40 timers kurs hvert annet år).	26 deltakere på obligatorisk kurs i 2021.	
Verneombudssamlinger (3 timer x 4 pr år.)	Gjennomført 4 samlinger	Gjennomført 4 samlinger
E-læringskurs HMS:		
Grønt sykehus (obligatorisk)		Leder er ansvarlig for oppfølging av kursgjennomføring av obligatoriske og nødvendige e-læringskurs for sine ansatte. Krav er lagt inn i kompetanseportalen.
Håndhygiene (obligatorisk)		
Basale smittevernrutiner (for helsepersonell)		
Etablert opplæring Covid-19 – obligatorisk for alle ansatte – pakke med basal smittevernopplæring		
HMS nye ledere, verneombud og AMU medlemmer – nytt e-læringskurs er under utvikling 2023.		
Brannvern (ikke obligatoriske fra 2020)		
HMS innføring nye ansatte – nytt e-læringskurs er under utvikling 2023.		
Strålebruk for helsepersonell (obligatorisk årlig for alle som jobber med stråling)		

Introduksjonsprogram for nyansatte. 2 ganger pr år (mars og oktober). Programmet inkluderer informasjon om HMS og obligatoriske e-læringskurs innen HMS.		
HMS seminar for ledere og verneombud	Ikke gjennomført pga. Korona	Vil fra 2023 samkjøres med sykehuset kvalitets- og pasientsikkerhetsuke.

6. HMS tiltak og systemstøtte

6.1. Psykososial støtte til ansatte

I etterkant av koronapandemien og større smitteutbrudd ble det identifisert behov for økt forbedringsarbeid innen psykososial støtte til ansatte. Det er igangsatt et arbeid med å etablere ordning for forebygging, håndtering og evaluering av emosjonelle krav og belastninger for enkeltmedarbeider og grupper som etter planen skal etableres i 2023.

6.2. Systemstøtte til HMS arbeidet

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. Systemet vil gi støtte til arbeidet med å se HMS og pasientsikkerhet i sammenheng.

EQS kan også gi systemstøtte på andre områder som dokumentasjon av vernerunde, gjennomføring av risikovurdering o.a. Det jobbes med utvikling av EQS på disse områdene i 2023.

7. HMS indikatorer rapportert fra STHF til Helse Sør-Øst RHF for 2022

STHF og de andre helseforetakene i Helse Sør-Øst rapporterer tertialvis på utvalgte HMS-indikatorer og disse sammenstilles årlig og legges fram for HR-direktørmøtet i Helse Sør-Øst.

Tabellen viser tall som er rapportert fra STHF til Helse Sør-Øst for 2020 til 2022.

HMS indikatorer	Antall registrerte 2020	Antall registrerte 2021	Antall registrerte 2022
-----------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

1	Antall fraværsskader	12	52	29
2	HMS-hendelser	397	361	915
3	Lukkede HMS-hendelser	210	249	455
4	Vold og trusler (somatikk)	33	42	37
4	Vold og trusler (psykiatri)	183	161	87
5	Aktive HMS- handlingsplaner	156 (98%)	-	-

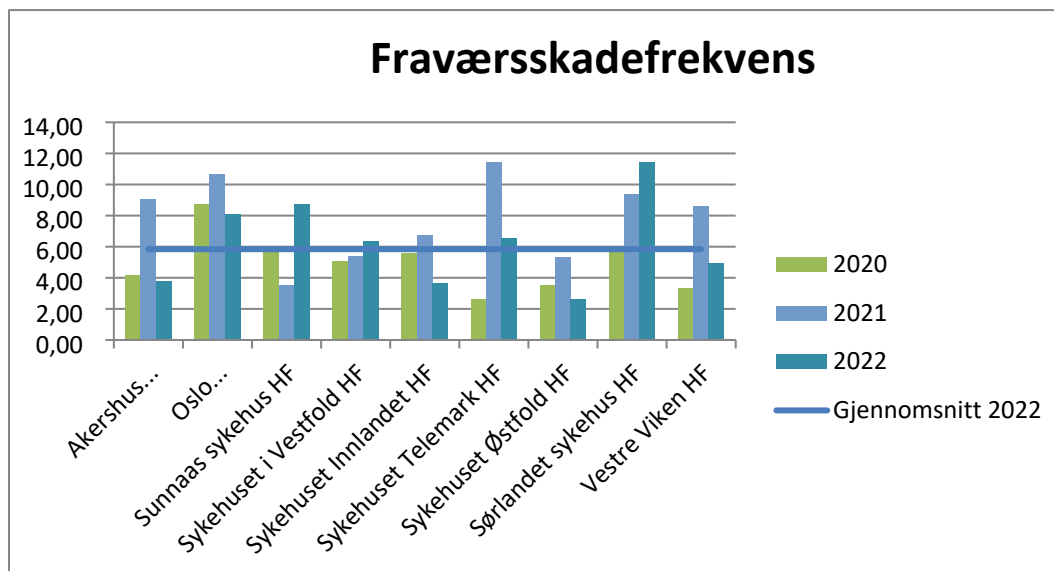
7.1 HMS indikatorer samlet for alle HF i HSØ

Tabellene under viser rapport på innmeldte HMS indikatorer for alle HF-ene i Helse Sør-Øst for 2020 til 2022.

Innrapportering og grunnlag fra de ulike HF kan være noe ulikt og tallene er derfor ikke direkte sammenlignbare men gir en indikasjon på variasjon i utvikling mellom HF-ene. Noen HF har f.eks. dårligere mulighet til å rapportere på ulike HMS indikatorer og noen HF har fått høye tall på avvik som følge av aktivt arbeid med avviksmeldekultur.

7.1.1. Fraværsskadefrekvens

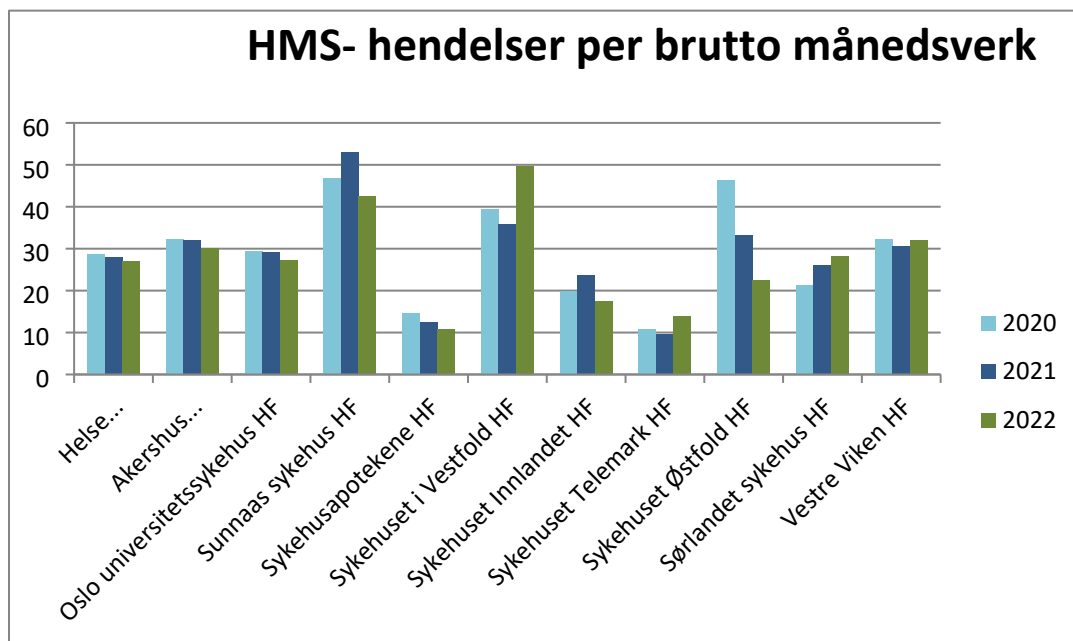
Fraværsskade er personskaade som følge av arbeidsforhold som medfører minst en dags fravær utover skadedagen. Grafen under viser antall fraværsskader per million arbeidstimer for 2020 til 2022.



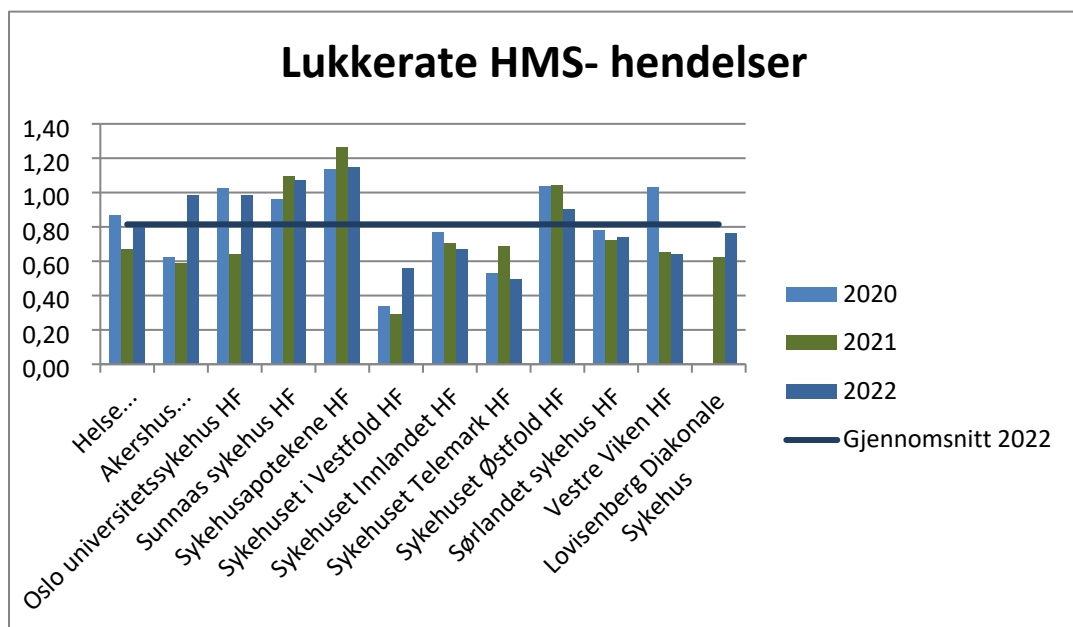
7.1.2. HMS-hendelsesfrekvens

HMS-hendelser omfatter underkategoriene: fysisk arbeidsmiljø, psykososialt/organisatorisk arbeidsmiljø, ytre miljø, brannvern, strålevern, smittevern, vold - og trusler, sikkerhet, utstyr

og bygninger. Grafen under viser antall registrerte HMS-hendelser /brutto månedsverk x 1000.



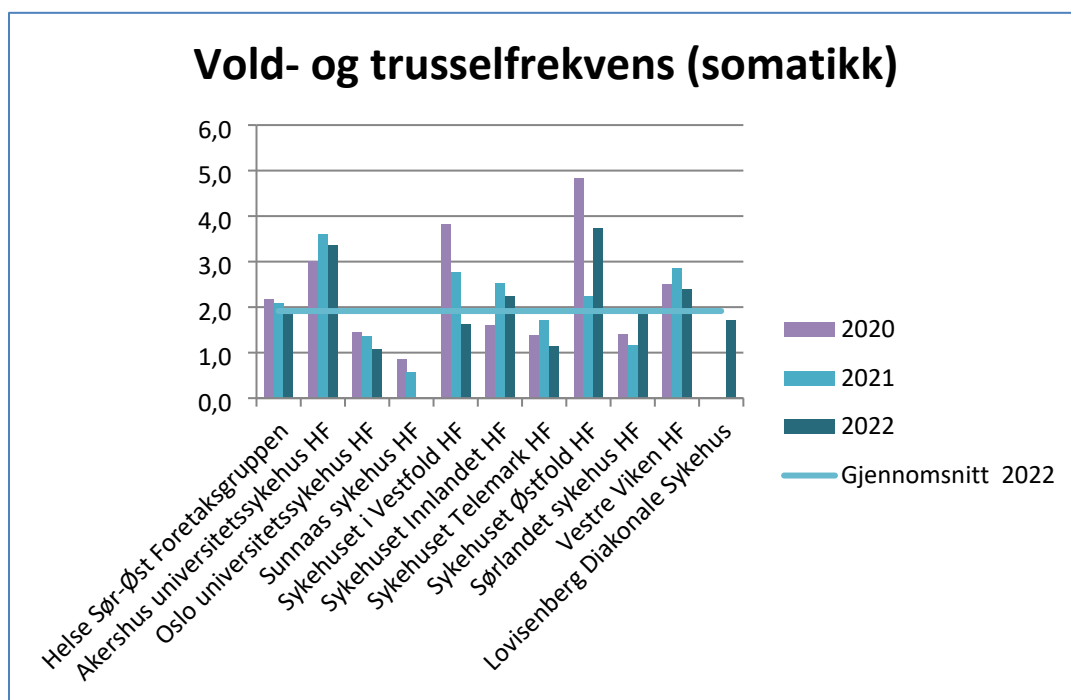
7.1.3. Lukkerate HMS-hendelser

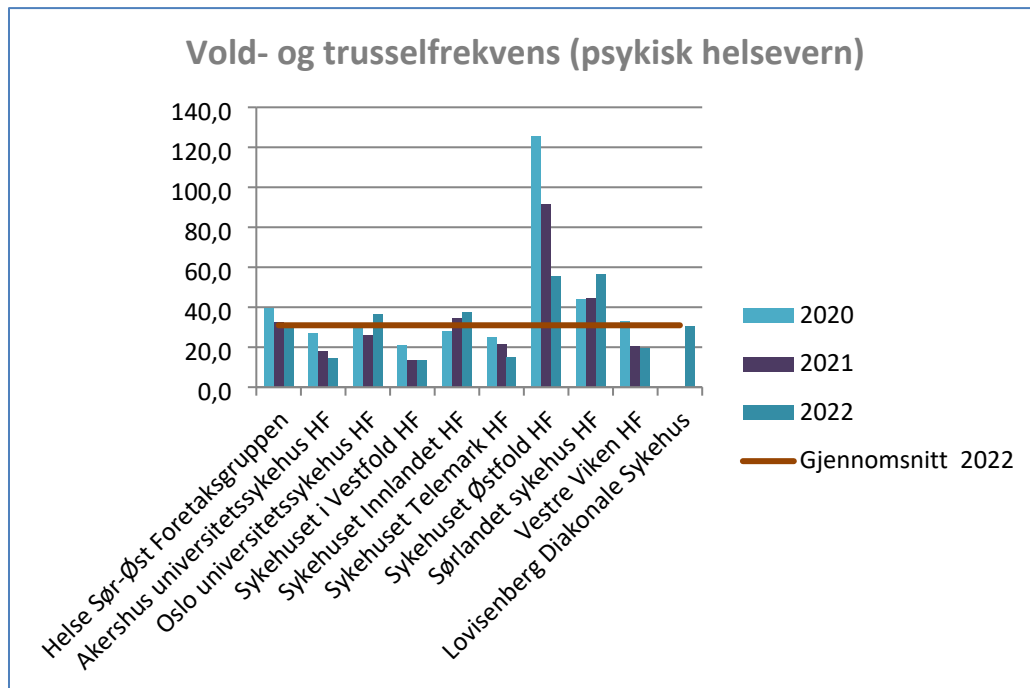


7.1.4. Vold- og trusselfrekvens

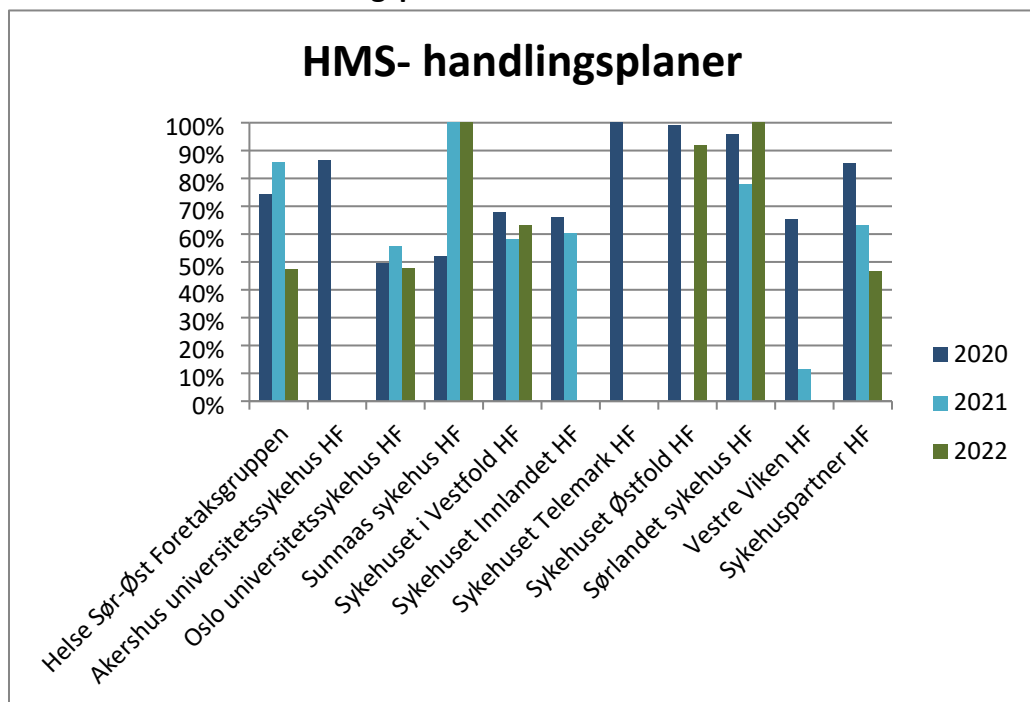
Arbeidstilsynet definerer vold- og trusler som: *Vold og trusler er hendelser hvor arbeidstakere blir fysisk eller verbalt angrepet i situasjoner som har forbindelse med deres arbeid, og som innebærer en åpenlys eller antydnet trussel mot deres sikkerhet, helse og velvære. Trusler er verbale angrep eller handlinger som tar sikte på å skade eller skremme en person. Vold er enhver handling som har til hensikt å føre til fysisk eller psykisk skade på person. Det kan også defineres som vold når arbeidstakere opplever utagerende handlinger hvor det utøves stort skadeverk på inventar og utstyr.*

Grafene under for vold- og trussel frekvens for somatikk og psykisk helsevern viser antall registrerte vold- og trusselhendelser/brutto månedeverk x 1000.





7.1.5. HMS-handlingsplaner



Etter omlegging til nytt system for HMS handlingsplaner i 2021 har ikke STHF mulighet til å ta ut de etterspurte dataene på denne indikatoren.

8. Arbeidsmiljøprisen 2021

Den årlige arbeidsmiljøprisen for 2021 ble i 2022 tildelt seksjon sengepost nevrologi, slagbehandling, rehabilitering og nevrologisk poliklinikk med seksjonsleder Kristine Abrahamsen Småge.

Juryen begrunner avgjørelsen med personalets inkluderende, positive, engasjerte og fleksible arbeidsmåte og med en positiv leder som viktig bidragsfaktor. Hun har alltid døra åpen, er ikke redd for å tak i et tak og stiller selv hvis hun ikke får tak i folk. Hun er opptatt av faglig utvikling, kompetanseheving og har fokus på å gjøre andre gode. Til tross for krevende dager, har hun likevel fått til at flere sykepleiere er i videreutdanning, både innen rehabilitering, nevrologi, epilepsi og veiledning.

Til tross for et svært krevende år har seksjonen klart å beholde en sengepost preget av godt samarbeid, høy faglig kvalitet og et kontinuerlig fokus på forbedring. Seksjonen har nok en gang hevdet seg på toppen «av pallen» når det gjelder slagbehandling.

De ligger som nummer én på lista over behandling med trombolyse innen 40 minutter etter innleggelse. Innen MS-behandling er seksjonen blant de beste i Norge, lyder juryens begrunnelse.



– Dette er vi stolte av! Vi er også stolte av den faglig sterke, engasjerte gjengen vår som gjør sitt beste for at pasientene våre får den beste behandlingen hver eneste dag, forteller Småge.

Prispengene kan de ansatte bruke som de selv vil, så sant det bidrar til et godt arbeidsmiljø.

Saksfremlegg

Saksgang

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	24. mai 2023

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

Sak: 051-2023

Resultat og oppfølging av ForBedring 2023

Hensikten med saken

Gi Sykehusets styre en orientering om de overordnede resultatene fra ForBedring 2023, samt orientere om hvordan resultatene skal følges opp internt i organisasjonen.

Forslag til vedtak

Styret ved Sykehuset Telemark tar resultatene fra undersøkelsen og plan for oppfølging av undersøkelsen til orientering.

Skien, 15. mai 2023

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Medarbeiderundersøkelsen ForBedring ble gjennomført i perioden 1.-29.mars 2023. Det ble sendt ut 3215 invitasjoner og vi fikk 2656 svar, og endte på 83 %. Dette var marginalt bedre enn i 2022, hvor vi endte på 82 %.

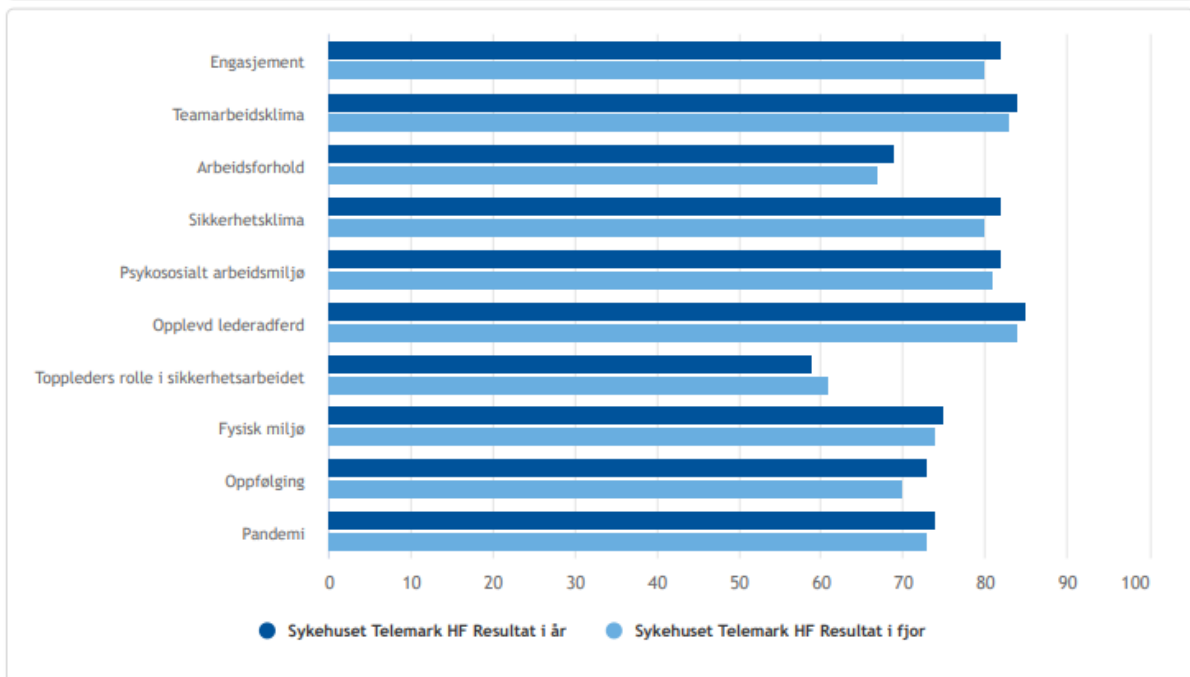
Det viktigste med undersøkelsen, er at vi følger opp resultatene i etterkant.

Vi legger opp til at lederlinjen forplikter seg til å følge opp resultatene, og at det rapporteres på både oppdaterte HMS-planer og avtalte forbedrings- og bevaringstiltak.

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Resultatene fra ForBedring 2023 viser fremgang på nesten alle områder sammenlignet med 2022.

	Antall svar	Resultat i år	Skår >=75 i år%	Resultat i fjor	Skår >=75 i fjor%	Endring fra i fjor	H50 i fjor
ENGASJEMENT	2654	82	83%	80	81%		81
TEAMARBEIDSKLIMA	2655	84	86%	83	84%		84
ARBEIDSFORHOLD	2655	69	68%	67	66%		70
SIKKERHETSKLIMA	2648	82	81%	80	79%		82
PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ	2636	82	79%	81	77%		81
OPPLEVD LEDERADFERD	2643	85	85%	84	84%		84
TOPPLEDERS ROLLE I SIKKERHETSARBEIDET	1825	59	42%	61	45%		65
FYSISK MILJØ	2654	75	71%	74	69%		73
OPPFØLGING	2610	73	70%	70	66%		71
PANDEMI	2491	74	72%	73	72%		74



Videre arbeid

Resultatene fra undersøkelsen ble distribuert til lederne 27. april 2023.

Undersøkelsen ble presentert i administrerende direktørs ledergruppe den 9. mai, og i utvidet ledermøte samme dag. Resultatene ble presentert for AMU 2.mai.

Oppfølging av resultatene etter ForBedring skal skje i linjen. I perioden fremover skal lederne sammen med medarbeiderne og verneombud jobbe med tiltak knyttet til resultatrapporten.

I fellesskap skal lederne sammen med verneombud og ansatte finne frem til hvilke temaer det skal fokuseres på i året som kommer. Dette skal resultere i ett bevaringstiltak og to forbedringstiltak som skal registreres i HMS-handlingsplan.

For å styrke områdene i arbeidsmiljøet som det skal jobbes med, vil det bli gjort en tydeligere oppfølging av tiltak og resultater. Ledergruppen sluttet seg til forlaget som ble lagt frem 9.5. på bakgrunn av innspill fra AMU, og plan for oppfølging skal gjennomføres slik:

1. HR retter en forespørsel til alle kliniksjefer som tilbakerapporterer hvilke seksjoner/avdelinger de ønsker oppfølgingsbistand.
2. Klinikksjefene rapporterer til AMU hvordan arbeidet med ForBedring gjennomføres. Dette gjøres løpende gjennom året i AMUs møter.
3. HR rapporterer antall oppdaterte handlingsplaner til ledergruppen og AMU per 1. oktober.

Frist for å oppdatere HMS-handlingsplan er 25. juni 2023.

Vedlegg:

1. Samlerapport Sykehuset Telemark
2. Retningslinje Gjennomføring og oppfølging av ForBedring, Heliksid: 12609

FORSIDE

ForBedring 2023 Standardrapport for Sykehuset Telemark HF

Norsk helsetjeneste skal være pasientens helsetjeneste. Helsesektoren er en virksomhet med høy risiko, og det hender at pasienter og brukere blir unødig skadet i møte med helsetjenesten.

Denne undersøkelsen er en samordning av medarbeiderundersøkelsen, helse-, miljø- og sikkerhets - kartlegging (HMS) samt pasientsikkerhetskulturundersøkelsen. Resultatene fra denne spørreundersøkelsen skal brukes til lokalt forbedringsarbeid av pasientsikkerhetskultur, arbeidsmiljø og HMS. Undersøkelsen gir ledere og medarbeidere informasjon om hvordan arbeidsforholdene oppleves, og gir innspill til risikovurdering av pasientsikkerheten, arbeidsmiljøet og HMS i enheten. Denne rapporten er en av flere datakilder til det systematiske arbeidet med å redusere risiko for uønskede hendelser i pasientbehandling og arbeidsmiljøet.

