SYKEHUSET TELEMARK

Styret i Sykehuset Telemark HF
Brukerutvalgets representanter

Vår referanse:
Saksbehandler: Tone Pedersen +47 957 94 426

Dato:
18. februar 2020

Innkalling til styremøte i Sykehuset Telemark HF

Det innkalles til styremøte i Sykehuset Telemark HF

Tid: Tirsdag 25. februar 2020 kl. 1230 - 1700

Sted: Clarion Hotel & Congress Gardermoen

Vedlagt oversendes saksliste og saksframlegg til møtet.

Med vennlig hilsen
Sykehuset Telemark HF

Per Anders Oksum
styreleder

SYKEHUSET TELEMARK

Styremøte i styret for Sykehuset Telemark HF

Tid: **25. februar 2020, kl. 1230 – 1700**

Sted: **Clarion Hotel & Congress Gardermoen**

Møteleder: **Styreleder Per Anders Oksum**

Saksliste

Tentativ plan	Saksnr.	Sakstittel	Sakstype
1230 – 1235	007 - 2020	**Godkjenning av innkalling og saksliste** v/Styreleder	**Beslutning**
1235 – 1240	008 - 2020	**Godkjenning av protokoll fra styremøte 22. januar 2020** v/Styreleder	**Beslutning**
1240 – 1300	009 - 2020	**Driftsorienteringer fra administrerende direktør**	**Orientering**
1300 – 1345	010 - 2020	**Virksomhetsrapport per 3. tertial 2019** v/Fagdirektør og økonomidirektør	**Orientering**
1345 – 1430	011 - 2020	**Virksomhetsrapport per januar 2020** v/Fagdirektør og økonomidirektør	**Orientering**
1430 – 1500	012 - 2020	**Tilsyn – somatiske spesialisthelsetjenester til utlokaliserte pasienter Sykehuset Telemark HF** v/Fagdirektør	**Orientering**
1500 – 1515		**Pause**	
1515 – 1600	013 - 2020	**Årlig melding 2019 for Sykehuset Telemark HF** v/Administrerende direktør	**Beslutning**
1600 – 1630	014 - 2020	**Endelig innstilling til B3A konseptplan - Utbygging somatikk Skien** v/Administrerende direktør	**Beslutning**
1630 – 1640	015 - 2020	**Årlig erklæring om ledernes ansettelsesvilkår** v/Administrerende direktør	**Beslutning**
1640 – 1650	016 - 2020	**Årsplan 2020 for styret i Sykehuset Telemark** v/Styreleder	**Orientering**

1650 – 1700		**Andre orienteringer** 1) Styreleder orienterer 2) Foreløpig protokoll fra ungdomsrådet 28. januar 3) Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 30. januar 4) Foreløpig protokoll fra styret i HSØ 5. februar	**Orientering**

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

Per Anders Oksum
Styreleder

Vedlegg: Saksdokumenter

SYKEHUSET TELEMARK

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak nr.	Saksansvarlig og saksaksbehandler	Sakstype	Møtedato
007-2020	Tone Pedersen, spesialrådgiver direktørens stab	Beslutning	25.02.2020

Trykte vedlegg:
Utrykte vedlegg:

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Skien, den 13. februar 2020

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Godkjenning av protokoll

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
008-2020	Tone Pedersen, spesialrådgiver direktørens stab	Beslutning	25.02.2020

Trykte vedlegg:
Utrykte vedlegg:

Forslag til vedtak:

Protokoll fra styremøte 22. januar 2020 godkjennes.

Skien, den 13. februar 2020

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

PROTOKOLL FRA STYREMØTE I SYKEHUSET TELEMARK HF

Dato: 22. januar 2020 Tidspunkt: kl. 1000–1230	Sted: Direktørens møterom, bygg 54 i Skien

Følgende medlemmer møtte

Per Anders Oksum Styreleder
Marit Kasin *forfall* Nestleder
Folke Sundelin
Kari Dalen
Kristian Bogen
Ann Iserid Vik-Johansen
Kristine Stranheim Sunde
Kristian Wiig

Fra brukerutvalget møtte

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

Fra administrasjonen deltok

Tom Helge Rønning administrerende direktør, Halfrid Waage fagdirektør, Geir-Olav Ryntveit økonomidirektør, Lars Kittilsen kommunikasjonssjef og Tone Pedersen styresekretær/ spesialrådgiver stab (referent)

I tillegg møtte fra direktørens ledergruppe (tilstede på hele eller deler av møtet)

Klinikksjefene Per Urdahl, Gunnar Gausel, Frank Hvaal, Elin Skei, Kjetil Christensen og utviklingsdirektør Annette Fure

Presentasjon av saker:

Sak 003-2020, 002-2020 og 005-2020: Per Anders Oksum styreleder
Sak 003-2020: Tom Helge Rønning administrerende direktør, Halfrid Waage fagdirektør og Geir-Olav Ryntveit økonomidirektør
Sak 004-2020: Annette Fure utviklingsdirektør, Einar Ramsli eiendomssjef og Lasse Berg prosjektleder Sykehusbygg

Styreleder ledet møtet

Saker som ble behandlet:

001-2020	**Godkjenning av innkalling og saksliste**

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

002-2020	**Godkjenning av protokoll fra styremøte 18. desember 2020**

Styrets enstemmige

V E D T A K

Protokoll fra styremøte 18. desember 2019 godkjennes.

003-2020	**Driftsorienteringer fra administrerende direktør**

Administrerende direktør orienterte, i tillegg til områder i skriftlig orientering, i møtet om følgende:

- Ved Sykehuset Telemark er det nå i overkant av 70 prosent som har vaksinert seg mot influensa. Det er en høyere dekning enn i 2018 og sykehuset nærmer seg målet på at minst 75 prosent skal vaksinere seg.

Kommentarer i møtet
Sykehuset har gjennomgående bra resultat på medisinske parametre i 2019, med unntak av fristbrudd og ventetider i somatikken. Styret er svært fornøyd med at sykehuset har nådd budsjettert økonomisk resultat.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

004-2020	Utbygging somatikk Skien - Valg av hovedspor (innstilling til B3A)

Oppsummering

I henhold til tidsplan for prosjekt Utbygging somatikk Skien, skal det nå velges 1 – ett – hovedspor som skal gå videre til designkonsept og skisseprosjekt, konseptfase steg 2. Endelig beslutning av hovedspor (B3A) skal tas av styret i Helse Sør-Øst RHF 12. mars 2020.

Kommentarer i møtet:
Styret takket for et grundig saksframlegg og en oversiktlig presentasjon. Det synes å være gjennomført grundige prosesser som er samstemt mot ett alternativ. Det er viktig at strålesenteret etableres så tidlig som mulig og at planene også inkluderer Sykehuset i Vestfold, slik at ønskelige pasientstrømmer etableres.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. STHF styre innstiller hovedspor 3 til videre utredning i Konseptfase, steg 2. Styret støtter at «pasientnytte» er tillagt særlig vekt i vurderingen.
   Hovedspor 3 inkluderer ett nybygg med akuttsenter og sengeområder i 4 etasjer, samt et strålesenter etablert i tilslutning til Moflata.
2. For å kunne realisere identifiserte driftsgevinster og redusere risiko for driftsavbrudd i Porsgrunn ønsker styret at modulbygg utredes videre i Konseptfase, steg 2.
3. Styret presiserer at forbedringsarbeidet må fortsette for å sikre at foretaket har tilstrekkelig bæreevne også etter gjennomført investering.

005-2020	Årsplan styresaker

Styrets enstemmige

V E D T A K

Årsplan styresaker tas til orientering.

Andre orienteringer

1. Styreleders møter utenom styremøtene:
   a. Sykehustalen ved Helse- og omsorgsministeren 14.01.2020
2. Konsernrevisjonens's oppsummering fra oppfølging av revisjon *Forvaltning av GAT 2017* (rapport 12/2017)
3. Foreløpig protokoll fra BU 12. desember 2019
4. Foreløpig protokoll HSØ styremøte 19. desember 2019

Temasak:

- Styret holdt ingen egenevaluering

Møtet hevet kl. 1200

Førstkommende styremøte
Onsdag 25. februar 2020 kl. 1230 – 1700 på Clarion Hotel & Congress Gardermoen.

Skien, 22. januar 2020

Per Anders Oksum Styreleder	Marit Kasin Nestleder (sett)	Folke Sundelin
Nils Kristian Bogen	Ann Iserid Vik-Johansen	Kari Dalen
Kristine S. Sunde	Kristian Wiig	Tone Pedersen Styresekretær

SYKEHUSET TELEMARK

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Driftsorienteringer fra administrerende direktør

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
009 -2020	Administrerende direktør Tom Helge Rønning	Orientering	25.02.2020

Trykte vedlegg:
Utrykte vedlegg:

Har saken betydning for pasientsikkerheten? Hvis ja, gi en kort beskrivelse.

Forslag til vedtak:

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Skien, den 17. februar 2020

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Driftsorienteringer fra administrerende direktør

1) Testing av nytt digitalt verktøy for hjemme-dialysepasienter

Sykehuset Telemark samarbeider med Universitetet i SørØst-Norge (USN), SINTEF og IMATIS om en digital løsning for tettere oppfølging av hjemme-dialysepasienter. Nå har de tre første pasientene tatt i bruk en nyutviklet app for nettbrett. Målet er å få med de 22 pasientene som får hjemme-dialyse i Telemark. To forskere, fra Universitetet i Sørøst Norge og SINTEF, følger pilotprosjektet tett. De skal måle effekten av gevinster for pasientene, mens prosjektgruppen skal gjøre rede for om den web-baserte løsningen også kan gjøre nytte for andre pasientgrupper. Dette kan bidra til å gjøre sykehuset mer tilgjengelig for sykehusets hjemme-dialyse-pasienter.

2) Forskningsstudie om tarmflora kan erstatte antibiotika

Sykehuset Telemark har vært med i en pilotstudie der behandling med frisk tarmflora istedenfor antibiotika, ga lovende resultater. Studien viste at tilførsel av frisk tarmflora ved første gangs infeksjon med bakterien Clostridium Difficile, var minst like effektiv som antibiotika. Nå blir sykehuset med i en nasjonal oppfølgingsstudie som startet i februar og som fortsetter ut 2020. Målet er å undersøke om tilførsel av frisk tarmflora kan bidra til å få ned antibiotikaforbruket.

3) Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling

Det siste halvåret har de to akuttpsykiatriske seksjonene og Ungdomspsykiatrisk senter i Skien gjennomført et stort forbedringsprosjekt. Innsatsen fra ledere og ansatte gir resultater. Effekten er blitt synlig i løpet av de siste fire månedene.

De tre seksjonene har kjørt egne forbedringsprosjekt med et sterkt fokus på hva som er bra både for pasientene, og for de ansattes arbeidsmiljø. De har blant annet utarbeidet et detaljert flytskjema som skal sikre god behandling i hele pasientforløpet, og en turnus med vaktteam som er sammensatt slik at teamene blir tryggere. Det er også satset mye på at ansatte får kompetanse til å møte utagerende pasienter på en måte som trygger ansatte og medpasienter. Nå ser vi tegn til at flere av tiltakene begynner å virke blant annet på at antall re-innleggelser går ned og at økonomien er i bedring

4) Mikrokirurgisk øvingsrom

Sykehuset Telemark har lenge vært i front på mikrokirurgisk brystrekonstruksjon. For å beholde og videreutvikle kompetansen, er det nå etablert en mikrokirurgisk lab for å kunne få innføring i og trene på en krevende kirurgisk teknikk. Et lite kontor er avsatt til lab, og nå er endelig nødvendig utstyr, og en langt rimeligere utgave av et operasjonsmikroskop - et teknoskop - på plass.

28. januar fikk leger i Seksjon for plastikk-kirurgi innføring i mikrokirurgi, og en demonstrasjon i den mikrokirurgiske øvingslaben. Så vidt vi vet er Sykehuset Telemark alene om å tilby sine kirurger å trene på mikrokirurgi i eget øvingslaboratorium. Siden år 2000 er det utført mer enn 400 mikrokirurgiske brystoperasjoner ved sykehuset. Her får kvinner nytt bryst bygget på vev fra eget buk-parti- med gode resultater. Hvert år får noen titalls kvinner utført denne avanserte operasjonen. Ved hjelp av et operasjonsmikroskop syr kirurgene ørsmå blodårer sammen for å skape et nytt bryst.

5) Viktig kompetansesatsing for å håndtere vold og trusler

Sykehuset Telemark opplever dessverre en økning hendelser som omhandler vold og trusler. Slike hendelser er et økende problem også nasjonalt og man ser tendenser til at alvorlighetsgraden øker. Ny lovgivning konkretiserer nå krav til sykehusene om å sette inn tiltak. Tradisjonelt har utfordringene vært størst innenfor rus- og akuttpsykiatri, men nå skjer det i økende grad også hendelser i somatiske avdelinger. Her har ambulansearbeidere, akuttmottak og enkelte andre somatiske avdelinger vært mest utsatt.

Vi setter nå i gang et prosjekt som vil gå over to år med fokus på å få på plass opplæring og andre tiltak for å styrke ansatte og lederes håndtering og oppfølging av vold- og trusselsituasjoner. Målet er å gjøre hele organisasjonen bedre i stand til å håndtere slike situasjoner. Det skal være et bidrag til å gi pasienter og ansatte økt trygghet. Vi tar utgangspunkt i erfaringer fra andre sykehus og kompetansemiljøet innen håndtering av vold og trusler i Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling (KPR).

6) Revisjoner

Konsernrevisjonen har i år varslet to revisjoner ved Sykehuset Telemark. Den førte revisjonen vil bli gjennomført med oppstart i månedsskiftet februar/mars og omhandler «Varsling – system for å håndtere varsling av kritikkverdige forhold. Den andre revisjonen omhandler håndtering av kravet til kontaktlege og kontaktpsykolog og er foreløpig ikke planlagt i tid. Begge revisjonene vil bli forelagt styret i etterkant.

Riksrevisjonen har igangsatt en forvaltningsrevisjon om investeringer i helseforetakene. Resultatet planlegges rapportert til Stortinget våren 2021. Målet med revisjonen er å undersøke om spesialisthelsetjenesten gjennom investeringer i medisinsk-teknisk utstyr (MTU) og bygg legger til rette for effektiv drift og god pasientbehandling. Undersøkelsen vil ikke omfatte planlegging og gjennomføring av større byggeprosjekter.

7) Prevalensmåling av sykehusinfeksjoner (HAI) i februar

Resultatet av målingen viste 2,5% som er det beste resultatet registrert ved sykehuset siden oppstart av dagens registreringer i 2008. Målingen nå i februar viste 2 urinveisinfeksjoner, 2 nedre luftveisinfeksjoner og 3 postoperative sårinfeksjoner.

8) Status om Coronavirus og MRSA utbrudd

Det vil i møtet bli gitt muntlig informasjon i møtet om situasjonen med Coronavirus og et MRSA utbrudd ved sykehuset.

9) Legemiddelmangel

Det er en økende utfordring med situasjoner med legemiddelmangel. Coronavirus kan komme til å forsterke dette ytterligere. Konkrete eksempler gis i møtet.

Øvrige orienteringer kan gis muntlig i styremøtet.

SYKEHUSET TELEMARK

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Virksomhetsrapport per 3. tertial 2019

Sak nr.	Saksansvarlig/saksbehandler	Sakstype	Møtedato
010-2020	Økonomidirektør Geir Olav Ryntveit, økonomisjef Dana Tønnessen og controller Marte Helen Helland	Orientering	25.02.2020

Trykte vedlegg: Virksomhetsrapport per desember 2019
Risikovurdering per 3. tertial
Status tiltaksplan for Ledelsens gjennomgang 2019
Utrykte vedlegg: Ingen

Har saken betydning for pasientsikkerheten?
Ja, oppfølging av medisinske parametere og måletall har betydning for pasientsikkerheten.

Forslag til vedtak:

Styret tar virksomhetsrapport per 3. tertial 2019 til orientering.

Skien, den 18. februar 2020

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Sammendrag

Sykehuset Telemark oppnådde i 2019 et overskudd på 31 millioner kr, noe som er 1 million kr bedre enn med budsjett og en forbedring på 22 millioner kr fra 2018. De viktigste faktorene bak resultatutviklingen i 2019 er økte polikliniske inntekter, høye salgsinntekter for laboratoriet samt lavere kostnader ved kjøp/salg av helsetjenester. Samtidig opplever sykehuset at økonomien fortsatt utfordres blant annet av økte kostnader til behandlingshjelpemidler, flere ambulanseoppdrag, høye kostnader til innleie og overtid, samt lav vekst i DRG-aktivitet.

Målsettingen om at gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenlignet med 2018 er ikke oppnådd. Gjennomsnittlig ventetid i 2019 er 56,6 dager, litt over målsettingen på 55 dager. Det er ventetiden innen somatikk som har gått opp i 2019 og særlig plastikk kirurgi som trekker opp ventetiden på grunn av sitt antall langventere for postbariatri.

Psykisk helsevern og TSB har redusert ventetidene i 2019, og ventetidene er innenfor målene på 40 dager innen VOP/BUP og 35 i TSB. På tross av økt antall vakante stillinger så har VOP redusert sin ventetid med hele 7 dager. Det er jobbet systematisk med henvisningene og pasientlogistikken og ventelistefokus vil prege virksomhetsstyringen også fremover.

Aktivitet i somatikken var marginal svakere enn planlagt (-1,4 %) i 2019. Avviket er i all hovedsak relatert til døgnaktiviteten (en kombinasjon av færre opphold og lavere DRG-indeks («pleietyngde»). Det er spesielt de kirurgiske fagene som har hatt en lavere aktivitet, noe som i hovedsak skyldes en kraftigere glidning fra døgn til dag-opphold enn forventet, med lavere DRG-uttelling som resultat.

Prioriteringsregelen for poliklinisk aktivitet er oppfylt for BUP, men ikke for VOP eller TSB, grunnet nedgang i antall terapeuter. Prioriteringsregelen for ventetider er oppfylt for alle tjenesteområdene, mens den for kostnader er oppfylt for BUP og TSB. Det jobbes med rekruttering i vakante stillinger for å øke aktiviteten og holde ventetidene lave også framover.

Den overordnede risikovurderingen viser middels risiko for manglende måloppnåelse innfor flere av indikatorene, men det vurderes at det ikke foreligger økt risiko for redusert kvalitet og pasientsikkerhet. Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring vil følges opp som ny risikoområder fremover. Risikobildet er noe endret siden forrige rapportering, begrunnet i en bedre reell utvikling av økonomiresultatet og økt oppmerksomhet knyttet til kravene om informasjonssikkerhet og GDPR.

Innhold

Sammendrag 2
Risikovurdering per 3. tertial 2019 4
Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD 2019 6
Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen 6
Prioritere psykisk helsevern og TSB 8
Bedre kvalitet og pasientsikkerhet 10
Aktivitet 11
Somatikk 11
Psykisk helsevern og TSB 13
Prioriteringsregelen 15
Ventetider (i forhold til både samme periode forrige år og gjennomsnitt for hele forrige år) 15
Polikliniske konsultasjoner 15
Kostnader per tjenesteområde (tertialvis rapportering) 15
Bemanning 16
Økonomi 16
Klinikkene 17
Tertialvise forhold 20
Forskning 20
HMS/ arbeidsmiljø 20
Handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring – I trygge hender 24/7 21
Eksterne tilsyn og revisjoner 22
Uønskede hendelser og klagesaker 26
Status tilpasning GDPR (General Data Protection Regulation) 28

Risikovurdering per 3. tertial 2019

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

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

Den overordnede vurderingen er at det er middels risiko for manglende måloppnåelse innfor flere av indikatorene, men det vurderes at det ikke foreligger økt risiko for redusert kvalitet og pasientsikkerhet. Risikobildet er noe forbedret siden forrige rapportering, begrunnet i en bedre reell utvikling av økonomiresultatet.

Risikomatrise 3. tertial 2019 STHF

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

	Risikoområder	Sannsynlighet					Konsekvens					Historisk utvikling			
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	T3-18	T1-19	T2-19	T3-19
1	Kvalitet og tilgjengelighet			x					x ←						
2	Økonomi	x ←							x						
3	Aktivitet og bemanning			x					x						
4	Strategi - attraktivitet og konkurransesituasjon		x						x						
5	Prioriteringsregelen			x					x						
6	Informasjonssikkerhet - personvern - ny EU direktiv			x				→ x							
7	Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring		x						x						

1. Kvalitet og tilgjengelighet – Sykehuset Telemark har i 2019 ikke nådd målsettingen om at gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenlignet med 2018. Gjennomsnittlig ventetid i 2019 er 56,6 dager, litt over målsettingen på 55 dager. Det er ventetiden innen somatikk som har gått opp i 2018. Det pågår tiltak, blant annet gjennom bedre utnyttelse av lokasjoner, for å redusere ventetiden. Fristbrudd i somatikken har økt i sommer, og det er iverksatt tiltak for å endre utviklingen. Direkte time er økt til 84 %. Andelen korridorpasienter er høyere enn siste to år, men har vært avtagende gjennom året.

2. Økonomi – Sykehuset rapporterer et driftsresultat på 31,0 millioner, som er 1,0 millioner over målsettingen for året. Det positive budsjettavviket skyldes høye polikliniske inntekter, høye salgsinntekter fra laboratoriet og røntgen samt lavere kostnader ved kjøp/salg av helsetjenester (lavere kostnader H-resepter og gjestepasienter). Disse effektene kompenserer svakere fremdrift av effektivitetsarbeidet og noe lavere DRG-aktivitet, med god margin.

3. Aktivitet og bemanning – Uendret. Sykehuset må forbedre produktiviteten på nivå med de beste helseforetakene i regionen for å etablere en bærekraftig drift og skape handlingsrom til egen utvikling. Sykehuset har ikke klart budsjettmålene for reduksjon i årsverk og økt aktivitet i 2019. Aktiviteten i 2019 er høyere enn i 2018 men noe lavere enn budsjettert. På årsbasis er antall DRG-poeng utført i eget HF 755 poeng lavere enn budsjett. Organisasjonen må jobbe mer intenst med omstillinger, opprettholde helsetjenester av høy kvalitet og håndtere ressurskrevende pasienter. Innføringen av forløpsfinansiering og TFG er et risikomoment, men behandlingsvolumet for de aktuelle pasientgruppene er lavt og begrenser effekten av eventuelle negative avvik.

4. Attraktivitet og konkurransesituasjon – Uendret. Sykehuset må jobbe aktivt og mer bevisst med å tilpasse seg konkurransesituasjonen som er styrt av pasientrettighetene, for å holde kostnadene knyttet til FBV og gjestepasienter på et lavt nivå. FBV-ordningen medfører merkostnader i psykiatri og TSB. Kostnadsnivået har stabilisert seg i 2019, men risikobildet er uendret: mens enkelte institusjoner viser nedgang i behandlingsvolum, registreres det nye etableringer.

5. Prioriteringsregelen – Uendret. Prioriteringsregelen for poliklinisk aktivitet er oppfylt for BUP, men ikke for VOP og TSB. Aktiviteten hittil i år har vært lav innen PHV og TSB, grunnet rekrutteringsutfordring i terapeutstaben. Prioriteringsregelen er oppfylt for ventetider. Prioriteringsregelen for kostnadsvekst er oppfylt for BUP og TSB, men ikke for VOP. Årsaken til lavere vekst i VOP er vakante stillinger i poliklinikkene samt noe reduserte kostnader på kjøp av helsetjenester.

6. Informasjonssikkerhet og GDPR – Endret konsekvens. Arbeidet med protokoll etter Artikkel 30 er ferdigstilt i første versjon, men har noen restanser. Arbeidet pågår. IT-løsning for regional protokoll er forsinket, men antas bli tilbudt oss av Sykehuspartner om noen uker. Behandling av

personopplysninger innen forskning og kvalitetssikring har FOU oversikt over. Oppdatert handlingsplan med prioriterte tiltak knyttet til informasjonssikkerhet og tilpasning til personvernforordningen er utarbeidet og presentert ledergruppen. Personvernombudet følger opp fremdriften og koordinere statusrapporteringen for ledergruppen hver 2. mnd. Det jobbes med å forbedre rutiner for håndtering av informasjonssikkerhet og personvern i forbindelse med avtaleinngåelse og spesielt MTU anskaffelser fra leverandører som opererer i globale markeder.

7. Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring - Ny risiko. Helsedirektoratet definerer pasientskader som *«Utilsiktet fysisk skade som har oppstått som et resultat av medisinsk behandling eller som behandlingen har bidratt til, som krever ytterligere overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang.»*

Sykehuset skal i henhold til Strategi 2020-2022 redusere andel pasientopphold med minst én pasientskade, alle alvorlighetsgrader (E-I) med 25 % fra 2017-nivå til utgangen av 2023(GTT). Dette tilsvarer en reduksjon fra 15,8 % (2017) til 11,9 %. I 2018 var GTT 9,2 %. Tall for 2019 blir ikke tilgjengelig før høsten 2020, men STHF ligger både under snittet for norske sykehus i 2018 (11,9 %), og er innenfor målsetningen for 2023. Risikoen anses derfor som lav. Det pågår tiltak for å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet, blant annet ved opplæring i meldekultur. Prosess for anskaffelse og implementering av nytt avvikssystem pågår.

Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD 2019

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

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Redusere unødvendig ventetid	mål 2019	des.16	des.17	des.18	sep.19	okt.19	nov.19	des.19	Kirurgi	Medisin	MSK	Smertepol	BUK (som.)	BUK (psyk.)	VOP/TSB
Gjennomsnitt ventetid i dager	50 dager somatikk 35 dager	61	56,2	53,4	62,9	58,2	55,2	53,9	63	45	41	88	53	36	25/28
Fristbrudd avviklede, antall pr mnd	0	56	30	34	69	40	56	62	7	50	-	-	4	1	
Antall som venter	reduksjon	7 819	7 665	7 266	7 235	7 418	7 670	7 534	4 609	2 173	157	93	225	87	190
Antall med ventetid over 1 år	reduksjon	332	89	53	41	40	43	42	34	6	1	-	1		
Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp (OA1)	70 %	69 %	79 %	81 %	79 %	79 %	80 %	80 %							
Andel innen definert forløpstid	70 %	71 %	69 %	77 %	73 %	73 %	74 %	74 %							
Antall passert tentativ tid	reduksjon	4 969	3 537	4 577	5 163	4 869	4 864	5 051	2 620	2 164	2	13	123	36	93

Kravet i OBD er at *Innen 2021 skal gjennomsnittlig, samlet ventetid for alle tjenesteområder være under 50 dager. For 2019 skal gjennomsnittlig ventetid være under 55 dager innen somatikk, under 40 dager innen psykisk helsevern og 35 dager innen tverrfaglig spesialisert rus-behandling*.

Tabellen ovenfor reflekterer de interne målsettingene for ventetid i 2019.

Pakkeforløp kreft

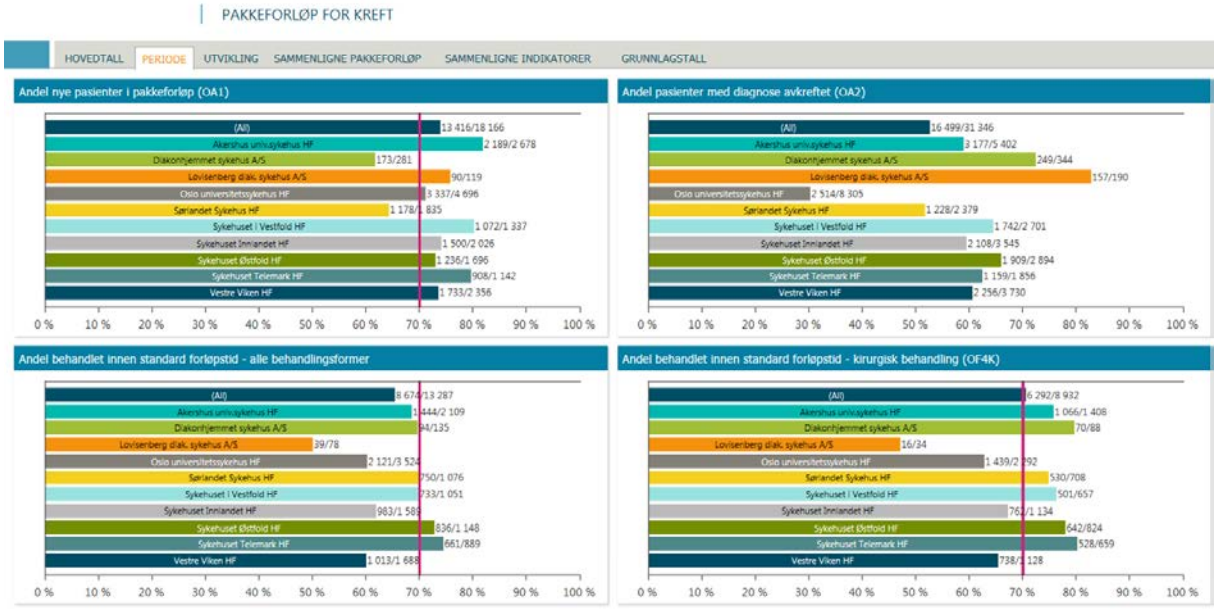
Urologi generelt har en svært god utvikling. Blærekreft har for perioden jan-desember 92 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid, andelen for nyrekreft er 76 %, testikkelkreft 79 %, mens prostata har 63 % (66 % i fjor). Sykehuset har hatt høyt fokus på prostata fra medio 2017 og statistikken har siden den gangen vist en positiv utvikling. På bryst har man oppnådd andel behandlet innen standard forløpstid over 70 %. Tall per 12 måneder 2019 viser 84 %.

Innen gynekologisk kreft har vi relativt små tall (få pasienter) og det er utfordringer med måloppnåelse; eggstokkreft 43 %, livmorhalskreft 25 %, livmorkreft 59 %. Her foregår behandling sentralt og vi har relativt liten påvirkning på tempo. Forløpskoordinator og kreftkoordinator jobber aktivt for å bedre samhandlingen. Føflekkreft oppnår 94 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid, hele forløpet utføres ved STHF.

For lunge er 55 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid hittil i år. Fra uke 37 har vi fått tilgang på PET ved Sykehuset i Vestfold, ventetiden her er kort. Innen hematologi har lymfomer 76 %, myelomatose 86 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid.

Innen tykk- og endetarmkreft er 90 % av pasientene inkludert i pakkeforløp. Ut fra Helsedirektoratets statistikk er kun 60 % av pasientene er behandlet innen standard forløpstid – noe som er svakere enn i samme periode i fjor (72 %). De svake resultatene tas opp i de aktuelle fagmiljøene ved sykehuset for å se hvor i forløpet forsinkelsene oppstår.

Figuren nedenfor viser resultater for 12 måneder 2019:



Gjennomsnittstall per desember viser 80 % andel nye pasienter inkludert i pakkeforløp, dette er noe lavere enn i tilsvarende periode i fjor (83 %). 74 % av pasientene i pakkeforløp behandles innen standard forløpstid, som er noe lavere enn ved tilsvarende periode i fjor (77 %), og innfrir dermed målet om 70 %. Sykehuset Telemark HF scorer høyest på andel behandlet innen standard forløpstid innen foretaksgruppen.

Prioritere psykisk helsevern og TSB
Prioriteringsregelen kommenteres under avsnittet om aktivitet.

Tvang

Prioritere psyk.helsevern og TSB	mål 2019	jan.17	jan.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	des.19	Hittil 2019
Antall tvangsinnleggelser psyk./1000 innbyggere	lavere enn 2018	0,15	0,14	0,24	0,12	0,21	0,10	0,10	0,13	0,10	0,17	0,14	0,10	0,15	0,15	0,14
Andel tvangsinleggelser	lavere enn 2018	15,0 %	15,3 %	20,1 %	13,5 %	18,9 %	10,2 %	10,5 %	12,9 %	12,0 %	16,1 %	13,2 %	9,9 %	14,9 %	17,7 %	14,3 %
Antall pasienter i døgnbehandling som har minst ett tvangsmiddelvedtak	reduseres		9	11	11	11	10	15	14	9	9	14	7	9	10	11

Antall tvangsinnlagte hittil i år er 296. Dette tilsvarer et snitt på 0,14 per 1000 innbyggere. Det er 3 % lavere antall tvangsinnlagt i år enn i samme periode i fjor (fra 304 til 296). Antall tvangsinnlagte har var høy i starten av året, men fra april måned til november falt det betraktelig, mens det økt igjen i desember.

I 2019 var det 2074 innleggelser og 296 av disse er tvangsinnlagte. Aktivitet målt i antall innleggelser i år er 0,5 % høyere enn i 2018, og med redusert antall tvangsinnlagte har andelen falt fra 14,7 % til 14,3.

Pakkeforløp psykisk helsevern og TSB
Seks pakkeforløp for psykisk helse og rus er innført i løpet av 2019. Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene skal sørge for at praksis i spesialisthelsetjenesten blir endret i tråd med anbefalingene i pakkeforløpene. Målet er likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor, unngå unødig ventetid for utredning, behandling og oppfølging, økt brukermedvirkning og brukertilfredshet, sammenhengende og koordinerte pasientforløp og bedre ivaretakelse av somatisk helse og gode levevaner.

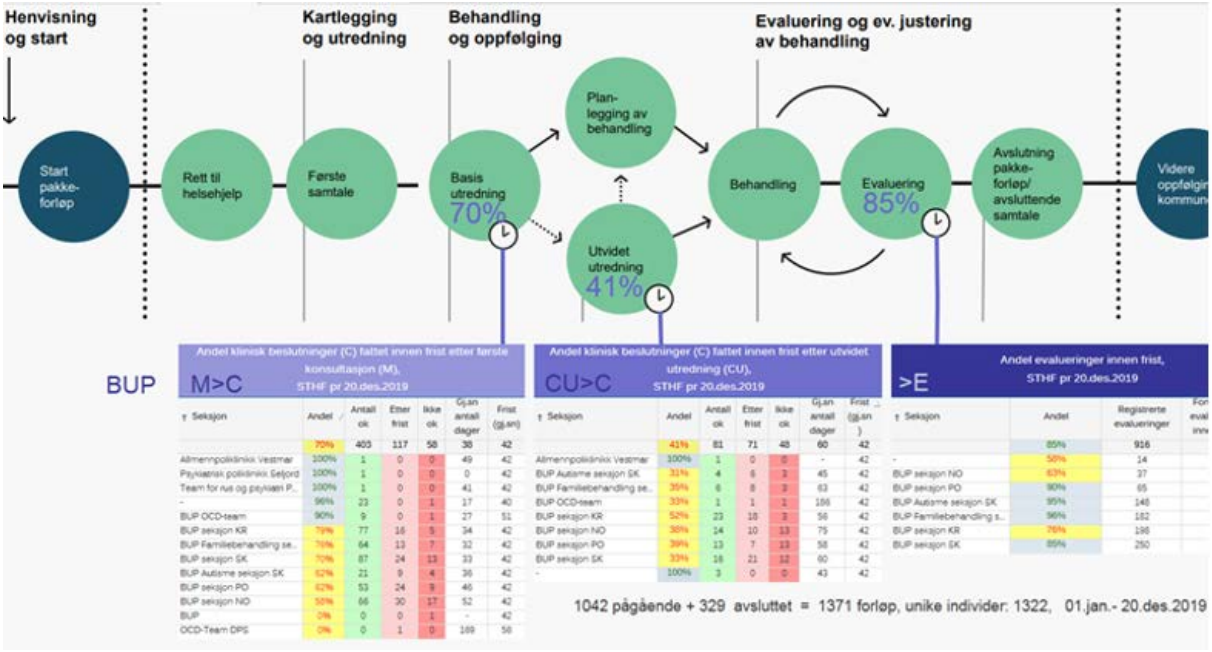
Det er gitt tilbakemelding til helsedirektoratet om at kodingen er for detaljert og derfor svært tidkrevende. Det brukes mye tid og ressurser til å følge opp koding.

Pakkeforløp i Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP):
Det har vært utfordringer i implementeringsfasen av pakkeforløp, da spesielt med å etablere gode rutiner for koding. Det er etablert forløpskoordinatorer ved alle seksjoner i ABUP. Rådgiver med overordnet ansvar for forløpskoordinatorene er ansatt fra 1. juni.

Rådgiver i avdelingen er rundt på alle seksjoner og følger opp sekretærer og behandlere i koding. Det sendes ut månedlig oversikt på dashbord til ledere med informasjon om status pakkeforløp på deres seksjon. Det vil også innføres kurs for nyansatte (mars 2020) hvor nyansatte vil få innføring i pakkeforløp. Arbeidsgruppe for pakkeforløp i avdelingen opprettholdes og vil ha møter hver annen måned. Rådgiver i avdelingen er på møter i Helse Sør-Øst knyttet til pakkeforløp.

Andel pakkeforløp gjennomført basis utredning innen forløpstid var pr 20.12.19 på 70 %. Forløpstid for utvidet utredning var oppnådd for 41 % av pasientene. Andel evalueringer gjennomført innen forløpstid var 85 %. ABUP ser seg svært godt fornøyd med andel evalueringer. Det er utfordrende å oppnå forløpstider for utredning, og da spesielt for utvidet utredning.

Resultater ABUP per 20. desember 2019:



Pakkeforløp i Klinikk for Psykisk helsevern og rusbehandling (KPR):

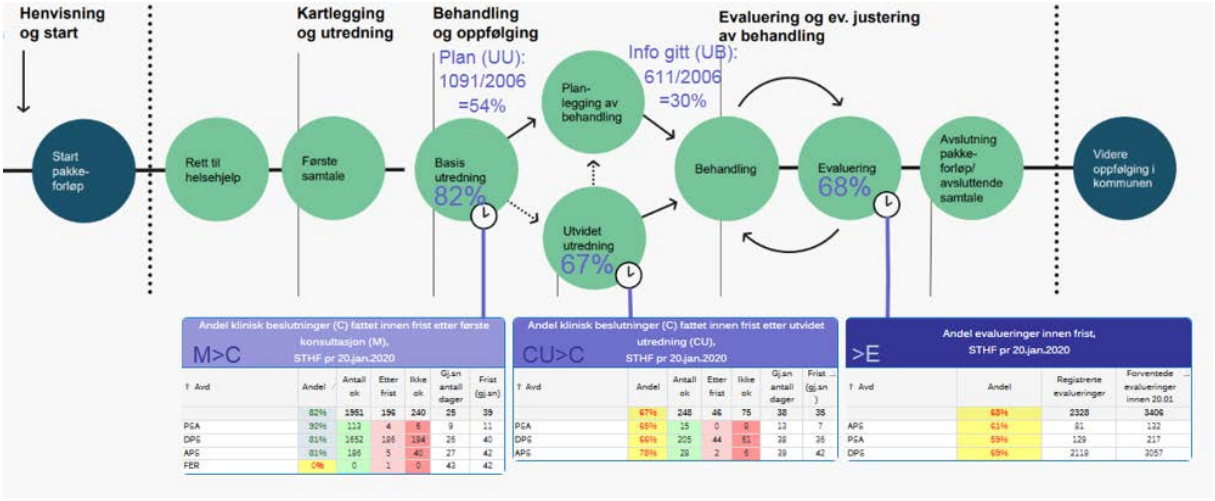
Andel pakkeforløp gjennomført basis utredning innen forløpstid var for hele 2019 på 82 %. Forløpstid for utvidet utredning var oppnådd for 67 % av pasientene. Andel evalueringer gjennomført innen forløpstid var på 68 %. KPR har oppnådd gode resultater for basis utredning. Det sees som utfordrende å oppnå høy andel utvidet utredning og evaluering.

Det har vært utfordringer i Implementeringsfasen av pakkeforløp, da spesielt med å etablere gode rutiner for koding. Forløpskoordinator følger opp pakkeforløp med månedlig oversikt fra QVW til ledere med informasjon om status pakkeforløp til poliklinikk. Døgnseksjoner får status pakkeforløp fra dashboard minst hver 14.dag og sekretærer sender ut oversikt til behandlere i sin seksjon.

Forløpskoordinator har individuell opplæring etter behov hvor seksjonsleder melder behov for nytilsatte eller andre som har behov for opplæring. Det gjennomføres også workshops for behandlere hvor representant fra sekretær- kodegruppe pakkeforløp deltar sammen med forløpskoordinator. Kodegruppe og Forløpskoordinator har etablert faste arbeidsmøter og det gjennomføres møter hver 2. måned med sekretærene for informasjon og erfaringsutveksling.

Forløpskoordinator og representant fra kodegruppe deltar i faste møter med analyse for å utvikle verktøyet QVW som er til stor hjelp til å holde oversikt over forløpstider i Pakkeforløpene.

Resultater KPR per 31. desember 2019 (dato i figur refererer til dato for uttak av rapport):



Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	mål 2019	des.16	des.17	des.18	sep.19	okt.19	nov.19	des.19	Kirurgi	Medisin	MSK	ABK	BUK	VOP/ TSB
Sykehusinfeksjoner %	<3%	4,5 %		3,8 %	3,5 %		3,40 %		3,0 %	4,1 %			0,0 %	
Korridorpasienter - antall	0	85	50	51	123	99	140	121	17	104				
Korridorpasienter %	0,0 %	0,9 %	0,6 %	0,7 %	1,5 %	1,2 %	1,7 %	1,5 %	0,6 %	2,5 %				
Direkte time i %	100 %		84 %	78 %	85 %	83 %	82 %	84 %	85 %	80 %	97 %		94 %	90 %
Antall åpne dokumenter > 14 dager		4 550	4 920	4 669	3 743	3 390	3 585	3 951	1 208	1 098	49	5	683	908
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode og uten ny kontakt	1000	1 861	1 445	1 734	1 170	1 062	2 088	1 068	203	600	51	13	154	47
Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse	>30%		28 %	30 %	31 %	25 %	26 %	28 %		28 %				

Det har vært kun små variasjoner i kvalitetsindikatorene siste året. Antall og andel korridorpasienter har imidlertid vært oppsiktsvekkende høyt i 2019.

Sykehusinfeksjoner
Prevalensmålingen for februar viste 4,3 %, mai viste 4,4 %, september viste 3,5 %, mens målingen i november ga 3,4 % som resultat.

Vi nådde ikke målet i 2019.

Gjennom Handlingsplan smittevern og oppfølgende smittevernvisitter jobbes det med forbedring av basale smittevernrutiner og de enkelte seksjoners valgte forbedringsområder.

Fagmiljøene arbeider spesielt med å forebygge postoperative sårinfeksjoner ved keisersnitt, hofteproteser, galle- og tarminngrep gjennom kontinuerlig overvåking av disse inngrepene (NOIS-POSI).

Pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområder med trygg kirurgi, forebygging av urinveisinfeksjoner og infeksjoner knyttet til sentralvenøse kateter videreføres.

Det er også fokus på innsatsområde “blodbaneinfeksjoner” på sengeposter.

Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter

Sykehuset har ikke oppnådd målsettingen om ingen korridorpasienter. Utviklingen i antall og andel korridorpasienter viser en forverring i 2019 sammenlignet med 2018. Dette har sammenheng med en utfordrende situasjon med høyt antall utskrivningsklare pasienter gjennom 2019. Foreløpig avtegner det seg ingen rask løsning på dette problemet, men det er etablert konstruktiv dialog med viktigste kommuner.

Tabellen nedenfor viser antall fakturerte døgn for utskrivningsklare pasienter fordelt på tjenesteområder og kommuner:

Kommune	Sum somatikk 2019		Sum psykiatri VOP 2019		Sum psykiatri BUP 2019		Sum psykiatri RUS 2019	
	Antall	Døgn	Antall	Døgn	Antall	Døgn	Antall	Døgn
0805 PORSGRUNN	189	505	7	33			2	12
0806 SKIEN	396	2503	26	710	4	383		
0807 NOTODDEN	3	5	2	2				
0811 SILJAN	0	0	0	0				
0814 BAMBLE	12	12	1	3				
0815 KRAGERØ	31	107	5	28			1	1
0817 DRANGEDAL	0	0	0	0				
0819 NOME	12	47	0	0				
0821 BØ	1	1	2	26				
0822 SAUHERAD	9	13	0	0				
0826 TINN	29	95	0	0				
0827 HJARTDAL	3	4	0	0				
0828 SELJORD	2	2	0	0				
0829 KVITESEID	0	0	0	0				
0831 FYRESDAL	0	0	0	0				
0833 TOKKE	13	40	0	0				
0834 VINJE	1	3	0	0				
0830 NISSEDAL	0	0	0	0				
Totalsum	701	3337	43	802	4	383	3	13

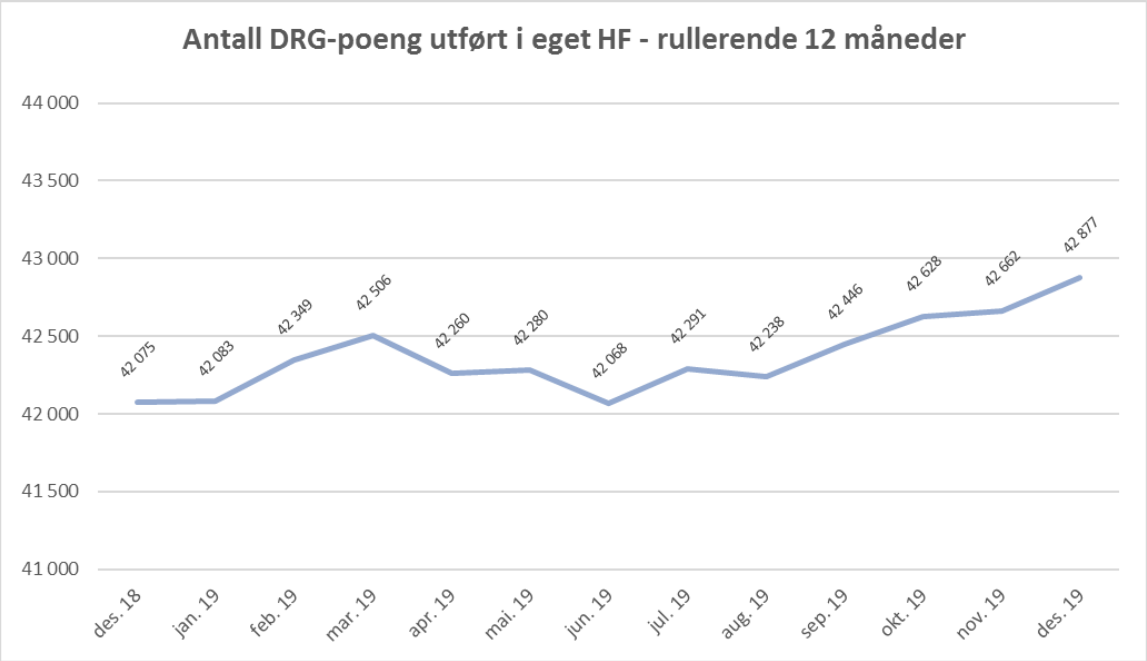
Aktivitet

Somatikk

Sykehuset Telemark har lagt ny grouper 2019 til grunn for rapporteringen av oppnådde ISF-poeng.

Antall "sørge for" ISF-poeng i 2019 (døgn, dag, poliklinikk, legemidler) var 638 poeng svakere enn budsjettert (-1,4 %). Avviket er i all hovedsak relatert til døgnaktiviteten (en kombinasjon av færre opphold og lavere DRG-indeks («pleietyngde»).

Det er spesielt de kirurgiske fagene som har hatt en lavere aktivitet enn planlagt hittil i år. Avviket i ISF-poeng på kirurgiske fag skyldes i hovedsak en kraftigere glidning fra døgn til dag-opphold enn forventet, og lavere indekser enn budsjettert.



Trenden «rullerende ISF-poeng siste 12 måneder» har i siste halvår vist en moderat stigende tendens.

Antall sykehusopphold i desember var 8 % færre enn budsjettert og 4 % færre enn i fjor. Antall liggedøgn i desember (8.100) var likt med budsjett og 5 % høyere enn desember i fjor.

I desember ble det utført 1.800 dagbehandlinger. Dette er likt med budsjett og 15 % flere enn i fjor. Samtidig ble det utført i underkant av 13.000 polikliniske konsultasjoner. Dette er 7 % færre enn budsjettert, men 9 % flere enn i fjor. Desember i år har 1 arbeidsdag mer enn i fjor.

DRG-poeng	faktisk 12 m 19	bud. 12 m 19	avvik 12 m 19	faktisk 12 m 18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Faktisk 2018
Kirurgisk klinikk	19 412	20 132	-720	19 236	1 %	176	20 132	19 257
Medisinsk klinikk	19 911	19 924	-13	19 610	2 %	301	19 924	19 564
Barne og ungdomsklinikken	2 985	3 010	-25	2 709	10 %	276	3 010	2 700
ABK	99	80	19	99	0 %	-	80	99
Medisinsk serviceklinikk	473	500	-27	464	2 %	9	500	464
SSL	11		11	5	120 %	6	-	6
Sum DRG-poeng behandlet i eget HF	**42 891**	**43 646**	**-755**	**42 123**	2 %	**768**	**43 646**	**42 090**
- døgn	30 124	30 906	-782	29 756	1 %	368	30 906	29 754
- dagbehandling	5 209	4 904	305	4 815	8 %	394	4 904	4 618
- poliklinikk	7 558	7 836	-278	7 552	0 %	6	7 836	7 718
Sum DRG-poeng behandlet i eget HF	**42 891**	**43 646**	**-755**	**42 123**	2 %	**768**	**43 646**	**42 090**
DRG-poeng pasienter fra andre regioner beh. i eget HF	188	300	-112	259	-27 %	-71	300	259
DRG egne pasienter behandlet ved andre regioner/private	331	400	-69	420	-21 %	-89	400	420
DRG kreftmidler og dyre biologiske legemidler (H-resepter)	3 075	3 000	75	3 252	-5 %	-177	3 000	3 164
Sum DRG-poeng i h.h.t. "sørge for"-ansvaret	**46 108**	**46 746**	**-638**	**45 536**	1 %	**572**	**46 746**	**45 415**

Sykehusopphold	faktisk 12 m 19	bud. 12 m 19	avvik 12 m 19	faktisk 12 m 18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Faktisk 2018
Opphold behandlet i eget HF								
- døgn - inkl. Nordagutu	27 007	28 200	-1 193	27 833	-3 %	-826	28 200	27 833
- dagbehandling	22 753	21 800	953	20 999	8 %	1 754	21 800	20 999
- poliklinikk	168 047	169 400	-1 353	165 846	1 %	2 201	169 400	165 846

Polikliniske konsultasjoner	faktisk 12 m 19	bud. 12 m 19	avvik 12 m 19	faktisk 12 m 18	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Faktisk 2018
Kirurgi	80 676	82 997	(2 321)	79 677	999	83 000	79 777
Medisin	69 934	68 653	1 281	69 112	822	68 650	69 124
BUK	9 123	9 550	(427)	8 701	422	9 550	8 705
ABK	1 184	1 200	(16)	1 280	(96)	1 200	1 280
MSK	6 890	7 000	(110)	6 960	(70)	7 000	6 960
SSL	240	-	240	116	124	-	116
STHF	**168 047**	**169 400**	**(1 353)**	**165 846**	**2 201**	**169 400**	**165 962**

Antall sykehusopphold hittil i år er 4 % lavere enn budsjettert og 3 % færre enn i fjor. Det har vært høyt pasientbelegg i årets 7 første måneder; mellom 96 %-105 %. Beleggsprosenten i høst har imidlertid vært noe lavere; 90 %-96 %. Antall liggedøgn i 2019 var 99.100. Dette er tilnærmet likt med budsjett og i fjor.

I 2019 ble det utført 22.750 dagbehandlinger. Dette er 4 % flere enn budsjettert og 8 % flere enn i fjor. Samtidig ble det utført om lag 168.000 polikliniske konsultasjoner. Dette er tilnærmet likt som budsjettert og 1 % flere enn i fjor.

Kirurgisk klinikk har et budsjettavvik på – 720 DRG-poeng per desember, som er en forverring på – 105 poeng siden forrige periode. Det er en nedgang i døgnopphold, og økning i dagopphold både mot budsjett og fjorår. Endringer i opphold på omsorgsnivå forklarer 70 % av avviket. Resterende forklares med lave indekser på dag og døgn.

Aktiviteten i **Medisinsk klinikk**, målt i DRG, var tilnærmet identisk med budsjett i 2019. Antall avdelingsopphold ved Medisinsk klinikk var 2 % flere enn budsjettert og likt med i fjor. Den polikliniske aktiviteten har vært 2 % høyere enn budsjettert og 1 % høyere enn i fjor. DRG-indeksen (som er en indikasjon på kompleksiteten blant pasientene) var i 2019 noe svakere enn plan, men moderat høyere enn fjoråret.

Medisinsk serviceklinikk har aktivitet høyere enn budsjettert målt i konsultasjoner og antall pasienter, men lavere DRG-vekter gir lavere uttelling.

Barne- og ungdomsklinikken har et budsjettavvik på -25 DRG-poeng. Årsaken er færre opphold på barneavdelingen samt lavere aktivitet enn budsjettert på barnepoliklinikken. Habiliteringstjenesten har nådd aktivitetsmålet målt i konsultasjoner, men lavere DRG-vekter gir lavere uttelling i poeng.

Psykisk helsevern og TSB

PHV/TSB rapporterer økt behandlingsvolum målt i liggedøgn og en økning i gjennomsnitt liggetid som tilsier færre utskrevne pasienter samlet, med en vridning fra voksenpsykiatrien til TSB som viser vekst, i hovedsak grunnet helårsdrift i 2019.

Ungdomspsykiatrien startet opp med døgnkontinuerlig akuttfunksjon fra september 2018, noe som har medført økt antall innleggelser og liggedager. 2019 er første året med helårsdrift i akuttfunksjon.

Det har vært ulik sesongsvingning de to siste årene. I 2019 var aktiviteten veldig høy i starten av året, men fallende utover høsten. I fjor viste tallene lav aktivitet på våren, men høy aktivitet på høsten.

Døgnaktivitet liggedøgn	faktisk des.19	bud. des.19	avvik des.19	faktisk des.18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Estimat 2019	Faktisk 2018
Voksenpsykiatri	32 556	32 500	56	33 119	-2 %	-563	32 500	32 500	33 119
Barne- og ungdomspsykiatri	2 437	2 100	337	2 197	11 %	240	2 100	2 500	2 197
TSB / RUS	3 929	3 200	729	2 798	40 %	1 131	3 200	3 900	2 798
STHF	38 922	37 800	1 122	38 114	2,1 %	808	37 800	38 900	38 114

Døgnaktivitet Utskrevne	faktisk des.19	bud. des.19	avvik des.19	faktisk des.18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Estimat 2019	Faktisk 2018
Voksenpsykiatri	1 570	1 650	-80	1 627	-4 %	-57	1 650	1 570	1 627
Barne- og ungdomspsykiatri	118	95	23	97	22 %	21	95	118	97
TSB / RUS	393	400	-7	330	19 %	63	400	393	330
STHF	2 081	2 145	(64)	2 054	1,3 %	27	2 145	2 081	2 054

Poliklinikk psykiatri	faktisk des.19	bud. des.19	avvik des.19	faktisk des.18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Estimat 2019	Faktisk 2018
Antall ISF-konsultasjoner									
BUP	28 760	28 100	660	27 451	4,8 %	1 309	28 100	28 500	27 451
VOP	49 840	52 650	-2 810	51 405	-3,0 %	-1 565	52 650	50 000	51 405
- herav Helse og arbeid	302	1 000	-698	497	-39,2 %	-195	1 000	300	497
TSB	11 197	12 650	-1 453	12 349	-9,3 %	-1 152	12 650	11 000	12 349
SUM	89 797	93 400	-3 603	91 205	-2 %	-1 408	93 400	89 500	91 205
ISF-poeng									
BUP	9 697	9 150	547	8 984	8 %	712	9 150	9 600	8 984
VOP	7 272	7 502	-230	7 624	-5 %	-352	7 502	7 300	7 538
- herav Helse og arbeid	45	84	-39	76	-41 %	-31	84	45	76
TSB	1 508	1 575	-67	1 430	5 %	78	1 575	1 475	1 515
SUM	18 477	18 227	250	18 038	2,4 %	439	18 227	18 375	18 037

Antall ISF-berettigede polikliniske konsultasjoner viser en økning i BUP med 4,8 %, mens VOP og TSB har en reduksjon på hhv 3 % og 9,3 % målt mot fjoråret. BUP har fått rekruttert i sine vakante stillinger og i tillegg økt sin produktivitet, mens VOP og TSB har store utfordringer i rekrutteringsarbeidet og har derfor en fallende kurve i polikliniske konsultasjoner. Samlet innenfor PHV og TSB ligger aktiviteten 1,5 % lavere enn i fjor. Budsjettavviket viser at BUP leverer et positivt avvik på 2,3 %, mens VOP og TSB viser et negativt avvik på henholdsvis 5,3 & og 11,5 %. Trekker vi ut Helse og arbeid (tidligere raskere tilbake), så ligger VOP 4,1 % lavere enn budsjettert og 2,7 % lavere enn i fjor.

Prioriteringsregelen

Ventetid	2018	2019	Endring
Somatikk	55,70	57,98	4,1 %
BUP	41,17	39,60	-3,8 %
VOP	42,98	35,76	-16,8 %
TSB	29,92	29,53	-1,3 %

Aktivitet	2018	2019	Endring
Somatikk	165 846	168 047	1,3 %
BUP	27 451	28 760	4,8 %
VOP	51 405	49 840	-3,0 %
TSB	12 349	11 197	-9,3 %

Kostnader (i antall 1000)	2018	2019	Endring
Somatikk	2 111 661	2 239 503	6,1 %
BUP	109 665	118 448	8,0 %
VOP	472 953	466 625	-1,3 %
TSB	64 932	85 718	32,0 %

Ventetider (i forhold til både samme periode forrige år og gjennomsnitt for hele forrige år)
Prioriteringsregelen for ventetider er oppfylt innenfor alle tjenesteområdene.

Prioriteringsregelen for ventetider er oppfylt. Det er en oppgang i ventetidene innenfor somatikken, mens alle tjenesteområdene innenfor psykiatrien viser nedgang i ventetidene. VOP og BUP ligger under 40 dager, og TSB ligger under 35 dager. De innrapporterte og offisielle tallene inkluderer som viser 39,6 innenfor BUP inneholder en feil hvor en pasient var registrert med 2800 dagers ventetid.

Ventetid for somatikken er økt med 2,3 dager i år målt mot fjoråret. Voksenpsykiatrien har redusert ventetiden med 7,2 dager, barne- og ungdomspsykiatrien har redusert sin ventetid med 1,6 dager, mens ventetid innen TSB er viser en reduksjon med 0,4 dager. De relative endringene viser at ventetidene i voksenpsykiatri har gått ned med 16,8 %, innen TSB har det gått ned med 1,3 %, og barne- og ungdomspsykiatrien har redusert med 3,8 %. Oppgangen i somatikken er på 4,1 %.

Polikliniske konsultasjoner
Prioriteringsregelen for poliklinisk aktivitet er oppfylt for BUP, men ikke for de andre tjenesteområdene. VOP har en nedgang på 3,0 % og TSB har en nedgang på 9,3 %.

Aktiviteten innenfor både VOP og TSB har i år vært lavere enn fjoråret, grunnet rekrutteringsutfordring i terapeutstaben.

Kostnader per tjenesteområde (tertialvis rapportering)
I 2019 økte kostnadene i somatikken med 6,1 % sammenlignet med 2018. Dersom prioriteringsregelen skal oppfylles må hvert av tjenesteområdene BUP, VOP og TSB ha en større økning.

Kostnadene knyttet til BUP øker med 8,0 %. Det er nå færre vakante behandlerstillinger enn i 2018, og det er høy aktivitet på den ungdomspsykiatriske sengeposten som krever økte ressurser.

For VOP var det en reduksjon i kostnadene på 1,3 %. Det er mange ubesatte stillinger i voksenpsykiatrien og kostnadene til kjøp av helsetjenester (FBV) er redusert sammenlignet med fjoråret.

Den store veksten innenfor TSB skyldes helårseffekten av avrusningstilbudet. Tilbudet ble etablert i mars 2018.

Prioriteringsregelen målt i kostnader per tjenesteområde er oppfylt for BUP og TSB, men ikke innenfor VOP.

Bemanning

Ledere på alle nivå jobber målbevisst med å følge opp sykemeldte, med fokus på å forebygge og redusere sykefravær. Tiltakene innebærer blant annet at leder har tett dialog med sykemeldte, og legger til rette arbeidsoppgaver og arbeidstid så langt det lar seg gjøre.

Sykefraværet ble redusert fra 7,0 % i 2018 til 6,9 % i 2019. Sykefraværet var veldig høyt i starten av 2018, og nedgangen kan ha noe med at ledere har jobbet målbevisst med å redusere sykefravær.

Sykehuset har også mange større og mindre omstillingsprosesser pågående. Slike prosesser kan føles belastende for ansatte, noe som igjen kan føre til økt sykefravær. Ledere på alle nivå har fokus på å gjennomføre omstillingsprosesser på en for de ansatte så skånsom og ryddig måte som mulig.

STHF rapporterer 2.991 brutto månedsverk i 2019. Det er 20 månedsverk høyere enn i fjor. Tallene i 2019 er ikke sammenlignbare med fjoråret, da bemanningen på den nye avrusningsenheten var fulltallig først i mars måned 2018. Trekker vi ut avrusningen begge årene så er forbruket økt fra 2948 til 2962 månedsverk. Sett opp mot budsjetterte antall årsverk, så er det i 2019 et overforbruk på 2,4 %.

Andelen variabellønnede var 8,8 % i 2019, noe som er på samme nivå som i fjor.

Økonomi

Sykehuset Telemark rapporterer et akkumulert driftsresultat på + 31,0 millioner kr for 2019. Dette er 1,0 millioner kr. bedre enn budsjettert for året.

Det positive budsjettavviket skyldes høye polikliniske inntekter, høye salgsinntekter fra laboratoriet samt lavere kostnader ved kjøp/salg av helsetjenester (lavere kostnader H-resepter og gjestepasienter). Disse effektene har mer enn kompensert for svakere fremdrift av effektivitetsarbeidet i klinikkene enn planlagt, og lavere DRG-aktivitet enn budsjettert i somatikken. Den somatiske aktiviteten i 2019 er høyere enn i 2018, men noe lavere enn budsjettert. På årsbasis er antall DRG-poeng utført i eget HF 755 poeng lavere enn budsjett.

Lønnskostnadene er høyere enn budsjettert. Dette kan til en viss grad forklares med uløste innsparingskrav i klinikkene som er budsjettert som reduksjon i fast lønn (og årsverk). Kostnader

knyttet til ekstravakter, forskjøvet vakt og overtid (EFO) er høyere enn budsjett på grunn av vakanser og sykefravær. Videre er det utfordringen knyttet til dimensjonering av kapasiteten avsatt til øyeblikkelig hjelp (ØH), som har få muligheter til kostnadsreduksjoner når pasientstrømmene varierer og går ned. Kostnader til innleie av personell er betydelig høyere enn budsjett og skyldes særlig vakanser og en krevende rekrutteringsutfordring innen psykiatri og radiologi.

Regnskapsresultat pr. desember 2019	regnskap desember	budsjett desember	avvik desember	Budsjett 2019	Prognose 2019	avvik 2019
Basisramme	2 406 009	2 366 779	39 230	2 366 779	2 388 603	21 824
Kvalitetsbasert finansiering	16 741	16 741	-	16 741	16 741	-
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	795 500	803 331	-7 831	803 331	795 517	-7 814
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	167 818	173 385	-5 567	173 385	170 036	-3 349
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	50 758	49 997	761	49 997	50 476	479
ISF fritt behandlingsvalg	-	-	-	-	-	-
ISF refusjon pasientadministrerte legemiddel (H-resepter)	68 649	66 981	1 668	66 981	60 729	-6 252
Utskrivningsklare pasienter	20 596	13 559	7 037	13 559	19 059	5 500
Gjestepasienter	17 906	21 352	-3 446	21 352	18 352	-3 000
Konserninterne gjestepasientinntekter	88 043	76 853	11 190	76 853	84 853	8 000
Polikliniske inntekter	97 385	86 386	10 999	86 386	96 886	10 500
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake	-	-	-	-	-	-
Andre øremerkede tilskudd	10 824	11 807	-983	11 807	11 807	-
Andre driftsinntekter	276 549	274 988	1 561	274 988	274 988	-
SUM DRIFTSINNTEKTER	**4 016 777**	**3 962 159**	**54 618**	**3 962 159**	**3 988 048**	**25 889**
Kjøp av offentlige helsetjenester	43 653	43 750	96	43 750	42 250	1 500
Kjøp av private helsetjenester	99 523	100 027	505	100 027	100 027	-
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	464 567	497 261	32 694	497 261	459 261	38 000
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	28 019	11 688	-16 332	11 688	26 688	-15 000
Konserninterne gjestepasientkostnader	271 528	271 267	-261	271 267	271 267	-
Lønn til fast ansatte	1 800 767	1 778 611	-22 156	1 778 611	1 798 611	-20 000
Overtid og ekstrahjelp	102 845	76 692	-26 153	76 692	103 692	-27 000
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	359 999	321 647	-38 352	321 647	344 693	-23 046
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-101 049	-101 723	-674	-101 723	-101 723	-
Annen lønn	287 794	293 276	5 482	293 276	287 276	6 000
Avskrivninger	98 842	101 668	2 826	101 668	99 168	2 500
Nedskrivninger	1 412	-	-1 412	-	-	-
Andre driftskostnader	545 388	551 202	5 814	551 202	543 545	7 657
SUM DRIFTSKOSTNADER	**4 003 289**	**3 945 364**	**-57 924**	**3 945 364**	**3 974 754**	**-29 389**
DRIFTSRESULTAT	**13 488**	**16 795**	**-3 306**	**16 795**	**13 295**	**-3 500**
Finansinntekter	20 037	15 490	4 547	15 490	19 240	3 750
Finanskostnader	2 565	2 285	-280	2 285	2 535	250
FINANSRESULTAT	**17 473**	**13 205**	**4 267**	**13 205**	**16 705**	**3 500**
(ÅRS)RESULTAT	**30 961**	**30 000**	**961**	**30 000**	**30 000**	**-0**
Pensjonskostnader	-	-	-	-	-	-
RESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER	**30 961**	**30 000**	**961**	**30 000**	**30 000**	**-0**

Klinikkene

Klinikkresultatene samlet viser vesentlige negative avvik, og kirurgisk klinikk, medisinsk klinikk og akutt og beredskapsklinikken har de største avvikene. Lavere aktivitet, høyere kostnader enn budsjettert og dårligere effekt av forbedringstiltak er hovedårsak til de dårlige resultatene.

Resultater pr. klinikk vises i tabellen under:

BUDSJETTAVVIK per desember 2019	lønn	andre driftskostnader	driftsinntekter	Sum	herav effekt forbedringstiltak	herav øvrig drift
Kirurgi	**-17 972**	**-3 617**	**-14 870**	**-36 459**	**-10 885**	**-25 574**
Medisin	**-28 062**	**1 500**	**3 633**	**-22 928**	**-5 502**	**-17 426**
Barne- og ungdomsklinikken	**-252**	**-1 941**	**5 253**	**3 061**	**-655**	**3 716**
Akutt og beredskap	**-14 276**	**-8 407**	**3 414**	**-19 269**	**-3 751**	**-15 518**
Medisinsk serviceklinikk	**7 894**	**694**	**9 795**	**18 382**	**-600**	**18 982**
Psykiatri og rus	**1 089**	**-5 575**	**1 847**	**-2 639**	**-596**	**-2 043**
Service og systemledelse	**815**	**-11 621**	**4 514**	**-6 292**	**734**	**-7 026**
SUM klinikker	**-50 763**	**-28 967**	**13 585**	**-66 145**	**-21 256**	**-44 889**
Administrasjon	**10 347**	**1 809**	**-7 298**	**4 858**	**-**	**4 858**
Kjøp og salg av helsetjenester		**40 972**	**-3 781**	**37 191**		**37 191**
- biol.legemidler og kreftmidler		39 820	-12 370	6 241		6 241
- somatikk		4 545	9 614	4 176		4 176
- psykiatri og TSB		-3 393	-1 025	898		898
Felles poster	**-1 447**	**14 353**	**12 150**	**25 057**	**-**	**25 057**
Budsjettavvik per desember	**-41 863**	**28 168**	**14 656**	**961**	**-21 256**	**22 217**

Kirurgisk klinikk har et budsjettavvik på – 36,5 millioner kroner per desember, som er en forverring på –4,8 millioner kroner siden forrige periode. Avviket fra forrige periode skyldes hovedsakelig aktivitetsglidning fra døgn til dag, og lave indekser (-1,7 millioner), samt uløst budsjettutfordring for perioden (-1,6 millioner). I tillegg har det vært høye varekostnader (0,8 millioner), og behov for innleie på grunn av sykdom (0,3). Den totale uløste budsjettutfordringen er økt etter at klinikken overtok operasjonsteamet på Notodden som hadde budsjettert en innsparing på 1,4 millioner på slutten av året uten tilhørende tiltak.

Medisinsk klinikk hadde et negativt avvik på -22,9 millioner kroner i 2019 som i all hovedsak er knyttet til lønnskostnader. Noe av lønns-merkostnadene er knyttet til klinikkens uløste utfordringer i 2019-budsjettet. Klinikken har i hele år hatt et høyt pasientbelegg ved sengepostene, noe som har gitt merkostnader utover budsjettert nivå. Antall utskrivningsklare pasienter har i 2019 vært høyere enn tidligere år. Inntekter for disse overligger-døgnene blir ikke inntektsført på Medisinsk klinikk, men føres i stedet sentralt ved STHF. Varekostnadene, deriblant forbruk av dyre legemidler innen kreftbehandling ble i 2019 noe lavere enn budsjettert. Den polikliniske aktiviteten har vært høyere enn budsjettert; noe som har resultert i høyere inntekter fra egenandeler enn budsjettert.

Barne- og ungdomsklinikken har et positivt budsjettavvik på 3,1 millioner kr i 2019. Høye ISF-inntekter og innsparinger grunnet vakanser i barne- og ungdomspsykiatrien oppveier for innleie av behandlere, samt lavere inntekter og merforbruk på lønn i barne- og ungdomsmedisin.

Akutt og beredskapsklinikken har et resultat for 2019 på – 19,3 millioner kroner. Det er avvik på både lønn, innleie, medikamenter og varer. Hovedårsaken til dette er svært høy aktivitet på intensiv i starten av året, og i sommer. Det har vært roligere fra midten av august, og det vises i bedring i resultat. Akuttmottaket har fortsatt vekst i aktiviteten; 6 % i forhold til 2018. Planlagte endringer på FOVA/Mottak på Notodden er under arbeid og krever ombygging, og tiltaket ble ikke igangsatt i 2019.

Prehospital avdeling har varierende resultat fra måned til måned, med stort avvik i januar, der noe skyldes etterslep av variabel lønn fra desember. Høy vekst i aktiviteten i Skien/Porsgrunn.

Sykefraværet i klinikken har vært høyt i en periode, men er nå på 6,3 % (per november fra HR-kuben). Det jobbes aktivt med å reduser fraværet, og det er på vei ned igjen. GAT-tallene per desember er på 6,43 %. Klinikkens mål for 2019 var 5%.

Medisinsk serviceklinikk har et overskudd i 2019 på 18,4 millioner kroner. Inntektene er høyere enn budsjett pga høy aktivitet innen medisinsk genetikk og medisinsk biokjemi. Merkostnader til innleie av radiologer er dekket opp av sparte lønnsmidler samt høye inntekter som følge av god aktivitet i avdelingen. I tillegg har en takstendring for fertilitetsavdelingen gitt økte inntekter på 8,5 millioner kroner.

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling leverer et negativt budsjettavvik på 2,6 millioner kroner i 2019. Klinikken har hatt lavere poliklinisk aktivitet de siste månedene, noe som ga et negativt budsjettavvik på ISF-inntektene tilsvarende 0,7 millioner i år. Samlede pasientrettede inntekter er 2,6 millioner lavere enn budsjettert.

Driften på Psykiatrisk sykehusavdeling har vært særdeles krevende i 2019, da spesielt på akuttpostene og UPS. Pasienttrykket har vært, og er fremdeles veldig høyt. Det har vært særdeles ressurskrevende enkeltpasienter innlagt. Avdelingen leverte i 2019 er resultat med et negativt fortegn på 8,6 millioner. Både DPS øvre og nedre Telemark leverer store positive budsjettavvik som følge av mange vakante stillinger, noe som veier opp for deler av budsjettavviket på den Psykiatriske sykehusavdelingen.