God pasientsikkerhet og godt arbeidsmiljø påvirker hverandre, og bør sees i en sammenheng ved kartlegging og forbedring.



OPPSUMMERING AV UNDERSØKELSEN

DELTAKELSE I UNDERSØKELSEN

Det er viktig for troverdigheten til resultatene at flest mulig deltar med sine synspunkter. Svarprosent er et resultat, og kan være et tiltaksområde. Hvis svarprosenten er lavere enn 70%, er det viktig å undersøke hva som kan gjøres i fremtiden for å få til en bedre deltakelse. Kriteriene for deltakelse i ForBedring inkluderer nå alle ansatte som har en stillingsprosent.

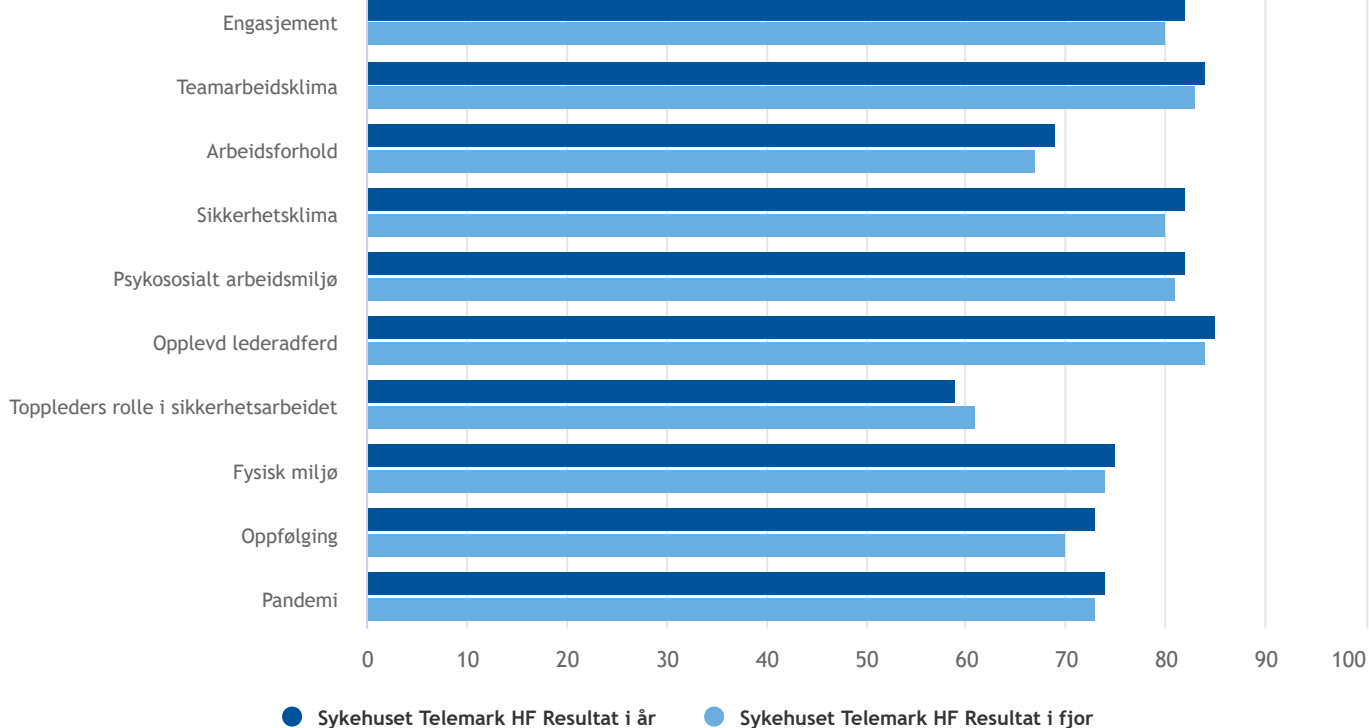
invitasjoner	Svar	svarprosent
3215	2656	83%

Invitasjoner Totalt antall utsendte spørreskjemaer per rapport
 Svar Antall svar er antall spørreskjema som er fullført
 Svarprosent Andel fullførte spørreskjema av totalt utsendte skjema

HOVEDRESULTAT PER TEMA

Under oppsummeres hovedresultatene på de ulike temaområdene i undersøkelsen. Detaljene for hvert temaområde fremkommer utover i rapporten. På side fire vises veiledningen til hvordan tabellene skal leses. Skår >=75 vises kun på denne siden og indikerer hvor mange prosent av de ansatte som har svart «Litt enig» eller «Helt enig».

	Antall svar	Resultat i år	Skår >=75 i år%	Resultat i fjor	Skår >=75 i fjor%	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
ENGASJEMENT	2654	82	83%	80	81%		81
TEAMARBEIDSKLIMA	2655	84	86%	83	84%		84
ARBEIDSFORHOLD	2655	69	68%	67	66%		70
SIKKERHETSKLIMA	2648	82	81%	80	79%		82
PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ	2636	82	79%	81	77%		81
OPPLEVD LEDERADFERD	2643	85	85%	84	84%		84
TOPPLEDERS ROLLE I SIKKERHETSARBEIDET	1825	59	42%	61	45%		65
FYSISK MILJØ	2654	75	71%	74	69%		73
OPPFØLGING	2610	73	70%	70	66%		71
PANDEMI	2491	74	72%	73	72%		74



Om rapporten

ForBedring kartlegger ulike forhold som virker inn på pasientsikkerheten og ansattes trivsel, motivasjon, og arbeidshelse. Rapporten gir en oppsummering av svarene, og er et redskap til å iverksette et forbedringsarbeid.

Bruk rapporten til å:

1. Utforske resultatene i samarbeid med medarbeidere og lokalt verneombud.
2. Velge ut bevarings- og forbedringsområder.
3. Utarbeide tiltak som legges inn i handlingsplanen for egen enhet.

Oppfølging

Forbedringsbehov som går på tvers av enheter eller som ikke kan løses av enheten, løftes til det nivået som kan håndtere problemstillingen.

Det er nødvendig å ha en samtale i medarbeidergruppen for å finne ut hva resultatene i rapporten faktisk betyr, og hvilke områder som oppleves som viktigst å prioritere som bevarings- og forbedringsområder.

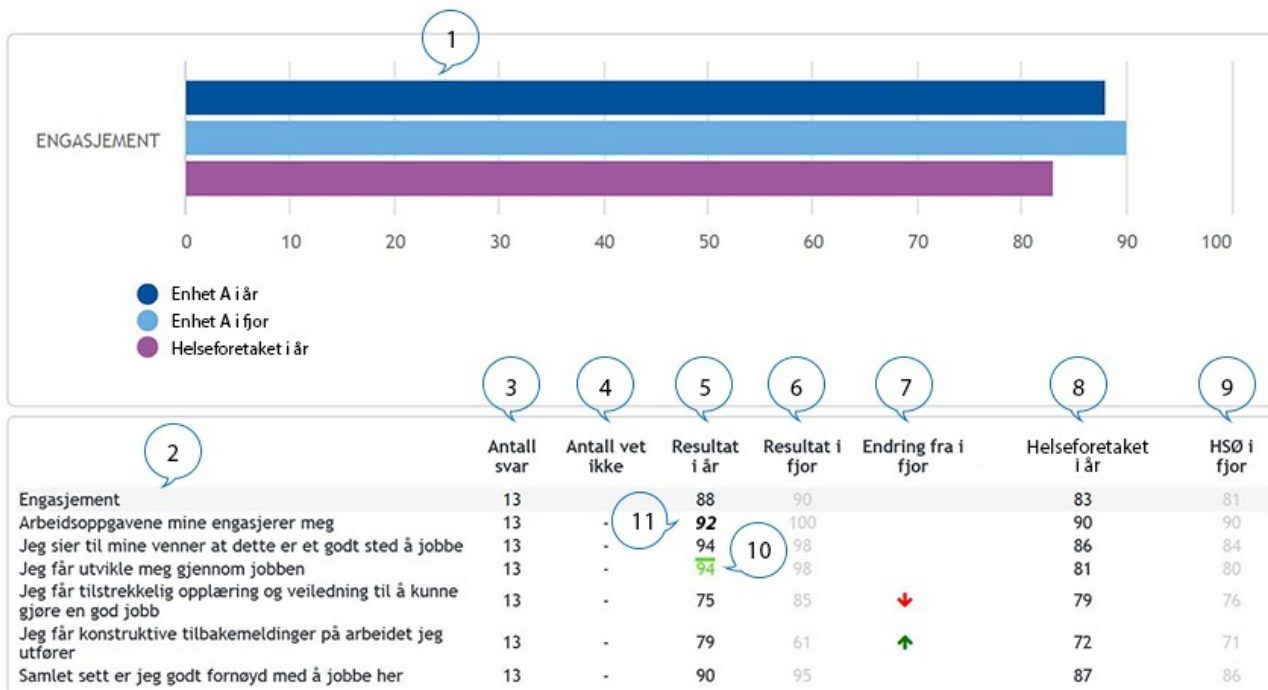
Spørreskjemaet er laget for å få frem ulike oppfatninger. Variasjon i svarene er derfor naturlig og ønskelig. Variasjonen gjenspeiler ulike måter å forstå og fortolke de forhold det spørres om. Viktige nyanser og fortolkninger kommer best frem i samtaler med de som kjenner forholdene i den enheten det rapporteres for. Selv et resultat hvor enheten skårer blant de med 15 % høyest skår kan vise seg å være et forbedringsområde. Et resultat blant de med 15 % lavest skår, kan i noen tilfeller være et naturlig resultat, og noe som enheten ikke oppfatter som ett forbedringsområde.

Enheter som har gjennomgående høye skår, bør vurdere om annen informasjon kan være relevant for å utarbeide bevarings- og forbedringstiltak. Dette kan for eksempel være interne kartlegginger, revisjoner, brukerundersøkelser etc.

OM RAPPORTEN

Lesing av resultatene

Hvert resultatområde har en innledning, og resultatet er presentert med en graf og en tabell. Grupper av spørsmål som hører naturlig sammen oppsummeres i et tema.



1. Grafisk presentasjon av temaene. **Mørk blå farge er enhetens resultat i år**, **lys blå farge er enhetens resultat i fjor** og **lilla farge er helseforetakets resultat i år**
2. Tema vises i den øverste raden og inneholder grupper av spørsmål som naturlig hører sammen. Tallene som vises på samme linje som Tema, gjelder samlet for de underliggende spørsmålene
3. Kolonne «Antall svar» viser antall personer som har besvart spørsmålet
4. Kolonne «Antall vet ikke» viser antall personer som har valgt «Vet ikke/ikke relevant»
5. Kolonne «Resultat i år» viser enhetens resultat på en skala fra 0-100. 0 regnes som minst ønskelig/mest belastende og 100 regnes som minst belastende/mest ønskelig
6. Kolonne «Resultat i fjor», viser enhetens resultat i fjor
7. Kolonne «Endring fra i fjor», viser om det har vært en signifikant endring siden i fjor
8. Kolonnen viser helseforetakets samlede resultat i år
9. Kolonnen viser helseregionens samlede resultat i fjor
10. **Blå skrift og understrek** understrek indikerer at enheten er blant de med 15% med lavest skår. **Grønn skrift og overstrek** indikerer at enheten er blant de med 15% høyest skår
11. Tall som er **uthevet i fet og kursiv** indikerer høy spredning. Det er kun der variasjon på et spørsmål eller tema er betydelig større enn normalt at resultatet presenteres i **fet og kursiv**

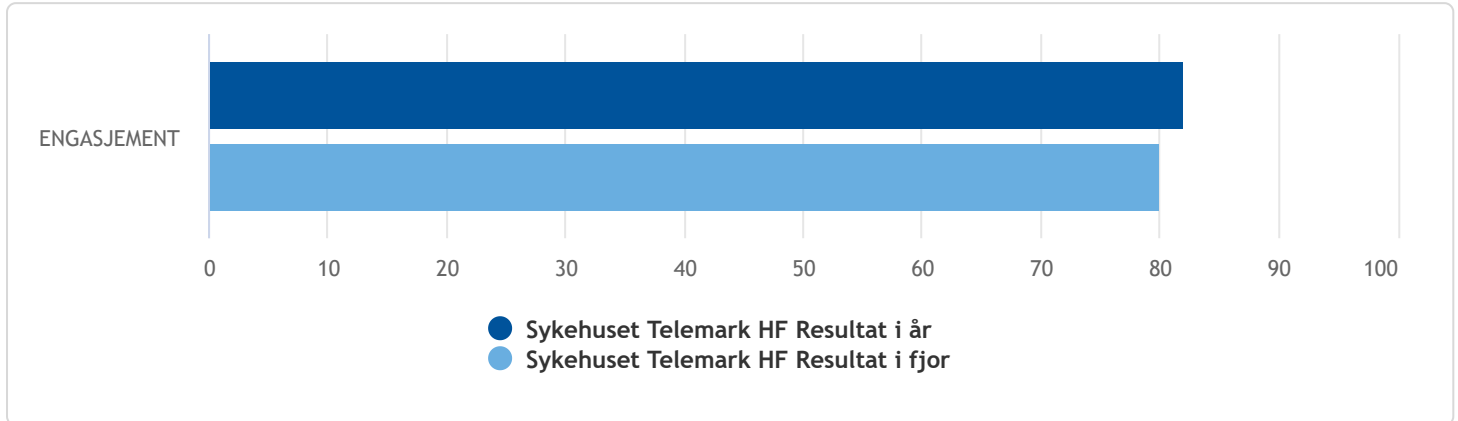
ENGASJEMENT

Engasjerte medarbeidere er de som får anerkjennelse, tilbakemeldinger og mulighet for personlig utvikling gjennom sitt arbeid. Engasjement virker inn på en rekke ulike prestasjoner.

Høyt jobbengasjement virker positivt inn på motivasjon og jobbutførelse, det fremmer service og lojalitet.

Engasjement gir bedre økonomisk resultat og reduserer turnover, ulykker, svinn og kvalitetsfeil.

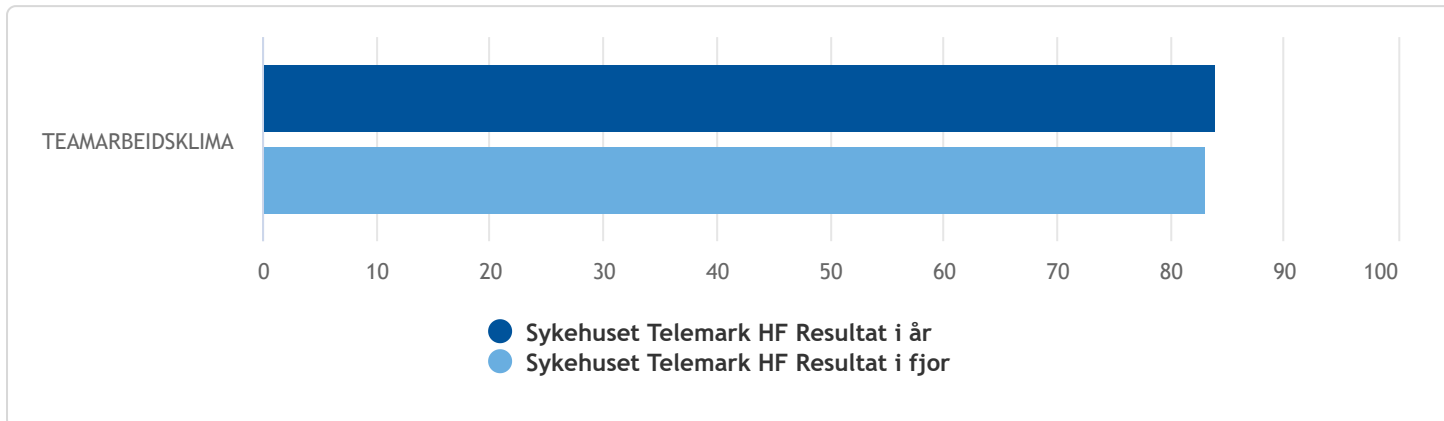
Høy skår indikerer et høyt engasjement.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Engasjement	2654		82	80		81
Arbeidsoppgavene mine engasjerer meg	2651	5	91	90		89
Jeg sier til mine venner at dette er et godt sted å jobbe	2651	5	83	82		84
Jeg får utvikle meg gjennom jobben	2649	7	81	79		80
Jeg får tilstrekkelig opplæring og veiledning til å kunne gjøre en god jobb	2640	16	77	74		77
Jeg får konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet jeg utfører	2646	10	74	72		72
Samlet sett er jeg godt fornøyd med å jobbe her	2652	-	86	84		86

TEAMARBEIDSKLIMA

Teamarbeidsklima belyser åpenhet, samarbeid og støtte mellom kollegaer og yrkesgrupper, både internt og på tvers av enheter. Manglende koordinering og samhandling mellom enheter i sykehus er et risikoområdet innen pasientsikkerhet som det er viktig å kartlegge. Høy skår indikerer et godt teamarbeidsklima.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Teamarbeidsklima	2655		84	83		84
Forskjellige yrkesgrupper samarbeider godt her	2627	29	84	83		83
Samarbeid med andre enheter fungerer godt	2595	61	74	73		76
Jeg får støtte og hjelp fra mine arbeidskolleger når jeg trenger det	2651	5	91	90		91
Her er det lett å spørre når det er noe jeg ikke forstår	2648	8	92	91		91
Det er lett å si fra om problemer i pasientbehandlingen her	2356	300	77	77		78

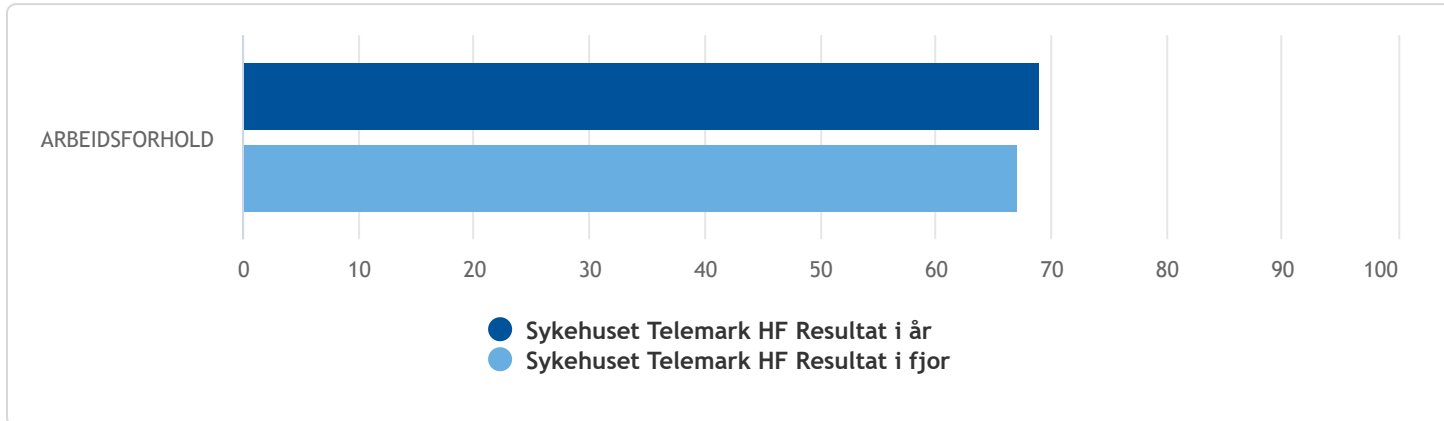
ARBEIDSFORHOLD

Arbeidsforhold belyser arbeidsmengde og tempo, samt tilgjengelige ressurser og hjelpemidler.

Det tar opp ulike belastninger som kan virke negativt inn på motivasjon og helse.

Det er viktig å ha under oppsikt.

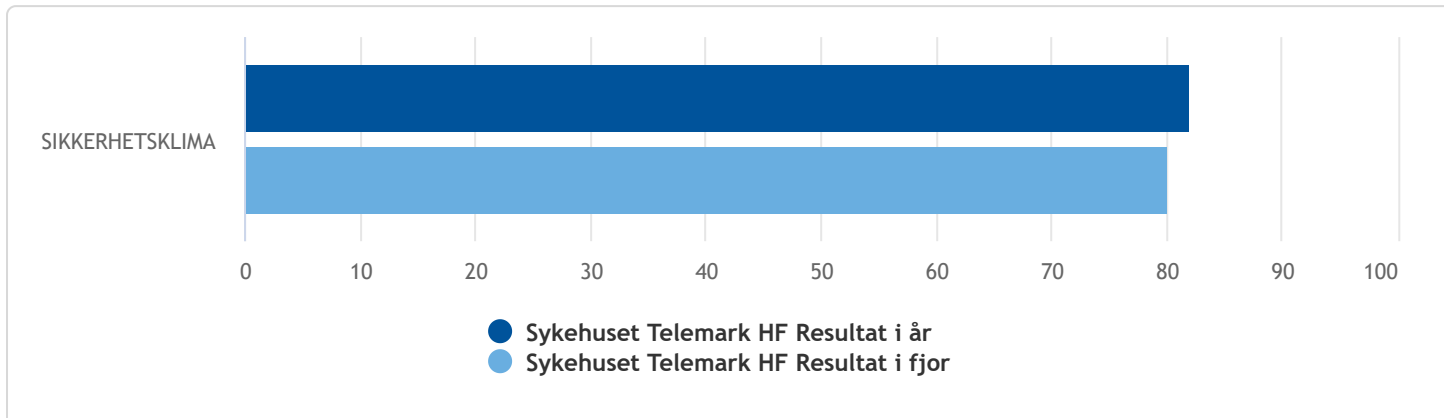
Høy skår indikerer at det finnes tilstrekkelig med ressurser og hjelpemidler, samt at arbeidsmengde og tempo er lite belastende.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Arbeidsforhold	2655		69	67		70
Jeg har tilstrekkelig med ressurser eller hjelpemidler til å gjøre jobben min	2647	9	72	71		73
Arbeidsbelastningen min er passe stor (antall oppgaver, arbeidstempo eller krav til å gjøre flere ting samtidig)	2647	9	61	59		63
Jeg rekker å ta pause og spise i løpet av arbeidsdagen/vakten	2649	7	74	72		73

SIKKERHETSKLIMA

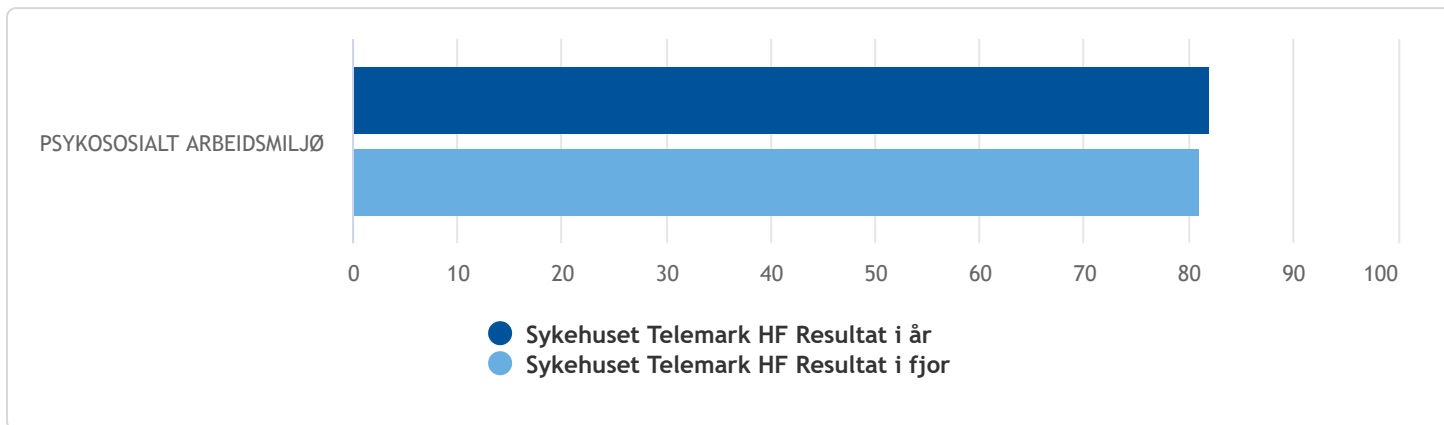
Sikkerhetsklima kartlegger varslingskulturen, og hvor trygg og åpen denne er. Det belyser forhold som virker inn på kvaliteten og pasientsikkerheten. Høy skår indikerer en god varslingskultur og åpenhet.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Sikkerhetsklima	2648		82	80		82
Jeg melder fra om avvik og hendelser som kan føre til skade eller feil	2578	78	82	80		85
Det er trygt å si i fra om kritikkverdige forhold her	2610	46	80	78		79
Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem	2616	40	81	79		80
Mine kolleger oppmuntrer meg til å si fra om jeg er bekymret for sikkerheten	2501	155	82	81		81
Her blir medisinske feil (behandlingsrelaterte forhold som gir/kunne gitt negativt utfall for pasient) håndtert riktig	2107	549	82	80		82
Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her	2496	160	83	83		85

PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ

Teamet psykososialt arbeidsmiljø tar opp mobbing, trakassering, diskriminering og hvordan ansatte blir ivaretatt hvis en hendelse skulle oppstå. Høy skår indikerer trygt arbeidsmiljø og god håndtering av eventuelle konflikter.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Psykososialt arbeidsmiljø	2636		82	81		81
Her jobbes det systematisk med forebygging og oppfølging av vold og trusler	2012	644	72	70		73
Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for diskriminering her i løpet av de siste 12 månedene	2394	262	85	84		83
Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for mobbing eller trakassering her i løpet av de siste 12 månedene	2425	231	84	83		81
Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for seksuell trakassering her i løpet av de siste 12 månedene	2381	275	93	94		93
Jeg vet hvordan jeg skulle gå frem dersom jeg la merke til at noen ble utsatt for mobbing, trakassering eller diskriminering	2568	88	84	83		82
Når konflikter oppstår her blir de håndtert på en god måte	2403	253	73	71		70

Diskriminering

Diskriminering betyr å behandle noen mindre gunstig enn andre. Ordet brukes oftest for å betegne en usaklig eller urimelig forskjellsbehandling av individer på grunnlag av kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel eller adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk, alder og andre vesentlige forhold ved en person. Diskriminering er forbudt etter Arbeidsmiljøloven §13-1 og etter Likestillingsloven §6.

Mobbing

Mobbing er at noen gjentatte ganger blir utsatt for negative handlinger eller atferd fra en eller flere personer, og har vansker med å forsvare seg mot dette.

Trakassering

Trakassering er handlinger, unnlater eller ytringer som virker eller har til formål å virke krenkende, skremmende, fiendtlige, nedverdiggende eller ydmykende.

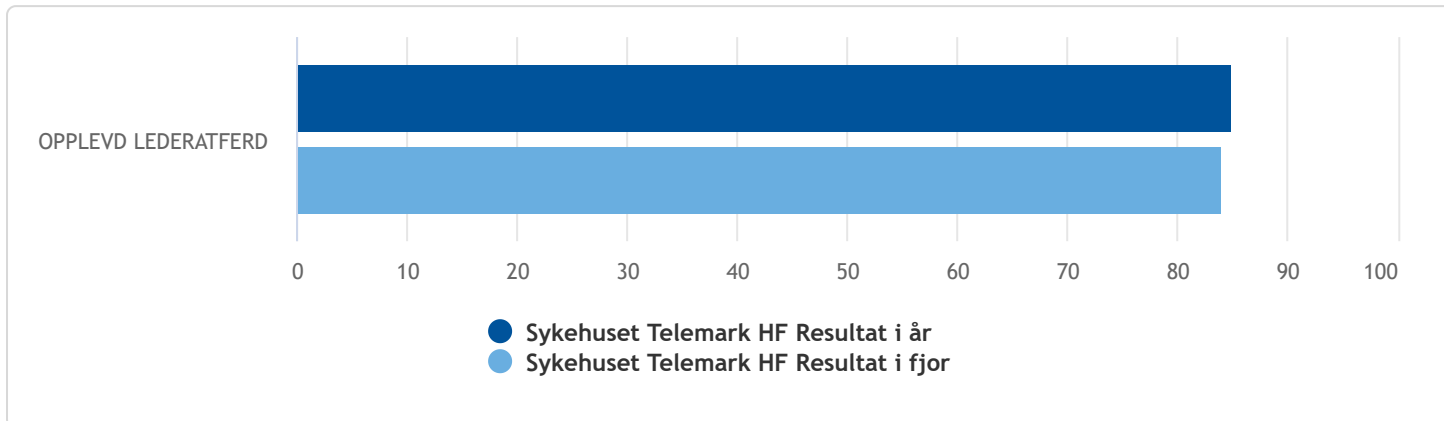
Både mobbing og trakassering er forbudt etter Arbeidsmiljøloven § 4-1. og § 4-3.

Seksuell trakassering

Seksuell trakassering er uønsket seksuell oppmerksomhet som har som formål eller virkning å være krenkende, skremmende, fiendtlig, nedverdiggende, ydmykende eller plagsom. Seksuell trakassering er forbudt, ifølge likestillings- og diskrimineringsloven § 13 og Arbeidsmiljøloven § 4-1. og § 4-3

OPPLEVD LEDERATFERD

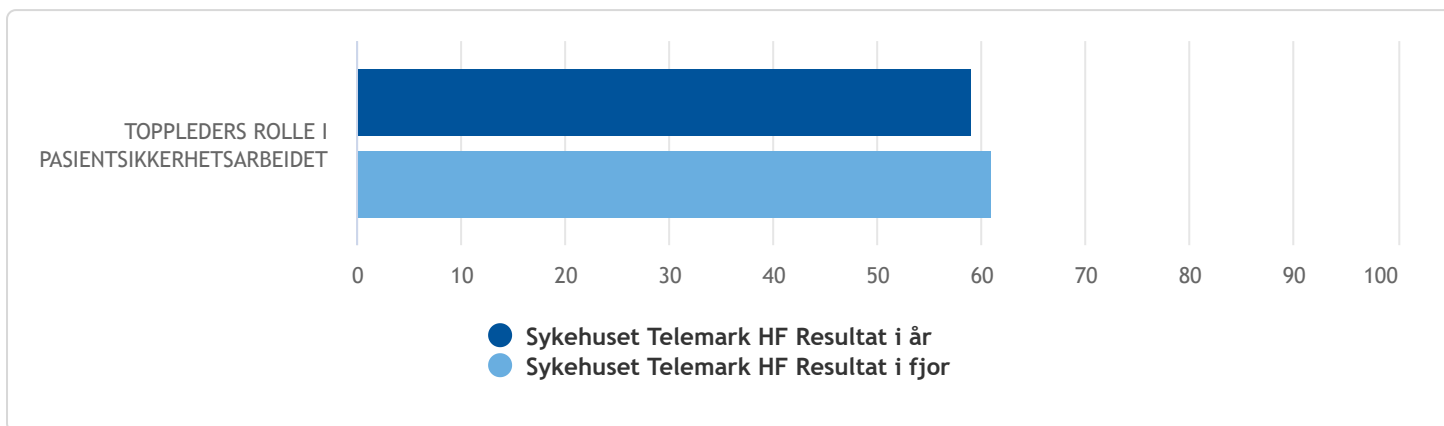
Temaet belyser relasjonen mellom leder og medarbeidere.
Ledelse har stor betydning for arbeidsmiljø og pasientsikkerhet.
Høy skår indikerer god ledelse.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Opplevd lederadferd	2643		85	84		84
Min nærmeste leder har tydelige forventninger til mitt arbeid	2616	40	87	86		86
Min nærmeste leder er tilgjengelig for meg når jeg har behov for det	2641	15	87	87		87
Min nærmeste leder følger opp uønskede hendelser og forbedringsforslag	2512	144	84	83		83
Min nærmeste leder oppmuntrer meg til å si ifra når jeg har en annen mening	2571	85	83	81		81

TOPPLEDERS ROLLE I PASIENTSIKKERHETSARBEIDET

Høy skår indikerer tillit til at administrerende direktør støtter godt opp om arbeidet med pasientsikkerheten.

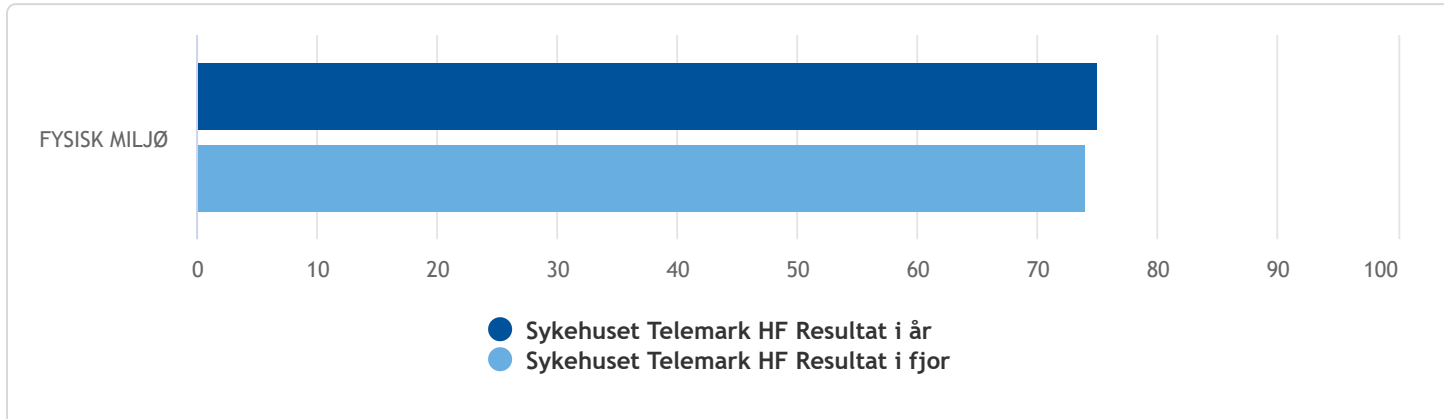


	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Toppleders rolle i sikkerhetsarbeidet	1825		59	61		65
Administrerende direktør støtter opp om arbeidet med pasientsikkerheten i helseforetaket	1825	831	59	61		65

FYSISK MILJØ

Temaet kartlegger ulike forhold som kan medføre helseplager, og skal bidra til å ivareta kravene i arbeidsmiljøloven, samt Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning.

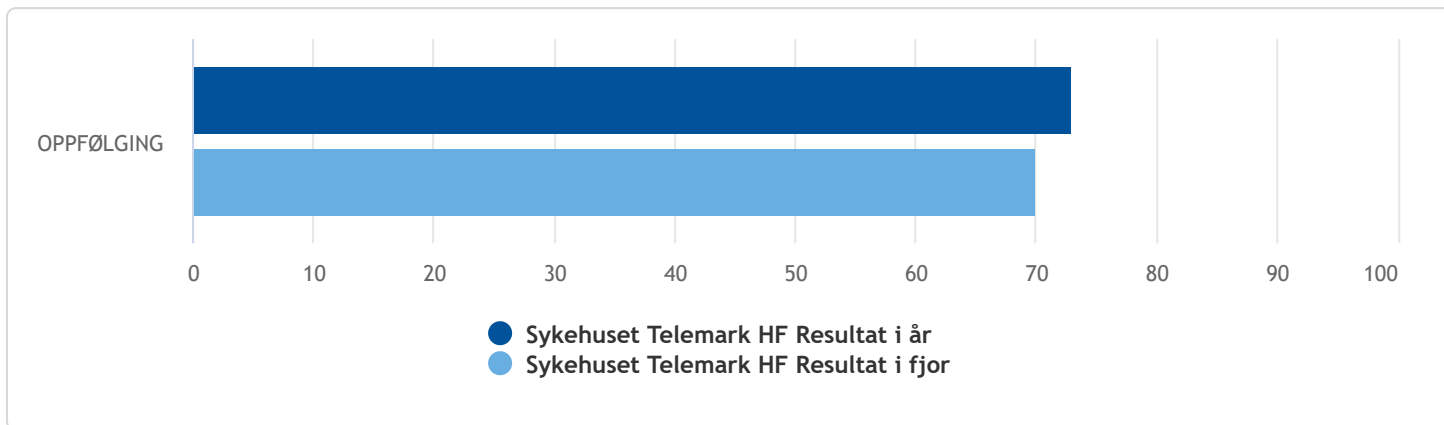
Det er ønskelig med høy skår på dette teamet.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Fysisk miljø	2654		75	74		73
Det er et godt fysisk arbeidsmiljø her (luft, lys, støy, støv, vibrasjoner, og lignende.)	2646	10	57	56		55
Her arbeides det godt med brannvern	2498	158	77	75		76
Her tilrettelegges arbeidet slik at muskel- og skjelettplager forebygges	2519	137	66	64		64
Her blir alle godt beskyttet mot skadelige kjemikalier og biologiske farer	2063	593	82	81		79
Her arbeides det godt med smittevern	2463	193	86	87		86
Her arbeides det godt med strålevern	1234	1422	78	77		78
Her er sikkerheten ved bruk av maskiner, tekniske hjelpemidler, eller utstyr godt ivaretatt	1932	724	83	82		83
Her arbeides det godt med å unngå negativ påvirkning på det ytre miljøet	2047	609	74	72		71

OPPFØLGING

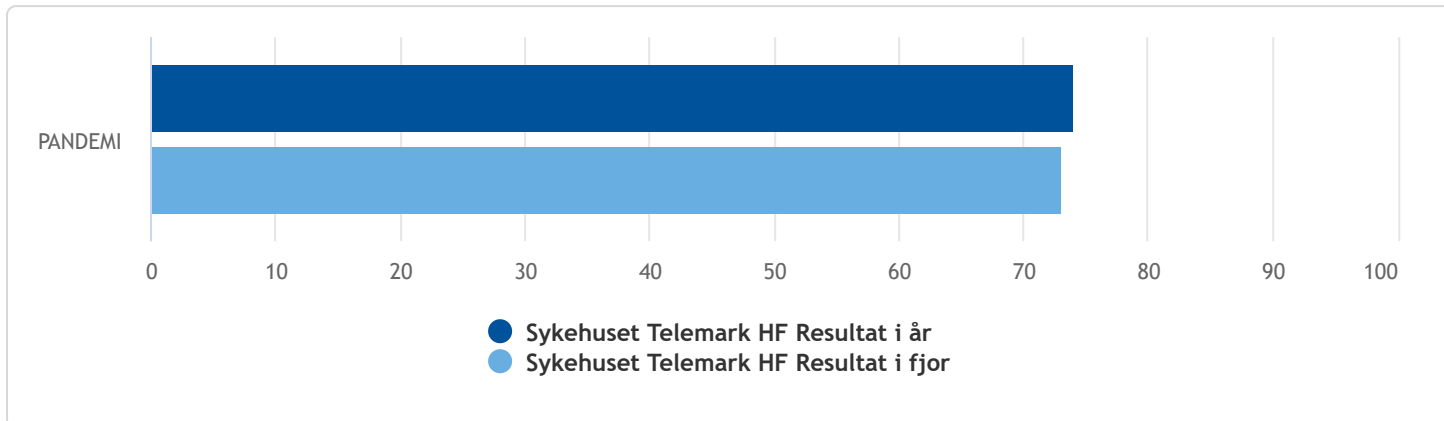
Oppfølging av undersøkelsen kartlegger om det arbeides systematisk med forbedringer og om de ansatte var involvert i oppfølgingen av forrige undersøkelse. Høy skår indikerer at det arbeides systematisk med forbedringer og at det er en høy grad av involvering.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Oppfølging	2610		73	70		71
Her arbeides det systematisk med å forbedre arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten	2545	111	76	74		75
Jeg har vært involvert i oppfølgingen av den forrige ForBedring kartleggingen	2191	465	69	66		66

PANDEMI

Pandemien har preget helsetjenesten på mange ulike måter. For 2021 er temaet «Pandemi» tatt med, som ett nytt tema i dialogen om hvordan jobbe med pasientsikkerheten og arbeidsmiljøet. Det kan være nyttig å diskutere både om pandemien har påvirket arbeidsmiljøet, og på hvilken måte den har preget arbeidet, før en jobber med tiltak.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Pandemi	2491		74	73		74
Mitt arbeid har blitt endret under pandemien (nye oppgaver, jobbe ved andre avdelinger, arbeid hjemmefra ol.)	2196	460	50	60	↓	58
Her har ledere og medarbeidere støttet hverandre under pandemien.	2319	337	86	86		86
Jeg har blitt involvert i endringsprosessene under pandemien.	2121	535	69	67		67
Her fikk vi raskt på plass gode rutiner for smittevern.	2271	385	82	81		83
Jeg har fått god opplæring i smittevern her (inkl. bruk av personlig verneutstyr der det har vært påkrevet).	2329	327	84	83		82
Jeg har fått utvikle meg faglig til tross for smitteverntiltakene (deltatt på fagdager, faglige lunsjer, veiledning, digital kurs/konferanser, digitale fagsamlinger, ol.)	2278	378	64	55	↑	59
Jeg har følt meg trygg på jobb under pandemien.	2364	292	82	81		83

TILLEGGSPØRSMÅL - SYKEHUSET TELEMAR HF

Tilleggsspørsmål Sykehuset Telemark HF

HAR DU GJENNOMFØRT
UTVIKLINGS / MEDARBEIDERSAMTALE?

1. Ja
69% i år
65% i fjor

Total:(2656 Svar) i år
Total:(2581 Svar) i fjor

HAR DU VÆRT UTSATT FOR VOLD ELLER TRUSLER PÅ
JOBBS SISTE 12 MÅNEDER?

1. Ja
11% i år
11% i fjor

Total:(2656 Svar) i år
Total:(2581 Svar) i fjor

ForBedring – retningslinje for gjennomføring

• HENSIKT OG OMFANG

ForBedring er en nasjonal undersøkelse som består av den tidligere Medarbeiderundersøkelsen, Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen og HMS-grovkartlegging.

Formålet med ForBedring er å kartlegge ulike sider av arbeidsmiljøet og pasientsikkerhetskulturen. Resultatene fra kartleggingen skal brukes til dialog og forbedringsarbeid. Undersøkelsen vil gi ledere og medarbeidere informasjon til å kunne arbeide systematisk med å redusere risiko for uønsket hendelser, blant annet ved å forbedre lokalt arbeidsmiljø.

MÅLGRUPPE

ForBedring for hele Sykehuset Telemark og alle ansatte, inkludert ledere skal delta.

Ansatte som skal delta:

- Alle ansatte som har en fast stilling, et vikariat eller engasjement i 1 % stilling eller mer
- Alle som er ute av sykehuset i lønnet permisjon eller sykemelding i undersøkelsesperioden

Hvem skal ikke delta:

- Ansatte som har vært ansatt kortere tid enn 3 måneder
- Ansatte som er ute av sykehuset i ulønnet permisjon
- Ansatte som har vært sykemeldte i over 1 år

GENERELT

ForBedring er et nasjonalt verktøy for å måle de ansattes oppfattelse av pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring og arbeidsmiljø/HMS i sammenheng. ForBedring tar utgangspunkt i medarbeidernes opplevelser og erfaringer. Oppfølging av undersøkelsen omfatter kartlegging av nåsituasjon, risikovurdering av arbeidsforholdene, utarbeidelse av handlingsplan og iverksettelse av tiltak.

Kravene om å jobbe systematisk er forankret i:

- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift om systematisk helse- miljø og sikkerhetsarbeid i virksomheter

ORGANISASJONSOVERSIKT OG DISTRIBUSJONSLISTE

Det er organisasjonsoversikten (organisasjonstreet) og distribusjonslistene (ansatte lister) i Personalportalen som avgjør hvilken organisasjonsenhet den enkelte skal svare på undersøkelsen i forhold til.

Ledere svarer i ledergrupper som opprettes i undersøkelsen innenfor de ulike avdelinger og klinikker.

MEDVIRKNING

I henhold til Arbeidsmiljøloven skal alle medarbeidere delta aktivt i det systematiske forbedringsarbeidet. Dette betyr å:

- Delta i undersøkelsen og oppfølgingen av denne med egne erfaringer, synspunkter og forslag til forbedringsforslag
- Delta aktivt i gjennomføringen og avtalte forbedringstiltak

Medarbeiderne skal medvirke både ved å svare på spørreundersøkelsen, under oppfølgingsmøtet og gjennomføring av tiltak. Resultatene fra undersøkelsen skal alltid legges frem for medarbeiderne uavhengig av svarprosent eller andre forhold. Bare seksjoner der minst 5 medarbeidere har svart på undersøkelsen får en rapport. Besvarelsene i seksjoner som har for få deltakere til å få egne rapporter, vil inngå i samlerapporter på neste nivå i organisasjonen.

Vernetjenesten og tillitsvalgte på alle nivåer skal bidra til at planlegging, gjennomføring og oppfølging skjer etter denne prosedyren.

INFORMASJON

Før oppstart av undersøkelsen skal ledere og medarbeidere på alle nivå i helseforetaket informeres om undersøkelsen. Informasjonen skal nå alle ledere og medarbeidere i alle seksjoner, vernetjeneste og tillitsvalgte. Informasjonsarenaer er arbeidsmiljøutvalg, utvidet ledermøte, ledergruppemøter, personalmøter, møter for vernetjenesten og tillitsvalgte. Informasjonskanaler er eksempelvis muntlig informasjon, e-poster, sms til ansatte og artikler på Pulsen.

Informasjonen skal minimum inneholde:

- Hensikten med ForBedring
- Viktigheten av at den enkelte deltar
- Oversikt over stegene i prosessen fra oppstart av kartleggingen til utarbeidelse av handlingsplan, gjennomføring av tiltak og vurdering av oppnådde resultater
- Ansvar knyttet til gjennomføring av ForBedring– både lederes og medarbeideres ansvar

KONFEDENSIALITET

Den enkeltes besvarelser i ForBedring skal behandles konfidensielt. Resultatene fra kartleggingen rapporteres på en måte som sikrer at enkeltpersoner og deres svar ikke identifiseres. Enheter hvor færre enn fem ansatte har svart får ikke egen rapport.

TILGANG TIL RESULTATET OG RAPPORTER FRA FORBEDRING

- Ledere skal ha tilgang til rapporter for eget ansvarsområde (forutsetter at minimum 5 ansatte i enheten har svart på undersøkelsen).
- Ledere på overordnet nivå skal ha tilgang til rapportene som gjelder for alle underliggende seksjoner.
- Alle rapportene publiseres i arbeidsrommet «ForBedring» på Pulsen.
- Arbeidsmiljøutvalget (AMU), hovedverneombudet (HVO) og foretakstillitsvalgte (FHTV) skal gjøres kjent med det overordnede resultatet for foretaket.
- Arbeidsmiljøutvalget (AMU), hovedverneombud (HVO) og tillitsvalgte (TV) skal gjøres kjent med det overordnede resultatet for divisjonen.

VEILEDNING/STØTTE

Seksjoner og ledergrupper som har lav svarprosent, lav score på enkelte spørsmål, generelt mange lave scorere på undersøkelsen eller føler seg usikre, *skal* be nærmeste overordnede leder om hjelp eller veiledning. Planlegging, gjennomføring og oppfølging av resultatene etter ForBedring kan også støttes av ulike stabsfunksjoner (HR og Kvalitet) på forespørsel. Bedrifthelsetjenesten kan også bistå i prosessen.

OPPFØLGINGSMØTER, UTARBEIDELSE AV HANDLINGSPLAN

Den enkelte leder har ansvar for at det gjennomføres oppfølgingsmøter og utarbeides tiltak innenfor alle organisasjonsheter den har ansvar for.

Utviklingsverktøy i Personelhåndboken eller ulike modeller for forbedringsarbeid i pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7» kan brukes i forbindelse med gjennomføring av oppfølgingsmøte og oppfølging av ForBedring.

Det er viktig at resultatene fra undersøkelsen sees i sammenheng med andre måltall og kvalitetsparametere Dette kan være registrerte avvik eller hendelser, tilbakemeldinger fra

pasienter, pårørende eller brukere. Men også innspill fra interne revisjoner, eksterne tilsyn og ikke minst - leders og ansattes erfaringer med driften.

Leder skal sammen med de ansatte og verneombudet utarbeide en god og realistisk plan for forbedringsarbeidet. Tiltakene fra ForBedring skal legges inn i/oppdateres i enhetens handlingsplan.

RISIKOVURDERING

Det skal vurderes om resultatet fra ForBedring medfører behov for at det gjennomføres en utvidet kartlegging eller en risikovurdering i forhold til arbeidsmiljøet eller pasientsikkerheten.

OPPFØLGING AV HANDLINGSPLANEN

Handlingsplanen skal følges opp regelmessig. Leder for den seksjonen som handlingsplanen omfatter (den seksjon hvor utviklingsarbeidet skjer) har ansvar for å følge opp avtalte tiltak. Det anbefales at oppfølgingen settes opp på sakslisten på allerede etablerte møtefora i seksjonene eller ledergruppene.

Det skal gjennomføres møter hos overordnede ledere for å følge opp handlingsplanen for den enkelte underordnede organisasjonsenhet/ledergruppe.

OPPLÆRING

Ledere skal få opplæring slik at de kjenner sin rolle og kan tolke resultatene fra undersøkelsen, legge fram resultatene for personalgruppen, gjennomføre tilbakemeldings- og oppfølgingsmøter og gjennomføre bevarende og forbedrende tiltak i arbeidsmiljøet.

Verneombud skal gjennomgå opplæring slik at de kjenner prosedyren og sin rolle og kan bidra i tolkningen av resultatene fra undersøkelsen og i utviklingen av arbeidsmiljøet.

RAPPORTERING

Rapportering på overordnede resultater fra undersøkelsen foregår som en av den årlige virksomhets- rapporteringen.

REFERANSE

- [Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. §2-3](#)
- [Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. §3-1\(2\)](#)
- [Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. §4-2](#)
- [Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. §4-3](#)

- [Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter \(internkontrollforskriften\)§5](#)
- [Spesialisthelsetjenesteloven](#)

Vedlegg

Navn

[Samtaleverktøy.pptx](#)

Dokumentinformasjon

ID:	12609	Versjon:	3.3
Type:	Retningslinje	Modul:	Støttefunksjoner
Forfatter:	Sigrid Christie	Godkjent av:	Sigrid Christie (10.05.2023)
Revideres før:	28.05.2023		
Ansvarlig enhet:	Sykehuset Telemark HF / Sykehuset Telemark / HR-avdelingen / HR-Utvikling/forvaltning		
Adresse:	https://kvalsys.sykehuspartner.no/#/documents/12609		

Saksfremlegg

Saksgang

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	24.05.2023

Type sak (sett kryss)							
Beslutning		Etterretning		Orientering	x	Tema	

Sak: 052-2023

Status tiltak med timeavlysninger/ikke møtt

Hensikten med saken

I felles møte med styret og brukerutvalget i juni 2022 var «Konsekvenser av at pasienter ikke møter til planlagte timer» et av temaene som ble berørt. Man konkluderte med at det var ønskelig å sette fokus på utfordringen med timeavlysninger/ikke møtt (sak 061-2022).

Forslag til vedtak

Styret i Sykehuset Telemark HF tar saken til orientering og støtter opp om sykehusets arbeid for at flest mulig pasienter møter til planlagt time.

Skien, 12. mai 2023

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

I felles møte med styret og brukerutvalget i juni 2022 var «Konsekvenser av at pasienter ikke møter til planlagte timer» et av temaene som ble berørt. Man konkluderte med at det var ønskelig å sette fokus på utfordringen med timeavlysninger/ikke møtt (sak 061-2022). I saken gjøres det rede for status og utvikling på området, samt tiltak og forbedringsarbeid.

2. Hovedpunkter

Status per april 2023 er at 3,5 % av polikliniske pasienter (somatikk, psykisk helse og rus) ved Sykehuset Telemark HF (STHF) ikke møtte til time. Snittet i Helse Sør-Øst er 4 %. Det har over tid skjedd en positiv utvikling ved STHF, hvor andel ikke møtt gradvis er redusert fra 4 % i 2019 til 3, 5. Andelen ikke møtt er lavere i somatikken (2,7 % jan-april 2023) enn i psykisk helse voksne (ca 7 % jan-april 2023) og rus (ca 10 % % jan-april 2023). Andelen er omtrent på nivå med psykisk helse barn og unge (ca 3 % jan-april 2023).

Selv om andelen ikke møtt i somatikken er relativt lav, utgjør antallet et betydelig volum. I somatikk er det fagområder som rehabilitering og ØNH som har de største utfordringene. I 2023 er det per april 1795 pasienter samlet i somatikken som av ulike årsaker ikke møtte til poliklinisk time. Dette fører til suboptimal utnyttelse av tid og ressurser. Poliklinikkene replanlegger så godt det lar seg gjøre, men mange timer blir stående ubenyttet.

Det kan være ulike årsaker til at pasienter ikke møter til avtalt time. For eksempel:

- Glemsel: Pasienter kan glemme avtalt tidspunkt eller dato, spesielt hvis de har mange avtaler å holde styr på eller hvis de har helseproblemer som kan påvirke hukommelsen deres.
- Mangel på transport: Noen pasienter kan ha problemer med å komme seg til sykehuset på grunn av mangel på transport eller på grunn av geografiske avstander.
- Sykdom eller akutte situasjoner: Noen pasienter kan oppleve forverring av tilstanden sin eller oppleve akutte situasjoner som gjør det umulig for dem å møte opp til avtalt tid.
- Manglende forståelse eller misforståelser: Noen pasienter kan ikke forstå betydningen av avtalt tid, eller det kan være misforståelser om dato eller tidspunkt.
- Økonomiske utfordringer: Pasienter kan noen ganger ha problemer med å betale for tjenestene
- Personlige forpliktelser: Pasienter kan ha personlige forpliktelser som gjør at de ikke kan møte opp til avtalt tid, for eksempel jobb eller omsorg for familie eller venner.

Sykehuset har lenge vært klar over problematikken med pasienter som ikke møter til avtalt time. Det har over mange år vært fokusert på tiltak for å redusere antallet og andelen.

- Godt system rundt innkalling til time: Pasienter får innkallingsbrev på HelseNorge.
- Tydelig kommunikasjon: Sykehuset sørger for at kommunikasjonen med pasientene er tydelig og forståelig, både når det gjelder avtalebekreftelse og hva som forventes av pasientene før og under timen.