Service- og Systemledelse har med utgangen av desember et negativt resultat på 6,3 millioner kroner. Det er i hovedsak behandlingshjelpemidler og insulin som har høyere kostnader enn budsjettert med et samlet negativt budsjettavvik på 5,4 millioner kroner. Pasientreiser avslutter 2019 med et overskudd på 0,8 millioner kroner. Eiendomsdrift fikk store kostnadsøkninger i vann- og avløpskostnadene og medisinske gasser og avslutter med et resultat på -1,8 millioner kroner. Men avdelingen ernæring (+0,1 millioner kroner), renhold-tekstil-interiør-kunst (+1,3 millioner kroner) og avdeling for dokumentasjonssenter og resepsjoner (+0,4 millioner kroner) kompenserer dette ved stram styring av driftskostnadene. Det gjenspeiler seg også i oppnåelse av merverditiltak. Klinikken har et positiv avvik på lønnskostnader (+0,8 millioner kroner) som er en vesentlig forbedring i forhold til de forrige månedene i andre tertial. Selv om det er et positiv resultat på lønnskostnadene bruker klinikken rundt 1,6 millioner kroner på eksternt innleie og 5,4 årsverk mer enn budsjettert. Dermed er kostnadene for arbeidskraft rundt 800.000kr i minus – nærmest samme nivå som i andre tertial. Merverditiltak for 2019 ble innfridd, faktisk 0,7 millioner kroner bedre enn forventet.

Administrasjonen har et positivt budsjettavvik på 4,9 millioner kroner i 2019 grunnet vakante stillinger store deler av året (økonomidirektør, juridisk rådgiver, bedriftshelsetjenesten).

Felles: Positivt avvik har sammenheng med risikobufferen i budsjettet.

Tertialvise forhold

Forskning
I 2019 har forskere ved STHF vært medforfattere på 56 vitenskapelige publikasjoner som gir uttelling i inntektsmodellen for forskning. Dette er flere artikler enn tidligere år. Vi hadde ingen doktorgrader i 2019, men to disputaser gjennomføres i januar 2020 og det er forventet ytterligere tre disputaser i 2020. Forskningsproduksjonen fortsetter å øke og dette har gitt en økning på 1,5 millioner i overføringer til sykehuset Telemark i 2019 sammenliknet med tidligere år. Ressursene sykehuset bruker til forskning har ikke økt tilsvarende og STHF ligger fortsatt lavest i andel av totalt driftsbudsjett brukt til forskning.

Omdisponering av forskningsmidler resulterte i en rekordstor intern utlysning av 5.5 millioner kroner til pågående og nye forskningsprosjekter ved sykehuset for 2020. Søknadene om de interne forskningsmidlene ble vurdert av en ekstern bedømmelseskomite og forskningsutvalget ved sykehuset og 4,8 mill av den søkbare potten ble fordelt til syv PhD-prosjekter, ett forskerstipend (postdoktorprosjekt) og to prosjekter i kategorien åpen prosjektstøtte. I tillegg har vi fordelt 500 000 av forskningsmidlene vi har til samarbeidsprosjekter med SiV til tre forskningsprosjekter. Ingen forskningsprosjekter ble tildelt midler fra de regionale eller strategiske forskningsmidlene fra HSØ, Extrastiftelsen helse og rehabilitering eller Norsk forskningsråd. Men BUK har fått gjennomslag for finansiering av to forskningsprosjekter tilknyttet HSØ sitt forbedringsprosjekt innen bare- og ungdomspsykiatri.

I 2019 har vi nådd en viktig milepæl ved at tre forskere ved STHF vil få akademiske toppstillinger ved medisinsk fakultet ved UiO samt at vi har fått på plass en akademisk toppstilling ved USN. Dette har vært en viktig målsetning i flere år for å styrke veiledningskompetansen og forskningsgruppene lokalt.

Forskningsavdelingen jobber fortsatt sammen med p og informasjonssikkerhetsansvarlig for å bygge opp et nytt internkontrollsystem og en infrastruktur for forskning som er tilpasset ny personvernforordning. Dette arbeidet inkluderer også etablering av forskningsserver og nye programvarer for dataregistre og datahåndtering. Arbeidet er tidkrevende og vil kreve mer ressurser til forskningsstøtte.

HMS/ arbeidsmiljø
Det er en viktig oppgave for sykehuset å sikre at de ansatte har et trygt og forsvarlig arbeidsmiljø og bidra til beskyttelse mot vold og trusler så langt det er mulig. Det er økende fokus på dette området sentralt og Sykehuset Telemark og de andre helseforetakene rapporterer tertialvis på utvalgte HMS indikatorer til Helse Sør-Øst.

Disse HMS indikatorene vil også rapporteres internt for oppfølging av utvikling og effekt av tiltak både til AMU, ledergruppe og styre.

Fraværsskade er personskade som følge av arbeidsforhold som medfører minst en dags fravær utover skadedagen.

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

Arbeidstilsynet definisjon av vold- og trusler skal være grunnlag for melding av vold og trusselhendelser. *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 antydet 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*.

HMS/ Arbeidsmiljøindikatorer tertialvis 2019			
Indikator/ tertial	**1. tertial**	**2. tertial**	**3. tertial**
Fraværsskader	15	4	11
Antall registrerte HMS hendelser	153	134	123
Antall lukkede HMS hendelser	83	88	86
Antall registrerte vold og trusselhendelser (somatikk)	10	6	9
Antall registrerte vold og trusselhendelser (psykiatri)	91	78	50
Totalt antall vold og trussel hendelser registrert	101	84	59

Handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring – I trygge hender 24/7
Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet opphørte januar 2019. Arbeidet for å forbedre pasientsikkerheten ble videreført under konseptet og navnet «I trygge hender 24/7.» For å nå målene om færre pasientskader, bedre pasientsikkerhetskultur og varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring satt fram i den nasjonale handlingsplanen for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, har arbeidet med pasientsikkerhet ved STHF blitt opprettholdt på uforminsket nivå.

Ingen nye innsatsområder ble introdusert i programmet i 2019. Sykehuset innrapporterer tertialvis til HSØ på arbeidet med pasientsikkerhet. Arbeidet ved medisinsk sengepost på Notodden med implementering av innsatspakken tidlig oppdagelse av sepsis videreføres. Likeledes videreføres arbeidet med sterkt fokus på de innsatsområdene allerede implementert ved sykehuset med økt fokus på samstemming av legemiddellister. Det ble startet en prosess rundt å ansette en farmasøyt i akuttmottak for å øke samstemmingsraten. Gjennom året har det blitt gjennomført 5 pasientsikkerhetsvisitter, med gjennomgående gode og positive tilbakemeldinger fra de seksjonene som har hatt visitt. Antall pasientskader målt med global trigger tool (GTT) gikk ned i 2018 til 9,2%, fra 15,8% i 2017. Den nasjonale handlingsplanen for kvalitet og pasientsikkerhet har satt som mål at antall pasientskader målt ved GTT skal være på 11,85% i 2023. Dette er et mål STHF vil ha nådd om utviklingen fra 2017 til 2018 opprettholdes. I løpet av året 2019 har prosessen rundt utvelgelse av journaler blitt endret for å sikre kvaliteten på utvelgelsen av journaler, samt bedre systemet rundt utvelgelsene.

Ved internrevisjonen 2019 ble det tydelig at en del av utfordringsbildet med pasientsikkerhetsarbeidet ved STHF er at det er mangler med en oppdatert og komplett oversikt over hvilke innsatsområder som man fra klinikknivå har bestemt er aktuelle for hver seksjon, og hvilke innsatsområder som ikke er aktuelle for driften i den enkelte klinikk/avdeling/seksjon. Når man introduserer elektronisk prevalensmåling 5. februar 2020 ønsker man å jobbe for å få en mer komplett og oppdatert oversikt. Arbeidet for å skape varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring opprettholdes med uforminsket styrke i 2020.

Eksterne tilsyn og revisjoner

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

God forberedelse og oppfølging av tilsyn og revisjoner er en sentral del av det systematiske forbedringsarbeidet som skal sikre kvalitet og sikkerhet for både pasienter og ansatte. Det er et mål at hvert tilsyn ikke bare skal følges opp i revidert enhet, men bidra til læring på tvers i hele organisasjonen. For å bidra til å oppnå dette presenteres tilsyn og revisjoner, som anses å ha relevans utover aktuell enhet i ledergruppen.

Tabellen under gir en kortfattet oversikt med status for gjennomførte og pågående tilsyn og revisjoner for 2019:

Tid	Tilsyns-organ	Enhet	Tema	Funn	Handlings-plan/tiltak	Status
Okt 2017 – jan 2018	Konsern-revisjon	STHF	*Om det er etablert en hensiktsmessig, overordnet styrings- og forvaltningsmodell for GAT i hele foretaksgruppen, og om denne fungerer etter hensikten.*	3 anbefalinger	Presentert i egen styresak 23.05.2018	Konsernrevisjonens oppfølging av tiltaksarbeid etter revisjon "Forvaltning av GAT" i 2017. Tiltak er i all hovedsak gjennomført og i tråd med anbefalingene i revisjonsrapporten. Gjenstående tiltak er satt i bero i påvente av implementering av ny kompetanseportal i 2020.

Tid	Tilsyns-organ	Enhet	Tema	Funn	Handlings-plan/tiltak	Status
Mars 2018	Skagerak Energi	STHF	*Tilsyn med EX-anlegg i fyrhus i B51*	4 avvik vedr dokumentasjon og rutiner knyttet til eksplosjonsområder i fyrrommet		Avsluttet.
Sept 2018	DNV	STHF	*ISO 14001: 2015 Miljøledelse - resertifisering*	Funn: • Kategori 1 avvik: 1 • Kategori 2 avvik: 5 • Observasjoner: 17 • Forbedrings-muligheter: 12		Tiltak etter funn fra DNV revisjon 2018 er lukket og godkjent av DNV før ny revisjon i september 2019.
Okt. 2018	Fylkes-mannen i Telemark	Medisinsk klinikk, Avd. Øvre Telemark	*Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A – Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen*	1 avvik: Manglende system for vurdering av samtykke-kompetanse		Avsluttet mai 2019. Fylkesmannen bekrefter at avvik er tilfredsstillende lukket.
Okt. 2018	Fylkes-mannen i Telemark	Medisinsk klinikk, Avd. B	*Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A – Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen*	2 avvik: • Manglende system for vurdering av samtykke-kompetanse • Det sikres ikke at det blir fattet vedtak når det gis tvungen somatisk helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse		Avsluttet mai 2019. Fylkesmannen bekrefter at avvik er tilfredsstillende lukket.
Jan 2019	DSB	STHF	*Tilsyn innen elektromedisinsk utstyr, behandlingshjelpemidler og elektriske anlegg og utstyr*	2 avvik: • Manglende grunnlagsdokumentasjon risikovurdering • Manglende kunnskap om innebygget sikkerhet i medisinske roms elektriske anlegg	Tiltaksplan – oppfølging pågår.	Tiltaksplan godkjent. Tilsynet avsluttet.

Tid	Tilsyns-organ	Enhet	Tema	Funn	Handlings-plan/tiltak	Status
Jan-mars 2019	Konsern-revisjonen	BUP	*Likeverdige og forutsigbare helsetjenester – innføring av pakkeforløp*	Det er i rapporten gitt 3 anbefalinger.	Handlings-plan med konsernrevisjonens anbefalinger. Rapport presentert for styret i juni 2019 Oppfølging pågår.	Rapport mottatt og oppfølging av handlingsplan pågår. Konsernrevisjonen følger forbedringsarbeidet gjennom møter med sykehusledelsen.
Mars 2019	Arbeids-tilsynet	Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling, avdeling 19A og 19B	*Vold og trusler*	Tilsynsrapport mottatt 8/5: Varsel om 5 pålegg.1) Vold, trusler om vold og uheldige belastninger - kartlegging, risikovurdering, tiltak og plan 2) Vold og trusler - opplæring 3) Samordning HMS-arbeid - skriftlig avtale 4) Bedriftshelsetjeneste - plan for bistand 5) Oppfølging av arbeidsulykke - rutine		Tilsynet gjelder forebygging av vold og trusler på bakgrunn av hendelse. Avvik er fulgt opp, deler av tilsynet er lukket og deler er svart opp og avventer tilbakemelding om lukking. Siste frist for innsending var 03.12.19.
April 2019	Arbeids-tilsynet	Medisinsk klinikk, Seksjon Moflata 3. etg.	*Arbeidsmiljøloven s krav om å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade.*	Pålegg - Kartlegging av organisatoriske- og psykososiale arbeidsmiljøfaktorer	Oppfølging pågår	Det er redegjort for gjennomførte og planlagte tiltak innen utsatt frist (16.12.2019). Avventer tilbakemelding fra Arbeidstilsynet. Oppfølgingsarbeidet pågår.
April 2019	Det norske Veritas	Avdeling for Arbeidsmedisin	*Periodisk revisjon: Måling og analyse / evaluering av*	Funn: 2 Observasjoner: - Dokumentasjon gjennomført opplæring - Versjonskontroll		Lukking av observasjoner følges opp i henhold til

Tid	Tilsyns-organ	Enhet	Tema	Funn	Handlings-plan/tiltak	Status
			prestasjon som grunnlag for forbedring.			frister. Høy grad av styring.
Mai 2019	Det norske Veritas	Fertilitets-klinikken Sør	*Periodisk revisjon: Identifikasjon av pasienter og samtykke fra disse. Samsvar og oppfyllelse av interne og eksterne krav.*	Funn: Avvik (1): Informasjon til pasienter om adopsjon Observasjon (1): Plan internrevisjon Forbedringsmulighet (1): Dokumentasjon gjennomført opplæring		Lukking av avvik og observasjoner følges opp i henhold til frister. Høy grad av styring.
Mai 2019	Norsk akkrediteri ng	Avdeling for laboratorie medisin	*NS-EN ISO 15189 (2012) Medisinske laboratorier - Krav til kvalitet og kompetanse*	Avvik (analyseteknisk detaljnivå) er lukket		Tilsynet avsluttet. Kravene til akkreditering oppfylt. Forutsetter regelmessig oppfølging. Gyldig til 15.04.2021.
Juni 2019	Notodden kommune, Brann og feier-vesenet	STHF - Notodden	*Branntilsyn*	Avvik 1: Det automatiske brannalarm-anlegget er utdatert. Avvik 2: Tekniske rom, som ventilasjonsrom, skal utgjøre egne brannceller. Huseier må derfor ta en gjennomgang av dørene til disse rommene for å sikre at de er riktige. Anmerkninger:1	Tiltaksplan for oppfølging av avvik er godkjent av brannvesenet	Tilsynet avsluttet under forutsetning av at planen blir fulgt opp (tiltak/frist).
Aug. 2019	Helse-tilsynet	Kirurgisk klinikk, Medisinsk serviceklin ikk	*Håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev*	1 avvik – Mangler dokumentasjon og innhenting av godkjenning (Beinbanken)		Korrigerende tiltak er gjennomført. Avventer tilbakemelding fra Helsetilsynet.
Uke 38-19	DNV-GL	STHF	*Periodisk revisjon miljøsystem, ISO 14001*	6 avvik kategori 2, 10 observasjoner		Tiltaksplan for lukking sendt DNV innen frist 13.12.19.

Tid	Tilsyns-organ	Enhet	Tema	Funn	Handlings-plan/tiltak	Status
						Avventer tilbakemelding.
Okt. 2019	Vest-Telemark brannvesen IKS	Seljord	*Brannforebyggende tiltak*	2 avvik, 1 anmerkning	Oppfølging pågår.	Avvik og anmerkning er under behandling
29.-30. oktober 2019	Statens legemiddelverk SLV	Avdeling for laboratoriemedisin Blodbanken, Skien, Porsgrunn og Kragerø	*Tilvirkning av blod og blodkomponenter*	2 avvik		Handlingsplan for lukking av avvik er oversendt tilsyns-myndigheten. Frist: 01.03.2020
Nov 19	Skagerak Energi	Porsgrunn	*Tilsyn ved elektrisk anlegg*	Ingen feil eller mangler ble funnet (stikkprøve)		Tilsynet avsluttet
2.-5.12. 2019	Fylkesmannen	Landsomfattende tilsyn, STHF	*Tilsyn med spesialisthellsetjenester til utlokaliserte pasienter*	Avventer rapport		Avventer rapport.

Uønskede hendelser og klagesaker

Uønskede hendelser er viktige kilder for å ha oversikt over om tjenestene utføres på en forsvarlig måte, i samsvar med lovkrav og sykehusets egne målsetninger.
Sentralt i pasientsikkerhets- og HMS arbeidet er systematisk oppfølging av uønskede hendelser. Helseforetaket har fokus på å sikre god meldekultur hvor det er trygt og akseptert å melde fra om og diskutere uønskede hendelser og forbedringsområder. Det er et mål at de ansatte skal oppleve det meningsfullt å melde fra om uønskede hendelser. Det fordrer at meldingene blir håndtert på en god måte. Det er et kontinuerlig arbeid å nå dette målet.

15. mai 2019 opphørte spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 med meldeplikt til Helsedirektoratet (Meldeordningen) om hendelser som hadde eller kunne ha ført til betydelig pasientskade.

Fra 1. mai 2019 ble spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a om varslingsplikt til Statens helsetilsyn om alvorlige pasienthendelser, endret til også å omfatte varslingsplikt til nyopprettede Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom). Med alvorlig hendelse etter § 3-3a menes: *dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker som følge av ytelse av helse- og omsorgstjeneste eller ved at pasient eller bruker skader en annen og der utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko*. Som hovedregel gjennomføres det hendelsesanalyser etter alle alvorlige hendelser.

På grunn av manglende funksjonalitet i dagens forbedringssystem, blir klassifisering i henhold til det nasjonale klassifikasjonssystemet for uønskede pasienthendelser (NOKUP) gjennomført manuelt etter

at hendelsene er behandlet. Inntil videre vil derfor statistikk og analyse kun være tilgjengelig som årlige rapporter.

Tabellen under viser utvikling og status for uønskede pasienthendelser:

	Pasient-hendelser	Pasienthendelser meldt til Helsedirektoratet (§ 3-3)	Pasienthendelser varslet til Statens helsetilsyn (§ 3-3a)
Resultat 2016	1039	462	25
Resultat 2017	923	347	19
Resultat 2018	934	403	22
1. tertial 2019	346	141	8
2. tertial 2019	334	Meldeplikt opphørt	4
3. tertial 2019	398	Meldeplikt opphørt	6
Resultat 2019	**1078**	**141 før meldeplikt var opphørt**	**18**

Det er mottatt totalt 369 pasientklager i 2019. I denne sammenheng omfatter klagesaker klage fra pasient/pårørende (inkl. Pasient- og brukerombudet), hendelsesbaserte tilsynssaker og krav om erstatning til Norsk pasientskadeerstatning (NPE). Sykehuset har et potensial på at NPR-saker i større grad også meldes som avvik/ klagesaker interne i TQM meldesystemet for avvik.

Klagesaker er en viktig kilde til informasjon om kvaliteten på tjenestene som ytes. Informasjon om og fra klagesaker skal benyttes som ledd i planlegging, gjennomføring og evaluering av aktivitetene ved helseforetaket.

Tabellen under viser utvikling og status for klager og hendelsesbaserte tilsynssaker pasienthendelser:

	Klage fra pasient /pårørende inkl. pasient og brukerombudet	Hendelsesbaserte tilsyns-saker	Krav om erstatning til NPE	Annet	Sum totalt
Resultat 2016	157	51	121	12	333
Resultat 2017	133	29	122	13	280
Resultat 2018	138	45	131	16	330
1.tertial 2019	71	12	36	2	121
2.tertial 2019	79	12	29	-	120
3.tertial 2019	71	14	39	2	128
Resultat 2019	**221**	**38**	**104**	**4**	**369**

Status tilpasning GDPR (General Data Protection Regulation)
Arbeidet med protokoll etter Artikkel 30 er ferdigstilt i første versjon, men har noen restanser. Arbeidet pågår. IT-løsning for regional protokoll er forsinket, men antas bli tilbudt oss av Sykehuspartner om noen uker.

Behandling av personopplysninger innen forskning og kvalitetssikring har FOU oversikt over.

Oppdatert handlingsplan med prioriterte tiltak knyttet til informasjonssikkerhet og tilpasning til personvernforordningen er utarbeidet og presentert ledergruppen. Personvernombudet følger opp fremdriften og koordinere statusrapporteringen for ledergruppen hver 2. mnd.

Det jobbes med rutiner for håndtering av informasjonssikkerhet og GDPR i forbindelse med avtaleinngåelse og spesielt MTU anskaffelser fra leverandører som opererer i globale markeder.

SYKEHUSET TELEMARK

Virksomhetsrapport

Desember 2019

SYKEHUSET TELEMARK

Innhold

1. Hovedmål
2. Pasient
3. Bemanning
4. Aktivitet
5. Kvalitetsindikatorer
6. Økonomi
7. Klinikker

SYKEHUSET TELEMARK

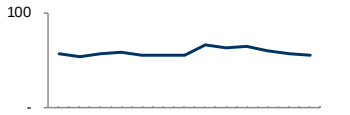
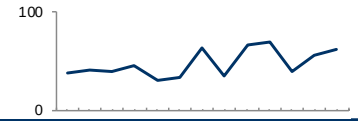
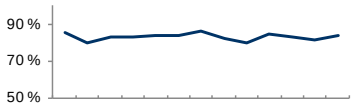
Oppsummering

desember 2019

Sykehuset Telemark	Faktisk HIÅ	Budsjett HIÅ	Avvik HIÅ	HIÅ 2018	Årsestimat	Årsbudsjett	Avvik
Kvalitet per måned							
Ventetid påstartet, denne periode	54			53			
Ventetid ventende, denne periode	64			61			
Antall fristbrudd påstartet, denne periode	62			34		0	
Antall fristbrudd venter, denne periode	70			50		0	
Aktivitet							
ISF-poeng somatikk							
"Sørge for" (døgn, dag og polkl.)	43 034	43 746	-712	42 251	43 034	43 746	-712
Legemidler	3 075	3 000	75	3 252	3 075	3 000	75
Totalt antall ISF poeng "sørge for"	46 108	46 746	-638	45 503	46 108	46 746	-638
Utført eget HF/Sykehus	42 891	43 646	-755	42 090	42 891	43 646	-755
ISF-poeng Psyk							
Voksenpsykiatri og TSB	8 780	9 077	-298	9 053	8 780	9 077	-298
Barne- og ungdomspsykiatri	9 697	9 150	547	8 984	9 697	9 150	547
Polikliniske konsultasjoner							
Somatikk	168 047	169 400	-1 353	165 846	168 047	169 400	-1 353
VOP	49 840	52 650	-2 810	51 405	49 840	52 650	-2 810
BUP	28 760	28 100	660	27 451	28 760	28 100	660
TSB	11 197	12 650	-1 453	12 349	11 197	12 650	-1 453
Bemanning							
Brutto månedsverk	2 991	2 920	-71	2 972	2 991	2 920	-71
Innleie helsepersonell	28 019	11 688	-16 332	21 340	28 019	11 688	-16 332
Lønn til fast ansatte	1 800 767	1 778 611	-22 156	1 734 472	1 800 767	1 778 611	-22 156
Overtid og ekstrahjelp	102 845	76 692	-26 153	96 597	102 845	76 692	-26 153
Sykefravær (forrige måned)	6,90			6,97			
Økonomi (hele tusen)							
Driftsinntekter	4 016 777	3 962 159	54 618	3 766 728	4 016 777	3 962 159	54 618
Driftskostnader	4 003 289	3 945 364	-57 924	3 769 509	4 003 289	3 945 364	-57 924
Netto finansresultat	17 473	13 205	4 267	11 718	17 473	13 205	4 267
Pensjon	-	-	-	-	-	-	-
Årsresultat	30 961	30 000	961	8 937	30 961	30 000	961

SYKEHUSET TELEMARK

Regionale hovedmål

Hovedmål	Mål 2019	Utvikling siste 12 mnd	Status 2017	Resultat 2018	Resultat des.19
Gjennomsnitt ventetid somatikk redusert til 60 dager. Ordinært avviklede pasienter.	50		57	55	55
Pasienten opplever ikke fristbrudd (påstartet)	Antall brudd		30	34	62
	Andel av med frist		1,0 %	1,3 %	2,2 %
Pasienten får bekreftelse og tidspunkt for behandling i samme brev	100%		84 %	78 %	84 %
Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer	Årsresultat		-12,9 mill	8,9 mill	31,0 mill
	Budsjettavvik		12,1 mill	-21,1 mill	1,0 mill
Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3%	3%	Siste måling november 2019	2,8 %	3,8 %	3,4 %
Alle medarbeider involveres i oppfølging av medarbeider-undersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet	100%	Siste måling vår 2019	87 %	86 %	86 %
Korridorpasienter	0 %		0,6 %	0,7 %	1,5 %

SYKEHUSET TELEMARK

Prioriteringsregelen - status hittil i år	Antall dager		% endring hittil i år 2018-2019					
	Ventetider påstartet		Ventetider påstartet		Polikliniske konsultasjoner		Kostnader	
Desember 2019	hittil '19	hittil '18	Somatikk	Psykiatri/TSB	Somatikk	Psykiatri/TSB	Somatikk	Psykiatri/TSB
STHF	57	55					0,6 %	
SOMATIKK	58	56	4 %		1 %		0,7 %	
BUP	40	41		-4 %		5 %		6 %
VOP	36	43		-17 %		-3 %		0 %
TSB	30	30		-1 %		-9 %		5 %
Endring pr klinikk	0	0						
(01) Kirurgisk klinikk	68	63	8 %		0 %		-2 %	
(02) Medisinsk klinikk	44	44	0 %		1 %		2 %	
(03) Barne- og ungdomsklinikken, somatikk	38	48	-20 %		4 %		1 %	
(303) Avdeling for barn og unges psykiske helse	33	44		-25 %		5 %		3 %
(06) Akutt og beredskap	73	65	12 %		-10 %		1 %	
(07) Medisinsk Serviceklinikk	44	79	-45 %		0 %		1 %	
(09) Klinikk for psykisk helsevern, VOP	37	44		-18 %		-3 %		0 %
(09) Klinikk for psykisk helsevern, TSB	30	31		-5 %		-9 %		5 %
(13) Service og systemledelse							-1 %	
(15) Administrasjon							2 %	

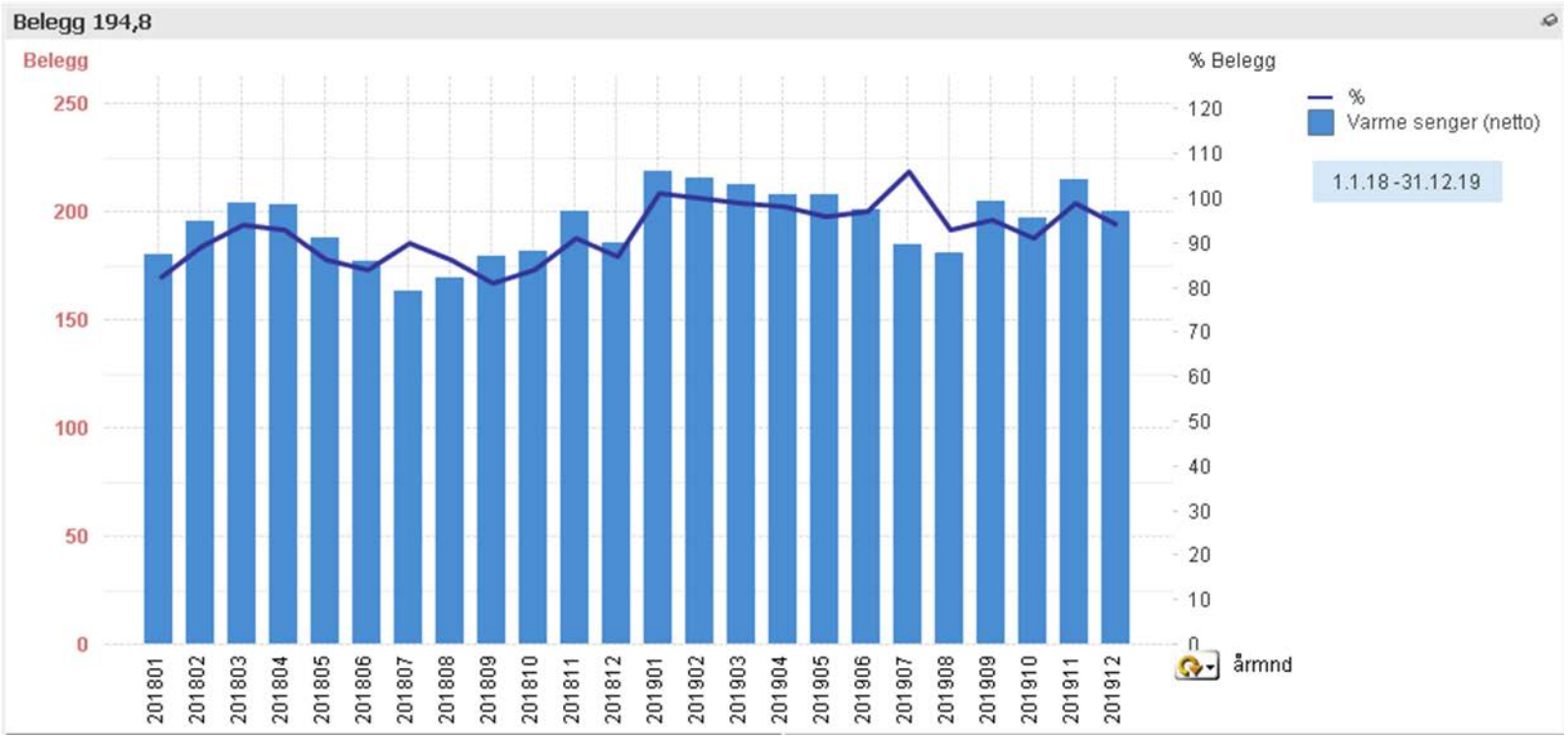
Fotnote: Påstartet = Avviklet

Fotnote: Kostnadene er eks. avskrivninger, legemidler og pensjon

SYKEHUSET TELEMARK

Tekniske poster utelatt.
Tatt ut 4/1-20.

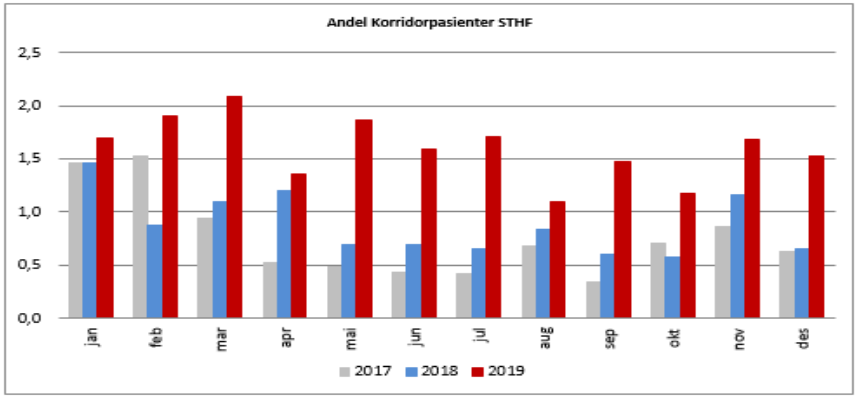
Antall postopphold, ved f.eks permisjoner blir både oppholde før, selve permisjon og etter telt som selvstendige postopphold. Tallene blir tilsvarende "blåst opp" ved tekniske postopphold

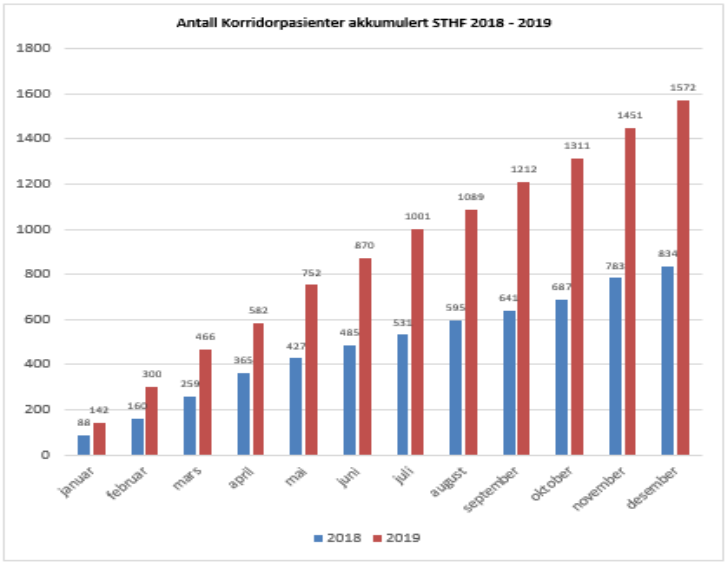


Senger i bruk for somatiske sengeposter.
Tekniske poster utelatt.

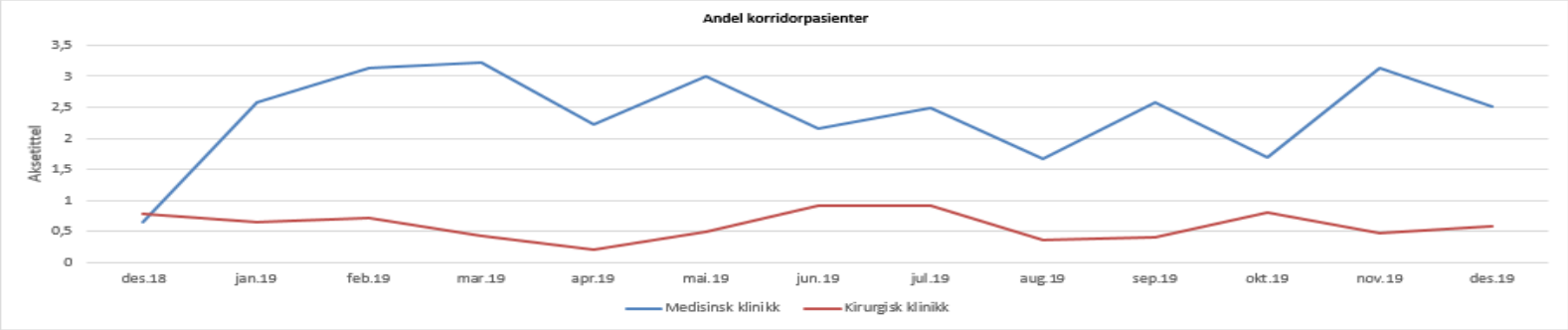
SYKEHUSET TELEMARK

Korridorpasienter





Antall korridorpasienter - somatikk	November	Desember	HIÅ 2019	HIA 2018	HIÅ 2017
Kirurgisk klinikk	16	17	222	118	110
Medisinsk klinikk	124	104	1349	305	325
Barne og undomsklinikk	0	0	0	4	3
Akutt og beredskaps klinikk	0	0	1	0	0
Medisinsk teknisk klinikk	0	0	0	0	3
Psykiatrisk klinikk	0	0	0	0	0
Sykehuset Telemark	140	121	1572	427	441



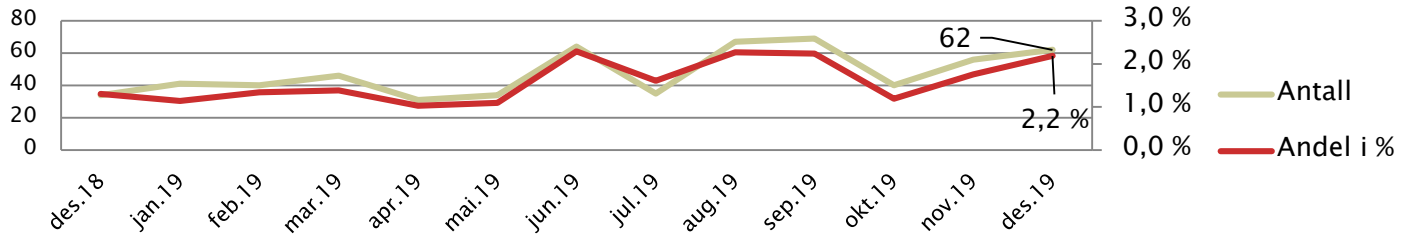
SYKEHUSET TELEMARK

Pasient

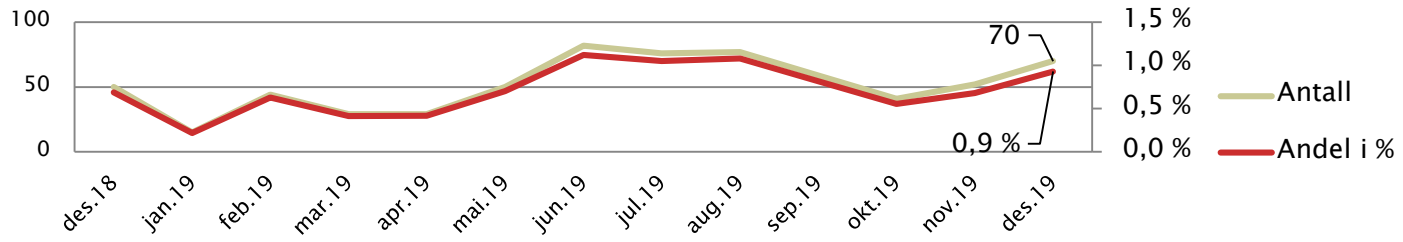
SYKEHUSET TELEMARK

Utvikling over tid for aktivitet i hele STHF alle omsorgsnivåer

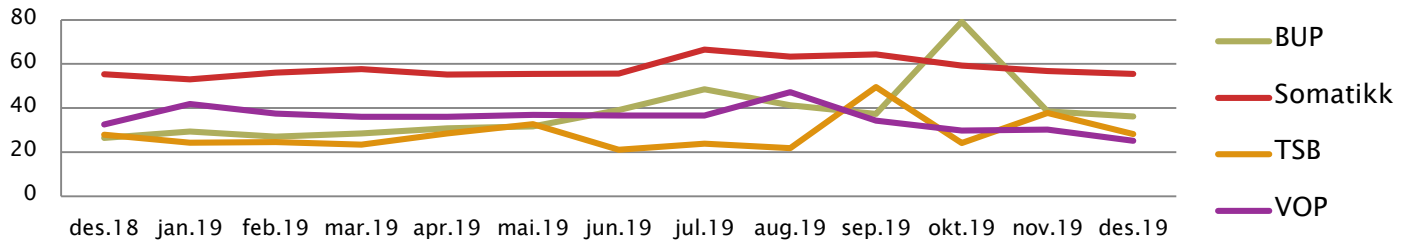
1. Antall/andel fristbrudd påstartet STHF.



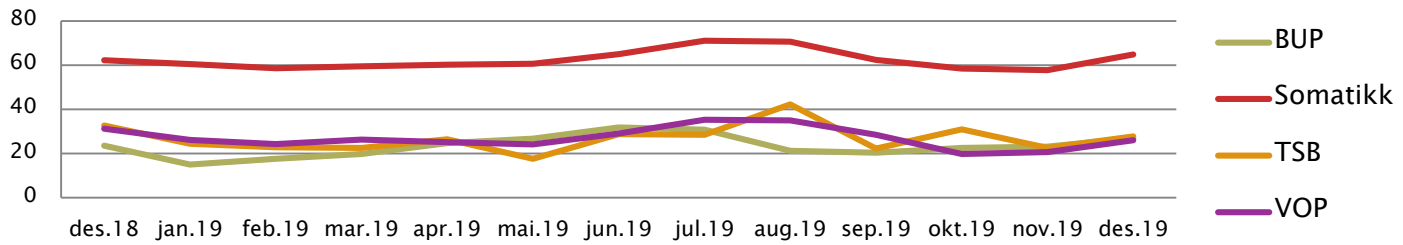
2. Antall/andel fristbrudd ventende STHF.



3. Gjennomsnittlig ventetid påstartet STHF



4. Gjennomsnittlig ventetid ventende STHF.



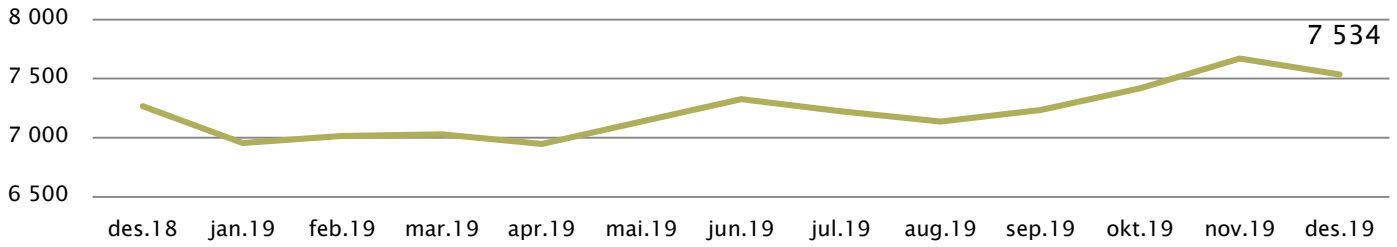
Paul Husmo, husp@sthf.no tlf:35 08 03 02

Kilde: D-10398 DIPS og NPR

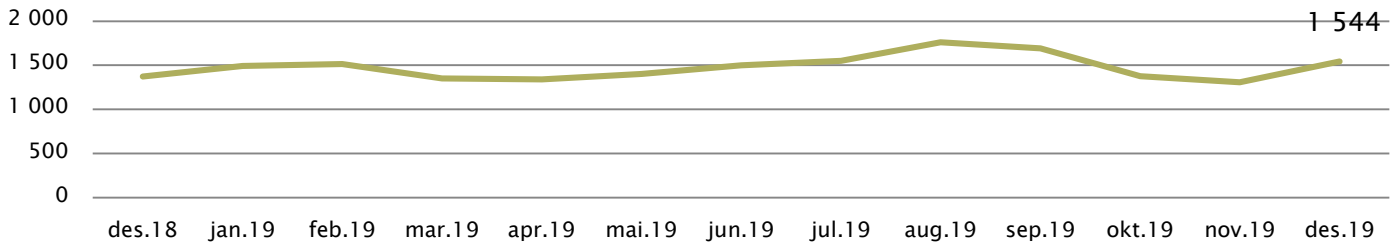
SYKEHUSET TELEMARK

Utvikling over tid for aktivitet i hele STHF alle omsorgsnivåer

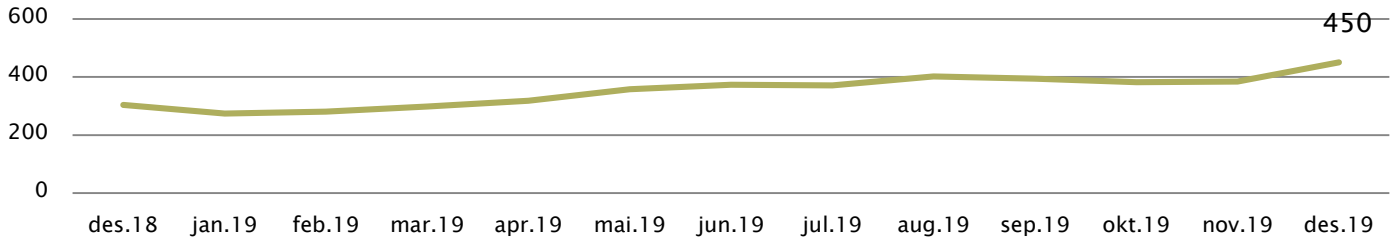
5. Antall som venter på STHF.



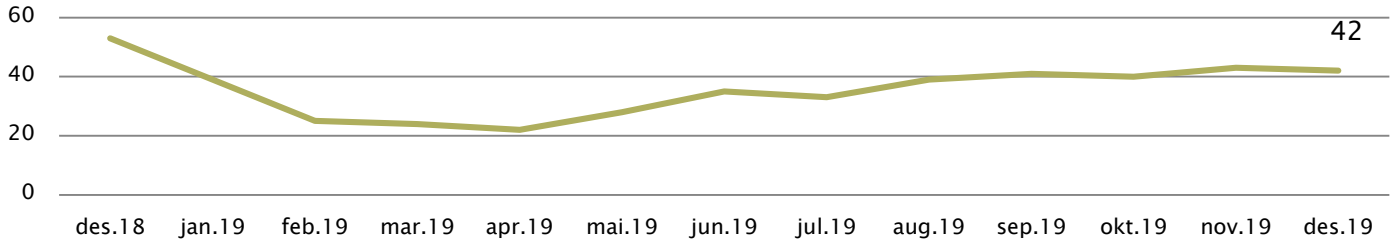
6. Antall ventende som har ventet mer enn 3 måneder STHF.



7. Antall ventende som har ventet mer enn 6 måneder STHF.



8. Antall ventende som har ventet mer enn et år STHF.



Paul Husmo, husp@sthf.no tlf:35 08 03 02

Kilde: D-10398 DIPS og NPR

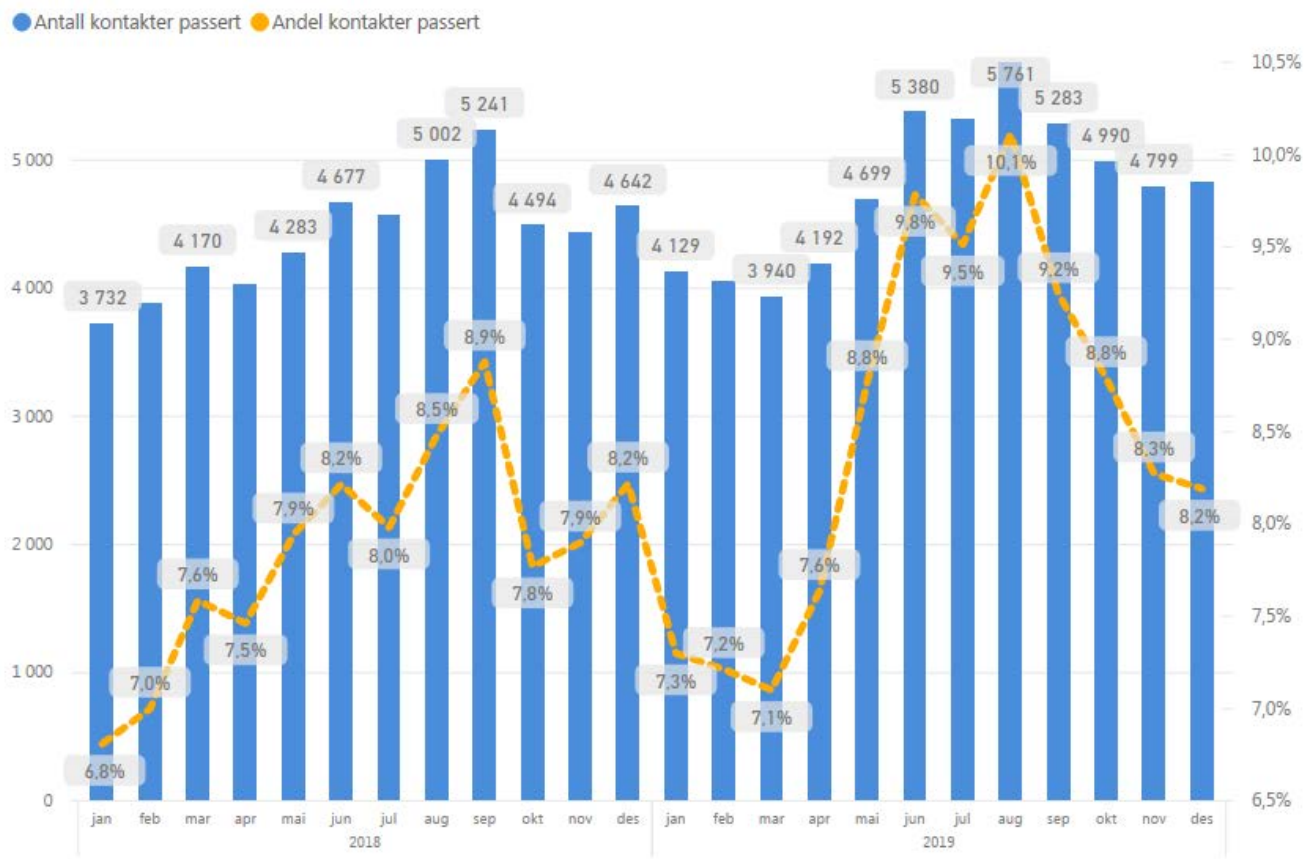
SYKEHUSET TELEMARK

Passert Planlagt tid

Fra Helse Sør-Øst's nettside http://bit.ly/passertplanlagttid
Link

SYKEHUSET TELEMARK

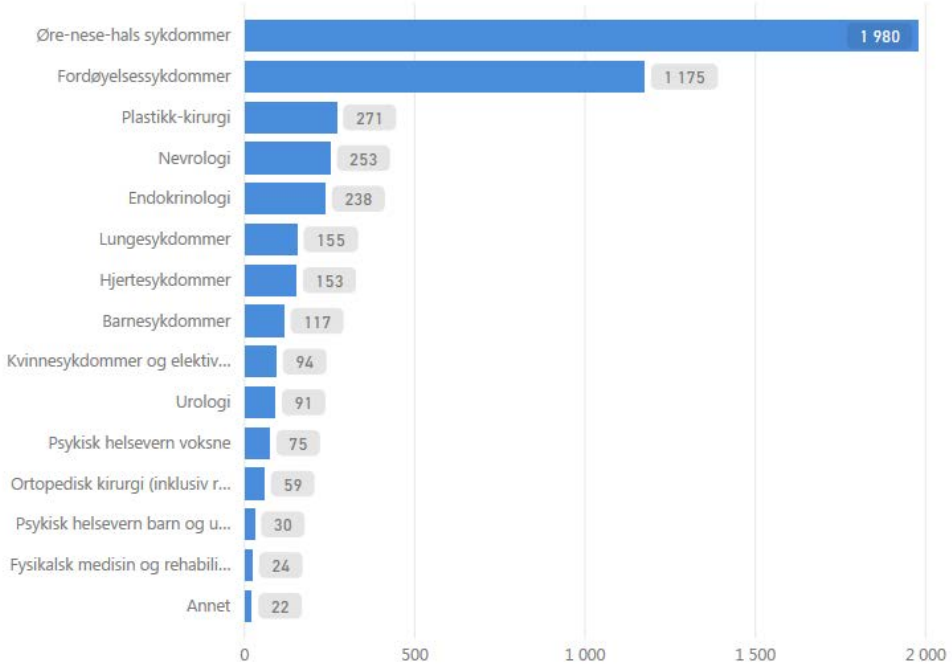
Utvikling «Passert planlagt tid»



Fra Helse Sør-Øst's nettside http://bit.ly/passertplanlagttid
Link

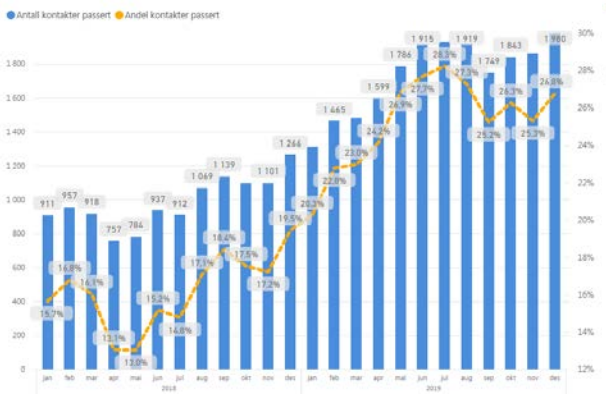
SYKEHUSET TELEMARK

Antall «passert planlagt tid» fordelt pr fagområde:

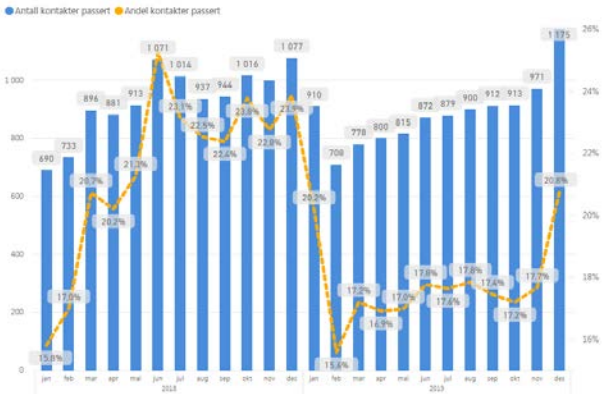


Utvikling pr fagområde (topp 3):

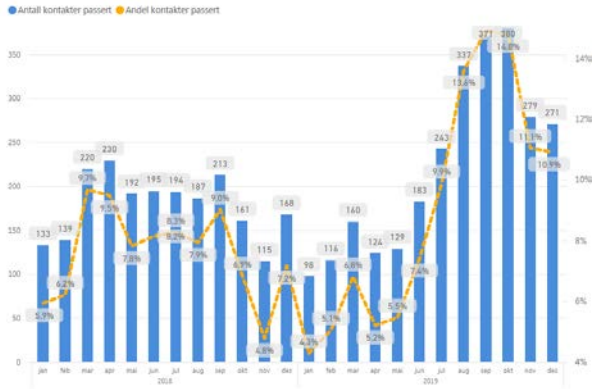
Øre-nese-hals



Fordøyelse



Plastikk-kirurgi



Fra Helse Sør-Øst's nettside http://bit.ly/passertplanlagttid
Link

SYKEHUSET TELEMARK

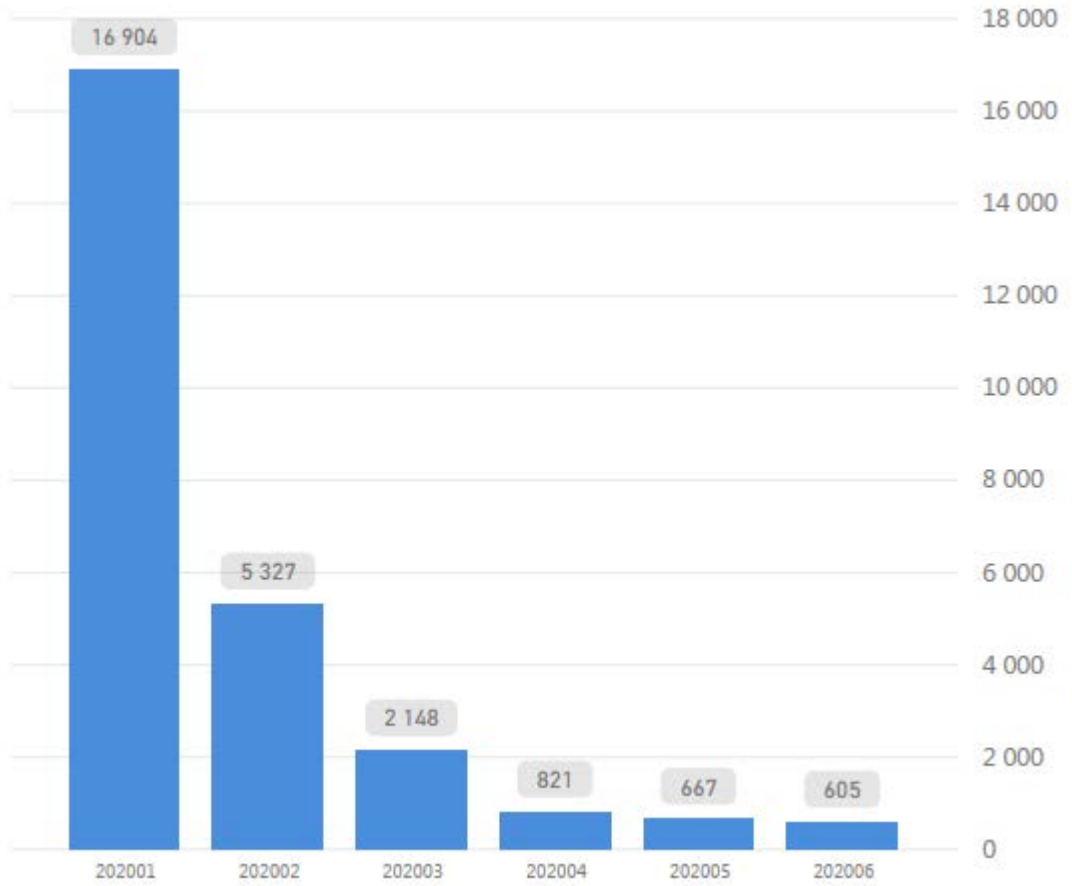
Sammenligning pr desember

Helseforetaksnavn	Antall planlagte kontakter	Kontakter ikke passert planlagt tid	Kontakter med passert planlagt tid	Andel passert planlagt tid
Akershus Universitetssykehus	151 901	135 486	16 415	10,8 %
Oslo Universitetssykehus	255 358	238 513	16 845	6,6 %
Sykehuset Innlandet	107 265	99 843	7 422	6,9 %
Sykehuset i Vestfold	94 240	87 547	6 693	7,1 %
Sørlandet Sykehus	116 425	103 220	13 205	11,3 %
Sykehuset Telemark	59 013	54 179	4 834	8,2 %
Sykehuset Østfold	112 818	97 753	15 065	13,4 %
Vestre Viken	157 821	144 278	13 543	8,6 %
Sunnaas Sykehus	4 454	4 055	399	9,0 %
Diakonhjemmet Sykehus	35 707	30 788	4 919	13,8 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	38 260	35 900	2 360	6,2 %
Betanien Hospital	9 791	8 655	1 136	11,6 %
Martina Hansen Hospital	14 665	13 904	761	5,2 %
Revmatismesykehuset Lillehammer	5 085	4 025	1 060	20,8 %
Totalt	**1 162 803**	**1 058 146**	**104 657**	**9,0 %**

Fra Helse Sør-Øst's nettside http://bit.ly/passertplanlagttid
Link

SYKEHUSET TELEMARK

Antall tildelte timer neste 6 mnd

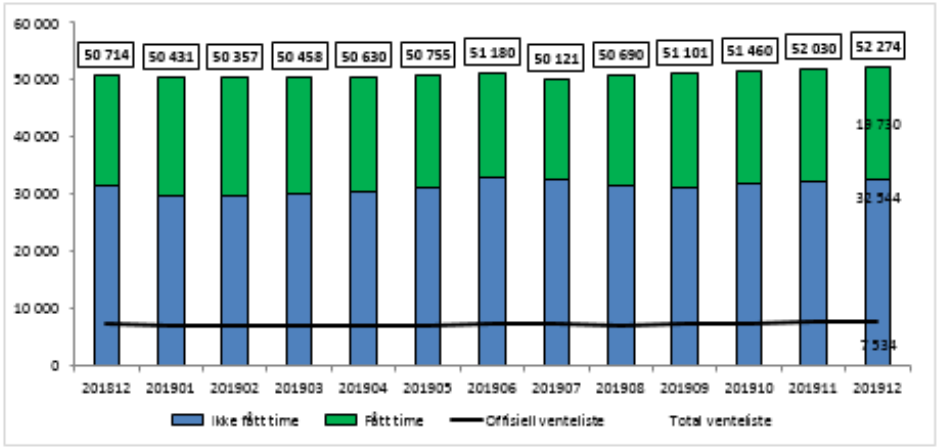


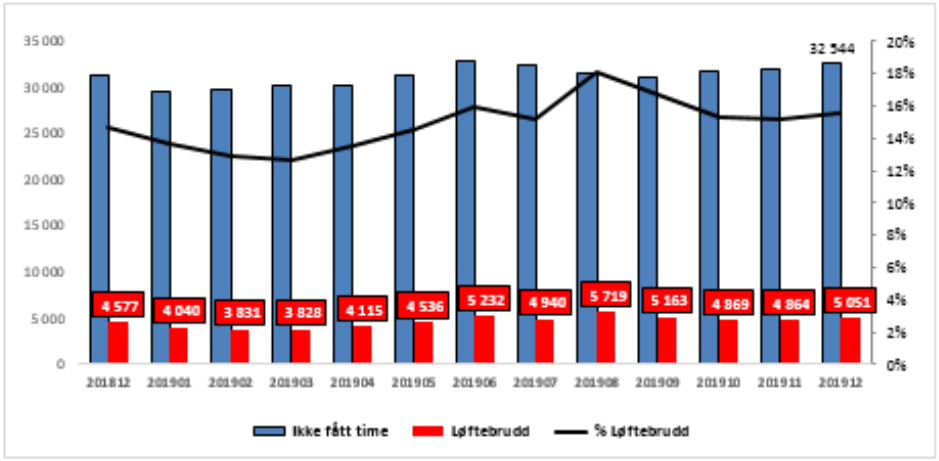
Fra Helse Sør-Øst's nettside http://bit.ly/passertplanlagttid
Link

SYKEHUSET TELEMARK

Pulsen

Dashbord - virksomhetsstyring





Utvikling i total venteliste

I desember er den totale ventelisten er på 52274 pasienter. Den offisielle ventelisten er på 7534 pasienter.

Den totale ventelisten fordeler seg på 19730 pasienter som har fått time, og 32544 pasienter som ikke har fått time.

Pasienter som venter på timeinnkalling

Av de som venter og ikke har fått timeinnkalling (32544), har 5051 pasienter passert tentativ dato for oppmøte (Løftebrudd). Dette utgjør 15,5 % av pasientene.

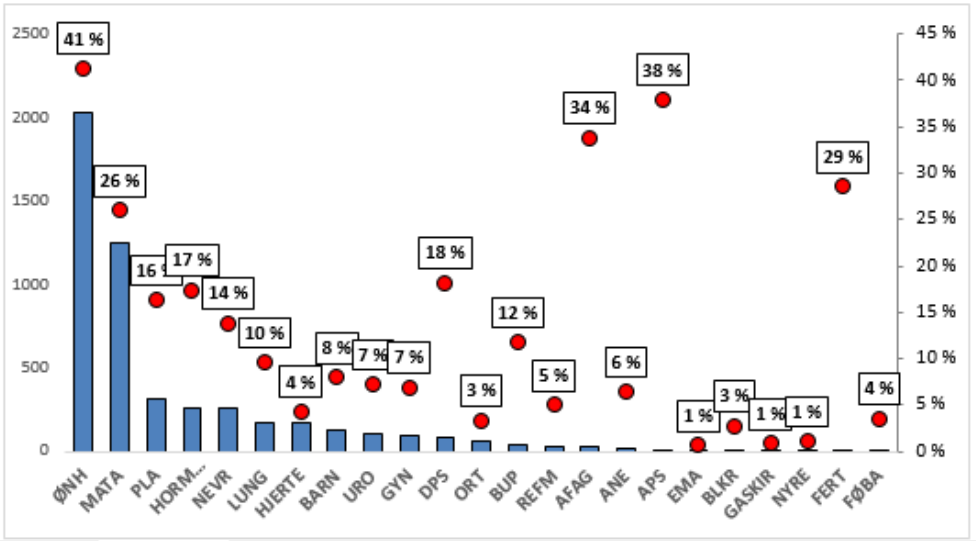
SYKEHUSET TELEMARK

Status Total venteliste / Løftebrudd i desember

AVD	Løftebrudd	% Løftebrudd
ØNH	2029	41 %
MATA	1247	26 %
PLA	318	16 %
HORMON	255	17 %
NEVR	255	14 %
LUNG	172	10 %
HJERTE	166	4 %
BARN	123	8 %
URO	100	7 %
GYN	96	7 %
DPS	82	18 %
ORT	61	3 %
BUP	36	12 %
REFM	33	5 %
AFAG	23	34 %
ANE	13	6 %
APS	11	38 %
EMA	8	1 %
BLKR	8	3 %
GASKIR	7	1 %
NYRE	5	1 %
FERT	2	29 %
FØBA	1	4 %
Totalsum	5051	16 %

Klinik	Total venteliste	Herav Ikke fått time	Løftebrudd	% Løftebrudd
ABK	353	203	13	6 %
BUK	4 669	2 770	159	6 %
KIR	20 706	13 578	2620	19 %
MED	23 697	15 447	2164	14 %
MSK	439	55	2	4 %
KPR	2 410	491	93	19 %
Totalsum	52 274	32 544	5051	16 %

Løftebrudd i antall og %, pr avd:

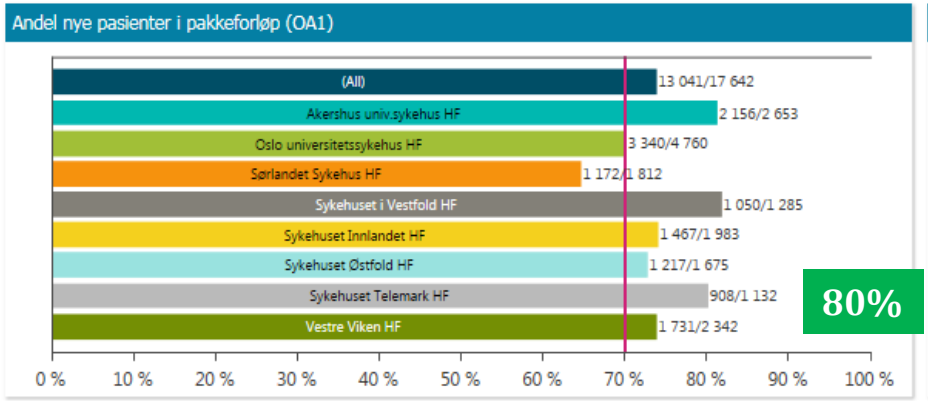


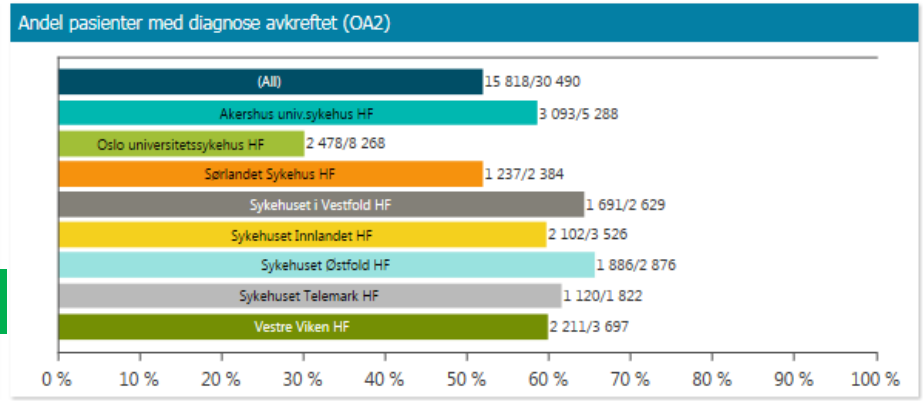
Detaljer finnes på:
http://pulsen.sthf.no/prosjekt/Ledelsesinformasjon/Sider/Dashbord.aspx

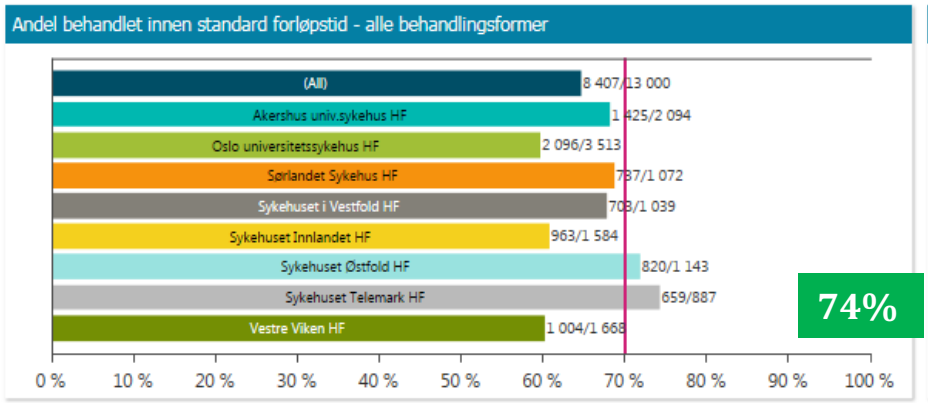
SYKEHUSET TELEMARK

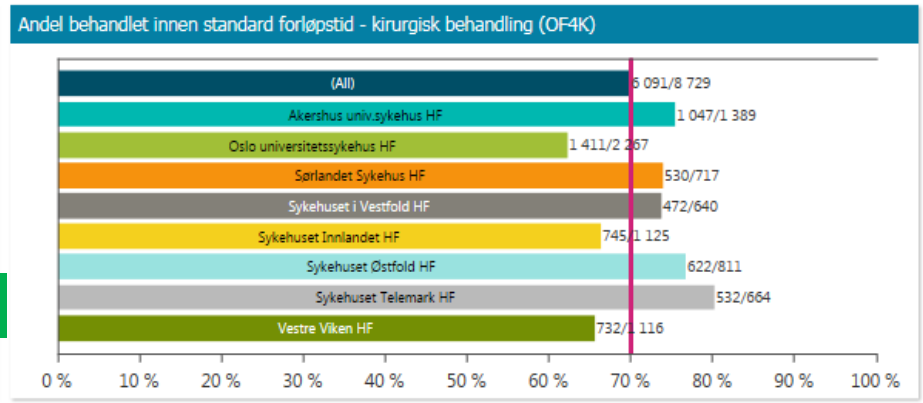
Pakkeforløp Kreft

Resultat siste 12 mnd, alle forløp. Mål = 70%









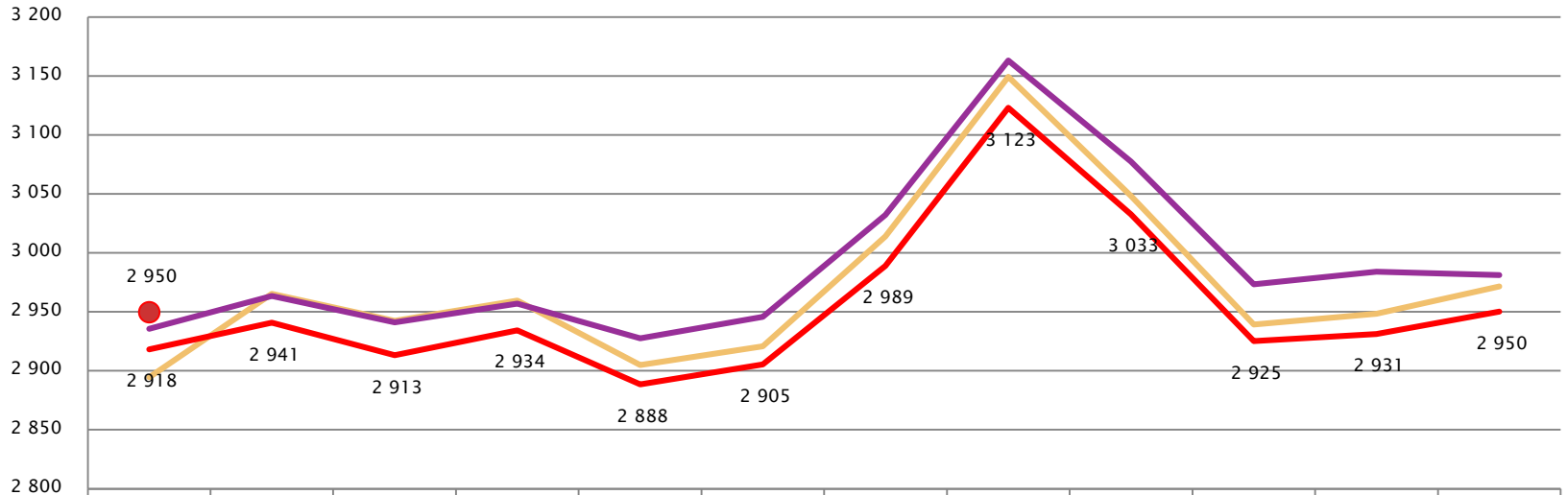
Kilde: NPR
Periode: des-18 til nov-19
Oppdaterte tall finnes på :
https://statistikk.helsedirektoratet.no