- Tidspunkt for timer: Sykehuset tilbyr fleksible tider for avtaler, for eksempel kvelds- og helgetimer. Dette kan gjøre det enklere for pasientene å få tilpasset tiden til sin hverdag.
- Riktig kontaktinformasjon: Når pasienter møter til time eller blir ringt til, kvalitetssikrer sekretærene at adresse, mobilnummer og pårørende stemmer overens med opplysninger i det pasientadministrative systemet. Dette forebygger feil ved senere timeinnkallinger på sykehuset.
- Sykehuset sender rutinemessig påminnelser til pasientene via SMS. Dette kan bidra til å redusere glemsel og misforståelser. Ved ØNH poliklinikken har de flyttet tidspunktet for sms-varsling fra 4 dager før til 3 dager før timen. Tanken er at en påminnelse tettere opp mot timen, virker skjerpene.
- Rutiner for å fylle opp ledig kapasitet: De enkelte poliklinikken kan ha litt ulik tilnærming. Når ØNH poliklinikken får ledige timer på kort varsel (under 10 dager), eller av annen grunn får ekstra kapasitet på poliklinikken, får aktuell pasienten en sms med tilbud om time. Dette følges også opp med en telefon. Man ser god effekt av den doble tilnærmingen. Pasienter som blir ringt til og som godtar timen over telefon, møter så å si alltid til timen sin.
- Samarbeid med lokale transporttjenester: Sykehuset har samarbeid med lokale transporttjenester for å tilby pasientene transport til og fra sykehuset. Dette er spesielt nyttig for pasienter som bor langt unna eller som ikke har egen bil.
- Gebyr for ikke møtt: Ved årsskiftet 2022/23 ble gebyret for å ikke møte til time økt på nasjonal basis. Inntrykket er at dette i noen grad kan ha bidratt til reduksjon. Samtidig er det viktig å være klar over at ikke-møtt-gebyr kan gi utfordringer for en del pasienter.
- Økonomisk støtte: Sykehuset kan gi pasientene informasjon om økonomisk støtte eller finansielle ordninger som kan hjelpe de som trenger det, å dekke kostnadene ved behandling og transport.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Sykehuset har over tid jobbet med å redusere antall og andel pasienter som av ulike grunner ikke møter til avtalt poliklinisk time. Andelen er redusert fra 2019, men det er antakelig fremdeles potensiale for forbedring. Det at alle møter, danner grunnlag for god planlegging og ressursutnyttelse på poliklinikkene. Fokuset på forbedring fortsetter, og styret inviteres til å støtte opp under arbeidet.

Saksfremlegg

Saksgang

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	24.05.2023

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

Sak: 053-2023

Høringsuttalelse – Helsepersonellkomisjonens rapport 2023

Hensikten med saken

Informere styret om at det er avgitt høringssvar på Helsepersonellkomisjonens NOU 2023:4 Tid for handling, samt innholdet i høringssvaret.

Forslag til vedtak

Saken tas til orientering, og styret i Sykehuset Telemark HF gir sin tilslutning til det innsendte høringssvaret på Helsepersonellkomisjonens NOU 2023:4 Tid for handling.

Skien, 11. mai 2023

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Helsepersonellkommissjonen la frem sin utredning «Tid for handling» NOU 2023:4 den 2. februar 2023.

Formålet med arbeidet har vært å etablere et kunnskapsgrunnlag og foreslå treffsikre tiltak i årene framover for å utdanne, rekruttere, og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjeneste i hele landet for å møte utfordringene i helse- og omsorgstjenestene på kort og lang sikt.

Helse- og omsorgsdepartementet har invitert til en bred høring med frist for innspill til 2. mai 2023.

I Sykehuset Telemark HF har utredningen vært behandlet i klinikker og stabsavdelinger. Innkomne innspill (fra Medisinsk klinikk, Kirurgisk klinikk og HR-avdelingen) har blitt bearbeidet av en redaksjonskomite i staben, og ble behandlet i direktørens ledergruppe 25. april, før endelig innsending. Innspill fra foretakstillitsvalgte i sykehuset ble lagt ved som vedlegg.

Vedlegg:

1. Høringsuttalelse fra STHF
2. Høringsuttalelse fra Foretakstillitsvalgte STHF

Høringsuttalelse – Helsepersonellkommisjonens rapport 2023

Sykehuset Telemark HF stiller seg bak hovedkonklusjonene i rapporten og mener den beskriver dagens og morgendagens situasjon, slik vi kjenner utfordringsbildet, på en god måte. Vi ønsker i tillegg å komme med noen betraktninger på enkelte av de sentrale punktene.

Oppgavedeling

STHF deler helsepersonellkommisjonens oppfatning om at riktig oppgavedeling bygges nedenfra. Først og fremst må det jobbes målrettet med å opparbeide gode holdninger. Vi må ha en felles forståelse i organisasjonen om hvorfor oppgavedeling er riktig og viktig, og gode holdninger og positiv kultur må ligge som en «grunnmur» for å lykkes. Alle trenger å forstå viktigheten av hverandre i organisasjonen. Dette krever kulturendring og mindre grad av profesjonskamp. Her har også fagforeningene en viktig rolle.

Det bør tydeliggjøres hva som er generalistkompetanse for sykepleiere. Hvilke oppgaver må utføres av høyspesialisert og spesialisert personell, og hvilke oppgaver kan utføres av personell med annen helsekompetanse, annen fagkompetanse og assistenter? Med en grundig og god kartlegging kan dette bidra til at vi bruker vi rett kompetanse på rett plass. For å lykkes er det en forutsetning at det er forankret i hele lederlinjen.

Riktig oppgavedeling kan gi økt ansvar hos andre yrkesgrupper. Dette kan igjen kan føre til at andre yrkesgrupper opplever jobben og arbeidsoppgavene som mer givende, og dermed at den ansatte utvikler seg faglig og tilegner seg økt kompetanse. Dette bør harmoniseres/standardiseres, slik at det ikke er store variasjoner i hvilke oppgaver personell med annen eller lavere formell utdanning kan utføre fra seksjon til seksjon eller fra helseforetak til helseforetak.

Knapphet på personell og høy arbeidsbelastning kan medføre at seniorer ønsker å trekke seg tilbake fordi de kan oppleve at det er for krevende arbeidstempo knyttet til turnusarbeid. Vi bør legge til rette for å bruke seniorkompetansen. Dersom for eksempel sykepleiere av ulike årsaker på slutten av sin karriere ikke kan jobbe døgnkontinuerlig turnus, kan disse utføre oppgaver som for eksempel utskrivninger, veilede studenter og nyansatte og utføre andre administrative oppgaver.

God samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste om hvilke behov og praksis som er gjeldene hvert sted, er verdifullt. Hospitering for å bli kjent med «beste praksis» på ulike avdelinger, helseforetak og kommuner vil være nyttig.

Ressursmangelen er også krevende i samarbeidende kommuner. Samhandlingsprosjekter mellom sykehus og kommune, som felles rekruttering og rotasjoner, vil kunne bedre dette. Kombinerte stillinger er spennende og gir muligheter for forståelse for hverandres måte å jobbe på. Delte stillinger kan også skape utfordringer knyttet til å være på to steder: både arbeidsoppgaver, strukturer, føringer og kollegagruppe. Det er en forutsetning at arbeidstaker føler tilhørighet både der de har «hus» og «hytte». De må oppleve at de har tilstrekkelig kompetanse og at de har tilstrekkelig volum begge steder. Det er viktig å opprettholde kvalitet på arbeidet, hjelpe ansatte til å holde seg oppdatert på begge steder, ha nok mengdetrening til å bli god og effektiv og også opprettholde eierskap og tilhørighet. Det må utvikles gode løsninger for dette.

Det vil være viktig at utdanningssystemene understøtter fremtidens behov, slik at vi sammen kan bygge og utvikle kompetanse også gjennom yvei, kompetansestige og riktig opplæring.

Myndighetene har også et ansvar for å legge til rette for at en god og fornuftig oppgavedeling kan skje gjennom tydelige føringer og krav til helsesektoren.

Arbeidsforhold og arbeidstid.

Sykehuset Telemark HF støtter kommisjonens vurderinger og tiltaksforslag med hensyn til trivsel i jobb, motivasjon til heltidsarbeid og å stå lenger i jobb.

Arbeidstidsplaner er en avgjørende faktor for opplevd arbeidsmiljø, belastning og jobbtilfredshet. Arbeidstidsplanlegging er krevende i helsesektoren, på grunn av døgnkontinuerlige turnusordninger. Utfordringen er særlig knyttet til natt- og helgearbeid. Kommisjonen peker på at det må jobbes med løsninger som gjør det mer attraktivt å jobbe «ubekvemt». Forutsigbarhet og fulle stillinger er viktige faktorer, men i praksis så betyr det at ansatte, og deres tillitsvalgte, må akseptere å arbeide mer enn hver tredje helg.

Vi ser utfordringer knyttet til deler av legetjenestene i sykehusene. Spesialiseringen står i fare for å utarme breddefag som generell indremedisin og kirurgi. Kirurgi må nok påregne ytterligere spesialisering, og det er trolig til pasientenes beste. En svekkelse av faget generell indremedisin kan i verste fall føre til at mindre sykehus mangler grunnleggende vaktkompetanse, og på større sykehus kan det føre til økt liggetid. Med aldring i befolkningen vil en stor del av pasientene antakelig ha behov for generell indremedisinsk kompetanse. Vi vil betone viktigheten av å opprettholde faget «generell indremedisin». Faget må gjøres attraktivt, og her må man bruke det handlingsrommet som finnes.

Den bemanningssituasjonen som beskrives i kommisjonens rapport, der det pekes på ressursmangel for både leger og sykepleiere, vil måtte tvinge fram en diskusjon rundt funksjonsfordeling og organisering av helsetjenesten framover, herunder også en diskusjon rundt sykehusstruktur. Sykehuset Telemark HF støtter kommisjonens vurderinger og mener dette er en diskusjon vi må ta.

Vedrørende heltids/deltidsarbeid ønsker Sykehuset Telemark HF primært å ansette i så store stillinger som mulig, men krav om avtaler for gjennomsnittsberegning og fagforeningers ønske om begrensning i omfanget av helgearbeid, reduserer arbeidsgivers handlingsrom for flere hele stillinger.

Utdanning og kompetanseutvikling

Vi stiller oss bak beskrivelsene Helsepersonellkommisjonen gir av nåsituasjonen og fremtidige utfordringer. Vi mener helseforetakene har en avgjørende rolle i å bidra til å beholde, utvikle og rekruttere helsepersonell, og dette må prioriteres enda tydeligere i årene som kommer og planlegges inn i virksomhetsstyringen.

Vi mener det er nødvendig at Norge i hovedsak selv må utdanne det helsepersonellet vi har behov for. Helseforetakene må bidra med både å utdanne eget helsepersonell, samt kunne tilby praksisplasser for utdanningsinstitusjonene.

Det må bli en mer smidig godkjenning av helsepersonell utdannet i utlandet, særlig leger, psykologer, sykepleiere og spesialsykepleiere. Samtidig er språkkompetansen hos utenlandske kandidater essensiell. Det trengs økt veiledningskompetanse for å gi gode praksisløp. Styrking av roller som fagsykepleier- og utdanningsansvarlig overlege (UAO) vil være viktig for å støtte leders arbeid med strategisk kompetanseutvikling. Assistenten bør også kunne ha en rolle i sykehus, med mulighet for å ta fagbrev etter hvert.

Utdanningene må forberede studentene innen helsefag på arbeid i turnus. De bør få erfaring med turnus som del av sine praksisstudier. Fagforeningene og arbeidsgiver bør være omforent om dette. Dette kan også gjøre det lettere å tilby flere praksisplasser.

Økt kapasitet på desentralisert sykepleierutdanning på deltid er viktig for å rekruttere flere sykepleiere. Det gir mulighet for å bo og studere i distriktene.

Det må være et tydelig krav at ledere har kunnskap om og gjennomfører strategisk kartlegging av ansattes kompetanse. Systematisk kompetanseutvikling er viktig for å planlegge arbeidstakeres individuelle kompetanseutvikling, samt gode sammensetninger av team, oppgavefordeling og arbeidsprosesser. Fagutviklingssykepleiere kan ha en viktig rolle i det systematiske arbeidet med kompetanse.

Sykehusene må jobbe for å være en attraktiv arbeidsplass som synliggjør karrieremuligheter ved å tilby både uformell og formell kompetanseheving i form av fagbrev, videreutdanning mm. Det ligger en mulighet for sykehusene til å ta inn flere som har falt utenfor arbeidslivet gjennom blant annet mer strukturert samarbeid med NAV, som «Menn i Helse»

Gode prioriteringer

Vi ser viktigheten av å benytte de tilgjengelige ressurser vi til enhver tid har til rådighet for pasientene på en mer effektiv måte og slik at ressursene fordeles rettferdig. Overdiagnostikk og overbehandling er viktig og nødvendig å fokusere på.

Helsepersonellkommisjonen foreslår flere tiltak for få oversikt over og mer kunnskap og innsikt i diagnostikk og behandlinger med liten eller usikker nytteverdi. Sykehuset Telemark HF støtter de foreslåtte tiltakene. Samtidig er det viktig at de enkelte sykehusene gjennomgår sin profil og fokuserer på gode prioriteringer.

Teknologi og digitale løsninger som kan redusere behovet for personell

Digitale løsninger kan gi oss mange muligheter. Bruk av medisinsk teknisk utstyr og digital teknikk må i større grad utnyttes i daglig drift. Digitale møteplasser sparer tid for alle og bør ha fortrinnsrett der det er egnet.

Oppfølging av kronikere kan i større grad støttes på egenmålinger og egenrapportering, som igjen gir mer målrettede pasientforløp og kortere ventetid for andre pasienter.

Skien 19.04.2023

Høringsinnspill til Helsepersonellkommisjonens rapport fra Foretakstillitsvalgte ved Sykehuset Telemark HF

Rapporten presenterer en bombastisk påstand om at det ikke er bærekraftig å opprettholde dagens nivå av helsepersonell. Kommisjonen begrunner dette ved å bruke en framskrivning som antar en økning på 1% av helsepersonell per år for å forbedre kvaliteten på tjenestene. Imidlertid fører denne framskrivningen til en betydelig økning i personell som ikke er nødvendig. Hvis faktoren for forbedring av kvalitet fjernes, viser framskrivningene ingen vesentlig økning i personellbehov frem til 2040-60.

Som tillitsvalgte er vi uenige i kommisjonens påstand og hevder at den reelle utfordringen er å beholde og rekruttere helsearbeidere på grunn av utfordrende arbeidsforhold. Derfor advarer vi sterkt mot kommisjonens anbefaling om å øke graden av kontroll over arbeidstidsplaner og bestemmelser i arbeidsmiljøloven. Vi mener at lokal kunnskap og deltakelse er nødvendig for å utvikle gode planer, og sentralisering kan føre til dårligere arbeidsforhold og redusert servicekvalitet.

Vi vil påpeke at arbeidsmiljø og trivsel er avgjørende faktorer for å rekruttere og beholde helsepersonell i sektoren. Dårlige arbeidsforhold og manglende trivsel kan føre til høy turnover og redusert kvalitet på tjenestene som tilbys. Derfor bør det legges større vekt på å skape gode arbeidsmiljøer og sikre at helsepersonell har tilstrekkelig tid til å utføre sine oppgaver og tilstrekkelig støtte og ressurser til å utføre jobben på en god måte. Hvis arbeidsmiljø og trivsel ikke blir tatt på alvor, vil det være vanskelig å rekruttere og beholde tilstrekkelig helsepersonell til å opprettholde en bærekraftig og kvalitativt god sektor. Derfor bør det være en prioritert oppgave for helse- og omsorgssektoren å forbedre arbeidsmiljø og trivsel for alle ansatte.

Vi er enige i kommisjonens fokus på å forbedre samarbeidet mellom sykehus og kommunale tjenester og oppnå en god balanse mellom yrkes- og faggruppene. Dette er avgjørende faktorer for å tilby gode tjenester og sikre en bærekraftig helsesektor.

Vi håper at vårt innspill vil tas i betraktning i høringssvaret for å sikre en bærekraftig og høykvalitets sektor for både pasienter og ansatte.

På vegne av tillitsvalgte ved STHF
Mvh
Janne Guldbjørnsen
Foretakstillitsvalgt Norsk Sykepleierforbund
Sykehuset Telemark HF
Tlf: 920 36 464



Saksfremlegg

Saksgang

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	24.05.2023

Type sak (sett kryss)							
Beslutning	X	Etterretning		Orientering		Tema	

Sak: 054-2023

Oppdatering av retningslinjer for lederlønn ved Sykehuset Telemark HF

Hensikten med saken

Statens retningslinje for lederlønn ble oppdatert med virkning fra 12. desember 2022, i tråd med ny eierskapsmelding. I foretaksmøtet 17. januar 2023 mellom Helse Sør-Øst RHF og Helse- og omsorgsdepartementet ble det gitt i oppdrag å oppdatere retningslinjer for lønn til administrerende direktør og ledende ansatte i samsvar med ny eierskapsmelding.

Helse Sør-Øst RHF har i styremøtet 28. april 2023 vedtatt nye retningslinjer som ivaretar de hensyn som departementet har fremholdt. Sykehuset Telemark er som underliggende helseforetak pålagt å bringe egne retningslinjer i samsvar med departementets og det regionale helseforetakets krav.

Forslag til vedtak

Styret slutter seg til nye retningslinjer for avlønning av administrerende direktør og ledende ansatte i Sykehuset Telemark HF, som fremlagt i saken.

Skien, 15. mai 2023

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

I forbindelse med den nye eierskapsmeldingen (*Meld.St.6 Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap – Statens direkte eierskap i selskaper*) fremkommer det tydelige krav og forventninger til statlige selskaper. Statens retningslinje for lederlønn ble oppdatert i tråd med eierskapsmeldingen med virkning fra 12. desember 2022.

Helse Sør-Øst RHF har fulgt opp oppdraget gitt i foretaksmøtet med Helse- og omsorgsdepartementet den 17. januar 2023, pkt. 3.4.1, vedrørende statens forventninger i eierskapsmeldingen om lønn til ledende ansatte.

Fra foretaksmøteprotokollen til Helse Sør-Øst RHF:

«Moderasjons hensynet sammenholdt med forventningen om konkurransedyktig godtgjørelse innebærer at godtgjørelsen ikke skal være høyere enn nødvendig for å rekruttere og beholde ønsket kompetanse. Dersom ledende ansatte får høyere årlig justering i fastlønn enn gjennomsnittet for øvrige ansatte, er staten opptatt av at selskapet begrunner dette i selskapets lønnsrapport. Statens retningslinjer for lederlønn ble oppdatert i tråd med eierskapsmeldingen med virkning fra 12. desember 2022.

Foretaksmøtet la til grunn at de regionale helseforetakene følger statens forventninger som fremkommer i eierskapsmeldingen. Forventningene skal også gjøres gjeldende for underliggende helseforetak.

Saken er videre behandlet i styremøtet til Helse Sør-Øst RHF 28. april 2023. Der forutsettes at retningslinjer for lønn til administrerende direktør og andre ledende ansatte gjort gjeldende i det regionale helseforetaket, legges til grunn for tilsvarende retningslinjer i helseforetakene. Disse retningslinjene skal styrebehandles i det enkelte helseforetak. Vedtatte retningslinjer oversendes Helse Sør-Øst RHF for godkjenning i nye foretaksmøter senere i 2023.

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Retningslinjene fra Nærings- og fiskeridepartementet innebærer ikke noen vesentlige endringer i forhold til gjeldende retningslinjer og praksis. Fra regnskapsåret 2023 skal styret utarbeide en rapport som gir en samlet oversikt over utbetalt og innestående lønn og øvrig godtgjørelse til ledende personer som omfattes av disse retningslinjene. Disse kravene er allerede ivaretatt i den årlige lederlønnsrapporten til Sykehuset Telemark HF, som er utformet i henhold til Statens retningslinjer for lederlønn. Ledende personer er i denne sammenhengen definert som Sykehuset Telemark HF sine styremedlemmer, administrerende direktør og dennes ledergruppe.

I eierskapsmeldingen forventer staten at forskjeller i godtgjørelsen til ledende ansatte og øvrige ansatte skal hensyntas i moderasjonsvurderingen, og at virksomheten særskilt begrunner høyere lønnsjustering for ledende ansatte enn gjennomsnittlig lønnsjustering for virksomhetens øvrige ansatte.

Dersom veksten i samlet godtgjørelse, eller i enkelte godtgjøringselementer, er større for ledende ansatte enn for øvrige ansatte, enten prosentmessig eller kronemessig, skal det gis en særskilt begrunnelse i virksomhetens lønnsrapport. De vedlagte retningslinjene for lederlønn i Sykehuset Telemark HF er oppdatert med kravet til slik begrunnelse.

Sykehuset Telemark HF sin lønnspolitikk er å tilby konkurransedyktige betingelser, men samtidig vise moderasjon og ikke være lønnsledende. Godtgjørelsen til våre ledende personer er i all hovedsak fastlønn. Det tilbys ingen variabel lønn som er knyttet opp mot eller er avhengig av foretakets oppnåelse av økonomiske og/eller andre fastsatte mål.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Administrerende direktør anser at reviderte retningslinjer for lønn til ledende ansatte, med endringene i krav til lønnsrapportering, sikrer at Sykehuset Telemark HF er tydelig og forutsigbar i forhold til statens forventninger til lederlønn.

Administrerende direktør anbefaler at det treffes vedtak i samsvar med dette.

Vedlegg:

1. Statens retningslinjer for lederlønn
2. Reviderte retningslinjer for ledende ansatte ved STHF

Statens retningslinjer for lederlønn i selskaper med direkte statlig eierandel

(fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet 12. desember 2022¹)

DEL I

1 Formål og virkeområde

Statens forventninger til selskaper med direkte statlig eierandel fremgår av eierskapsmeldingen.² Formålet med statens retningslinjer for lederlønn er å gi en oversikt over og utdypning av staten som eiers forventninger knyttet til godtgjørelse til ledende ansatte i selskaper med statlig eierandel.³ Statens forventninger gjelder hele konsernet.

Allmennaksjeloven §§ 6-16 a og 6-16 b med tilhørende forskriftsbestemmelser⁴ pålegger styrene i noterte selskaper å utarbeide retningslinjer for godtgjørelse til ledende personer (styrets retningslinjer) samt rapport om godtgjørelse til ledende personer (lønsrapport) som skal behandles av generalforsamlingen. I unoterte selskaper med statlig eierandel vil staten foreslå å fastsette i selskapets vedtekter at allmennaksjelovens bestemmelser om styrets retningslinjer og lønsrapport skal gjelde for selskapet.⁵

Statens retningslinjer viser hva staten vektlegger ved vurderinger av styrets retningslinjer og lønsrapport, herunder utforming av, nivå på og utvikling i godtgjørelsen til ledende ansatte.⁶ På generalforsamling vil staten i utgangspunktet stemme mot ordninger som er i strid med statens retningslinjer. Unntak kan f.eks. vurderes dersom avvik fra statens retningslinjer er godt nok begrunnet i styrets retningslinjer eller lønsrapport.

Statens retningslinjer består av generelle forventninger som knytter seg til all godtgjørelse som mottas av ledende ansatte og spesifikke forventninger til enkelte godtgjørelseselementer. I retningslinjenes del II er det utdypende kommentarer til forventningene for veiledning.

2 Generelle forventninger

Staten forventer at:

- A. Godtgjørelsen fremmer oppnåelse av selskapets og eiers mål, herunder at godtgjørelsen bidrar til selskapets strategi, langsiktige interesser og økonomiske bæreevne.
- B. Godtgjørelsen er konkurransedyktig, men ikke lønnsledende og at hensynet til moderasjon ivaretas.
- C. Hovedelementet i godtgjørelsesordningen er fastlønn.

¹ Retningslinjene erstatter retningslinjene datert 30.4.2021.

² Meld. St. 6 (2022 – 2023) *Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap - Statens direkte eierskap i selskaper*

³ Som "ledende ansatte" anses daglig leder og øvrig ledergruppe i selskapet, samt eventuelt andre som regnes som "ledende ansatte", jf. regnskapsloven § 7-31b.

⁴ Forskrift om retningslinjer og rapport om godtgjørelse til ledende personer av 1. januar 2021.

⁵ Dette vil ikke bli foreslått i selskaper som defineres som "små foretak" etter regnskapsloven § 1-6, med mindre det vurderes som hensiktsmessig. Dette vil heller ikke bli foreslått for Folketrygdforbundet som allerede er underlagt verdipapirfondforskriftens bestemmelser om godtgjørelse gjennom mandat for forvaltningen av Statens pensjonsfond Norge, fastsatt av Finansdepartementet.

⁶ I selskaper hvor styret ikke utarbeider retningslinjer og lønsrapport, vurderer staten godtgjørelsesordningene gjennom annen informasjon.

- D. Godtgjørelsen ikke er urimelig, gir uheldige virkninger for selskapet eller svekker selskapets omdømme.
- E. Selskapet er åpen om utforming av, nivå på og utvikling i godtgjørelsen til ledende ansatte, herunder at godtgjørelsesordningene er klart forståelige for eiere, ledende ansatte og andre interessenter.
- F. Forskjeller i godtgjørelsen til ledende ansatte og øvrige ansatte hensyntas i moderasjonsvurderingen, og at selskapet særskilt begrunner høyere lønnsjustering for ledende ansatte enn gjennomsnittlig lønnsjustering for selskapets øvrige ansatte. I denne vurderingen sees det også hen til kronemessig lønnsvekst for øvrige ansatte.
- G. Styret redegjør for hvordan det følger opp statens retningslinjer i datterselskaper.⁷
- H. Styret tar eierskap til, og arbeider aktivt med, styrets retningslinjer om godtgjørelse til ledende personer, lønnsrapporten samt daglig leders godtgjørelse.

3 Spesifikke forventninger knyttet til enkelte godtgjørelseselementer

3.1 Bonus, aksjeprogrammer og opsjoner

Staten forventer at:

- A. Selskapet gir nok informasjon om den resultatavhengige godtgjørelsen i styrets retningslinjer og lønnsrapport til at det er mulig å vurdere om ordningen fremmer selskapets ambisjoner, mål og strategier, virker insentiverende og er reelt variabel.
- B. Resultatavhengig godtgjørelse er basert på relevante, transparente og målbare kriterier.
- C. Maksimalt oppnåelig bonus ikke overstiger 25 pst. av fastlønn.
- D. Aksjeprogrammer⁸, herunder langtidsinsentivordninger⁹ (LTI), har bindingstid¹⁰ på minst tre år, uavhengig av om den ledende ansatte fortsatt er ansatt i selskapet.
- E. Summen av oppnåelig bonus og aksjeprogrammer i noterte selskaper ikke overstiger 55 pst. av fastlønn.
- F. Selskaper i kategori 2 ikke benytter egne bonusordninger for ledende ansatte.
- G. Opsjoner eller opsjonslignende ordninger ikke benyttes.
- H. Selskapet søker adgang til å kreve tilbake resultatbasert godtgjørelse som er tildelt på åpenbart feilaktig grunnlag eller villedende opplysninger fra vedkommende.

3.2 Pensjon

Staten forventer at:

- A. Pensjonsvilkår for ledende ansatte er på linje med øvrige ansattes vilkår i selskapet.
- B. Pensjonsgrunnlaget for alderspensjon ikke overstiger maksimalgrensen, herunder satsene, i de skattefaviserte kollektive pensjonsordningene i Norge (p.t. 12 G).
- C. Det ved avtaler om ytelsespensjon tas hensyn til eventuell ytelsespensjon som er opptjent fra andre stillinger og at samlet pensjonsutbetaling ikke overstiger 66 pst. av lønn opp til 12 G.
- D. Det ikke påløper pensjonskostnader ut over hva som følger av en eventuell skattefavisert ytelsesordning når en leder ikke lenger er ansatt i selskapet.