SYKEHUSET TELEMARK

Bemanning

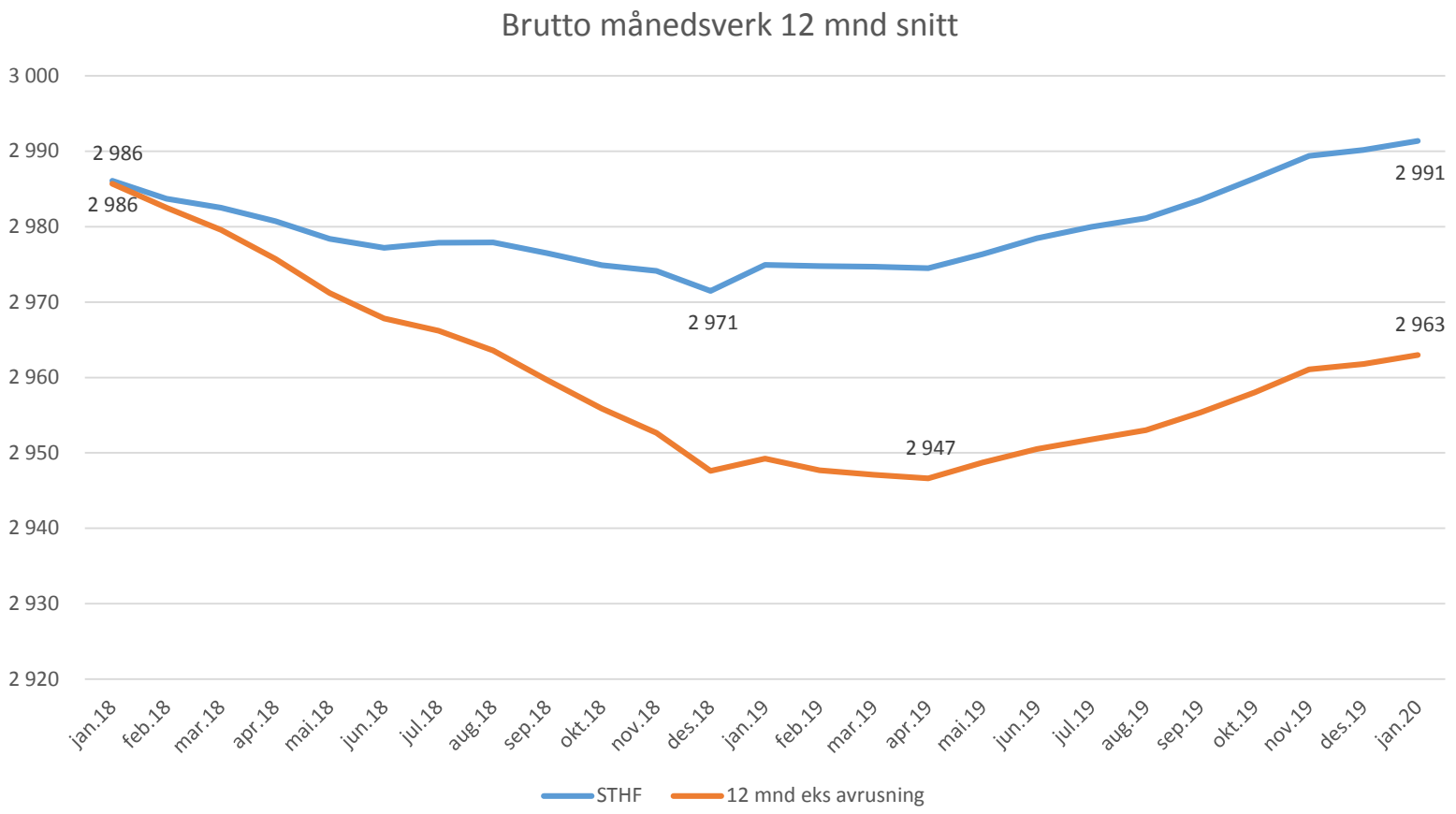
SYKEHUSET TELEMARK

Antall årsverk

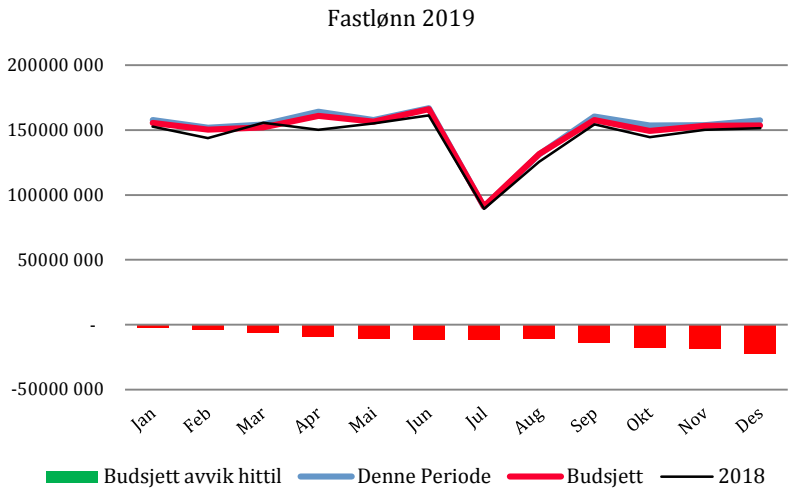


	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Faktisk 2018	2 895	2 965	2 942	2 960	2 905	2 921	3 014	3 149	3 048	2 939	2 948	2 972
Faktisk 2019	2 936	2 963	2 941	2 957	2 928	2 946	3 032	3 163	3 077	2 973	2 984	2 981
Faktisk 2020	2 950											
BUD20	2 918	2 941	2 913	2 934	2 888	2 905	2 989	3 123	3 033	2 925	2 931	2 950

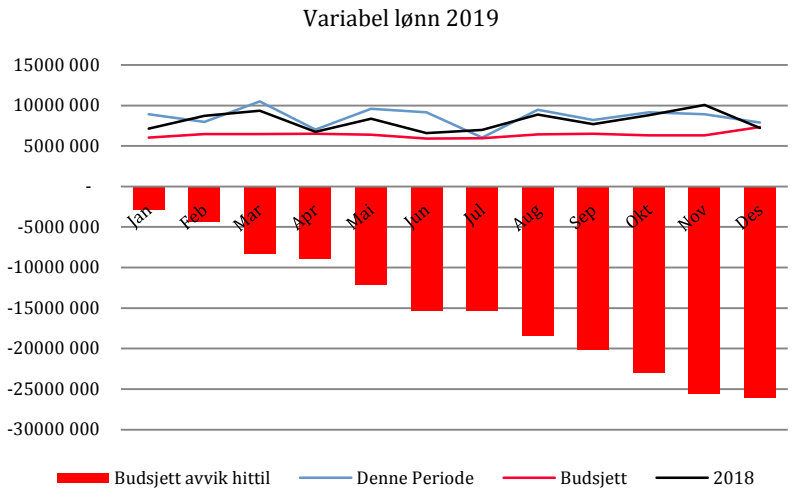
SYKEHUSET TELEMARK



SYKEHUSET TELEMARK

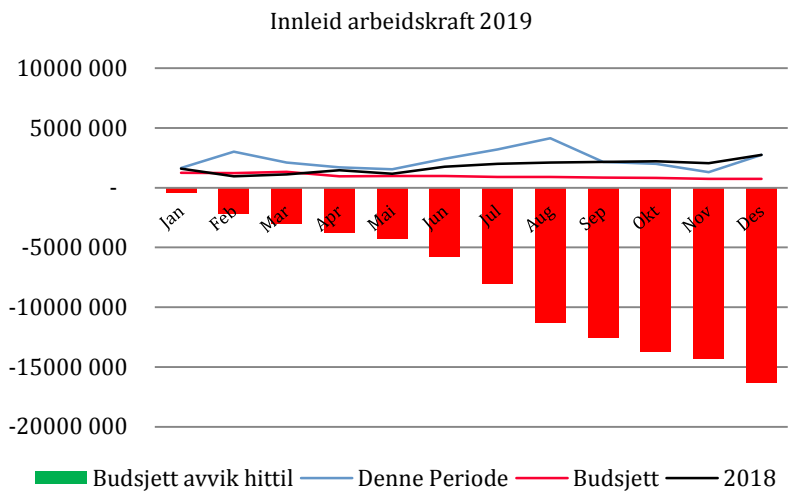


201912	Fastlønn hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
STHF totalt	1 800 766 608	1 778 610 535	-22 156 074	-1 %
Kirurgisk klinikk	305 153 769	290 137 045	-15 016 723	-5 %
Medisinsk klinikk	348 609 210	331 236 611	-17 372 599	-5 %
Barne- og ungdomsklinikken	133 805 416	135 665 138	1 859 722	1 %
Akutt og beredskap	256 595 628	244 342 744	-12 252 885	-5 %
Medisinsk Serviceklinikk	169 660 385	179 921 510	10 261 124	6 %
Psykiatri og rus	333 620 905	338 360 314	4 739 409	1 %
Service og systemledelse	141 572 731	141 229 965	-342 765	0 %
Felles - øvrig	36 251 544	32 043 768	-4 207 776	-13 %
Administrasjon	75 497 020	85 673 439	10 176 420	12 %

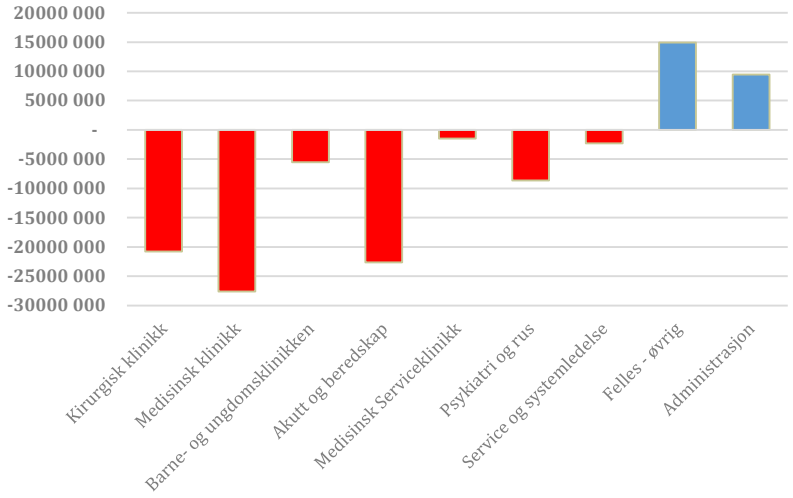


201912	Variabellønn hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	102 845 163	76 691 813	-26 153 351	-34 %
Kirurgisk klinikk	21 660 169	17 898 913	-3 761 256	-21 %
Medisinsk klinikk	24 537 533	14 498 346	-10 039 186	-69 %
Barne- og ungdomsklinikken	5 990 723	769 198	-5 221 525	-679 %
Akutt og beredskap	15 244 157	8 689 243	-6 554 914	-75 %
Medisinsk Serviceklinikk	11 707 776	4 641 190	-7 066 586	-152 %
Psykiatri og rus	13 067 704	3 099 296	-9 968 408	-322 %
Service og systemledelse	4 975 321	3 016 865	-1 958 456	-65 %
Felles - øvrig	1 033 831	20 161 246	19 127 415	95 %
Administrasjon	4 627 950	3 917 515	-710 435	-18 %

SYKEHUSET TELEMARK

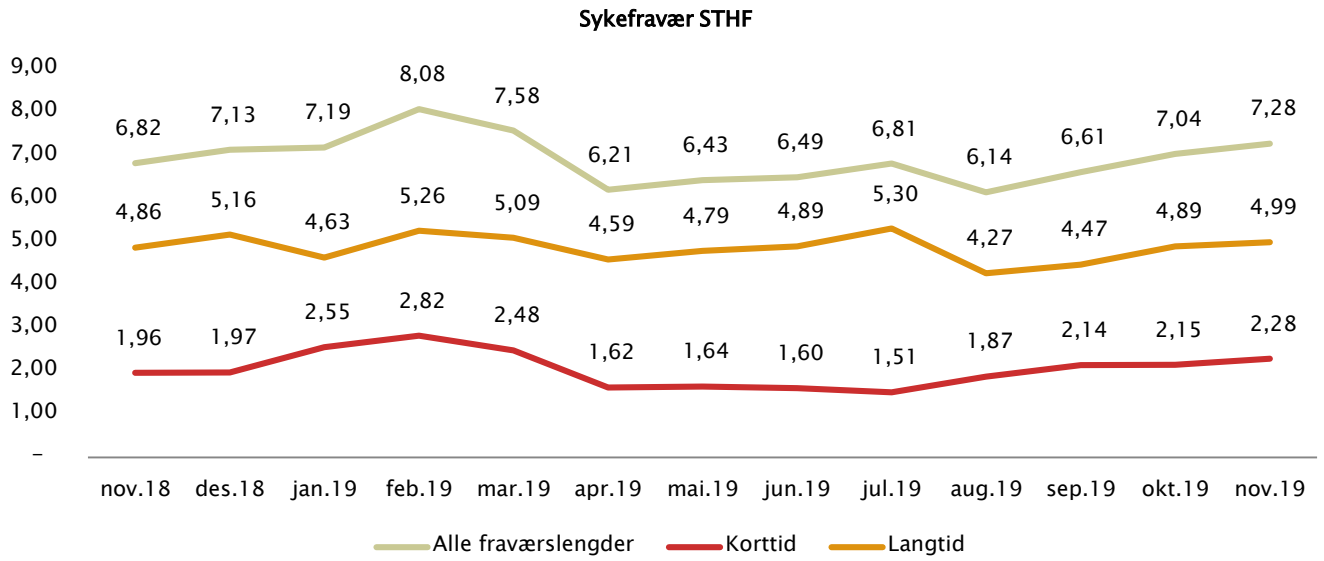


201912	Innleid arbeidskraft hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	28 019 344	11 687 632	-16 331 712	-140 %
Kirurgisk klinikk	3 913 230	1 909 632	-2 003 598	-105 %
Medisinsk klinikk	203 340	-	-203 340	0 %
Barne- og ungdomsklinikken	4 161 112	1 980 000	-2 181 112	-110 %
Akutt og beredskap	3 856 171	-	-3 856 171	0 %
Medisinsk Serviceklinikk	7 484 671	2 798 000	-4 686 671	-168 %
Psykiatri og rus	8 400 820	5 000 000	-3 400 820	-68 %
Service og systemledelse	-	-	-	0 %
Felles - øvrig	-	-	-	0 %
Administrasjon	-	-	-	



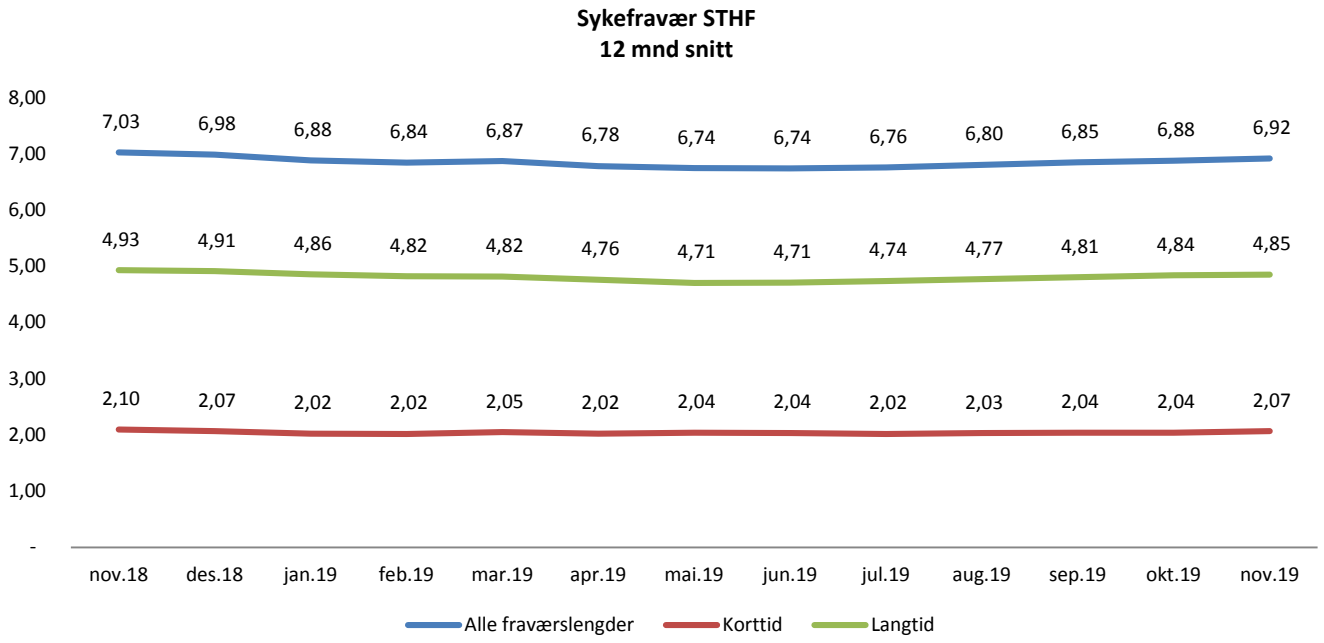
201912	Sum fastlønn, variabellønn og innleid arbeidskraft hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	1 931 631 116	1 866 989 980	-64 641 136	-3 %
Kirurgisk klinikk	330 727 167	309 945 590	-20 781 577	-7 %
Medisinsk klinikk	373 350 083	345 734 957	-27 615 125	-8 %
Barne- og ungdomsklinikken	143 957 251	138 414 336	-5 542 915	-4 %
Akutt og beredskap	275 695 956	253 031 987	-22 663 969	-9 %
Medisinsk Serviceklinikk	188 852 833	187 360 700	-1 492 133	-1 %
Psykiatri og rus	355 089 429	346 459 610	-8 629 819	-2 %
Service og systemledelse	146 548 052	144 246 830	-2 301 221	-2 %
Felles - øvrig	37 285 375	52 205 014	14 919 639	29 %
Administrasjon	80 124 970	89 590 954	9 465 984	11 %

SYKEHUSET TELEMARK



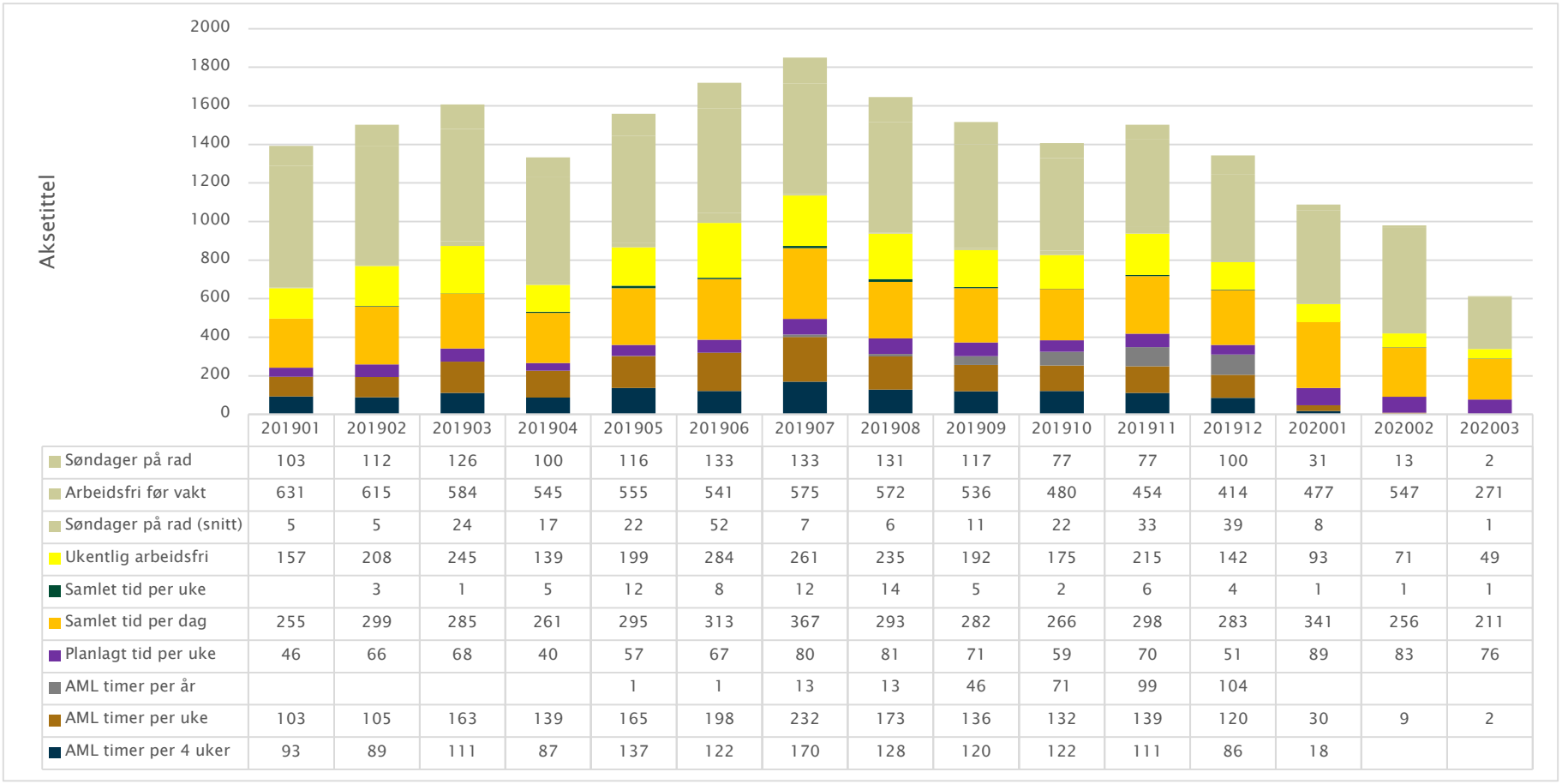
ent	jan.18	feb.18	mar.18	apr.18	mai.18	jun.18	jul.18	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov
	8,27	8,56	7,24	7,20	6,85	6,54	6,58	5,59	6,06	6,69	6,82	7,13	7,19	8,08	7,58	6,21	6,43	6,49	6,81	6,14	6,61	7,04	
	9,49	7,69	7,02	7,66	6,76	5,67	6,15	6,36	6,00	7,03	7,04	8,14	8,24	7,59	7,94	6,29	6,66	6,70	6,32	5,87	5,67	5,43	
	6,91	7,53	6,35	6,47	6,00	5,15	5,07	3,69	4,61	6,04	6,54	6,80	7,50	6,87	6,26	6,02	7,20	5,24	5,40	5,48	6,20	6,59	
sklinikken	8,71	10,73	6,79	6,52	6,47	6,22	6,76	6,62	4,91	5,34	5,75	5,12	4,72	7,73	7,05	4,35	6,68	7,09	8,83	6,94	8,69	9,09	
	7,18	8,40	7,38	7,63	7,93	7,36	7,41	4,92	6,06	7,03	6,14	7,19	6,62	7,28	7,03	5,03	4,79	5,42	7,26	5,51	6,31	5,56	
klinikk	7,72	7,76	5,81	6,07	5,16	5,56	5,32	3,70	5,13	5,93	7,23	6,77	6,60	8,09	8,39	7,05	6,67	6,68	5,73	4,85	5,14	7,10	
helsevern og rusbehandling	9,32	9,48	8,12	8,05	7,78	7,76	7,47	7,08	6,91	6,95	7,33	8,08	8,57	10,01	9,03	7,53	7,22	7,48	8,01	7,15	7,38	7,79	
edelse	10,49	11,09	10,22	8,32	8,63	8,98	8,17	7,52	9,33	8,94	8,92	8,47	7,62	11,15	9,41	7,52	6,81	8,17	7,31	8,37	8,91	10,40	
	4,70	5,15	4,28	4,77	3,67	4,38	5,69	4,48	4,95	4,37	3,20	1,75	2,85	2,72	2,31	3,02	2,84	4,80	5,80	3,46	3,84	4,40	

SYKEHUSET TELEMARK



SYKEHUSET TELEMARK

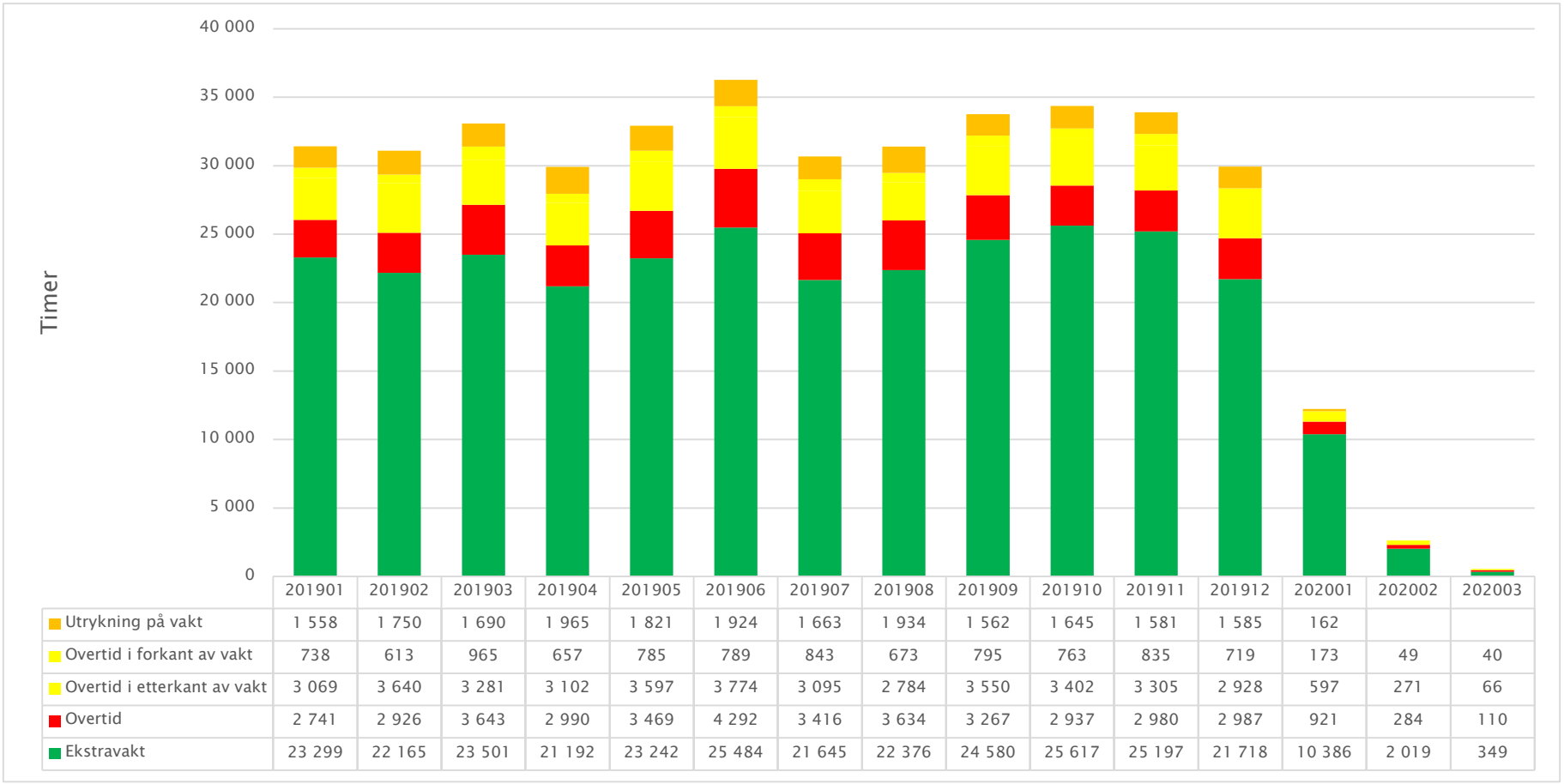
AML brudd



	201901	201902	201903	201904	201905	201906	201907	201908	201909	201910	201911	201912	202001	202002	202003
Søndager på rad	103	112	126	100	116	133	133	131	117	77	77	100	31	13	2
Arbeidsfri før vakt	631	615	584	545	555	541	575	572	536	480	454	414	477	547	271
Søndager på rad (snitt)	5	5	24	17	22	52	7	6	11	22	33	39	8		1
Ukentlig arbeidsfri	157	208	245	139	199	284	261	235	192	175	215	142	93	71	49
Samlet tid per uke		3	1	5	12	8	12	14	5	2	6	4	1	1	1
Samlet tid per dag	255	299	285	261	295	313	367	293	282	266	298	283	341	256	211
Planlagt tid per uke	46	66	68	40	57	67	80	81	71	59	70	51	89	83	76
AML timer per år					1	1	13	13	46	71	99	104			
AML timer per uke	103	105	163	139	165	198	232	173	136	132	139	120	30	9	2
AML timer per 4 uker	93	89	111	87	137	122	170	128	120	122	111	86	18		

SYKEHUSET TELEMARK

EFO

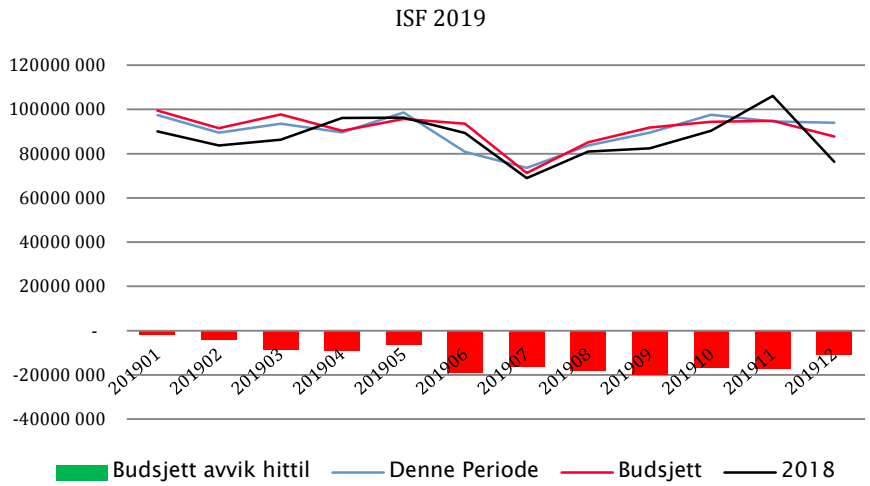


	201901	201902	201903	201904	201905	201906	201907	201908	201909	201910	201911	201912	202001	202002	202003
Utrykning på vakt	1 558	1 750	1 690	1 965	1 821	1 924	1 663	1 934	1 562	1 645	1 581	1 585	162		
Overtid i forkant av vakt	738	613	965	657	785	789	843	673	795	763	835	719	173	49	40
Overtid i etterkant av vakt	3 069	3 640	3 281	3 102	3 597	3 774	3 095	2 784	3 550	3 402	3 305	2 928	597	271	66
Overtid	2 741	2 926	3 643	2 990	3 469	4 292	3 416	3 634	3 267	2 937	2 980	2 987	921	284	110
Ekstravakt	23 299	22 165	23 501	21 192	23 242	25 484	21 645	22 376	24 580	25 617	25 197	21 718	10 386	2 019	349

SYKEHUSET TELEMARK

Aktivitet

SYKEHUSET TELEMARK



Graf og tabell viser summen av følgende linjer.

ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	-7 831
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	-5 567
ISF-refusjon kommunal medfinansiering	-
ISF refusjon poliklinisk PHV/TSB	761
IFS - refusjon pasientadministrative kreftlegemidle	1 668
	-10 970

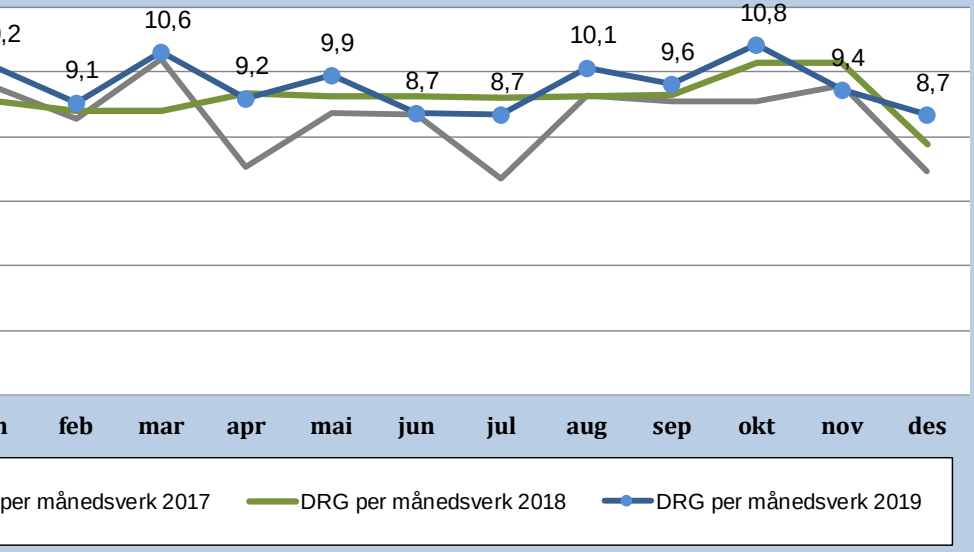
	201912 Denne Periode			201912 Hittil		
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett
Alle Ansvarssteder	93 983 471	87 705 650	6 277 821	1 082 724 654	1 093 694 214	-10 969 560
Kirurgisk klinikk	35 526 722	36 911 889	-1 385 167	434 132 957	449 477 787	-15 344 830
Medisinsk klinikk	35 991 852	36 518 230	-526 378	444 017 780	445 073 148	-1 055 368
Barne- og ungdomsklinikken	7 694 090	7 149 854	544 237	93 472 707	92 311 562	1 161 146
Akutt og beredskap	178 616	142 893	35 723	2 212 606	1 786 160	426 446
Medisinsk Serviceklinikk	495 659	808 800	-313 141	10 569 602	11 163 500	-593 898
Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling	1 926 471	1 953 734	-27 263	23 994 600	24 668 358	-673 758
Felles - øvrig	12 143 267	4 220 250	7 923 017	74 072 108	69 213 700	4 858 408

SYKEHUSET TELEMARK

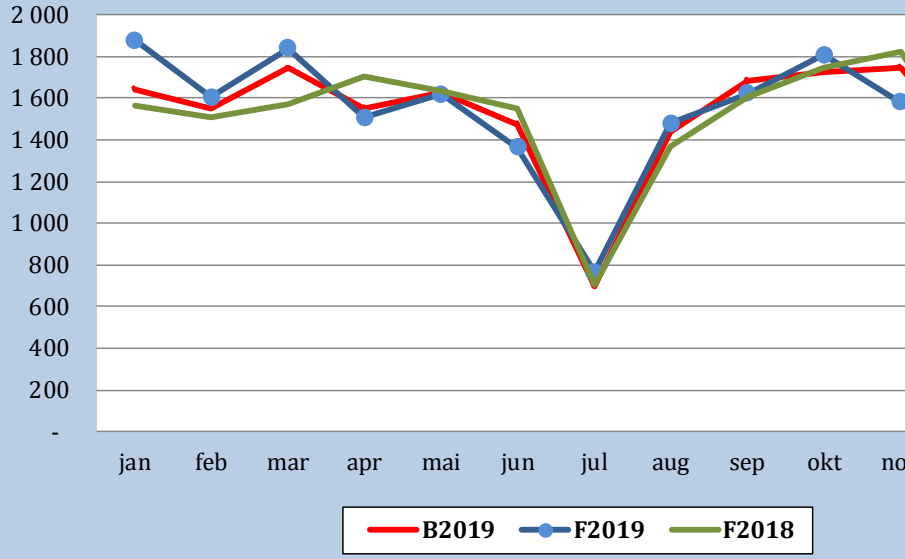
eng PHV og TSB utført ved STHF

	Denne måned				Hittil i år					
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk 2018	Budsjett 2019
rk	534	548	(14)	-3 %	6 590	6 914	(324)	-5 %	6 858	6 924
k	154	145	9	6 %	1 928	1 833	96	5 %	1 870	1 835
savdeling	13	18	(5)	-27 %	217	233	(16)	-7 %	249	234
V og TSB (underlagt Medisinsk klinikk)	4	7	(3)	-38 %	46	84	(38)	-45 %	76	84
V og TSB + Raskere tilbake	**706**	**718**	**(13)**	**-2 %**	**8 781**	**9 064**	**(283)**	**-3 %**	**9 053**	**9 077**
g unges psykiske helse - ABUP	698	598	100	17 %	9 697	9 137	560	6,1 %	8 984	9 150
domsklinikken	**698**	**598**	**100**	**17 %**	**9 697**	**9 137**	**560**	**6 %**	**8 984**	**9 150**
isk helsevern og TSB på STHF	**1 404**	**1 316**	**88**	**7 %**	**18 478**	**18 201**	**277**	**2 %**	**18 038**	**18 227**

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



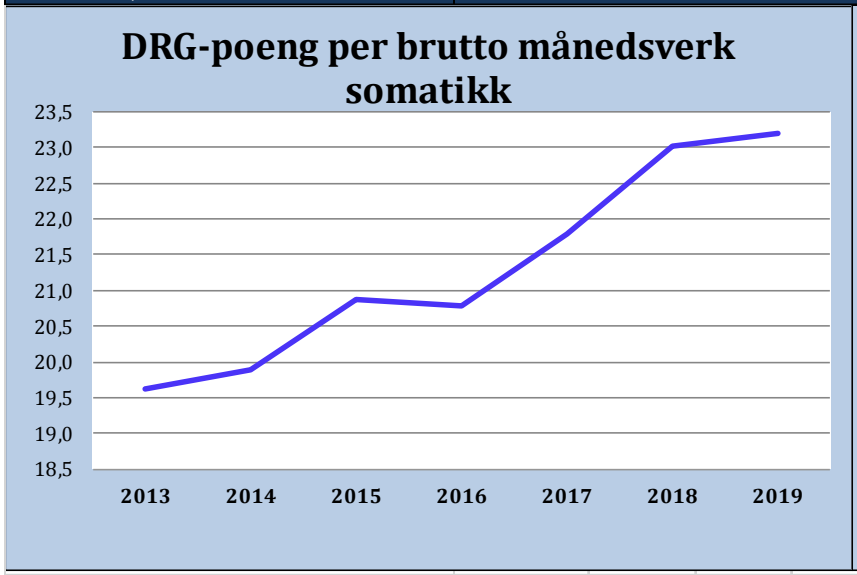
DRG-poeng PHV og TSB ved STHF

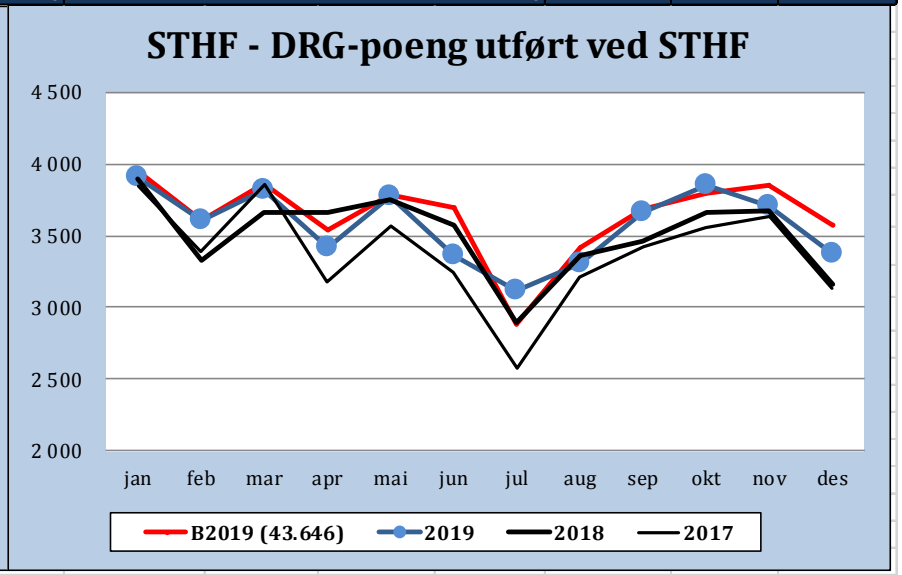


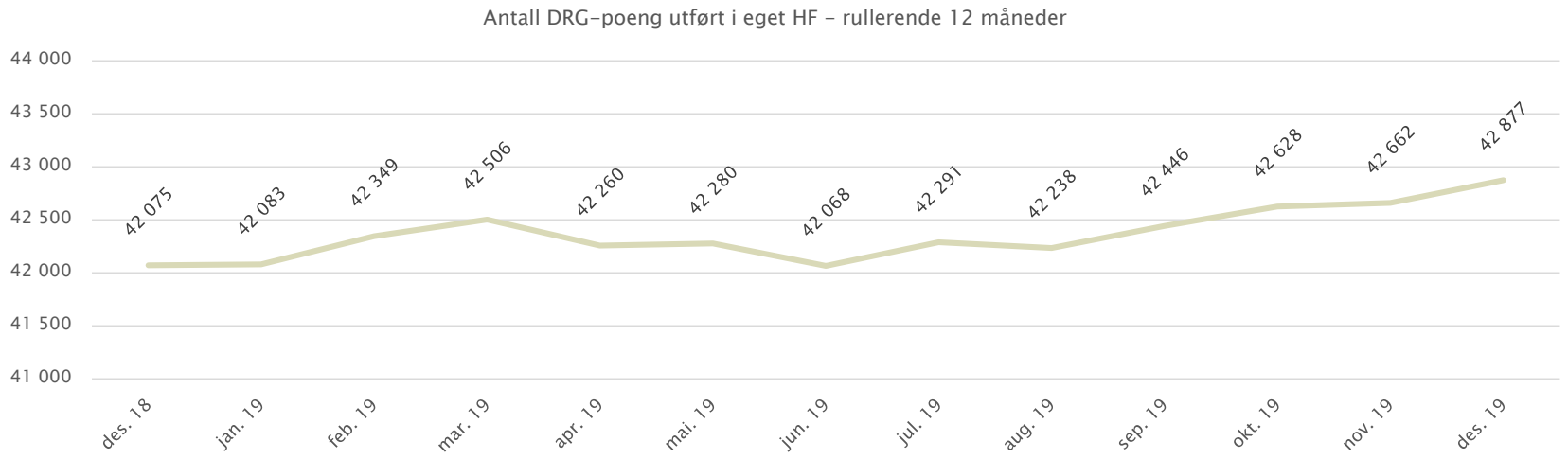
SYKEHUSET TELEMARK

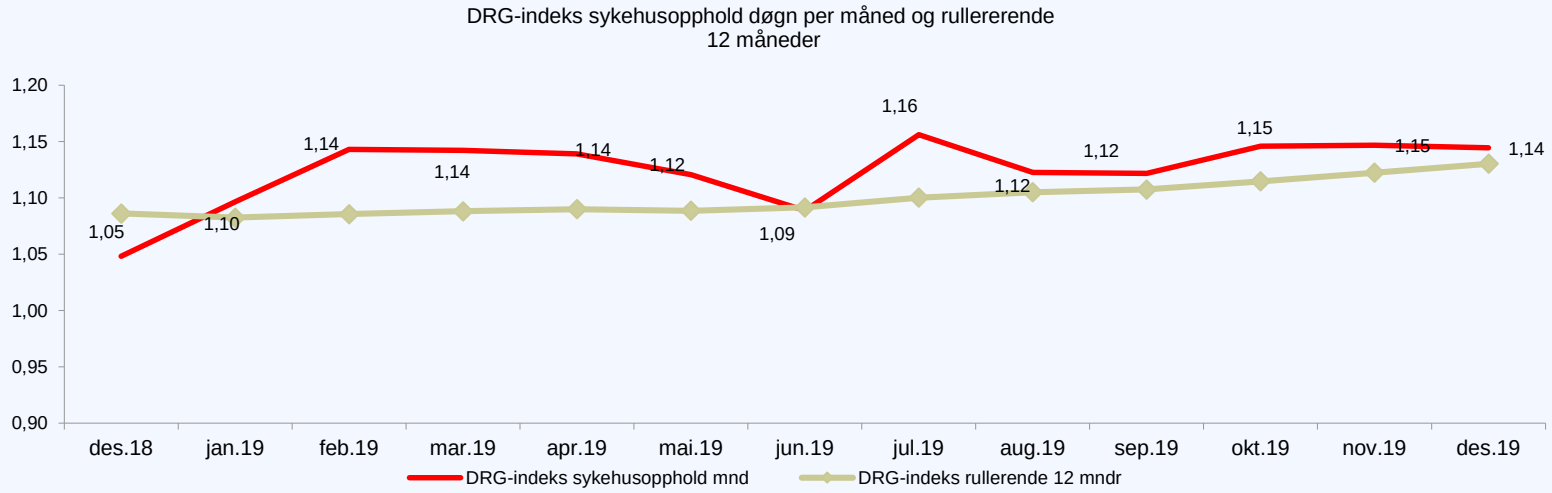
DRG-poeng, utført ved STHF

	Denne måned				Hittil i år						
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk 2018	Budsjett 2019	ISF budsj.-avvik (1000 kr)
Kirurgisk klinikk	**1 548**	**1653**	**-105**	**-6 %**	**19 412**	**20 132**	**-720**	**-4 %**	**19 237**	**16 963**	**-16 067**
Avdeling A	731	791	-60	-8 %	9 555	9 655	-100	-1 %	9 236	8 585	-2 226
Avdeling B	628	638	-10	-2 %	7 534	7 877	-343	-4 %	7 526	5 762	-7 663
Avdeling for Kirurgi, Notodden	189	224	-35	-16 %	2 323	2 600	-277	-11 %	2 475	2 615	-6 177
Medisinsk klinikk	**1 557**	**1635**	**-77**	**-5 %**	**19 886**	**19 924**	**-38**	**0 %**	**19 591**	**19 924**	**-859**
Avdeling Medisin B (lunge, Kragerø, ger.,mage/tarm)	482	467	15	3 %	5 619	5 625	-6	0 %	5 579	5 625	-137
Avdeling blod, kreftsykdommer og palliasjon	240	248	-9	-4 %	3 004	3 075	-71	-2 %	3 045	3 075	-1 589
Avdeling Medisin A (hjerte,nyre,hormon)	330	367	-37	-10 %	4 519	4 506	13	0 %	4 362	4 506	293
Avdeling for nevrologi og rehabilitering	224	258	-34	-13 %	3 054	3 099	-45	-1 %	3 047	3 099	-1 001
Avdeling Medisin Øvre Telemark	282	294	-13	-4 %	3 690	3 619	70	2 %	3 558	3 619	1 574
BUK	**230**	**247**	**-17**	**-7 %**	**2 985**	**3 010**	**-25**	**-1 %**	**2 709**	**3 010**	**-569**
Akutt og beredskap	**8**	**6**	**2**	**35 %**	**99**	**80**	**19**	**24 %**	**99**	**80**	**426**
MSK	**22**	**36**	**-14**		**473**	**500**	**-27**	**-5 %**	**464**	**500**	**-593**
Ernæringspoliklinikk	**1**	**-**	**1**		**11**	**-**	**11**		**0**	**0**	**251**
Ufordelt	**8**	**-**	**8**		**25**	**-**	**25**		**-11**	**0**	
SUM DRG utført ved STHF	**3 375**	**3 577**	**-202**	**-6 %**	**42 891**	**43 646**	**-755**	**-2 %**	**42 089**	**40 477**	**-17 410**






Antall DRG-poeng utført i eget HF – rullerende 12 måneder
44 000
43 500
43 000
42 500
42 000
41 500
41 000
42 075
42 083
42 349
42 506
42 260
42 280
42 068
42 291
42 238
42 446
42 628
42 662
42 877
des. 18
jan. 19
feb. 19
mar. 19
apr. 19
mai. 19
jun. 19
jul. 19
aug. 19
sep. 19
okt. 19
nov. 19
des. 19


DRG-indeks sykehusopphold døgn per måned og rullererende 12 måneder
1,20
1,15
1,10
1,05
1,00
0,95
0,90
1,05
1,10
1,14
1,14
1,14
1,12
1,09
1,16
1,12
1,12
1,15
1,15
1,14
des.18
jan.19
feb.19
mar.19
apr.19
mai.19
jun.19
jul.19
aug.19
sep.19
okt.19
nov.19
des.19
DRG-indeks sykehusopphold mnd
DRG-indeks rullerende 12 mndr

Kvalitetsindikatorer

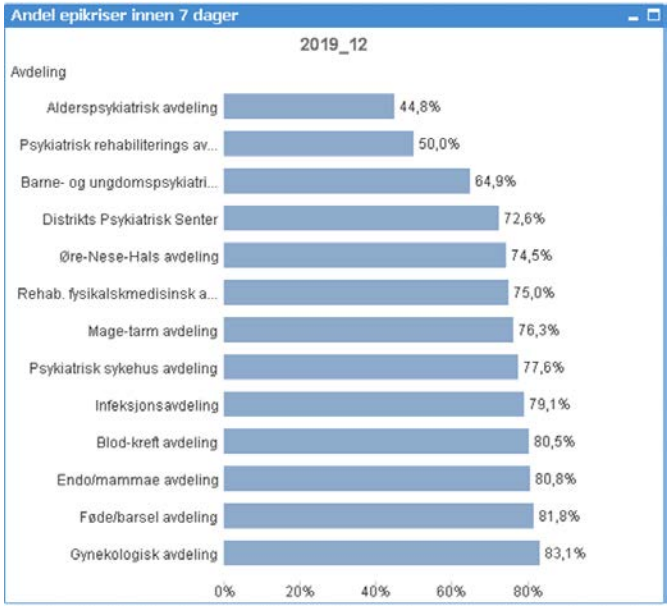
SYKEHUSET TELEMARK

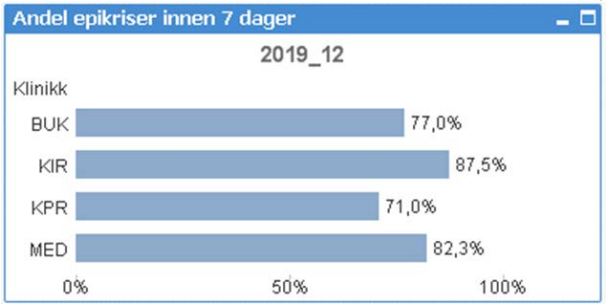
Epikriser.

Andel epikriser sendt innen 7 dager.

D-5821 og D-5927

Andel epikriser sendt innen 7 dager	Måned											
Klinikker	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	des.19
BUK	69 %	69 %	79 %	67 %	56 %	62 %	73 %	65 %	60 %	66 %	72 %	77 %
Kir. K	82 %	83 %	84 %	83 %	82 %	86 %	89 %	85 %	83 %	87 %	84 %	87 %
KPR	84 %	81 %	79 %	81 %	82 %	84 %	86 %	76 %	80 %	75 %	74 %	71 %
Med. K	84 %	82 %	83 %	81 %	82 %	86 %	86 %	85 %	80 %	80 %	85 %	82 %
STHF	**82 %**	**81 %**	**83 %**	**80 %**	**79 %**	**84 %**	**86 %**	**81 %**	**80 %**	**80 %**	**82 %**	**82 %**
Andel epikriser sendt innen 1 dag												
Klinikker	jan.19	feb.19	mar.19	mai.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	des.19
BUK	45 %	41 %	41 %	37 %	32 %	40 %	44 %	31 %	31 %	39 %	38 %	49 %
Kir. K	62 %	62 %	62 %	65 %	62 %	64 %	71 %	64 %	64 %	68 %	65 %	70 %
KPR	42 %	41 %	41 %	44 %	42 %	45 %	55 %	41 %	44 %	38 %	36 %	38 %
Med. K	56 %	56 %	56 %	56 %	56 %	63 %	61 %	58 %	51 %	52 %	57 %	57 %
STHF	**55 %**	**54 %**	**54 %**	**55 %**	**54 %**	**58 %**	**62 %**	**55 %**	**53 %**	**54 %**	**55 %**	**58 %**





	Måltall
Andel epikriser sendt innen 7 dager Klinikker	80%
Andel epikriser sendt innen 1 dag PSV og TSB	50%
Andel epikriser sendt innen 1 dag Somatik	70%

SYKEHUSET TELEMARK

Direkte time	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19
ABK	100 %	100 %	96 %	0 %	100 %	100 %	100 %	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
BUK	91 %	89 %	89 %	95 %	92 %	83 %	86 %	89 %	94 %	90 %	91 %	95 %	94 %
KIR	72 %	77 %	80 %	81 %	84 %	88 %	92 %	88 %	87 %	88 %	82 %	78 %	85 %
KPR	93 %	93 %	98 %	81 %	89 %	89 %	90 %	87 %	81 %	88 %	90 %	88 %	90 %
MED	79 %	78 %	82 %	83 %	81 %	78 %	80 %	73 %	66 %	80 %	82 %	82 %	80 %
MSK	96 %	95 %	98 %	95 %	98 %	94 %	100 %	90 %	100 %	98 %	100 %	100 %	97 %
STHF	**78 %**	**79 %**	**83 %**	**83 %**	**84 %**	**84 %**	**87 %**	**82 %**	**79 %**	**85 %**	**83 %**	**82 %**	**84 %**

tstid (døgn) fra mottak av henvisning til henvisning er fullført.	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	de
	2,46	12,06	2,16	4,68	2,47	1,96	1,69	10,79	1,31	3,46	2,14	2,33	3
	4,82	3,63	5,65	5,25	5,71	5,33	5,86	5,49	5,76	5,12	4,90	5,29	4
	1,53	1,81	1,36	2,46	1,40	1,58	1,71	1,05	0,95	1,19	1,27	1,04	1
	5,58	4,65	6,20	5,77	7,88	4,89	4,24	5,21	4,08	4,25	4,04	4,64	4
	8,32	6,34	9,05	7,04	10,19	7,04	2,14	2,61	2,25	2,66	2,64	3,91	6
	2,06	2,18	4,60	17,98	2,61	2,00	2,21	11,14	1,54	1,58	1,80	1,48	1

sninger vurdert.	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	de
	81	94	84	82	64	76	45	33	78	69	75	53	
	314	328	328	315	316	334	275	246	220	341	388	323	
	2338	3077	2653	3 009	2 717	3125	2749	2328	2911	3036	3178	3193	2
	323	340	378	360	356	372	374	258	300	377	429	367	
	1944	2642	2269	2 548	2 264	2467	2302	1836	2168	2482	2744	2569	2
	167	220	243	241	229	220	281	122	258	263	287	276	
	5 167	6 701	5 955	6 555	5 946	6 594	6 026	4 823	5 935	6 568	7 101	6 781	5 3
ninger vurdert innen 10 virkedager	5 094	6 633	5 881	6 481	5 865	6 518	5 969	4 723	5 902	6 522	7 040	6 718	5 2
ert innen 10 virkedager	98,6 %	99,0 %	98,8 %	98,9 %	98,6 %	98,8 %	99,1 %	97,9 %	99,4 %	99,3 %	99,1 %	99,1 %	99,

ne dokumenter i EPJ som er mer enn 14		des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	de
l dokumenter som er mer 14 dager gamle ansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	4 669	4 037	3 679	3 606	3 786	3 890	3 581	3 185	3 293	3 743	3 390	3 585	3 9
	ABK	10	15	16	6	4	7	7	15	4	6	4	11	
	BUK	974	772	854	896	878	914	972	675	614	694	625	650	6
	KIR	1 059	1 020	1 073	975	1 054	1 009	919	1 043	1 169	1 224	1 110	1 095	1 2
	KPR	744	642	739	810	863	873	711	574	613	819	774	836	9
	MED	1 797	1 538	965	887	925	1 014	938	844	874	979	846	943	1 0
	MSK	85	50	32	32	62	73	34	34	19	21	31	50	
egedokumenter som er mer enn 14 dager t tidspunkt for opprettelse)	STHF	1 881	1 689	1 406	1 320	1 423	1 522	1 294	1 135	1 304	1 598	1 472	1 540	1 7
sykepleiedokumenter som er mer enn 14 uansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	1 367	1 191	1 069	1 039	1 113	1 083	982	1 037	1 039	1 029	899	977	9
umenter som det normalt tar mer enn 14 dager å få ferdigstilt	STHF	258	51	44	41	36	38	38	40	39	43	39	40	
	BUK	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	KIR	209	30	32	33	34	34	35	37	37	41	37	38	
	KPR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	MED	49	21	12	8	2	4	3	3	2	2	2	2	
	MSK	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
sienter med åpen henvisningsperiode, uten		des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	de
nter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	STHF	1 734	1 765	1 827	1 800	2 021	2 167	2 542	2 105	1 711	1 170	1 062	2 088	1 0
	ABK	6	17	6	6	10	15	6	7	7	13	9	11	
	KPR	20	54	41	24	70	75	55	73	78	94	53	48	
	MSK	111	102	142	162	210	209	103	112	104	129	53	108	
	BUK	245	122	162	239	250	308	203	156	139	141	178	116	1
	KIR	267	315	341	258	335	385	838	257	157	222	221	477	2
	MED	1 085	1 155	1 135	1 111	1 146	1 175	1 337	1 500	1 226	571	548	1 328	6
asienter registrert på avdelinger som er omorganisert og lukket.	ååMEDKIR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	ååPRE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	ååAKP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	ååKIR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	301	
	ååNYHO	-	-	-	2	-	-	1	-	-	1	-	1	
	ååEØNHNO	-	-	-	-	-	-	527	-	-	-	-	-	
	ååMED	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	808	

SYKEHUSET TELEMARK

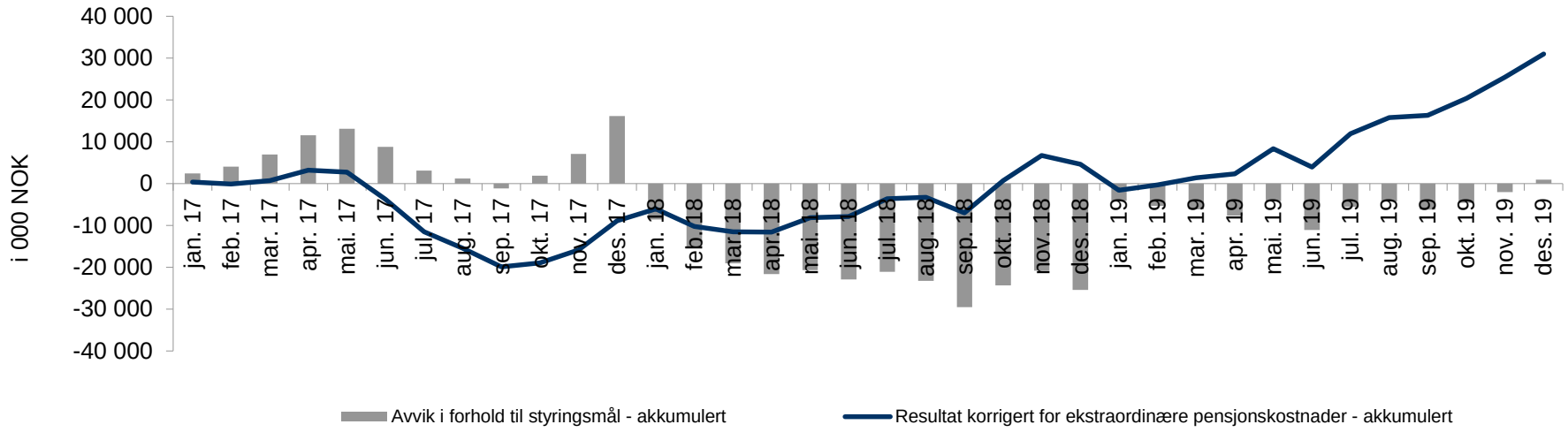
Økonomi

Resultatregnskap

Desember 2019	Denne periode faktisk	Denne periode budsjett	Denne periode Avvik	Hittil faktisk	Hittil budsjett	Hittil avvik	Hele året estimat	Hele året budsjett	Avvik
nme	231 340	212 048	19 292	2 406 009	2 366 779	39 230	2 406 009	2 366 779	
basert finansiering	1 395	1 395	-	16 741	16 741	-	16 741	16 741	
jon dag- og døgnbehandling	65 548	66 045	-497	795 500	803 331	-7 831	795 500	803 331	
tisk poliklinisk aktivitet	13 260	14 027	-767	167 818	173 385	-5 567	167 818	173 385	
jon kommunal medfinansiering	-	-	-	-	-	-	-		
jon poliklinisk PHV/TSB	3 856	3 615	241	50 758	49 997	761	50 758	49 997	
usjon pasientadministrative kreftlegemidler	11 319	4 019	7 300	68 649	66 981	1 668	68 649	66 981	
ngsklare pasienter	2 600	1 130	1 470	20 596	13 559	7 037	20 596	13 559	
sienter	1 132	1 756	-624	17 906	21 352	-3 446	17 906	21 352	
nterne gjestepasientinntekter	9 567	5 959	3 607	88 043	76 853	11 190	88 043	76 853	
ke inntekter	7 653	6 728	926	97 385	86 386	10 999	97 385	86 386	
et tilskudd "Raskere tilbake	-	-	-	-	-	-	-	-	
emerkede tilskudd	-3	984	-987	10 824	11 807	-983	10 824	11 807	
ftsinntekter	24 282	22 581	1 701	276 549	274 988	1 561	276 549	274 988	
FTSINNTEKTER	371 949	340 287	31 662	4 016 777	3 962 159	54 618	4 016 777	3 962 159	
offentlige helsetjenester	5 098	3 646	-1 452	43 653	43 750	96	43 653	43 750	
private helsetjenester	9 009	9 789	780	99 523	100 027	505	99 523	100 027	
nader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	44 658	41 849	-2 809	464 567	497 261	32 694	464 567	497 261	
rbeidskraft - del av kto 468	2 747	733	-2 014	28 019	11 688	-16 332	28 019	11 688	
nterne gjestepasientkostnader	21 308	21 317	9	271 528	271 267	-261	271 528	271 267	
fast ansatte	157 430	153 661	-3 769	1 800 767	1 778 611	-22 156	1 800 767	1 778 611	
g ekstrahjelp	7 912	7 337	-574	102 845	76 692	-26 153	102 845	76 692	
inkl arbeidsgiveravgift	45 087	27 790	-17 297	359 999	321 647	-38 352	359 999	321 647	
e tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-7 899	-8 548	-649	-101 049	-101 723	-674	-101 049	-101 723	
nn	28 052	27 069	-983	287 794	293 276	5 482	287 794	293 276	
inger	8 242	8 515	273	98 842	101 668	2 826	98 842	101 668	
ninger	1 412	-	-1 412	1 412	-	-1 412	1 412	-	
ftskostnader	45 168	45 646	478	545 388	551 202	5 814	545 388	551 202	
FTSKOSTNADER	368 223	338 804	-29 418	4 003 289	3 945 364	-57 924	4 003 289	3 945 364	
ESULTAT	3 726	1 483	2 243	13 488	16 795	-3 306	13 488	16 795	
ntekter	1 986	1 206	780	20 037	15 490	4 547	20 037	15 490	
stnader	209	189	20	2 565	2 285	280	2 565	2 285	
ESULTAT	1 777	1 017	760	17 473	13 205	4 267	17 473	13 205	
RT RESULTAT	5 504	2 500	3 004	30 961	30 000	961	30 961	30 000	
kostnader	-	-	-	-	-	-	-	-	

SYKEHUSET TELEMARK

Driftsresultat og budsjettavvik 2017 til 2019 - foretak og klinikker

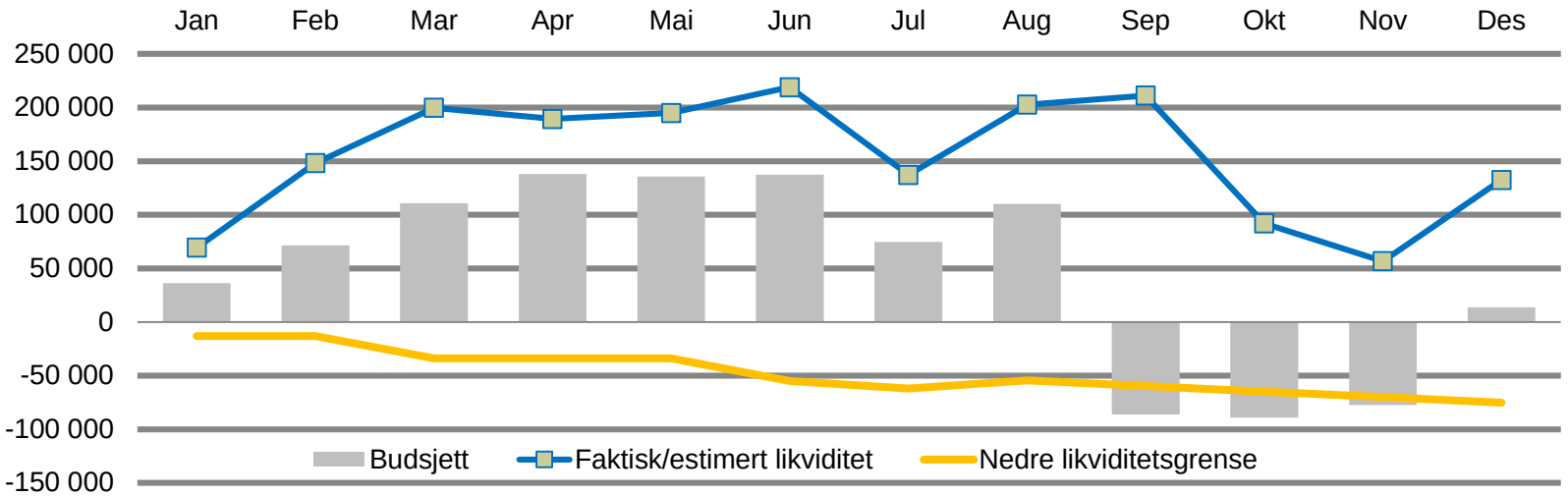


	Hittil i år	Hittil i år	Denne periode, resultat.										
	Resultat	Budsjettavvik	Des. 19	Nov. 19	Okt. 19	Sep. 19	Aug. 19	Jul. 19	Jun. 19	Mai. 19	Apr. 19	Mar. 19	Feb.
	(36 460)	(36 460)	(4 767)	(3 010)	(1 808)	(3 998)	(4 894)	944	(5 958)	(1 249)	(3 361)	(2 003)	(2
	(22 929)	(22 929)	(2 877)	(3 650)	(3 201)	(2 025)	(2 734)	220	(806)	(2 108)	(3 464)	137	
linikken	3 061	3 061	557	(461)	565	(35)	2 362	20	(1 700)	1 774	(69)	13	
	(19 269)	(19 269)	(394)	(1 608)	(2 245)	(1 265)	(3 156)	(2 274)	(1 217)	(1 282)	(882)	(1 395)	(2
nikk	18 382	18 382	2 642	1 122	802	2 270	1 609	2 327	1 119	3 152	1 844	505	
	(2 639)	(2 639)	(1 469)	(755)	469	(1 379)	(103)	1 912	(344)	(414)	(454)	(508)	
delse	(6 292)	(6 292)	665	(3 144)	(637)	265	1 111	533	(3 228)	(1 872)	347	(819)	
	4 964	4 964	671	(72)	798	(102)	943	793	(918)	979	357	281	1
	92 143	62 143	10 475	16 644	9 350	6 813	8 679	3 506	8 690	6 979	4 586	3 509	3
	30 961	**961**	**5 504**	**5 066**	**4 092**	**543**	**3 818**	**7 981**	**(4 361)**	**5 958**	**(1 097)**	**(281)**	**1**

SYKEHUSET TELEMARK

Likviditet og investeringer.

Tall i tusen



Investeringer - tall i 1000	Regn. 2019	Bud. 2019
Bygg & anlegg	4 100	25 000
MTU	46 600	95 000
Annet utstyr, biler m.m.	13 733	15 000
IKT-investeringer - lån til Sykehuspartner	-227	5 000
Tilbakebetalt lån fra Sykehuspartner	-3 906	-5 000
SUM	**60 300**	**135 000**

SYKEHUSET TELEMARK

Risikovurdering per 3. tertial 2019

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

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

Den overordnede vurderingen er at det er middels risiko for manglende måloppnåelse innfor flere av indikatorene, men det vurderes at det ikke foreligger økt risiko for redusert kvalitet og pasientsikkerhet. Risikobildet er noe forbedret siden forrige rapportering, begrunnet i en bedre reell utvikling av økonomiresultatet.

Risikomatrise 3. tertial 2019 STHF

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

	Risikoområder	Sannsynlighet					Konsekvens					Historisk utvikling			
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	T3-18	T1-19	T2-19	T3-19
1	Kvalitet og tilgjengelighet			x					x ←						
2	Økonomi	x ←							x						
3	Aktivitet og bemanning			x					x						
4	Strategi - attraktivitet og konkurransesituasjon		x						x						
5	Prioriteringsregelen			x					x						
6	Informasjonssikkerhet - personvern - ny EU direktiv			x				→ x							
7	Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring		x						x						

1. Kvalitet og tilgjengelighet – Sykehuset Telemark har i 2019 ikke nådd målsettingen om at gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenlignet med 2018. Gjennomsnittlig ventetid i 2019 er 56,6 dager, litt over målsettingen på 55 dager. Det er ventetiden innen somatikk som har gått opp i 2018. Det pågår tiltak, blant annet gjennom bedre utnyttelse av lokasjoner, for å redusere ventetiden. Fristbrudd i somatikken har økt i sommer, og det er iverksatt tiltak for å endre utviklingen. Direkte time er økt til 84 %. Andelen korridorpasienter er høyere enn siste to år, men har vært avtagende gjennom året.

2. Økonomi – Sykehuset rapporterer et driftsresultat på 31,0 millioner, som er 1,0 millioner over målsettingen for året. Det positive budsjettavviket skyldes høye polikliniske inntekter, høye salgsinntekter fra laboratoriet og røntgen samt lavere kostnader ved kjøp/salg av helsetjenester (lavere kostnader H-resepter og gjestepasienter). Disse effektene kompenserer svakere fremdrift av effektivitetsarbeidet og noe lavere DRG-aktivitet, med god margin.

3. Aktivitet og bemanning – Uendret. Sykehuset må forbedre produktiviteten på nivå med de beste helseforetakene i regionen for å etablere en bærekraftig drift og skape handlingsrom til egen utvikling. Sykehuset har ikke klart budsjettmålene for reduksjon i årsverk og økt aktivitet i 2019. Aktiviteten i 2019 er høyere enn i 2018 men noe lavere enn budsjettert. På årsbasis er antall DRG-poeng utført i eget HF 755 poeng lavere enn budsjett. Organisasjonen må jobbe mer intenst med omstillinger, opprettholde helsetjenester av høy kvalitet og håndtere ressurskrevende pasienter. Innføringen av forløpsfinansiering og TFG er et risikomoment, men behandlingsvolumet for de aktuelle pasientgruppene er lavt og begrenser effekten av eventuelle negative avvik.

4. Attraktivitet og konkurransesituasjon – Uendret. Sykehuset må jobbe aktivt og mer bevisst med å tilpasse seg konkurransesituasjonen som er styrt av pasientrettighetene, for å holde kostnadene knyttet til FBV og gjestepasienter på et lavt nivå. FBV-ordningen medfører merkostnader i psykiatri og TSB. Kostnadsnivået har stabilisert seg i 2019, men risikobildet er uendret: mens enkelte institusjoner viser nedgang i behandlingsvolum, registreres det nye etableringer.

5. Prioriteringsregelen – Uendret. Prioriteringsregelen for poliklinisk aktivitet er oppfylt for BUP, men ikke for VOP og TSB. Aktiviteten hittil i år har vært lav innen PHV og TSB, grunnet rekrutteringsutfordring i terapeutstaben. Prioriteringsregelen er oppfylt for ventetider. Prioriteringsregelen for kostnadsvekst er oppfylt for BUP og TSB, men ikke for VOP. Årsaken til lavere vekst i VOP er vakante stillinger i poliklinikkene samt noe reduserte kostnader på kjøp av helsetjenester.

6. Informasjonssikkerhet og GDPR – Endret konsekvens. Arbeidet med protokoll etter Artikkel 30 er ferdigstilt i første versjon, men har noen restanser. Arbeidet pågår. IT-løsning for regional protokoll er forsinket, men antas bli tilbudt oss av Sykehuspartner om noen uker. Behandling av personopplysninger innen forskning og kvalitetssikring har FOU oversikt over. Oppdatert handlingsplan med prioriterte tiltak knyttet til informasjonssikkerhet og tilpasning til personvernforordningen er utarbeidet og presentert ledergruppen. Personvernombudet følger opp fremdriften og koordinere statusrapporteringen for ledergruppen hver 2. mnd. Det jobbes med å forbedre rutiner for håndtering av informasjonssikkerhet og personvern i forbindelse med avtaleinngåelse og spesielt MTU anskaffelser fra leverandører som opererer i globale markeder.

7. Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring
Ny risiko. Helsedirektoratet definerer pasientskader som
«Utilsiktet fysisk skade som har oppstått som et resultat av medisinsk behandling eller som behandlingen har bidratt til, som krever ytterligere overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang.»
Sykehuset skal i henhold til Strategi 2020-2022 redusere andel pasientopphold med minst én pasientskade, alle alvorlighetsgrader (E-I) med 25 % fra 2017-nivå til utgangen av 2023(GTT). Dette tilsvarer en reduksjon fra 15,8 % (2017) til 11,9 %. I 2018 var GTT 9,2 %. Tall for 2019 blir ikke tilgjengelig før høsten 2020, men STHF ligger både under snittet for norske sykehus i 2018 (11,9 %), og er innenfor målsetningen for 2023. Risikoen anses derfor som lav. Det pågår tiltak for å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet, blant annet ved opplæring i meldekultur. Prosess for anskaffelse og implementering av nytt avvikssystem pågår.

SYKEHUSET TELEMARK

Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 3. tertial 2019

	K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
1	**Kvalitet og tilgjengelighet**							
	K 3 →	S 3 →	Ventetid	Økte ventetider reduserer sykehusets attraktivitet, og kan være et tegn på lav lønnsomhet	• Pågående prosjekt med EY gjennomgår pasientflyt til operasjon (Operasjon 2020). • Bedre utnyttelse Skien/Porsgrunn og Notodden	Redusere unødig ventetid og administrative feil. Bidrar til økt kompetanse og felles praksis.	Klinikksjefer og ledere	Sommer 2020
	K 3 ↓	S 3 ↓	Fristbrudd	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.	• Fokus på lengre planleggingshorisont. Sekretærstyrt timebok. • Kontinuerlig rydding i ventelister for å unngå fristbrudd, langventere, unødig ventetid og løftebrudd. • Det er planlagt økt poliklinisk aktivitet og dagbehandling med sikte på å redusere ventelister og unngå fristbrudd.	Pasientene skal ikke oppleve fristbrudd	Klinikksjefer og ledere	Løpende
	K 2 →	S 2 →	Direkte time	Lav grad av direkte time kan føre til økt administrativt arbeid og fristbrudd. Det kan også være et tegn på mangelfull planlegging og struktur.	Fokus på langtidsplanlegging av legenes arbeidsplaner. Ferier, permisjoner og kurs legges inn i planene.	Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning. Reduserer fristbrudd og løftebrudd.	Klinikksjefer og ledere	Løpende
	K 2 ↑	S 2 ↑	Korridorpasienter	Høy andel korridorpasienter gir dårligere kvalitet i pasientbehandling og kan øke risiko for infeksjoner. Utviklingen har vist en økning i Medisinsk klinikk i 2019.	En del medisinske pasienter har hatt ønske om å slippe å ligge på 4-mannsrom. Avdelingslederne forsøker å motivere de ansatte om at pasienter i minst mulig grad bør ligge på korridor. Klinikken intensiverer arbeidet med å praktisere samme-dagsinnleggelse for pasienter som skal ha pacemaker.	Ingen korridorpasienter	Klinikksjefer og ledere	Løpende
2	**Økonomi**							
	K 3 →	S 3 →	Økonomisk handlingsrom	• 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 desember er 31,0 millioner, som er 1,0 million over enn budsjettert.	Det jobbes kontinuerlig med gjennomgang av egen drift og identifisering av tiltak både på inntekt- og kostnadssiden. Prosjektet Operasjon 2020 pågår, og har som formål å effektivisere operasjonsaktiviteten. Arbeid med sykehusovergripende tiltak pågår. Klinikkene følger opp sine respektive tiltaksplaner jevnlig, og det er et kontinuerlig fokus på kostnadseffektivisering.	Sikre økonomisk handlingsrom i henhold til budsjettert resultatbane og investerings-program.	Klinikksjefer og stab	Løpende
3	**Aktivitet og bemanning**							
	K 2 →		Årsverk, variabel lønn og innleie	Økte årsverk, variabel lønn og innleie utover budsjett er kostnadsdrivende, og	• Det arbeides med omstilling, nedbemanning og bedre ressursutnyttelse.	Sikre økonomisk bæreevne og effektiv drift.	Klinikksjefer og ledere	Løpende

SYKEHUSET TELEMARK

Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 3. tertial 2019

	K S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
	S 2 →		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.	• Aktivitetsstyrt bemanning på sengeposter • Riktig bruk av bemanningssenteret			
	K 2 → S 2 →	Sykefravær	Høyt sykefravær er kostnadsdrivende og en belastning for kontinuerlig drift på de ulike seksjonene. Et høyt sykefravær kan også være et tegn på et problematisk arbeidsmiljø. Per november 2019 ligger STHF på 6,9 %. Målsettingen for 2019 er 6,7 %	• Spesielt fokus på avdelinger i omstilling og tiltak for å redusere sykefraværet. • Følge opp avdelinger med høyt sykefravær • Samarbeid med NAV for å redusere sykefraværet • Prosjekt "Tett på" i HR 2020	Redusert sykefravær og tilhørende kostnader.	HR-enhet / ledere	Løpende
	K 3 → S 3 →	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.	• 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 2 → S 2 →	Kompetanse og rekruttering	Kompetansemangel vil ha en negativ effekt på pasienttilbud og kvalitet.	• Følge opp STHFs vedtatte strategi for å rekruttere og beholde spesialistkompetanse ved STHF. • Ulike kanaler benyttes og tiltak iverksettes for å skaffe spesialister (blant annet deltakelse på messer, annonsering, rekrutteringsbyrå). Spesielt fokus på spesialiteter med rekrutteringsutfordring (overleger til radiologi og PHV / TSB)	Riktig kompetanse på rett sted og til rett tid	HR-enhet / ledere	Løpende
	K 2 → S 2 →	Ressursplanlegging	Mangelfull ressursplanlegging kan føre til dårlig ressursutnyttelse, høyere variable lønnskostnader og lavere aktivitet. Pasienten vil kunne oppleve lengre ventetider og flere fristbrudd.	• Aktivitetsstyrt bemanning pågår • Riktig effektivitetsnivå ved tverrfaglig arbeid, for eksempel tidsbruk på møter, antall deltagere etc. • Riktig bruk av bemanningssenteret	Mer kostnadseffektiv drift, økt planleggingshorisont	HR-enhet / analyse / klinikker	Løpende
	K 2 → S 3 →	Svingninger i pasientgrunnlag ØH	ØH-tilbudet må opprettholdes, men er kostnadskrevende.	• Bedre utnyttelse av tilgjengelig arbeidstid i operasjonsplanlegging (operasjon 2020) • Kartlegge muligheter for mer dynamisk styring	Mer effektiv pasientbehandling. Kostnadsreduksjoner Effektiv ressursutnyttelse	Klinikksjef/ledere KIR/ABK Klnikksjef / ledere	Løpende
4	**Strategi - attraktivitet og konkurransesituasjon**						

SYKEHUSET TELEMARK

Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 3. tertial 2019

	K S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
	K 3 → S 2 →	Strategi - attraktivitet og konkurranse-situasjon	Sykehuset må jobbe aktivt og mer bevist med å tilpasse seg konkurransesituasjonen som er styrt av pasientrettighetene, for å holde kostnadene knyttet til FBV og gjestepasienter på et lavt nivå.	Det er et kontinuerlig fokus på å innfri kvalitetskravene og redusere ventetider. Opprettholde dialogen med lokale fastleger.	STHF skal fremstå som attraktivt for pasienten	Klinikker	Løpende
	K 3 → S 3 ↓	Fritt behandlingsvalg	FBV-ordningen gir pasienten rett til å velge behandlingssted, og sykehuset er pliktig til å opplyse om alternativer. Kostnader knyttet til alternative behandlingssteder for psykiatri og TSB har økt kraftig i 2018 som følge av blant annet nyetableringer. Kostnadsøkningen har avtatt noe i 2019.	• Sykehuset er pliktig til å informere om alternative behandlingsinstitusjoner, men henviser ikke selv pasienter unødig. • Opprettholde dialog med fastleger for å påvirke henvisningspraksis. • Sykehuset må kunne vise til et godt behandlingsforløp for å fremstå som attraktive hos pasientene.	Redusere gjestepasientkostnader	Klinikksjefer og ledere	Løpende
5	**Prioriteringsregelen**						
	K 2 → S 2 ↓	Aktivitet og ventetider	• Målet om høyere vekst innen PHV og TSB for poliklinisk aktivitet er oppfylt for BUP, men ikke for VOP og TSB. Aktiviteten hittil i år har vært lav innen PHV og TSB, grunnet store rekrutteringsutfordringer i terapeutstaben • Prioriteringsregelen er oppfylt med større reduksjon i ventetider innen PHV/TSB enn i somatikken.	Økt aktivitet og reduserte ventetider innen PHV/TSB krever økt produktivitet og alle behandlerstillinger besatt: • Rekruttere og beholde medarbeidere • Oppfølging medarbeidere • Planlegging – logistikk • Effektivisere teamsamarbeid – flerfaglig arbeidsform • Samarbeid med 1. linje og avtalespesialister o Riktige/riktigere henvisninger o Spesialist ut til fastlegekontor o Samarbeid med avtalespesialister Målsetningene for BUP, VOP og TSB i 2020 er hhv. 30, 35, 35 dager	Større vekst i aktivitet og reduserte ventetider: Flere pasienter får behandling. Mer intensive behandlingsforløp og pasientene unngår unødig venting. Reduserte ventetider	Klinikksjefer og ledere	Løpende
	K 3 → S 5 →	Kostnader per tjenesteområde	Prioriteringsregelen er ikke oppfylt med mindre kostnadsvekst i PHV/TSB er større enn i somatikken. En vesentlig andel av PHV/TSB er elektiv virksomhet med større potensiale for kostnadskontroll og reelle kutt enn hva som er tilfelle ved ØH-funksjoner. Rekrutteringsvansker og turnover gir reduserte lønnskostnader.	Bedre kostnadskontroll innen somatikken vil muliggjøre oppfyllelse av prioriteringsregelen.	Oppfylt prioriteringsregel	Klinikksjefer og ledere	Løpende
6	**Informasjonssikkerhet**						
	K 3 →					Adm ledergruppe	

SYKEHUSET TELEMARK

Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 3. tertial 2019

	K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
		S 2 →	Vedtak fra Datatilsynet / Rollefordeling HF og RHF / internkontroll	Databehandleransvar - det har vært uklar rollefordeling mellom HF og RHF	Det foregår flere regionale prosesser i Helse Sør-Øst som berører informasjonssikkerhet. Prosessene innebærer at helseforetakene i regionen må standardisere arbeidsprosesser og rutiner på de aktuelle områdene. Sykehuset i Telemark ser behov for å sikre at felles regionale beslutninger og føringer løftes inn i sykehuset slik at vi sikrer god lokal behandling av for eksempel risikovurderinger. Tiltak i STHF; • Årsplan internkontroll informasjonssikkerhet og oppfyllelse av GDPR utarbeides av informasjonssikkerhetsleder og personvernombud. Fokus på OBD og funn fra konsernrevisjonen. • Bevisstgjøring av bla. taushetsplikt gjennom DIPS superbrukerdag og artikler på intranettet • Tilgangsstyring: full gjennomgang, justering og dokumentere dette overfor Datatilsynet. Årlig revisjon. • Loggkontroll: intensivert loggkontroll gjennomført for å svare opp Datatilsynet, men skal gjøres periodisk. • Det må konkretiseres planer for hvordan og når vi innfører statistisk logganalyse (Mønstergjenkjenningsprosjektet). Følge regional utrullingsplan.	Avklart rollefordeling mellom HF og sykehus		
	K 3 → S 2 →		Ny personvern-lovgivning fra mai 2018	• Sykehuset Telemark skal påse at krav som følge av EUs personvernforordning (GDPR) ivaretas. • Sykehuset Telemark skal bidra til å revidere felles regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet i henhold til de krav og endringer som ligger i innføringen av EUs personvernforordning (GDPR) og effektuere endringene i eget styringssystem for informasjonssikkerhet. • Statistisk logganalyse gir helseforetakene verktøy som gir mulighet for systematisk gjennomgang av logger.	• GDPR skal etableres. • Sykehusets informasjonssikkerhetsleder deltok i regionalt arbeid for revidering av styringssystemet – implementert OK. • Rutiner for manuell logganalyse er innført ved sykehuset. Når regionalt prosjekt for logganalyse er klar for iverksettelse vil sykehuset gjennomføre dette. •Opprettelse av juridisk team og ansettelse av jurist utført.	Oppfylle krav i ny personlov. Styrke juridisk kompetanse og saksbehandling.	Økonomidirektør / Utviklingsavdelingen	2019
7	**Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring**							
	K 3		Pasienskader			Færre pasientskader		2020

SYKEHUSET TELEMARK

Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 3. tertial 2019							
	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 Trgger Tool		Klinikksjefer, koordinator: Kvalitetsavdelingen	
	K 2 S 2	Pasientsikkerhetskultur	God meldekultur er en forutsetning for at avvik blir registrert og bidrar til forbedring. God pasientsikkerhetskulturen er en forutsetning for åpenhet og læring etter uønskede hendelser	Opplæring i avvik og meldekultur Registrere grad av samsvar mellom meldte avvik og NPE-saker der pasienten har fått medhold. . Høy andel enheter med modent teamarbeidsklima Høy andel enheter med modent sikkerhetsklima Høy svarprosent på den årlige medarbeiderundersøkelsen Forbedring i spesialisthelsetjenesten.	God meldekultur sikrer at avvik blir registrert og bidrar til forbedring . God pasientsikkerhetskultur sikrer åpenhet og læring etter uønskede hendelser	Klinikksjefer, koordinator: Kvalitetsavdelingen	2020
	K 3 S 2	System og struktur for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring	Utrangerte systemer hemmer registrering av data og tilgang til styringsinformasjon om pasientskader og forbedringsarbeid	Anskaffelse og implementering av nytt avvikssystem	Informasjon om avvik og data i sanntid er tilgjengelig og brukes aktivt i foretakets forbedringsarbeid.	Prosjektleder / fagdirektør	2020
	K 3 S 2	Infeksjoner	Helsetjenesterelaterte infeksjoner er blant de hyppigste pasientskadene målt med GTT.	Redusere «postoperative infeksjoner etter innsetting av totalprotese (hofte)» med 25 prosent, fra 0,6 prosent (2017) til 0,5 prosent (2023) (Insidens) Redusere «postoperative infeksjoner etter utført keisersnitt» med 25 prosent, fra 0 prosent (2017) til 0 prosent (2023) (Insidens) Redusere «postoperative infeksjoner etter fjerning av galleblære (kolecystektomi)» med 25 prosent, fra 0,7 prosent (2017) til 0,5 prosent (2023) (Insidens) Redusere «andel pasienter som har fått urinveisinfeksjon på sykehus» med 25 prosent, fra 0,8 prosent (2017) til 0,6 prosent (2023) (Prevalens) Kilde: Nasjonal kvalitetsindikator – Folkehelseinstituttet	Redusert antall infeksjoner	Klinikksjefer: Koordinator: Smittevern/fagdirektør	2020

Statusvurdering per 31.12.2019
Ledelsens gjennomgang (LGG) 2019 - Tiltaksplan

1. Oppfølgingstiltak etter tidligere LGG

Konklusjon/ behov for endringer:

Tiltaksarbeidet etter LGG 2018 ser ut til å være godt fulgt opp og status viser god kontroll på restanser. Årets gjennomgåelse ivaretar oppfølging av restanser fra fjoråret. Det foreslås å videreføre etablert system for oppfølging etter LGG.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Status 31.12.19
Se punkt 13 tiltak nr. 1	Se punkt 13 tiltak nr. 1	Se punkt 13 tiltak nr. 1	

2. Vurdering av prestasjoner og måloppnåelse

Konklusjon/ behov for endring:

Rapportering: det etterlyses en mer oversiktlig og brukervennlig ledelsesinformasjonssystem. Systemutviklingen er en oppgave som kan initieres på foretaksnivå, men som gjennomføres som en regional prosess. HSØ har satt i gang prosjektarbeid for utvikling av datavarehus / rapporteringsverktøy og det forventes bedre rutiner over tid.

Intern måloppnåelse: Det er rom for forbedring i klinikkenes arbeid med korrigerende tiltak og gjennomføring av langsiktige/varige driftsforbedringer, i tråd med lederavtalene og budsjettmålene. Det er behov for mer fokus på å fjerne kildene til avvik, øke læringseffekten og etablere en bærekraftig drift i klinikkene, i tråd med fastsatte driftsrammer.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Status per 31.12.19
Igangsetting av sykehusovergripende forbedringsarbeid forventes å bidra til et løft i internt forbedringsarbeid, som vil bidra til identifisering av effektiviserings-muligheter på tvers av klinikkene. Forbedringstiltak av høyere kvalitet og mer forankring internt vil sikre bedre mål-oppnåelse.	Økonomidirektør i samarbeid med klinikksjefene	Budsjettprosess 2020 og vurdering av resultater i løpet av driftsåret 2020	4 prosjekter identifisert i budsjettprosessen Operasjon 2020 er startet Øvrige prosjekter under etablering/i oppstart

Status forbedringstiltak/ forbedringsprosjekt tas inn i virksomhets-rapporten	Økonomidirektør	Utvikles over tid	Arbeid startet som del av utvikling av virksomhets-styring og rapportering
Opplæring i bruk av styringsdata og tilgjengeliggjøring av relevant styrings-informasjon	Økonomidirektør og HR-direktør/(SVAR)	Utvikles over tid	Startet som del av Op 2020. Vil videreutvikles i H1-2020
Videreutvikle og tilpasse virksomhets-rapporten til ulike brukergrupper	Økonomidirektør	Utvikles over tid	Startet.

3. Lederavtaler og fullmakter

Konklusjon/ behov for endring:

Dagens lederavtaler er tilfredsstillende med hensyn til innhold/struktur.

Tiltak:	**Ansvarlig:**	**Tidsfrist:**	**Status per 31.12.2019**
Tettere oppfølging av avdelingsvise og seksjonvise leder-avtaler, slik at samtlige avtaler signeres innen fristen utgangen av februar.	Økonomidirektør	Første gang feb. 2020, deretter årlig	Ikke startet
I lederavtalene fastsetter klinikksjefene tre forbedringsområder som bør følges opp i dialogmøter med administrerende direktør. Mal for dialogmøtene må justeres og hyppighet for oppfølging må avklares.	Økonomidirektør	Høst 2019	Gjennomført

4. Lover, forskrifter, nasjonale retningslinjer og andre myndighetskrav

Konklusjon/ behov for endring:

Systemet er etablert. Utfordrende for organisasjonen å etterlevelse av omfattende lovverk i linja. LGG fra klinikkene viser at det er ønske om automatisk informasjon om større og vesentlige endringer.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Status per 31.12.2019
Jf. pkt. 5 tiltak nr. 2	Jf. pkt. 5 tiltak nr. 2	Jf. pkt. 5 tiltak nr. 2	
Årlig gjennomgang av oppsett for virksomhetsrapport for å tilpasse denne til endrede/nye krav f.eks. i oppdrag og bestilling	Økonomidirektør	Starten av det enkelte år	Ref pkt 2. OBD 2020 ventet medio februar

5. Endringer i eksterne og interne forhold som har betydning for styringssystemet inkl. behov og forventninger hos interesseparter

Konklusjon/ behov for endring:

Systemet fungerer i hovedsak tilfredsstillende.
Behov for tydeliggjøring av eierskap på enkelte områder.
Tilpasse virksomhetsrapporten til LG/styre og til HSØ (tertialvis) til endringer i krav og forventninger.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Status per 31.12.2019
Beskrive problemstillingen for postmottak og arkiv, bruk av P360 ihht. Krav og ansvarsområder, samhandling, opplæring og organisering.	Klinikksjef Elin Skei i samarbeid med fagdirektør, kommunikasjonssjef samt andre aktuelle deltakere	Okt. 2019	Retningslinje med beskrivelse for arbeidsflyt er under utarbeidelse. Arbeidet videreføres til 2020.
Etablere system for deling av informasjon, for eksempel på intranett – for tilsyn/revisjoner, eksterne høringer, endrete lovkrav etc.	Kommunikasjons-sjef	Parallelt med nytt intranett (1. jan. 2020)	Vi innfører nytt intranett. Dette vil trolig være på plass i april 2020. Der vil det være mulig å ha et eget temaområde for revisjoner og tilsyn.

6. Opplæring, kompetanse og rekruttering, inkl. dokumentasjon

Konklusjon/ behov for endring:

Per i dag har ikke sykehuset et samlet verktøy for oversikt, oppfølging eller rapportering for ansattes kompetanse.

Det er behov for systemstøtte for å få en oversikt på sykehusnivå når det gjelder status og behov for rekruttering, kompetanseutvikling og opplæring.

Tiltak:	**Ansvarlig:**	**Tidsfrist:**	**Status per 31.12.2019**
Vurdere å innføre Kompetanseportalen Dossier for alle medarbeidere (oversikt over ansattes kompetanse og opplæringsbehov) – Ledergruppesak med beslutning i henhold til budsjettprosess (Oppfølging av restansepunkt 4.2 LGG 2018)	HR-direktør	15. okt. 2019	Innføring av kompetanseportalen er behandlet av ledergruppen. STHF venter på tilbakemelding fra Sykehuspartner i forhold til deres kapasitet for å starte implementeringen. Tentativ tid er høst 2020/vår 2021.
Arbeidsgruppe/ prosjekt for å kartlegge læringsaktiviteter i sykehuset - forslag til framtidig lærings-plattform for STHF	Utviklingsdirektør	Høst 2019	Arbeidsgruppe holder på å sammenstille anbefaling. Denne skal forankres med AD, HR-direktør og Fagdirektør før evt. behandling i ADs ledergruppe i mars 2020.
Robotisering av arbeidsavtaler - Ledergruppesak med beslutning i henhold til budsjettprosess	HR-direktør	Høst 2019	Robotiserings av arbeidsavtaler er innført og implementering i organisasjonen pågår løpende. Det gjennomføres work-shops og opplæring for ledere parallelt med innføringen av den tekniske løsningen. Prosjektet er i rute.
Restanse fra LGG 2018: • Evaluere systemet med obligatoriske e-læringskurs. • Vurdere e-læringsplattform	HR-direktør	Høst 2019	Det er foretatt en vurdering og revisjon av obligatoriske e-læringskurs for alle ansatte, og LG har i tillegg vedtatt en anbefalt e-læringspakke for ledere. Det skal hvert halvår gjennomføres en systematisk oppfølging av gjennomføringsgraden for obligatoriske e-læringskurs.

7. Risikostyring

Konklusjon/ behov for endring:

Risikovurdering er innarbeidet i klinikkene.
Behov for tydeliggjøring av når det skal gjøres risikovurdering, på hvilket organisasjons-, detaljeringsnivå og systematikk for oppfølging av risikoområder.
Behov for mer enhetlig og aktiv tilnærming til risikostyring.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Status per 31.12.2019
Revidere og tydeliggjøre prosedyre for risikostyring der følgende momenter skal vurderes: • på hvilke områder skal det gjøres risikovurdering • når bør det gjøres overordnet på HF nivå/ når lenger ned i organisasjonen • mulighet for trinnvis tilnærming på utvalgte områder f.eks. HMS/arbeidsmiljø– forenklet risikovurdering som ut i fra risikonivå utløser detaljert risikovurdering	Fagdirektør	Oppstart 2019	Oppstart er utsatt til Q1 2020
Vurdere mer systematikk for oversikt og oppfølging av risikoområder for sykehuset.	Fagdirektør i samarbeid med ledelsen	Oppstart 2019	Oppstart utsatt til Q1 2020
Behov for systemstøtte/krav til systemstøtte for risikovurdering i nytt forbedringssystem	Fagdirektør	I sammenheng med prosjekt «Nytt forbedringssystem»	Prosjektleder i funksjon fra 01.01.2020. Behovet tydeliggjøres i prosjektmandat/-direktiv
Plan for opplæring i risikostyring	Fagdirektør	2019 - 2020	Ikke påbegynt

8. Brukermedvirkning og samvalg på system, og individ nivå

Konklusjon/ behov for endring:

Systemansvaret for området bør defineres tydeligere, og ressurser tilpasses oppgaven.
Brukermedvirkning og samvalg kan tematiseres tydeligere overfor medarbeidere.
Det er behov for en bedre systematikk og bruk av tilbakemeldinger fra brukerundersøkelser.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Status per 31.12.2019
Avklare systemansvar	Administrerende direktør	Okt. 2019	Systemansvaret avklart januar 2020
Opplæring i 4 gode vaner for alle – avklare kompetanse-/ressurssituasjon for videre opplæringstilbud	Mai Torill	Ny frist fastsettes av systemansvarlig	
Resultater fra PasOp presenteres i LG/KPU	Halfrid	Løpende	Resultatene fra nasjonal brukererfaringsunder-søkelse blant foresatte til barn og unge innen psykisk helsevern (BUP) i 2017 – PasOpp-rapport 2019:119 - kom i november. Undersøkelsen og tilhørende forbedrings-arbeid vil bli presentert i LG/KPU i løpet av Q1 2020. STHF har videre deltatt i PasOpp - Nasjonal undersøkelse om voksne pasienters erfaringer med døgnopphold på somatiske sykehus. Inklusjonsperioden var fra august til oktober. Resultatene foreligger ikke enda. Resultatene må ses i sammenheng med tilsvarende undersøkelse i 2015.
Resultater lokal brukerundersøkelse presenteres i BU, LG/KPU 2-4 ganger årlig	Lars K.	Iverksatt	Resultatene fra brukerundersøkelsen er presentert to ganger for LG/KPU og brukerutvalget

			i 2019. Resultatene er også lagt fram i andre møter (bl.a. AMU), de er distribuert til ledere, og de er brukt i nyhetssaker på intranettet og eksterne nettsider. Bruken av undersøkelsen varierer mye fra seksjon til seksjon. Undersøkelsen er bygd opp ved hjelp av QuestBack, og i 2019 ble det besluttet å bytte ut QuestBack med en annen leverandør. Det betyr at undersøkelsen må etableres i nytt system og publiseres på nytt. Vi har derfor hatt mindre oppmerksomhet på bruken av undersøkelsen og resultatene det siste halve året. Når ny undersøkelse blir etablert, vil vi vurdere å splitte den i tre: Én for dag-behandling/poliklinikker, én for døgnbehandling/ sengeposter og én for pårørende. Målet med dette er at undersøkelsen skal bli mer relevant for pasientene/brukerne, og at den lettere skal kunne brukes i kvalitets- og forbedringsarbeid.
Bruk av samvalgsverktøy og metodikk: Innhente informasjon fra brukergrupper for evaluering av omfang og virkning	Halfrid	Høst 2019	Fag og forskning har ikke klart å prioritere dette i 2019. Vil vurdere behov for forbedret systematikk i 2020.

9. Samhandling med kommuner og fastleger

Konklusjon/ behov for endring:

Etablert arbeidsgrupper for samhandling der noen kommuner deltar, etablert prosess for at alle kommuner involveres i høring for å sikre forankring før avtaler inngås i samarbeidsutvalget.
Behov for videre oppfølging av igangsatt tiltak for å sikre implementering av beslutninger.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Status per 31.12.2019
Videre oppfølging tiltak for implementering av beslutninger i samhandling med kommunene (restanse fra LGG 2018)	Fagdirektør (Samhandlings-koordinator)	2020	Arbeidet er godt i gang. Kunnskap om og kjennskap til samarbeidsavtalene sikres gjennom hørings- og innspillsrunder i kommunene når avtalene revideres eller evalueres. Det er også startet et arbeid med forenkling av avtaleverket. Enkeltkommuner sliter med overligger-problematikk.

10. Gjennomføring og implementering av strategi/ utviklingsoppgaver/ prosjekter

Konklusjon/ behov for endring:

Viktig at tiltak og strategi henger sammen med det vi allerede holder på med, slik at strategien og implementeringen av denne blir en naturlig del av virksomheten og ikke en skrivebordøvelse «ved siden av» alt annet. Strategi knyttes nå sammen med Utviklingsprogrammet vedr valgte prioriteringer og tiltak.
Går nå inn i andre strategiperiode (2020-2022). Fortsatt krevende å identifisere og gjennomføre de gode tiltakene for å realisere strategien.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Status per 31.12.2019
Gjennomgang i klinikkenes leder-grupper av utkast til strategiske mål for innspill og korrigeringer. Evt. konkretisering av tiltak.	Administrerende direktør og utviklingsdirektør	30. sept. 2019	Gjennomgangen er foretatt og strategi for 2020-2022 er vedtatt. Første oppfølging planlagt etter første tertial 2020
Kommunikasjonsplan for strategien (etter vedtak av styret), evt. også hvordan/om kommunisere kjerneverdier	Kommunikasjons-sjef	31. des. 2019	Det er laget en kommunikasjons-plan for strategien. Denne inneholder mål og tiltak. Planen ble vedtatt av ledergruppa 26.11.19.

10. Gjennomføring og implementering av strategi/ utviklingsoppgaver/ prosjekter

Konklusjon/ behov for endring:

Viktig at hele ledergruppen står bak valg av hvilke prosjekt som skal prioriteres for gjennomføring og at ressurser avsettes til arbeidet. Så langt har vi ikke vært gode til å sikre at endringene blir varige og at gevinstene hentes ut. Eierskap til gevinstuttak må ligge på klinikksjefnivå. Det er derfor viktig at hele ledergruppen står sammen om prioriteringene slik at aktuell prosjekteier/klinikksjef kan få støtte i gjennomføringen.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Status per 31.12.2019
Ledergruppen deltar aktivt i prioritering og valg av prosjektportefølje	Utviklingsdirektør fasiliteter diskusjon (som porteføljeansvarlig)	31. des. 2019	Forslag til Utviklingsprogram (=portefølje) lagt frem i ADs ledermøte i desember ble ikke vedtatt. Prioritering skulle følge allerede valgte virksomhetsovergripende prosjekter (bl.a. Sengeposter, Kontorfaglige støttefunksjoner, Operasjon 2020)
Etablere system for gevinstidentifisering i prosjekt og overføring og oppfølging av gevinst uttak etter overføring til linja	Utviklingsdirektør	31. des. 2019	System under utarbeidelse. Første rapportering/ oppfølging etter 1. tertial 2020

11. Beredskap

Konklusjon/ behov for endring:

Evalueringer viser at beredskapsområdet på STHF har gode planer og god systematikk. Det er god ledermotivasjon og godt engasjement. Reelle hendelser har vært håndtert godt.
Evaluering og læring av reelle hendelser og øvelser er satt i system for å gi læring og forbedring.
Beredskapsleder fungerer godt i rollen. Det er pt. ikke avdekket behov for større endringer.
Det vil vurderes om implementeringen av ny Sikkerhetslov skal medføre endringer i system/organisering av det samlede beredskaps og sikkerhetsarbeidet på sykehuset, herunder håndtering av gradert informasjon.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Status per 31.12.2019
Vurdere organisering/funksjoner	Administrerende direktør	Høst 2019	Det er foretatt en overordnet vurdering i løpet av høsten og

			konkludert med at det ikke er behov for vesentlige endringer. Dog er det foretatt en utvidelse av antall personer som kan håndtere gradert informasjon og søkt om sikkerhetsklarering av fagdirektør og utviklingsdirektør. Planverket vil bli oppdatert i løpet av første halvår 2020 og fremlagt for sykehusets styre.

12. Kvalitet og pasientsikkerhet

Konklusjon/ behov for endring:

Fungerer i hovedsak bra, med unntak av avvikssystemet (tas opp i pkt. 13).
Behov for ytterligere fokus på enkelte kreftpakkeforløp, selv om vi samlet sett leverer gode resultater.
Behov for samlet og felles forståelse av områder med behov for forbedring.
Behov for å bygge/utvikle forbedringskompetanse i hele organisasjonen – med referanse til EY-prosjektene.
Behov for å se HMS/arbeidsmiljø i sammenheng med kvalitet og det er behov for å definere fora for oppfølging – KPU/AMU – LM/SM.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Status per 31.12.2019
Forbedre forløpstider i kreftpakkeforløp der vi ikke leverer	Klinikksjef medisin/ avdelingsleder Anne A. Larsen i samarbeid med det enkelte fagområde	Des. 2019	Fortsatt forbedrings-potensiale for lunge-kreft og mage-/tarmkreft. Lungekreftpakken er løftet inn i HSØs forbedringsprogram. Det er et håp om at åpning av to priv. Spes. praksiser innen gastromed vil avhjelpe på ventetid/fristbrudd coloskopi.
Prioritering av to områder for forbedring (oppdrag i OBD 2019)	Fagdirektør	Des. 2019, jf. KPU-sak 13. aug. 2019	Presentert i KPU-sak 45/2019. Sykehuset Telemark har gjennom en prosess med involvering av klinikkene identifisert ett

			foregangsområde og tre forbedringsområder. **Foregangsområde:** I Akuttkjedeprosjektet har foretaket sammen med kommunene i Telemark, oppnådd gode resultater og stor framgang. Sentrale medvirkende faktorer til måloppnåelsen knyttes spesielt til prosjektets pasientfokus, stor involvering av fagmiljøene, prosjekt i egen regi, kommunene og sykehus som likeverdige prosjektpartnere og at prosjektleder kommer fra en av kommunene. Erfaringene skal brukes til videre utbredelse, herunder utvikling av nye pasientflyter innen barne- og ungdomspsykiatri, rus og voksenpsykiatri samt utvikling av målemetoder for forbedring av resultater. **Forbedringsområder:** Forbedrings-/avvikssystem med styringsdata som er tilgjengelig i sanntid og som brukes aktivt i forbedringsarbeid. Lederopplæring som sikrer bruk og forståelse av styringsdata innen ledelse og kvalitetsforbedring. Vektlegging av brukererfaringer.

			Systematisk oppdatering av ventetider på HelseNorge.no som sikrer at pasienter og fastleger har korrekt beslutningsinformasjon ved valg av behandlingssted. Sentrale tiltak for en bedre måloppnåelse, er bred involvering av relevante fagmiljøer og læring fra andre foretak som kan vise til gode resultater. Plan for oppfølging av forbedringsområdene skal utarbeides.
Fokusere på forbedringskompetanse som ledd i leder-utviklingsprogram, evt. rigge eget opplegg.	HR-direktør	Des. 2019	STHF har iverksatt programmet Ledermobilisering i regi av HSØ. Sykehuset har 16 deltakere med i programmet. Det er i 2019 gjennomført lederutviklingsprogram med fire moduler for seksjons- og avdelingsledere i Kirurgisk klinikk og Akutt- og beredskapsklinikken. Tilsvarende lederutviklingsprogram skal gjennomføres i 2020 for Medisinsk klinikk og Serviceklinikken. Prosjektet «Operasjon 2020» som startet høsten 2019, tilfører deltakerne i prosjektet endrings- og forbedrings-kompetanse. Både medarbeidere og ledere i klinikken er involvert. E&Y faciliterer prosjektet «Operasjon 2020

Etablere systematikk for oppfølging av data fra HMS/arbeidsmiljø i sammen-heng med pasientsikkerhet – KPU/AMU/LM/SM	Fagdirektør	2019 - 2020	Start kategorisering av HMS-avvik fra 2020. Legges fram for KPU og AMU ila året. Ses i sammenheng med NOKUP og pasienthendelser.

13. Uønskede hendelser/ avvik og korrigerende tiltak

Konklusjon/ behov for endring:

Behov for nytt avvikssystem, med blant annet god statistikkfunksjon.
Behov for å systematisere HMS avvik og å se pasienthendelser og HMS i sammenheng.
Er det behov for større grad av deling av hendelser og involvering mellom enheter for å lære?
Har vi nok informasjon til å behandle sakene på en god måte og sørge for reell forbedring?
Tar vi sakene alvorlig nok, og iverksetter vi de rette tiltakene?
Fortsatt behov for manuell klassifisering av uønskede hendelser ref. tiltak LGG 2018.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Status per 31.12.2019
Anskaffe nytt avvikssystem	Fagdirektør	Mandat vedtatt av ledergruppen i møte 26. juni 2019, følges opp iht. plan	Prosjektleder ansatt fra 01.01.2020. Prosjektdirektiv er under utarbeiding og vil bli lagt fram for SG (LG).
Årlig, evt. halvårlig, samlesak for STHF og klinikker om uønskede hendelser – tiltak og effekt, belyse både pasientperspektivet og HMS.	Fagdirektør i samråd med klinikksjefer	Des. 2019	LG-sak 134-2019 (12.november) belyser alvorlige pasienthendelser (3-3a). KPU-sak 32/2019 (13. august) belyser alle meldte pasienthendelser fra 2018 klassifisert iht NOKUP. Etter planen skulle Medisinsk klinikk legge fram sak i KPU om erfaringer med statistikk og analyse (NOKUP) av uønskede hendelser i forbedringsarbeid mot slutten av 2019. Saken har måttet forskyves til Q1 2020. Klassifiserte avvik for 2019 legges fram i Q1 2020.
Øke fokus i organisasjonen ved å gjøre det lettere å melde – håndholdte enheter. Se tiltaket i sammenheng med	Utviklingsdirektør	Høst 2020	Tidligst implementering av kliniske logistikkløsninger Q1 2021 (følger tidsplan for regionalt prosjekt Helselogistikk)

prosjekt Klinisk logistikk (regionalt prosjekt under RKL-programmet).			
Bruke KPU for oppfølging av avvik (trender og forbedring) på overordnet nivå.	Fagdirektør	Høst 2019	Presentasjon og plan for oppfølging legges inn i årsplanen for KPU

14. Interne revisjoner

Konklusjon/ behov for endring:

Klinikkene melder at internrevisjon bør skje i forkant av LGG slik at resultatene blir en del av LGG. Det meldes også om behov for bistand til å registrererevisjons avvik i TQM.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Status per 31.12.2019
Resultat fra internrevisjoner bør foreligge i forkant av LGG	Fagdirektør	Vår 2000	Internrevisjon (egenevaluering) for 2020 er planlagt gjennomført i første halvår Resultatet vil være formidlet i forkant av LGG.
Revisjonsavvik registreres i TQM. Det er kun internrevisorer og enkelte ledere som har tilgang til dette. Kvalitetsavdelingen bistår ved behov.	Ansvarlig leder sikrer registrering av revisjonsavvik	Høst 2019	Det er ikke kommet henvendelser om bistand til Kvalitetsavdelingen.

15. Eksterne revisjoner / eksterne tilsyn

Konklusjon/ behov for endring:

Behov for større fokus på den enkelte revisjon/tilsyn med tanke på læring.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Status per 31.12.2019
Legge fram relevante revisjoner/tilsyn i ledergruppen – fokus på læring og effekt av tiltak	Klinikksjefer	Løpende	MSK: Ingen relevante revisjoner/tilsyn for framleggelse i ledergruppen MED: Tilsyn fra Fylkesmann og Arbeidstilsyn Moflata 3 etg.er fulgt opp med ny lederkraft, sammensmeltede

			faggrupper og andre relevante oppfølgings- og forbedringstiltak BUK: Konsernrevisjonen i ABUP er lagt frem på direktørens ledermøte i 2019 SSL: DSB tilsyn 16.1.2019 resulterte i 2 avvik og 4 anmerkninger, oppfølging i AD ledergruppe 14. mai 2019 Avvik 1 Risikovurdering for elektriske anlegg fra 2007 – mangler grunnlagsdokumentasjon Tiltak: Sykehuset vil gjennomføre ny risikovurdering av elektriske anlegg, i perioden 1.5.2019-1.5.2020. Avvik 2 Samsvar mellom hvordan medisinske rom brukes og sikkerhet som er bygget inn i elektriske anlegg – mangler oppdatert kunnskap Tiltak: Revidere sykehusets prosedyrer på området og deretter gjennomføre internrevisjon i sykehuset hvor disse prosedyrene er ett av fokusområdene, med eventuelle korrigerende tiltak, i perioden prosedyrerevisjon i 2019 og intern revisjon i 2020.

			Anmerkningene er fulgt opp i klinikker og fagområder i sykehuset. Anmerkning 1 MTU vedlikeholdsbehov – frekvens - ikke dokumentert Tiltak: Dialog med andre helseforetak for sammenligning av risikovurderingskonsepter Anmerkning 2 Dokumentasjon av kompetanse i bruk av MTU i GAT – fremdriftsplan ikke fastsatt Anmerkning 3 Dokumentasjon av kompetanse i bruk av MTU i GAT – opplæringsrutiner med førstegangsopplæring og frekvens ikke dokumentert Tiltak: Klinikkene har gjort tiltak på pkt. 2 og 3 med økt dokumentasjon av kompetanse. Anmerkning 4 Prosedyrer og rutiner for opplæring i bruk av BHM – sikre tilstrekkelig kompetanse – ikke gjennomført interne revisjoner i sykehuset og kommunene Tiltak: Samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehuset er gjennomgått og kvalitetssikret med mål

			om gode arenaer for kompetanseoverføring, samarbeid og nettverk.
Oversikt (på intranett) over tilsyn og revisjoner, jf. Pkt. 5 tiltak nr. 2).	Jf. pkt. 5 tiltak nr. 2	Jf. pkt. 5 tiltak nr. 2	Jf. pkt. 5 tiltak nr. 2

16. Hendelsesbaserte tilsyn/klagesaker

Konklusjon/ behov for endring:

Behov for større fokus på den enkelte sak for læring.

Tiltak:	**Ansvarlig:**	**Tidsfrist:**	**Status per 31.12.2019**
Relevante hendelser fremlegges i KPU for læring på tvers	Klinikksjefer	Løpende	MSK: Blodtransfusjons – feil blodtype gitt til pasient. Viktig å sørge for at ansatte har rett og tilstrekkelig kompetanse til å utføre de oppgaver de er satt til. BUK: Smitteutbrudd på Seksjon for nyfødt intensiv 2017-2019. Forbedringstiltak og effekt av disse – sak i sykehusets KPU 24.02.2020
Vurdere ivaretakelse av brukerperspektivet i hendelsesanalyser	Fagdirektør	2019 - 2020	Heliks ID 7087 Hendelsesanalyse (oppdatert 09.09.2019) beskriver at klinikksjef skal sikre at pasient/pårørende blir informert om oppfølging av hendelsen, samt at erfaringer fra pasient/pårørende som er egnet til å belyse saksforholdet blir innhentet.

17. Informasjonssikkerhet og personvern

Konklusjon/ behov for endring:

Ref. ledergruppesak 087-2019
Arbeidet med tilpasning til GDPR må gis full oppmerksomhet fremover, må integreres i den ordinære driften av sykehuset og gjennomføres etter opplegget som er beskrevet i saken
Det legges opp til statusrapportering 2. hver måned – neste gang i september 2019
Sykehuset fullmaktsreglement revideres for å tydeliggjøre lederes fullmakt for behandling av personopplysninger.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Status per 31.12.2019
Utarbeide handlingsplan for informasjonssikkerhet og personvern som beskriver prioriterte aktiviteter 2019-2020	Utviklingsdirektør og Økonomidirektør	Status-rapportering i ledergruppen 24. sept. 2019	Handlingsplan utarbeidet. Planlagte aktiviteter ikke fullt ut gjennomført. Versjon 1 foreligger av Protokoll over behandlingsaktiviteter etter artikkel 30 i personvernforordningen. System for informasjons-sikkerhet og personvern (inkl. roller og ansvar) må utarbeides.

18.1. Oppfølgingstiltak etter tidligere LGG miljø

Konklusjon/ behov for endring:

Tiltaksarbeidet etter LGG miljø 2018 ser ut til å være godt fulgt opp og status viser god kontroll på restansene. Restanser videreføres som tiltak for oppfølging i 2019.
Det foreslås å videreføre etablert system for oppfølging etter LGG.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Status per 31.12.2019
Jf. punkt 13 tiltak nr. 1	Jf. punkt 13 tiltak nr. 1	Jf. punkt 13 tiltak nr. 1	Jf. punkt 13 tiltak nr. 1

18.2. Endrede forutsetninger som angår virksomhetens miljøaspekter

Konklusjon/ behov for endring annet:

Det er gjennomført en kontekstvurdering for miljøarbeidet som gir økt oversikt og bevissthet om interessenter og krav til sykehusets miljøarbeid. Mål og tiltak bør i større grad tilpasses eksterne krav og bør vurderes å samkjøres med øvrige foretak i spesialisthelsetjenesten.
Vurdering av miljøaspektene i et livsløpsperspektiv gir økt fokus både på direkte og indirekte påvirkning på miljøprestasjonene. Årets kartlegging viser at det er behov for å sette større fokus på unødig forbruk og større bevissthet om hvordan vi kan påvirke miljøkrav i innkjøpsprosessen.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Status per 31.12.2019
Miljømål bør i større grad ivareta eksterne krav og samkjøres med andre HF.	Miljøkoordinator med fagansvarlige/ ledergruppa	Rullering av miljømål 2020	Reviderte miljømål for 2020 ivaretar dette.
Det må fokuseres mer på reduksjon av unødig forbruk og gis økt bevissthet ved valg og krav til innkjøp ved rullering av miljømål.	Miljøkoordinator med fagansvarlige/ ledergruppa	Rullering av miljømål 2020	Reviderte miljømål for 2020 ivaretar dette.

18.3. Miljømål, halvårsstatus

Konklusjon/ behov for endring:

Miljømål 2018 er i stor grad oppnådd eller videreført i 2019.
Status pr halvår for miljømålene viser god oppfølging av tiltak og god måloppnåelse.
Det er utfordrende å følge opp overordnede mål og tiltak gjennom året og det bør vurderes å etablere rapportering av status på sentrale tiltak under hvert målområde per 3. tertial og før neste LGG.
Det bør vurderes å rullere miljømål hvert annet år for å få et lengre fokus på tiltak innen hvert målområde.
Mål for restavfall favner ikke arbeidet med de ulike avfallsfraksjonene.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Status per 31.12.2019
Etablere rapportering på mål og sentrale tiltak innen miljø til årsrapport og til neste års til LGG	Miljøkoordinator	Gjeldende fra 2020	Dette vil etableres som del av utrulling nye miljømål for 2020.
Rullere miljømål hvert tredje år, sammenfallende med sykehusets strategiperiode.	Miljøkoordinator	Gjeldende fra 2020	Ivaretatt i miljømål for 2020-2022
Sette fraksjonsvise mål for avfallshåndtering.	Klinikksjef SSL	Gjeldende fra 2020	Sykehuset sorterer følgende avfalls faksjoner: Risiko/smitte, papp/papir, sikkerhetsmakulering, våtorgansik (mat), glass, metall, plastfolie, el avfall, farlig avfall (kjemikalier), og annet avfall som i hovedsak er hageavfall. Det er ikke fastsatt mål for 2020 i tallstørrelser (ennå), arbeid pågår ift.

			valg av satsningsområder; våtorganisk (mat). Andre områder vi jobber med: Redusert matavfall: Dette er et forbedrings-område for 2020, fortsettelse fra 2019. Fokuset vil også være rett meny, rett bestilling til rett pasient, rett mengde produsert iht. til prosjektet implementering av AIVO/ERP. Redusert plast: I 2019 startet sykehuset arbeidet med å redusere innkjøp av plast, først og fremst å redusere innkjøp av plastbestikk, engangs-artikler og emballasje ved sykehusets kantiner.
Innspill om å vurdere tilrettelegging for miljøvennlig ansatte-transport til og fra arbeid.	Miljøkoordinator	Rullering av miljømål 2020	Ikke igangsatt, tiltak vil vurderes under mål om transport.

18.4. Organisasjonens miljøprestasjoner

Konklusjon/ behov for endring:

Det registreres lite avvik innen ytre miljø. Lite system-støtte for kategorisering og oversikt er en utfordring.
Det gjennomføres måling og overvåking på aktuelle miljøområder der ansvar er lagt til linjeledelsen. Måling og overvåking kan i større grad følges opp i årlig miljøkartlegging for å avdekke behov for oppfølging.
Miljøindikatorer og mål for prestasjoner viser positiv utvikling i sykehusets forbedringsarbeid innen miljø.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Status per 31.12.2019
Avklare behov for måling og overvåking av miljøaspekter i årlig kartlegging av miljøaspekter.	Miljøkoordinator i samarbeid med fagansvarlige.	Miljøkartlegging 2020	Planlegges gjennomført ved kartlegging våren 2020.

18.5. Henvendelse fra eksterne berørte parter

Konklusjon/ behov for endring:

Det er ikke kommet inn relevante henvendelser fra berørte parter angående miljøsystemet det siste året som vi kjenner til.
Det synes å være bevissthet rundt eksterne klager og henvendelser som gjelder ytre miljø.
Utfordring: Gjenkjenne, registrere og følge opp henvendelser vedr. ytre miljø i sak/arkiv system.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Status per 31.12.2019
Ingen			Ok

18.6. Kontinuerlig forbedring, behov for endring i system, miljømål og miljøpolitikk

Konklusjon/ behov for endring annet:

Miljøsystemet og dets elementer vurderes som fortsatt hensiktsmessig for å sikre forpliktelsen til kontinuerlig forbedring av STHF's miljøprestasjoner, inkludert miljøpolitikk, miljømål og delmål.
Miljøpolitikk og miljømål videreføres.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Status per 31.12.2019
Ingen			Ok

SYKEHUSET TELEMARK

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Virksomhetsrapport per januar 2020

Sak nr.	Saksansvarlig/saksbehandler	Sakstype	Møtedato
011-2020	Økonomidirektør Geir Olav Ryntveit Økonomisjef Dana Tønnessen og controller Marte Helen Helland	Orientering	25.02.2020

Trykte vedlegg: Virksomhetsrapport per januar 2020

Utrykte vedlegg: Ingen

Har saken betydning for pasientsikkerheten?
Ja, oppfølging av medisinske parametere og måletall har betydning for pasientsikkerheten.

Forslag til vedtak:
Styret tar virksomhetsrapport per januar 2020 til orientering.

Skien, den 18. februar 2020

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Sammendrag

Sykehuset Telemark rapporterer et negativt **driftsresultat** på -1,6 millioner kr. i januar, som er 4,1 millioner kr. svakere enn periodisert styringsmål.

Det negative budsjettavviket er i stor grad relatert til resultatene i klinikkene, delvis kompensert av høyere inntekter fra utskrivningsklare pasienter.

Aktiviteten i somatikken viser lavere behandlingsvolum for innlagte pasienter og vridning fra døgn til dagbehandling som gir lavere DRG-uttelling, mens kostnadene for medikamentell kreftbehandling har vært høyere enn budsjettert. Videre er det valgt en flat periodisering av forventet effekt for planlagte forbedringstiltak i klinikkene og i forhold til denne periodiseringen registreres det en forsinket effekt i januar. Det vurderes at unøyaktige periodiseringer og usikre DRG-tall kan forklare noe av budsjettavviket.

Antall pasienter på **venteliste** har vært svakt økende gjennom hele 2019 med kun små variasjoner, mens det registreres en betydelig reduksjon i antall pasienter på venteliste i januar 2020, 10% reduksjon sammenlignet med desember, og 3 % reduksjon sammenlignet med januar 2019. **Ventetidene** for ventende pasienter og ventetidene for pasienter med påstartet behandling har vært svakt økende gjennom 2019 og øker ytterligere i januar 2020. Endringene er relatert til rekrutteringsvansker av spesialister i enkelte fag og variasjoner i henvisningsstrømmen.

Klinikkene har høye effektivitetskrav innarbeidet i årets budsjett og fremdriften med implementering av tiltak føles tett opp. Parallelt med forbedringsarbeidet i klinikkene, er det igangsatt flere sykehusovergripende prosjekter som vil bidra til bedre pasientflyt, høyere kapasitetsutnyttelse og økt produktivitet. Arbeidet er godt forankret i ledergruppen og forventes å øke foretakets kostnadseffektivitet på sikt.

Prognosen for året vurderes å følge årets styringsmål.

Prioriteringsregelen for poliklinisk aktivitet kommenteres ikke, grunnet mangelfull aktivitetsrapport, som forventes rettet ved neste rapportering. Prioriteringsregelen for ventetider er oppfylt for VOP og TSB, med en ventetid på henholdsvis 36 og 29 dager. Kravet for BUP ligger på 37 dager, men per januar var ventetiden 39 dager.

Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD 2020

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

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Redusere unødvendig ventetid	mål 2020	des.17	des.18	des.19	jan.20	Kirurgi	Medisin	MSK	Smertepol	BUK (som.)	BUK (psyk.)	VOP/TSB
Gjennomsnitt ventetid i dager	50 dager somatikk 30 dager BUP/VOP/TSB	56,2	53,4	53,9	61,4	72	53	46	74	53	38	36/29
Fristbrudd avviklede, antall pr mnd	0	30	34	62	88	11	76	-	-	1	-	
Antall som venter	reduksjon	7 665	7 266	7 534	6 734	4 333	1 801	148	72	178	59	143
Antall med ventetid over 1 år	0	89	53	42	36	33	2	-	1	-		
Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp (OA1)	70 %	79 %	81 %	80 %	79 %							
Andel innen definert forløpstid	70 %	69 %	77 %	74 %	74 %							
Antall passert tentativ tid	reduksjon	3 537	4 577	5 051	4 611	2 567	1 822	2	9	99	31	81
Andel passert tentativ tid %	<6%	12,0 %	15 %	15,5 %	14,7 %	19,5 %	12,3 %	3,2 %	4,6 %	4,1 %	12,3 %	16,9 %

Kravet i OBD er at *Innen 2021 skal gjennomsnittlig, samlet ventetid for alle tjenesteområder være under 50 dager. For 2020 skal gjennomsnittlig ventetid være under 54 dager innen somatikk, under 40 dager innen psykisk helsevern voksne, under 37 dager for psykisk helsevern barn og unge og under 30 dager innen tverrfaglig spesialisert rus-behandling.*

Tabellen ovenfor reflekterer de interne målsettingene for ventetid i 2020.

Det er et krav i OBD 2020 at minst 94 % av pasientavtalene overholdes. Vi måler dette i andel pasienter passert tentativ tid, og her er de store klinikkene langt unna kravet. Utviklingen det siste året har heller ikke vist bedring.

Pakkeforløp

Urologi generelt har en svært god utvikling. Blærekreft har for 12 måneders perioden februar 2019-januar 2020 89 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid, andelen for nyrekreft er 72 %, testikkelkreft 75 %, mens prostata har 64 %. Sykehuset har hatt høyt fokus på prostata fra medio 2017 og statistikken har siden den gangen vist en positiv utvikling. På bryst har man oppnådd andel behandlet innen standard forløpstid over 70 %. Tall for siste 12 måneders periode viser 83 %.

Innen gynekologisk kreft har vi relativt små tall (få pasienter) og det er utfordringer med måloppnåelse; eggstokkreft 46 %, livmorhalskreft 25 %, livmorkreft 52 %. Her foregår behandling sentralt og vi har relativt liten påvirkning på tempo. Forløpskoordinator og kreftkoordinator jobber

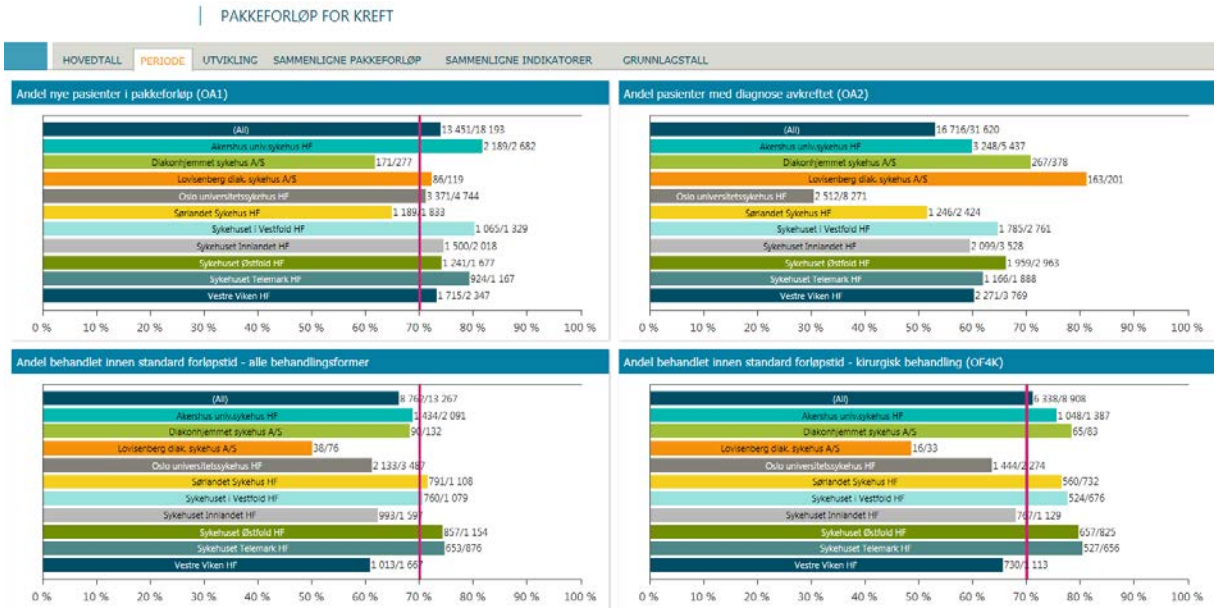
aktivt for å bedre samhandlingen. Føflekkreft oppnår 94 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid, hele forløpet utføres ved STHF.

For lunge er 54 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid hittil i år. De svake resultatene tas opp i de aktuelle fagmiljøene ved sykehuset for å se hvor i forløpet forsinkelsene oppstår.

Innen hematologi har lymfomer 79 %, myelomatose 91 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid.

Innen tykk- og endetarmkreft er 90 % av pasientene inkludert i pakkeforløp. Ut fra Helsedirektoratets statistikk er kun 60 % av pasientene er behandlet innen standard forløpstid – noe som er svakere enn i forrige 12 måneders periode (71 %). De svake resultatene tas opp i de aktuelle fagmiljøene ved sykehuset for å se hvor i forløpet forsinkelsene oppstår.

Figuren nedenfor viser resultater for 12 måneders perioden februar 2019-januar 2020:



Siste 12 måneders periode viser 79 % andel nye pasienter inkludert i pakkeforløp, dette er noe lavere enn foregående 12 måneders periode (83 %). 75 % av pasientene i pakkeforløp behandles innen standard forløpstid, som er noe lavere enn foregående 12 måneders periode (77 %), og innfrir dermed målet om 70 %. Sykehuset Telemark HF og sykehuset Østfold scorer høyest på andel behandlet innen standard forløpstid innen foretaksgruppen.

Prioritere psykisk helsevern og TSB

Prioriteringsregelen kommenteres under avsnittet om aktivitet.

Prioritere psyk.helsevern og TSB	mål 2020	jan.17	jan.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	des.19	jan.20
Antall tvangsinnleggelser psyk./1000 innbyggere	lavere enn 2019	0,15	0,14	0,24	0,12	0,21	0,10	0,10	0,13	0,10	0,17	0,14	0,10	0,15	0,15	0,16
Andel tvangsinleggelser	lavere enn 2019	15,0 %	15,3 %	20,1 %	13,5 %	18,9 %	10,2 %	10,5 %	12,9 %	12,0 %	16,1 %	13,2 %	9,9 %	14,9 %	17,7 %	15,4 %
Antall pasienter i døgnbehandling som har minst ett tvangsmiddelvedtak	reduseres		9	11	11	11	10	15	14	9	9	14	7	9	10	9

Antall tvangsinnlagte er i januar 28. Det er 13 færre enn januar i fjor. Dette tilsvarer et snitt på 0,16 per 1000 innbyggere. Med totalt antall innlagte på 182 i januar, så er andel tvangsinnlagte 15,4 %.

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	mål 2020	des.17	des.18	des.19	jan.20	Kirurgi	Medisin	MSK	ABK	BUK	VOP/ TSB
Sykehusinfeksjoner %	<3%										
Korridorpasienter - antall	0	50	51	121	185	26	159				
Korridorpasienter %	0,0 %	0,6 %	0,7 %	1,5 %	2,2 %	0,8 %	3,2 %				
Direkte time i %	100 %	84 %	78 %	84 %	84 %	87 %	78 %	98 %	100 %	90 %	88 %
Antall åpne dokumenter > 14 dager	<3000	4 920	4 669	3 951	3 613	1 174	1 119	22	9	584	705
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode og uten ny kontakt	reduseres	1 445	1 734	1 068	916	168	506	103	16	90	33
Andel dialysepasienter som får hjemmedialys	>30%	28 %	30 %	28 %	28 %		28 %				

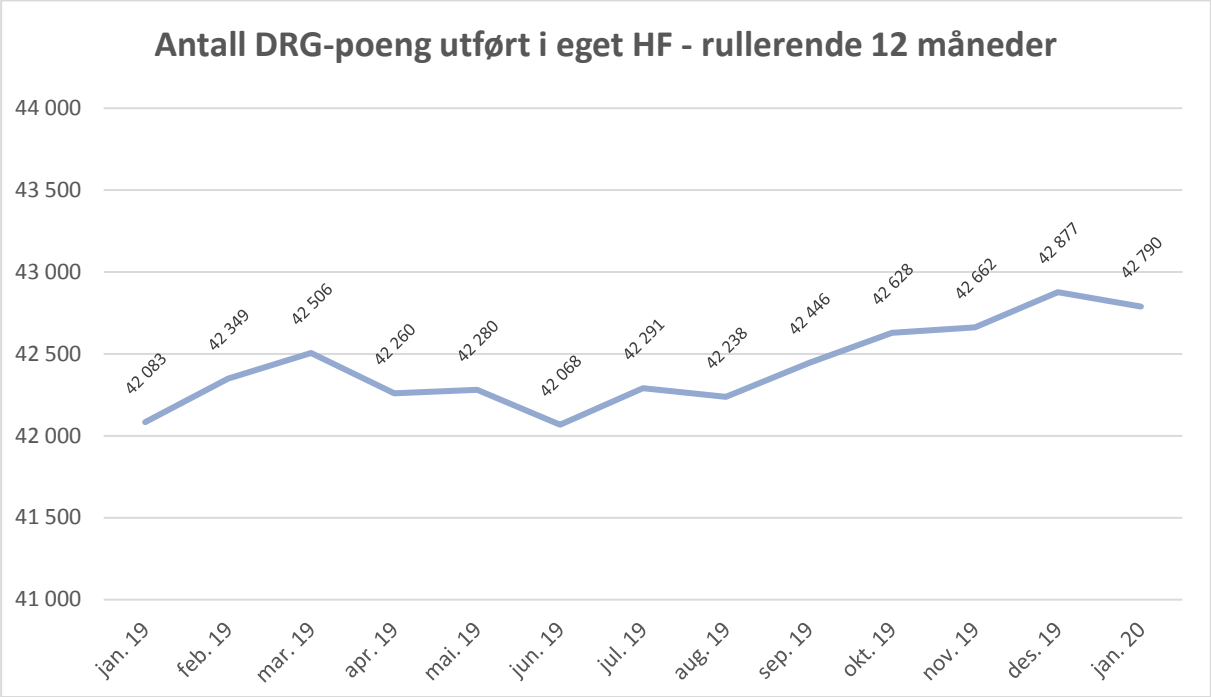
Det har vært kun små variasjoner i kvalitetsindikatorene siste året. Antall og andel korridorpasienter har imidlertid vært oppsiktsvekkende høyt gjennom 2019, og denne utviklingen fortsetter også i januar 2020.

Aktivitet

Somatikk
Sykehuset Telemark har lagt ny grouper 2020 til grunn for rapporteringen av oppnådde ISF-poeng.

Antall "sørge for" ISF-poeng i januar (døgn, dag, poliklinikk, legemidler) var 4 % svakere enn budsjettert (140 DRG-poeng) og skyldes lavere behandlingsvolum for inneliggende pasienter. Det er registrert en vridning fra døgn til dag behandling som gir lavere DRG-uttelling og som forventes kompensert ved økt volum og bedre kapasitetsutnyttelse

Trenden «rullerende ISF-poeng siste 12 måneder» viser en svakt økende tendens.



DRG-poeng	faktisk 1 m 20	bud. 1 m 20	avvik 1 m 20	faktisk 1 m 19	endring 2019-2020	endring 2019-2020	Budsjett 2020	Faktisk 2019
Kirurgisk klinikk	1 707	1 783	-76	1 741	-2 %	-34	19 686	19 412
Medisinsk klinikk	1 781	1 851	-70	1 732	3 %	49	20 364	19 911
Barne og ungdomsklinikken	218	279	-61	297	-27 %	-79	3 033	2 985
ABK	11	9	2	11	0 %	-	100	99
Medisinsk serviceklinikk	43	52	-9	46	-7 %	-3	550	473
SSL	2	1	1	1	50 %	1	10	11
Felles	74		74			74		
Sum DRG-poeng behandlet i eget HF	**3 836**	**3 975**	**-140**	**3 828**	**0 %**	**8**	**43 743**	**42 891**
- døgn	2 581	2 748	-168	2 707	-5 %	-127	30 411	30 124
- dagbehandling	504	499	5	484	4 %	20	5 300	5 209
- poliklinikk	751	728	23	696	8 %	55	8 032	7 558
Sum DRG-poeng behandlet i eget HF	**3 836**	**3 975**	**-140**	**3 887**	**-1 %**	**-52**	**43 743**	**42 891**
DRG-poeng pasienter fra andre regioner beh. i eget HF	19	19	-	26	-27 %	-7	210	188
DRG egne pasienter behandlet ved andre regioner/private	30	30	-	33	-9 %	-3	360	331
DRG kreftmidler og dyre biologiske legemidler (H-resepter)	233	233	-	300	-22 %	-67	2 800	3 075
Sum DRG-poeng i h.h.t. "sørge for"-ansvaret	**4 080**	**4 219**	**-140**	**4 135**	**-1 %**	**-56**	**46 693**	**46 108**

Sykehusopphold	faktisk 1 m 20	bud. 1 m 20	avvik 1 m 20	faktisk 1 m 19	endring 2019-2020	endring 2019-2020	Budsjett 2020	Faktisk 2019
Opphold behandlet i eget HF								
- døgn - inkl. Nordagutu	2 255	2 553	-298	2 519	-10 %	-264	28 200	27 007
- dagbehandling	2 311	2 026	285	1 977	17 %	334	22 592	22 753
- poliklinikk	16 741	16 022	719	15 296	9 %	1 445	178 333	168 047

Både antall sykehusopphold og antall liggedøgn har gått ned, mens høyere liggetid indikerer økt andel av pasienter med komplisert sykdomsbilde. Dagbehandlingen viser volumøkning på 15 %, mens poliklinisk behandling øker med 9 % i forhold til i fjor. Det var like mange virkedager i 2020 som i 2019.

Polikliniske konsultasjoner	faktisk 1 m 20	bud. 1 m 20	avvik 1 m 20	faktisk 1 m 19	endring 2019-2020	Budsjett 2020	Faktisk 2019
Kirurgi	7 868	7 378	490	7 018	850	85 030	80 676
Medisin	7 177	6 853	324	6 529	648	74 053	69 934
BUK	925	1 001	(76)	896	29	10 700	9 123
ABK	129	112	17	123	6	1 300	1 184
MSK	611	660	(49)	716	(105)	7 000	6 890
SSL	31	18	13	14	17	250	240
STHF	**16 741**	**16 022**	**719**	**15 296**	**1 445**	**178 333**	**168 047**

Kirurgisk klinikk ligger ca 75 ISF-poeng bak budsjett i januar. Avviket ligger hovedsakelig på gastro (-49 DRG), ortopedi (-40 DRG) og plast (-37 DRG). Avviket på gastro og plast skyldes lavere medisinsk og kirurgisk ø-hjelp enn normalt for perioden. Ortopedi har hatt høyere elektiv aktivitet enn samme periode i fjor, men pasientsammensetningen har gitt lavere uttelling på ISF.

Aktiviteten i **Medisinsk klinikk**, målt i ISF, har vært 70 poeng lavere enn budsjettert i januar. Potensial for effekt av etterkoding/kvalitetssikring av pasientdataene er åpenbart til stede. Antall avdelingsopphold i Medisinsk klinikk var 9 % færre enn budsjettert og 18 % færre enn i fjor. Imidlertid har det vært høyt belegg ved samtlige sengeposter i hele januar. Antall døgn knyttet til utskrivningsklare pasienter (USK-døgn) har vært 400 i januar. Dette har vært krevende for sengepostene og har resultert i høye variable lønnskostnader. ISF-indeksen (som er en indikasjon på kompleksiteten blant pasientene) var i januar likt med plan, og høyere enn fjoråret. Den polikliniske aktiviteten har vært 5 % høyere enn budsjettert og 8 % høyere enn i fjor. Antall dagbehandlinger har vært 20 % høyere enn plan og fjoråret.

Barne- og ungdomsklinikken har et budsjettavvik på -62 ISF-poeng. Årsaken er færre opphold på barneavdelingen samt lavere indeks på nyfødt intensiv. Det forventes at etterkoding og kvalitetskontroll vi forbedre indeksen noe. I tillegg er aktiviteten innen habilitering lavere enn budsjettert. Det er imidlertid knyttet stor usikkerhet til de rapporterte tallene, siden datauttrekket som er basert på 2019-regelsett ikke tar hensyn til endringer i ISF fra 1. januar 2020, der nye yrkesgrupper er godkjent for ISF-refusjon. Når ny NPR-versjon er på plass, forventes det at konsultasjoner utført av vernepleiere og sosionomer også telles med.

Medisinsk serviceklinikk har litt lavere aktivitet enn budsjettert i januar, både målt i konsultasjoner og ISF-poeng. Januar er en måned med oppstart etter en periode med stans i aktiviteten for fertilitetsavdelingen, og erfaringsmessig tar det noen uker før kapasiteten igjen er utnyttet fullt ut. Det forventes aktivitet som budsjettert de neste månedene.

Psykisk helsevern og TSB

Døgnaktivitet liggedøgn	faktisk jan.20	bud. jan.20	avvik jan.20	faktisk jan.19	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2020	Estimat 2020	Faktisk 2019
Voksenpsykiatri	2 767	2 823	-56	2 891	-4 %	-124	32 500	32 500	32 556
Barne- og ungdomspsykiatri	171	262	-91	313	-45 %	-142	2 400	2 400	2 437
TSB / RUS	305	314	-9	304	0 %	1	3 900	3 900	3 929
STHF	3 243	3 399	(156)	3 508	-7,6 %	(265)	38 800	38 800	38 922

Døgnaktivitet Utskrevne	faktisk jan.20	bud. jan.20	avvik jan.20	faktisk jan.19	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2020	Estimat 2020	Faktisk 2019
Voksenpsykiatri	137	141	-4	142	-4 %	-5	1 600	1 600	1 570
Barne- og ungdomspsykiatri	15	7	8	10	50 %	5	110	110	118
TSB / RUS	32	29	3	29	10 %	3	390	390	393
STHF	184	177	7	181	1,7 %	3	2 100	2 100	2 081

Antall sykehusopphold er i januar litt høyere enn budsjettert og også målt mot januar i fjor. Antall liggedager er derimot under budsjett og 7,6 % lavere enn i fjor.

UPS/BUP har den største endringen fra i fjor, hvor de har 45 % lavere liggedøgn, men har skrevet ut 50 % flere enn januar i fjor. Det er lite volum, så små endringer gir stort utslag i %.

VOP har 4 % færre liggedøgn og antall sykehusopphold, mens avrusningen er på samme nivå som i fjor.

Poliklinikk psykiatri	faktisk jan.20	bud. jan.20	avvik jan.20	faktisk jan.19	endring 2019-2020	endring 2019-2020	Budsjett 2020	Estimat 2020	Faktisk 2019
Antall ISF-konsultasjoner									
BUP	2 163	2 924	-761	3 146	-31,2 %	-983	30 550	30 550	28 760
VOP	4 128	5 188	-1 060	5 114	-19,3 %	-986	52 950	52 950	49 840
- herav Helse og arbeid	47	39	8	0	#DIV/0!	47	400	400	302
TSB	733	1 166	-433	1 118	-34,4 %	-385	11 900	11 900	11 197
SUM	7 024	9 278	-2 254	9 378	-25,1 %	-2 354	95 400	95 400	89 797
ISF-poeng									
BUP	804	967	-163	1 024	-21 %	-220	10 100	10 100	9 697
VOP	667	747	-80	731	-9 %	-64	7 600	7 600	7 272
- herav Helse og arbeid	7	-	7	-	#DIV/0!	7	84	84	45
TSB	110	151	-41	126	-13 %	-16	1 540	1 540	1 508
SUM	1 581	1 865	-284	1 881	-15,9 %	-300	19 240	19 240	18 477

Kommenteres ikke, grunnet mangelfull aktivitetsrapport, som forventes rettet ved neste rapportering.

Prioriteringsregelen

Ventetider (kravet er i forhold til absolutte tall, hvor ventetiden VOP skal være under 40, BUP under 37 og TSB skal ha ventetid lavere enn 30 dager)

Prioriteringsregelen for ventetider er oppfylt for VOP og TSB, med en ventetid på henholdsvis 36 og 29 dager. Kravet for BUP ligger på 37 dager, men per januar var ventetiden 39 dager.

Polikliniske konsultasjoner
Kommenteres ikke, grunnet mangelfull aktivitetsrapport, som forventes rettet ved neste rapportering.

Bemanning

Ledere på alle nivå jobber målbevisst med å følge opp sykemeldte, med fokus på å forebygge og redusere sykefravær. Tiltakene innebærer blant annet at leder har tett dialog med sykemeldte, og legger til rette arbeidsoppgaver og arbeidstid så langt det lar seg gjøre.

Sykehuset har også mange større og mindre omstillingsprosesser pågående. Slike prosesser kan føles belastende for ansatte, noe som igjen kan føre til økt sykefravær. Ledere på alle nivå har fokus på å gjennomføre omstillingsprosesser på en for de ansatte så skånsom og ryddig måte som mulig.