⁷ Jf. aksjeloven-/allmennaksjeloven §§ 1-3 (3)

⁸ Med *aksjeprogram* menes ordninger med direkte aksjeeierskap uten foregående opsjon. Dette kan innebære at den ansatte får aksjer som betaling, rabatt ved aksjekjøp eller bonusutbetaling med betingelse om å kjøpe aksjer.

⁹ Langtidsinsentivordninger (LTI) anses som et aksjeprogram. LTI er en prestasjonsbasert godtgjørelse hvor nettobeløpet etter skatt må investeres i selskapets aksjer med bindingstid.

¹⁰ Bindingstid etter tildeling av godtgjørelsen etter en eventuell opptjeningsperiode.

3.3 Sluttvederlag¹¹

Staten forventer at:

- A. Dersom selskapet inngår avtale om sluttvederlag, overstiger ikke avtalt sluttvederlag og lønn i oppsigelsestiden 12 månedslønner i sum.
- B. Sluttvederlaget reduseres normalt krone for krone dersom den ledende ansatte i sluttvederlagsperioden tiltrer ny stilling, får nye lønnede verv eller mottar inntekt fra næringsvirksomhet hvor vedkommende er aktiv eier.
- C. Dersom den ledende ansatte selv tar initiativ til å avslutte arbeidsforholdet, gis det ikke sluttvederlag.

4 Virkningstidspunkt og implementering

Statens retningslinjer for lederlønn er fastsatt 12. desember 2022. Staten forventer at statens retningslinjer er fulgt opp i styrets retningslinjer for lederlønn gjeldende fra 2023, og reflektert i lønnsrapporten for regnskapsåret 2023.

Del II – kommentarer

1 Innledning

For å gi veiledning med hensyn til hva staten legger i forventningene som fremgår i retningslinjenes del I, gis utdypende kommentarer i del II. I kommentarene presiseres, utdypes og eksemplifiseres statens forventninger.

2 Kommentarer til generelle forventninger

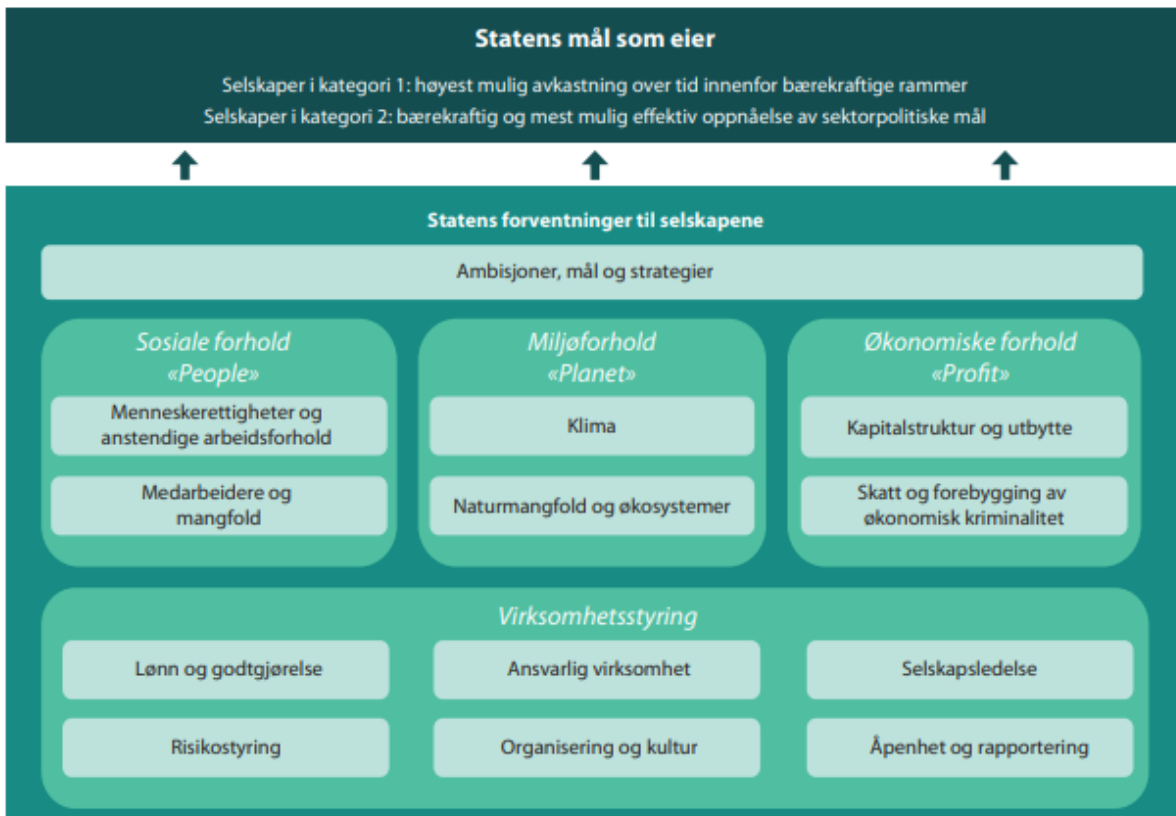
Staten forventer at:

- A. *Godtgjørelsen fremmer oppnåelse av selskapets og eiers mål, herunder at godtgjørelsen bidrar til selskapets strategi, langsiktige interesser og økonomiske bæreevne.*

Statens mål som eier er høyest mulig avkastning over tid innenfor bærekraftige rammer (kategori 1) eller bærekraftig og mest mulig effektiv oppnåelse av sektorpolitiske mål (kategori 2). Staten forventer at selskapet utarbeider og implementerer ambisjoner, tydelige mål og strategier, og at selskapet definerer tydelige prestasjonsindikatorer og måler selskapets måloppnåelse og gjennomføring av strategiene. Oppnåelse av statens mål som eier forutsetter at selskapene integrerer økonomiske, sosiale og miljømessige forhold gjennomgående i selskapenes ambisjoner, mål, strategier og virksomhetsstyring.

Gode godtgjørelsesordninger gjenspeiler selskapets ambisjoner, mål og strategier. Dette er særlig relevant ved resultatavhengig godtgjørelse og insentivbaserte ordninger i form av bonus-, aksjeprogrammer e.l. For at resultatavhengig godtgjørelse skal kunne medvirke til oppnåelse av selskapets og eiers mål, er det en forutsetning at det er en klar sammenheng mellom kriteriene for den resultatavhengige godtgjørelsen og selskapets ambisjoner, mål og strategier, og at kriteriene knyttes opp til vesentlige forhold som har betydning for selskapets måloppnåelse.

¹¹ *Sluttvederlag* omfatter kompensasjon i tilknytning til fratredelse og kan inneholde etterlønn, arbeidsfrie perioder, andre finansielle ytelser og naturalytelser.



For at resultatavhengig godtgjørelse skal stimulere til ønsket adferd, bør resultatkriteriene både knyttes til selskapets overordnede mål og til målbare kriterier som den enkelte kan påvirke ved egen innsats. Med målbare kriterier menes at det inntas relevante og dekkende forklaringer på hva som skal måles og hva som har gitt uttelling.

Resultatavhengig godtgjørelse skal gjenspeile verdiskaping for eierne og ikke i praksis være et fastlønnselement. Staten er derfor opptatt av at styret vurderer den reelle variabiliteten i ordningen ved fastsettelse av kriterier og innslagspunkter, og at innslagspunktene fastsettes på en måte som ikke fører til at uttellingen for enkeltkriterier i praksis alltid er tilnærmet lik. Eventuell utbetaling av resultatavhengig godtgjørelse bør som hovedregel reflektere oppnådde resultater ut over det forventede.

For noen noterte selskaper kan det å knytte kriteriene til verdiutvikling for eierne til en referansegruppe, f.eks. konkurrenters aksjekursutvikling eller indekser, være formålstjenlig. Det gjør at ledende ansatte ikke får belønning for økt aksjekurs som skyldes eksterne faktorer de ikke har kontroll over, f.eks. utviklingen i råvarepriser. En slik utforming innebærer samtidig at ledende ansatte kan få belønning dersom selskapet presterer bedre enn sin referansegruppe selv om aksjekursen faller pga. eksterne faktorer. Det kan bidra til at ledende ansatte kontinuerlig motiveres til å prestere bedre enn sine konkurrenter.

I selskaper som benytter resultatavhengig godtgjørelse, bør styret vurdere om det er mest formålstjenlig å bruke en kollektiv bonusordning, f.eks. i form av overskuddsdeling, noe som kan gi *alle* ansatte eierskap til selskapets resultater. Hva som er hensiktsmessige insentiver vil variere mellom selskapene. I den grad selskapene benytter slike ordninger bør ordningene utarbeides slik at forskjellen i potensiell utbetaling for ledende ansatte og øvrige ansatte ikke blir for stor.

Staten forventer at:

B. Godtgjørelsen er konkurransedyktig, men ikke lønnsledende, og at hensynet til moderasjon ivaretas.

Staten er opptatt av at godtgjørelsen til ledende ansatte er konkurransedyktig slik at selskapet får rekruttert og beholdt gode ledere. Samtidig skal godtgjørelsen ikke være lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper, og hensynet til moderasjon skal ivaretas. Dette innebærer bl.a. at godtgjørelsen ikke er høyere enn nødvendig for å tiltrekke og beholde ønsket kompetanse. Hensynet til moderasjon er vesentlig for å ivareta selskapets langsiktige interesser, blant annet for å unngå at omdømmet svekkes gjennom at lederlønningene bidrar til urimelige forskjeller i selskapet og samfunnet for øvrig. Moderasjon kan også forhindre urimelig verdioverføring fra aksjeeiere til ledende ansatte. Det er verken i selskapets eller eierens interesse om selskapet betaler mer i godtgjørelse enn nødvendig.

Godtgjørelsen til ledende ansatte fastsettes gjerne slik at den oppfyller to formål. Det ene er at godtgjørelsen er høy nok til at personen aksepterer og forblir i stillingen. Det andre er at godtgjørelsen er innrettet slik at den motiverer til å maksimere måloppnåelse for eierne. For det første formålet vil det normalt bl.a. sees hen til forhold som erfaring, ansiennitet, kompetanse og lønnsbetingelser som er vanlige i andre, tilsvarende selskaper. Ifm. lederbytter skal det med andre ord gjøres en konkret vurdering av riktig godtgjørelse, og ikke være automatikk i at eksisterende betingelser og nivåer videreføres i nye avtaler. Ved vurdering av tilsvarende selskaper kan det være relevant å se hen til en referansegruppe av sammenlignbare selskaper. Styret bør imidlertid være bevisst på at en eventuell bruk av slike referansegrupper kan ha en uheldig lønnsdrivende effekt, særlig hvis referansegruppen består av få selskaper, da høyere oppjustering i ett selskap kan medføre press på lederlønningene i de øvrige selskapene. Styret bør også ha et bevisst forhold til sammensetningen av en eventuell referansegruppe. For ledende ansatte som opererer i det norske lederlønnmarkedet bør det normalt sees hen til sammenlignbare *norske* selskaper i fastsettelsen av godtgjørelsen. Lederlønnsnivået i Norge er lavt i internasjonal sammenheng. Dersom utenlandske selskaper inkluderes i en referansegruppe, kan dette presse opp lederlønningene uten at det er et reelt behov for det. Videre bør det være aktsomhet rundt det å inkludere noterte selskaper i en referansegruppe for unoterte selskaper da det kan medføre unødig lønnsøkning i unoterte selskaper. For utenlandske ledende ansatte som opererer i lederlønnmarkedet utenfor Norge, vil staten ha forståelse for behovet for visse lokale tilpasninger som avviker fra statens forventning på enkelte godtgjørelseselementer.

Staten er opptatt av at styret ivaretar hensynet til moderasjon også i forbindelse med endringer i godtgjørelsesordningene. For eksempel vil hensynet til moderasjon i liten grad ivaretas dersom økt bindingstid på aksjer i aksjeprogrammer kompenseres med større økning i samlet godtgjørelse. Et annet eksempel er eventuell økt fastlønn som følge av redusert pensjonsgodtgjørelse, men hvor økningen i fastlønnen i liten grad reflekterer moderasjon. Det bør videre ikke være automatikk i at redusert bonusramme medfører økning i fastlønnen.

De enkelte godtgjørelseselementene skal vurderes både enkeltvis og samlet mot statens forventninger.

Staten forventer at:

D. Godtgjørelsen ikke er urimelig, gir uheldige virkninger for selskapet eller svekker dets omdømme.

Godtgjørelsesordninger som er urimelige, gir uheldige virkninger for selskapet eller svekker dets omdømme, kan føre til at selskapet må bruke mye tid på å håndtere intern uro i selskapet, omtaler i media osv. på bekostning av andre oppgaver, noe som igjen kan gi svakere måloppnåelse.

Eksempler på godtgjørelsesordninger som kan utfordre denne forventningen er inngåelse av for gunstige retrettavtaler, sluttvederlagsavtaler hvor vederlaget ikke faller bort dersom vilkårene for avskjed foreligger, uoppsigelige eller langvarige bonusordninger, bonusordninger som gir høy uttelling når aksjonæravkastningen eller annen måloppnåelse har vært svak, eller som gir ekstra godtgjørelse på grunn av eksterne forhold som ledelsen ikke kan påvirke, som for eksempel råvarepriser. Også særskilt godtgjørelse til ledende ansatte for styreverv i samme konsern vil typisk anses som urimelig. Staten er opptatt av åpenhet om begrunnelsen for eventuelle ordninger som kan fremstå som urimelige, slik at staten og andre interessenter kan vurdere ordningene.

Staten forventer at:

E. Selskapet er åpen om utforming av, nivå på og utvikling i godtgjørelsen til ledende ansatte, og at godtgjørelsesordningene er klart forståelige for eiere, ledende ansatte og andre interessenter.

Staten er opptatt av åpenhet om styrets vurderinger av statens forventninger, f.eks. hvordan godtgjørelsen bidrar til selskapets mål og hvordan styret ved fastsettelse og justering av godtgjørelsen ivaretar at godtgjørelsen er konkurransedyktig, men ikke lønnsledende samt hensynet til moderasjon.

Videre, for at eiere og andre interessenter skal kunne vurdere godtgjørelsen til ledende ansatte, er det avgjørende med åpenhet om utformingen av, nivået på og utviklingen i godtgjørelsen til de ledende ansatte, herunder at ordningene er klart forståelige. Generelt oppleves særlig utformingen av resultatavhengig godtgjørelse, hva som skal til for å oppnå slik godtgjørelse og hvordan kriteriene vurderes i forbindelse med utbetaling, å være lite tilgjengelige. Kompliserte ordninger gjør at eiere, styret, ledende ansatte og andre må bruke uforholdsmessig mye tid på å forstå ordningene. En grunnleggende forutsetning for at resultatavhengig godtgjørelse skal være egnet til å insentivere mottaker, er at mottaker forstår hva som skal til for å øke uttellingen. Eksempelvis forventer staten at kriteriene som ligger til grunn for resultatavhengig godtgjørelse er uttalte og kan måles. For variable godtgjørelseselementer, bør det i styrets retningslinjer også komme klart frem hva som er potensiell maksimal utbetaling for den enkelte ledende ansatte.

Som det fremgår nedenfor i kommentarene til forventningen i avsnitt 2F forventer staten også åpenhet rundt styrets begrunnelser der ledende ansatte gis en høyere lønnsvekst, i prosent eller kroner, enn hva som er den gjennomsnittlige lønnsøkningen for øvrige ansatte.

Staten forventer at:

F. Forskjeller i godtgjørelsen til ledende ansatte og øvrige ansatte hensyntas i moderasjonsvurderingen, og at selskapet særskilt begrunner høyere lønnsjustering for ledende ansatte enn gjennomsnittlig lønnsjustering for selskapets øvrige ansatte. I denne vurderingen sees det også hen til kronemessig lønnsvekst for øvrige ansatte.

Større forskjell i godtgjørelsen mellom ledende ansatte og øvrige ansatte i selskapet kan være uheldig bl.a. fordi det kan skade selskapets omdømme gjennom å medføre urimelige forskjeller i selskapet og i samfunnet for øvrig.

Hensynet til moderasjon tilsier blant annet at styret tar hensyn til forskjeller i nivået på godtgjørelsen til ledende og øvrige ansatte. Dersom ledende ansatte får høyere årlig justering i fastlønn enn gjennomsnittet for øvrige ansatte, er staten opptatt av at selskapet begrunner dette. Moderasjon innebærer videre at styret og daglig leder i sin vurdering av lønnsjusteringer til ledende ansatte også ser hen til den kronemessige lønnsjusteringen til øvrige ansatte. Det kan også være relevant å se hen til samlet godtgjørelse.

Dersom veksten i samlet godtgjørelse, eller i enkelte godtgjørelseselementer, er større for ledende ansatte enn for øvrige ansatte, enten prosentvis eller kronemessig, er staten opptatt av at styret gir en særskilt begrunnelse i selskapets lønnsrapport. Regjeringen vurderer det slik at en bevisstgjøring rundt lønnsnivåer, herunder at lik prosentvis økning gir ulik kronemessig økning, er vesentlig for å bidra til å dempe lønnsveksten for ledende ansatte og for å forhindre at lønnsforskjellen mellom ledere og øvrige ansatte øker, da dette antas å kunne ha negativ påvirkning på selskapets omdømme og utvikling. Ved behandling av selskapets lønnsrapport på generalforsamling vil staten vurdere selskapets begrunnelse opp mot statens forventninger.

Staten forventer at:

G. Styret redegjør for hvordan det følger opp statens retningslinjer i datterselskaper.

Statens forventninger gjelder hele konsernet.¹² Selskapets organisering av virksomheten vil med andre ord ikke være avgjørende for forventningenes anvendelse. Samtidig er det i henhold til selskapslovgivningens rollefordeling generalforsamlingen og styret i det enkelte selskap som skal følge opp selskapets lederlønn. På denne bakgrunn forventer staten at styret i morselskapet følger opp at statens forventninger blir fulgt opp i hele konsernet og at det på et generelt og overordnet nivå fremgår av styrets retningslinjer for morselskapet hvordan dette gjøres. Hvis relevant og dekkende kan det for eksempel forklares at hele eller deler av styrets retningslinjer for morselskapet også er gjort gjeldende for godtgjørelse til ledende ansatte i selskapets datterselskaper.

Staten har forståelse for at det kan være særlige hensyn i datterselskaper. For utenlandske datterselskaper vil det for eksempel kunne være behov for lokale tilpasninger som innebærer avvik fra statens forventninger. Dette gjelder særlig de spesifikke forventningene knyttet til enkelte godtgjørelseselementer.

Staten forventer at:

H. Styret tar eierskap til, og arbeider aktivt med, styrets retningslinjer om godtgjørelse til ledende ansatte, lønnsrapporten samt daglig leders godtgjørelse.

Staten er ikke representert i styrene i selskapene med statlig eierandel, og er derfor avhengig av at styrene følger opp statens forventninger. Dersom utformingen og fastsettelsen av godtgjørelsesordningene i praksis delegeres til administrasjonen, kan dette gi uheldig press på godtgjørelsesordningene, f.eks. gjennom for enkelt oppnåelig resultatavhengig godtgjørelse. Styret bør bl.a. ta hensyn til at administrasjonen består av ansatte som også selv kan bli

¹² Jf. aksjeloven/allmennaksjeloven §§ 1-3.

direkte berørt av fastsettelsen av godtgjørelsesordningene, og at disse ofte rapporterer til konsernledelsen og/eller daglig leder. Staten vil som hovedregel ha dialog om lederlønn direkte med styret.

3 *Kommentarer til spesifikke forventninger til enkelte godtgjørelseselementer*

Nedenfor følger spesifikke forventninger og tilhørende kommentarer knyttet til enkelte godtgjørelseselementer. Det gjøres oppmerksom på at disse må vurderes i sammenheng med de generelle forventningene og kommentarene ovenfor.

3.1 *Bonus, aksjeprogrammer og opsjoner*

Staten forventer at:

- A. Selskapet gir nok informasjon om den resultatavhengige godtgjørelsen i styrets retningslinjer og lønnsrapport til at det er mulig å vurdere om ordningen fremmer selskapets ambisjoner, mål og strategier, virker insentiverende og er reelt variabel.
- B. Resultatavhengig godtgjørelse er basert på relevante, transparente og målbare kriterier.
- C. Maksimalt oppnåelig bonus ikke overstiger 25 pst. av fastlønn.
- D. Aksjeprogrammer¹³, herunder langtidsinsentivordninger¹⁴ (LTI), har bindingstid¹⁵ på minst tre år, uavhengig av om den ledende ansatte fortsatt er ansatt i selskapet.
- E. Summen av oppnåelig bonus og aksjeprogrammer i noterte selskaper ikke overstiger 55 pst. av fastlønn.
- F. Selskaper i kategori 2 ikke benytter egne bonusordninger for ledende ansatte.
- G. Opsjoner eller opsjonslignende ordninger ikke benyttes.
- H. Selskapet søker adgang til å kreve tilbake resultatbasert godtgjørelse som er tildelt på åpenbart feilaktig grunnlag eller villedende opplysninger fra vedkommende.

Gode godtgjørelsesordninger gjenspeiler selskapets ambisjoner, mål og strategier slik at det skapes et interessefellesskap mellom eiere og ledende ansatte. Resultatavhengig godtgjørelse, insentivbaserte ordninger i form av bonus-, aksjeprogrammer e.l., er særlig relevant i denne sammenheng. Det vises til de generelle forventningene beskrevet i avsnitt 2A og 2E ovenfor, og kommentarene til disse, for en nærmere beskrivelse av statens forventninger knyttet til utforming av resultatavhengig godtgjørelse, herunder kriteriene som benyttes. Statens forventning om maksimal størrelse på resultatavhengig godtgjørelse bidrar til å begrense eventuelle negative virkninger av ordninger som ikke sammenfaller med eiernes mål, jf. kommentarer til avsnitt 2H.

Staten er en langsiktig eier, som er opptatt av verdiutvikling over tid. Formålet med aksjeprogrammer med bindingstid, som langtidsinsentivordninger (LTI), er å bidra til langsiktig verdiutvikling gjennom at ledende ansatte eier aksjer i selskapet som ikke kan selges før bindingstiden har utløpt. Slike ordninger kan bidra til større sammenfall i interesser mellom eier og ledelse. Særlig for daglig leder, som antas å kunne påvirke aksjekursen mest gjennom sitt helhetlige ansvar for selskapet, kan en større andel LTI være mer hensiktsmessig. Som følge av reduksjon i maksimal tillatt bonus, kan summen av bonus og aksjeprogrammer ikke overstige 55 pst. av fastlønn. Maksimalt oppnåelig bonus skal fortsatt ikke overstige 25 pst. av fastlønn.

¹³ Med *aksjeprogram* menes ordninger med direkte aksjeeierskap uten foregående opsjon. Dette kan innebære at den ansatte får aksjen som godtgjørelse, rabatt ved aksjekjøp eller bonusutbetaling med betingelse om å kjøpe aksjer. Såkalte langtidsinsentivordninger (LTI) anses som et aksjeprogram.

¹⁴ En prestasjonsbasert godtgjørelse hvor nettobeløpet etter skatt må investeres i selskapets aksjer med bindingstid.

¹⁵ Bindingstid etter tildeling av godtgjørelsen etter en eventuell opptjeningsperiode.

Staten forventer bindingstid på minst tre år på aksjeprogrammer, men oppfordrer til lengre bindingstid. For at formålet med aksjeprogrammer ikke skal undergraves forventer staten at bindingstiden på aksjene overholdes også hvis arbeidsforholdet avsluttes i bindingsperioden, med mindre aksjene, eller markedsverdien av aksjene ved arbeidsforholdets sluttidspunkt, tilbakeføres/-betales av den ledende ansatte på sluttidspunktet.

Aksjeeierskap kan være egnet til å styrke interessefellesskapet mellom eiere og ledende ansatte. Staten er derfor positiv til aksjeeierskap i noterte selskaper også ut over det ledende ansatte eventuelt får gjennom aksjeprogrammer, f.eks. ved at en andel av et annet godtgjørelseselement, som fastlønn eller bonus, investeres i selskapets aksjer. Dette anses ikke som et aksjeprogram.

Aksjespareprogrammer for alle ansatte omfattes også av statens retningslinjer i den grad de benyttes av ledende ansatte. Det betyr at ledende ansattes deltakelse i alle former for aksjespareprogrammer skal ha en bindingstid på minst tre år og verdien av aksjespareprogrammet skal være inkludert i rammen på 55 pst. av fastlønn.

Staten vil i utgangspunktet kun støtte aksjeprogrammer i noterte selskaper. Det kan imidlertid unntaksvis være helt spesielle tilfeller hvor aksjebasert godtgjørelse kan være formålstjenlig for unoterte selskaper i kategori 1 innenfor rammen for bonus på 25 pst. av fastlønn. Staten vil ved eventuelle konkrete forslag fra styret vurdere om den kan støtte aksjebasert godtgjørelse basert på om det er klart i eiers interesse.

For selskaper i kategori 2 hvor staten søker bærekraftig og mest mulig effektiv oppnåelse av sektorpolitiske mål, kan det være særlig krevende å finne gode kriterier som gjenspeiler selskapets strategier og mål. Staten har derfor en forventning om at denne typen selskaper ikke skal benytte egne bonusordninger for ledende ansatte.

3.2 Pensjon

Staten forventer at:

- A. Pensjonsvilkår for ledende ansatte er på linje med øvrige ansattes vilkår i selskapet.
- B. Pensjonsgrunnlaget for alderspensjon ikke overstiger maksimalgrensen, herunder satsene, i de skattefaviserte kollektive pensjonsordningene i Norge (p.t. 12 G).
- C. Det ved avtaler om ytelsespensjon tas hensyn til eventuell ytelsespensjon som er opptjent fra andre stillinger og at samlet pensjonsutbetaling ikke overstiger 66 pst. av lønn opp til 12 G.
- D. Det ikke påløper pensjonskostnader ut over hva som følger av en eventuell skattefavisert ytelsesordning når en leder ikke lenger er ansatt i selskapet.

Forventningen om at pensjonsvilkår for ledende ansatte er på linje med øvrige ansattes vilkår i selskapet innebærer bl.a. at særskilte ordninger for ledende ansatte som førtidspensjon og kort opptjeningstid som gir gunstige utbetalinger, ikke er i tråd med statens forventning.

Staten har siden 2015 ikke støttet pensjonsgrunnlag for alderspensjon som overstiger maksimalgrensen i de skattefaviserte kollektive pensjonsordningene i Norge (p.t. 12 G og maksimalsatser på 7 pst. av lønn mellom 0 G og 12 G, samt tillegg på 18,1 pst. av lønn mellom 7,1 G og 12 G). Dette innebærer at pensjoner ikke finansieres over selskapets egen drift, som innebærer en stor langsiktig kostnad. Forventningen støtter også opp under hovedprinsippet om at fastlønn bør være hovedelementet i en godtgjørelsesordning. Videre vil en ramme på 12 G bidra til økt åpenhet om nivået på lederlønningene. Pensjon synes i mindre

grad å påvirke innsats og motivasjon enn lønn som mottas i dag eller i nær fremtid. Høye pensjonskostnader kan derfor koste mer for selskapet enn det gir i opplevd lønnseffekt for mottakeren.

Det er få selskaper som tilbyr sine ansatte ytelsespensjon. Omtalen i avsnitt 3.2. C er beholdt ettersom det fremdeles er en del ledende ansatte som har slike avtaler.

3.3 Sluttvederlag¹⁶

Staten forventer at:

- A. Dersom selskapet inngår avtale om sluttvederlag, overstiger ikke avtalt sluttvederlag og lønn i oppsigelsestiden 12 månedslønner i sum.
- B. Sluttvederlaget reduseres normalt krone for krone dersom den ledende ansatte i sluttvederlagsperioden tiltrer ny stilling, får nye lønnede verv eller mottar inntekt fra næringsvirksomhet hvor vedkommende er aktiv eier.
- C. Dersom den ledende ansatte selv tar initiativ til å avslutte arbeidsforholdet, gis det ikke sluttvederlag.

Staten er opptatt av at selskapet ikke skal betale urimelige vederlag til ansatte som forlater selskapet. Samtidig er det klart at situasjoner hvor det er aktuelt å betale sluttvederlag kan ha mange aspekter. Sluttvederlag som overstiger 12 måneders fastlønn inkludert oppsigelsestid vil sjelden være rimelig og i samsvar med hensynet til moderasjon. Videre er det urimelig dersom vedkommende får sluttvederlag samtidig med inntekt fra andre stillinger, verv eller for øvrig mottar inntekt som gir eller erstatter arbeidsinntekt. Med "verv" menes profesjonelle verv.

4 Virkningstidspunkt og implementering

Statens retningslinjer for lederlønn er fastsatt 12. desember 2022. Staten forventer at statens retningslinjer er fulgt opp i styrets retningslinjer for lederlønn gjeldende fra 2023, og reflektert i lønnsrapporten for regnskapsåret 2023.

Staten har forståelse for at det kan være krevende å endre godtgjørelsesavtaler som er i strid med disse retningslinjene, men som er inngått før fastsettelsen av retningslinjene. Staten er opptatt av at styret vurderer hvilket handlingsrom det har i det enkelte tilfellet.

Når det gjelder hvilke avtaler som anses å være inngått etter fastsettelsen av retningslinjene foruten nyinngåtte avtaler, anser staten også en reforhandlet avtale i forbindelse med en ny stilling som en ny avtale. Et eksempel er dersom en ledende ansatt skifter stilling i konsernledelsen og i den forbindelse reforhandler sine vilkår. I et slikt tilfelle vil statens forventninger gjelde, herunder rammen på 12 G for pensjon, i forbindelse med reforhandlingen av avtalen.

¹⁶ *Sluttvederlag* omfatter kompensasjon i tilknytning til fratredelse og kan inneholde etterlønn, arbeidsfrie perioder, andre finansielle ytelser og naturalytelser.

Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i Sykehuset Telemark HF

Oppdatert 10. mai 2023. Vedlegg til saksframlegg for styret, møte 24.05.2023

Retningslinje var tidligere innarbeidet i saksframlegg for styret sak 057-2022, styremøte 25.mai 2022.

Generelle forhold

- Med ledende ansatte menes administrerende direktør og ledere på nivå 2 (klinikksjefer, stabsdirektører) som inngår i ADs ledergruppe.
- Lederlønnene skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende virksomheter med samme kompleksitet.
- Hovedelementet i en godtgjørelsesordning skal være fastlønnen.
- Godtgjørelsesordningene skal utformes slik at lønnsvilkårene ikke påvirkes av eksterne forhold som ledelsen selv ikke kan påvirke.
- Administrerende direktør må kunne forvente en lønnsutvikling i tråd med lønnsutviklingen i samfunnet for øvrig.
- De enkelte lønnsbestanddelene skal vurderes samlet med fast lønn, tilleggssytelser, pensjonsvilkår og eventuell avtale om sluttvederlag som en helhet. Styret skal ha en oversikt over den samlede verdi av den enkelte leders avtalte godtgjørelse. Dette gjelder for administrerende direktør og ledere på nivå 2 i organisasjonen.
- Det er styrets ansvar å fastsette retningslinjer for godtgjørelse til ledende ansatte. Administrerende direktørs godtgjørelse fastsettes av styret.
- Styret skal påse at lederlønsordningene ikke gir uheldige virkninger for helseforetaket eller svekker dets omdømme.
- Ledende ansatte skal ikke ha særskilt godtgjørelse for styreverv i andre virksomheter i samme foretaksgruppe.
- Variabel lønn skal ikke benyttes ved fastsettelse av lederlønn.

Pensjonsytelser

- Pensjonsvilkår for ledere skal være på linje med andre ansattes vilkår i Sykehuset Telemark HF.
- I den grad det avtales lavere pensjonsalder enn folketrygdens pensjonsalder på 67 år, skal pensjonsalderen som hovedregel ikke settes lavere enn 65 år.
- For ansatte i Sykehuset Telemark HF skal samlet pensjonsgrunnlag ikke overstige 12 G.

Sluttvederlag

I henhold til arbeidsmiljøloven § 15-16 er det kun virksomhetens øverste leder, dvs. administrerende direktør, som lovlig kan forhåndsavtale seg bort fra arbeidsmiljølovens regler om oppsigelsesvern mot etterlønn ved fratreden.

For at administrerende direktør gyldig skal kunne frasi seg oppsigelsesvernet, må det tas inn en egen klausul i arbeidsavtalen, hvor dette uttrykkelig fremgår, jf. lovens § 15-16 (2).

For øvrig gjelder følgende retningslinjer:

- Sluttvederlag skal ikke benyttes ved frivillig avgang.
- Sluttvederlag og lønn i oppsigelsestid skal normalt ikke overstige 12 måneders fastlønn.
- Ved ansettelse i ny stilling eller ved inntekt fra næringsvirksomhet som vedkommende er aktiv eier av, skal sluttvederlaget reduseres med et forholdsmessig beløp beregnet på

grunnlag av den nye årsinntekten. Reduksjon kan først skje etter at vanlig oppsigelsestid for stillingen er ute.

- Sluttvederlaget kan holdes tilbake hvis vilkårene for avskjed foreligger, eller hvis det i perioden hvor det ytes sluttvederlag oppdages uregelmessigheter eller forsømmelser som kan lede til erstatningsansvar eller at vedkommende blir tiltalt for lovbrudd.

Administrerende direktør vil se til at avtaler om sluttvederlag med ledende ansatte er i tråd med dette.

Praktisering av retningslinjene

Lønnsoppgjøret i Sykehuset Telemark HF skjer samlet, med unntak av administrerende direktør som får fastsatt sin lønn direkte av styret.

- Administrerende direktørs lønn fastsettes etter det ordinære lønnsoppgjøret og gjøres gjeldende fra 1. januar samme år.
- Ledere på nivå 2, dvs. de som rapporterer til administrerende direktør, blir lønnsvurdert av administrerende direktør.
- Alle nivå 2-ledere i Sykehuset Telemark HF er unntatt fra overenskomst

Lønn for administrerende direktør og ledende ansatte fastsettes med grunnlag i følgende kriterier

- lønnsutviklingen i samfunnet for øvrig
- lønnsnivået for sammenlignbare stillinger i statseide virksomheter
- oppnådde resultater i forhold til virksomhetens hovedmål basert på status per årsavslutning
- utøvelse av lederskap og evne til å skape godt arbeidsmiljø
- *høyere lønnsvekst for ledende ansatte enn øvrige ansatte, prosentvis eller kronemessig, skal begrunnes*

Krav til oppfølging og lønnsrapportering

Sykehuset Telemark HF praktiserer åpenhet både om utforming, nivå og utvikling i godtgjørelsen til ledende ansatte. Ordningene skal være forståelige for eiere, ledende ansatte og andre interessenter. Ledende personer er i denne sammenhengen definert som Sykehuset Telemark HF styremedlemmer, administrerende direktør og dennes ledergruppe.

- *Styret skal redegjøre for og aktivt følge opp statens retningslinjer i underliggende og felleseide helseforetak. Det skal hvert år utarbeides en egen lønnsrapport knyttet til kriteriene i statens retningslinjer.*
- *Lønnsrapporten skal redegjøre for alle godtgjørelser og ytelser for ledende ansatte. Rapporteringen skal inneholde en beskrivelse av virksomhetens generelle forventninger og spesifikke forventninger til ulike godtgjørelselementer. Dersom veksten i samlet godtgjørelse, eller i enkelte godtgjøringselementer, er større for ledende ansatte enn for øvrige ansatte, enten prosentmessig eller kronemessig, skal dette særskilt begrunnes.*

10.05.23

Saksfremlegg

Saksgang

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	24.05.2023

Type sak (sett kryss)							
Beslutning	X	Etterretning		Orientering		Tema	

Sak: 055-2023

Oppnevning av medlemmer til brukerutvalget og valg av leder og nestleder for perioden 2023-2025

Hensikten med saken

Saken omhandler oppnevning av medlemmer og valg av leder og nestleder til brukerutvalget for neste periode.

Brukerutvalgets funksjonsperiode er på to år. Medlemmer kan oppnevnes for flere perioder, dersom de foreslås fra egen organisasjon, men ikke sammenhengende for flere enn tre perioder.

Forslag til vedtak

- 1) Styret oppnevner brukerutvalg ved STHF i henhold til listen nedenfor, for en funksjonsperiode på 2 år (2023 – 2025)
- 2) Styret gir administrerende direktør Tom Helge Rønning fullmakt til å godkjenne valg av leder og nestleder i brukerutvalget ved STHF for en funksjonsperiode på to år (2023-2025).

Skien, 11.mai 2023

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Forslaget til nye brukerutvalgsmedlemmer blir framlagt på bakgrunn av innspill fra de aktuelle organisasjonene. I den grad vi får flere forslag, forsøker vi i best mulig grad å legge vekt på kriteriene i mandatet.

Forslaget til brukerutvalg ved sykehuset Telemark for perioden 2023 – 2025 som følger:

Navn	Organisasjon
Bente Lundsholt Mathisen (ny) Porsgrunn	FFO/ LHL Porsgrunn og Bamble (Hjerte, kar, lungesykdom, allergi, hjerneslag og afasi)
Einar Sørli (ny) Porsgrunn	FFO/ HLF Vestfold og Telemark (Hørselshemmedes landsforbund)
Marion Jacobsen (ny) Bamble	FFO/Foreningen for Kroniske Smertepasienter
Rita Slåbakk Notodden	FFO/ HLF Vestfold og Telemark (Hørselshemmedes Landsforbund)
Jørn Roger Steen (ny) Skien	FFO/ Mental Helse
Renate Stenstrøm (ny) Porsgrunn	A-larm
Helge Holtan (ny) Bø i Telemark	Kreftforeningen
Ingerid Risland (ny) Bamble	Pensjonistforbundet
Christian Vik Porsgrunn	SAFO Samarbeidsforum av Funksjonshemmedes org.

Vedlegg:

- Mandat for brukerutvalget for Sykehuset Telemark HF

Mandat for brukerutvalget for STHF

Brukerutvalgets rolle er å være:

- Et rådgivende organ for styret og administrerende direktør i saker som angår tilbudet til brukere, pasienter og pårørende i virksomhetsområdet.
- Et forum for tilbakemelding fra brukerne, pasienter og pårørende om erfaringer innenfor det regionale helseforetakets ansvarsområde og oppgavene.
- Et samarbeidsforum mellom helseforetaket og brukerorganisasjonene.

Brukerutvalgets formål er å:

- Arbeide for gode, likeverdige og brukerorienterte helsetjenester uavhengig av alder, kjønn, bosted, etnisk opprinnelse, sosial status, sykdom/diagnose og funksjonshemming.
- Arbeide for at tjenestetilbudet i foretaksgruppen har høy kvalitet og gir gode pasientforløp.
- Bidra til god medvirkning fra brukere, pasienter, pårørende og deres organisasjoner.
- Bidra til at brukerkompetansen blir benyttet som grunnlag for planlegging, gjennomføring og evaluering av helsetjenestene

Brukerutvalgets oppgaver er å:

- Fremme saker av betydning for brukere, pasienter og pårørende.
- Bidra i helseforetakets mål- og strategiarbeid, budsjettprosesser, årlig melding, forbedrings- og omstillingsprosesser, risikoanalyser og i øvrige faglige råd og utvalg i saker som angår tjenestetilbudet.
- Avgi uttalelse til helseforetakets årlige melding.
- Avgi høringsuttalelser til planer og utredninger og gi innspill til helseforetakets høringsuttalelser i saker som angår tjenestetilbudet.
- Uttale seg i styresaker som brukerutvalget finner relevante.
- Bidra til utvikling og evaluering av pasient- og brukererfaringsundersøkelser.
- Foreslå brukerrepresentanter fra brukerutvalg og brukerorganisasjoner til arbeidsgrupper, prosjekter, prosesser, råd og utvalg som oppnevnes fra STHF.
- Arbeide for god kontakt mellom det regionale brukerutvalget og brukerutvalgene i helseforetak bl.a. gjennom kontaktpersonordningen.

Brukerutvalgets leder og/eller nestleder, eventuelt andre utvalget bestemmer deltar i styrets møter med anledning til å uttale seg og komme med forslag i saker som angår pasienttilbudet. Arbeidsform avtales.

Kriterier for sammensetning av brukerutvalg for STHF

Brukerutvalget skal representere brukere, pasienter og pårørende i helseforetakets virksomhetsområde. Utvalget skal ha 9 medlemmer. Disse er personlig oppnevnt av styret på bakgrunn av sine erfaringer, kompetanse, nettverk, verv og organisasjonstilknytning.

Kriteriene for sammensetning er:

- Medlemmer i brukerutvalget skal selv ha erfaring som pasient- og/eller pårørende og ha tilknytning til foretakets geografiske og faglige virksomhetsområde.
- Sammensetningen av brukerutvalget må gjenspeile bredden i virksomhetsområdet gjennom balansert representasjon fra somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer.
- Videre legges vekt på representasjon fra brukergrupper med erfaring innen kreftomsorgen, og at pårørendeperspektivet med særlig vekt på foreldre til syke barn, samt at eldre og etniske minoriteter er representert.
- Alminnelige prinsipper for kjønnsmessig representasjon følges. Geografisk representasjon ivaretas i størst mulig grad – nordfylket skal være representert. Det skal legges til rette for representasjon av yrkesaktive, personer som er trygdet og alderspensjonister.
- Ved oppnevning av nytt brukerutvalg skal både hensynet til kontinuitet og fornyelse ivaretas.
- Både små og store organisasjoner skal være representert, slik at utvalget totalt sett har en god forankring i en bredde av organisasjoner.

Funksjonstid

Brukerutvalgets funksjonsperiode er to år. Medlemmer kan oppnevnes for flere perioder, dersom de foreslås fra egne organisasjoner, men ikke sammenhengende for flere enn tre perioder.

Nominasjon, oppnevning og konstituering av brukerutvalg for STHF

Sammenslutningene av organisasjonene FFO og SAFO, Kreftforeningen, Pensjonistforbundet og organisasjoner med virksomhet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, inviteres til å foreslå kandidater til brukerutvalg.

Fordelingen av representanter er som følger: FFO: 5 representanter, SAFO: 1 representant, Pensjonistforbundet: 1 representant, Kreftforeningen 1 representant og A-Larm eller annen organisasjon innen TSB: 1 representant.

For å møte nasjonale og regionale føringer om representasjon for prioriterte pasientgrupper, kan andre organisasjoner enn de som er nevnt over forespørres.

De som inviteres til å foreslå kandidater kan samarbeide slik at kandidater til utvalget samlet sett oppfyller kriteriene. Organisasjonene skal foreslå prioritert liste med flere kandidater enn antallet foreningen har fått tildelt, slik at styret har et reelt valg på kandidater. Presentasjon av kandidatene, som enten bruker eller pårørende, og kandidatens erfaringer, kompetanse, nettverk, verv, organisasjons-tilknytning samt bosted må foreligge fra organisasjonene ved innsendelse av forslag.

Administrerende direktør har fullmakt fra styret til nye oppnevninger innen funksjonsperioden. Ved behov for ny oppnevning, rettes som hovedregel henvendelse til den organisasjon som avgått medlem var foreslått fra.

Styret velger leder og nestleder etter forslag fra Brukerutvalget selv.

God dialog sikres mellom berørte parter i oppnevningsprosessen.

Habilitet og konfidensialitet

- Medlemmer i brukerutvalg skal ikke samtidig være involvert i virksomheter med forretningsmessige interesser i STHF.
- Medlem i brukerutvalg skal ikke samtidig være ansatt i helseforetak.
- Medlemmer i brukerutvalget skal ikke samtidig være medlem i brukerutvalg ved flere helseforetak.
- Medlemmet er selv ansvarlig for å fremlegge eventuell habilitetskonflikt for utvalget. I samsvar med prinsipp i forvaltningslovens § 8, annet ledd treffes avgjørelse av habilitetsspørsmål av brukerutvalget selv, uten at vedkommende medlem deltar.
- Brukerutvalgets medlemmer eller andre som eventuelt deltar i utvalgets behandling har taushetsplikt om de forhold som etter forvaltningslovens bestemmelser er taushetsbelagte, jf forvaltningslovens § 13 flg. Utvalgets leder eller den som innkaller til møter, kan for øvrig pålegge taushetsplikt i saker hvor det er hjemlet i lov eller bestemmelser hjemlet i lov (jf vedlegg 2).
- I saker der det kan være tvil om i hvilken utstrekning opplysninger og dokumenter kan diskuteres fritt, skal brukerutvalget/medlemmet ta dette opp med oppdragsgiver.
- Brukerutvalgets medlemmer skal undertegne taushetserklæring (jf vedlegg 2)
- Anmodning om innsyn fra offentligheten i dokumenter fremlagt for brukerutvalget skal ivaretas av helseforetaket i dialog med brukerutvalgets leder.
- Brukerutvalgets medlemmer skal følge alminnelige etiske regler i samfunnet.

Saksfremlegg

Saksgang

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	24. mai 2023

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

056-2023

Brakerutvalgets leders orientering

Hensikten med saken

Brakerutvalgets leder gir i hvert møte en muntlig orientering om aktuelle saker og temaer som styret bør være kjent med.

Forslag til vedtak

Styret tar redegjørelsen til orientering.

Skien, 15. mai 2023

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Saksfremlegg

Saksgang

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	24. mai 2023

Type sak (sett kryss)						
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema

057 - 2023

Styrets årsplan 2023 - 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 tar oppdatert årsplan for 2023 til orientering.

Skien, 15. mai 2023

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg

- Styrets oppdaterte årsplan 2023

Årsplan 2023 for styret i Sykehuset Telemark

Ajourført per 15. mai 2023

Styremøter i 2023 fra mai og ut året			
Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
Styremøte 24. mai Kl. 0900 – 1700 Gjerpens gate 14, i Skien	<ul style="list-style-type: none">• Godkjenning av innkalling og saksliste• Godkjenning av protokoll• Oppnevning av medlemmer til brukerutvalget og valg av leder og nestleder for perioden 2023 – 2025• Oppdatering retningslinjer for lederlønn ved Sykehuset Telemark HF• Høringsuttalelse – Helsepersonell-kommisjonens rapport 2023	<ul style="list-style-type: none">• Driftsorienteringer fra AD• Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark – barn og unge i dag, avgjørende for fremtiden• Orientering om BUP Grenland prosjektet• Virksomhetsrapport per 1. tertial 2023• Utbygging Somatikk Skien – status• Virksomhetsovergrepene prosjekter - status• Årsrapport HMS 2022• Resultat og oppfølging av ForBedring 2023• Uønskede pasienthendelser 2022 - statistikk og analyse• Alvorlige pasienthendelser og hendelses-analyser 2022• Status tiltak med timeavlysninger/ikke møtt• Brukerutvalgets leders orientering• Styrets årsplan 2023 – oppdatert	
Styremøte 23. juni Kl. 0900 – 1600 Direktørens møterom	<ul style="list-style-type: none">• Godkjenning av innkalling og saksliste• Godkjenning av protokoll• System for samfunnsansvar inkl. implementering av åpenhetsloven	<ul style="list-style-type: none">• Driftsorienteringer fra AD• Utbygging Somatikk Skien - status• Virksomhetsrapport per mai 2023• Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar• Styrets årsplan 2023 – oppdatert	<ul style="list-style-type: none">• Styrets felles møte med BU• Styrets egenevaluering – lukket møte
Styremøte 11. september Kl. 0900 - 1600	<ul style="list-style-type: none">• Godkjenning av innkalling og saksliste• Godkjenning av protokoll• Protokoll fra foretaksmøte 22. juni	<ul style="list-style-type: none">• Driftsorienteringer fra AD• Utbygging Somatikk Skien -• Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark (5)	<ul style="list-style-type: none">• Styrets egenevaluering – lukket møte• Styrets oppfølging av kvalitet og pasient-

Årsplan 2023 for styret i Sykehuset Telemark

Ajourført per 15. mai 2023

Styremøter i 2023 fra mai og ut året			
Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
Direktørens møterom	<ul style="list-style-type: none">Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2024Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2023	<ul style="list-style-type: none">Virksomhetsrapport per 2. tertial 2023Status styringskrav i oppdrag og bestilling 2023 til STHFStyresaker i Sykehuset Telemark HF - status og oppfølgingStyrets årsplan 2023 - oppdatert	sikkerhet i Sykehuset Telemark
Styremøte 25. oktober Kl. 0900 - 1600 Notodden sykehus	<ul style="list-style-type: none">Godkjenning av innkalling og sakslisteGodkjenning av protokollÅrlig evaluering AD	<ul style="list-style-type: none">Driftsorienteringer fra ADUtbygging Somatikk Skien - StatusKvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark (6)Status budsjett 2024Virksomhetsrapport per septemberNasjonale kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorerLedelsens gjennomgang 2023Evaluering sommerdrift 2023 og sommerferieplanlegging 2024Brukerutvalgets leders orienteringStyrets årsplan 2023 - oppdatert	<ul style="list-style-type: none">TemasakStyrets egenevaluering – lukket møte
Styremøte 23. november Kl. 0900 - 1600 Direktørens møterom	<ul style="list-style-type: none">Godkjenning av innkalling og sakslisteGodkjenning av protokoll	<ul style="list-style-type: none">Driftsorienteringer fra ADKvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark (7)Utbygging Somatikk Skien – StatusVirksomhetsovergrepene prosjekter - statusVirksomhetsrapport per oktoberStatus budsjett 2024	<ul style="list-style-type: none">Styrets oppfølging av kvalitet og pasient-sikkerhet i Sykehuset Telemark

Årsplan 2023 for styret i Sykehuset Telemark

Ajourført per 15. mai 2023

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

Årsplan 2023 for styret i Sykehuset Telemark

Ajourført per 15. mai 2023

#

Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
Ekstraordinært styremøte 1. februar Kl. 0900 – 1600 Direktørens møterom	<ul style="list-style-type: none">Godkjenning av innkalling og sakslisteGodkjenning av protokollUønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenesterBruk av tvangsmidler i psykisk helsevernFullmakter ved STHF	<ul style="list-style-type: none">Driftsorienteringer fra ADVirksomhetsrapport per 3. tertial 2022Varslingsutvalgets årsrapport 2022Forskningsåret 2022 samt nytt fra forskningSamdata 2021Avvikling Fritt behandlingsvalg – status og tiltakStyrets årsplan 2023 – oppdatert	<ul style="list-style-type: none">Kommunikasjon, intern og eksternt. Hvordan jobbes det og litt om utfordringsbildet
Styremøte 15. februar Kl. 0900 – 1600 Direktørens møterom	<ul style="list-style-type: none">Godkjenning av innkalling og sakslisteGodkjenning av protokollÅrlig melding 2022	<ul style="list-style-type: none">Driftsorienteringer fra ADKvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark - Lokalt prosjekt Lukket legemiddelsløyfe (LLS)Utbygging somatikk Skien - StatusVirksomhetsrapport per januarSommerferieplanleggingPasientsikkerhet og kvalitetsforbedring – status 2022/prioriteringer 2023Brukerutvalgets leders orienteringStyrets årsplan 2023 – oppdatert	
Styremøte 22. mars Kl. 0900 – 1600 Direktørens møterom	<ul style="list-style-type: none">Godkjenning av innkalling og sakslisteGodkjenning av protokollErklæring om ledernes ansettelsesvilkår og retningslinjer for lederlønn og godtgjøringsrapport for ledende personer	<ul style="list-style-type: none">Driftsorienteringer fra ADKvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark - Ideoverføringsprosjekt Nyfødt Intensiv - Virtuelt hjemme-sykehus for premature og nyfødteVirksomhetsrapport per februar	<ul style="list-style-type: none">Styrets oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i Sykehuset TelemarkBrukermedvirkning Brukerutvalget kommer med en tilbakemelding slik at styret kan diskutere

Årsplan 2023 for styret i Sykehuset Telemark

Ajourført per 15. mai 2023

Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
	<ul style="list-style-type: none">• Årsregnskap med noter og årsberetning for 2022• Protokoll fra foretaksmøte 17. februar med oppdragsdokument 2023 og protokoll fra foretaksmøte 13. mars• Interne revisjoner resultater 2022 og plan 2023• Møteplan for styret 2024• Revidert budsjett 2023• Investering i sikkerhetspsykiatrien	<ul style="list-style-type: none">• Økonomisk langtidsplan 2024-2027 – status i arbeidet• Årsmelding 2022 Pasient- og brukerombudet• Brukerutvalgets leders orientering• Styrets årsplan 2023 - oppdatert	<p>«hvordan styrke og utvikle brukermedvirkning ved sykehuset Telemark i 2023»</p> <ul style="list-style-type: none">• Styrets egenevaluering – lukket møte

Foretaksmøter og styreseminar:

Foretaksmøte:

- 17. februar
- 13. mars
- 22. juni

Styreseminar i regi av Helse Sør-Øst:

- 20. april kl. 1130 – 1800 (felles lunsj før oppstart). Sted: Clarion Hotel & Congress Oslo Airport, Hans Gaarders vei 15, Gardemoen

Årsplan 2023 for styret i Sykehuset Telemark

Ajourført per 15. mai 2023

Styreseminar:

- 21. mars kl. 1300 – 1800 Sted: Administrerende direktørs møterom
- 26. oktober kl. 1300 – 1700 Sted: *Ikke avklart*. Felles styreseminar styrene i SiV og i ST
- 13. desember kl. 1630 – 2000 Sted: Administrerende direktørs møterom; Årlig egenevaluering av styrets arbeid og arbeidsform

PROTOKOLL

Protokoll:	Ungdomsråd STHF	Dato:	21.mars 2023
Møteleder:	Ada-Marie Riis	Tid:	1800 – 2100
Referent:	Anne Borge Kallevig	Sted:	Direktørens møterom
Deltakere:	Amalie Hansen, Kristine Bjørbekk Kjellin, Amund Oterholt, Safira Karoli, Kristine Bjørbekk Kjellin, Adam Diab Hege Arvesen, Elise Haugerø , Anne Borge Kallevig		
Fravær:	Birk Pettersvold- Foss		
I tillegg møtte	Fra brukerutvalget STHF: Rita Andersen, Sondre Ottervik, Gun Inger Heibø, Olav Kristiansen, Christian Vik, John Arne Rinde, Anette Slåtta – alle vedr sak 11-2023, Fellesmøte UR / BU Ove Kleppa, seksjonsleder ABUP vedr sak 12-2023		