Brutto månedsverk var i januar 2950, noe som er 1,1 % over budsjettert bemanningsforbruk, og 0,5 % høyere enn januar i fjor. Dette skyldes forsinkelser i forbedringsarbeidet i klinikkene rapportert til flat periodisering i budsjettet.

Opprettholder estimatet lik budsjett, noe som gir et forbruk på 2954 årsverk i 2020.

Økonomi

Sykehuset Telemark rapporterer et negativt driftsresultat på -1,6 millioner kr. i januar, som er 4,1 millioner kr. svakere enn periodisert styringsmål**.**

Det negative budsjettavviket er i stor grad relatert til resultatene i klinikkene. ISF-aktiviteten i somatikken er lavere enn budsjettert. Aktiviteten i somatikken viser en vridning fra døgn til dagbehandling og dermed lavere DRG-uttelling. Det vurderes også at unøyaktige periodiseringer og usikre DRG-tall kan forklare noe av budsjettavviket.

ISF-avviket for PHV/TSB medfører stor grad av usikkerhet, siden uttrekket for januar er basert på NPR 2019-versjon og Analysesenteret dessuten hadde fått feil informasjon fra Helsedirektoratet om hvilket regelsett som er gjeldende. Vi forventer økte aktivitetstall og dermed redusert budsjettavvik når korrekte tall foreligger.

Samtidig er det høyere kostnader i flere klinikker. Kostnadene for medikamentell kreftbehandling har vært høyere enn budsjettert. Videre er det valgt en flat periodisering av forventet effekt for planlagte forbedringstiltak i klinikkene og i forhold til denne periodiseringen registreres det en forsinket effekt i januar.

De negative avvikene i klinikkene er delvis kompensert av høyere inntekter fra utskrivningsklare pasienter.

Estimat for året opprettholdes som budsjett.

Regnskapsresultat pr. januar 2020	regnskap januar	budsjett januar	avvik januar	Budsjett 2020	Prognose 2020	avvik 2020
Basisramme	203 898	203 898	0	2 424 871	2 424 871	-
Kvalitetsbasert finansiering	1 414	1 414	-	16 971	16 971	-
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	71 000	74 732	-3 732	822 500	822 500	-
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	17 102	16 579	523	182 824	182 824	-
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	4 998	5 892	-894	60 798	60 798	-
ISF fritt behandlingsvalg	-	-	-	-	-	-
ISF refusjon pasientadministrerte legemiddel (H-resepter)	5 344	5 344	-	64 131	64 131	-
Utskrivningsklare pasienter	3 911	1 661	2 250	19 931	19 931	-
Gjestepasienter	1 358	1 169	188	17 832	17 832	-
Konserninterne gjestepasientinntekter	7 017	7 017	-0	88 592	88 592	-
Polikliniske inntekter	8 586	9 056	-470	100 394	100 394	-
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake	-	-	-	-	-	-
Andre øremerkede tilskudd	1 410	1 381	29	16 572	16 572	-
Andre driftsinntekter	24 399	21 130	3 269	267 138	267 138	-
SUM DRIFTSINNTEKTER	**350 437**	**349 274**	**1 163**	**4 082 555**	**4 082 555**	**-**
Kjøp av offentlige helsetjenester	3 507	3 358	-150	40 497	40 497	-
Kjøp av private helsetjenester	9 763	8 701	-1 063	107 785	107 785	-
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	44 151	40 188	-3 963	479 829	479 829	-
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	1 169	1 178	9	13 760	13 760	-
Konserninterne gjestepasientkostnader	24 537	24 935	398	286 747	286 747	-
Lønn til fast ansatte	163 254	163 314	59	1 872 025	1 872 025	-
Overtid og ekstrahjelp	7 775	6 580	-1 195	88 332	88 332	-
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	19 722	30 132	10 410	345 396	226 066	119 331
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-9 984	-9 169	814	-105 088	-105 088	-
Annen lønn	26 704	26 297	-407	297 781	297 781	-
Avskrivninger	8 339	8 383	45	102 595	102 595	-
Nedskrivninger	-	-	-	-	-	-
Andre driftskostnader	44 355	44 378	23	539 511	539 511	-
SUM DRIFTSKOSTNADER	**343 294**	**348 275**	**4 981**	**4 069 171**	**3 949 840**	**119 331**
DRIFTSRESULTAT	**7 143**	**999**	**6 144**	**13 384**	**132 715**	**119 331**
Finansinntekter	1 853	1 687	166	19 647	19 647	-
Finanskostnader	209	187	-22	3 032	3 032	-
FINANSRESULTAT	**1 644**	**1 501**	**143**	**16 616**	**16 616**	**-**
(ÅRS)RESULTAT	**8 787**	**2 500**	**6 287**	**30 000**	**149 331**	**119 331**
Pensjonskostnader	-10 410	-	-10 410	-	-119 331	-119 331
RESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER	**-1 623**	**2 500**	**-4 123**	**30 000**	**30 000**	**0**

Klinikkene

Klinikkresultatene samlet viser betydelige negative avvik, og kirurgisk klinikk, medisinsk klinikk og barne- og ungdomsklinikken har de største avvikene. Lavere aktivitet enn budsjettert er felles for disse.

Resultater pr. klinikk vises i tabellen under:

BUDSJETTAVVIK per januar 2020	lønn	andre driftskostnader	driftsinntekter	Sum	herav effekt forbedringstiltak	herav øvrig drift
Kirurgi	**-272**	**-256**	**-1 762**	**-2 290**	**-412**	**-1 878**
Medisin	**-795**	**-3 240**	**-931**	**-4 966**	**-667**	**-4 299**
Barne- og ungdomsklinikken	**517**	**-329**	**-1 736**	**-1 548**	**-**	**-1 548**
Akutt og beredskap	**-301**	**-629**	**308**	**-622**	**-136**	**-486**
Medisinsk serviceklinikk	**656**	**354**	**-247**	**763**	**-**	**763**
Psykiatri og rus	**154**	**387**	**-330**	**211**	**-**	**211**
Service og systemledelse	**-103**	**-494**	**-419**	**-1 016**	**-392**	**-624**
SUM klinikker	**-144**	**-4 207**	**-5 117**	**-9 468**	**-1 607**	**-7 862**
Administrasjon	**-408**	**647**	**-605**	**-366**	**-52**	**-315**
Kjøp og salg av helsetjenester		**-2 568**	**2 812**	**244**		**244**
- biol.legemidler og kreftmidler		-2 164	3 500	1 336		1 336
- somatikk		185	-688	-503		-503
- psykiatri og TSB		-589	0	-589		-589
Felles poster	**-170**	**1 572**	**4 066**	**5 468**	**-**	**5 468**
Budsjettavvik per januar	**-722**	**-4 557**	**1 156**	**-4 123**	**-1 658**	**-2 464**

Det negative budsjettavviket i **kirurgisk klinikk** skyldes hovedsakelig svikt på ø-hjelp i Gastro, samt lavere indekser enn budsjettert på kirurgiske inngrep. Det er for tidlig å fastslå hvorvidt avviket i indekser vil vedvare, eller om dette er en effekt av pasientsammensetningen i januar. Avviket på kostnadssiden gjelder hovedsakelig større innkjøp av medisinske forbruksvarer på urologi og gynekologi som ikke ble meldt at skulle periodiseres. Det jobbes med tiltak både på aktivitetssiden og kostnadssiden.

Medisinsk klinikk har et negativt avvik på hele -5 millioner kroner i januar. Klinikken har en uløst utfordring i budsjettet på til sammen 10 millioner kroner i 2020. Dette utgjør 0,8 millioner kroner av budsjettavviket i januar. Videre har kostnadene knyttet til dyre kreftlegemidler belastet regnskapet med 1,5 MNOK mer enn budsjettert i årets første måned.

Klinikken har i januar hatt et høyt pasientbelegg ved sengepostene samt et økende sykefravær, noe som har gitt merkostnader utover budsjettert nivå. Mange døgn knyttet til utskrivningklare pasienter (USK-døgn) har vært krevende for sengepostene og har resultert i høye variable lønnskostnader. Samlet budsjettavvik knyttet til lønn har vært 0,7 millioner kroner.

Den polikliniske aktiviteten har vært høyere enn budsjettert; noe som har resultert i høyere inntekter fra egenandeler enn budsjettert.

Barne- og ungdomsklinikken har et negativt avvik i januar på -1,5 millioner kr. Lavere inntekter enn budsjettert både i somatikken og barne- og ungdomspsykiatrien er årsak til dette. Størsteparten av avviket i somatikken er knyttet til nyfødt intensiv, som har antall pasienter som budsjettert, men vektene er svært lave. Det forventes at etterkoding og kvalitetskontroll vi redusere avviket noe. På grunn av feil i uttrekk av aktivitet for BUP, er antall konsultasjoner rapportert for januar for lavt. Med riktig uttrekk fra februar-rapporteringen vil aktivitetstallene bli høyere, og inntektsavviket redusert.

Akutt og beredskapsklinikken har et resultat i januar på – 0,6 millioner kroner. Hovedårsaken er avvik på variabel lønn og medikamenter. Det har vært svært høy aktivitet på Intensiv, og der ligger også halvdelen av avviket for klinikken.

Prehospital og Anestesiologi har begge positivt resultat i januar.

Sykefraværet i klinikken i januar er 5,8 % hentet fra GAT. Klinikkens mål for 2020 er 5%.

Medisinsk serviceklinikk har et overskudd per januar på 0,8 millioner kroner. Inntektene er om lag som budsjettert, samtidig med sparte lønnskostnader grunnet vakanser og lavere varekost.

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling leverer et positivt budsjettavvik på 0,2 millioner kroner i januar. Klinikken har et stort negativt inntektsavvik som følge av feil i uttrekkene fra den polikliniske virksomheten. Dette blir rettet opp med nye og riktige uttakskriterier i løpet av februar måned. Beleggsprosenten er noe lavere enn i januar i fjor, mens antall utskrevne er litt høyere.

Service- og Systemledelse har i januar et resultat rund 1 millioner kroner i minus. Dette er i sin helhet pga. MTU og det regnes med at farten reduserer seg noe i de neste månedene. Klinikken har et negativt avvik på lønnskostnader (-0,1 millioner kroner). Brutto årsverk er 1 årsverk under budsjett.

Administrasjonen har et negativt budsjettavvik på 0,4 millioner kroner i januar. Dette er knyttet til mindre prosjektutleie av IKT-personell enn budsjettert, samt ikke budsjetterte kostnader knyttet til hjemmedialyse.

Felles: Positivt avvik skyldes i hovedsak avsetning for påløpte inntekter for utskrivningsklare pasienter, og avsetning for forventet effekt av etterkoding av DRG-poeng.

SYKEHUSET TELEMARK

Virksomhetsrapport

Januar 2020

SYKEHUSET TELEMARK

Innhold

1. Hovedmål
2. Pasient
3. Bemanning
4. Aktivitet
5. Kvalitetsindikatorer
6. Økonomi
7. Klinikker

SYKEHUSET TELEMARK

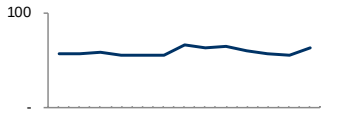
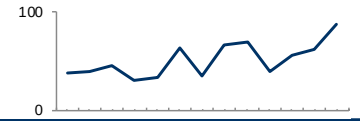
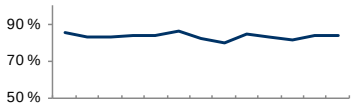
Oppsummering

januar 2020

Sykehuset Telemark	Faktisk HIÅ	Budsjett HIÅ	Avvik HIÅ	HIÅ 2019	Årsestimat	Årsbudsjett	Avvik
Kvalitet per måned							
Ventetid påstartet, denne periode	61			52			
Ventetid ventende, denne periode	61			59			
Antall fristbrudd påstartet, denne periode	88			41		0	
Antall fristbrudd venter, denne periode	41			15		0	
Aktivitet							
ISF-poeng somatikk							
"Sørge for" (døgn, dag og polkl.)	3 847	3 987	-140	3 835	43 893	43 893	-
Legemidler	233	233	-	300	2 800	2 800	-
Totalt antall ISF poeng "sørge for"	4 080	4 220	-140	4 135	46 693	46 693	-
Utført eget HF/Sykehus	3 817	3 957	-140	3 829	43 743	43 743	-
ISF-poeng Psyk							
Voksenpsykiatri og TSB	778	898	-120	857	9 140	9 140	-
Barne- og ungdomspsykiatri	804	967	-163	1 024	10 100	10 100	-
Polikliniske konsultasjoner							
Somatikk	16 741	16 002	739	15 296	178 350	178 350	-
VOP	4 128	5 189	-1 061	5 114	52 950	52 950	-
BUP	2 163	2 923	-760	3 146	30 550	30 550	-
TSB	733	1 166	-433	1 118	11 900	11 900	-
Bemanning							
Brutto månedsverk	2 950	2 918	-32	2 936	2 954	2 954	-
Innleie helsepersonell	1 169	1 178	9	1 658	13 760	13 760	-
Lønn til fast ansatte	163 254	163 314	59	157 786	1 872 025	1 872 025	-
Overtid og ekstrahjelp	7 775	6 580	-1 195	8 905	88 332	88 332	-
Sykefravær (forrige måned)	6,93			6,98			
Økonomi (hele tusen)							
Driftsinntekter	350 437	349 274	1 163	335 434	4 082 555	4 082 555	-
Driftskostnader	343 294	348 275	4 981	340 268	4 069 171	3 949 840	-119 331
Netto finansresultat	1 644	1 501	143	1 216	16 616	16 616	-
Pensjon	-10 410	-	-10 410	2 016	-	-119 331	-119 331
Årsresultat	-1 623	2 500	-4 123	-1 602	30 000	30 000	0

SYKEHUSET TELEMARK

Regionale hovedmål

Hovedmål	Mål 2019	Utvikling siste 12 mnd	Resultat 2018	Resultat 2019	Resultat jan.20
Gjennomsnitt ventetid somatikk redusert til 60 dager. Ordinært avviklede pasienter.	50		55	55	63
Pasienten opplever ikke fristbrudd (påstartet)	Antall brudd		34	62	88
	Andel av med frist		1,3 %	2,2 %	2,4 %
Pasienten får bekreftelse og tidspunkt for behandling i samme brev	100%		78 %	84 %	84 %
Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer	Årsresultat		8,9 mill	31,0 mill	-1,6 mill
	Budsjettavvik		-21,1 mill	1,0 mill	-4,1 mill
Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3%	3%	Siste måling november 2019	3,8 %	3,4 %	3,4 %
Alle medarbeider involveres i oppfølging av medarbeider-undersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet	100%	Siste måling vår 2019	86 %	86 %	86 %
Korridorpasienter	0 %		0,7 %	1,5 %	2,2 %

SYKEHUSET TELEMARK

Prioriteringsregelen - status hittil i år	Antall dager		% endring hittil i år 2019-2020			
	Ventetider påstartet		Ventetider påstartet		Polikliniske konsultasjoner	
Januar 2020	hittil 20	hittil '19	Somatikk	Psykiatri/TSB	Somatikk	Psykiatri/TSB
STHF	61	52				
SOMATIKK	63	53	19 %		9 %	
BUP	39	29		33 %		-31 %
VOP	36	42		-15 %		-19 %
TSB	29	24		20 %		-34 %
Endring pr klinikk	0	0				
(01) Kirurgisk klinikk	72	63	14 %		14 %	
(02) Medisinsk klinikk	53	43	25 %		8 %	
(03) Barne- og ungdomsklinikken, somatikk	53	34	56 %		6 %	
(303) Avdeling for barn og unges psykiske helse	39	29		33 %		-31 %
(06) Akutt og beredskap	74	60	24 %		5 %	
(07) Medisinsk Serviceklinikk	46	45	3 %		-14 %	
(09) Klinikk for psykisk helsevern, VOP	36	42		-15 %		-19 %
(09) Klinikk for psykisk helsevern, TSB	29	24		20 %		-34 %
(13) Service og systemledelse						
(15) Administrasjon						

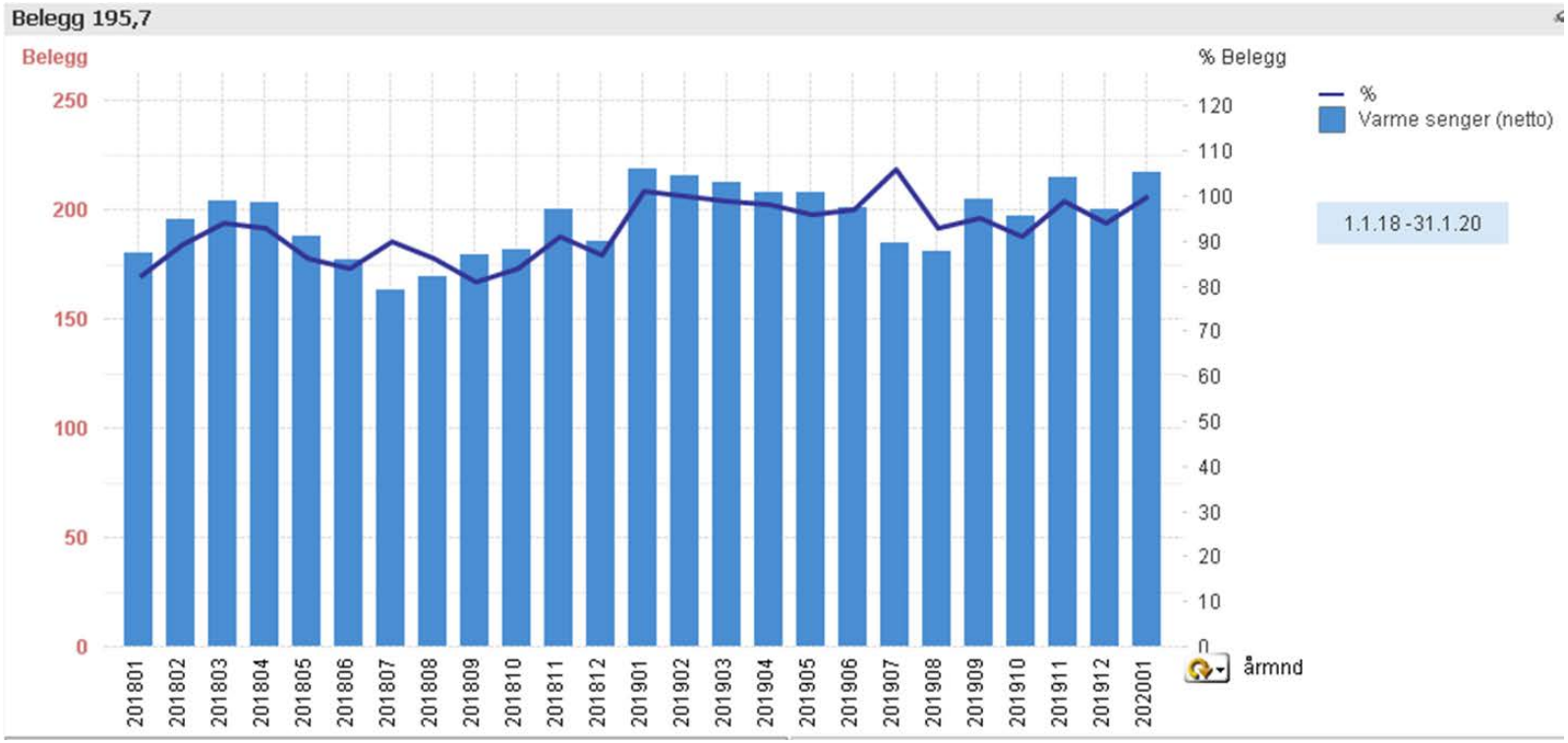
Fotnote: Påstartet = Avviklet

Fotnote: Kostnadene er eks. avskrivninger, legemidler og pensjon

SYKEHUSET TELEMARK

Tekniske poster utelatt.
Tatt ut 4/2-20.

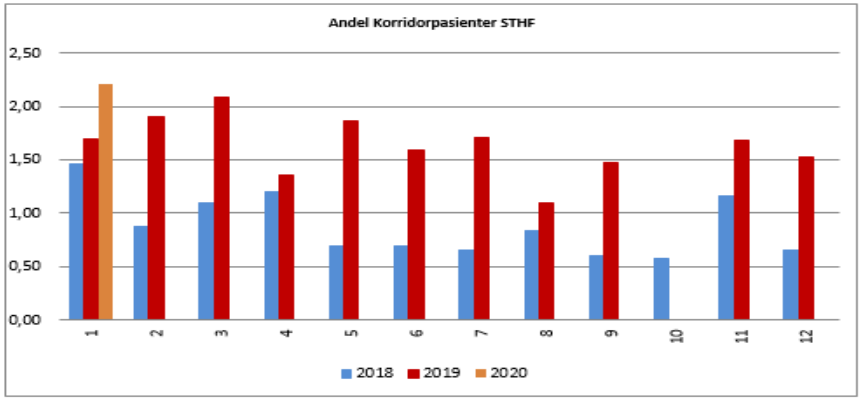
Antall postopphold, ved f.eks permisjoner blir både oppholde før, selve permisjon og etter telt som selvstendige postopphold. Tallene blir tilsvarende "blåst opp" ved tekniske postopphold

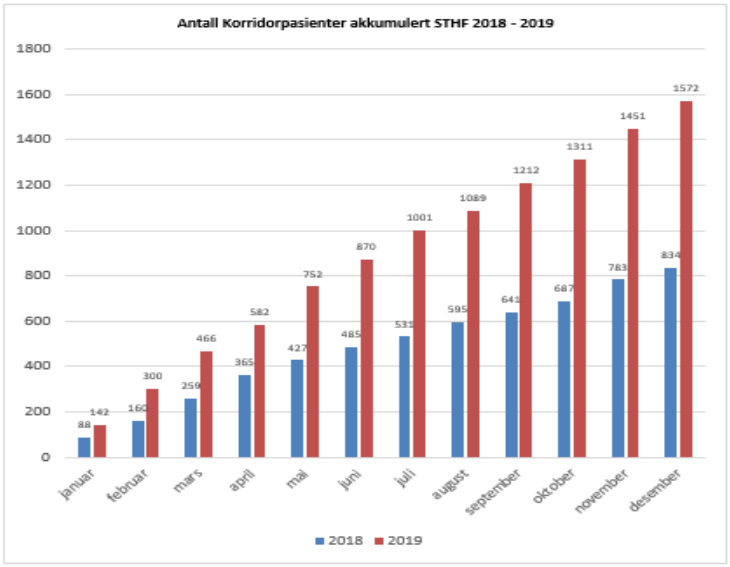


Senger i bruk for somatiske sengeposter.
Tekniske poster utelatt.

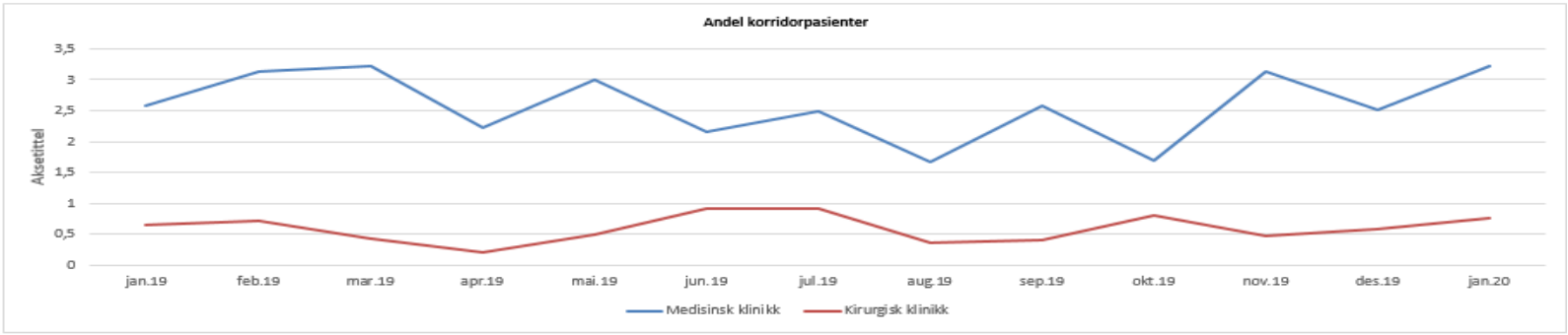
SYKEHUSET TELEMARK

Korridorpasienter





Antall korridorpasienter - somatikk	Desember	Januar	HIÅ 2020	HIA 2019	HIÅ 2018
Kirurgisk klinikk	18	26	26	22	38
Medisinsk klinikk	103	159	159	120	49
Barne og undomsklinikk	0	0	0	0	1
Akutt og beredskaps klinikk	0	0	1	0	0
Medisinsk teknisk klinikk	0	0	0	0	3
Psykiatrisk klinikk	0	0	0	0	0
Sykehuset Telemark	121	185	186	142	91



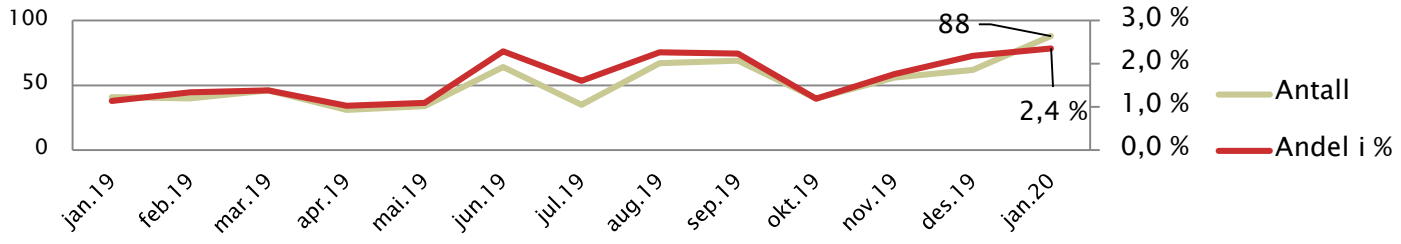
SYKEHUSET TELEMARK

Pasient

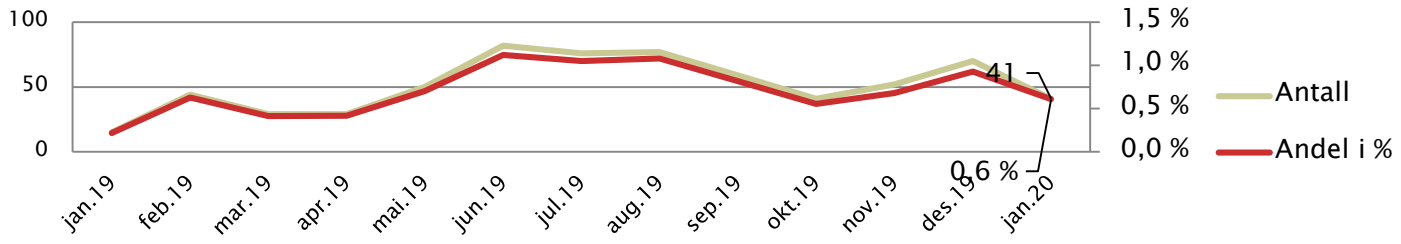
SYKEHUSET TELEMARK

Utvikling over tid for aktivitet i hele STHF alle omsorgsnivåer

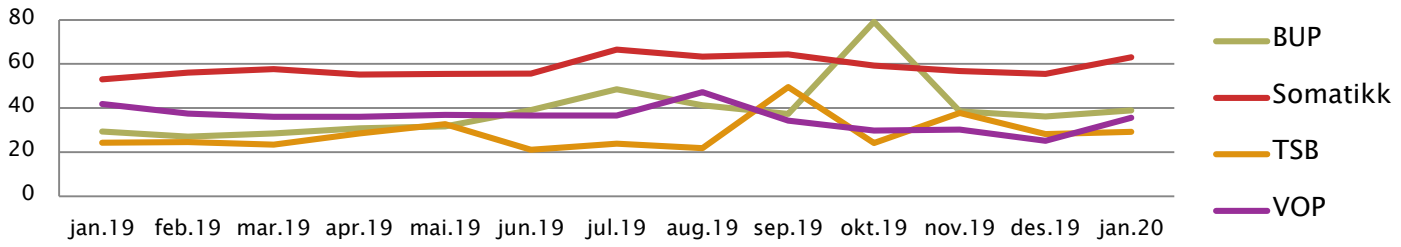
1. Antall/andel fristbrudd påstartet STHF.



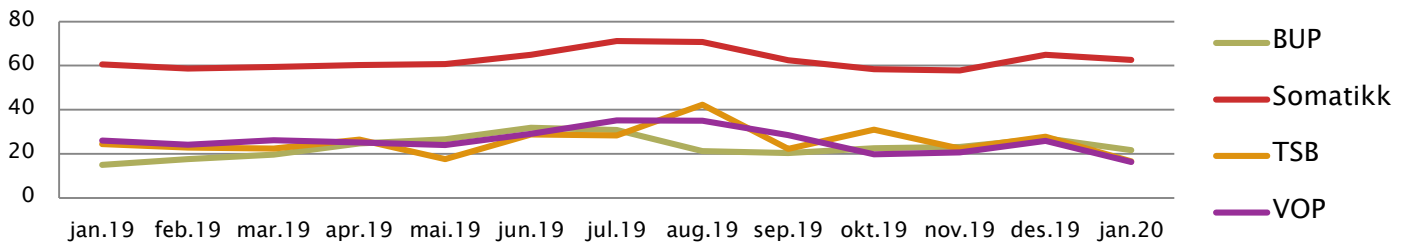
2. Antall/andel fristbrudd ventende STHF.



3. Gjennomsnittlig ventetid påstartet STHF



4. Gjennomsnittlig ventetid ventende STHF.



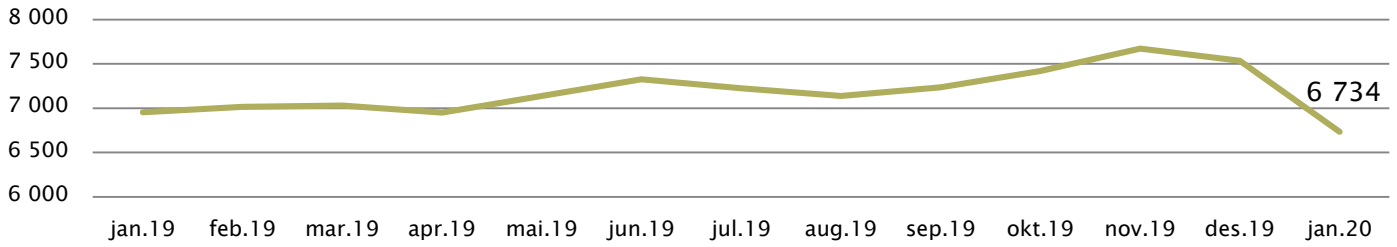
Paul Husmo, husp@sthf.no tlf:35 08 03 02

Kilde: D-10398 DIPS og NPR

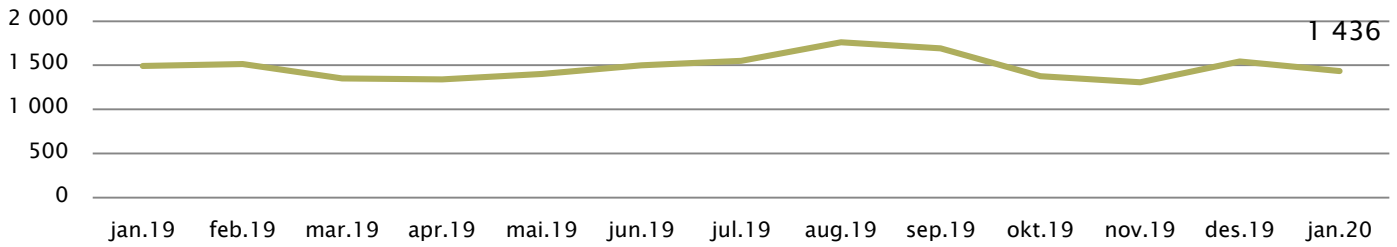
SYKEHUSET TELEMARK

Utvikling over tid for aktivitet i hele STHF alle omsorgsnivåer

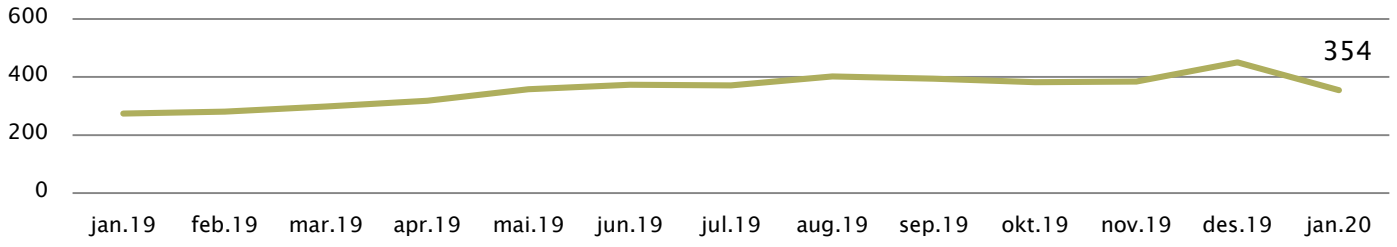
5. Antall som venter på STHF.



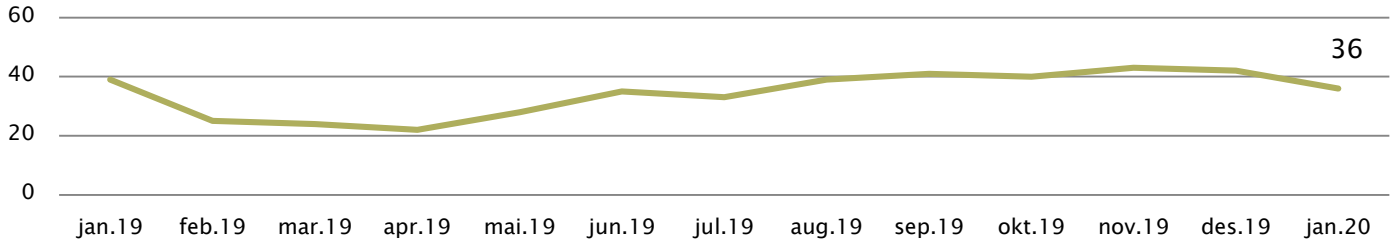
6. Antall ventende som har ventet mer enn 3 måneder STHF.



7. Antall ventende som har ventet mer enn 6 måneder STHF.



8. Antall ventende som har ventet mer enn et år STHF.



Paul Husmo, husp@sthf.no tlf:35 08 03 02

Kilde: D-10398 DIPS og NPR

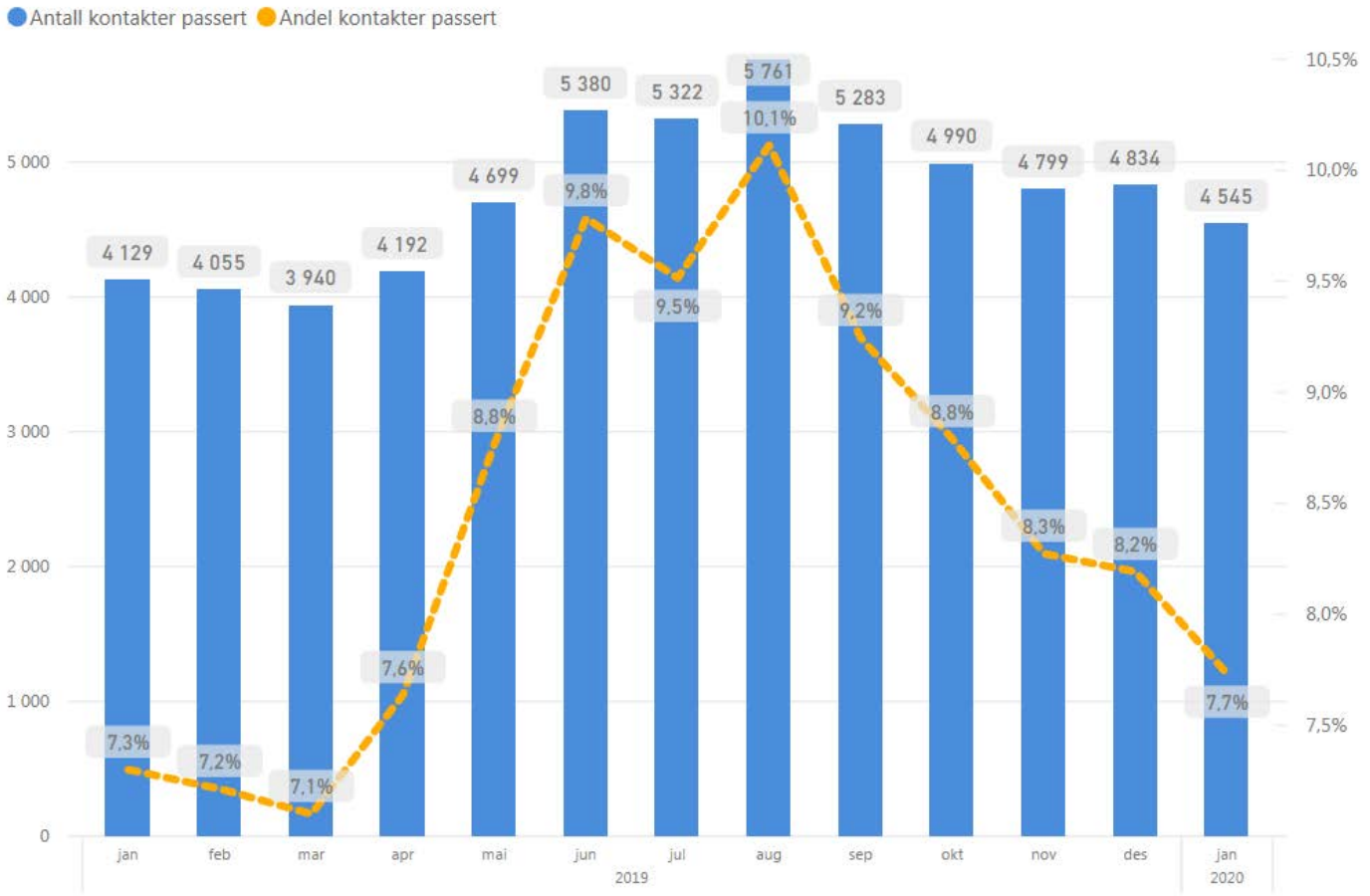
SYKEHUSET TELEMARK

Passert Planlagt tid

Fra Helse Sør-Øst's nettside http://bit.ly/passertplanlagttid
Link

SYKEHUSET TELEMARK

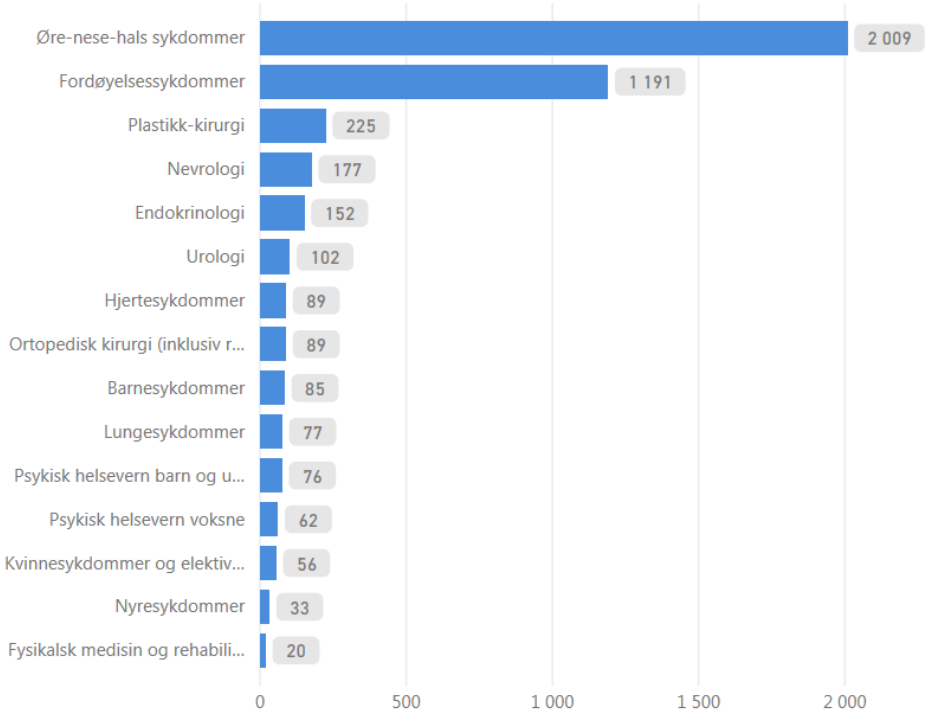
Utvikling «Passert planlagt tid»



Fra Helse Sør-Øst's nettside http://bit.ly/passertplanlagttid
Link

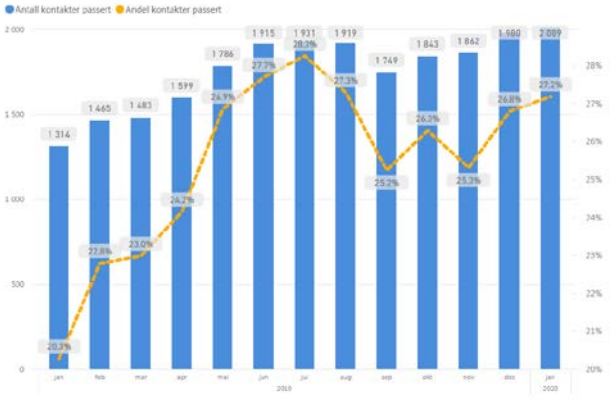
SYKEHUSET TELEMARK

Antall «passert planlagt tid» fordelt pr fagområde:

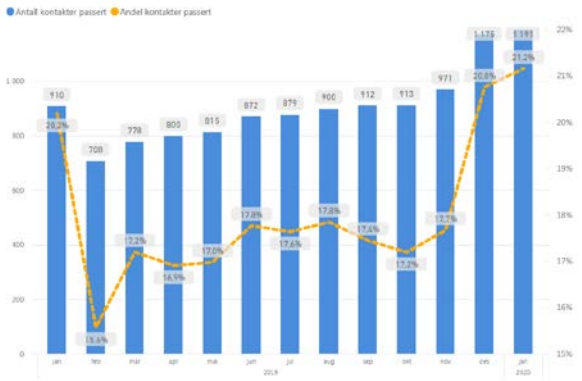


Utvikling pr fagområde (topp 3):

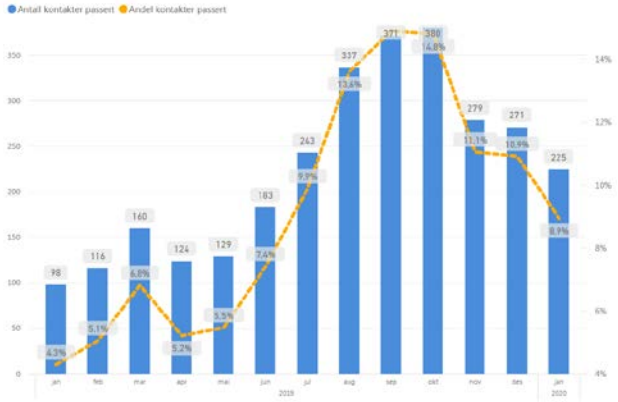
Øre-nese-hals



Fordøyelse



Plastikk-kirurgi



Fra Helse Sør-Øst's nettside http://bit.ly/passertplanlagttid
Link

SYKEHUSET TELEMARK

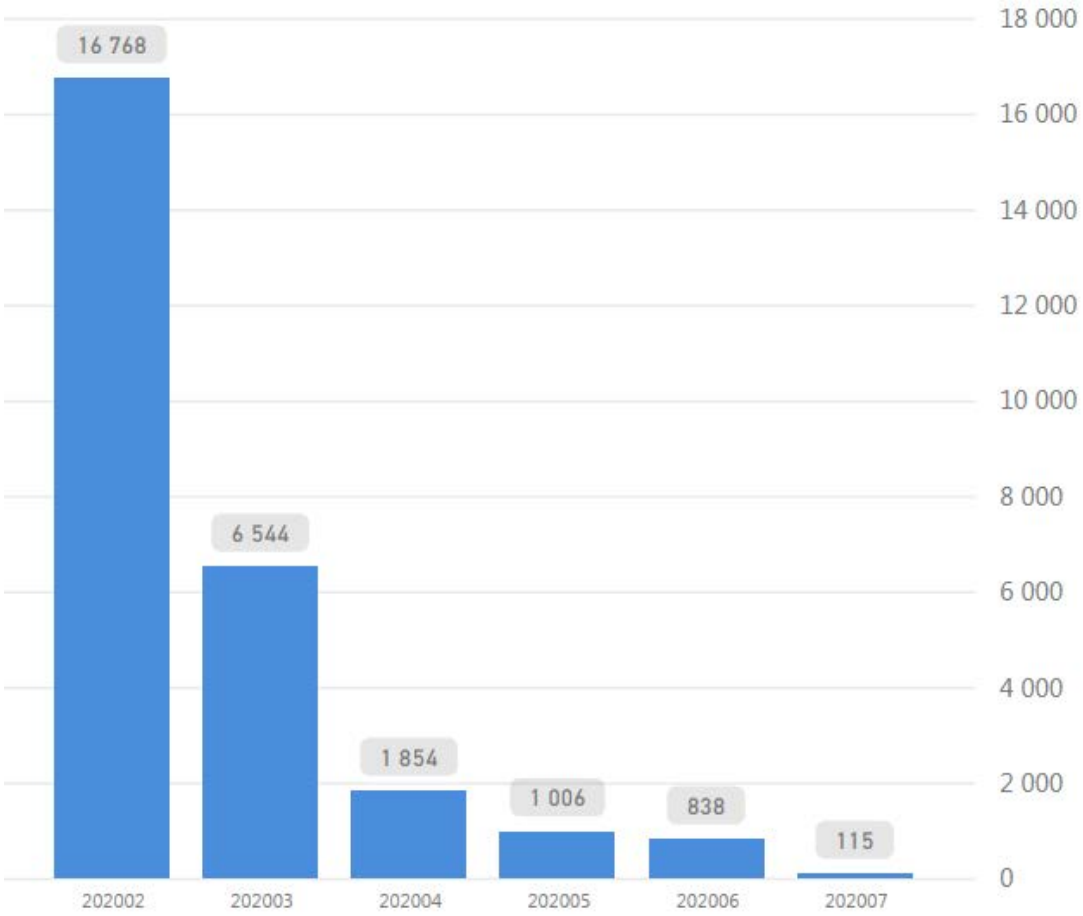
Sammenligning pr januar

Helseforetaksnavn	Antall planlagte kontakter	Kontakter ikke passert planlagt tid	Kontakter med passert planlagt tid	Andel passert planlagt tid
Akershus Universitetssykehus	151 564	137 282	14 282	9,4 %
Oslo Universitetssykehus	260 041	244 260	15 781	6,1 %
Sykehuset Innlandet	108 169	101 005	7 164	6,6 %
Sykehuset i Vestfold	95 684	89 209	6 475	6,8 %
Sørlandet Sykehus	116 973	105 162	11 811	10,1 %
Sykehuset Telemark	58 784	54 239	4 545	7,7 %
Sykehuset Østfold	113 222	99 446	13 776	12,2 %
Vestre Viken	158 605	146 599	12 006	7,6 %
Sunnaas Sykehus	4 260	3 909	351	8,2 %
Diakonhjemmet Sykehus	35 814	30 803	5 011	14,0 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	39 314	36 696	2 618	6,7 %
Betanien Hospital	9 893	8 746	1 147	11,6 %
Martina Hansen Hospital	14 500	13 842	658	4,5 %
Revmatismesykehuset Lillehammer	5 124	4 191	933	18,2 %
Totalt	**1 171 947**	**1 075 389**	**96 558**	**8,2 %**

Fra Helse Sør-Øst's nettside http://bit.ly/passertplanlagttid
Link

SYKEHUSET TELEMARK

Antall tildelte timer neste 6 mnd

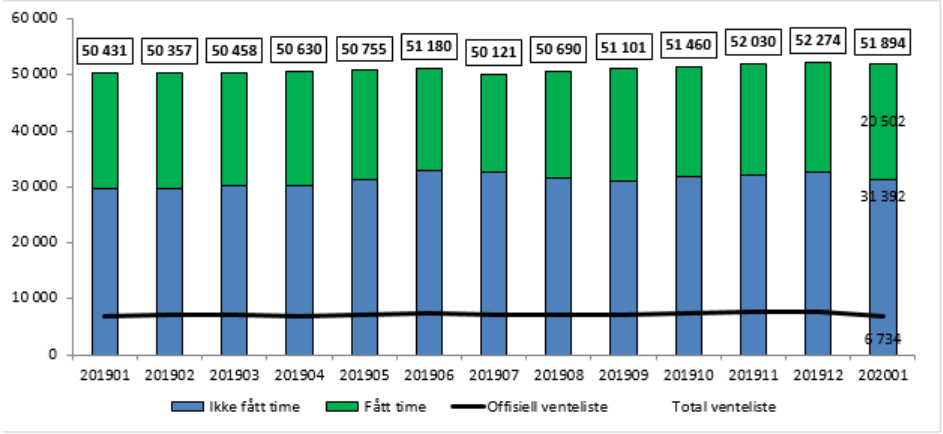


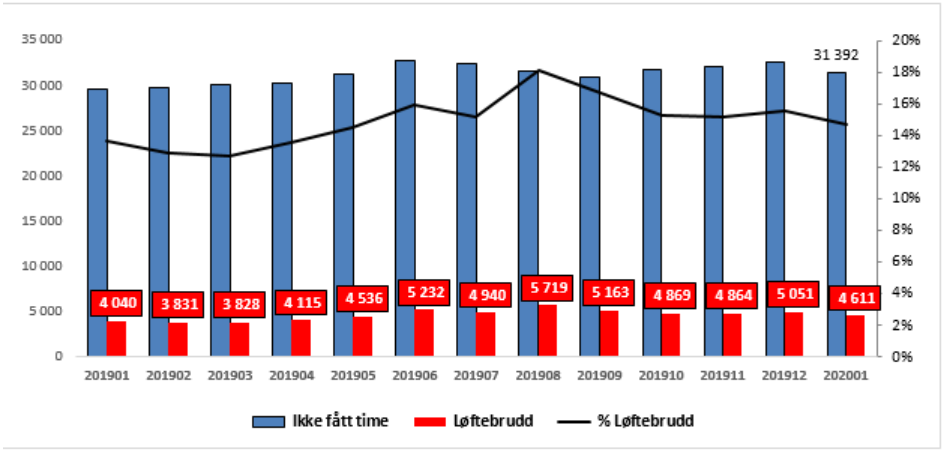
Fra Helse Sør-Øst's nettside http://bit.ly/passertplanlagttid
Link

SYKEHUSET TELEMARK

Pulsen

Dashbord - virksomhetsstyring





Utvikling i total venteliste

I januar er den totale ventelisten er på 51894 pasienter. Den offisielle ventelisten er på 6734 pasienter.

Den totale ventelisten fordeler seg på 20502 pasienter som har fått time, og 31392 pasienter som ikke har fått time.

Pasienter som venter på timeinnkalling

Av de som venter og ikke har fått timeinnkalling (31392), har 4611 pasienter passert tentativ dato for oppmøte (Løftebrudd). Dette utgjør 14,7 % av pasientene.

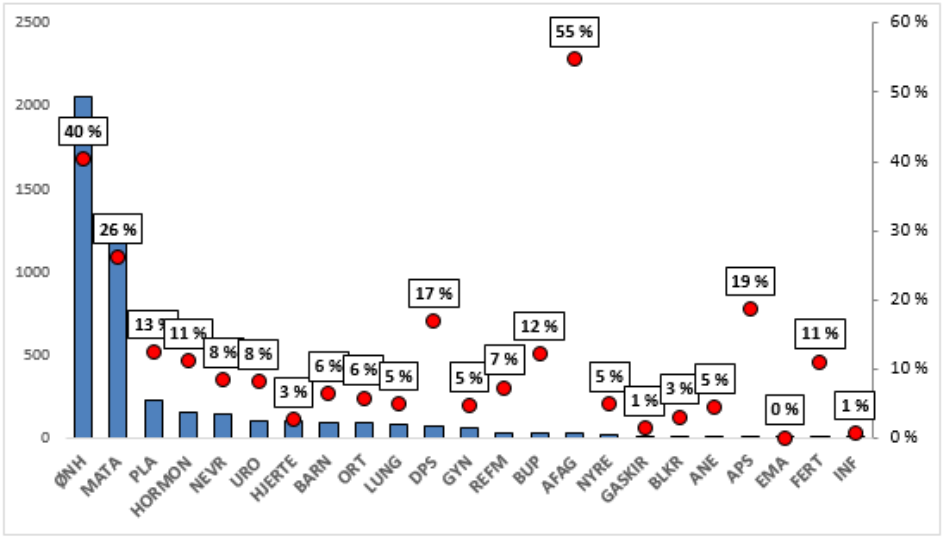
SYKEHUSET TELEMARK

Status Total venteliste / Løftebrudd i januar

AVD	Løftebrudd	% Løftebrudd
ØNH	2052	40 %
MATA	1235	26 %
PLA	234	13 %
HORMON	154	11 %
NEVR	149	8 %
URO	104	8 %
HJERTE	103	3 %
BARN	99	6 %
ORT	99	6 %
LUNG	81	5 %
DPS	75	17 %
GYN	65	5 %
REFM	36	7 %
BUP	31	12 %
AFAG	29	55 %
NYRE	24	5 %
GASKIR	11	1 %
BLKR	10	3 %
ANE	9	5 %
APS	6	19 %
EMA	2	0 %
FERT	2	11 %
INF	1	1 %
Totalsum	**4611**	**15 %**

Klinik	Total venteliste	Herav Ikke fått time	Løftebrudd	% Løftebrudd
ABK	332	196	9	5 %
BUK	4 740	2 693	130	5 %
KIR	20 504	13 180	2567	19 %
MED	23 398	14 783	1822	12 %
MSK	591	62	2	3 %
KPR	2 329	478	81	17 %
Totalsum	**51 894**	**31 392**	**4611**	**15 %**

Løftebrudd i antall og %, pr avd:

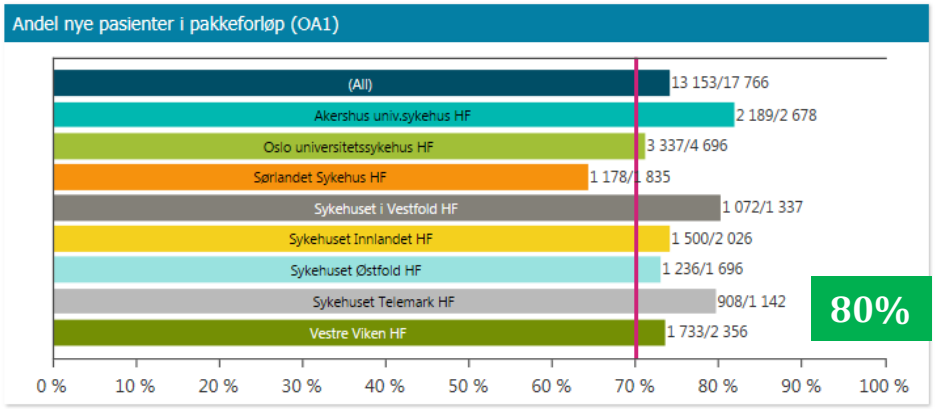


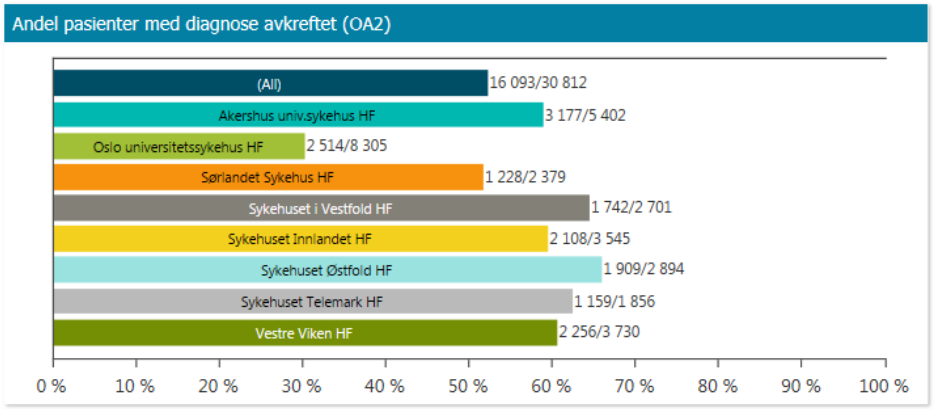
Detaljer finnes på:
http://pulsen.sthf.no/prosjekt/Ledelsesinformasjon/Sider/Dashbord.aspx

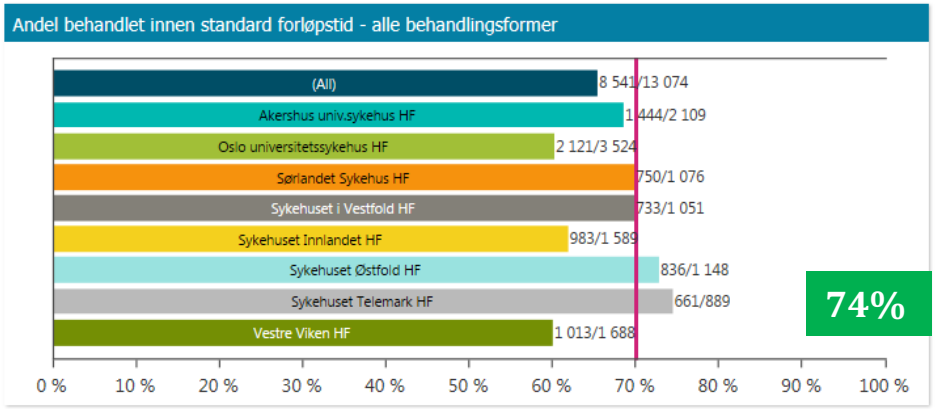
SYKEHUSET TELEMARK

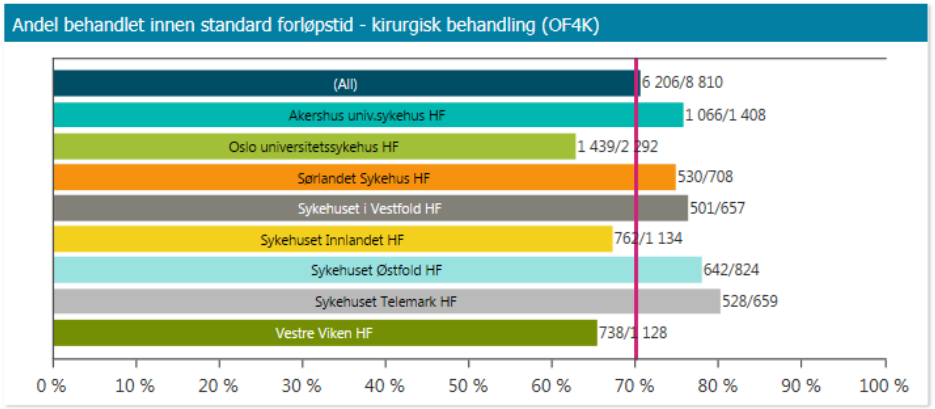
Pakkeforløp Kreft

Resultat siste 12 mnd, alle forløp. Mål = 70%









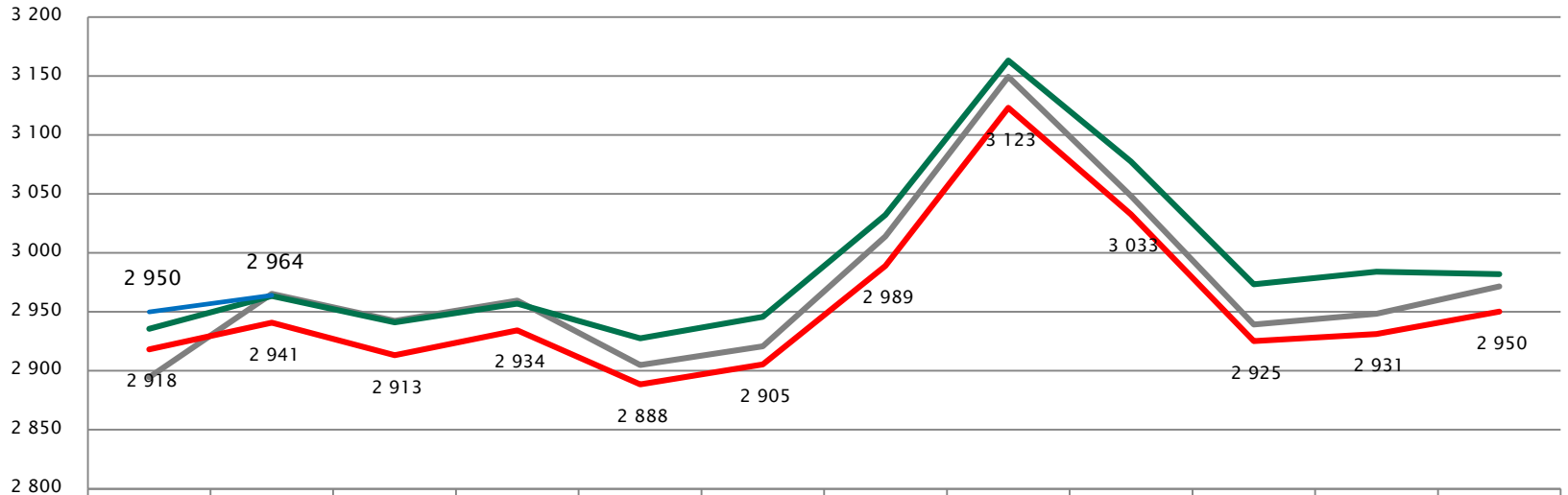
Kilde: NPR
Periode:jan-19 til des-19
Oppdaterte tall finnes på :
https://statistikk.helsedirektoratet.no

SYKEHUSET TELEMARK

Bemanning

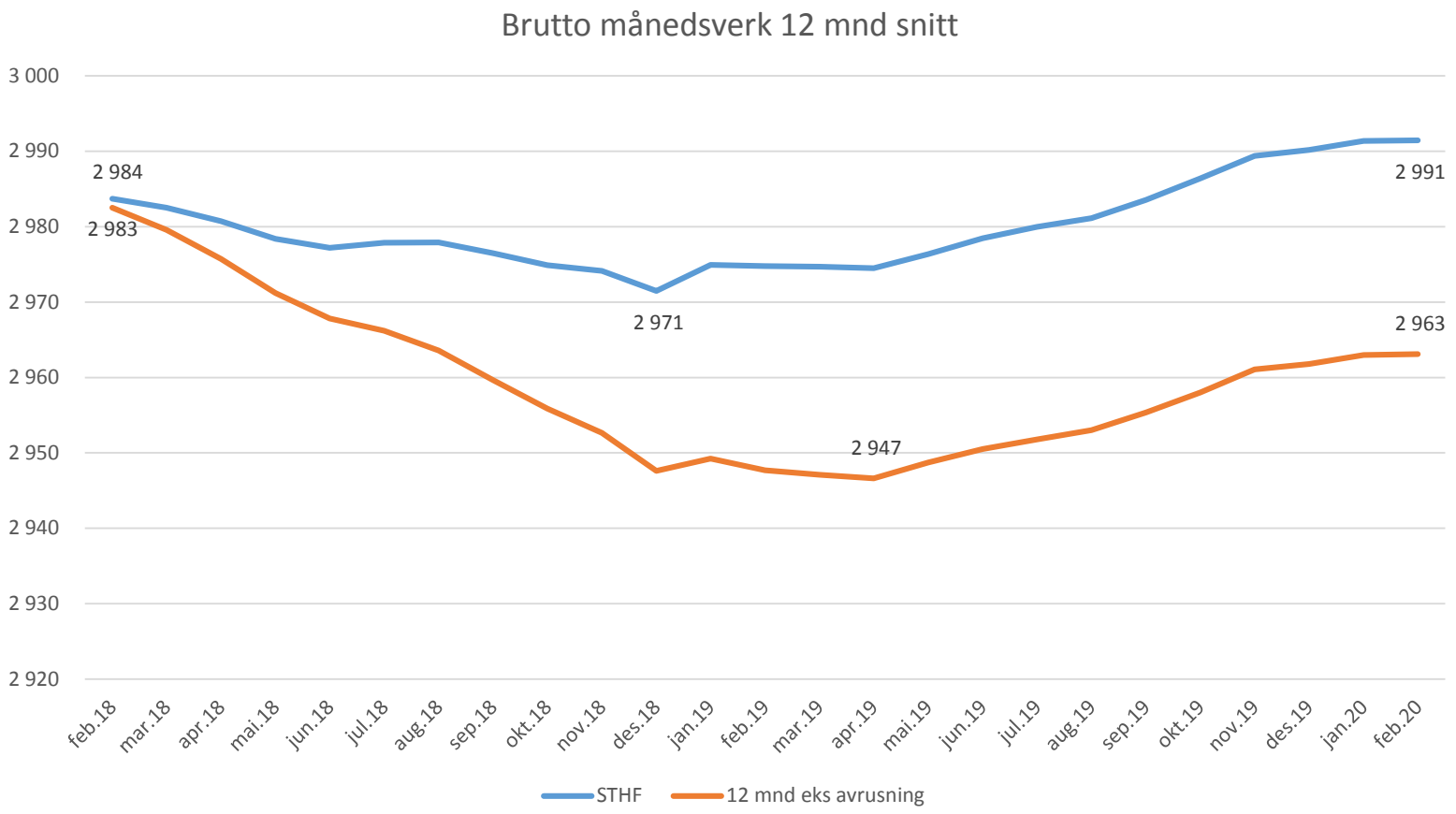
SYKEHUSET TELEMARK

Antall årsverk

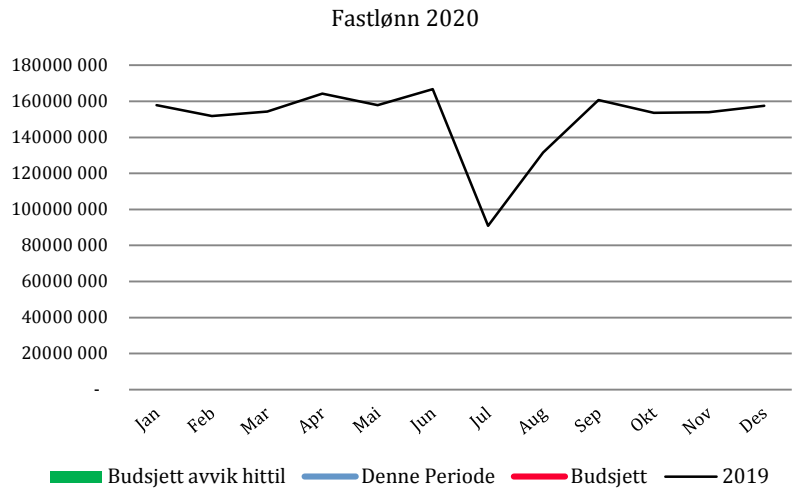


	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Faktisk 2018	2 895	2 965	2 942	2 960	2 905	2 921	3 014	3 149	3 048	2 939	2 948	2 972
Faktisk 2019	2 936	2 963	2 941	2 957	2 928	2 946	3 032	3 163	3 077	2 973	2 984	2 982
Faktisk 2020	2 950	2 964										
BUD20	2 918	2 941	2 913	2 934	2 888	2 905	2 989	3 123	3 033	2 925	2 931	2 950

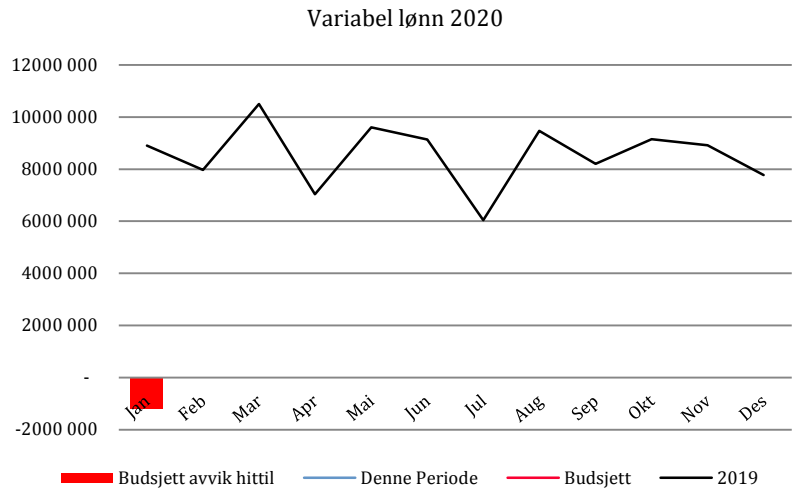
SYKEHUSET TELEMARK



SYKEHUSET TELEMARK

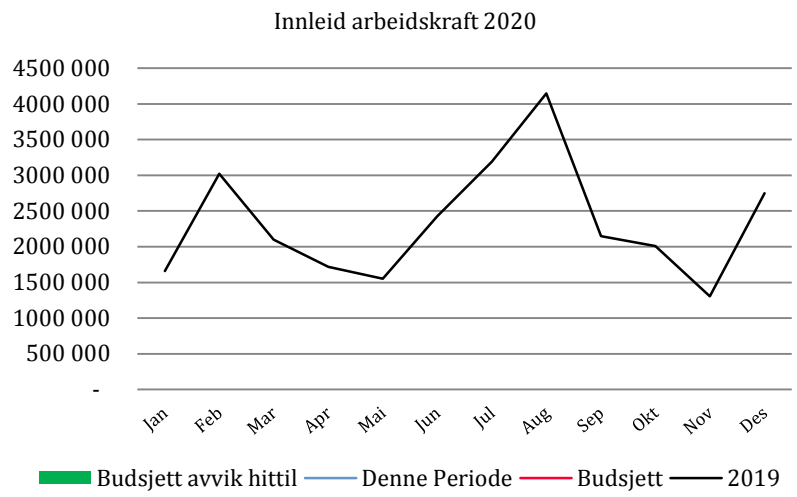


202001	Fastlønn hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
STHF totalt	163 254 350	163 313 772	59 422	0 %
Kirurgisk klinikk	25 277 541	24 952 535	-325 006	-1 %
Medisinsk klinikk	33 963 132	33 085 688	-877 443	-3 %
Barne- og ungdomsklinikken	12 820 174	13 113 527	293 353	2 %
Akutt og beredskap	24 745 930	24 609 085	-136 845	-1 %
Medisinsk Serviceklinikk	16 197 639	16 642 382	444 743	3 %
Psykiatri og rus	31 096 656	31 253 023	156 368	1 %
Service og systemledelse	13 062 875	12 864 278	-198 597	-2 %
Felles - øvrig	-1 205 969	-1 102 134	103 835	-9 %
Administrasjon	7 296 373	7 895 387	599 015	8 %

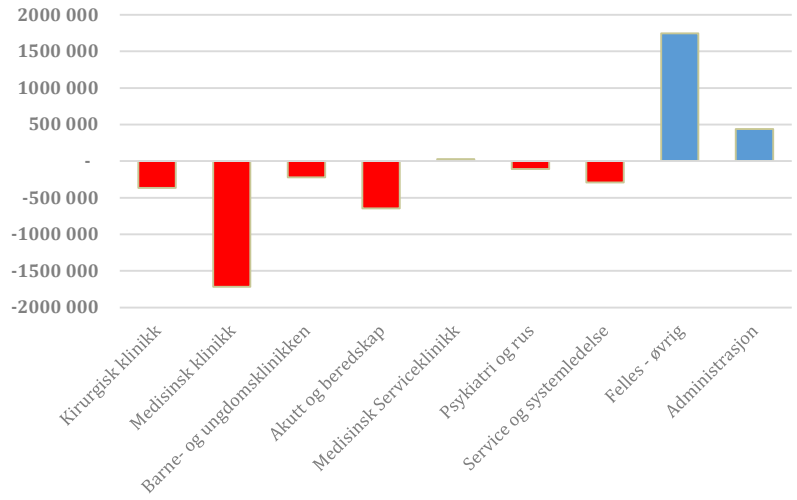


202001	Variabellønn hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	7 775 414	6 580 307	-1 195 107	-18 %
Kirurgisk klinikk	1 510 485	1 363 721	-146 764	-11 %
Medisinsk klinikk	2 236 748	1 398 798	-837 951	-60 %
Barne- og ungdomsklinikken	547 041	213 114	-333 927	-157 %
Akutt og beredskap	1 207 842	723 564	-484 278	-67 %
Medisinsk Serviceklinikk	820 343	444 066	-376 277	-85 %
Psykiatri og rus	936 693	527 367	-409 326	-78 %
Service og systemledelse	335 400	242 919	-92 481	-38 %
Felles - øvrig	-	1 644 156	1 644 156	100 %
Administrasjon	180 862	22 602	-158 260	-700 %