Saksnr.	Sak
00-2023	Innkallelse og sakliste til møtet Vedtak: Innkalling og sakliste ble godkjent
10-2023	Godkjenning av protokoll Vedtak: Ungdomsrådet godkjenner protokoll fra ungdomsrådsmøte 24.01.2023.
11-2023	Felles møte Ungdomsråd og brukerutvalg Temaer: <ul style="list-style-type: none"> ○ Overgang fra barn til voksenavdeling Også innenfor psykiatri <ul style="list-style-type: none"> - Stort engasjement og god konstruktiv dialog rundt temaet. Dette har vært en sak ungdomsrådet har jobbet med, og som har vært viktig. Rådet har blant annet hatt møte med avdelingsleder BUK, seksjonsleder i MED, seksjonsleder i barneavdelingen, avdelingsleder ABUP og fastlege. Ungdomsrådet har laget en liste på 10 punkter de mener er viktige i overgangen. Ungdomsrådet og brukerutvalget ble enige om å lage et felles skriv vedr overgang fra barn til voksen avdeling. Brukerutvalget utarbeider dette med utgangspunkt i ungdomsrådets 10 punkter. Ada-Marie oversender listen med punktene til brukerutvalget. Brevet signeres av begge rådene. ○ Åpningstider telefon, sms-innkallinger (endret fra 2 til 4 dager før time), muligheter for tilbakemeldinger, selvinnsjekk: <ul style="list-style-type: none"> - Både ungdomsrådet og brukerutvalget er positive til løsninger som prosjektet «Kontorfaglige støttefunksjoner» har lagt frem, men ønsker

Saksnr.	Sak
	<p>at sms-innkallinger sendes tettere opp til møtedag – I prosjektet nå er det 4 dager før time (tidligere var det 2)</p> <p>Ungdomsrådet spesielt, synes dette er for lang tid i forvegen – hvis det skal fortsette med 4 dager bør det i tillegg sendes ny melding 1 dag før. Brukerutvalget støtter dette.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ved avbestilling/endring av time er det nå på enkelte poliklinikker: ØNH (ikke hørselstime), blod/kreft, mage/tarm, plastikkpol Porgsrunn og hjertepol mulig å ringe sentralbordet (35 00 35 00) og gi beskjed. - Positive til selvinnsjekk, men det må være rom for manuell hjelp <ul style="list-style-type: none"> ○ Kveldspoliklinikk – både i somatikk og psykiatri <ul style="list-style-type: none"> - Ungdomsrådet stiller seg veldig positive til kveldspoliklinikk, og dermed muligheten til å minimere skolefravær. <p>Brukerutvalget stiller seg også bak dette – det kan være enklere for de som har behov for å ha med ledsager til konsultasjonen.</p> <p>Åpen kveldspoliklinikk kan kanskje være med på å redusere antall avbestilte timer.</p> <p>Enighet om å sende felles skriv fra begge rådene til prosjektet - ungdomsrådet lager utkast.</p> ○ Psykisk helse på somatisk sykehus <ul style="list-style-type: none"> - Viktig på best mulig måte å ivareta hele menneske. - Tips om likepersoner. <p>En likeperson er noen som selv har erfart hva det vil si å være syk, eller som er pårørende til noen med sykdom. Det er en person som har bearbeidet sine egne erfaringer med de gjeldende plagene, og som derfor kan være til stede for andre i samme situasjon.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sykehuset har Brukerkontor i foajéen. Dette betjenes av likepersoner. ○ Helseutfordringer innenfor rus og psykisk helse (ROP-lidelser) er utfordrende også for voksne, det å få god tilrettelagt behandling oppleves ulikt, hvordan ser man på dette fra et ungt perspektiv og hvordan kan man møte denne utfordringen bedre fra deres ståsted ? <ul style="list-style-type: none"> - Interne drøftingsmøter – hvor hører man til ? - Gode samarbeid - Kompetanseheving for ansatte
12-2023	<p>Nytt BUP bygg – BUP-Grenland</p> <p>Ove Kleppa, seksjonsleder BUP Grenland Sør presenterte saken.</p> <p>Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP) har lenge ønsket seg et felles BUP-bygg i Grenland.</p> <p>Mandag 20 mars åpnet de nye lokalene for pasienter og ny organisasjonsstruktur er på plass. Fire seksjoner har da blitt til tre.</p> <p>Samlokaliseringen gir muligheter for større faglig bredde og felles fagutvikling. Fagmiljøet blir større, det blir bedre bruk av ressurser og økt kompetanse.</p>

Saksnr.	Sak
	<ul style="list-style-type: none"> • BUP Grenland Nord (tidligere BUP Skien), seksjonsleder Lars Endresen. • BUP Grenland Sør (tidligere BUP Porsgrunn og Seksjon for autismespekterforstyrrelser), seksjonsleder Ove Kleppa. • BUP Familiebehandling (tidligere Seksjon for familiebehandling), seksjonsleder Anne Hellvig Heggveit. <p>BUP Grenland har nå fått moderne og tilpassede lokaler med muligheter for spesialiserte behandlingsrom.</p> <p>I anledning flyttingen av ABUP fikk ungdomsrådet forespørsel om hva som er viktig for ungdom å tenke på.</p> <p>Ungdomsrådet sendte en liste med innspill – bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angstvennlige venterom, venterom med flere soner med mulighet til å tekkes seg tilbake dersom det er mye mennesker - Plakater/ bilder som bidrar til å fjerne skam/stigma rundt psykisk sykdom, og det å søke hjelp + plakater/bilder med farger og liv veggene på venterom/behandlingsrom - Kaffemaskin med kakao på venterom - TV på venterom - Tilgang til vann - Fidget toys på behandlingsrom, så ungdom kan fikle/ ha noe i hendene. Kan gjøre det lettere å snakke om vanskelige ting. - God WiFi- tilgang på venterom - Andre sittemuligheter enn harde stoler - Grønne planter - Nok stikkontakter på venterom og behandlingsrom for bl.a. lading - Ungdomsrom - Nok sykkelparkering – til både pasienter og ansatte <p>Ove Kleppe kunne fortelle at mange av disse punktene var hensyntatt og allerede på plass.</p> <p>Bl.a. er et av «lekerommene» mer tilpasset ungdom, kaffemaskiner i alle etasjer, det samme med vandunker. I tillegg til vanlige ventesoner er det laget rolig ventesone. Det er kjøpt spill – eks. fotballspill, shuffelboard, og tilrettelagt bra sykkelparkering.</p> <p>Ungdomsrådet synes det var veldig hyggelig og motiverende at de både var hørt og tatt på alvor.</p>

Saksnr.	Sak
13-2023	<p>Status prosjekter (oppdatering):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ungdomsrådets ansikt utad Ikke vært jobbet med siden skolebesøkene. Positivt resultat etter besøket på Skien v.skole – Adam ny i ungdomsrådet • BUP prosjektet ved Sykehuset Telemark HF Utsettes til neste møte grunnet forfall.
14-2023	<p>Forespørsel fra ungdomsrådet Sykehuset Østfold</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kirurgiske og pediatriske barn <p>Ungdomsrådet har svart på forespørselen, og også spurt UR Østfold om de jobber videre med denne saken og evt hvordan. Rådet har ikke fått noen tilbakemelding fra Østfold på denne henvendelsen. Sender spørsmålene på nytt.</p>
15-2023	<p>Eventuelt</p> <ul style="list-style-type: none"> • FFO Telemark, årsmøte 23.mars – Amund og Safira stiller • Invitasjon til samling HSØ– FFO Samarbeidet Helseregion Sør-Øst, 14-15 april på Kongsberg – Safira, Amund og Adam stiller fra UR i tillegg stiller Hege og Elise • Ungdomsrådet er invitert til åpning av BUP-Grenland huset 12.mai kl 08.30-12.00 • Invitasjon til samling for ungdomsråd Helse Sør-Øst fredag 2.juni – lørdag 3.juni. Ungdomsrådet kan stille med inntil 3 deltakere + 1 koordinator. Tilbakemelding på deltakelse må gis til Elise innen 14.april. Amund ønsker å stille. • Dagsseminar lørdag 6.mai - det må lages en agenda for dagen. Hva ønsker ungdomsrådet å fordype seg i. Ada-Maria sammenfatter innspillene og oversender disse til Elise og Hege. • Ny klinikkjef i BUK (Barne- og ungdomsklinikken) Ansgar Berg, kommer på ungdomsrådsmøtet 22.august.

Møtet ble avsluttet kl. 21.00

Skien, 21.mars 2023
Anne Borge Kallevig

Protokoll

Protokoll:	Brukerutvalg STHF	Dato:	27. april 2023
Møteleder:	Rita Andersen	Tid:	1000 – 1400
Referent:	Anne Borge Kallevig	Sted:	Direktørens møterom
Deltakere:	Sykehuset Telemarks brukerutvalg Arbesa Berisha, seniorrådgiver, Pasient og brukerombud Vestfold og Telemark, kontor Skien Egil Rye-Hytten, regional brukerrepresentant Per Urdahl, rådgiver for sykehusledelsen Geir Olav Ryntveit, økonomidirektør - vedr sak 20-2023 Janicke Stordalen, prosjektleder – vedr sak 21-2023 Anne Borge Kallevig, administrasjonskonsulent, referent		
Fravær:	Tom Helge Rønning, administrerende direktør Anne Brynjulfsen, avdelingsleder Psykiatrisk Sykehusavdeling felles		

Saksnr.	Sak
00-2023	Godkjenning av innkalling og saksliste <u>Vedtak:</u> Brukerutvalget godkjenner innkalling og saksliste.
18-2023	Godkjenning av protokoll fra 9. mars 2023 <u>Vedtak:</u> Brukerutvalget godkjenner protokoll fra brukerutvalgsmøte 9. mars 2023.
19-2023	Aktuelle orienteringer <ul style="list-style-type: none"> • Høyt belegg – økning i utskrivningsklare pasienter – nesten dobling siste måned. Snitt 25-30 til enhver tid. Inn mot sommeren - Viktig med god dialog med kommunene. Kjemper om de samme ressursene. • Store utfordringer framover vedr. bemanning • Overtakelse av private ambulanser. Sykehuset Telemark og Sørlandet sykehus har vært de eneste foretakene i HSØ med avtale med private ambulanser. Startet en prosess i fjor vinter om overtakelse ved avtaleutløp. Det ble styrevedtak om å legge ambulansene inn i vårt foretak. Sykehuset overtar arbeidsgiveransvaret av de ansatte. Overtakelsen er gjennomført fra 1.april 2023. • 4 avdelinger i barne- og ungdomspsykiatrien fra lokasjoner i Porsgrunn og Skien Samlet under ett tak i Gjerpensgate 14 – BUP bygg Grenland. <ul style="list-style-type: none"> ○ 80 behandlere samlet ○ Samlingen av kompetanse vil gi bedre pasientbehandling ○ «Senteret» er ett av de største i landet til å behandle en pasientgruppe hvor behovet til behandling øker ○ Offisiell åpning av BUP bygg Grenland 12.mai -23.

Saksnr.	Sak
	<p>Helseminister Ingvild Kjerkol deltar på åpningen. Ungdomsrådet er også invitert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Omlegging innen voksenpsykiatri <ul style="list-style-type: none"> - Allmenpoliklinikk samles i Porsgrunn - RUS i Skien - Omleggingen medfører større og bedre fagmiljøer • Omlegging voksenpsykiatri øvre Telemark. Notodden og Seljord slås sammen og skal drive som en enhet. Prosessen er igangsatt og endelig omlegging er planlagt ferdig i løpet av juni 2023. Det presiseres at tilbudet til pasientene ikke legges ned eller blir dårligere enn før omleggingen. • Lederskifter i Medisinsk klinikk og Medisinsk serviceklinikk. Per Urdahl har gått av som klinikkssjef i medisinsk klinikk og jobber nå som rådgiver for sykehusledelsen frem til han går av med pensjon 1. desember. Anne Augestad Larsen er konstituert klinikkssjef. Ansettelse av ny permanent klinikkssjef er nær forestående. Henrik Høyvik går av som klinikkssjef for Medisinsk serviceklinikk i august. Her er ansettelsesprosessen av ny klinikkssjef kommet ganske langt – avgjørelse ganske snart. • Rekruttering – Traineeprogram for sykepleiere. God respons – ser ut til å være attraktivt. Ser på mulighet for samme opplegg for helsefagarbeidere. Programmet er et viktig tiltak for å sikre og beholde ansatte. • USS prosjektet – usikkert hvilke konsekvenser økning av kostnadene vil få. Kostnadsøkningen sett opp mot helsesektorens dårlige resultater er ingen god kombinasjon. Hvordan framdriften blir er usikkert, men strålebygg kommer.
20-2023	<p>Virksomhetsrapport per pars 2023</p> <p><u>Oppsummering mars – aktivitet og tilgjengelighet:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortsatt høyt belegg. Samlet belegg 104%, varierende mellom 83-113%. • Antall pasienter på venteliste synker noe. Venteliste til operasjon stabil. • Antall pasienter passert planlagt tid fortsetter å falle. Andel er stabil og fortsatt langt over målsetning. • Målsetning (nasjonal) for ventetider er oppnådd i TSB. Det er forbedring i alle områder (BUP, VOP og SOM) • Fristbrudd øker for påstartede (4,4%) og for ventende pasienter. • Andel korridorpasienter avtar (2,6%). • Samlet ISF-aktivitet i somatikken 4% under budsjett i mars og -1% akkumulert. <p>Meget svake økonomiske resultater i mars</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resultat for måned = -24,1 mnok (vs budsjett +0,8 mnok) • Resultat hiå = -44,0 mnok (vs budsjett 1,7 mnok) • Årsak til avvik: <ul style="list-style-type: none"> – høye kostnader til variabel lønn og innleie

Saksnr.	Sak
	<ul style="list-style-type: none"> – høye kostnader til varekjøp og fritt behandlingsvalg – svært høyt aktivitetsnivå i prehospital tjeneste og akuttmottak – høyt belegg med krevende driftssituasjon på somatiske sengeposter – kostnader relatert til tidligere perioder <ul style="list-style-type: none"> • Resultat/estimat er ikke korrigert for ekstraordinære midler i 2023 <p>Tilførsel av nye midler i 2023</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>STHF får 70 mnok i økt basisramme ved at «nysaldering» fra høsten 2022 gjøres varig</i> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Regjeringen peker på at bevilgningen vil sette sykehusene i bedre stand til å følge opp styringsdokumentene for 2023, der prioriterte tiltak er psykisk helsevern og rask tilgang til helsetjenester. Det er også viktig at helseforetakene kan gjennomføre nødvendige investeringer i kompetanse, bygg, IKT og medisinsk utstyr.</i> – <i>Det er i tillegg varslet «kompensasjon for ekstraordinær kostnadsvekst i 2023» i forbindelse med RNB (i mai)</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>beløp er ikke avklart</i> <p><u>Vedtak:</u> Brukerutvalget tar virksomhetsrapport per januar 2023 til orientering.</p>
21-2023	<p>Prosjekt «Pasientflyt 24/7»</p> <p>Janicke Stordalen, prosjektleder, orienterte om status i prosjektet på punktene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traineeprogram for sykepleiere ved STHF • Oppgavefordeling • Felles medisinsk og kirurgisk dagområde • Nytt pasientforløp til pasienter med langvarig intravenøs antibiotika
22-2023	<p>Pasient- og brukerombudets orienteringer v/ Arbeisa Berisha, seniorrådgiver</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hittil i år 74 henvendelser som omfatter Sykehuset Telemark – godt spredt • Veldig få henvendelser vedr LAR
23-2023	<p>Orientering fra regionalt brukerutvalg v/ Egil Rye-Hytten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gjennomgang av Årsmelding 2022 fra Pasient- og brukerombudet Lettere å klage til spesialisthelsetjenesten enn kommunehelsetjenesten – forholdet ca 60-40 • Samvalg – Styret i Helse Sør-Øst RHF har vedtatt en regional delstrategi for innføring av samvalg som skal bidra til bedre kunnskap hos pasientene. <ul style="list-style-type: none"> - Pasienter og pårørende må få god informasjon om samvalg Stå i informasjonsbrevet fra sykehuset - Opplæring - Samarbeidsverktøy • Fritt behandlingsvalg – stor økning. Vil avta når tidsperioden utløper • Mange høringer: <ul style="list-style-type: none"> - Regional fagplan for fysikalsk medisin og rehabilitering

Saksnr.	Sak
	<ul style="list-style-type: none"> - Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri – tvungen psykisk behandling - NOU 2023:5 Kvinners helse - NOU 2023: 8 Fellesskapets sykehus • Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern • Helse Sør-Øst RHF har et regionalt prosjekt for innføring av felles henvisningsmottak i psykisk helsevern for voksne. Hensikten er å koordinere arbeidet mellom helseforetakene og avtalespesialistene i regionen. • Digitale innbyggertjenester - digital utsending av brev Målet for prosjektet er å etablere en digital tjeneste i Helse Sør-Øst for enklere og raskere brevutsendinger til pasient. • Gastronett -Fortsatt for store variasjoner i kvalitet og forbruk Helseforetakene og sykehusene i Helse Sør-Øst benytter kvalitetsdata i ulik grad.
24-2023	<p>Status prosjekter</p> <p>Brukerutvalget hadde en kort gjennomgang av prosjektene.</p>
25-2023	<p>Eventuelt</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Avvisningspraksis ved ortopedisk poliklinikk Porsgrunn</u> Brukerutvalget har mottatt mail fra Christian Skjerpring Madsen, overlege ortopedisk avdeling, vedrørende avvisningspraksis ved ortopedisk poliklinikk. <p>«Ved ortopedisk avdeling har vi hatt en praksis med svært få avvisninger over mange år. En av pasientgruppene vi ser mye av er de med degenerative knelidelser (artrose). Hos disse pasientene har de fleste god effekt for både smerter og funksjon ved veiledet treningsterapi. Det finnes i stort sett alle kommuner i Telemark flere fysioterapeuter som har en Aktiv A sertifisering/program hvor fokus er informasjon om artrose, - evt. vektreduksjon og trening. Ved gjennomgang ser vi at rundt 75 % av pasienter som vurderes ved vår poliklinikk ikke har gjennomført adekvat trening.</p> <p>Dette er et tap-tap scenario for pasient og ortoped. Pasient taper tid på oppstart av treningsterapi og et feilaktig «forhåpninger» i venteperioden på hva behandlingen innebærer. Etter prioriteringsveileder inntil 6 måneder (ventetid hos oss i praksis 3 – 4 måneder). Vi som ortopeder kommer inn på et for tidlig tidspunkt for å kunne gjøre en overveid vurdering hvorvidt pasienten vil ha nytteverdi av kirurgi. Vi har de siste årene betydelig økt vår poliklinikkvirksomhet for å holde ventelister nede og er i behov for å redusere på de vurderingene der man kommer inn på feil tidspunkt eller som i seg selv er unødvendige.»</p> <p>Madsen og tre andre fra ortopedisk avdeling er deltakere i Ytre Oslofjodsmodellen, og har i den forbindelsen et forbedringsprosjekt. De har laget et standardskriv med informasjon til pasienter, som det gis avslag til med ønske om at brukerutvalget evt kan gi ytterligere god veiledning i god praksis rundt dette.</p> <p>Brukerutvalgets svar:</p>

Saksnr.	Sak
	<ul style="list-style-type: none">- Godt brev- Liste ikke uttømmende- Bør få inn punkt om klagerett Sondre Otervik svarer opp på vegne av brukerutvalget
	<p><u>Neste møte i brukerutvalget er 15. juni 2023</u></p> <p>På dette møte inviteres også de nyvalgte representantene til brukerutvalget for perioden 2023 - 2025</p>

Presentasjoner avholdt i møtet sendes i egen mail i etterkant av møtet.
Møtet ble avsluttet kl. 14.00.

Skien, 27.april 2023
Anne Borge Kallevig
referent

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Sykehuset Østfold HF, Kalnes
Dato: 28. april 2023
Tidspunkt: Kl. 0900 - 1600

Følgende styremedlemmer møtte:

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

Fra brukerutvalget møtte:

Aina Nybakke
Odvar Jacobsen

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Terje Rootwelt
Spesialrådgiver Kathrine Hofgaard Vaage
Fagdirektør Ulrich Spreng, eierdirektør Tore Robertsen, økonomi- og finansdirektør 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:

033-2023	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner innkalling og sakliste til styremøte 28. april 2023.

034-2023	Godkjenning av protokoll og B-protokoller fra styremøte 9. mars 2023
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Protokoll og B-protokoller fra styremøte 9. mars 2023 godkjennes.

035-2023	Status og regional handlingsplan for arbeidet med informasjonssikkerhet
-----------------	--

Oppsummering

Styret har bedt om å bli holdt orientert om arbeidet med å styrke informasjonssikkerheten, jamfør styresak 069-2022. I tillegg ba Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøtet den 17. januar 2023 de regionale helseforetakene om å oppdatere de regionale handlingsplanene for det systematiske arbeidet med å styrke informasjonssikkerheten. Oppdateringen skal skje innen 1. mai hvert år, og det skal rapporteres fra forbedringsarbeidet.

Denne styresaken gir en orientering om status for arbeidet med å styrke informasjonssikkerheten i Helse Sør-Øst. Vedlagt saken er forslag til oppdatert handlingsplan for arbeidet med informasjonssikkerhet og en uttalelse fra brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF.

Kommentarer i møtet

Styret merker seg brukerutvalgets uttalelse til saken. Styret understreker behovet for utvikling av informasjonssikkerhetskultur og opprettholdelse av kompetansenivå i Helse Sør-Øst RHF, Sykehuspartner HF og øvrige helseforetak. Dette gjelder ikke bare teknologiske forhold, men også fysiske forhold som f.eks. adgang til rom og sikkerhetsrutiner i virksomhetene.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret slutter seg til regional handlingsplan for arbeidet med informasjonssikkerhet.

2. Styret ber om å holdes orientert om trusselutviklingen og arbeidet med å styrke informasjonssikkerheten i Helse Sør-Øst.

036-2023	Reviderte økonomiske resultatkrav
-----------------	--

Oppsummering

Hensikten med denne saken er å fastsette nye økonomiske resultatkrav for helseforetakene i 2023 etter at Helse Sør-Øst ble tildelt økt basisramme i foretaksmøtet med Helse- og omsorgsdepartementet 17. februar 2023. Det reviderte resultatkravet for 2023 er basert på styrevedtatte resultatmål i helseforetakene.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Det fastsettes følgende nye krav til økonomisk resultat eksklusive salgsgevinster og forserte avskrivninger i 2023 (alle tall i 1000 kroner):

Helseforetak	Revidert budsjett 2023
Akershus universitetssykehus HF	100 000
Oslo universitetssykehus HF	240 000
Sunnaas sykehus HF	15 000
Sykehusapotekene HF	5 000
Sykehuspartner HF	100 000
Sykehuset i Vestfold HF	0
Sykehuset Innlandet HF	40 000
Sykehuset Telemark HF	20 000
Sykehuset Østfold HF	-40 000
Sørlandet sykehus HF	75 000
Vestre Viken HF	178 000
Helse Sør-Øst RHF	400 000
Sum Helse Sør-Øst	1 133 000

Styret legger til grunn at eventuelle salgsgevinster i 2023 medfører forbedret resultat tilsvarende oppnådde gevinster, og at gevinstene skal framkomme i helseforetakenes årsestimater for økonomisk resultat.

037-2023	Virksomhetsrapport per februar og mars 2023
-----------------	--

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport for februar og mars 2023.

Kommentarer i møtet

Styret merker seg gode resultater i Sykehuspartner HF.

Styret ber om at administrasjonen kommer tilbake til styret med nærmere informasjon om avvisningsrater i psykisk helsevern voksne, herunder informasjon om hvilke pasienter som avises og hvorfor.

Styret ber om at administrasjonen har oppmerksomhet på bruk av video- og telefonkonsultasjoner i helseforetakene fremover.

Styret noterer seg at det er en tendens til stabilisering av driftssituasjonen etter pandemien, men at blant annet ventetider har stabilisert seg på et høyt nivå. Styret ber om at administrasjonen viderefører arbeidet med økt oppmerksomhet på økonomi og at det analytiske arbeidet følges opp med kunnskapsbaserte tilnærminger og tiltak som kan gi resultater, særskilt knyttet til innleie, overtidbruk og fristbrudd.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar virksomhetsrapport per februar og mars 2023 til etterretning.

038-2023	Oppfølging av styringsbudskap fra Helse- og omsorgsdepartementet om intensivkapasitet
-----------------	--

Oppsummering

De fire regionale helseforetakene mottok i oppdragsdokumentene for 2021 og 2022 til sammen tre felles oppdrag, alle ledet av Helse Sør-Øst, som omhandler intensivkapasitet og intensivberedskap. Rapporten (vedlegg 1) er Helse Sør-Øst RHF-ets svar på oppdragene. Rapporten beskriver status for intensivkapasiteten og intensivberedskapen i Helse Sør-Øst og anbefalte tiltak for å oppnå en fremtidig intensivkapasitet på kort (-2024) mellomlang (2024-2027) og lang sikt (2030-) som både kan takle naturlige svingninger og som er fleksibel nok til å skalere opp og takle større kriser, som en langvarig pandemi. Arbeidet omfatter intensiv- og overvåkningskapasitet for barn, unge og voksne pasienter. Nyfødtintensiv er ikke en del av arbeidet.

Kommentarer i møtet

Styret merker seg at det har vært en god prosess og bred involvering i arbeidet med rapporten.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret slutter seg til rapport om regional intensivkapasitet og ber administrerende direktør følge opp helseforetakenes arbeid med å sørge for tilstrekkelig fremtidig intensivkapasitet i tråd med rapportens anbefalinger.

039-2023	Høringssvar NOU 2023:4 Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste
-----------------	---

Oppsummering

Helsepersonellkommisjonen ble etablert av Kongen i statsråd den 17. desember 2021. Kommisjonen fikk i oppdrag å etablere et kunnskapsgrunnlag og foreslå treffsikre tiltak i årene framover for å utdanne, rekruttere, og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjeneste i hele landet for å møte utfordringene i helse- og omsorgstjenestene på kort og lang sikt.

Helsepersonellkommisjonen la frem sin utredning (NOU 2023:4) den 2. februar 2023. Helse Sør-Øst RHF er invitert til å avgi høringssvar i saken innen 2. mai 2023.

Kommentarer i møtet

Basert på styrets diskusjon i møtet ble det enighet om at den fremlagte høringsuttalelse bearbejdes videre og fremlegges for behandling i et ekstraordinært styremøte.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret ber om at det fremlagte forslaget til høringssvar fra Helse Sør-Øst RHF bearbejdes videre og fremlegges for behandling i et ekstraordinært styremøte.

040-2023	Målretting av regionale forskningsmidler i Helse Sør-Øst
-----------------	---

Oppsummering

De regionale forskningsmidlene i Helse Sør-Øst består av midler fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD-midler) øremerket til forskning og en avsetning fra det regionale helseforetakets eget budsjett (RHF-midler). For 2023 utgjør midlene totalt 663,6 millioner kroner til forskning og innovasjon, hvorav 327,4 millioner kroner er HOD-midler, jf. styresak 129-2022. I 2022 ble det gjennomført utlysninger for de konkurranseutsatte, regionale forskningsmidlene for i alt 140,9 mill. kroner (midler til åpen utlysning, prioriterte områder og ikke-universitetssykehusene).

Helse Sør-Øst RHF forvalter i tillegg tilskudd til Nasjonalt program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten (KLINBEFORSK) på vegne av de fire RHF-ene. Midler til KLINBEFORSK er avsatt i egen post over Statsbudsjettet og utgjør 184,8 millioner kroner for 2023. Programmidlene tildeles til kliniske multisenterstudier der det inngår samarbeidspartnere fra alle helseregioner.

I denne saken foreslås det målretting av inntil 10 mill. kroner av RHF-midlene til forskning for 2024, og det gis en overordnet beskrivelse av tildelingsprosess for disse midlene. Målrettingen vil understøtte forskning innenfor særskilte tema og områder som er viktige for videreutvikling av spesialisthelsetjenesten med mål om mer effektive tjenester og økt digitalisering i tråd med *Regional utviklingsplan 2040* og Helsepersonellkommissjonens rapport «Tid for handling». Forslaget innebærer at målrettingen organiseres innen rammen av den ordinære åpne utlysningen av regionale forskningsmidler og legger til rette for en helhetlig og ensartet håndtering av søknader om disse midlene.

Kommentarer i møtet

Styret tilslutter seg forslaget til vedtak.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret vedtar at inntil 10 mill. kroner av det regionale helseforetakets midler til forskning fra eget budsjett målrettes til følgende tematiske forskningsområder:
 - Behandling av psykiske lidelser og rusmiddelproblemer hos barn og unge
 - Helsekompetanse
 - Pasientsikkerhet
 - Effektivisering/personellbesparende teknologi
2. Styret slutter seg til at midler til ikke-universitetssykehus videreføres som en strategisk avsetning på samme nivå som i 2022.

041-2023	Status og rapportering for regional IKT-prosjektportefølje
-----------------	---

Oppsummering

Denne saken omfatter de styrevedtatte prosjektene i den regionale IKT-prosjektporteføljen. Det rapporteres på status for hvert prosjekt. Rapporteringen per prosjekt avsluttes når den aktuelle IKT-løsningen er innført ved de helseforetakene som omfattes av prosjektet.

Selve tertialrapporten rapporterer status per 31. desember 2022. Viktige hendelser som har skjedd i porteføljen etter denne datoen, er beskrevet i dette saksfremlegget.

Kommentarer i møtet

Styret pekte på at det er behov for rapporter som er mer oppdaterte og særlig at risikobildet er oppdatert med kunnskapen på tidspunktet for utsending av styresaken. Styret imøteser en sak med oppsummering av STIM-programmet og hvordan dette blir videreført som

linjeaktiviteter i Sykehuspartner HF. Det vil også være interessant å få opplysninger om hvordan de ulike IKT-løsninger påvirker det operative personellet i sykehusene.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar status per tredje tertial 2022 for de styregodkjente prosjektene i regional IKT-prosjektportefølje til orientering.

042-2023	Status og rapportering tredje tertial 2022 for programmet STIM og Windows 10-prosjektet, Sykehuspartner HF
-----------------	---

Oppsummering

Saken omhandler status og rapportering per tredje tertial 2022 for programmet STIM (standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering) og Windows 10-prosjektet som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF. Rapporten ble behandlet i styret i Sykehuspartner HF 1. februar 2023, jf. styresak 005-2023 i Sykehuspartner HF.

Saken legges frem for styret i Helse Sør-Øst RHF for å holde styret orientert om status og fremdrift i programmet STIM og Windows 10-prosjektet.

Kommentarer i møtet

Se kommentarer i sak 041-2023

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar status og rapportering per tredje tertial 2022 for programmet STIM og Windows 10-prosjektet, som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF, til orientering.

043-2023	Rapport fra følgerevisjon av program STIM per 3. tertial 2022
-----------------	--

Oppsummering

Konsernrevisjonen gjennomfører en følgerevisjon av program for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM) hvert tertial etter oppdrag fra styret i Helse Sør-Øst RHF. Denne saken oppsummerer følgerevisjonens resultater i 3. tertial 2022.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar rapport fra følgerevisjon av program STIM per 3. tertial 2022 til orientering og stiller seg bak revisjonens anbefalinger.

044-2023

Utvidelse av omfang for regional løsning for helselogistikk

Oppsummering

Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjente i sak 048-2021 gjennomføring av prosjektet regional løsning for helselogistikk. Styret godkjente i sak 053-2022 utvidelse av omfang for regional løsning for helselogistikk og ny kostnadsramme.

Helselogistikk består av områdene:

- A – Innsjekk og oppgjør
- B – Styling av pasientflyt og ressurser
- C – Intern kommunikasjon og varsling på mobil

Omfang søkingen i sak 053-2022 omhandlet område B og C for Oslo universitetssykehus HF og økt kostnadsramme for å dekke økte kostnader til DIPS-integrasjoner og endringer etter avsluttet spesifikasjonsfase.

Denne saken legges frem for ytterligere utvidelse av omfang med hva som er påkrevd for nytt sykehus i Drammen og nye Radiumhospitalet.

Kommentarer i møtet

Styret ber om at saken fremmes på nytt med en bredere omtale av handlingsalternativer og en mer helhetlig fremstilling av prosjektet.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Saken utsettes.

045-2023

Akershus universitetssykehus HF – forprosjektrapport Samling av sykehusbasert psykisk helsevern

Oppsummering

Akershus universitetssykehus HF skal samle tilbudet innen sykehusbasert psykisk helsevern ved en utvidelse av den eksisterende bebyggelsen på Nordbyhagen i Lørenskog kommune. Utbyggingen vil legge til rette for at tilbudet om diagnostikk og behandling av sykehusbasert psykisk helsevern samles rundt pasienten, og tett ved det somatiske sykehuset. Akershus universitetssykehus HF har i perioden januar 2022 til mars 2023 utviklet forprosjektet for Samling av sykehusbasert psykisk helsevern, 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 prosjektet (beslutningspunkt B4 iht. *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*).

I denne saken legges forprosjektet fram for styret i Helse Sør-Øst RHF for investeringsbeslutning, og med det videreføring til gjennomføringsfasen.

Kommentarer i møtet

Styret understreket at kapasiteten må være tilstrekkelig til å unngå overbelegg.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret godkjenner forprosjekt for Samling av sykehusbasert psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus HF, og ber om at det legges til grunn for videre gjennomføring av prosjektet.
2. Prosjektet skal gjennomføres innenfor en samlet økonomisk styringsramme (P50-estimat) på 977 millioner kroner (prisnivå desember 2022) inkludert ikke-byggnær IKT med 14,7 millioner kroner.
3. Delprosjektene bygg for psykisk helsevern voksne og bygg for psykisk helsevern barn- og ungdom videreføres til gjennomføringsfasen med en økonomisk styringsramme (P50-estimat) på 872 millioner kroner (prisnivå desember 2022).
4. Administrerende direktør gis fullmakt til å godkjenne videreføring av delprosjektene for parkeringsanlegg og ombygging poliklinikk alderspsykiatri til gjennomføringsfasen, forutsatt at prosjektets samlede styringsramme opprettholdes.
5. Styret tar til etterretning at Akershus universitetssykehus HF vil egenfinansiere tiltak forbundet med rørpost, AGV, kulvert og solcelleanlegg utenfor styringsrammen, og at tiltakene gjennomføres i regi av prosjektet.
6. Akershus universitetssykehus HF skal videreføre sitt arbeid med organisasjonsutvikling 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.
7. Styret legger til grunn at Akershus universitetssykehus HF er prosjekteier for gjennomføringsfasen, basert på godkjent mandat fra Helse Sør-Øst RHF. Administrerende direktør gis fullmakt til å utforme mandat for gjennomføringsfasen.

046-2023	Oslo universitetssykehus HF – videreføring til konseptfase for etablering av Ambulansesenter nord
-----------------	--

Oppsummering

Oslo universitetssykehus HF ønsker å etablere nytt ambulansesenter nord. I denne saken behandles søknad om oppstart av konseptfase for prosjektet, basert på Oslo universitetssykehus HF's styresak 14/2023 *Etablering av ambulansesenter nord*.

I henhold til finansstrategien må fullmakt fra styret i Helse Sør-Øst RHF foreligge før helseforetakene starter konseptfase for store byggeprosjekter, og inngåelse av leieavtaler, over 100 millioner kroner.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret gir Oslo universitetssykehus HF fullmakt til å starte konseptfase for etablering av arealer til et nytt Ambulansesenter nord.
2. Styret ber Oslo universitetssykehus HF arbeide for at en eventuell leieavtale inkluderer utkjøpsklausuler for arealene.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å godkjenne hovedprogram og hovedalternativ etter at steg 1 av konseptfasen er fullført. Samlet konseptfase og hvis aktuelt, fremforhandlet utkast til leiekontrakt, legges frem for styrets behandling.
4. Styret gir Oslo universitetssykehus HF fullmakt til å innlede forhandlinger med eventuelle tilbydere av lokaler til leie.

047-2023	Oslo universitetssykehus HF – videreføring til konseptfase for etablering av Ambulansesenter sør
-----------------	---

Oppsummering

Oslo universitetssykehus HF ønsker å etablere nytt ambulansesenter sør. I denne saken behandles fullmaktsøknad om oppstart av konseptfase for prosjektet, basert på Oslo universitetssykehus HF's styresak 13/2023 *Etablering av Ambulansesenter Sør*.

I henhold til finansstrategien må fullmakt fra styret i Helse Sør-Øst RHF foreligge før helseforetakene starter konseptfase for store byggeprosjekter, og inngåelse av leieavtaler, over 100 millioner kroner.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret gir Oslo universitetssykehus HF fullmakt til å starte konseptfase for etablering av arealer til et nytt Ambulansesenter sør.
2. Styret ber Oslo universitetssykehus HF arbeide for at en eventuell leieavtale inkluderer utkjøpsklausuler for arealene.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å godkjenne hovedprogram og hovedalternativ etter at steg 1 av konseptfasen er fullført. Samlet konseptfase og hvis aktuelt, fremforhandlet utkast til leiekontrakt, legges frem for styrets behandling.
4. Styret gir Oslo universitetssykehus HF fullmakt til å innlede forhandlinger med eventuelle tilbydere av lokaler til leie.

048-2023

Retningslinjer for lederlønn i Helse Sør-Øst RHF

Oppsummering

I forbindelse med den nye eierskapsmeldingen (*Meld.St.6 Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap – Statens direkte eierskap i selskaper*) fremkommer det tydelige krav og forventninger til statlige selskaper. Statens retningslinje for lederlønn ble oppdatert i tråd med eierskapsmeldingen med virkning fra 12. desember 2022.

Denne saken er en oppfølging av oppdrag gitt i foretaksmøtet med Helse- og omsorgsdepartementet den 17. januar 2023, pkt. 3.4.1. Saken gjelder statens forventninger i eierskapsmeldingen om lønn til ledende ansatte.

Fra foretaksmøteprotokollen:

«Moderasjonshensynet sammenholdt med forventningen om konkurransedyktig godtgjørelse innebærer at godtgjørelsen ikke skal være høyere enn nødvendig for å rekruttere og beholde ønsket kompetanse. Dersom ledende ansatte får høyere årlig justering i fastlønn enn gjennomsnittet for øvrige ansatte, er staten opptatt av at selskapet begrunner dette i selskapets lønnsrapport. Statens retningslinjer for lederlønn ble oppdatert i tråd med eierskapsmeldingen med virkning fra 12. desember 2022.

Foretaksmøtet la til grunn at de regionale helseforetakene følger statens forventninger som fremkommer i eierskapsmeldingen. Forventningene skal også gjøres gjeldende for underliggende helseforetak.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret slutter seg til oppdaterte retningslinjer for avlønning av administrerende direktør og ledende ansatte i Helse Sør-Øst RHF. Retningslinjene oversendes Helse- og omsorgsdepartementet for godkjenning i foretaksmøte juni 2023.
2. Styret ber om at regionhelseforetakets retningslinjer for lederlønn legges til grunn for tilsvarende retningslinjer i det enkelte helseforetak. Helseforetakenes retningslinjer forutsettes styrebehandlet i foretakenes egne styrer og oversendes Helse Sør-Øst RHF for godkjenning i senere foretaksmøter.

049-2023

Gjennomføring av foretaksmøter juni 2023

Oppsummering

I henhold til helseforetakenes vedtekter skal det avholdes foretaksmøter innen utgangen av juni hvert år, der helseforetakenes årsregnskap, årsberetning, lønnsrapport og årlig melding skal behandles.

Det planlegges at disse foretaksmøtene gjennomføres 22. juni 2023. Helse- og omsorgsdepartementet gjennomfører foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 13. juni 2023 for behandling av tilsvarende saker.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Det avholdes foretaksmøter med helseforetakene i Helse Sør-Øst 22. juni 2023 med behandling av følgende saker:

- Helseforetakenes årsregnskap og årsberetning for 2022
- Helseforetakenes lønnsrapport for 2022
- Honorar til revisor i 2022
- Helseforetakenes årlige melding 2022

050-2023	Møteplan for styret i Helse Sør-Øst RHF i 2024
-----------------	---

Oppsummering

Forslag til datoer og sted for styremøter i 2024 legges frem for godkjenning.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner følgende møtekalender 2024 for styret i Helse Sør-Øst RHF:

- Fredag 9. februar 2024 – Hamar
- Torsdag 7. mars 2024 – Hamar
- Torsdag 25. og fredag 26. april 2024 – Hamar
- Fredag 21. juni 2024 – Hamar
- Torsdag 22. august 2024 – Hamar
- Fredag 27. september 2024 – Hamar
- Fredag 25. oktober 2024 – Hamar
- Torsdag 21. og fredag 22. november 2024 – Hamar
- Torsdag 19. desember 2024 – Hamar

051-2023	Styresaker i Helse Sør-Øst RHF – status og oppfølging
-----------------	--

Oppsummering

Styret har to ganger per år fått fremlagt en oversikt over status og oppfølging av styresaker som har vært til behandling.

Sist oversikten ble behandlet i styret var i november 2022.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak til og med februar 2023 til orientering.

052-2023	Årlig erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse for ledende personer
-----------------	---

Oppsummering

Saken omhandler lederens ansettelsesvilkår og rapportering i henhold til nye retningslinjer for lederlønn/godtgjørelse for ledende personer gjeldende fra 2022.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret vedtar erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse for ledende personer og lederlønnsrapport for 2022.

053-2023	Årsberetning, årsregnskap og spesialisthelsetjenestens felles rapport for samfunnsansvar 2022
-----------------	--

Oppsummering

Årsberetning og årsregnskap 2022 med noter legges fram for behandling i styret i Helse Sør-Øst RHF.

I tillegg legges spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar for 2022 fram for styret til orientering.

Kommentarer i møtet

Det er positivt at omfanget på årsberetningen er redusert, samtidig kunne det kunne vært tatt inn et avsnitt som sier noe om aktiviteten i virksomheten, før rapporten omtaler forskning og innovasjon. I tillegg burde avsnittet om framtidsutsikter og utfordringer inkludere en omtale av de store investeringsprosjektene (bygg og IT) og opplegg for styring av disse.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret godkjenner årsberetning og årsregnskap for 2022.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å godkjenne mindre endringer i årsberetningen og årsregnskapet for 2022 basert på innspill gitt i møtet.

3. Styret tar spesialisthelsetjenestens felles rapport for samfunnsansvar for 2022 til orientering.
4. Styret ber administrerende direktør følge opp revisjonens tilrådninger.

054-2023	Fullmakt til Sykehuspartner HF om å inngå rammeavtale for kjøp av allmenne (offentlige) skytjenester i Helse Sør-Øst
-----------------	---

Saken ble vedtatt behandlet i lukket møte jf. helseforetaksloven § 26a

Styrets vedtak fremgår i B-protokoll.

055-2023	Oslo universitetssykehus HF, Livsvitenskapsbygget. Revidert styringsramme og kontraktsmessige forhold
-----------------	--

Saken ble vedtatt behandlet i lukket møte jf. helseforetaksloven § 26a

Styrets vedtak fremgår i B-protokoll.

056-2023	Oslo universitetssykehus HF – erverv av eiendommer fra Oslo kommune for Nye Aker - avtale om tiltrede og skjønn
-----------------	--

Saken ble vedtatt behandlet i lukket møte jf. helseforetaksloven § 26a

Styrets vedtak fremgår i B-protokoll.

057-2023	Årsplan styresaker
-----------------	---------------------------

Styrets enstemmige

V E D T A K

Årsplan styresaker 2023 tas til orientering.

058-2023	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
-----------------	---

I tillegg til driftsorienteringer sendt styret orienterte administrerende direktør om behov for å oppdatere planforutsetningene for økonomisk langtidsplan 2024-2027:

Helse Sør-Øst RHF behandlet i styremøte 9. mars 2023 sak 022-2023; *Økonomisk langtidsplan 2024-2027 – planforutsetninger*. Plan for videre arbeid tok sikte på styrebehandling av foretaksgruppens *Økonomisk langtidsplan 2024-2027* i styremøtet 21. juni. Administrerende direktør vil legge frem reviderte planforutsetninger for økonomisk

langtidsplan 2024-2027 i styremøtet 21. juni. Det tas sikte på at foretaksgruppens økonomiske langtidsplan for 2024-2027 behandles av styret 29. september 2023.

Kommentarer i møtet

Det ble vist til drøftingsprotokollen med de konserntillitsvalgte om administrerende direktørs orientering i møte 9. mars 2023 om driftssituasjonen ved thoraxkirurgisk avdeling i Oslo universitetssykehus HF. Styret ba om at det i månedsrapport i løpet av høsten 2023 blir gitt en orientering om ventetidsutviklingen ved denne enheten.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 7. - 9. mars 2023
3. Godkjent protokoll fra møte revisjonsutvalget 27. februar 2023
4. Brev fra ordfører i Elverum Lillian Skjærvik og ordfører i Hamar Einar Busterud
5. Brev fra ordføreren i Notodden
6. Protokoll fra drøftingsmøte 26.04.2023 med de konserntillitsvalgte

Møtet hevet kl. 16:00

Kalnes, 28. april 2023

Svein I. Gjedrem
styreleder

Nina Tangnæs Grønvold
nestleder

Irene Kronkvist

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Einar Lunde

Harald Vaagaasar Nikolaisen

Peder Kristian Olsen

Lasse Sølvberg

Kristin Vinje

Kathrine Hofgaard Vaage/
Tore Robertsen
styresekretær

Møteprotokoll

Styre:	Ekstraordinært styremøte i Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Digitalt
Dato:	11. mai 2023
Tidspunkt:	Kl. 17:00 – 19:00

Følgende styremedlemmer møtte:

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

Fra brukerutvalget møtte:

Aina Nybakke
Odvar Jacobsen

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Terje Rootwelt
Spesialrådgiver Kathrine H. Vaage
Økonomi- og finansdirektør Line Alfarrustad, direktør porteføljestyling bygg Hanne Gaaserød, eierdirektør Tore Robertsen, direktør teknologi og eHelse Rune Simensen, fagdirektør Ulrich Spreng, konserndirektør Mona Stensby og direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø

Saker som ble behandlet:

060-2023	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner innkalling og sakliste til ekstraordinært styremøte 11. mai 2023.

060-2023	Oppdatert - Høringssvar NOU 2023:4 Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste
-----------------	---

Oppsummering

Helsepersonellkommissjonen ble etablert av Kongen i statsråd den 17. desember 2021. Kommisjonen fikk i oppdrag å etablere et kunnskapsgrunnlag og foreslå treffsikre tiltak i årene framover for å utdanne, rekruttere, og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjeneste i hele landet for å møte utfordringene i helse- og omsorgstjenestene på kort og lang sikt.

Helsepersonellkommissjonen la frem sin utredning (NOU 2023:4) den 2. februar 2023. Helse Sør-Øst RHF er invitert til å avgis høringssvar i saken innen 2. mai 2023.

Saken ble behandlet i styremøtet 28. april 2023 i sak 39/2023. Styret gav innspill i saken som ga grunnlag for en justering av høringsinnspillet med en fornyet behandling i styret 11. mai 2023. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt utsatt høringsfrist til 12. mai.

Kommentarer i møtet

Styret ber om at henvisning til brev til Helsepersonellkommissjonen fra direktørene i de regionale helseforetakene avgrenses til aktuell redegjørelse i høringsnotatet.

Styret ber om høringsinnspilletts avsnitt om utdanning og kompetanseutvikling suppleres med en omtale av etniske minoriteters overrepresentasjon i spesialisthelsetjenesten, og samtidig mindre mangfold på ledernivå. Det er behov for bred rekruttering og mobilisering oppover i systemet.

Styret tar til orientering at styremedlem Lasse Sølvberg ikke ønsker å godkjenne det fremlagte forslaget til høringssvar, men velger å ta det til orientering, jf. protokolltilførsel.

Styrets

V E D T A K

Styret godkjenner det fremlagte forslaget til høringssvar fra Helse Sør-Øst RHF.

Votering:

Vedtatt mot en stemme.

Protokolltilførsel fra styremedlem Lasse Sølvberg:

Denne representanten godkjenner ikke det fremlagte høringssvaret fra HSØ, men tar til orientering at Helse Sør-Øst har svart opp høringen. Det presiseres også at denne representanten ikke understøtter Helsepersonell-kommisjonens flertall, eller AD-møtets brev til Helsepersonell-kommisjonen 22.aug 2022 som siteres i saksfremlegget, i forhold til beskrivelse av løsning med ledes juridiske forutsetninger hva gjelder arbeidsplaner/arbeidstid.

061-2023	Utvidelse av omfang for regional løsning for helselogistikk
----------	---

Oppsummering

Bakgrunnen for det regionale prosjektet for helselogistikk var at flere av helseforetakene i Helse Sør-Øst ønsket tilsvarende funksjonalitet som Sykehuset Østfold HF og Akershus universitetssykehus HF allerede hadde tatt i bruk. Avtalene som var inngått av hhv. Sykehuset Østfold HF og Akershus universitetssykehus HF åpnet ikke for at andre helseforetak kunne benytte disse. Det ble derfor vurdert som mest hensiktsmessig å gjøre en regional anskaffelse som alle helseforetakene i Helse Sør-Øst kan benytte seg av, jfr. arbeidet med standardisering i Helse Sør-Øst.

Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjente i sak 048-2021 gjennomføring av prosjektet regional løsning for helselogistikk. Styret godkjente i sak 053-2022 utvidelse av omfang for regional løsning for helselogistikk og ny kostnadsramme.

Helselogistikk består av områdene:

- A – Innsjekk og oppgjør
- B – Styring av pasientflyt og ressurser
- C – Intern kommunikasjon og varsling på mobil

Vedtatt omfang for fase 3 i styresak 048-2021:

- Område A for Sykehuset i Vestfold HF, Vestre Viken HF, Sykehuset Telemark HF og Oslo universitetssykehus HF
- Område B og C for Sykehuset i Vestfold HF, Vestre Viken HF og Sykehuset Telemark HF

Omfangøkningen i sak 053-2022 omhandlet område B og C for Oslo universitetssykehus HF (61 millioner kroner økt ramme) og økt kostnadsramme for å dekke økte kostnader til DIPS-integrasjoner (12 millioner) og endringer etter avsluttet spesifikasjonsfase (3 millioner). Det vedtatte omfanget etter begge disse sakene er begrenset til det som er likt for alle de fire helseforetakene og ikke spesielt rettet inn mot nye sykehus. Det har vært lagt til grunn at omfanget skal økes og videreutvikles i en fase 4 gjennomført av Sykehuspartner etter prosjektgjennomføring og i videre forvaltning.

Sak om ytterligere utvidelse av omfang av helselogistikk fase 3 med det som er påkrevd for å oppnå ønsket funksjonalitet ved innflytting i nytt sykehus i Drammen og nye Radiumhospitalet, ble lagt frem i Helse Sør-Øst styremøte 28. april, styresak 044-202. Styret

ba om en oppdatert sak med bedre beskrivelse av handlingsalternativene og oppdatert kost-/ nyttevurdering.

I denne oppdaterte styresaken gis det også en oppsummering av prosess og vurderinger og anbefaling av bruk av offentlig sky for område A i løsningen da oppfølgingen av dialogen med Datatilsynet om dette nå er fullført.

Kommentarer i møtet

Styret presiserer at risikobildet beskrevet i saken, jf. tabell 7, gjelder det utvidede omfanget av regional løsning for helselogistikk for fase 3.

Styret ber administrasjonen ta lærdom fra prosjektet med hensyn til styring av store IKT-prosjekter.

Styrets

V E D T A K

1. Styret godkjenner utvidelse av omfang for regional løsning for helselogistikk fase 3 med ny kostnadsramme på 394 millioner kroner inkludert merverdiavgift (P85-estimat; 2023-kroner).
2. Styret støtter anbefalingen fra administrerende direktør om at den regionale løsningen for helselogistikk tilbys helseforetakene i Helse Sør-Øst slik den er beskrevet i saken. Det er helseforetakene som dataansvarlige som beslutter om de ønsker å ta i bruk løsningen. Det vises i denne sammenheng også til styresak 107-2019 hvor det blant annet ble vedtatt at helseforetakene skal forelegge avvik fra regionale føringer for IKT for eget styre.

Votering:

Vedtatt mot tre stemmer.

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Lasse Sølvberg, Irene Kronkvist og Christian Grimsgaard:

Disse medlemmene støtter ikke vedtaket i saken. Det vises til drøftingsinnspill i sak 044-2023.

Prosjektet har pågått i to år, men ligger allerede ett år etter planen. I saken er det fremstilt et samlet kostnadsbilde - uten usikkerhetsavsetning - som er mer enn dobbelt så høyt som stipulert ved igangsetting for to år siden. Testing har avdekket en rekke feil på de utviklede løsningene, inklusive kritiske feil for alle tre områder. Leverandørene har så langt ikke klart å levere funksjonalitet som avtalt. Det beskrives også at det stadig er betydelig risiko. Bærekraftsanalysene viser at prosjektet nå har en negativ nåverdi på i størrelsesorden en halv milliard kroner. Det er ikke fremlagt dokumentasjon som sannsynliggjør gevinster i sykehusene som vil kompensere og resultere i positiv nåverdi. Disse medlemmene kan ikke se at det er fremlagt et beslutningsunderlag som tydeliggjør handlingsalternativene. Økonomien i sykehusene er meget anstrengt, og disse medlemmene anser at det ikke er fremlagt et saksgrunnlag som berettiger videreføring av prosjekter med negativ beregnet nåverdi og

betydelig restrisiko. Disse medlemmene anser at styret burde fått seg forelagt reelle handlingsalternativer, jamfør styrets uttalelse i sak 044-2023.

Disse medlemmene mener videre at bruk av skytjeneste underlagt en lovgivning som gir hjemmel for innsyn for våre pasientdata innebærer risiko. Sensitive data i offentlig sektor må beskyttes. Datasentre og skytjenester for sensitiv informasjon, funksjoner og infrastruktur av betydning for nasjonale sikkerhetsinteresser bør etableres innenfor landets grenser og under norsk kontroll.

Møtet hevet kl. 18:35

Oslo, 11. mai 2023

Svein I. Gjedrem
styreleder

Nina Tangnæs Grønvold
nestleder

Irene Kronkvist

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Einar Lunde

Harald Vaagaasar Nikolaisen

Peder Kristian Olsen

Lasse Sølvberg

Kristin Vinje

Kathrine H. Vaage
styresekretær