SYKEHUSET TELEMARK

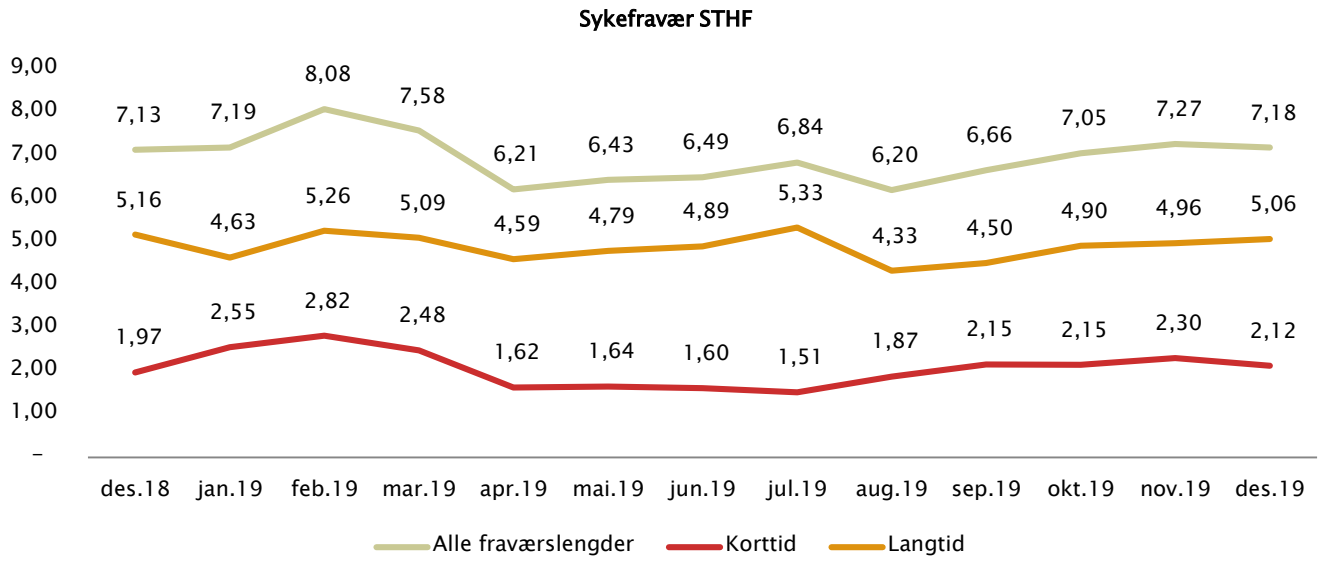


202001	Innleid arbeidskraft hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	1 168 913	1 177 845	8 932	1 %
Kirurgisk klinikk	-	108 139	108 139	100 %
Medisinsk klinikk	-	-	-	0 %
Barne- og ungdomsklinikken	200 727	19 531	-181 196	-928 %
Akutt og beredskap	208 469	184 026	-24 443	-13 %
Medisinsk Serviceklinikk	353 585	314 192	-39 393	-13 %
Psykiatri og rus	406 133	551 958	145 826	26 %
Service og systemledelse	-	-	-	0 %
Felles - øvrig	-	-	-	0 %
Administrasjon	-	-	-	



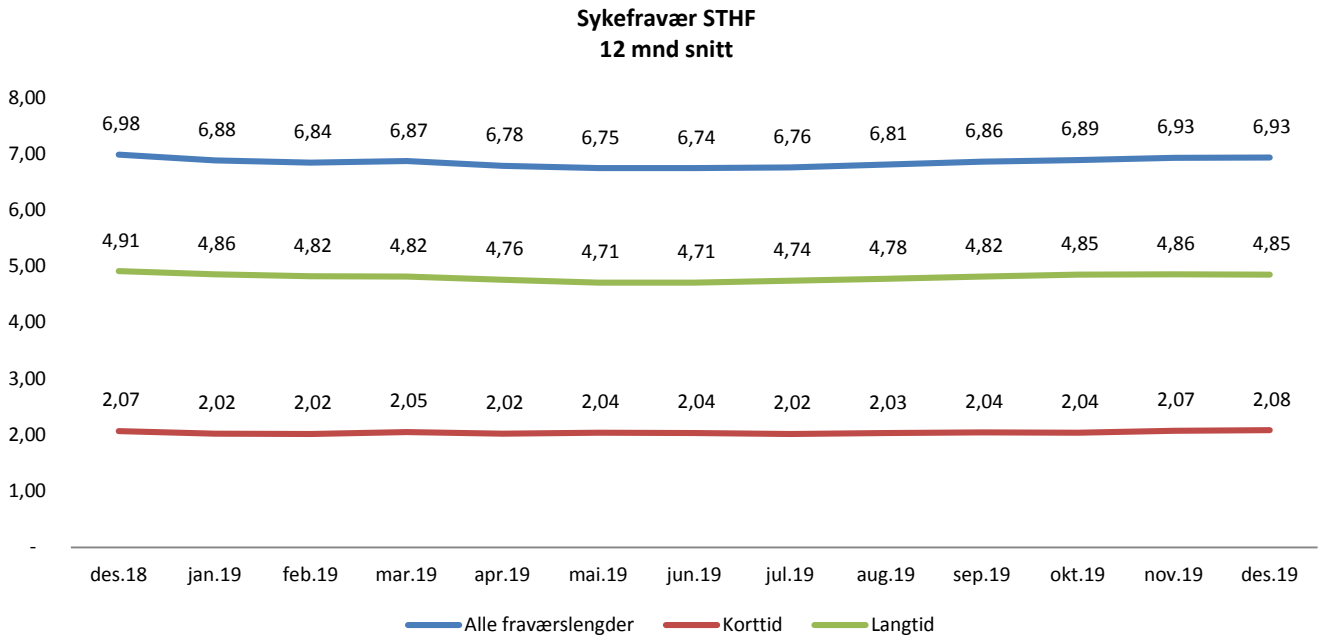
202001	Sum fastlønn, variabellønn og innleid arbeidskraft hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	172 198 678	171 071 924	-1 126 753	-1 %
Kirurgisk klinikk	26 788 026	26 424 395	-363 631	-1 %
Medisinsk klinikk	36 199 880	34 484 486	-1 715 394	-5 %
Barne- og ungdomsklinikken	13 567 942	13 346 172	-221 770	-2 %
Akutt og beredskap	26 162 241	25 516 675	-645 566	-3 %
Medisinsk Serviceklinikk	17 371 567	17 400 640	29 073	0 %
Psykiatri og rus	32 439 481	32 332 349	-107 132	0 %
Service og systemledelse	13 398 275	13 107 197	-291 078	-2 %
Felles - øvrig	-1 205 969	542 021	1 747 990	322 %
Administrasjon	7 477 234	7 917 990	440 755	6 %

SYKEHUSET TELEMARK



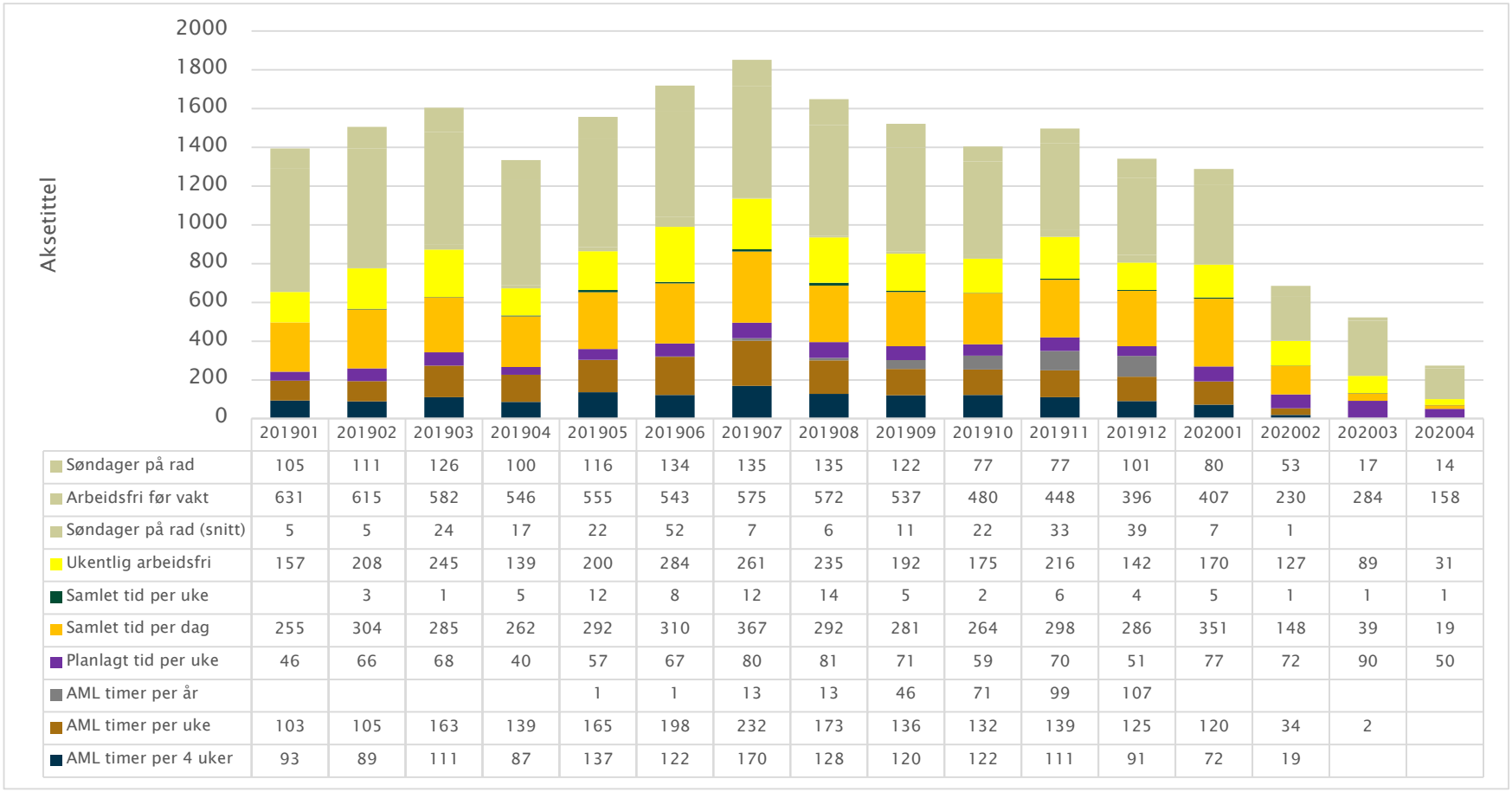
nt	jan.18	feb.18	mar.18	apr.18	mai.18	jun.18	jul.18	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	de
	8,27	8,57	7,24	7,21	6,85	6,53	6,58	5,59	6,06	6,69	6,82	7,13	7,19	8,08	7,58	6,21	6,43	6,49	6,84	6,20	6,66	7,05	7,27	
	8,90	7,03	6,77	7,49	6,31	5,42	5,83	6,32	5,96	6,91	6,51	7,83	7,64	7,64	7,90	6,05	6,35	6,54	6,11	5,89	5,39	5,04	5,36	
	7,14	7,83	6,54	6,71	6,38	5,36	5,46	3,95	4,78	6,27	6,84	7,11	7,85	6,85	6,33	6,15	7,19	5,28	5,35	5,38	6,32	6,72	6,57	
klinikken	8,71	10,73	6,79	6,52	6,47	6,22	6,76	6,62	4,91	5,33	5,75	5,12	4,74	7,73	7,05	4,35	6,68	7,09	8,83	6,94	8,69	9,09	8,80	
	7,67	8,59	7,39	7,56	7,83	7,26	7,22	4,85	5,95	6,92	6,32	7,20	6,84	7,33	7,12	5,16	5,13	5,69	7,55	5,78	6,58	5,96	6,68	
linikk	7,72	7,76	5,81	6,07	5,18	5,56	5,32	3,70	5,13	5,93	7,23	6,77	6,60	8,09	8,39	7,11	6,67	6,68	5,72	4,85	5,14	7,10	8,37	
helsevern og rusbehandling	9,32	9,48	8,13	8,06	7,79	7,77	7,49	7,10	6,92	6,96	7,34	8,09	8,57	10,01	9,02	7,54	7,24	7,49	8,01	7,15	7,38	7,76	7,70	
delse	10,49	11,09	10,22	8,32	8,63	8,98	8,15	7,52	9,33	8,94	8,92	8,47	7,62	11,15	9,41	7,52	6,81	8,17	7,33	8,37	8,91	10,13	9,28	
	4,70	5,19	4,28	4,77	3,67	4,33	5,63	4,48	4,95	4,37	3,20	1,75	2,85	2,72	2,31	3,02	2,85	4,80	6,43	4,29	4,04	4,43	6,23	

SYKEHUSET TELEMARK



SYKEHUSET TELEMARK

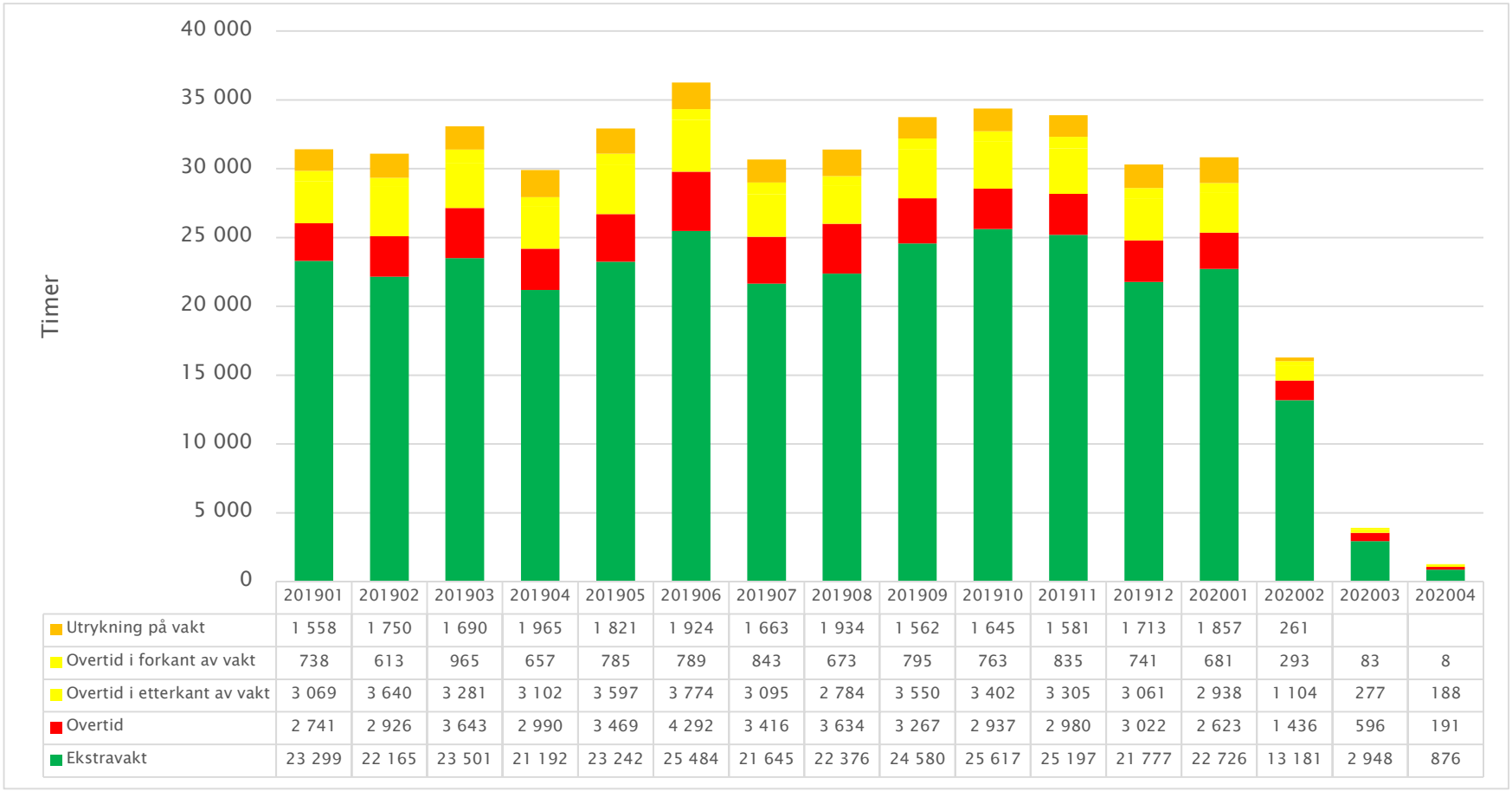
AML brudd



	201901	201902	201903	201904	201905	201906	201907	201908	201909	201910	201911	201912	202001	202002	202003	202004
Søndager på rad	105	111	126	100	116	134	135	135	122	77	77	101	80	53	17	14
Arbeidsfri før vakt	631	615	582	546	555	543	575	572	537	480	448	396	407	230	284	158
Søndager på rad (snitt)	5	5	24	17	22	52	7	6	11	22	33	39	7	1		
Ukentlig arbeidsfri	157	208	245	139	200	284	261	235	192	175	216	142	170	127	89	31
Samlet tid per uke		3	1	5	12	8	12	14	5	2	6	4	5	1	1	1
Samlet tid per dag	255	304	285	262	292	310	367	292	281	264	298	286	351	148	39	19
Planlagt tid per uke	46	66	68	40	57	67	80	81	71	59	70	51	77	72	90	50
AML timer per år					1	1	13	13	46	71	99	107				
AML timer per uke	103	105	163	139	165	198	232	173	136	132	139	125	120	34	2	
AML timer per 4 uker	93	89	111	87	137	122	170	128	120	122	111	91	72	19		

SYKEHUSET TELEMARK

EFO

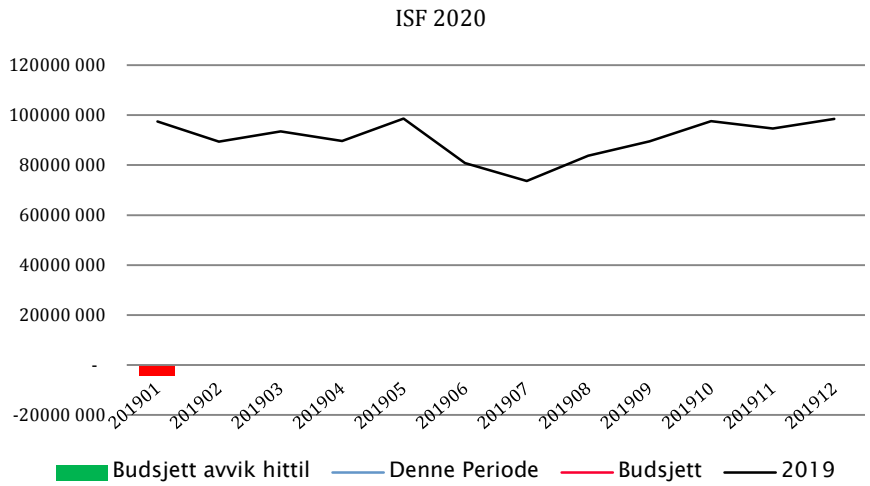


	201901	201902	201903	201904	201905	201906	201907	201908	201909	201910	201911	201912	202001	202002	202003	202004
Utrykning på vakt	1 558	1 750	1 690	1 965	1 821	1 924	1 663	1 934	1 562	1 645	1 581	1 713	1 857	261		
Overtid i forkant av vakt	738	613	965	657	785	789	843	673	795	763	835	741	681	293	83	8
Overtid i etterkant av vakt	3 069	3 640	3 281	3 102	3 597	3 774	3 095	2 784	3 550	3 402	3 305	3 061	2 938	1 104	277	188
Overtid	2 741	2 926	3 643	2 990	3 469	4 292	3 416	3 634	3 267	2 937	2 980	3 022	2 623	1 436	596	191
Ekstravakt	23 299	22 165	23 501	21 192	23 242	25 484	21 645	22 376	24 580	25 617	25 197	21 777	22 726	13 181	2 948	876

SYKEHUSET TELEMARK

Aktivitet

SYKEHUSET TELEMARK



Graf og tabell viser summen av følgende linjer.

ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	-3 732
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	523
ISF-refusjon kommunal medfinansiering	-
ISF refusjon poliklinisk PHV/TSB	-894
IFS - refusjon pasientadministrative kreftlegemidle	-
	-4 103

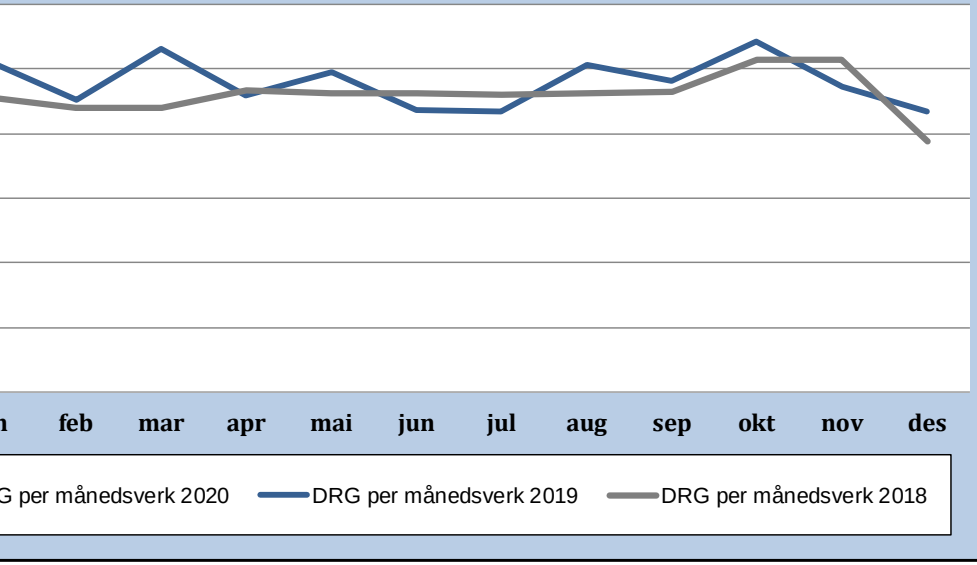
	202001 Denne Periode			202001 Hittil		
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett
Alle Ansvarssteder	98 444 256	102 547 346	-4 103 089	98 444 256	102 547 346	-4 103 089
Kirurgisk klinikk	39 106 290	40 843 558	-1 737 268	39 106 290	40 843 558	-1 737 268
Medisinsk klinikk	40 815 673	42 425 221	-1 609 549	40 815 673	42 425 221	-1 609 549
Barne- og ungdomsklinikken	7 521 833	9 452 729	-1 930 896	7 521 833	9 452 729	-1 930 896
Akutt og beredskap	251 944	209 114	42 830	251 944	209 114	42 830
Medisinsk Serviceklinikk	980 291	1 193 386	-213 094	980 291	1 193 386	-213 094
Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling	2 436 180	2 810 942	-374 762	2 436 180	2 810 942	-374 762
Felles - øvrig	7 297 690	5 596 363	1 701 326	7 297 690	5 596 363	1 701 326

SYKEHUSET TELEMARK

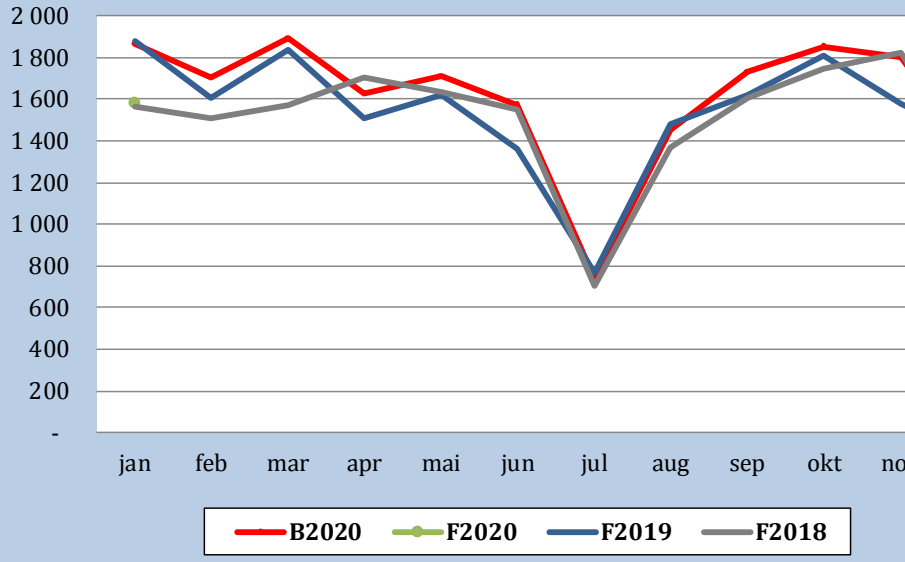
eng PHV og TSB utført ved STHF

	Denne måned				Hittil i år					
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk 2019	Budsjett 2020
rk	579	678	(98)	-15 %	579	678	(98)	-15 %	6 858	6 939
k	177	188	(11)	-6 %	177	188	(11)	-6 %	1 870	1 878
savdeling	15	24	(9)	-37 %	15	24	(9)	-37 %	249	239
V og TSB (underlagt Medisinsk klinikk)	7	8	(2)	-19 %	7	8	(2)	-19 %	76	84
V og TSB + Raskere tilbake	**778**	**898**	**(120)**	**-13 %**	**778**	**898**	**(120)**	**-13 %**	**9 053**	**9 140**
g unges psykiske helse - ABUP	804	967	(163)	-17 %	804	967	(163)	-16,8 %	8 984	10 100
domsklinikken	**804**	**967**	**(163)**	**-17 %**	**804**	**967**	**(163)**	**-17 %**	**8 984**	**10 100**
isk helsevern og TSB på STHF	**1 582**	**1 864**	**(283)**	**-15 %**	**1 582**	**1 864**	**(283)**	**-15 %**	**18 038**	**19 240**

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



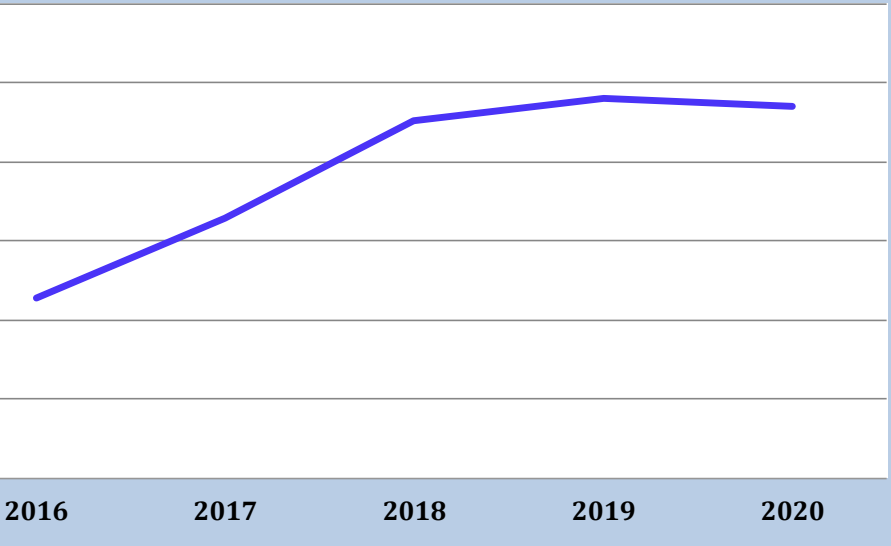
DRG-poeng PHV og TSB ved STHF



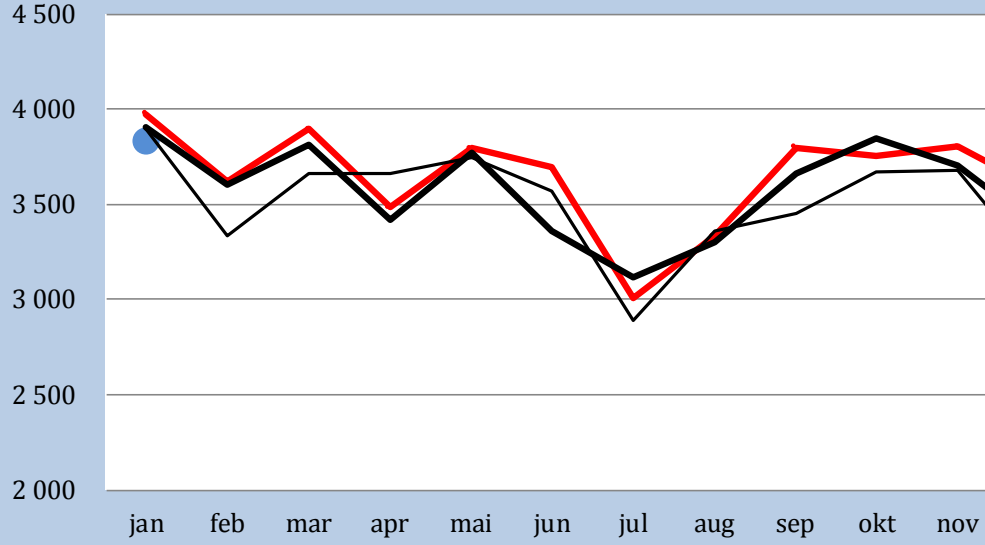
oeng, utført ved STHF

	Denne måned				Hittil i år					
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk 2019	Budsjett 2020
nikk	**1 708**	**1783**	**-75**	**-4 %**	**1 708**	**1 783**	**-75**	**-4 %**	**1 741**	**19 686**
	912	958	-45	-5 %	912	958	-45	-5 %	946	10 651
	664	704	-40	-6 %	664	704	-40	-6 %	686	7 758
rgi, Notodden	131	121	10	8 %	131	121	10	8 %	109	1 277
nikk	**1 781**	**1851**	**-70**	**-4 %**	**1 781**	**1 851**	**-70**	**-4 %**	**1 811**	**20 364**
B (lunge, Kragerø, ger.,mage/tarm)	567	516	51	10 %	567	516	51	10 %	517	5 691
reftsykdommer og palliasjon	258	278	-20	-7 %	258	278	-20	-7 %	259	3 163
A (hjerte,nyre,hormon)	347	414	-66	-16 %	347	414	-66	-16 %	427	4 598
rologi og rehabilitering	263	301	-38	-13 %	263	301	-38	-13 %	269	3 199
Øvre Telemark	346	342	4	1 %	346	342	4	1 %	339	3 713
	217	**279**	**-62**	**-22 %**	**217**	**279**	**-62**	**-22 %**	**297**	**3 033**
edskap	**11**	**9**	**2**	**20 %**	**11**	**9**	**2**	**20 %**	**11**	**100**
	43	**52**	**-9**		**43**	**52**	**-9**	**-18 %**	**46**	**550**
liklinikk	**2**	**1**	**1**		**2**	**1**	**1**		**1**	**10**
litetssikring	**74**	**-**	**74**		**74**	**-**	**74**		**-79**	**0**
ørt ved STHF	**3 836**	**3 976**	**-140**	**-4 %**	**3 836**	**3 976**	**-140**	**-4 %**	**3 828**	**43 743**

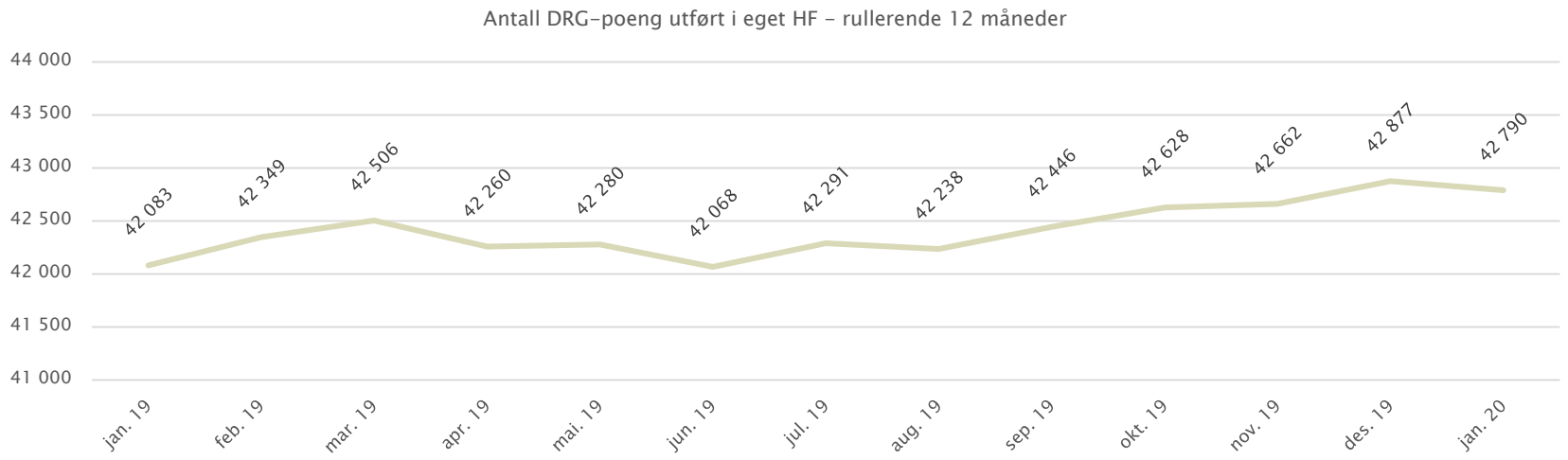
DRG-poeng per brutto månedsverk somatikk

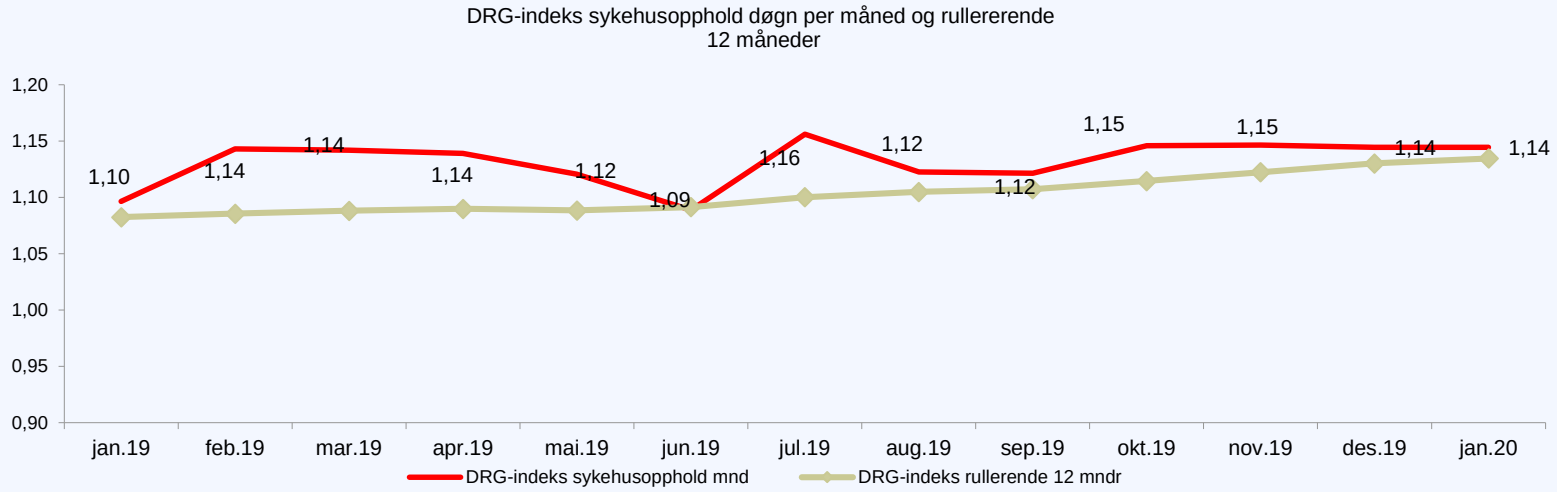


STHF - DRG-poeng utført ved STHF



SYKEHUSET TELEMARK





Kvalitetsindikatorer

SYKEHUSET TELEMARK

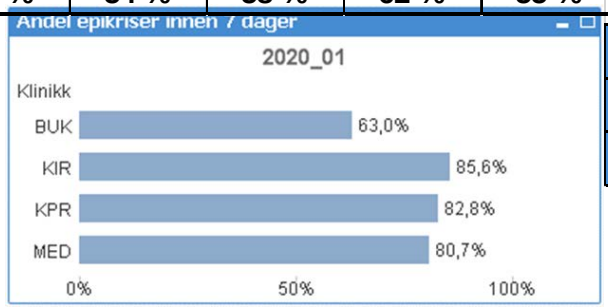
Epikriser.

Andel epikriser sendt innen 7 dager

er sendt innen 7 dager	Måned											
	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	des.19
	69 %	69 %	79 %	67 %	56 %	62 %	73 %	65 %	60 %	66 %	72 %	77 %
	82 %	83 %	84 %	83 %	82 %	86 %	89 %	85 %	83 %	87 %	84 %	87 %
	84 %	81 %	79 %	81 %	82 %	84 %	86 %	76 %	80 %	75 %	74 %	71 %
	84 %	82 %	83 %	81 %	82 %	86 %	86 %	85 %	80 %	80 %	85 %	82 %
	82 %	**81 %**	**83 %**	**80 %**	**79 %**	**84 %**	**86 %**	**81 %**	**80 %**	**80 %**	**82 %**	**82 %**

Andel epikriser sendt innen 1 dag

er sendt innen 1 dag												
	jan.19	feb.19	mar.19	mai.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	des.19
	45 %	41 %	41 %	37 %	32 %	40 %	44 %	31 %	31 %	39 %	38 %	49 %
	62 %	62 %	62 %	65 %	62 %	64 %	71 %	64 %	64 %	68 %	65 %	70 %
	42 %	41 %	41 %	44 %	42 %	45 %	55 %	41 %	44 %	38 %	36 %	38 %
	56 %	56 %	56 %	56 %	56 %	63 %	61 %	58 %	51 %	52 %	57 %	57 %
	55 %	**54 %**	**54 %**	**55 %**	**54 %**	**58 %**	**62 %**	**55 %**	**53 %**	**54 %**	**55 %**	**58 %**



	Måltall
Andel epikriser sendt innen 7 dager Klinikker	80%
Andel epikriser sendt innen 1 dag PSV og TSB	50%
Andel epikriser sendt innen 1 dag Somatik	70%

SYKEHUSET TELEMARK

Direkte time	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	des.19
ABK	100 %	96 %	0 %	100 %	100 %	100 %	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
BUK	89 %	89 %	95 %	92 %	83 %	86 %	89 %	94 %	90 %	91 %	95 %	94 %	90 %
KIR	77 %	80 %	81 %	84 %	88 %	92 %	88 %	87 %	88 %	82 %	78 %	85 %	87 %
KPR	93 %	98 %	81 %	89 %	89 %	90 %	87 %	81 %	88 %	90 %	88 %	90 %	88 %
MED	78 %	82 %	83 %	81 %	78 %	80 %	73 %	66 %	80 %	82 %	82 %	80 %	78 %
MSK	95 %	98 %	95 %	98 %	94 %	100 %	90 %	100 %	98 %	100 %	100 %	97 %	98 %
STHF	**79 %**	**83 %**	**83 %**	**84 %**	**84 %**	**87 %**	**82 %**	**79 %**	**85 %**	**83 %**	**82 %**	**84 %**	**84 %**

tstid (døgn) fra mottak av henvisning til henvisning er fullført.	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	des.19	ja
	12,06	2,16	4,68	2,47	1,96	1,69	10,79	1,31	3,46	2,14	2,33	3,85	2
	3,63	5,65	5,25	5,71	5,33	5,86	5,49	5,76	5,12	4,90	5,29	4,17	3
	1,81	1,36	2,46	1,40	1,58	1,71	1,05	0,95	1,19	1,27	1,04	1,08	1
	4,65	6,20	5,77	7,88	4,89	4,24	5,21	4,08	4,25	4,04	4,64	4,75	3
	6,34	9,05	7,04	10,19	7,04	2,14	2,61	2,25	2,66	2,64	3,91	6,72	2
	2,18	4,60	17,98	2,61	2,00	2,21	11,14	1,54	1,58	1,80	1,48	1,51	1
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	

sninger vurdert.	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	des.19	ja
	94	84	82	64	76	45	33	78	69	75	53	63	
	328	328	315	316	334	275	246	220	341	388	323	326	
	3077	2653	3009	2 717	3 125	2749	2328	2911	3036	3178	3193	2382	3
	340	378	360	356	372	374	258	300	377	429	367	356	
	2642	2269	2548	2 264	2 467	2302	1836	2168	2482	2744	2569	2038	2
	220	243	241	229	220	281	122	258	263	287	276	172	
	6 701	5 955	6 555	5 946	6 594	6 026	4 823	5 935	6 568	7 101	6 781	5 337	6 4
ninger vurdert innen 10 virkedager	6 633	5 881	6 481	5 865	6 518	5 969	4 723	5 902	6 522	7 040	6 718	5 285	6 4
rt innen 10 virkedager	99,0 %	98,8 %	98,9 %	98,6 %	98,8 %	99,1 %	97,9 %	99,4 %	99,3 %	99,1 %	99,1 %	99,0 %	99,

ne dokumenter i EPJ som er mer enn 14		jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	des.19	ja
l dokumenter som er mer 14 dager gamle ansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	4 037	3 679	3 606	3 786	3 890	3 581	3 185	3 293	3 743	3 390	3 585	3 951	3 6
	ABK	15	16	6	4	7	7	15	4	6	4	11	5	
	BUK	772	854	896	878	914	972	675	614	694	625	650	683	5
	KIR	1 020	1 073	975	1 054	1 009	919	1 043	1 169	1 224	1 110	1 095	1 208	1 1
	KPR	642	739	810	863	873	711	574	613	819	774	836	908	7
	MED	1 538	965	887	925	1 014	938	844	874	979	846	943	1 098	1 1
	MSK	50	32	32	62	73	34	34	19	21	31	50	49	
egedokumenter som er mer enn 14 dager t tidspunkt for opprettelse)	STHF	1 689	1 406	1 320	1 423	1 522	1 294	1 135	1 304	1 598	1 472	1 540	1 796	1 8
sykepleiedokumenter som er mer enn 14 uansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	1 191	1 069	1 039	1 113	1 083	982	1 037	1 039	1 029	899	977	953	8
umenter som det normalt tar mer enn 14 dager å få ferdigstilt	STHF	51	44	41	36	38	38	40	39	43	39	40	42	
	BUK	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	KIR	30	32	33	34	34	35	37	37	41	37	38	40	
	KPR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	MED	21	12	8	2	4	3	3	2	2	2	2	2	
	MSK	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
sienter med åpen henvisningsperiode, uten		jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	des.19	ja
nter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	STHF	1 765	1 827	1 800	2 021	2 167	2 542	2 105	1 711	1 170	1 062	2 088	1 068	9
	ABK	17	6	6	10	15	6	7	7	13	9	11	13	
	KPR	54	41	24	70	75	55	73	78	94	53	48	47	
	BUK	102	142	162	210	209	103	112	104	129	53	108	51	
	MSK	122	162	239	250	308	203	156	139	141	178	116	154	1
	KIR	315	341	258	335	385	838	257	157	222	221	477	203	1
	MED	1 155	1 135	1 111	1 146	1 175	1 337	1 500	1 226	571	548	1 328	600	5
asienter registrert på avdelinger som er omorganisert og lukket.	ååMEDKIR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	ååPRE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	ååAKP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	ååKIR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	301	-	
	ååNYHO	-	-	2	-	-	1	-	-	1	-	1	-	
	ååEØNHNO	-	-	-	-	-	527	-	-	-	-	-	-	
	ååMED	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	808	-	

SYKEHUSET TELEMARK

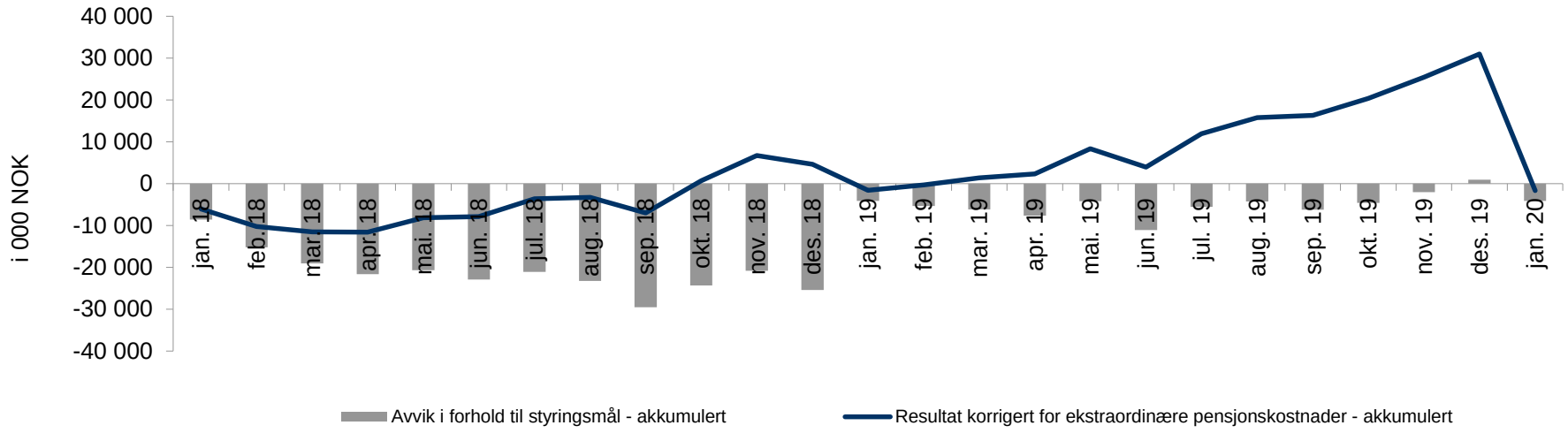
Økonomi

Resultatregnskap

Januar 2020	Denne periode faktisk	Denne periode budsjett	Denne periode Avvik	Hittil faktisk	Hittil budsjett	Hittil avvik	Hele året budsjett	Hele året estimat	Avvik
hme	203 898	203 898	0	203 898	203 898	0	2 424 871	2 424 871	
basert finansiering	1 414	1 414	-	1 414	1 414	-	16 971	16 971	
jon dag- og døgnbehandling	71 000	74 732	-3 732	71 000	74 732	-3 732	822 500	822 500	
tisk poliklinisk aktivitet	17 102	16 579	523	17 102	16 579	523	182 824	182 824	
jon kommunal medfinansiering	-	-	-	-	-	-	60 798	60 798	
jon poliklinisk PHV/TSB	4 998	5 892	-894	4 998	5 892	-894	-	-	
usjon pasientadministrative kreftlegemidler	5 344	5 344	-	5 344	5 344	-	64 131	64 131	
ngsklare pasienter	3 911	1 661	2 250	3 911	1 661	2 250	19 931	19 931	
sienter	1 358	1 169	188	1 358	1 169	188	17 832	17 832	
nterne gjestepasientinntekter	7 017	7 017	-0	7 017	7 017	-0	88 592	88 592	
ke inntekter	8 586	9 056	-470	8 586	9 056	-470	100 394	100 394	
et tilskudd "Raskere tilbake	-	-	-	-	-	-	-	-	
emerkede tilskudd	1 410	1 381	29	1 410	1 381	29	16 572	16 572	
ftsinntekter	24 399	21 130	3 269	24 399	21 130	3 269	267 138	267 138	
FTSINNTEKTER	350 437	349 274	1 163	350 437	349 274	1 163	4 082 555	4 082 555	
offentlige helsetjenester	3 507	3 358	-150	3 507	3 358	-150	40 497	40 497	
private helsetjenester	9 763	8 701	-1 063	9 763	8 701	-1 063	107 785	107 785	
nader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	44 151	40 188	-3 963	44 151	40 188	-3 963	479 829	479 829	
rbeidskraft - del av kto 468	1 169	1 178	9	1 169	1 178	9	13 760	13 760	
nterne gjestepasientkostnader	24 537	24 935	398	24 537	24 935	398	286 747	286 747	
fast ansatte	163 254	163 314	59	163 254	163 314	59	1 872 025	1 872 025	
og ekstrahjelp	7 775	6 580	-1 195	7 775	6 580	-1 195	88 332	88 332	
inkl arbeidsgiveravgift	19 722	30 132	10 410	19 722	30 132	10 410	345 396	226 066	-1
e tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-9 984	-9 169	814	-9 984	-9 169	814	-105 088	-105 088	
nn	26 704	26 297	-407	26 704	26 297	-407	297 781	297 781	
inger	8 339	8 383	45	8 339	8 383	45	102 595	102 595	
ninger	-	-	-	-	-	-	-	-	
ftskostnader	44 355	44 378	23	44 355	44 378	23	539 511	539 511	
FTSKOSTNADER	343 294	348 275	4 981	343 294	348 275	4 981	4 069 171	3 949 840	-1
ESULTAT	7 143	999	6 144	7 143	999	6 144	13 384	132 715	1
ntekter	1 853	1 687	166	1 853	1 687	166	19 647	19 647	
stnader	209	187	22	209	187	22	3 032	3 032	
ESULTAT	1 644	1 501	143	1 644	1 501	143	16 616	16 616	
RT RESULTAT	8 787	2 500	6 287	8 787	2 500	6 287	30 000	149 331	1
kostnader	-10 410	-	-10 410	-10 410	-	-10 410	-	-119 331	-1

SYKEHUSET TELEMARK

Driftsresultat og budsjettavvik 2018 til 2020 - foretak og klinikker

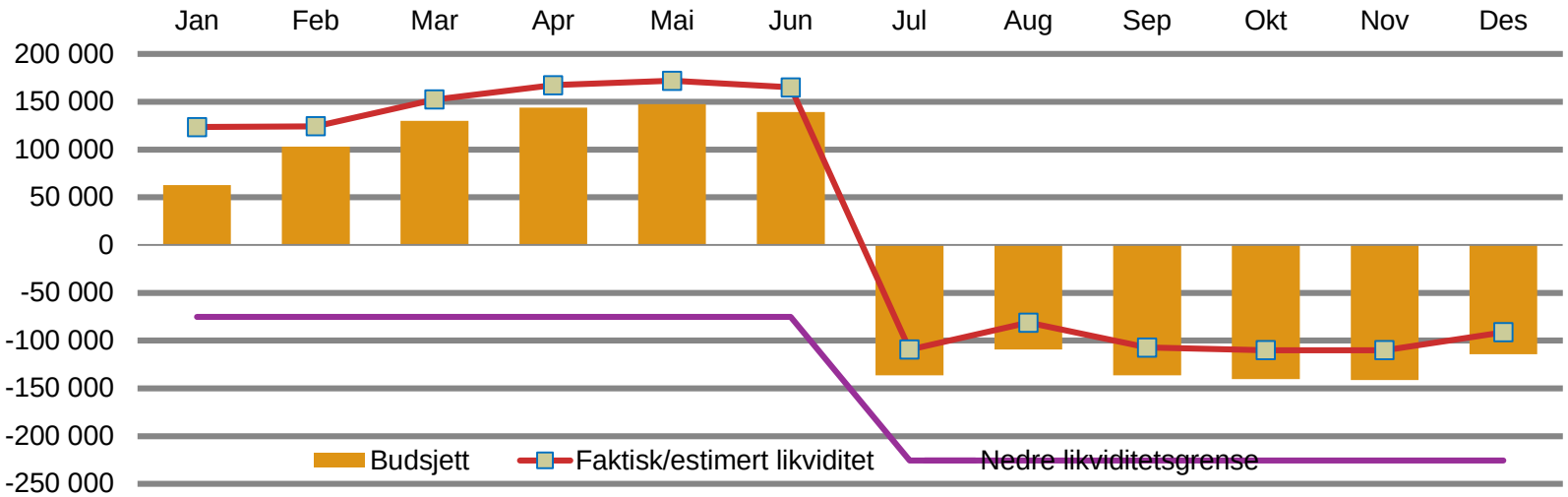


	Hittil i år	Hittil i år	Denne periode, resultat.										
	Resultat	Budsjettavvik	Jan. 20	Des. 19	Nov. 19	Okt. 19	Sep. 19	Aug. 19	Jul. 19	Jun. 19	Mai. 19	Apr. 19	Mar.
	(2 290)	(2 290)	(2 290)	(4 767)	(3 010)	(1 808)	(3 998)	(4 894)	944	(5 958)	(1 249)	(3 361)	(2
	(4 966)	(4 966)	(4 966)	(2 877)	(3 650)	(3 201)	(2 025)	(2 734)	220	(806)	(2 108)	(3 464)	
linikken	(1 548)	(1 548)	(1 548)	557	(461)	565	(35)	2 362	20	(1 700)	1 774	(69)	
	(622)	(622)	(622)	(394)	(1 608)	(2 245)	(1 265)	(3 156)	(2 274)	(1 217)	(1 282)	(882)	(1
nikk	763	763	763	2 642	1 122	802	2 270	1 609	2 327	1 119	3 152	1 844	
	216	216	216	(1 469)	(755)	469	(1 379)	(103)	1 912	(344)	(414)	(454)	
delse	(1 016)	(1 016)	(1 016)	665	(3 144)	(637)	265	1 111	533	(3 228)	(1 872)	347	
	(366)	(366)	(366)	671	(72)	798	(102)	943	793	(918)	979	357	
	8 206	5 706	8 206	10 475	16 644	9 350	6 813	8 679	3 506	8 690	6 979	4 586	3
	(1 623)	**(4 123)**	**(1 623)**	**5 504**	**5 066**	**4 092**	**543**	**3 818**	**7 981**	**(4 361)**	**5 958**	**(1 097)**	

SYKEHUSET TELEMARK

Likviditet og investeringer.

Tall i tusen



Investeringer - tall i 1000	Regn. 2020	Est. 2020	Bud. 2020
Bygg & anlegg	488	36 000	36 000
MTU	3 129	120 000	120 000
Annet utstyr, biler m.m.	200	14 000	14 000
IKT-investeringer - lån til Sykehuspartner	0	5 700	5 700
Tilbakebetalt lån fra Sykehuspartner	0	-3 524	-3 524
SUM	**3 817**	**172 176**	**172 176**

SYKEHUSET TELEMARK

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Tilsyn – somatiske spesialisthelsetjenester til utlokaliserte pasienter Sykehuset Telemark HF

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
012-2020	Fagdirektør Halfrid Waage	Orientering	25.02.2020

Trykte vedlegg: Foreløpig tilsynsrapport
Utrykte vedlegg:

Har saken betydning for pasientsikkerheten?
Plassering av pasienter på avdeling som ikke har tilstrekkelig kompetanse kan føre til risiko knyttet til tre hovedområder: Uklarhet om medisinsk ansvar, manglende tilgang til kompetanse, utstyr og teknologi, samt manglende observasjoner og oppfølging.

Ingress:

Styret har ønsket en orientering om tilsynet med somatiske spesialisthelsetjenester til utlokaliserte pasienter som ble gjennomført ved Sykehuset Telemark HF i 2019. Utlokaliserte pasienter er det vi vanligvis benevner som «satellittpasienter», altså pasienter som er innlagt på annen sengepost enn den som har fagspesifikk sykepleiekompetanse på pasientens aktuelle helseproblem. I saken benyttes begrepene om hverandre.

Tilsynet er gjennomført av Fylkesmannen i Agder og er en del av et landsomfattende tilsyn initiert av Statens helsetilsyn. Tilsynet har blitt gjennomført ved først en kartlegging, så en egenvurdering, og til slutt et tilsynsbesøk.

Foreløpig tilsynsrapport konkluderer med:

> Helseforetaket har identifisert utlokalisering som et risikoområde og iverksatt risikoreduserende tiltak. Det er imidlertid mangler ved ledelsens kontroll og oppfølging av tiltak. Svakheter ved systemet medfører risiko for mangel på oversikt over utlokaliserte pasienter. Det sikres ikke fagspesifikk kompetanse i oppfølgingen av utlokaliserte pasienter, dette medfører risiko for at pasienter mottar tjenester som ikke er tilstrekkelig målrettet og individuelt tilpasset deres helseproblem. Helseforetaket sikrer ikke at pasienter får tilstrekkelig informasjon i forbindelse med utlokalisering.

Forbedringsarbeid er iverksatt for å lukke avviket. Tilsynet og oppfølgingsarbeidet vil også inngå i den rutinemessige tertialvise rapporteringen av tilsyn og revisjoner til styret.

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Skien, den 17. februar 2020

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Bakgrunn for saken/faktabeskrivelse

Definisjon

Utlokalisert pasient er i denne sammenhengen definert som en innskrevet pasient, som på grunn av plassmangel, mottar spesialisthelsetjenester på en annen sengepost enn den som har fagspesifikk sykepleiekompetanse på pasientens aktuelle helseproblem.

Lege på moderposten, altså legene som har fagspesifikk kompetanse på pasientens helseproblem, beholder vanligvis det medisinsk faglige ansvaret.

Bakgrunn

Sengepostenes kapasitet og fordeling mellom fagområder ved STHF beror, i likhet med andre eldre helseforetak/sykehus, på flere faktorer. Kapasiteten er i utgangspunktet dimensjonert ut fra et antatt og til dels beregnet behov for senger innenfor de ulike fagområdene. Dimensjoneringen vil ofte ha endret seg over tid da endringer i befolkningens behov og utvikling av behandlingsformer kan føre til at behovet for senger endres. Innføring av laparaskopi og dagkirurgi er gode eksempler på dette. Det kan være en kompliserende faktor at bygningsmassen ikke alltid tillater tilstrekkelig fleksibilitet når det gjelder sengenes tilhørighet til fagområder,

Sengepostene vil være dimensjonert for et normalbehov, som regel med en viss bufferkapasitet. Når avdelinger er fulle, kan sykehusene sette inn ekstra senger, enten på korridor (korridorpasienter) eller på andre rom, som egentlig er ment for annet bruk, som for eksempel bad og dagligstuer. Det er ikke ønskelig å ha pasienter liggende i korridorene. Det er vanskelig å ivareta den lovpålagte taushetsplikten, for pasienter som ligger i gangene eller i andre fellesrom. I tillegg opplever pasientene at det går ut over deres personlige integritet og verdighet.

En annen mulighet er å plassere pasienter på andre avdelinger enn på moderavdelingen, hvor de naturlig hører hjemme. Sykehusene vil alltid ha noe ledig kapasitet i form av ledige senger gjennom året fordi antall pasienter varierer fra dag til dag. Ved å se sykehusets totale kapasitet under ett, vil man kunne redusere korridorpasienter. Det er da viktig å sikre at de pasientene som er utplassert også får god behandling og oppfølging og at det ikke skjer svikt eller feil i pasientbehandlingen.

Om tilsynet

Tilsynet er del av et landsomfattende tilsyn initiert av Statens helsetilsyn. Hensikten er å undersøke om helseforetakene sørger for at utlokaliserte somatiske pasienter får forsvarlige helsetjenester.

Tilsynet med STHF har blitt gjennomført i flere faser og har omfattet utlokaliserte pasienter innenfor ortopedi, gastrokirurgi og indremedisin (alle spesialiteter).

- Fase 1: kartlegging i 4 uker sommeren 2019 viste at det var utlokalisert 6 gastrokirurgiske og 15 indremedisinske pasienter i Skien. På Notodden var det ingen utlokaliserte pasienter i samme periode.
- Fase 2: når?? Sykehuset gjorde en egenvurdering av de identifiserte utlokaliserte pasientene med 9 utvalgte sjekkpunkter/kvalitetsindikatorer. Egenvurderingen avdekket noen initiale registreringsfeil, slik at antallet utlokaliserte pasienter ble nedjustert til 4 gastrokirurgiske og 15 indremedisinske. Egenvurderingen indikerte noen mangler, og det ble derfor besluttet å gjennomføre et tilsynsbesøk.
- Fase 3: Tilsynsbesøk 2.-5. desember 2019. Det ble gjennomført intervjuer av ledere og medarbeidere. Videre ble det gjort stikkprøver i pasientjournalene.

- 21.01.2020: Foreløpig tilsynsrapport mottatt. Tilsvar gitt 05.02.20. Endelig rapport avventes.

Funn ved tilsynet

Fylkesmannen konkluderer i den foreløpige rapporten med følgende:

> Helseforetaket har identifisert utlokalisering som et risikoområde og iverksatt risikoreduserende tiltak. Det er imidlertid mangler ved ledelsens kontroll og oppfølging av tiltak. Svakheter ved systemet medfører risiko for mangel på oversikt over utlokaliserte pasienter. Det sikres ikke fagspesifikk kompetanse i oppfølgingen av utlokaliserte pasienter, dette medfører risiko for at pasienter mottar tjenester som ikke er tilstrekkelig målrettet og individuelt tilpasset deres helseproblem. Helseforetaket sikrer ikke at pasienter får tilstrekkelig informasjon i forbindelse med utlokalisering.

Sykehuset Telemark HF får anerkjennelse for å ha definert utlokalisering som et risikoområde og iverksatt risikoreduserende tiltak. Dette var en del av forbedringsarbeidet i 2016 med prosjektet «Ingen korridorpasienter ved STHF». Arbeidet er nærmere beskrevet lenger ned i saken.

Tilsynet påpeker mangler ved ledelsens kontroll og oppfølging av tiltak. Dette begrunnes med at de tiltakene som er iverksatt når det gjelder utlokaliserte pasienter ikke synes tilstrekkelig evaluert eller kontrollert.

Videre vises det til at systemet STHF har for å holde oversikt over utlokaliserte pasienter er mangelfullt. Denne delen av konklusjonen har vi kommentert i tilsvaret på Fylkesmannens foreløpige tilsynsrapport. Vi mener at applikasjonen på intranettet, som viser belegg og satellittpasienter i sanntid, og postlister i DIPS, til sammen gir en svært god oversikt over utlokaliserte pasienter. Derimot kunne helseforetaket i tillegg hatt nytte av historisk og akkumulert informasjon (siste måned, siste år) om utlokaliserte pasienter. Vi har tillatt oss å foreslå at tilsynets formulering ble justert i denne retningen.

Det kommenteres at fagspesifikk kompetanse i oppfølgingen av utlokaliserte pasienter ikke sikres, med risiko for at helsetjenestene ikke blir tilstrekkelig målrettet og individuelt tilpasset. Utlokalisering besluttes og gjennomføres ofte fra akuttmottaket og kun av erfarne leger. Det er dialog med mottakende avdeling før flytting, og det gjøres individuelle vurderinger av om pasienter kan flyttes uten for stor risiko. Det foreligger som oftest en diagnose eller forslag til diagnose, og planlegging av videre forløp og behandling er beskrevet. Tilsynets vurdering på dette punktet er hovedsakelig begrunnet i at utlokalisering ofte blir gjort direkte fra akuttmottak og uten tilstrekkelig medvirkning fra personell (leger og pleiere) med fagspesifikk kompetanse på pasientens helseproblem. Videre blir vurderingen av om pasienten kan flyttes i liten grad blir dokumentert.

Tilsynet mener at helseforetaket ikke sikrer at pasienter får tilstrekkelig informasjon i forbindelse med utlokalisering. Dette er basert på at de fleste pasienter får informasjon om at de flyttes grunnet plassmangel, men ikke noe mer utdypende informasjon om hva flyttingen kan innebære. Det dokumenteres i liten grad i journal hvilken informasjon som er gitt til pasienten. Det er ikke gjennomført brukerundersøkelser blant utlokaliserte pasienter.

Relatert arbeid og problemstillinger

«Ingen korridorpasienter ved STHF»

I 2016 ble det gjennomført et prosjekt for å redusere korridorpasienter. Bakgrunnen var at Sykehuset Telemark HF over tid hadde hatt utfordringer med at nivået av korridorpasienter var på 3-4 %, mens andre helseforetak hadde vesentlig lavere nivå. Flere tiltak for å sikre bedre pasientflyt og god pasientbehandling ble iverksatt i kjølvannet av prosjektet. Blant annet fikk akuttmottaket myndighet til å beslutte plassering av pasienter. Man erkjente at flytting til andre sengeposter enn der pasienten naturlig hører hjemme, medfører en risiko for pasientbehandlingen. Det ble derfor utarbeidet retningslinje for overflytting av pasienter mellom sengeposter, for pasientflyt fra akuttmottak til somatiske sengeposter, og for oppfølging av satellittpasienter. Videre ble det utviklet en applikasjon som viser belegg på de enkelte sengepostene i sanntid og hvor eventuelle satellittpasienter er lokalisert. Oversikten er lett tilgjengelig på intranettet og oppdateres hvert femte minutt.
Etter dette har korridorpasienter vært på rundt 1 %, hvilket er i tråd med resten av helseregionen. En vesentlig del av problematikken i dag skyldes overliggere av utskrivningsklare pasienter som kommunen ikke klarer å ta imot.

Internrevisjon 2017
Revisjonen ble gjennomført som en egenvurdering av 29 utvalgte seksjoner, med påfølgende systemrevisjon av noen få seksjoner. Ett av temaene var om styrende dokument «Oppfølging av satellittpasienter» var implementert. I egenvurderingen ble det ikke gitt avvik på praksis, men det ble gitt ett avvik ved systemrevisjonen. Dette gjaldt forbedring av styrende dokument.

Tilsyn bemanning og pasientbelegg
Fylkesmannen i Telemark gjennomførte tilsyn med Sykehuset Telemark HF i perioden februar 2018 til mai 2019 på bakgrunn av bekymringsmelding fra ansatte. Tema var om Medisinsk klinikk, seksjon mage/tarm i Skien, sikrer et forsvarlig forhold mellom bemanning og pasientbelegg, slik at pasientsikkerheten ivaretas og at alle pasienter får forsvarlige helsetjenester. Tilsynet konkluderte med at forsvarlig styring av bemanningen på sengeposten i forhold til pasientbelegget ikke var sikret. Helseforetaket har meldt tilbake at det jobbes med styring av bemanning ifht pasientbelegg. I tillegg vurderes det tiltak som å konvertere variabel lønn og overtid til styrket grunnbemanning, samt å etablere en lettpost, hvor pasienter som i dag ligger kort tid som dagpasienter i sengepostene kan ivaretas. Endelig frist for lukking er 2. mars 2020.

«Sengepostprosjekt»
Det vil i 2020 startes et tverrgående prosjekt i helseforetaket for å optimalisere pasientflyt, samt koordinering av ressurser og kapasitet knyttet til somatiske senger.

Utskrivningsklare pasienter
Det har gjennom det siste året vært en betydelig utfordring med utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus i påvente av sykehjemsplass i kommunen. Problemstillingen er spesielt knyttet til Skien kommune. Utskrivningsklare pasienter representerer en belastning for pasientbelegget og får dermed også betydning for både korridorpasienter og utlokaliserte pasienter.

Funn ved andre HF

Fram til nå er tilsynet gjennomført ved en rekke helseforetak i og utenfor vår helseregion (Sykehuset Østfold HF, Sørlandet sykehus HF, Helse Førde HF, Helse Bergen HF, St Olavs hospital HF, Stavanger universitetssykehus HF). Så nær som alle HF har fått avvik, omtrent tilsvarende det STHF har fått. Stavanger universitetssykehus hadde tilsyn i perioden august – november 2019, og er hittil det eneste helseforetaket hvor det ikke er avdekket lovbrudd.

Tiltak og forbedringsarbeid

Endelig tilsynsrapport er ikke mottatt, men forventes å ikke avvike vesentlig fra den foreløpige rapporten. I oppfølgingen av tilsynet vil vi på nytt gå gjennom hvordan vi håndterer høyt pasientbelegg på sengepostene. Sentrale tema vil være: Hvilke vurderinger skal legges til grunn for at en pasient skal flyttes/ Hvor skal utplasseringen skje fra/ Sikre involvering av fagspesifikk kompetanse.

Videre vil vi se på muligheter for å forbedre ledelsesinformasjonen, samt å bruke slik informasjon aktivt for å evaluere tiltak som iverksettes.

Til sist vil informasjon til pasienten være et område som må ses nærmere på.

Forbedringsarbeidet vil gjøres i tett samarbeid med klinikkene for å sikre implementering, og det vil være naturlig å se nærmere på hvordan Stavanger universitetssykehus HF har innrettet seg.

Fylkesmannen i Agder

Vår dato: 17.01.2020
Vår ref.: 2019/1679
Deres dato:
Deres ref.:

Sykehuset Telemark HF
Att: Halfrid Waage
Postboks 2900 Kjørbekk
3710 Skien

Saksbehandler, innvalgstelefon
Hanna Nilsen, 37 01 75 83

Foreløpig rapport fra tilsyn - somatiske spesialisthelsetjenester til utlokaliserte pasienter – Sykehuset Telemark HF

Fylkesmannen gjennomførte tilsyn med Sykehuset Telemark HF og besøkte i den forbindelse sykehuset i Skien fra 2. – 5. desember 2019. Vi undersøkte om helseforetaket sørger for at tjenester til utlokaliserte somatiske pasienter er i samsvar med aktuelle lovkrav slik at pasientene får trygge og gode tjenester.

Tilsynet ble gjennomført som del av et landsomfattende tilsyn initiert av Statens helsetilsyn.

Fylkesmannens konklusjon:

Helseforetaket har identifisert utlokalisering som et risikoområde og iverksatt risikoreduserende tiltak. Det er imidlertid mangler ved ledelsens kontroll og oppfølging av tiltak. Svakheter ved systemet medfører risiko for mangel på oversikt over utlokaliserte pasienter. Det sikres ikke fagspesifikk kompetanse i oppfølgingen av utlokaliserte pasienter, dette medfører risiko for at pasienter mottar tjenester som ikke er tilstrekkelig målrettet og individuelt tilpasset deres helseproblem. Helseforetaket sikrer ikke at pasienter får tilstrekkelig informasjon i forbindelse med utlokalisering.

Dette er brudd på: spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2 og 3-11 jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9 jf. § 5.

Vi ber om at eventuelle kommentarer/innsigelser til faktagrunnlaget sendes Fylkesmannen innen 05.02.2020.

Innhold

1. Tilsynets tema og omfang.....3

2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet.....4

3. Beskrivelse av faktagrunnlaget.....6

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag.....10

5. Fylkesmannens konklusjon.....11

Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet.....13

1. Tilsynets tema og omfang

I dette kapittelet beskriver vi hva som ble undersøkt i tilsynet.

Tilsynsmyndigheten har undersøkt om helseforetaket sørger for at utlokaliserte somatiske pasienter får forsvarlige tjenester.

Med «utlokalisert pasient» mener vi i dette tilsynet en innskrevet pasient som, *på grunn av plassmangel*, mottar spesialisthelsetjenester på en annen sengepost enn den som har fagspesifikk sykepleiekompetanse på pasientens aktuelle helseproblem. Legene som har fagspesifikk kompetanse på pasientens helseproblem, beholder vanligvis det medisinskfaglige ansvaret. Men pasientene inkluderes i tilsynet også dersom det medisinskfaglige ansvaret skulle bli overført til leger tilknyttet mottakende sengepost.

Tilsynets tema er valgt med bakgrunn i at utlokalisering innebærer en økt risiko for pasientene, særlig med tanke på tilgang til kvalifisert personell med fagspesifikk kompetanse. Helsetjenesten er generelt en høyrisikovirksomhet. Kompleksiteten er stor, med mange og spesialiserte profesjonsgrupper involvert, avansert utstyr og teknologi, økende behov for kommunikasjon og samhandling m.m. Utlokalisering av pasienter innebærer at kravene til sikkerhetstiltak øker og at ledere og medarbeidere derfor må ha skjerpet bevissthet om risikostyring og risikohåndtering. Tilsynsmyndigheten har derfor gjennom dette tilsynet undersøkt om helseforetaket iverksetter nødvendige risikoreduserende tiltak.

Tilsynet omfatter somatiske spesialisthelsetjenester til utlokaliserte pasienter med helseproblemer som sorterer under:

- gastrokirurgi
- ortopedisk kirurgi
- indremedisin, alle spesialiteter

Tilsynet gjelder utlokalisering med varighet minst ett døgn. Utskrivningsklare pasienter som flyttes på grunn av plassmangel inngår ikke, da de i prinsippet er vurdert til ikke lenger å ha behov for spesialisthelsetjenester.

Helseforetakets praksis ble undersøkt ut fra følgende problemstillinger:

- Ivaretas pasientsikkerheten – generelt og individuelt for den enkelte pasient – ved beslutning om utlokalisering?
    - Sørger helseforetaket for at pasientsikkerheten ivaretas ved beslutning om utlokalisering?
- Er det ved utlokaliseringstidspunktet planlagt for nødvendige medisinskfaglige og sykepleiefaglige observasjoner, oppfølging og tiltak?
    - Sørger helseforetaket for at det gjennomføres slik planlegging?
- Blir utlokaliserte pasienter medisinskfaglig og sykepleiefaglig vurdert og fulgt opp i henhold til planlagte observasjoner, oppfølging og tiltak?
    - Sørger helseforetaket for slik vurdering og oppfølging?

2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med spesialisthelsetjenesten, etter helsetilsynsloven § 2. Et tilsyn er en kontroll av om virksomheten er i samsvar med lov- og forskriftsbestemmelser. Vi gir derfor her en oversikt over kravene som ble lagt til grunn i tilsynet.

Forsvarlighetskravet
Kravet om forsvarlighet, jf. lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-2, er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Faglige retningslinjer og veiledere kan være ett av flere bidrag til å gi forsvarlighetskravet et innhold. Anbefalinger gitt i nasjonale faglige retningslinjer er ikke rettslig bindende, men normerende og retningsgivende ved å peke på ønskede og anbefalte handlingsvalg, jf. https://helsedirektoratet.no/metoder-og-verktoy. Følgende publikasjoner fra Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet er særlig aktuelle for dette tilsynet:

- *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (IS-2620)*
- *Rundskriv I-2/2013 Lederansvaret i sykehus*
- *Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak (IS-2236)*
- *Risikoanalyse. Hendelsesanalyse: Håndbok for helsetjenesten (IS-0583)*

Ledelsen skal gjennom sin styring og oppfølging av tjenestene som ytes, sikre forsvarlige tjenester. Bakgrunnen for at vi her legger til grunn IS-2236 er det som står i innledningen til disse nasjonale faglige retningslinjene: «Sykehusenes akuttmottak illustrerer mange generelle problemstillinger ved organisering av spesialisthelsetjenester (...). Ledelse, organisering og styring av akuttmottak byr på flere faglige og styringsmessige utfordringer. (...) Det betyr at flere avdelinger i sykehuset er involvert i tjenesteytingen i akuttmottaket; noe som krever samhandling på tvers av avdelinger både på ledelsesnivå og på operativt nivå.» I dette tilsynet er særlig retningslinjenes kapittel 3, 8, 9, 10 og 13 relevante. Når det gjelder IS-0583, fremheves det i forordet at helsetjenesten må lære av uønskede hendelser, og at hendelser må analyseres for å forstå årsakene. Videre står det at risikoanalyser er viktige verktøy i planlegging av virksomheten for å forebygge uønskede hendelser. Følgelig legger vi til grunn at slike analyser bør være sentrale i arbeidet med å sikre gode og trygge tjenester, og vi tenker at særlig kapittel 1, tabell 17 og vedlegg 1 er relevante for å gi innhold til kravet om forsvarlige tjenester. Konsensus i relevante fagmiljøer er også en viktig kilde til informasjon om hva som er faglig forsvarlig praksis.

Det forventes at helseforetaket
- har overordnede kriterier/omforent praksis for utlokalisering
- gjør en medisinsk vurdering av om den enkelte pasient kan utlokaliseres
- ved utlokaliseringstidspunktet har gjennomført en planlegging av nødvendige medisinskfaglige og sykepleiefaglige observasjoner, oppfølging og tiltak, og at det er gjort av lege og sykepleier med fagspesifikk kompetanse på pasientens aktuelle helseproblem
- gjennomfører medisinskfaglig og sykepleiefaglig vurdering og oppfølging i henhold til planlagte observasjoner, oppfølging og tiltak

Plikten til systematisk ledelse og kvalitetsforbedring
Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten beskriver virksomhetens plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Denne plikten fremgår også av spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a. Forskriften trådte i kraft 1. januar 2017 og innebærer en

videreføring og presisering av kravene i den tidligere gjeldende forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

Kravet til forsvarlighet som rettes mot virksomheter omfatter flere forhold som sammenfaller med kravet til ledelse og kvalitetsforbedring, herunder systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerhet.

Ledere på alle organisatoriske nivåer i helseforetaket må legge til rette for og følge opp at helsetjenestene er i tråd med gjeldende regelverk og av god nok kvalitet. Det innebærer at ledelsen må ha kunnskap om kvaliteten på virksomhetens tjenester, inkludert oversikt over risiko og uønskede hendelser, for å kunne iverksette riktige tiltak for å redusere risiko og ivareta pasientsikkerheten. Se også IS-2620.

Det forventes at helseforetaket har:

- identifisert utlokalisering som et risikoområde og iverksatt nødvendige risikoreduserende tiltak, og følger opp at tiltakene fungerer etter hensikten
- oversikt over utlokaliserte pasienter
- tydeliggjort ansvar og beslutningsmyndighet samt ressurs- og kompetansebehov ved utlokalisering, og følger opp at dette etterleves og fungerer i praksis
- tilrettelagt for nødvendig informasjonsutveksling, kommunikasjon og samhandling på tvers av profesjoner og organisatoriske enheter, og følger opp at det fungerer
- tilrettelagt for eventuell nødvendig kompetanseoverføring mellom avgivende og mottakende sengepost/enhet, og følger opp at det fungerer
- innarbeidet praksis der tilbakemeldinger fra pasienter/pårørende benyttes i helseforetakets kontinuerlige kvalitetsforbedring på lik linje med informasjon om andre deler av tjenesten

Informasjon og pasientmedvirkning
Pasientmedvirkning i helsetjenesten er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Etter pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 og 3-2 skal pasienter få nødvendig informasjon om sin helsetilstand og tjenestetilbudet, og pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføringen av helsetjenester. Medvirkningens form skal tilpasses pasientens evne til å gi og motta informasjon. Informasjon til pasienter må gis på en måte som gjør at pasienten kan forstå den, og personellet skal tilstrebe å sikre seg at pasienten har forstått innholdet i og betydningen av informasjonen, se pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5.

I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6 til 9 stilles det krav om at virksomheten gjør bruk av erfaringer fra pasienter i arbeidet med forbedring av virksomheten, jf. kapittel 3.2.

Utlokalisering av pasienter kan organiseres og tilrettelegges slik at pasientene får forsvarlige tjenester. Da kreves det at helseforetaket har identifisert utlokalisering som et risikoområde som styres og følges opp særskilt. Risikoreduserende tiltak må være iverksatt.

Det forventes at helseforetaket har en omforent praksis for informasjon til pasienter/pårørende før utlokalisering skjer.

3. Beskrivelse av faktagrunnlaget

Her gjøres det rede for hvordan virksomhetens aktuelle tjenester fungerer, inkludert virksomhetens tiltak for å sørge for at kravene til kvalitet og sikkerhet for tjenestemottakerne blir overholdt.

Kartlegging og egenvurdering foretatt ved Sykehuset Telemark HF Skien
Helseforetaket har i en periode på fire uker gjennomført en kartlegging ved sykehuset i Skien. Kartleggingen viste at det var utlokalisert 6 gastrokirurgiske og 15 indremedisinske pasienter i perioden.

Det ble deretter gjennomført en egenvurdering ved sykehuset med 9 utvalgte sjekkpunkter/ kvalitetsindikatorer. Under egenvurderingen ble det avdekket feilregistrering i kartleggingen, og det ble klart at det i realiteten bare var utlokalisert 4 gastrokirurgiske og 15 indremedisinske pasienter i denne perioden slik tilsynet var avgrenset.

Egenvurderingen ved sykehuset i Skien indikerte noen mangler i pasientforløpene. Dette var blant annet knyttet til mangelfull dokumentasjon av om det ble gjort en individuell vurdering av om pasientene kunne utlokaliseres uten for stor risiko, informasjon til pasient/pårørende, og sykepleiefaglig og medisinskfaglig plan for oppfølging. På bakgrunn av kartleggingen/ egenvurderingen ble det besluttet å gjennomføre et tilsynsbesøk ved sykehuset. Det ble gjennomført stikkprøver i journalene som lå til grunn for sykehusets egenvurdering. På de fleste punkter var det samsvar mellom sykehusets egenvurdering og Fylkesmannens funn ved stikkprøvene.

Organisatorisk plassering av ortopediske, gastrokirurgiske og indremedisinske pasienter
Av organisasjonskartet for kirurgisk klinikk i Skien, kommer det frem at klinikken har to avdelinger. De ortopediske pasientene hører hjemme i avdeling B, sammen med kirurgiske poliklinikker, øre-nese hals og plastikkirurgi. De gastrokirurgiske pasientene hører hjemme i avdeling A, sammen med føde, barsel, gynekologi, bryst og endokrinologi, urologi og seksjon for kirurgisk sengepost 1-3.

Det fremgår av organisasjonskartet for medisinsk klinikk at klinikken har fire avdelinger ved sykehuset i Skien. Avdeling A tar imot pasienter med hjerte, nyre og hormonsykdommer, mens avdeling B tar imot pasienter med mage/tarm, infeksjon, lunge- og geriatriske sykdommer. Sykehuset i Skien har også en avdeling for nevrologi og rehabilitering, og avdeling for kreft og blodsykdommer.

Hovedregelen ved sykehuset er at pasienter skal ligge på den sengeposten de ut fra sin grunntilstand hører hjemme (moderpost). Sykehusets definisjon av «satelittpasienter» er noe snevrere enn tilsynets definisjon av «utlokaliserte pasienter». Etter helseforetakets prosedyre for oppfølging av satelittpasienter (Heliks id 11860) kan pasienter av generell kirurgisk art ved overbelegg ligge på alle kirurgiske sengeposter dersom pasienten trenger enkel sårbehandling, har abscesser (ikke perianal) eller hjernerystelse. Andre pasienter blir av sykehuset definert som satelittpasienter dersom de blir lagt på en avdeling utenfor det grenspesialiserte området pasienten tilhører.

Helseforetaket definerer kun indremedisinske pasienter (inklusive pasienter med blodsykdommer og kreft) som satelittpasienter dersom de blir liggende på nevrologisk eller kirurgisk sengepost og når en nevrologisk pasient blir liggende på medisinsk eller kirurgisk sengepost. Det er

pleiepersonellet ved sengeposten satelittpasienten ligger på som følger opp pasientens behov for sykepleie. Lege ved moderposten har etter prosedyren ansvaret for satelittpasientene. Alle andre indremedisinske pasienter defineres ikke som satelittpasienter, og vil derfor bli fulgt opp av ansvarlig lege og pleiepersonell på sengeposten.

Beskrivelse av helseforetakets forbedringsarbeid på området
Sykehuset gjennomførte i 2016 prosjektet «Ingen korridorpasienter ved STHF», som også omhandlet satelittpasienter. Etter forslag fra prosjektgruppen som ble nedsatt ble det iverksatt flere tiltak for å sikre bedre pasientflyt, blant annet fikk akuttmottaket bestemmelsesrett med hensyn til plassering av pasienter. Sykehuset har utviklet en applikasjon/sengeapp som er lett tilgjengelig på Intranett (Pulsen), og viser belegg på de ulike sengepostene i sanntid. Denne oppdateres hvert femte minutt. Sykehuset har utarbeidet retningslinje for overflytting av pasienter mellom sengeposter (Heliks id 8965), retningslinjer for pasientflyt fra akuttmottak til somatiske sengeposter (Heliks id 11852) og prosedyre for oppfølging av satellittpasienter (Heliks id 11860).

Vurdering og beslutning om utlokalisering
Av journaler og intervjuer fremgår det at det oftest er ved medisinsk klinikk det er plassmangel. Mange pasienter utlokaliseres direkte fra akuttmottak når det er fullt på moderposten. Seksjon for akuttmottak Skien er organisert under Akutt- og beredskapsklinikken. I akuttmottaket ligger Akutt 24, som er en 24-timers observasjonspost som benyttes for å vurdere om pasientene skal legges inn på sykehuset eller reise hjem. Helseforetaket har hatt fokus på kompetanse i front/mottak, og har blant annet 4 godkjente spesialister i akutt- og mottaksmedisin. Av intervjuer og journaler fremgår det at det kun er erfarne leger som beslutter utlokalisering. Avdelingslederne ved medisinsk og kirurgisk klinikk har rullerende koordinatorfunksjon, med ansvar og myndighet for å løse situasjoner ved overbelegg på dagtid. Sekretær i akuttmottak og postsekretærer holder oversikt over belegg, pasienter som er utskrevet og pasienter som er meldt inn.

Det fremgår av intervjuer at det er dialog med mottakende avdeling før pasienter flyttes, og at det hender seksjoner sier nei til å ta imot pasienter. Ansatte opplyser at det gjøres individuelle vurderinger av om pasienter kan utlokaliseres uten for stor risiko. Av sykehusets egenvurdering og Fylkesmannens stikkprøver fremgår imidlertid at selve vurderingen i liten grad dokumenteres. Av prosedyre for oppfølging av satelittpasienter (Heliks id 11860) punkt 4 fremgår at moderpostens leger har ansvar for å lage en prioritert flytteliste over medisinsk avklarte pasienter som kan ligge på andre sengeposter. Av intervjuer fremgår det at noen seksjoner lager slike flyttelister (lister over pasienter som kan flyttes ved plassmangel), men at praksis for dette er varierende.

Helseforetaket har hatt fokus på å unngå korridorpasienter. I noen tilfeller ønsker imidlertid seksjonene å beholde pasienten på korridor der det vurderes at risikoen er høyere ved å utlokalisere til annen seksjon/sengepost. Av intervjuer fremgår at ansatte ikke ønsker korridorpasienter, både av personvernhensyn og fordi det kan være utfordrende grunnet mangel på ledige hender. Helseforetaket har utarbeidet retningslinjer for innleie av ekstrabemanning for pleiegruppen i medisinsk klinikk (Heliks id 9089) ved overbelegg eller når pleietyngden gjør det nødvendig (dersom pasienter krever vesentlig mer pleie enn grunnbemanningen er dimensjonert for).

Av intervjuer fremgår det at fagsykepleier på moderpost kan kontaktes ved behov for fagspesifikk kompetanse, og kan bidra ved behov for veiledning. Dette er imidlertid en ordning som er lite kjent i organisasjonen. Prosedyren for oppfølging av satelittpasienter (Heliks id 11860) er nylig revidert uten at det fremgår at fagsykepleier kan kontaktes. Det kommer også frem av intervjuer at ansatte er uenig i prosedyrens definisjon av kirurgiske tilstander som kan få likeverdig oppfølging uavhengig av mottakerpost (for eksempel ved hjernerystelse). Det fremgår av intervjuer at flere har hatt innspill til

prosedyre for oppfølging av satelittpasienter (blant annet har helseforetaket gått over til Metavision), men prosessen rundt revidering fremstår uklar.

Informasjon til pasient/pårørende
Av intervjuer med ansatte fremgår det at pasientene som oftest får informasjon om at de flyttes grunnet plassmangel. Av pasientintervjuer fremgikk at 7 av 13 pasienter hadde fått informasjon om at de måtte flyttes grunnet plassmangel, men ikke hva det kunne innebære å bli flyttet til en annen avdeling/sengepost enn den som har fagspesifikk kompetanse på pasientens grunntilstand. Ansatte viser til ønske om å ikke uroe pasientene. Blant pasientene som ble intervjuet opplyste de fleste at de hadde følt seg trygge og ivaretatt under sykehusoppholdet. Befaring viste at det på en av seksjonene var hengt opp en «ris og ros-postkasse» for tilbakemeldinger fra pasienter.

Etter prosedyre for oppfølging av satelittpasienter (Heliks id 11860) skal det fremgå av journal hvilken informasjon som er gitt pasient/pårørende, men av sykehusets egenvurdering og stikkprøver fremgår at dette ikke dokumenteres i praksis. Det fremgår av prosedyren at seksjonsleder skal sørge for/er ansvarlig for at informasjon gis. Det fremgår av intervjuer at dette ikke kontrolleres. Det er ikke gjennomført brukerundersøkelser som omfatter utlokaliserte pasienter eller registrert tilbakemeldinger fra pasienter som kan brukes i helseforetakets kvalitetsarbeid.

Planlegging av nødvendige sykepleiefaglige og medisinskfaglige observasjoner, oppfølging og tiltak
Journalgjennomgang viste at det som oftest foreligger diagnose/tentativ diagnose eller symptombeskrivelse ved utlokalisering, og planlegging av videre forløp er beskrevet i journalnotater/behandlingsplan. Av intervjuer fremgår at dokumentasjon av plan, inkludert detaljnivå for oppfølging, er den samme uavhengig av utlokalisering eller ikke, det vil si uavhengig av om pasienten skal følges opp av pleiepersonell med fagspesifikk kompetanse eller ikke. Det samme gjelder muntlig informasjonsoverføring ved overflytting. Av prosedyre for oppfølging av satelittpasienter (Heliks id 11860) fremgår det at det også skal lages overflyttingsnotat av moderpostens lege/akuttmottakslege før pasienten overflyttes. Det fremgår av intervjuer og journalgjennomgang at det varierer om dette gjøres i praksis. Det er ikke etablert praksis for tilbakemelding fra mottakende avdeling til involverte enheter eller ledere dersom planleggingen er mangelfull. Det er ikke registrert avviksmeldinger siste år knyttet til dette, men ansatte opplyser at de i praksis forsøker å løse de situasjoner som måtte oppstå der og da.

I begge klinikker er det sykepleiere på mottakende post som har det sykepleiefaglige ansvaret og skriver kartleggingsnotat. Det innhentes ikke rutinemessig bistand fra sykepleier fra moderpost med fagspesifikk kompetanse når kartlegging gjennomføres på mottakende post, heller ikke der pasienten kommer direkte fra akuttmottak.

Sykepleiefaglig og medisinskfaglig vurdering og oppfølging
Det fremgår av egenvurdering og stikkprøver at pasientene i utvalget ble fulgt opp i henhold til sykepleiefaglig plan for observasjoner, oppfølging og tiltak. Pasientintervjuer og gjennomgang av kurver viser at pasientene har fått medikamenter i tråd med ordinasjon til rett tid. Av intervjuer fremgår det imidlertid at sykepleiere kan oppleve utrygghet under oppfølging av satelittpasienter som tilhører andre pasientkategorier enn de normalt følger opp. De opplever å få bistand fra moderpost, men informasjonsutvekslingen oppleves utfordrende og tidkrevende. Dette begrunnes med at de gangene de har utlokaliserte pasienter er det samtidig som oftest høyt pasientbelegg på sykehuset og alle har det svært travelt. Ordningen med fagsykepleier fra moderpost som kan kontaktes ved behov i forbindelse med oppfølgingen er ikke kjent og fremgår ikke av prosedyre for oppfølging av satelittpasienter.

Det fremgår av intervjuer at det er tydelig hvem som har det medisinskfaglige ansvaret for satelittpasienter, og moderposttilhørighet fremgår av journal. Av prosedyre for oppfølging av satelittpasienter fremgår det at visitt til satelittpasienter som hovedregel skal gjennomføres før visitt på moderpost, og at avvik fra dette skal være avtalt med moderposten. Av intervjuer fremgår imidlertid at satelittpasienter ofte må vente på legevisitt. Tidligere ble det meldt flere avvik knyttet til manglende legevisitt, men det er mer sjeldent at det meldes avvik på dette nå. Av egenvurdering, stikkprøver og pasientintervjuer fremgår det at pasientene i utvalget hadde fått daglig legevisitt/kurvevisitt. Av intervjuer fremgår det imidlertid at sykepleiere ofte må etterlyse visitt. Det er ikke etablert sikkerhetsbarrierer som hindrer at pasienter blir glemt.

Klinikkene har koordinatorordning (avdelingsledere med koordinatorfunksjon) på dagtid. I intervjuer beskrives at utfordringene med plassmangel er størst på kvelder/natt/helg, og at ansatte kunne ønske en koordinatorordning også på disse tidspunktene. Sengeapplikasjonen Pulsen er et av tiltakene som er iverksatt for å sikre god pasientflyt. Applikasjonen er godt kjent og brukt, men har noen begrensninger i funksjon ved at den gir et øyeblikksbilde over pasienter, og ikke tar ikke høyde for f.eks. elektive dagpasienter som er planlagt innlagt kommende døgn (denne informasjonen blir først synlig klokken 24.00). Det fremgår av intervjuer at leger opplever at det er utfordrende å holde oversikt over pasienter som til enhver tid er utlokalisert, og at ikke alle er kjent med muligheten til å få frem postlister hvor også utlokaliserte pasienter synliggjøres. Under morgenmøter foretas det gjennomgang av pasienter og oversikt over utlokaliserte pasienter, men dette fordrer at lege som skal følge opp satelittpasienter er tilstede eller får videreformidlet informasjon om disse.

Vurdering av risiko og evaluering av egen praksis

Av prosedyre for oppfølging av satelittpasienter (Heliks id 11860) fremgår det at flytting av pasienter primært skal skje innen samme klinikk, og at pasienter som flyttes etter seksjonens flytteliste skal være diagnostisk avklart og ha medisinsk behandlingsplan. Videre fremgår det at pasientene ikke skal ha behandlingsprosedyrer som krever spesialkompetanse som ikke finnes ved mottakende seksjon. Det fremgår av stikkprøver at det er utlokalisert flere pasienter på tvers av kirurgisk og medisinsk klinikk, og mange av pasientene i utvalget var utlokalisert direkte fra akuttmottak. Ansatte opplyser i intervjuer at også ustabile pasienter utlokaliseres i perioder med svært høyt belegg. Under journalgjennomgang fant tilsynet eksempel på en svært ustabil pasient som ble utlokalisert, samt en pasient som fikk forsinket behandling som følge av å være utlokalisert. Da pasienten ble flyttet tilbake til moderavdeling ble dette oppdaget og behandlingen ble startet opp umiddelbart.

Av retningslinje for pasientflyt fra akuttmottak til somatiske sengeposter og mellom sengeposter (Heliks ID 11852) fremgår det at pasienter kun skal flyttes en gang på grunn av kapasitetshensyn. Ved intervjuer av ansatte, pasienter og ved journalgjennomgang fant vi at pasienter ble flyttet mer enn en gang. Ansatte var kjent med at dette var belastende for pasientene. De ansatte viste til at de blant annet gjorde en individuell vurdering og eksempelvis unngikk å flytte pasienter med demenssykdom. Det ble også pekt på at pasienters tilstand kan tilsi at de bør flyttes tilbake til moderpost dersom det blir ledig plass, og at man ut fra slike hensyn kan stille spørsmål ved retningslinjens ordlyd.

Ansatte ved STHF har en omforent forståelse av at det er risiko knyttet til at sykepleiere uten fagspesifikk kompetanse skal følge opp satelittpasienter, da sykepleiere over tid vil opparbeide seg fagspesifikk kompetanse på sitt område. Sykepleiere kan oppleve mangelfull kompetanse som problematisk når utlokaliserte pasienter har andre behov enn de pasientene som normalt tilhører sengeposten. Det fremgår at ansatte bruker samme scoringsverktøy (NEWS-score) ved sengepostene for å fange opp endringer i pasientens tilstand, der det også er angitt når lege skal kontaktes. Det var ellers ikke spor i journalene av føringer for når eller i hvilke situasjoner

sengeposten skulle tilkalle spesialist med relevant fagspesifikk kompetanse. Ordningen med fagsykepleier som kan kontaktes for fagspesifikk kompetanse fra moderpost er et tiltak iverksatt for å sikre tilgang på kompetanse fra moderpost, ved behov for kompetanseoverføring ved plassmangel. Ordningen er imidlertid ikke tatt inn i gjeldende rutiner, og er lite kjent i organisasjonen.

Helseforetaket gjennomførte ROS-analyse på området i 2015, og har identifisert utlokalisering av pasienter som et risikoområde. Det ble gjennomført internrevisjon i 2017 med satelittpasienter som et av temaene. Det er fokus på korridorpasienter, og dette måles klinikkene på. Det er imidlertid ikke tilsvarende oversikt over omfang av utlokaliserte pasienter, kontroll av etterlevelse av gjeldende prosedyrer på området eller kontroll av tjenestene de mottar. Akuttmottaket anslår omfanget av utlokaliserte pasienter som høyere enn det som fremgår av sykehusets kartlegging. Ledelsen har ikke gjennomført evaluering og kontroll av iverksatte tiltak etter internrevisjon i 2017. Det fremgår av intervjuer at flere har hatt innspill til prosedyre for oppfølging av satelittpasienter, blant annet har sykehuset siden prosedyren ble utarbeidet gått over til Metavision. Prosedyren var revidert rett før tilsynsbesøket, men prosessen rundt revidering fremstod uklar for ansatte.

Det er ikke etablert særskilte indikatorer for kontroll/oppfølging av om utlokaliserte pasienter får tjenester av rett kvalitet til rett tid. Av intervjuer fremgår at ledelsen opplever sykehusets avvikssystem som lite egnet til systematisk kvalitetsarbeid. Helseforetaket er i en utredningsfase, og ønsker å finne et nytt avvikssystem. Ledelsen har etter forespørsel ikke funnet avvik relatert til temaet, men av intervjuer fremgår det at avvik er meldt (for eksempel når det gjelder manglende/forsinket legevisitt og kapasitet/bemanning).

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

I dette kapittelet vurderer vi fakta i kapittel 3 opp mot lovbestemmelsene i kapittel 2.

Helselovgivningen setter krav til ledelse og systematisk styring for å sikre forsvarlige helsetjenester. Utlokalisering av pasienter setter særlig store krav til organisering, struktur og samhandling i utførelsen av de ulike oppgavene. Pasienter som er flyttet på grunn av plassmangel skal, i likhet med andre pasienter, sikres forsvarlige tjenester.

Helseforetakets ledelse har hatt stort fokus på korridorpasienter, og har iverksatt flere tiltak for å sikre bedre pasientflyt. Helseforetaket har identifisert utlokalisering av pasienter som et risikoområde og iverksatt tiltak for å redusere risiko knyttet til dette. Fylkesmannen finner imidlertid ikke at ledelsen i tilstrekkelig grad har evaluert iverksatte tiltak, eller gjennomført kontroll av helseforetakets tjenester til utlokaliserte pasienter. Etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring plikter ledelsen å holde oversikt over risikoområder og plikter å følge med på om tjenestene er i tråd med helselovgivningen. Svakheter ved systemet gjør etter Fylkesmannens vurdering at helseforetaket ikke har tilstrekkelig oversikt over utlokaliserte pasienter til å kunne planlegge, evaluere og korrigere virksomheten.

Helseforetaket viser til at det alltid gjøres en individuell vurdering av om pasienter kan utlokaliseres, men de vurderinger som gjøres er ikke dokumentert. For at pasientsikkerheten skal ivaretas, må helseforetaket også sørge for at det før utlokalisering er gjort en medisinskfaglig og sykepleiefaglig planlegging som er utført av personell med fagspesifikk kompetanse på pasientens helseproblem. En slik planlegging er nødvendig grunnlag for videre observasjoner og oppfølging av pasienten

inkludert hvilken behandling og hvilke tiltak som må iverksettes etter at pasienten er utlokalisert. En stor del av pasientene i utvalget var utlokalisert direkte fra akuttmottak, og flere var også utlokalisert på tvers av kirurgisk og medisinsk klinikk. Dette innebærer høy risiko, og det vurderes bekymringsfullt at planleggingen ofte gjøres av mottakende enhet/sengepost uten at personell fra avleverende enhet/sengepost involveres. Ordning med dedikert fagsykepleier på moderpost som kan bidra til informasjonsutveksling og kompetanseoverføring fremgår ikke av gjeldende prosedyre for oppfølging av satelittpasienter og er lite kjent i organisasjonen.

Det kompenseres etter Fylkesmannens vurdering ikke tilstrekkelig for risikoen ved at personell med relevant medisinskfaglig og sykepleiefaglig kompetanse er tilknyttet og fysisk befinner seg i en annen sengepost. Fylkesmannen vurderer en slik praksis som høyrisiko da involvert personell kan ha ulik arbeidskultur og ikke nødvendigvis kjenner hverandre så godt. De kan ha ulik innsikt i og forståelse av pasientens helseproblem, og det vil lett kunne oppstå uheldige misforståelser som kan sette pasientsikkerheten i fare. Ansatte opplyste også at pasienter hadde fått flere liggedøgn som følge av mangelfull oppfølging på sengepost, for eksempel fordi lite mobilisering hadde ført til komplikasjoner/forsinket rehabilitering. Dette er bakgrunnen for at kirurgisk avdeling helst ikke ønsker å utlokalisere pasienter.

Utlokalisering ved STHF fremstår som en del av den daglige driften («normalsituasjon») for å håndtere overbelegg, uten at det er iverksatt tilstrekkelig risikoreduserende tiltak for å hindre svikt i pasientbehandlingen. Helseforetaket har ikke sørget for systematisk styring og kontroll av tjenestene, herunder om retningslinjer og prosedyrer følges i praksis. Resultatet kan bli at utlokaliserte pasienter ikke blir fulgt opp med målrettede og individuelt tilpassede tiltak. Risikoen økes ytterligere ved at pasienter og deres pårørende på grunn av mangelfull informasjon vil ha reduserte muligheter for å kunne ivareta sine interesser og medvirke i forløpet. Praksisen er etter Fylkesmannens vurdering i strid med kravene til forsvarlige helsetjenester.

5. Fylkesmannens konklusjon

Her presenterer vi konklusjonen av vår undersøkelse, basert på vurderingene i kapittel 4.

Fylkesmannens konklusjon:
Helseforetaket har identifisert utlokalisering som et risikoområde og iverksatt risikoreduserende tiltak. Det er imidlertid mangler ved ledelsens kontroll og oppfølging av tiltak. Svakheter ved systemet medfører risiko for mangel på oversikt over utlokaliserte pasienter. Det sikres ikke fagspesifikk kompetanse i oppfølgingen av utlokaliserte pasienter, dette medfører risiko for at pasienter mottar tjenester som ikke er tilstrekkelig målrettet og individuelt tilpasset deres helseproblem. Helseforetaket sikrer ikke at pasienter får tilstrekkelig informasjon i forbindelse med utlokalisering.

Dette er brudd på: spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2 og 3-11 jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9 jf. § 5.

Pasienter risikerer at de ikke blir vurdert og fulgt opp i henhold til deres aktuelle helsetilstand, og at deres mulighet til medvirkning begrenses av mangelfull informasjon om at de er på en annen avdeling enn den som har fagspesifikk sykepleiekompetanse på pasientens aktuelle helseproblem.

Endelig rapport vil inneholde forventninger til helseforetakets oppfølging av lovbrudd.

Med hilsen

Anne-Sofie Syvertsen
Fylkeslege
Helse- og sosialavdelingen

Hanna H. Nilsen
revisjonsleder
Helse- og sosialavdelingen

Dokumentet er elektronisk godkjent

Kopi: Fylkesmannen i Vestfold og Telemark v/ Astrid Roald

Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

I dette vedlegget omtaler vi hvordan tilsynet ble gjennomført, og hvem som deltok.

Varsel om tilsynet ble sendt 05.06.2019.

Forberedende møte med virksomheten ble gjennomført 18.06.2019.

Tilsynsbesøket ble gjennomført ved Skien sykehus, og innledet med et kort informasjonsmøte 02.12.2019. Oppsummerende møte med gjennomgang av funn ble avholdt 05.12.2019.

Kartlegging ble gjennomført ved helseforetakets sykehus i perioden 31.07.19 – 31.08.2019.

Egenvurdering ved Skien sykehus ble gjennomført 30.09.2019 for de gastrokirurgiske pasientene og 07.10.2019 for de indremedisinske pasientene.

Det ble i oktober og november måned gjennomført pasientintervjuer med 13 av pasientene som hadde vært utlokalisert ved Skien sykehus i gjeldende periode.

Under tilsynsbesøket 2. – 5. desember 2019 ble det gjennomført en befaring på aktuelle avdelinger/poster ved kirurgisk, ortopedisk og medisinsk avdeling, samt akuttmottak.

En del dokumenter var tilsendt og gjennomgått på forhånd, mens andre dokumenter ble mottatt og gjennomgått i løpet av tilsynsbesøket. Følgende dokumenter ble gjennomgått og vurdert som relevante for tilsynet:

- Organisasjonskart for Sykehuset Telemark HF oppdatert 18.10.2019
- *Sykehuset Telemark HF – årlig melding 2018 til Helse Sør-Øst RHF* av 28.02.2019
- Prosedyre *Oppfølging av satelittpasienter* (Heliks id 11860)
- Retningslinje *Pasientflyt fra akuttmottak til somatiske sengeposter og mellom sengeposter* (Heliks id 11852)
- Prosedyre *Arbeidsinstruks for leger i vakt* (Heliks id 9084)
- Retningslinje *Innleie av ekstra bemanning i pleiegruppen* (Heliks id 9089)
- Prosedyre *Overflytting av pasienter mellom sengeposter i STHF* (Heliks id 8965)
- Retningslinje *Bruk av akutt-24 i Akuttmottaket, Skien* (Heliks id 10961)
- Prosedyre *Ansvarsforhold for leger i Akuttmottak, Akutt-24 og Akuttpoliklinikken* (Heliks id 12411)
- Sluttrapport fra prosjektet *Ingen korridorpasienter ved STHF* av mai 2016
- Saksfremlegg for ledergruppen ved Sykehuset Telemark HF : Interne revisjoner 2017 – resultater og vurdering av metode (ledergruppesak 013-2018)
- Rapport 1/2017 *Revisjon korridorpasienter ved Sykehuset Telemark HF*
- Oversikt over koordinatorer ved medisinsk og kirurgisk klinikk med veileder av 09.10.2019

Det ble etter sykehusets egenvurdering gjennomført stikkprøver (16 av 21 journaler):

- 10 indremedisinske pasienter
- 6 gastromedisinske pasienter

I tabellen under gir vi en oversikt over hvem som ble intervjuet, og hvem som deltok på oppsummerende møte ved tilsynsbesøket.

Navn	**Funksjon/stilling**	**Intervju**	**Oppsum. møte**
Tom Helge Rønning	Adm. direktør	☐	☒
Halfrid Waage	Fagdirektør	☒	☐
Per Urdahl	Klinikksjef medisin	☒	☒
Kjetil Christensen	Klinikksjef kirurgi	☒	☒
Marianne Skruidalen	Seksjonsleder gas sengepost	☒	☐
Elisabeth Hammer	Seksjonsleder ort sengepost	☒	☒
Nina Willer	Sykepleier gastro	☒	☐
Unni Ellefsen	Sykepleier ort	☒	☐
Oda Helene Viik Sandkjen	Fagsykepleier gastro	☒	☐
Marte Solberg	Fagutviklingssykepleier ort	☒	☐
Marte Friberg Otterstad	LIS 1 gas/ort	☒	☐
Nikolai Wexels	LIS 3 gastrokir	☒	☐
Stian Kristoffersen	Kst. overlege ort	☒	☐
Hilde Apold	Seksjonsleder ort	☒	☐
Giedrius Lauzikas	Seksjonsleder gastro	☒	☐
Gunther Ernst Konrad	Overlege gastro	☒	☐
Paolo E. Rossi	Overlege ort	☒	☐
Marthe L. Johansen	Sekretær akuttmottak	☒	☐
Erik W. Tonnessen	Sykepleier akuttmottak	☒	☐
Harry Achterberg	Akuttoverlege	☒	☐
Åshild Skarstad	Seksjonsleder akuttmottak	☒	☐
Rebekka Lie	Ass. seksjonsleder/vaktleder akuttmottak	☒	☐
Torhild Fredheim	Avdelingsleder kir A	☒	☒
Ingunn Holtar Rønning	Avdelingsleder kir B	☒	☒

Navn	Funksjon/stilling	Intervju	Oppsum. møte
Gina Lillerud	Seksjonsleder hjerte	☒	☐
Kristin Småge	Seksjonsleder nevro	☒	☐
Marianne Fjellvang	Seksjonsleder kreft/hema	☒	☒
Hanne Omholt	Sykepleier hjerte	☒	☐
Tina Isabel Johnsen	Sykepleier lunge	☒	☐
Thomas Lie	Sykepleier nevro	☒	☐
Bjørn Kåre Nyhammer	Sykepleier MATA	☒	☐
Helene Hatland	Sykepleier kreft	☒	☐
May Kristin S. Aasheim	Sykepleier INF	☒	☐
Mariken L. Meyer	LIS 1 MATA/akuttmottak	☒	☐
Erlend Ellingsen	LIS 1 hjerte/med3	☒	☐
Bjørn Olsen	LIS 2 hjerte	☒	☐
Nouf Nawar	LIS 2 INFF1	☒	☐
Håkon Tobro	Overlege nevro	☒	☐
Ørnulf Paulsen	Overlege BLK	☒	☐
Nina Ruud	Avdelingsleder avd A	☒	☒
Benedicte Børge Ask	Avdelingsleder avd B	☒	☒
Caroline Torskog	Avdelingsleder nevro	☒	☒
Anne Augestad Larsen	Avdelingsleder med	☒	☒
Dag Gulliksen	Rådgiver	☐	☒
Gunter Bøck	Overlege gas kir	☐	☒
Frank Olav Hvaal	Klinikksjef Akutt- og beredskapsklinikken	☐	☒

Disse deltok fra tilsynsmyndigheten:

- seniorrådgiver Hanna H. Nilsen, Fylkesmannen i Agder, revisjonsleder
- seniorrådgiver Gry Ilje Tveit, Fylkesmannen i Agder, ass. revisjonsleder
- ass. fylkeslege Sara Cecilie W. Solheim, Fylkesmannen i Oslo og Viken, revisor
- seniorrådgiver Astrid Roald, Fylkesmannen i Vestfold og Telemark, revisor

Observatører:

- ass. helse- og sosialdirektør Snorre Manskow Sollid, Fylkesmannen i Troms og Finnmark
- ass. fylkeslege Cathrine Ditlefsen, Fylkesmannen i Troms og Finnmark

SYKEHUSET TELEMARK

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Årlig melding 2019 for Sykehuset Telemark HF

Sak nr.	Saksbehandler	Sakstype	Møtedato
013 - 2020	Administrerende direktør Tom Helge Rønning Spesialrådgiver Tone Pedersen	Beslutningssak	25.02.2020

Trykte vedlegg:
1. Forslag til Årlig melding 2019 for Sykehuset Telemark HF
2. Protokoll fra drøftingsmøte 4. februar 2020

Saksgang:

Brukerutvalget i møte 30. januar
Drøftingsmøte med foretakstillitsvalgte og hovedverneombudet 4. februar
Administrerende direktørs ledergruppe i møte 11.februar
Styret i STHF i møte 25.februar

Ingress:

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

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

Som vedlegg til saken følger administrerende direktørs forslag til Årlig melding 2019 for STHF.

Forslag til vedtak:

1. Styret gir sin tilslutning til det fremlagte forslaget til Årlig melding 2019 for Sykehuset Telemark HF.
2. Styreleder og administrerende direktør gis fullmakt til å utforme endelig dokument basert på styrets innspill i møtet.
3. Årlig melding 2019 sendes Helse Sør-Øst RHF for videre behandling innen fristen 1. mars 2020.

Skien, 13. februar 2020

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

SYKEHUSET TELEMARK

Årlig melding 2019 ligger som vedlegg til saken. STHF har benyttet mal utarbeidet av HSØ i utarbeidelsen av meldingen.

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

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

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

Frist for oversending av styrebehandlet Årlig melding 2019 fra Sykehuset Telemark HF til HSØ RHF er 1. mars 2020. Meldingen skal behandles i foretaksmøte innen utgangen av juni 2020, jamfør § 6 i vedtektene for STHF og § 34 i helseforetaksloven.

Det er et krav at Årlig melding fra Helse Sør-Øst RHF også skal omfatte de underliggende helseforetak. For å få til dette uten å gi kortere frist for innsending av Årlig melding, er det innført en praksis med å avgi egen rapport for oppfølging av oppgavene helseforetaket er pålagt. Frist for tilbakemelding på alle relevante opplysninger, som skal inngå i Årlig melding for Helse Sør-Øst RHF, var 20. januar 2020. Rapporten, som tilsvarer del II: rapporteringer i Årlig melding 2019, skal ikke styrebehandles før innsendelse er sendt til HSØ innen fristen.

Det ligger et omfattende arbeid bak Årlig melding 2019, hvor klinikker og administrerende direktørs stab har bidratt for å gi en sammenstilling av virksomheten. De tillitsvalgte, hovedverneombudet og brukerutvalget har hatt anledning til å gi innspill i prosessen.

SYKEHUSET TELEMARK HF

ÅRLIG MELDING 2019

til Helse Sør-Øst RHF

Skien, den 13. februar 2020

Innhold

DEL I: INNLEDNING OG VURDERING 4

1. Innledning 4
1.1 Oppgaver og organisering 4
1.2 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag 5
1.3 Mål for virksomheten 7
1.4 Virksomhetsstyring - styrets arbeid, herunder intern styring og kontroll 7
1.5 Medvirkning fra brukere og ansatte 9

2. Vurdering av virksomheten 11
2.1 Positive resultater og uløste utfordringer 11
2.2 Evaluering av egen virksomhet og organisering 15

DEL II: RAPPORTERINGER 18

3. Oppfølging av styringsbudskap fra tidligere år 18
3.1 Reduksjon av unødvendig venting 18
3.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 19
3.3 Korridorpasienter 19

4. Oppfølging av styringsbudskap for 2019 19
4.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen 19
4.1.1 Gjennomsnittlig ventetid 19
4.1.2 Overholdelse av pasientavtaler 20
4.1.3 Kreftbehandling 20
4.1.4 Behandling av hjerneslag 22
4.1.5 Uønsket variasjon 23
4.2 Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 24
4.2.1 Høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå 25
4.2.2 Pakkeforløp psykisk helsevern 26
4.2.3 Pakkeforløp tverrfaglig spesialisert rusbehandling 27
4.2.4 Forløpskoordinatorer innen psykisk helsevern og TSB 27
4.2.5 Tvangsbruk i psykisk helsevern 27
4.2.6 Epikrise 28
4.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet 28
4.3.1 Kvalitet og pasientsikkerhet 28
4.3.2 Styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten 35
4.3.3 Beredskap og sikkerhet 36
4.3.4 Innkjøp 37
4.3.5 Personell, utdanning og kompetanse 37
4.3.6 Forskning og innovasjon 39
4.3.7 IKT-utvikling og digitalisering 39
4.3.8 Bygg og eiendom 40
4.4 Tildeling av midler og krav til aktivitet 40
4.4.1 Økonomiske krav og rammer 40
4.4.2 Aktivitetskrav 43

DEL III:STYRETS PLANDOKUMENT 46

5. Utviklingstrender og rammebetingelser 46

6. Strategier og planer 46

DEL I: INNLEDNING OG VURDERING

1. Innledning

1.1 Oppgaver og organisering

Sykehuset Telemark helseforetak (STHF) er et helseforetak innen sykehusområdet Telemark-Vestfold. STHF er eid av Helse Sør-Øst RHF (HSØ RHF).

Sykehuset Telemark er et allsidig akuttsykehus. Det største sykehuset ligger i Skien. Dette har traumemottak og et bredt tjenestetilbud innen somatikk. I Skien har sykehuset også sykehusavdelinger for psykisk helsevern og rusbehandling. På Notodden, Seljord og i Porsgrunn er det distriktpsykiatriske sengeposter og polikliniske tilbud innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Sykehuset har også polikliniske tilbud innen TSB og psykisk helsevern i Skien, på Stathelle og i Kragerø. Dagsykehuset i Porsgrunn ivaretar planlagte dag- og polikliniske tjenester og drives i tett samarbeid med sykehuset i Skien. Lokalsykehuset på Notodden har akuttfunksjoner innen indremedisin, generell kirurgi og ortopedi. Ved dagsykehusene på Rjukan og i Kragerø ytes dag- og polikliniske spesialisthelsetjenester innen både indremedisinske og kirurgiske fag.

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

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

Sykehuset Telemark og Sykehuset i Vestfold er i samme sykehusområde og samhandler om flere fagområder – blant annet om psykiatri, karkirurgi og mikrobiologi. Dessuten har sykehusene felles AMK og pasientreisekontor.

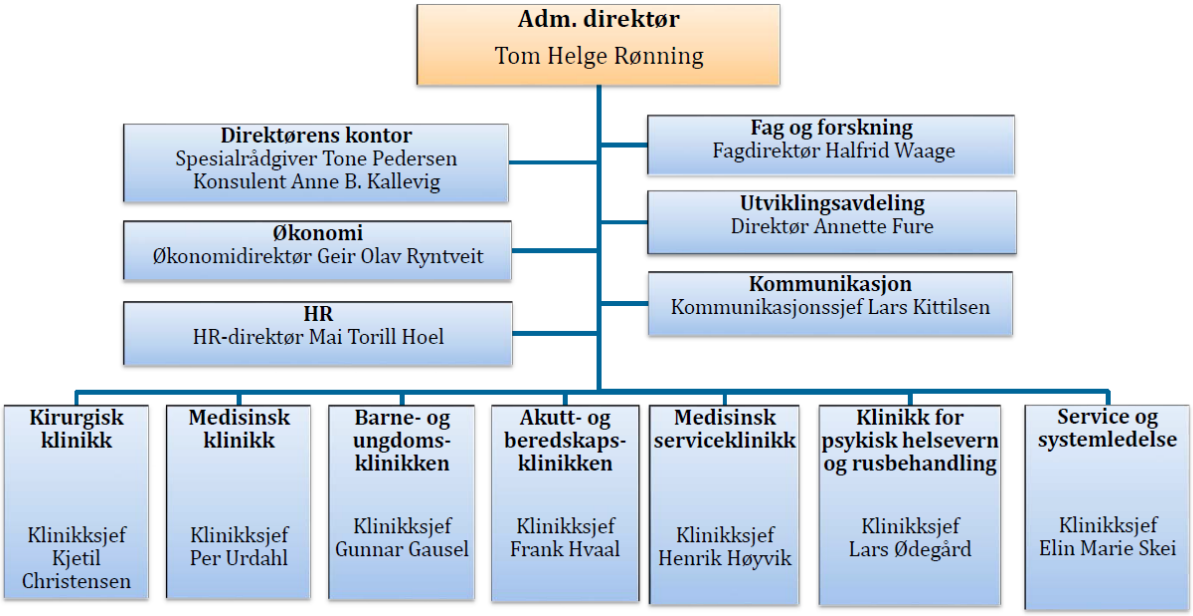
Opptaksområdet for sykehuset dekker Telemark fylke med om lag 173.300 innbyggere og 18 kommuner. Telemark fylke har et areal på totalt 15.299 kvadratkilometer.

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

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

Budsjettet er på om lag 4 milliarder kroner og antall budsjetterte årsverk utgjør 2.920.

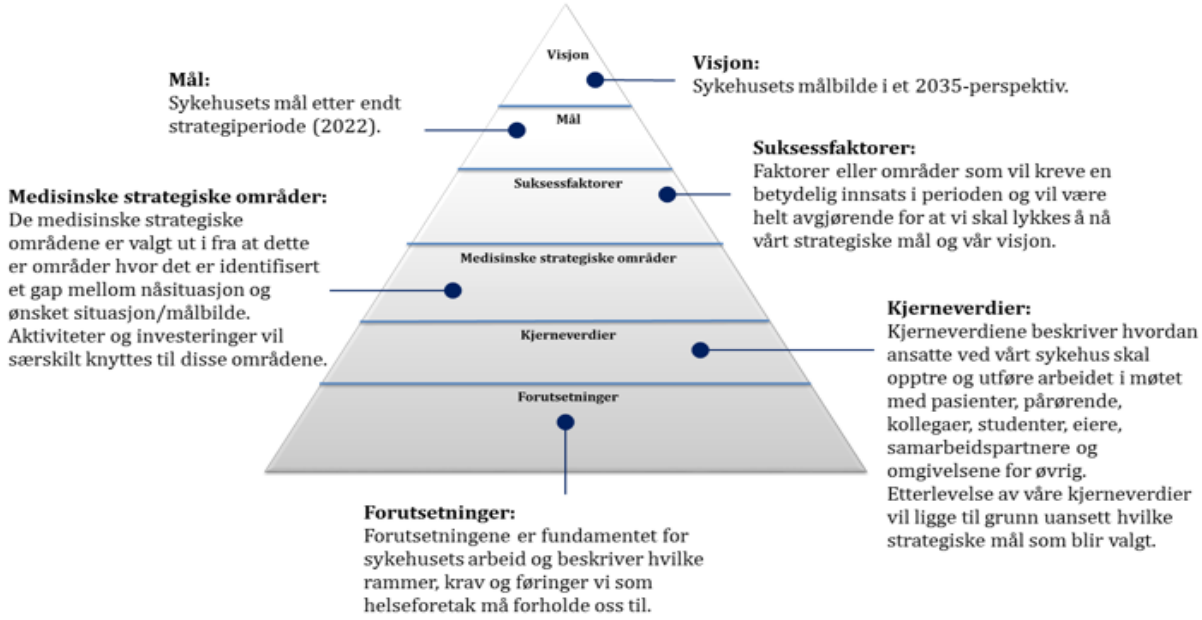
Sykehuset Telemark ledes av administrerende direktør og er organisert i sju klinikker og seks stabsområder:



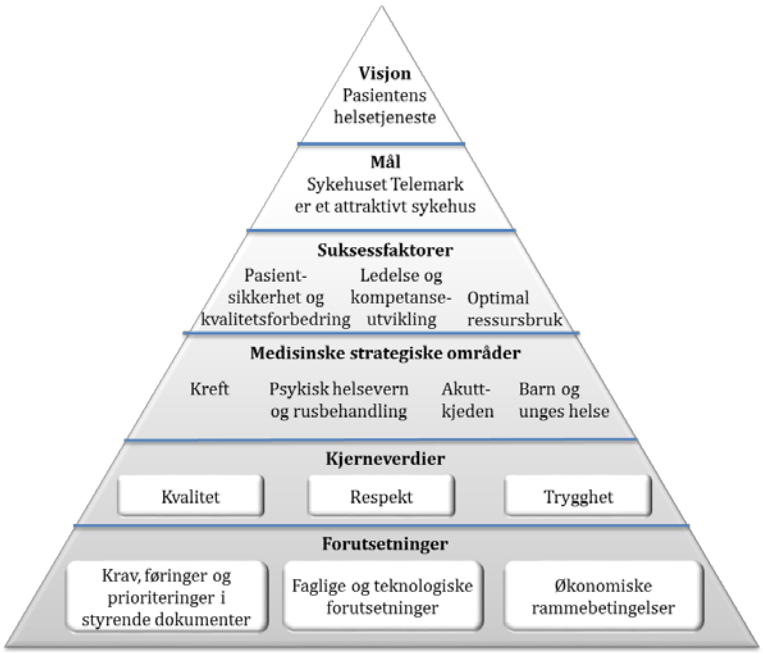
1.2 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Strategien for Sykehuset Telemark er en viktig rettesnor som skal danne grunnlag for sykehusets prioriteringer og aktiviteter. Den er utarbeidet på bakgrunn av føringene og målene til Sykehuset Telemark i Utviklingsplan 2035, Helse Sør-Øst Regional utviklingsplan 2035 og mål i dokumentet oppdrag og bestilling. Strategien for 2020-2022 bygger i hovedsak på strategien fra forrige periode (2016-2019), og den inneholder flere av de samme strategiske områdene. Dette blant annet fordi det kreves målrettet arbeid over tid for å realisere sykehusets utviklingsplan.

«Strategipyramiden» er bygget opp på følgende måte:



Strategi for 2020-2022



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

1.3 Mål for virksomheten

Sykehuset har også i år hatt fokus på omstilling og endring for å legge til rette for en fremtidsrettet tilpasning av sykehusets drift. Sykehuset har jobbet mye med omstilling de siste årene, men det er tydelige tegn på at det blir mer krevende å identifisere nye tiltak for å løse sykehusets utfordringer. Endrings- og utviklingsarbeid er viktig fordi sykehuset må, i større grad enn til nå, ha fokus på forberedelse til å levere morgendagens helsetjeneste. Omstilling er krevende for organisasjonen. For å øke endringstakten startet sykehuset opp et utviklingsprogram høsten 2018. Programmet handlet ikke kun om økonomi, men også kvalitet og pasientsikkerhet, arbeidsmiljø og ressursbruk. I programmet ønsket sykehuset blant annet å se på interne arbeidsprosesser, organisering, hvordan medarbeiderne samarbeider og hvordan sykehuset bruker ny teknologi.
Utviklingsprogrammets delprosjekter inngikk som aktiviteter i blant annet sykehusets forbedringsarbeid, innfrielse av mål/krav i oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst, innfrielse av mål i sykehusets strategi samt som ledd i Utviklingsplan 2035.
Status på måloppnåelse er fulgt opp blant annet opp i månedlige dialogmøter mellom administrerende direktør og klinikk- og stabssjefer, i ledermøter og av styret i styremøter.

1.4 Virksomhetsstyring - styrets arbeid, herunder intern styring og kontroll

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

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

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

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

Administrerende direktør har dialogmøter med de hovedtillitsvalgte, samt hovedverneombudet omlag hver fjortende dag, i tillegg til drøftingsmøter.

Brukerutvalget ved Sykehuset Telemark og ungdomsrådet har møter jevnlig. Rådene omtales nærmere under punkt *1.5. Medvirkning fra brukere og ansatte.*

Sykehusets øverste beslutningsnivå er styret. Styret skal settes i stand til å ta kvalitativt gode beslutninger og å etterspørre og få nødvendig informasjon, samt stille de krav til administrasjonen som styret til enhver tid finner nødvendig for å nå overordnede mål og krav. Brukerutvalgets leder og nestleder har møte- og talerett i styret. Styret har avholdt syv møter og fire styreseminar og har følgende styremedlemmer:

- Per Anders Oksum, styreleder
- Marit Kasin, nestleder
- Folke Sundelin, styremedlem
- Kari Dalen, styremedlem
- Kristian Bogen, styremedlem
- Ann Iserid Vik-Johansen, ansattvalgt styremedlem
- Kristine Stranheim Sunde, ansattvalgt styremedlem
- Kristian Wiig, ansattvalgt styremedlem

Noen av sakene som styret har behandlet:

- Virksomhetsrapporter herunder blant annet kvalitet og pasientsikkerhet, korridorpasienter, ventetider, fristbrudd, sykehusinfeksjoner, avvik, prioriteringsregelsen, sykehusets aktivitet og økonomi
- Årsberetning og årsregnskap, budsjett, økonomisk langtidsplan og investeringer
- Ambulanseplan 2035
- Utbygging somatikk Skien (USS)
- Sykehusets strategi 2020 – 2022
- Forskning
- Alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser
- Tilsyn og revisjoner
- Helse, miljø og sikkerhet
- Oppdrag og bestilling 2019
- Årlig melding 2018
- Ny spesialistutdanning
- Brukerutvalget ved sykehuset, felles møte, oppnevning av medlemmer og revisjon av mandat
- Forbedringsarbeid herunder arbeidet i Kirurgisk klinikk
- Sykehuset Telemarks fullmakter
- Samhandling herunder møte med representanter fra Notodden kommune

Som del av foretakets interne styring og kontroll, blir styret orientert om tilsynene som ulike tilsynsmyndigheter gjennomfører i foretaket. Det informeres om tilsynene resulterer i pålegg og hvordan disse følges opp for å sikre læring og forbedring. Følgende tilsyn fremheves som begge er iverksatt på bakgrunn av varsel om alvorlige hendelser:

Statens helsetilsyn: Tilsyn på grunnlag av varsel om alvorlig pasienthendelse. Avvik som gjelder at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp og at sykehuset ikke hadde lagt til rette for forsvarlig selvmordsrisikovurdering, diagnostikk og behandling samt mangelfull dokumentasjon. Avvik er fulgt opp, og det er redegjort for tiltak. Sykehuset avventer endelig rapport fra Helsetilsynet.

Arbeidstilsynet: Tilsyn på grunnlag av varsel om alvorlig personellhendelse. Tilsynet resulterte i pålegg som følge av mangelfull forebygging av vold og trusler. Pålegg er fulgt opp, og tilsynet er delvis bekreftet lukket. Sykehuset avventer tilbakemelding på resterende tiltak fra Arbeidstilsynet.

1.5 Medvirkning fra brukere og ansatte

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

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

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

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

Brukerutvalget legger prinsipper for brukermedvirkning til grunn for sitt arbeid. Prinsippene er vedtatt av Helse Sør-Øst og styret i Sykehuset Telemark HF. Medlemmene av utvalget er valgt fra ulike brukerorganisasjoner i Telemark. Utvalget har gjennomført seks møter og behandlet 48 saker.. Møtene har vært lagt til direktørens møterom ved Sykehuset Telemark i Skien.

Deltakelse og medvirkning
- Brukerutvalget har vært representert på helseforetakets styremøter
- Brukerutvalgets leder og nestleder møter fast i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget
- Brukerutvalgets medlemmer har engasjert seg i prosjekter og arbeider der brukermedvirkning har vært etterspurt (ca. 17 ulike prosjekter og utvalg).
- Brukerutvalget har vært representert på regional samling mellom ledere og nestledere i brukervalg i HSØ og helseforetakene vår og høst
- Felles møte med styret i STHF i september

Sammensetning av utvalget ved utgangen av året

- Rita Andersen, Psoriasis og Eksemforbundet Telemark (PEF), leder
- Sondre Otervik, A-larm, nestleder
- Gunn Ingeborg Kval-Engstad, FFO Telemark Ryggmargsbrokk- og hydrocepalusforening
- Hanne Kittilsen, Kreftforeningen
- Olav Kristiansen, Prostatakreftforeningen (PROFO)
- Gun Inger Heibø, Multippel sklerose (MS)
- Vidar Bersvendsen, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL)
- John Arne Rinde, Pensjonistforbundet i Telemark
- Anne Iversen, Norges Handikapforbund (NHF)

Noen saker som brukerutvalget har behandlet

- Kvalitet, pasientsikkerhet, korridorpasienter, ventetider, fristbrudd , sykehusinfeksjoner
- Regnskap og budsjett
- Prosjektene: Utbygging somatikk Skien (USS), Sykehusets strategi 2020 – 2022 og Ambulanseplan 2035
- Legemiddelsamstemming
- Digitalt innsyn i journal og logg

Ungdomsrådet ved Sykehuset Telemark

Ungdomsrådet ved STHF består av ungdommer som har erfaring som pasienter og/eller pårørende i sykehus. Ungdomsrådet har to koordinatorer. Rådet har gjennomført seks møter og behandlet 43 saker.

Rådets verdier er åpenhet og gjensidig respekt og rådet skal bidra til å sikre god brukermedvirkning for unge ved helseforetaket. Medvirkningen skal skje på ungdommenes premisser og rådet skal fremme synspunkter og saker, som kan bidra til å forbedre pasienttilbudet for unge brukere. Ungdomsrådet skal likestilles med bruker-utvalget vedrørende involvering og inkludering.

Deltakelse og medvirkning

- Regional samling med ungdomsrådene i Helse Sør-Øst RHF
- Landskonferanse for ungdomsråd «Camp Revolution 2019»
- Introduksjonskurs for nyansatte ved sykehuset
- Høringsgruppe vedr prosjekt Utbygging somatikk Skien
- Digitalt innsyn i journal og logg

Sammensetning av rådet ved utgangen av året

- Hanna A.W. Thorsen, leder
- Ada-Marie Riis, nestleder
- Preben Myhre
- Sebastian Gundersen
- Oda Skretteberg
- Niclas Lindquist Haugen
- Karoline Sørensen Håstul

Noen saker som ungdomsrådet har behandlet

- Presentasjon av ungdomsrådet rundt på sykehuset og på sykehusets nettside
- Universell utforming
- Samvalg
- Mediehåndtering
- Større variasjon og mer spennende mattilbud for barn/unge
- Bedre overgang fra barn til voksen avdeling
- Bidrag til gaver på UPS (Ungdomspsykiatrisk senter)
- Barn som pårørende til kronisk syke
- Utbygging somatikk Skien

2. Vurdering av virksomheten

2.1 Positive resultater og uløste utfordringer

Historisk sett har Telemark hatt et høyt forbruk av spesialisthelsetjenester. Årsaken til det høye forbruket knyttes til demografiske forhold med mange eldre, tidligere stor industriell virksomhet i fylket, samt noe lavere utdanningsnivå i befolkningen. Forbruket korrigert ned de siste årene og ligger nå relativt marginalt over hva behovsindeksen skulle tilsi.

Generell lav befolkningsvekst, økende andel eldre i fylkets befolkning og økte forventninger til helsetjenestene forventes imidlertid å gi sykehuset fortsatt økonomiske utfordringer i årene som kommer. Sykehuset har de siste årene hatt en positiv produktivitetsutvikling totalt sett, men har fremdeles behov for forbedringer for å nærme seg de beste i foretaksgruppen. Dette betyr at sykehuset framover må utvikle tjenestetilbudet slik at mer helse skapes for de pengene som sykehuset har til disposisjon. Det er i tillegg nødvendig å bedre investeringskraften for å bedre bygningsmessige forhold og øke investeringene i medisinsk teknisk utstyr.

Selv om det enda er en stund til at stråleterapien er i gang i Telemark, jobber sykehuset systematisk med å bygge opp kompetansen som må være klar når den nye stråleenheten settes i drift. To strålevernterapeuter er ferdig med sin utdannelse, og i løpet av 2020 vil så mye som fire nye kreftspesialister være på plass. Medisinsk fysiker ble ansatt for et år siden, og er en del av den faglige opprustningen.
På få år har Sykehuset Telemark gått fra svært få kreftleger og vansker med å rekruttere, til å bli stadig mer attraktivt for en legegruppe det er konkurranse om i sykehus-Norge. Dette er resultatet av langsiktig og planmessig jobbing. I løpet av 2020 vil det også bli ansatt en onkolog med god erfaring innen stråleterapi, noe som indikerer at den nye tjenesten er rekrutteringsfremmende.

Styret i Sykehuset Telemark ba om å få en prinsipiell styresak for ambulansedriften ved Sykehuset Telemark HF til behandling i god tid før avtaleperioden for ambulanse-stasjonene utløper i 2020. Arbeidet ble organisert i prosjekt "Ambulanseplan 2035". Utkast til Ambulanseplan 2035 var høsten 2018 ute på høring og styret godkjente planen i møte februar 2019.

Sykehuset startet innføringen av Metavision i fjor, som et bidrag til kvalitet og pasientsikkerhet. Løsningen ble innført stegvis på avdelingene ved sykehuset og utrullingen var ferdig i juni i år.

I Kirurgisk klinikk har sykehuset har satt i gang et større forbedringsarbeid, hvor målsettingen er å gjennomgå hele verdikjeden fra planlegging operasjon til overføring til sengepost. Forbedringsarbeidet er organisert som et prosjekt, hvor hensikten er å forbedre kvaliteten i pasientbehandlingen, forbedre arbeidsmiljøet og sikre en mer effektiv ressursbruk. Prosjektet bygger på et analysearbeid gjennomført før sommeren, hvor det ble avdekket betydelig forbedringspotensial i kapasitetsutnyttelsen. På bakgrunn av dette ser sykehuset muligheter for å hente ut kvalitative og kvantitative gevinster. En av hoved-observasjonene var at det manglet en helhetlige planlegging og at man ikke i tilstrekkelig grad tar hensyn til pasientbehovene. Prosjektet vil strekke seg frem til sommeren 2020.

I Sykehuset Telemark arbeides det med ulike prosjekter for å sikre god og fremtidsrettet Helsetjenester hvorav akuttkjedeprosjektet er et godt eksempel. Prosjektet er et samhandlingsprosjekt mellom Sykehuset Telemark HF og alle kommunene i fylket. Målet er Norges beste akuttkjede. Det er utviklet flere praktiske samhandlingsverktøy for å hjelpe alle involverte til å få en bedre tillit og annerkjennelse av hverandre, til pasientens beste.

Rekruttering og kompetanse
Sykehuset har hatt 15 deltakere på Helse Sør-Øst sitt ledermobiliseringsprogram. Programmet pågår inn i 2020, og har blitt svært godt mottatt.
Sykehuset har gjennomført lokal lederutvikling for to klinikker (Kirurgisk klinikk, Akutt- og beredskapsklinikken), hvor evalueringen fra deltakerne viser stor nytteverdi.

Rekruttering er fremdeles utfordrende inne flere fagområder, og tilgangen på kvalifisert søkere er for lav. Utfordringene er spesielt knyttet til enkelte lokasjoner og områder som radiologi, psykiatri og spesialsykepleiere. Sykehuset har generelt god tilgang på søkere til stillinger som lege i spesialisering, men har større rekrutteringsutfordringer til enkelte overlegestillinger.

Andelen deltidsansatte er på ca 37%.

Tilgjengelighet og kvalitetsarbeid
Sykehuset har hatt en svak økning av ventetider gjennom året. Samlet sett var ventetid påstartet 57 dager per desember, hvilket er en økning på to dager. Det er likevel grunn til å fremheve de korte ventetidene innenfor psykisk helsevern og rus – 40 dager i BUP, 36 dager i VOP og 30 dager innen TSB ved utløpet av året. Dette er resultat av målrettet innsats.

De korte ventetidene i psykisk helsevern og rus bidrar til at ventetidskomponenten i prioriteringsregelen er oppfylt. For BUP er også aktivitets- og bemanningskomponenten oppfylt.

Antall pasienter som har ventet mer enn ett år er redusert betydelig de foregående årene, men har i siste halvdel av 2019 ligget stabilt rundt 40 pasienter (42 per

desember). Dette er i hovedsak pasienter innen plastikkirurgi (postbariatri). Det er en ambisjon å redusere antallet.

Situasjon vedrørende fristbrudd har gjennom første halvdel av året ligget på omkring én prosent. I siste halvår har dette økt noe, slik at fristbrudd påstartet i desember var 2,2 prosent. Den største utfordringen er innen mage-tarm, dvs. koloskopier hvor sykehuset har et høyt antall henvisninger.

Andel pasienter med passert planlagt tid (løftebrudd) var ved utgangen av året 8.2 prosent. Dette er en svak økning. Hovedutfordringen er i øre-nese-hals. Her jobbes det med planlegging og logistikk for å redusere antallet. For øvrig har flere andre fagområder lyktes med å redusere denne måleparameteren. Det er spesielt grunn til å nevne ortopedisk avdeling, som gjennom målrettete tiltak har redusert antall løftebrudd betydelig. På systemnivå er nettverket for pasientadministrative saker (PASK) og sertifiseringsprogrammet for merkantilt personell etter modell fra Oslo universitetssykehus nyttige tiltak.

Andel pasienter som får beskjed om time som et direkte svar på henvisningen (direkte time) har samlet sett ligget i overkant av 80 prosent. Barne- og ungdomsklinikken har utmerket seg med måloppnåelse på over 90 prosent i mange av månedene.

Korridorpasienter har variert mellom en og to prosent, hvilket er noe høyere enn året før. Utfordringen har i hovedsak vært knyttet til indremedisinske pasienter og utfordringer med å få flyttet de som er utskrivningsklare over til kommunen. I tillegg til at det er etablert dialog med kommunene er det satt i gang tiltak internt for å utnytte den totale sengekapasiteten på en best mulig måte.

Sykehusinfeksjoner, målt ved prevalens, skal i henhold til føringer fra Helse Sør-Øst være under tre prosent. Målingene viser en nedadgående trend over år. I år var resultatene av prevalensmålingene 4,3 prosent, 4,4prosent, 3,5 prosent og 3,4 prosent. Det vil være et høyt fokus på infeksjonsområdet også videre, ikke minst på å holde postoperative sårinfeksjoner på et lavt nivå.

Når det gjelder kreftpakkeforløpene har Sykehuset Telemark en høy andel kreftpasienter som registreres i pakkeforløp. Målet om at 70 prosent av pakkeforløpene skal være gjennomført innenfor de definerte forløpstidene er oppfylt med god margin også i år og sykehuset er samlet sett helt på topp i landet. Imidlertid er det fremdeles utfordringer innen enkelte av forløpene. Dette gjelder for prostatakreft, tarmkreft, gyn-kreft og lungekreft. Lungekreftforløpet i sykehuset valgt ut som et av fokusområdene for Regionalt innsatsteam (RIT) i 2020.

Samhandling med kommunene
Det er avholdt regelmessige møter mellom administrerende direktør, rådmennene og tillitsvalgte i de 18 Telemarkskommunene. Fylket er delt inn i 3 områder og «Grenlandssamarbeidet» har en litt løsere struktur enn de øvrige områdene. Dette etter ønske fra kommunene i Grenland. Regelmessige møter har også vært avholdt på klinikksjef og kommunalsjefsnivå. På det kliniske/utøvende nivå har det vært avholdt møter ved definerte behov.

Eksempler på samhandling:

- Likemanns prosjektet med ti samhandlende aktører innen rus og avhengighet. Gode erfaringer med null tilbakefall hos deltakere i prosjektet- og 80 prosent av deltakerne er i jobb / skole /aktivitet.
- Akuttkjedeprosjektet med deltakelse fra kommunene og andre samarbeidspartnere. Felles samhandlingsverktøy brukes nå over forvaltningsnivåene og det arbeides med implementering i 16 kommuner i Telemark. Psykisk helse og rus har i år blitt et delprosjekt innen akuttkjeden.
- Erfaringsseminarer for bruk av de kommunale ø-hjelpsenger innen rus og psykisk helse og for bruk av de kommunale ø-hjelpsengene innen somatikk
- Erfaringsseminar for alle kommunene innen digital samhandling og planer for videre utrulling
- Kompetansenettverk innen digital samhandling
- Samarbeidsfora innen psykisk helse rus og avhengighet
- Kommuneoverlegeforum i Telemark i drift sammen med praksiskonsulent-ordningen (PKO) og klinikksjefer ved sykehuset
- Fastlegeforum i Vest-Telemark hvor aktuelle spesialister fra sykehuset blir invitert.
- Team fra Notodden sykehus har vært ute på fastlegekontor i opptaksområdet
- Fagdag innen antibiotika bruk for kommunalt ansatte sykepleiere
- Kurs innen dekontaminering hvor alle kommuner og legekontor ble invitert
- Et eget samarbeidsutvalg er etablert for å se på samarbeidsarena mellom fastleger og sykehusleger. Det er utarbeidet anbefalinger som nå er kjent i kommuner, hos avtalespesialistene og på sykehuset
- Ytterligere desentralisering av dialysetilbud
- Kommunene er fortsatt med å delfinansierer ambulerende palliasjonslege
- Dialogmeldinger mellom sykehusleger og fastleger kom på plass i slutten av året
- Felles Rådmannsmøter / utvidet overordnet samarbeidsutvalg for hele Telemark

Også på individnivå er det fokus på god samhandling mellom fastleger/kommune og behandlere i spesialisthelsetjenesten. Målsettingen er å skape helhetlige og godt koordinerte pasientforløp. Sentrale tema er behandlingsplan og videre oppfølging av pasienten, samt legemiddelbruk.

Det er fortsatt lite bruk av kommunale ø-hjelp senger innen psykisk helse og rus og det er utfordringer med overliggerproblematikk i perioder.

Sykehuset Telemark har praksiskoordinator og to praksiskonsulenter, en i somatikk og en innen psykisk helse. Disse jobber med å forbedre kommunikasjon og praksis i grensesnittet mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten

Økonomiske forhold
Sykehuset har også i år arbeidet med forbedringstiltak og omstilling i klinikkene. Dette arbeidet har i tidligere år i stor grad vært koblet til reduksjon i bemanning. I 2019 har sykehuset erfart at det har vært krevende å opprettholde effekter av dette effektivitetsarbeidet i klinikkene over tid og har derfor økt innsatsen inn mot andre forbedringsområder. Det har vært gjennomført et stort kartleggingsarbeid for å identifisere områder og tiltak for bedret pasientflyt i somatikken. Dette arbeidet har

involvert et stort antall ansatte og viser store muligheter for å redusere ventetider, utnytte ansattes tid bedre, fjerne unødvendige oppgaver, redusere stress for ansatte og styrke pasientsikkerheten. Forbedringsarbeidet viser også muligheter for å øke aktivitet og dermed sykehusets inntjening.

Sykehuset Telemark oppnådde i 2019 et overskudd på 31 millioner kroner, noe som er 1 million kroner bedre enn med budsjett og en forbedring på 22 millioner kroner fra 2018. De viktigste faktorene bak resultatutviklingen er økte polikliniske inntekter, høye salgsinntekter for laboratoriet og røntgen samt lavere kostnader ved kjøp/salg av helsetjenester. Samtidig opplever sykehuset at økonomien fortsatt utfordres blant annet av økte kostnader til behandlingshjelpemidler, kostbare medikamenter, fritt behandlingsvalg innen rus og psykiatri, flere ambulanseoppdrag, høye kostnader til innleie og overtid samt lav vekst i DRG-aktivitet.

Bedrede økonomiske resultater har gitt sykehuset mulighet til å øke investeringer og vedlikehold i 2019. Det er imidlertid fortsatt store behov og derfor nødvendig med grundige prioriteringer for å sikre riktig bruk av disse midlene.

Det er fortsatt behov for produktivitetsforbedring i årene fremover og sykehuset vil i 2020 fortsette arbeidet med forbedringstiltak i klinikkene. I tillegg til dette blir det startet opp flere sykehusovergripende forbedringsprosjekter, blant annet knyttet til forbedret pasientflyt og optimal ressursutnyttelse på tvers av fag og funksjoner på sykehuset.

2.2 Evaluering av egen virksomhet og organisering

Styret er generelt godt fornøyd med resultatene i de medisinskfaglige måleparameterne. På mange områder skårer sykehuset godt sammenlignet med andre helseforetak, selv om det fremdeles er potensial for ytterligere forbedring innen enkelte fagområder. Spesielt gjelder dette ventetider og fristbrudd i somatikken. Nivået på fristbrudd er fremdeles for høyt innenfor noen fagområder.

Det er gledelig å konstatere at det fortsatt er god utvikling på ventetider i voksenpsykiatrisk poliklinikk (VOP) og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP).

Antallet pasienter som har ventet mer enn ett år er nå stort sett begrenset til plastikk-kirurgi og forventes ytterligere redusert i 2020 fordi operasjonskapasiteten innen kroppsformende kirurgi er økt.

Når det gjelder pakkeforløp kreft har sykehuset en høy andel pasienter inn i forløpene, og andelen pasienter som er behandlet innen standard forløpstid ligger godt over målsettingen. Det registreres imidlertid store variasjoner innen de ulike fagområdene og det er derfor fremdeles en viktig jobb å gjøre for å forbedre resultatene innen noen fag.

Det registreres generelt en god utvikling på postoperative infeksjoner. Generelt jobbes det godt med smittevern og med antibiotika styringsprogrammet.

Korridorpasienter har økt noe igjen i år etter at det de senere årene har vært en svært god utvikling. Noe av utviklingen skyldes en betydelig økning i antall «overliggere» fra Skien kommune.

Prioriteringsregelen oppleves som krevende og sykehuset har samlet sett ikke oppnådd målsettingen. Sykehuset er imidlertid godt fornøyd med arbeidet som er gjort for å redusere ventetidene i psykiatrien.

Det er også dette året vært fokusert på forbedringsarbeid med sikte på å bedre bærekraften og sikre fremtidig handlingsrom for investeringer. Arbeidet har ført til produktivitetsforbedringer, men vi har samtidig måttet slå fast at det synes mer krevende å identifisere nye tiltak enn tidligere. På denne bakgrunnen har sykehuset etablert et utviklingsprogram som skal sikre bærekraft og samtidig forberede oss på en fremtidig driftssituasjon, blant annet med ny funksjon (stråling) og nytt bygg. Utviklingsprogrammet ledes av Utviklingsavdelingen med noe støtte fra konsulentselskapet EY. Det er igangsatt et betydelig arbeid for å bedre kvalitet og produktivitet i kirurgisk aktivitet. Det er også gjennomført pilotprosjekter i poliklinikker og ortopedisk poliklinikk er tildelt prisen «årets leanprosjekt» fra Norsk Leanforum som en følge av arbeidet.

Det er fremdeles utfordringer med Kirurgisk klinikks aktivitet på Notodden sykehus, spesielt innen ortopedi hvor målet er å øke aktiviteten ved at flere pasienter fra andre deler av opptaksområdet behandles ved dette sykehuset.

Styret er fornøyd med sykehusets positive utvikling i økonomien og for tredje året på rad registrerer man en relativ betydelig forbedring i forhold til forrige år. Målsettingen om et årsresultat på 30 millioner kroner er nådd og dette er det fjerde beste resultatet i sykehusets historie, bare slått av årene 2010,2011 og 2012. Svært lavt investeringsnivå de siste årene har ført til at sykehuset har et etterslep på investeringer, spesielt på medisinsk teknisk utstyr. Sykehuset har ikke økt investeringene så mye som planlagt i år og det planlegges med betydelig økning i året som kommer.

Nedgangen i antall årsverk har flatet ut i år. Det har vært gjennomført en streng ansettelseskontroll og arbeidet med bemanningsplanlegging er intensivert. Sykehuset har videreutviklet programmet kalt «God ressursstyring» hvor arbeidsplaner gjennomgås systematisk for å forsøke å styre bemanningen bedre i forhold til variasjon i aktiviteten. Det er gjennomført et pilotarbeid i samarbeid med RHF'et for å teste en løsning med integrasjon mellom DIPS og GAT. Hensikten er å legge til rette for å lage og vedlikeholde arbeidsplaner i henhold til planlagt aktivitet.

Rjukan sykehus er fremdeles ikke solgt etter at et planlagt salg i begynnelsen av året, dessverre ikke ble effektuert fordi kjøper trakk seg. Det er etablert ny dialog med Tinn kommune etter at kommunevalget i år førte til ny politisk ledelse.

Det er ikke gjennomført organisatoriske endringer av større betydning i løpet av året.

Sykehuset Telemark fikk i slutten av mars mandat for konseptfase for utbygging av somatikk Skien. Prosjektet eies av Helse Sør-Øst HF og prosjektledelse utføres av Sykehusbygg HF. Prosjektet ble ganske rask etablert med styringsgruppe og

prosjektledelse, men hadde de første månedene ikke den ønskede fremdrift. I juli ble det også fremlagt en foreløpig kvalitetssikringsrapport fra Metier som slo fast at det var mangler ved arbeidet knyttet til prosjektutløsende behov, samt at deler av hovedprogrammet ikke hadde en god nok struktur. I løpet av høsten gjorde Sykehusbygg endringer i prosjektledelsen og det ble allokert ny prosjektleder til arbeidet. De siste månedene av året er det jobbet godt med prosjektet og administrasjonen gjorde like før jul sitt foreløpige vedtak om valg av konsept. Styret planlegger å vedta sin innstilling i januar 2020 og forventer at styret i HSØ gjør 3BA beslutning i mars.

I arbeidet med å skape pasientens helsetjeneste vil god dialog og samarbeid med brukerne stå sentralt. I denne sammenheng er brukerutvalget et viktig organ for STHF og det er i år videreført og videreutviklet det gode samarbeidet med ledelsen ved sykehuset. Ungdomsrådet har arbeidet for å utvikle rådet som en verdiskapende møteplass med de unge brukerne av sykehusets tjenester.

DEL II: RAPPORTERINGER

3. Oppfølging av styringsbudskap fra tidligere år

Årlig melding 2018 fra Sykehuset Telemark HF ble behandlet i sak 3: *Årlig melding 2018, jf. vedtektene §§ 6 og 14* i foretaksmøte 20. mai 2019. Foretaksmøtet viste i saken spesielt til helseforetakets resultatoppnåelse for styringsbudskapene:

- Pakkeforløp kreft
- Reduksjon av unødvendig venting
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Korridorpasienter

I vedtaket fra foretaksmøtet ble det presisert at:
Foretaksmøtet forutsetter at driften ved Sykehuset Telemark HF innrettes slik at gjenstående styringskrav fra tidligere år følges opp sammen med nye styringskrav for 2019.

3.1 Reduksjon av unødvendig venting

Sykehuset har arbeidet med å redusere unødvendig venting og målkravet for ventetider både i psykisk helsevern voksne (PHV), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) er nådd i 2019.

Ventetiden i PHV er redusert fra 43 dager i 2018 til 36 dager i 2019. For tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) var ventetiden 30 dager i 2018 mot 29,5 dager i 2019. Ventetid i BUP ble redusert fra 41 dager i 2018 til 39,6 dager i 2019.
Kravet er at gjennomsnittlig ventetid i 2019 skal være under 40 dager for psykisk helsevern voksne, barn og unge og 35 dager for TSB.

For å redusere ventetiden ønsker BUP å ta inn pasienter så raskt som mulig, uavhengig av faglig anbefalte frister. Det er også satt av særskilte timer for førstegangssamtaler, og ved avbestillinger og forfall blir det jobbet systematisk med å ta inn andre pasienter raskere enn avtalt, dersom det er mulig utfra behandlingsbehov og behandler. For å sikre aktivitet, anvendes sekretærstyrte timebøker. Nytt personell blir tilsatt så snart det lar seg gjøre ved permisjoner og vakanser, og nye ansatte får veiledning og opplæring slik at de kan ta inn pasienter så raskt som mulig.
Det er også jobbet med å effektivisere møtevirksomheten. Søknader om kurs og andre kompetansehevingstiltak blir kritisk vurdert.

Sykehuset har ikke klart å redusere ventetiden i somatikken. Ventetiden økte fra 55,7 dager i 2018 til 58 dager i 2019.

3.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Målet om høyere vekst innen PHV og TSB for poliklinisk aktivitet er oppfylt for BUP, men ikke for VOP og TSB. Aktiviteten hittil i år har vært lavere innen PHV og TSB sammenlignet med 2018. Årsaken er store rekrutteringsutfordringer i terapeutstaben.

3.3 Korridorpasienter

Sykehuset har ikke oppnådd målsettingen om ingen korridorpasienter og har hatt flere korridorpasienter i år enn i 2018. Sykehuset har hatt en utfordrende situasjon med mange utskrivningsklare pasienter. Det ligger ikke an til en rask løsning, men sykehuset har en konstruktiv dialog med kommunene. Utfordringsbildet er særlig stort i Skien kommune.
Sykehuset har klart å utnytte kapasiteten i avklaringsenheten i akuttmottaket i større grad enn før, og slik det er ønsket. I perioder med mange innleggelser er det innført daglige fellesmøter mellom ansvarlige på ulike sengeposter for å sikre best mulig pasientflyt og utnyttelse av samlet sengekapasitet.

4. Oppfølging av styringsbudskap for 2019

4.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

4.1.1 Gjennomsnittlig ventetid

Redusere gjennomsnittlig ventetid sammenliknet med 2018. Under 55 dager i alle helseforetak innen 2019. Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være under 50 dager i alle regioner. [*Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.*]

Sykehuset Telemark har ikke nådd målsettingen om at gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2018. Gjennomsnittlig ventetid er 57 dager, mens målet var 55 dager.

Innen spesialitetene er det plastikkirurgi, øre-nese-hals, nevrologi og ortopedi som har lengst ventetider. Sykehuset øker kapasiteten på plastikkirurgi fra januar 2020 på Notodden sykehus. Innen nevrologi blir det jobbet med å korte ned ventelistene blant annet gjennom utstrakt bruk av telefonkonsultasjoner til kontrollpasienter. Legenes timebøker er også vesentlig framskrevet. Innenfor øre-nese-hals arbeides det med planlegging og logistikk.

Psykisk helsevern og TSB har ventetider som er innenfor målene på 40 dager innen VOP/BUP og 35 i TSB. Selv om det er mange ubesatte stillinger, har VOP redusert sin ventetid med hele sju dager. Sammenliknet med fjoråret er ventetidene redusert med 16,8 prosent i VOP, 3,8 prosent i BUP, og 1,3 prosent innenfor TSB.

Det er jobbet systematisk med henvisningene. Pasientlogistikk og ventelistefokus vil prege virksomhetsstyringen også fremover.

4.1.2 Overholdelse av pasientavtaler

Median tid til tjenestestart skal reduseres sammenliknet med 2018. [*Tiden mellom tidspunktet henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten og tjenestestartdato (dato for når prosedyre er utført) for spesifikke sykdomsgrupper. Målet gjelder for sykdomsgrupper der tid til tjenestestart er tilgjengelig som nasjonale tall fra NPR. Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.*]
Helseforetaket skal overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2018 (passert planlagt tid). I 2019 skal helseforetaket overholde minst 93 prosent av avtalene. Innen 2021 skal minst 95 prosent av avtalene overholdes. [*Andel pasientkontakter som har passert planlagt tid av totalt antall planlagte pasientkontakter. Må måles med samme uttrekksdato som året før.*]
Det vises til Dokument 3:2 (2018–2019) Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper i 2017, der det bl.a. vises til at bedre planleggingssystemer og administrasjon fører til bedre utnyttelse av legeressursene slik at flere pasienter får time innen planlagt tid. Helseforetaket skal følge opp funnene i Riksrevisjonens undersøkelse.

Pkt. 1
Median tid til tjenestestart er 53 dager for STHF per andre tertial i 2019. Dette er en reduksjon på to dager fra tilsvarende tidspunkt i 2018.

Pkt. 2
Per november 2019 ble 91,2 prosent av tidspunkt for pasientavtaler ved STHF overholdt. Tilsvarende tall per november 2018 var 91,1 prosent *. Måloppnåelsen har variert gjennom året. Øre-nese-hals er det fagområdet som har størst utfordringer (75 prosent). Deretter følger fagområdet gastromedisin (82 prosent). Det har vært fokusert på å rydde i ventelister, samt å forbedre planlegging og logistikk.

**I Årlig melding 2018 rapporterte sykehuset et langt høyere tall. Da ble det brukt en beregningsmetode som avvek fra det som brukes regionalt. Dette er endret i 2019.*

Pkt. 3
Sykehuset har jobbet med planleggingsprosesser og optimal bruk av ressurser i forbedringsprosjektene som er beskrevet under 4.1.5. I tillegg til de nevnte prosjektene i ortopedisk poliklinikk og for operasjon, pågår det forbedringsarbeid i utvalgte poliklinikker (blant annet mage-tarm og endokrinologi). Det er også et eget prosjekt for akuttpsykiatriske sengeposter og for radiologi.

4.1.3 Kreftbehandling

Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 prosent. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres. [*Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 26 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid. Andel pakkeforløp som har en forløpstid fra start*

av forløpet til start av kirurgisk, medikamentell- eller strålebehandling, som er innenfor standard forløpstid, for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, nevroendokrine svulster, føflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkraft, myelomatose, akutt leukemi, kronisk lymfatisk leukemi, galleveiskreft, primær leverkreft, hode- halskreft, lymfom, nyrekreft, livmorkreft, eggstokkreft, livmorhalskreft og sarkom. Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.]

Resultater per 11 måneder
Gjennomsnittstall viser at 80 prosent av nye pasienter blir inkludert i pakkeforløp. I kreftpakkeforløp ble 74 prosent av pasientene behandlet innen standard forløpstid.

Urologi har en svært god utvikling. I kreftpakkeforløp ble 91 prosent av pasienter med blærekreft har i perioden januar–november blitt behandlet innen standard forløpstid. Andelen for nyrekreft er 80 prosent, testikkelkreft 75 prosent, mens prostata har 61 prosent.
Sykehuset har hatt høyt fokus på prostatakreft fra medio 2017, og statistikken har siden den gang vist en positiv utvikling. På brystkreft har 83 prosent blitt behandlet innen standard forløpstid.

Sykehuset har få pasienter innen gynekologisk kreft, og det har vært utfordringer med måloppnåelse. (35 prosent for eggstokkreft, 25 prosent for livmorhalskreft, 57 prosent for livmorkreft.) Her foregår behandlingen sentralt, og sykehuset har relativt liten påvirkning på tempo. Forløpskoordinator og kreftkoordinator jobber aktivt for å bedre samhandlingen.

For føflekkreft blir 93 prosent av pasientene behandlet innen standard forløpstid, og hele forløpet utføres ved STHF. For lungekreft er 54 prosent av pasientene behandlet innen standard forløpstid hittil i år. Fra uke 37 fikk sykehuset tilgang til PET ved Sykehuset i Vestfold, og ventetiden her er kort.

Innen hematologi blir 80 prosent av pasientene med lymfomer og 80 prosent av pasientene med myelomatose behandlet innen standard forløpstid.

For tykk- og endetarmkreft er 91 prosent av pasientene inkludert i pakkeforløp. Ut fra Helsedirektoratets statistikk er kun 59 prosent av pasientene behandlet innen standard forløpstid. De svake resultatene blir drøftet i de aktuelle fagmiljøene for å se hvor i forløpet forsinkelsene oppstår.

Strukturerte forløpsgjennomganger med forløpseiere er under planlegging. Målet er at det skal redusere variasjonene i behandlingstid på de ulike pakkeforløpene.

Kvalitetssikring/utvikling knyttet til medikamentell kreftbehandling
Det er etablert gode system for å sikre korrekt bruk av dyre medikamenter. Informasjon fra nye metoder blir implementert hurtig i aktuelle fagmiljøer. Behov for unntak eller off-label blir alltid diskutert i kollegiet og med leder og fagdirektør. Etterlevelse av LIS-anbefalinger blir fulgt tett opp. For virkestoffene *rituksimab* og *trastuzumab* har etterlevelsen vært 100 prosent.

Sykehuset er nå i prosjektfase for medikamentell kreftbehandling i Tokke og Vinje. Implementeringen starter på nyåret 2020. Dette vil gjøre at flere slipper lang reisevei for å få lindrende og livsforlengende behandling. Ambulant palliativt team vil aktivt delta for å sikre trygghet for både pasient, pårørende og aktuelt personell.

4.1.4 Behandling av hjerneslag

Minst 60 prosent av pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet, får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse. [*Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.*]

Av Sykehuset Telemarks pasienter med hjerneslag fikk 20 prosent av pasientene trombolysebehandling og 72,5 prosent av disse fikk trombolyse innen 40 minutter etter innleggelse. Sykehuset har dermed oppnådd kravet om minst 60 prosent av pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet, får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse

Det har gjennom flere år vært jobbet godt med området hjerneslag på Sykehuset Telemark og sykehuset har en egen slagenhet. Enheten rapporterer jevnlig tall for de ulike kvalitetsindikatorene som er oppgitt i Hjerneslagsregisteret. Følgende tall er basert på de siste 12 måneder (også noen tall fra desember 2018):

- 94 prosent av pasientene ble innlagt direkte i slagenheten
- 95 prosent av pasientene fikk en svelgfunksjonsvurdering under innleggelsen
- 95 prosent ble skrevet ut med antitrombotisk behandling
- 79 prosent ble utskrevet med antikoagulasjon
- 62 prosent med et blodtrykksmedikament
- 84 prosent av pasientene under 80 år fikk kolesterolsenkende behandling
- 44 prosent har fått kontroll på poliklinikken etter tre måneder

Pakkeforløp fase 2 ble igangsatt i november 2019 (foreløpig ikke tall for dette), og sammen med fase 1 representere dette et helhetlig pakkeforløp fra symptomdebut med videre oppfølging og rehabilitering etter et hjerneslag. For 2019 var det 152 pasienter med hjerneslag/hjerneblødning som ble registrert i et pakkeforløp (pr januar 2020, komplette tall for 2019 er ferdig registrert ved utgangen av februar 2020). Totalt 190 pasienter ble registrert inn i sykehuset med diagnosekode I.161*, I.163*, (I.164*).

Tallene som blir rapportert har en statistisk variasjon som er forventet ut fra innbyggertall/nedslagsfelt. Det totale innbyggertallet utgjør ikke et veldig stort volum. Sykehuset er opptatt av både tidsfaktoren (fra dør til nål) og kvaliteten i den behandlingen som slagenheten gir.

Ved bytte i personalet er det viktig å holde prosedyrer kjent gjennom simulering, trening og undervisning. Poliklinikken jobber også med å bedre tallene på tremåneders-kontroller etter hjerneslag. Det er korte liggetider i slagenheten og pasientene får et ambulant tilbud i etterkant.

4.1.5 Uønsket variasjon

Helseforetaket skal, basert på analyser av uønsket variasjon i effektivitet, kapasitetsutnyttelse og forbruk på tvers av helseforetakene, identifisere: • minst ett område der foretaket har gode resultater eller stor framgang, hvilke faktorer som har bidratt til denne måloppnåelsen og hvordan denne kunnskapen kan brukes til å bedre måloppnåelsen på andre områder. • minst to områder der foretaket har svake resultater/høy risiko, og utarbeide en tiltaksplan for å bedre måloppnåelsen på disse områdene. I utarbeidelsen av tiltaksplanen skal det eksplisitt vurderes hva man kan lære av andre helseforetak som har bedre måloppnåelse. Tilbakemelding skal oversendes Helse Sør-Øst RHF innen 1. oktober 2019. Helse Sør-Øst RHF er pålagt å orientere Helse- og omsorgsdepartementet om status i arbeidet innen 1. november 2019.

Ref. tilbakemelding til Helse Sør-Øst RHF per 1. oktober 2019.
Sykehuset Telemark har høy måloppnåelse på forløpstider for pakkeforløp kreft. Faktorer som har bidratt til måloppnåelse er prioritering av pasientene, forbedret logistikk, tverrfaglig samarbeid og dedikerte forløpskoordinatorer.

Sykehuset Telemark har valgt «Variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet i ortopedisk poliklinikk» som et forbedringsområde. Bakgrunnen er utfordringer i måloppnåelse. (Gjennomsnittlig ventetid, fristbrudd, passert planlagt tid, planleggingshorisont, aktivitet og DRG).

Tiltaksplanen omfatter blant annet

- kapasitetsplanlegging ut fra pasientstrømmens behov
- redusere variasjon i antall leger på poliklinikk
- riktig bruk av LIS1 på poliklinikk
- redusere variasjon i faglig vurdering av henvisning
- lik forståelse av tentativ dato og frister
- bedre informasjon til pasienten
- redusere manuelt arbeid for sekretærene (mye ryddejobb på grunn av feilbruk av DIPS)
- bedre daglig avklaring med lege og sykepleier før og gjennom dagen
- rolleavklaringer
- riktig oppgavefordeling mellom yrkesgrupper
- hvilke yrkesgrupper gjør hvilke kontroller
- lik registreringspraksis til kontroll
- bedre bruk av system for planlegging (DIPS, GAT)

Det andre utvalgte området er «Variasjon i operasjonsplanlegging i Skien og Porsgrunn. En intern utredning har vist liten kontinuitet i pasientforløpet og stor og uønsket variasjon i alle ledd.
Følgende målområder er definert:

- redusere ventelister til operasjon
- redusere pre-operative liggetider

- sikre mer effektiv ressursbruk
- forbedret resultat på kvalitetsmål som antall korridorpasienter
- strykninger
- infeksjoner
- løftebrudd og fristbrudd til operasjon
- økt faglig standardisering og samordning på tvers av fagmiljøene
- økt teamfølelse og forbedret arbeidsmiljø
- økt datakvalitet og forbedret virksomhetsstyring

Det pågående forbedringsprosjekt vil fortsette frem til sommer 2020.

4.2 Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Helseforetaket skal i 2019 redusere gjennomsnittlig ventetid til under 40 dager innen PHBU og PHV, og under 35 dager i TSB. [*Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.*]
Helseforetaket skal i 2019 redusere avvisningsrater ved poliklinikkene innen psykisk helsevern. [*Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.*]

Punktene over besvares samlet
Målkravet for ventetider er oppnådd Ventetiden for PHV var 35,8 dager, for TSB var den 29,5 dager og for PHBU var den 39,6 dager.

Målkravet om reduksjon i avslagsrater ved poliklinikkene innen psykisk helsevern er ikke innfridd. Avvisningsraten ved poliklinikkene i psykisk helsevern for voksne var 25,4 prosent, som er 0,7 prosentpoeng høyere enn i 2018. Ved poliklinikkene for psykisk helsevern barn og unge var avvisningsraten 14,2 prosent. Dette er en økning på 8,5 prosent fra 2018. Til tross for økningen er avvisningsraten den laveste i Helse Sør-Øst.

Sykehuset samarbeider med praksiskonsulent for å få fastleger til i skrive bedre henvisninger og henvise de «riktige» pasientene. Kommunikasjonen med fastlegene ser ut til å ha blitt bedre og enklere etter innføringen av dialogmeldinger i slutten av november, og dette er en løsning som blir brukt av både fastleger og ansatte ved sykehuset. Prioriteringsveilederen blir benyttet, og avslagene er faglig begrunnet. Fastleger får veiledning, og praksiskonsulent og fagsjef for PHBU deltar i allmennlegeutvalg i de største kommunene hvor også henvisningspraksis er tema. Barne og ungdomsklinikken prøver ut en ordning med felles inntaksteam for å redusere variasjon i avslag.

4.2.1 Høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå

Det skal på regionnivå være høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Distriktspsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Dette måles ved gjennomsnittlig ventetid (som årlig gjennomsnitt), kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske konsultasjoner). Det skal være prosentvis større økning i kostnader og aktivitet. Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 40 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 35 dager for TSB i 2019. Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB.
[*Datakilde for gjennomsnittlig ventetid: Helsedirektoratet. Datakilde for kostnader: de regionale helseforetakenes regnskap. Datakilde for polikliniske opphold: Helsedirektoratet (ISF).*]

Sykehuset Telemark har hatt høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk for kravet om gjennomsnittlig ventetid. På kostnadssiden er målet nådd for BUP og TSB, men ikke for VOP, men på aktivitetssiden er målet kun nådd for BUP.

I tabellen under er felt med grønt markert for områder med måloppnåelse:

Ventetid	2018	2019	Endring
Somatikk	55,70	57,98	4,1 %
BUP	41,17	39,60	-3,8 %
VOP	42,98	35,76	-16,8 %
TSB	29,92	29,53	-1,3 %

Aktivitet	2018	2019	Endring
Somatikk	165 846	168 047	1,3 %
BUP	27 451	28 760	4,8 %
VOP	51 405	49 840	-3,0 %
TSB	12 349	11 197	-9,3 %

Kostnader (i antall 1000)	2018	2019	Endring
Somatikk	2 111 661	2 239 503	6,1 %
BUP	109 665	118 448	8,0 %
VOP	472 953	466 625	-1,3 %
TSB	64 932	85 718	32,0 %

Sykehuset har høy aktivitet per behandler i psykiatrien. I Samdata for 2018 fremgår det at psykisk helsevern voksen (VOP) i Sykehuset Telemark har høyere aktivitet enn sammenlignbare helseforetak. Fagårsverkene innen VOP ved STHF utfører 8 prosent flere konsultasjoner enn Jæren DPS, og 16 prosent flere konsultasjoner enn fagårsverk ved Sørlandet-, Innlandet- og Vestfold sykehus. Den største utfordringen for sykehuset i å nå målet om aktivitet skyldes at VOP i Sykehuset Telemark har mange vakante stillinger. Hovedtiltaket er å rekruttere og/eller utdanne flere behandlere. Det har vært arbeidet med en handlingsplan i psykiatrien på dette området i år.

4.2.2 Pakkeforløp psykisk helsevern

Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge skal være minst 80 prosent. [*Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.*]
Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge skal være minst 80 prosent. [*Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.*]
Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern voksne skal være minst 80 prosent. [*Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.*]
Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern voksne skal være minst 80 prosent. [*Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.*]

Informasjon for alle punktene over
Seks pakkeforløp for psykisk helse og rus er innført i løpet av året. Det har vært utfordringer i implementeringsfasen av pakkeforløp, da spesielt med å etablere gode rutiner for koding. Forløpskoordinator er etablert i psykisk helsevern, og disse er rundt på alle seksjoner og følger opp sekretærer og behandlere i koding. Det sendes ut månedlig oversikt på dashbord til ledere med informasjon om status pakkeforløp på deres seksjon. Det arbeides også med kvalitetssikring og etterregistrering av koder/frister samt opplæring og re-opplæring i koding og registrering.
Det er også gitt tilbakemelding til Helsedirektoratet om at kodingen er for detaljert og derfor blir svært tidkrevende

Sykehuset Telemark har jobbet med utvikling av et egnet dataverktøy for monitorering og oppfølging av pakkeforløpene i psykisk helsevern og TSB. Det er lagd en rapportering/oversiktsrapport for pakkeforløp, som er tatt i bruk. På grunn av noen svakheter i kodingen, fungerer den ikke optimalt. Det blir arbeidet med å rette opp svakhetene. Når dette er på plass, vil oversiktsrapporten gi reelle og oppdaterte resultater. Tallene i besvarelsen er hentet fra intern oversiktsrapport. Det er ikke publisert nasjonale målinger. Sykehuset Telemark har ikke nådd målet på alle de fire områdene i pakkeforløp psykisk helsevern.

Pkt. 1 og 2
Andel pakkeforløp gjennomført basis utredning innen forløpstid var pr 20.12.19 på 70 prosent. Forløpstid for utvidet utredning var oppnådd for 41 prosent av pasientene.

Andel evalueringer gjennomført innen forløpstid var 85 prosent og dette er over kravet på 80 prosent. Det er utfordrende å oppnå forløpstider for utredning, og da spesielt for utvidet utredning.

Pkt. 3 og pkt. 4 besvares samlet

Andel pakkeforløp gjennomført basis utredning innen forløpstid var for hele 2019 på 82 prosent.

Forløpstiden for utredning i psykisk helsevern voksne var i gjennomsnitt 82 prosent. Forløpstid for utvidet utredning var oppnådd for 67 prosent av pasientene Andel evalueringer gjennomført innen forløpstid var på 68 prosent. Sykehuset har oppnådd gode resultater for basis utredning. Det sees som utfordrende å oppnå høy andel utvidet utredning og evaluering.

4.2.3 Pakkeforløp tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for TSB skal være minst 80 prosent. [*Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.*]
Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt behandling TSB i døgnenhet skal være minst 60 prosent. [*Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.*]

Punktene over besvares samlet
Målet er ikke nådd. Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for TSB var 61 prosent, mens kravet var minst 80 prosent.

Sykehuset har vanskelig med å få ut tall for andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt behandling TSB i døgnenhet. Det arbeides med dette.

4.2.4 Forløpskoordinatorer innen psykisk helsevern og TSB

Virksomheter som behandler pasienter innen psykisk helsevern for voksne, barn og unge og TSB skal oppnevne forløpskoordinatorer med nødvendige fullmakter.

Det er etablert forløpskoordinatorer med nødvendige fullmakter innen psykisk helsevern for voksne, barn og unge og TSB.

4.2.5 Tvangsbruk i psykisk helsevern

Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skal reduseres i 2019. [*Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette årlig.*]
Helseforetaket skal redusere bruk av tvangsmidler gjennom bl.a. å implementere føringer og anbefalinger i regional rapport, jf. «*Økt frivillighet - Regional plan for*

riktig og redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst». Implementere føringer og anbefalinger i «*Regional rapport om reduksjon i bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i Helse Sør-Øst 2018*».

Pkt. 1
Antall pasienter med minst ett tvangsmiddelvedtak var 77 i 2019. Det er 13 flere enn i 2018 og målet om reduksjon i antall pasienter med tvangsmiddelvedtak er ikke oppnådd.
Årsakene til økningen i tvangsmiddelvedtak er flere. Noe skyldes økningen i akuttinnleggelser for ungdom, som følge av at sykehuset etablerte UPS (ungdomspsykiatrisk senter) høsten 2018. En annen er sykehusets etablering av Avrusningsenheten med økt antall akuttinnleggelser. Enheten startet opp våren 2018 og hadde fullt driftsår i 2019.

Pkt. 2
Sykehuset har utarbeidet en lokal handlingsplan for redusert og riktig bruk av tvang, som følges av avdelingene. Denne er i tråd med anbefalinger i den regionale planen Økt frivillighet - Regional plan for riktig og redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst.

4.2.6 Epikrise

Minst 50 prosent av epikrisene er sendt innen én dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB. [*Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.*]

Målet er ikke nådd. Psykisk helsevern voksne og TSB har levert 41,4 prosent av epikrisene innen én dag etter utskrivelse. Det blir lagt opp til endring av personlige arbeidsrutiner og seksjonsrutiner. Dette legger til rette for at ansatte i større grad skal skrive epikrise ved avslutningskontakt.

4.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

4.3.1 Kvalitet og pasientsikkerhet

- **Forbedringsområder og innsatsteam**

Helseforetaket skal styrke innsatsen med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, herunder arbeid med innsatsteam, kvalitetsarbeid, forbedringsarbeid, arbeid med pakkeforløp og logistikk ved poliklinikkene. Helseforetaket skal utpeke en lokal kontaktperson som skal bidra i et regionalt innsatsteam for koordinering, felles innsats og oppfølging.

Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring er et satsningsområde i Sykehuset Telemark. Oppfølgingen av ny nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019–2023 er innarbeidet i Sykehuset Telemarks strategi for 2020–2022. Strategien

løfter fram pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring som en suksessfaktor. Dette krever betydelig innsats og vil være avgjørende for sykehusets måloppnåelse.

Sykehuset bidrar også inn i det regionale innsatsteamet (RIT) for koordinering, felles innsats og oppfølging av pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

- **HMS og pasientsikkerhet**

Arbeidet med HMS og pasientsikkerhet må sees i sammenheng. Andel «enheter med modent sikkerhetsklima» (jf. definisjon i pasientsikkerhetsprogrammet) ved hvert helseforetak skal være minst 60 prosent. [*Minst 60 prosent av medarbeiderne i enheten skårer 75 eller høyere. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres. Datakilde skal være ForBedring. Dette publiseres årlig.*]

Undersøkelsen ForBedring 2019 viser en totalskår på sikkerhetsklima for Sykehuset Telemark på 81 prosent mot 80 prosent i 2018. Resultatene viser at alle klinikker har økt sine resultater fra 2018 til 2019. Andel med modent sikkerhetsklima har økt til 74 prosent, fra 69 prosent i 2018.

Det jobbes med å forbedre sykehusets sikkerhetsklima gjennom ulike tiltak. Det er fokus på å bedre meldekulturen for både pasientskadeavvik og helse-, miljø- og sikkerhetsavvik (HMS). Det er også fokus på avvikshåndtering både på hendelsesnivå og systemnivå, samt kompetanseheving på å gjennomføre og lære av hendelsesanalyser på ulike nivåer i organisasjonen.

Det er utarbeidet et strukturert verktøy for oppfølging av de ulike områdene i ForBedring. Dette gir støtte til konkret arbeid med forbedring av sikkerhetsklimaet ute i seksjonene.

- **Bruk av bredspektrede antibiotika**

Helseforetak skal, som del av det langsiktige arbeidet med å redusere sykehusinfeksjoner, prioritere å oppnå 20 prosent reduksjon i bruk av bredspektrede antibiotika i 2019 sammenliknet med 2012. (Målet i 2020 er en reduksjon på 30 prosent sammenliknet med 2012 målt ved disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med ensymhemmer og kinoloner). [*Datakilde skal være sykehusenes legemiddelstatistikk. Dette publiseres tertialvis.*]

Det har i flere år vært et fungerende antibiotikastyringsteam på sykehuset. Teamet har deltakelse fra klinikkene, smittevern og apoteket. Smittevern og antibiotikabruk er regelmessig tema i legemiddelkomiteen og kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget. Smittevernvisitter på de ulike fagområdene er et nyttig verktøy i arbeidet med å redusere antibiotikabruk.

Tall per andre tertial 2019 viser et forbruk på 12,40 DDD (definerte døgndoser)/100 liggedøgn på de fem definerte gruppene av bredspektrete antibiotika. Tilsvarende tall

for 2012 var 17,43. Det representerer en reduksjon på om lag 28 prosent. Resultater for siste tertial 2019 kommer senere i 2020.

- **Legemidler**

Helseforetaket skal etablere rutiner for samstemming av legemiddellister, herunder rutiner for gjennomgang av gyldige resepter i reseptformidleren, for å sikre at disse samsvarer med oppdatert legemiddelliste for den enkelte pasient.

STHF har jobbet mye med samstemming av legemiddellister. Dette er nedfelt i styrende dokumenter og ved innføringen av innsatspakken «Samstemming av legemiddellister» i Pasientsikkerhetsprogrammet («I Trygge Hender 24/7»). Sykehuset har ikke full måloppnåelse på dette området. I tiden framover ønsker sykehuset derfor å iverksette ytterligere tiltak for å øke samstemmingsraten. Det jobbes med en modell hvor samstemming gjøres allerede i akuttmottak og av farmasøyt. Sykehuset vil også forsterke rutinene for å sikre at reseptformidleren er i samsvar med en oppdatert legemiddelliste for den enkelte pasient.

- **Korridorpasienter**

Ingen korridorpasienter. [Datakilde skal være Helsedirektoratet. Dette publiseres tertialvis.]

Sykehuset har ikke oppnådd målsettingen om ingen korridorpasienter. STHF har hatt flere korridorpasienter i 2019 enn i 2018. Sykehuset har hatt en utfordrende situasjon med mange utskrivningsklare pasienter. Det ligger ikke an til en rask løsning, men sykehuset har en konstruktiv dialog med kommunene.
Sykehuset har klart å utnytte kapasiteten i avklaringsenheten i akuttmottaket i større grad enn før, og slik det er ønsket. I perioder med mange innleggelser er det innført daglige fellesmøter mellom ansvarlige på ulike sengeposter for å sikre best mulig pasientflyt og utnyttelse av samlet sengekapasitet.
Sykehuset har under planlegging et prosjekt hvor man søker å utnytte den totale sengekapasiteten på best mulig måte.

- **Pasientsikkerhetsprogrammet**

Helseforetaket skal videreføre arbeidet fra pasientsikkerhetsprogrammet, implementere handlingsplanen og redusere variasjon i pasientsikkerhetsindikatorer.

I 2019 har helseforetaket videreført arbeidet fra Pasientsikkerhetsprogrammet med målsetting om å sikre varige strukturer for arbeidet.
Organisasjonen har 100 prosent spredning i 11 av 13 innsatsområder. Innsatsområdene *samstemming av legemiddellister* og *trygg utskriving av pasienten som likeverdig part* har henholdsvis 92 prosent og 89 prosent spredning. Som et ledd i «Ledelse av pasientsikkerhet» er det i løpet av året gjennomført fem pasientsikkerhetsvisitter med påfølgende gjennomgang i helseforetakets KPU (kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg).

- **Uønskede hendelser**

Andel somatiske pasientopphold med pasientskade i 2019, målt med metoden GTT, skal reduseres på regionalt nivå sammenliknet med 2017. [*Datakilde er GTT-undersøkelsene – Helsedirektoratet. Dette publiseres årlig.*]
Det skal innføres måltall for registrering av skadedata i Norsk pasientregister fra 2020. Helseforetaket skal i 2019 arbeide målrettet for å få opp registreringsandelen.
Helseforetaket skal, i en samlet risikoanalyse basert bl.a. på GTT-data og nasjonale og lokale kvalitets- og pasientsikkerhetsindikatorer, identifisere: • minst ett område der foretaket har gode resultater eller stor framgang, hvilke faktorer som har bidratt til denne måloppnåelsen og hvordan denne kunnskapen kan brukes til å bedre måloppnåelsen på andre områder. • minst to områder der foretaket har svake resultater/høy risiko, og utarbeide en tiltaksplan for å bedre måloppnåelsen på disse områdene. I utarbeidelsen av tiltaksplanen skal det eksplisitt vurderes hva man kan lære av andre helseforetak som har bedre måloppnåelse.

Pkt. 1
Helseforetaket gjennomfører metoden GTT (Global Trigger Tool). Tall for 2019 foreligger ikke ennå, men tall for 2018 viser 9,2 prosent pasientskader målt ved GTT. Dette er en vesentlig reduksjon fra 2017, hvor tallet var 15,8 prosent. Begge målinger er basert på gjennomgang av 240 pasientopphold. De fleste skadene i 2018 var i den minst alvorlige kategorien (19 av 26). Den største gruppen av skader var samlet sett infeksjoner (urinveisinfeksjoner, postoperativ sårinfeksjon og CVK-infeksjon).

Pkt. 2
Sykehuset Telemark har over noen år økt registreringsandelen. I 2018 avsatte sykehuset definerte ressurser og endret på oppfølgingsansvaret, som har bidratt til å øke registreringsandelen til 79 prosent. Slik rutinene fungerer i dag, er 100 prosent registrering i pasientregisteret innenfor rekkevidde. Det er også en målsetting å øke kvaliteten i registreringen.

Pkt. 3
Sykehuset Telemark har identifisert:
- *Ett foregangsområde* der foretaket har gode resultater og stor framgang, hvilke faktorer som har bidratt til denne måloppnåelsen og hvordan denne kunnskapen kan brukes til å bedre måloppnåelsen på andre områder.
- *Tre forbedringsområder* der foretaket har svake resultater/høy risiko, og utarbeidet en tiltaksplan for å bedre måloppnåelsen på disse områdene, med vekt på å lære av andre helseforetak for å bedre måloppnåelsen.

Foregangsområde:
Akuttkjedeprosjektet er et område der foretaket oppnår gode resultater og stor framgang sammen med kommunene i Telemark. Sentrale suksessfaktorer knyttes spesielt til prosjektets pasientfokus, stor involvering av fagmiljøene, samhandling mellom kommunene og sykehus som likeverdige partnere, og at prosjektleder kommer fra én av kommunene. Erfaringene skal brukes til videre utrulling, herunder utvikling av

nye pasientflyter innen barne- og ungdomspsykiatri og rus og voksenpsykiatri, samt utvikling av målemetoder for forbedring av resultater.

Forbedringsområder:

1. Forbedringssystem/avvikssystem med styringsdata som er tilgjengelig i sanntid, som brukes aktivt i foretakets forbedringsarbeid.
2. Lederopplæring som sikrer bruk og forståelse av styringsdata innen ledelse og kvalitetsforbedring. Vektlegging av brukererfaringer.
3. Systematisk oppdatering av ventetider på HelseNorge.no som sikrer at pasienter og fastleger har korrekt beslutningsinformasjon ved valg av behandlingssted.

Sentrale tiltak for en bedre måloppnåelse er bred involvering av relevante fagmiljøer og læring fra andre foretak som kan vise til gode resultater.

- **Epikrise**

Minst 70 prosent av epikrisene er sendt innen én dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste. [*Datakilde skal være Helsedirektoratet. Dette publiseres tertialvis.*]

Målsettingen om at 70 prosent av epikrisene er sendt innen én dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste er ikke oppnådd. I desember er 58,3 prosent av epikrisene sendt innen én dag etter utskriving. Dette er omtrent samme nivå som for året før.

Det er igangsatt prosjekter i flere klinikker for å ferdigstille epikriser ved utskrivingstidspunktet og dermed å øke andelen innen én dag. Det er et mål at alle pasienter skal skrives ut med epikrise i hånden og samtidig elektronisk overføring til fastlegen.

- **Fødsel og fertilitet**

Helseforetaket skal rapportere hvordan nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen er implementert, spesielt hvordan anbefalingen om utreisevurdering er fulgt opp.
Helseforetaket skal ha det økonomiske ansvaret for hormonpreparater i de tilfeller kvinner i fertil alder får tilbud om å ta ut egg hvis behandling av alvorlig sykdom kan gå utover fertiliteten.

Pkt. 1
Nasjonal retningslinje for barselomsorg er implementert på Sykehuset Telemark. Føde/barselavdeling er godkjent som mor-barn vennlig sykehus og «de ti trinnene for vellykket amming» er innført i avdelingen.
Det legges opp til individuell hjelp og støtte for mor/barn der amming skal være etablert før hjemreise. Dette har medført svært få reinnleggelser med dehydrerte barn. Barselspoliklinikken har tilbud de to første ukene etter fødsel.

Avdelingen har innført tre rutinemessige samtaler under føde/barseloppholdet:

- Den første samtalen er en overflytningsrapport på fødestuen mellom mor/far/barn og jordmor og ansvarlig på barselavdelingen.
- Deretter er det lagt opp til en velkomstsamtale på barselavdelingen der det gis informasjon, og hvor man klargjør forventninger under barseloppholdet. Det er etablert en egen rutine for hva slags informasjon som skal formidles i denne samtalen. På bakgrunn av denne samtalen gjøres en kartlegging av barselkvinnens opphold ved avdelingen.
- Utreise-/barselsamtale gjøres som regel etter én til tre dager etter fødselen. Dette er en samtale mellom kvinnen og jordmor som barnefar/medmor også kan være med på. I denne samtalen blir det klargjort behov for oppfølging, og eventuell støtte og hjelp som behøves etter hjemkomst. Ved behov blir det tatt kontakt med helsestasjon, jordmor, fastlege, sosionom, rusteam, barnevern og andre instanser.

Pkt. 2
Foreløpig er det Oslo universitetssykehus som har nasjonalt ansvar for behandlingen i de tilfeller kvinner i fertil alder får tilbud om å ta ut egg. Det kan komme endringer i forbindelse med ny bioteknologilov, men disse vil nok ikke tre i kraft før tidligst 2020.

- **Organdonasjon**

Helseforetaket skal i 2019 følge opp og videreføre arbeidet med å øke antall organdonorer.

Sykehuset hadde to donorpasienter i 2017 og to i 2018, men har dessverre ikke hatt noen i 2019. Det har vært noen potensielle donorpasienter, men av ulike medisinsk sett gode grunner har det ikke blitt donasjon. Tidligere år har sykehuset hatt mellom 0 – 2 donorpasienter per år.

Sykehuset har en donoransvarlig og det er igangsatt undervisningsrunde for andre avdelinger/kolleger/røntgen/ sykepleiere etc. for å øke bevisstheten/sette fokus på temaet.

- **Prehospitale tjenester**

Sykehuset Telemark skal etablere anestesibemannet legebil i Grenlandsområdet med det formål å bedre den akuttmedisinske beredskapen.

Sykehuset Telemark startet opp et pilotprosjekt 14. oktober. Det er gjennomført rekruttering (internt) av anestesileger og ambulansearbeidere. Bilen er bemannet på dag- og kveldstid sju dager i uken. Åpningstiden er planlagt med utgangspunkt i tidsrommet på døgnet med flest akutte oppdrag. Det er gjennomført omfattende opplæring for å gjøre fagpersonene i stand til å gjennomføre avansert medisinsk behandling i akuttsituasjoner.

I prosjektperioden vil det legges vekt på å evaluere effektene av etableringen, både i forhold til akuttberedskapen i Telemark og i forhold til redusert belastning på luftambulansetjenesten.

- **Brukermedvirkning**

Helseforetaket skal delta i de nasjonale brukerundersøkelsene i regi av Folkehelseinstituttet, og resultatene skal brukes aktivt i forbedringsarbeid. Dette omfatter også løpende brukererfaringsundersøkelser innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som vil bli utviklet og implementert i løpet av 2019.

STHF har deltatt i PasOpp - Nasjonal undersøkelse om voksne pasienters erfaringer med døgnopphold på somatiske sykehus. Resultatene vil bli presentert i lederlinjen og jobbet med i et forbedringsperspektiv. Utvikling fra tilsvarende undersøkelse i 2015 vil også være viktig.

Resultatene fra nasjonal brukererfaringsundersøkelse blant foresatte til barn og unge innen psykisk helsevern (BUP) i 2017 – PasOpp-rapport 2019:119 - kom i november. Undersøkelsen og tilhørende forbedringsarbeid ses i sammenheng med pakkeforløpene. Det skal dokumenteres i journalene og kode at pasient/bruker har blitt tatt med på råd i utarbeiding av utredning og behandlingsplaner, og videre blitt informert om ulike behandlingsmåter og tilbudt samarbeidsmøter. KOR FIT brukes som feedbackverktøy.

- **Samarbeid med kommunehelsetjenesten**

I oppdragsdokument 2019 er de regionale helseforetakene bedt om å legge *Meld. St. 15 (2017- 2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre* til grunn for utvikling av tjenesten. Det skal rapporteres i Årlig melding 2019 for helseforetakenes samarbeid med kommunene.
Helseforetaket skal følge opp Riksrevisjonens anbefalinger om helseforetakenes praksis for utskrivning av pasienter, og påse at det er etablert interne systemer og kontroller for å sikre at ansatte kjenner til regelverk og benytter prosedyrer og rutiner ved utskrivning av pasienter.
Helseforetaket skal styrke arbeidet med tiltak innen området arbeid og helse. Det vises til inngått avtale mellom Helse Sør-Øst RHF og Nav hvor helseforetakene og Nav anbefales å inngå forpliktende samarbeidsavtaler lokalt.

Pkt. 1:
Sykehuset har etablert en fast struktur for samarbeid med kommunene i Telemark. Denne har ligget fast siden 2012 og skjer gjennom et overordnet samarbeidsutvalg (høyeste administrative nivå i kommuner og sykehuset, samt på et samarbeidsutvalg (kommunalsjef og klinikksjefsnivå)

Alle samarbeidsavtalene har egne faglige arbeidsgrupper for revidering og evaluering av avtalene.

Innsatsområdene i *Leve hele livet* er til dels ivaretatt gjennom samarbeidsavtalene om forebyggingstiltak og helsefremming, samt i avtalen om samarbeid om pasienter med behov for koordinerte tjenester. Sykehuset deltok også på lanseringskonferansen til *Leve hele livet*. Det er planlagt et fagnettverk ut fra satsningsområdene i Stortingsmelding 15. Etablering vil bli besluttet etter gjennomført behovskartlegging.

Sykehuset har i samarbeid med kommunene laget en egen geriatriplan for Telemark, og sykehuset har flere ambulante tjenester sammen med kommunene.
Det gjennomføres evalueringsmøter med kommunene innen flere fagfelt for å se om det er områder som vil styrke samarbeidet (KAD-senger, digital samhandling, psykisk helsevern m.m.)
Kommunene er tungt inne i flere prosjekter sammen med sykehuset, slik som akuttkjedeprosjektet, likemannsprosjektet.

Det har vært gjennomført flere fagdager for kommunene innen smittevern og redusert/ riktig bruk av antibiotika.

Pkt. 2
Det har i vært gjennomført en kartlegging av alle døgnbehandlingsenhetene innen somatikk og psykisk helsevern og rusbehandling for å se på prosessen rundt *Trygg utskrivning*.

Samarbeidsavtalen om innleggelser og utskrivelser av pasienter med behov for kommunale tjenester, og de gjensidige forventninger som ligger der, er godt kjent.

Pkt. 3
Sykehuset Telemark har siden 2012 hatt samarbeidsavtaler med ulike lokalkontor i Nav Telemark, hvor arbeidskonsulenter fra Nav har jobbet sammen med helsepersonell på sykehuset for et arbeidsrettet poliklinisk individrettet tiltak.

Sykehuset Telemark har hatt møter med Nav og Sykehuset i Vestfold med mål om å inngå en forpliktende samarbeidsavtale for bedriftstiltaket i *Arbeid og helse* og en videreføring av det arbeidsrettede polikliniske tiltaket i sykehuset for 2020. Avtalen er foreløpig ikke formalisert.

Sykehuset Telemark har gjennomført ett piloteringsarbeid innen konseptet *Tett på* i samarbeid med Nav. Konseptet er rettet inn mot sykehusets egne ansatte og har som mål å redusere sykefraværet og hindre frafall fra arbeidslivet. Forpliktende samarbeidsavtale inngås første kvartal 2020.

Sykehuset Telemark har inngått lokale samarbeidsavtaler/tiltaksplaner med Nav med mål om kartlegging av hvor ofte det er bruk av trepartssamarbeid i løpet av behandling (Nav tilstede). Sykehuset er også en aktiv part sammen med Nav i rehabiliteringssenteret *Frisk Bris* sammen. Nav er også med som part i samarbeidsavtalen om forebygging og helsefremming.

4.3.2 Styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten

Helseforetakets styre må informeres om ansvaret for oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet, jf. forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.
Helseforetaket må gi styremedlemmene nødvendig opplæring i internkontroll og risikostyring.

Styret i Sykehuset Telemark HF har hatt to styreseminarer i 2019 med tema kvalitet og pasientsikkerhet. I seminaret 22. mai 2019 ble det fokusert på «det store bildet», hvor langsiktige linjer, nasjonale føringer og sammenhenger mellom ulike krav, planer og tiltak ble presentert og diskutert. Følgende dokumenter ble tatt opp:

- Riksrevisjonens undersøkelse fra 2017 om styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Nasjonal handlingsplan pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring
- Ny strategiplan STHF

Del to ble gjennomført 25. september 2019. I dette seminaret var temaet systemet og resultater ved sykehuset. Her ble virksomhetsstyringen og dens elementer med månedsrapporter, tertialrapportering, internrevisjon, ledelsens gjennomgang (LGG) og risikobilde tatt opp. Videre ble det regionale BUP-prosjektet og regionalt innsatsteam for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet lagt frem for styret. Til slutt ble styrets rolle for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring diskutert.

4.3.3 Beredskap og sikkerhet

Helseforetaket skal evaluere og følge opp erfaringer og læringspunkter fra livedelen av *Trident Juncture*, Nasjonal helseøvelse 2018.
Helseforetaket skal følge opp Helsedirektoratets nasjonale risiko- og sårbarhetsanalyse for helsesektoren, jf. oppdrag i 2018.
Helseforetaket skal implementere ny sikkerhetslov.

Pkt. 1
Sykehuset har gjennomført evaluering fra livedelen av *Trident Juncture*. Rapporten er fremlagt for beredskapsrådet for å følge opp erfaringer og læringspunkter.

Pkt. 2
Helseforetaket har gjennomført kartlegging av GNF (Grunnleggende nasjonale funksjoner) og oversendt dette til Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst RHF foreslår eventuelle skjermingsverdige verdier til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) basert på kartleggingen.

Pkt. 3
Helseforetaket har en egen sikkerhetsorganisasjon og kan motta gradert informasjon. Andre forhold som er beskrevet i brev fra Helse- og omsorgsdepartementet er ivaretatt i beredskapsplanene ved sykehuset. Området *Evne til å sikre trygg vannforsyning* er igangsatt og vil følges opp i 2020.

4.3.4 Innkjøp

- **Helseforetakets bestillerfunksjon overfor Sykehusinnkjøp HF**

Helseforetaket skal, i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF, ferdigstille rutiner som følge av ny funksjonsdeling mellom helseforetaket og Sykehusinnkjøp HF

Bestillerfunksjon er ivaretatt av innkjøp og logistikk ved helseforetaket. Det er avholdt månedlige møter med Sykehusinnkjøp for ivaretakelse av anskaffelsesbehov og oppfølging. Bestillerfunksjon er ansvarlig for innmelding av behov til Sykehusinnkjøp. Arbeidet med å ferdigstille rutiner er ikke avsluttet.

- **Implementering av vedtatt innkjøp- og logistikkstrategi**

Helseforetaket skal bidra i arbeidet med å dokumentere og implementere felles arbeidsprosesser. Helseforetaket skal videre delta i arbeidet med å verifisere og realisere regional handlingsplan for utrulling av avdelingspakkelogistikk i Helse Sør-Øst.

Helseforetaket stiller i flere arenaer for å bidra i arbeidet med felles prosesser slik som blant annet Fellesarena, rutineforum og FIL (Forum for innkjøp og logistikk). Det er viktig for helseforetaket å delta i disse prosessene og bidra til felles løsninger. Det ble startet et prosjekt i 2019 for å se på intern vareflyt og bruk av avdelingspakkelogistikk. Prosjektet ble satt på vent på grunn av kapasitetsutfordringer, men vil bli revitalisert igjen i 2020.

4.3.5 Personell, utdanning og kompetanse

- **ForBedring**

Undersøkelsen *ForBedring* skal gjennomføres årlig og tiltak følges opp. Dette gjelder spesielt i forhold til arbeidsbelastning.

Undersøkelsen er gjennomført og svarprosenten var 86 prosent. Sykehuset Telemark fikk høy score på tilfredshetsindikatorene sammenlignet med gjennomsnittet i Helse Sør-Øst. Sykehuset har utarbeidet et eget verktøy for oppfølging av undersøkelsen. Verktøyet benyttes av ledere for å sette opp tiltak i handlingsplanen. Verktøyet involverer ansatte, og de skal være med å definere tiltak som krever spesiell oppfølging. Verktøyet er med på å identifisere utfordringer knyttet til arbeidsbelastning i den enkelte seksjon. Bedriftshelsetjenesten har vært involvert i flere seksjoner med høy arbeidsbelastning.

- **Bierverv**

Alle arbeidsgivere i spesialisthelsetjenesten skal innføre meldeplikt for ansatt helsepersonell etter helsepersonelloven § 19 andre ledd i løpet av 2019. Meldeplikt etter bestemmelsen omfatter «all helsefaglig virksomhet som helsepersonellet utfører som selvstendig næringsdrivende, for andre arbeids- eller oppdragsgivere i Norge eller i utlandet, og om eierinteresser, samarbeidsforhold o.l.»

Sykehuset Telemark krever generelt at ansatte rapporterer eventuelle bierverv. For helsepersonell med autorisasjon eller lisens innførte foretaket i februar meldeplikt om bierverv, hjemlet i Helsepersonelloven § 19, 2. ledd og i tråd med Oppdrag og bestilling 2019. Ansatte fikk frist til å registrere eller oppdatere sine personlige opplysninger innen 1. mars. Det var registrert totalt 310 bierverv, fordelt på 240 ansatte. Høyest relativ andel bierverv var blant leger (27 prosent) og ambulansearbeidere (51 prosent).

- **Fordeling av nye legestillinger**

Helseforetaket skal bidra til at Legestillingsregisteret i Helsedirektoratet til enhver tid er oppdatert.

Sykehuset Telemark oppdaterer Legestillingsregistret løpende, og gjør hvert kvartal en kontroll for å sikre at alle legestillinger ved sykehuset er registrert i registeret. Sykehuset er opptatt av å ha et riktig antall leger i hver spesialitet ut fra pasientbehovet.

- **LIS**

Helseforetaket skal ha iverksatt ny ordning for legenes spesialistutdanning i henhold til kravene i spesialistforskriften. Det skal påses at leger i spesialisering del 2 og 3 får gjennomført Helsedirektoratets anbefalte minimumstall for praktiske kliniske ferdigheter, sammenstilt i prosedyrelister.

Sykehuset Telemark har iverksatt ny utdanningsordning for leger i spesialisering (LIS) i henhold til kravene i spesialistforskriften. Alle spesialiteter har utarbeidet egne planer for læringsmål. Planene ivaretar minimumskravene som Helsedirektoratet har anbefalt. Planene er vedlagt søknadene om godkjenning som utdanningsinstitusjon og er sendt til Helsedirektoratet innen fristen.

- **Praksisplasser**

Helseforetaket skal iverksette tiltak for å forbedre avviklingen av praksisundervisning for de som utdannes i helseyrkene innenfor rammene av helseforetakenes ansvar for praksisundervisning og opplæring.

Sykehuset Telemark har hatt følgende lærlinger/praksisplasser:

- Seks lærlinger innen helsefag. Det er ansatt en erfaren person i 20 prosent stilling som følger opp lærlinger, og koordinerer praksis-undervisningen i helsefag
- 130 LIS (lege i spesialisering) stillinger og 40 LIS1 stillinger
- 416 sykepleierstudenter i praksis. Alle studenter har blitt fulgt opp av veileder

- 19 ambulanselærlinger, hvorav ni var første års lærling og ti var andre års lærling
- To lærlinger i portørfaget
- En lærling gartnerfaget
- Seks fast ansatte tar fagbrev i faget renhold

- **Utdanning helsepersonell**

Helseforetaket skal medvirke til å utvikle innholdet i utdanningene slik at disse er i godt samsvar med tjenestenes behov, og medvirke i RETHOS-prosjektet til å forme fremtidsrettede utdanninger.

Sykehuset Telemark deltar med en representant inn i RETHOS (Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene) -prosjektet.
Sykehuset har sammen med Sykehuset i Vestfold og Vestre Viken inngått samarbeidsavtale med Universitetet i Sørøst-Norge (USN) for å sikre og utvikle gode utdanningsløp for helsepersonell.

4.3.6 Forskning og innovasjon

Antall nye kliniske behandlingsstudier er økt med 5 prosent i 2019 sammenliknet med 2017. [*Datakilde skal være CRIStin. Dette publiseres årlig.*]

Antall nye kliniske behandlingsstudier er økt med mer enn fem prosent i 2019 sammenliknet med 2017.

	Antall nye kliniske behandlingsstudier registrert i CRIStin	Antall nye kliniske behandlingsstudier registrert i intern oversikt	Avvik i registrering
2017	3	31	28
2019	17*	37	20

* Tre av studiene utgår fra Sykehuset Telemark, mens i de øvrige 14 studiene er sykehuset deltakende senter

Det bemerkes at tallene fra CRIStin er usikre, da det er utfordringer med innrapporteringen. Henholdsvis 20 av studiene i 2017 og 28 av studiene i 2019 er ikke innrapportert i CRIStin. Siden rapporteringen ikke utgår fra Sykehuset Telemark, har det ikke vært mulig for sykehuset å rette dette opp.

4.3.7 IKT-utvikling og digitalisering

- **Regionale IKT-prosjekter**

Helseforetaket skal bidra til en samordnet regional styring av prosjektporteføljen i Helse Sør-Øst RHF ved å benytte felles prosjektstyringsverktøy for regionen for alle IKT-prosjekter. Bidraget skal omfatte oppstart av nødvendige mottaksprosjekter for regionale innføringsprosjekter og migrasjon og sletting av data fra gamle IKT-

løsninger når nye innføres. Helseforetaket skal ikke initiere konkurrerende aktiviteter til regionale prosjekter, programmer og anskaffelser.

Sykehuset Telemark benytter alltid regional prosjektmodell til styring og gjennomføring av prosjekter. Dette gjelder både regionale mottaksprosjekter og lokale prosjekter. Sykehuset har vært en pådriver med hensyn til å etablere CAPPM/Clarity som porteføljestyringsverktøy i regionen. Dette bidrar til å gi Helse Sør-Øst RHF, Sykehuspartner og øvrige helseforetak en alltid oppdatert oversikt over IKT-prosjektene ved helseforetaket.

Sykehuset forholder seg lojalt til regionale beslutninger når det gjelder oppstart og gjennomføring av prosjekter, programmer og anskaffelser.

- **Dataansvar og informasjonssikkerhet**

Helseforetaket skal implementere endringene fra regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet («*ISMS*») i eget lokalt styringssystem, herunder lokale prosesser og rutiner.
Helseforetaket skal implementere regionale risikoakseptkriterier, herunder identifisere risikonivå mht. tilgjengelighet, integritet og konfidensialitet lokalt.

Pkt. 1
Lokalt styringssystem er oppdatert i henhold til endringene fra regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet.

Pkt. 2
Sykehuset Telemark har implementert regionale risikoakseptkriterier.

4.3.8 Bygg og eiendom

Helseforetaket skal planlegge og gjennomføre utfasing av oljefyring i sine bygg slik at forbudet mot bruk av mineralolje til oppvarming av bygninger gjeldende fra 1. januar 2020 etterleves. For sykehusbygninger med døgnkontinuerlig pasientbehandling skal utfasing skje innen 1. januar 2025.

Helseforetaket har gjennomført utfasing av oljefyring i sine bygg på en slik måte at forbudet mot bruk av mineralolje til oppvarming av bygninger er etterlevd.

4.4 Tildeling av midler og krav til aktivitet

4.4.1 Økonomiske krav og rammer

- **Drift og investering**

Sykehuset Telemark skal benytte midlene som er stilt til rådighet på en effektiv måte og slik at de kommer pasientene til gode. Sykehuset Telemark skal i 2019 basere sin virksomhet på de tildelte midler.

Sykehuset Telemark bruker basisbevilgningene i tråd med regionale føringer. Sykehuset foretar en fortløpende intern prioritering av midlene til rådighet for å sikre gode helsetjenester for pasientene. Drifts- og investeringsbudsjettet er utarbeidet i henhold til tildelte midler og virksomheten styres godt innenfor disse rammene. Sykehusets økonomi tillater fortsatt ikke et investeringsnivå i tråd med alle behov og akkumulert etterslep. Derfor ble det også i år gjort stramme prioriteringer av anskaffelser og påkostninger på bygg.

- **Resultat**

Årsresultat 2019 for Sykehuset Telemark HF skal være på minst 30 millioner kroner.

Sykehuset har oppnådd et årsresultat på 31 millioner kroner.

Det positive budsjettavviket skyldes polikliniske inntekter, salgsinntekter fra laboratoriet og røntgen samt lavere kostnader ved kjøp og salg av helsetjenester (lavere kostnader for H-resepter og gjestepasienter). Disse effektene har kompensert for svakere fremdrift av effektivitetsarbeidet enn det som var planlagt og lavere DRG-aktivitet enn budsjettert i somatikken.

Aktiviteten har vært høyere enn i 2018, men noe lavere enn budsjettert. På årsbasis er antall DRG-poeng utført i eget HF 755 poeng lavere enn budsjett.

Lønnskostnadene er høyere enn budsjettert. Dette kan til en viss grad forklares med at innsparingene i klinikkene er lavere enn budsjettert. Dette gjelder blant annet reduksjon i fast lønn (og årsverk). Kostnader knyttet til ekstravakter, forskjøvet vakt og overtid (EFO) er høyere enn budsjett på grunn av vakanser og sykefravær. Videre har det vært utfordringer knyttet til dimensjonering av kapasiteten ved øyeblikkelig hjelp (ØH). Kostnader til innleie av personell er betydelig høyere enn budsjett og skyldes særlig vakanser og en krevende rekrutteringsutfordring i psykiatri og radiologi/patologi.

Investeringene ble budsjettert innenfor sykehusets tilgjengelige investeringsmidler. Gjennomførte investeringer er mindre enn budsjettert. Dette skyldes i hovedsak at store anskaffelser av medisinteknisk utstyr (ny lab-linje og nye MR-maskiner) har tatt lengre tid å gjennomføre enn planlagt.

- **Prioriteringsregelen**

Sykehuset Telemark skal i 2019 ha en aktivitet innen sine tjenesteområder i samsvar med kravene til oppfyllelse av prioriteringsregelen fastsatt fra Helse Sør-Øst RHF. Det samme kravet gjelder til kostnadene fordelt per tjenesteområde. Det vises til vedlagte tabeller med budsjett 2019 som viser oversikt over innrapporterte tall for prioriteringsregelen sammenlignet med 2018. Andre relevante tabeller for budsjettert aktivitet er også vedlagt.

Prioriteringsregelen for ventetider er oppfylt innenfor alle tjenesteområdene. BUP og VOP oppnådde ikke kravene i 2018, men viste en sterkt forbedring i år. Endringen fremkommer spesielt innenfor VOP som har redusert sin ventetid med sju dager (-16,8 prosent).

Sykehuset innfrir ikke prioriteringsregelen når det gjelder poliklinisk aktivitet. BUP oppfyller polikliniske aktivitetskrav, men VOP og TSB gjør det ikke. Nedgangen i aktivitet i psykiatrien skyldes et høyt antall vakante polikliniske terapeutstillinger og noe nedgang i produktivitet som knyttes til ressurskrevende pasienter, samt nylig ansatte terapeuter som vil kunne behandle flere pasienter på sikt. Rekrutteringsarbeid pågår, og sykehuset antar at antall besatte stillinger vil øke utover våren 2020.

Prioriteringsregelen målt i kostnader per tjenesteområde er oppfylt for BUP og TSB, men ikke innenfor VOP.
Kostnadene i somatikken økte med 6,1 prosent i 2019 sammenlignet med 2018. Dersom prioriteringsregelen skal oppfylles må hvert av tjenesteområdene BUP, VOP og TSB ha en større økning.
Det er færre vakante behandlerstillinger enn i 2018, og det er høy aktivitet på den ungdomspsykiatriske sengeposten som krever økte ressurser. For VOP ble kostnadene redusert. Det er mange ubesatte stillinger i voksenpsykiatrien og kostnadene til kjøp av helsetjenester (FBV) er redusert sammenlignet med fjoråret. Den store veksten innenfor TSB skyldes helårseffekten av avrusningstilbudet, som ble etablert i mars 2018.

- **Likviditet og investeringer**

Helseforetakets styring av samlet likviditet skal skje innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer.
Etablerte prinsipper for likviditetsstyring skal følges opp. Budsjettert resultat for 2019 skal ikke benyttes til investeringer i 2019 uten etter særskilt avtale med Helse Sør-Øst RHF.
Det skal tas høyde for resultatrisiko og risiko ved pågående investeringsprosjekter før etablering av nye investeringsforpliktelser.

Punktene over besvares samlet
Sykehuset Telemark har forholdt seg til føringene for likviditetsstyring og avtalte rammer for likviditetsbruk. God økonomistyring er vektlagt og det vurderes at tross stram økonomi har sykehuset lykkes med å sikre god drift og forsvarlig investeringsnivå i løpet av året.

- **Overføring av likviditet – driftskreditt**

Sykehuset Telemark skal styre innenfor tilgjengelig driftskredittramme fastsatt av Helse Sør-Øst RHF.
Det legges til grunn at helseforetaket skal drive sin virksomhet innenfor gjeldende driftskredittrammer, samt innretter virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som følger av vedtak i foretaksmøter i 2019, herunder oppdrag og bestilling 2019 som er gitt i foretaksmøte 13. februar 2019, slik at det bidrar til at Helse Sør-Øst RHFs «sørge for»-ansvar oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.

Punktene over besvares samlet

Sykehuset Telemark har drevet sin virksomhet innenfor gjeldende driftskredittrammer. Det har ikke vært nødvendig å be om midlertidig utvidelse av driftskredittrammene.

- **Økonomisk handlingsrom**

Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer. Sykehuset Telemark skal derfor sikre at gevinster av utviklingsarbeid og investeringer er realisert, både når det gjelder kvalitet og økonomi.

Sykehuset Telemark har jobbet aktivt med å forbedre driftsresultatet og å bidra positivt til likviditetsutviklingen. Det har vært jobbet systematisk med interne forbedringer i klinikkene og flere sykehusovergripende prosjekter er igangsatt. Prosjektarbeidet legger opp til mer effektive arbeidsprosesser, bedre intern samarbeid og økt produktivitet. For å sikre langsiktig bæreevne må forbedringsarbeidet fortsette.

- **Investerings- og utbyggingsprosjekter**

Helse Sør-Øst RHF reserverer regional likviditet i 2019 med: Inntil 17 millioner kroner i forbindelse med konseptfase utvikling somatikk ved Sykehuset i Telemark HF, jf. styresak 055-2018. I forbindelse med konseptfasen for utbygging i Skien skal helseforetaket avsette nødvendige ressurser til utvikling av virksomhetsmodell, driftskonsepter og bemanningsplanlegging samt planer for gevinstrealisering. Dette arbeidet skal avstemmes med Helse Sør-Øst RHFs prosjektorganisasjon. Videre har helseforetaket ansvar for å sikre medvirkning fra ansatte og bruker i alt arbeidet som omfatter investerings- og utbyggingsprosjektene.

I løpet av året er det jobbet med steg en i konseptfasen for prosjektet utbygging i Skien (USS). Prosjektarbeidet har hatt bred involvering. Prosjektet er godt forankret internt og har vært styrt i tråd med tidligfaseveilederen og de regionale retningslinjene.

4.4.2 Aktivitetskrav

Sykehuset Telemark skal i 2019 ha en aktivitet innen sine tjenesteområder i samsvar med aktivitetskravene fra Helse Sør-Øst RHF. En oversikt over de detaljerte kravene er tatt inn i vedlegg.

Innrapportert aktivitet:

Aktivitet i 2019		Somatikk	VOP	BUP	TSB
ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk og pasientadministrative legemidler) i henhold til «sørge for»-ansvaret	Budsjett	46 746	7 502	9 150	1 575
	Resultat	46 108	7 270	9 697	1 508
Pasientbehandling					
Antall utskrivninger døgnbehandling	Budsjett	28 200	1 650	95	400
	Resultat	27 007	1 570	118	393
Antall liggedøgn døgnbehandling	Budsjett	98 000	32 500	2 100	3 200
	Resultat	99 072	32 556	2 437	3 929
Antall oppholdsdager dagbehandling	Budsjett	21 820	-	-	-
	Resultat	22 753	-	-	-
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	Budsjett	169 400	52 650	28 100	12 650
	Resultat	168 047	49 840	28 760	11 197

Somatikk
Antall DRG-poeng (døgn, dag, poliklinikk og dyre biologiske legemidler) er 1 prosent lavere enn budsjettert og viser en vekst på en prosent sammenlignet med året før, mens antall pasienter har gått opp med en prosent fra fjoråret.

Nedgangen i døgnopphold er på tre prosent, men har stabilisert seg etter flere år med større nedgang som en følge av samhandlingsreformen og overføring av aktivitet til kommune-helsetjenesten. Resultatene viser en vridning fra døgn til dagbehandling. Størst vekst er registrert ved dagbehandling (åtte prosent og fire prosent høyere enn budsjettert), mens antall polikliniske konsultasjoner har økt med i overkant av en prosent i forhold til året før.

Antall liggedøgn er viser en svak økning sammenlignet med året før. Gjennomsnittlig liggetid ved ordinære sengeposter har vært 3,6 dager, en moderat økning på seks prosent i forhold til 2018, og skyldes større andel av ressurskrevende pasienter og en økning i antall overliggerdøgn.

Psykiatri/TSB
Antall DRG-poeng er 1,4 prosent høyere enn budsjettert og viser en vekst på 2,4 prosent. Det er BUP som står for hele veksten, da både VOP og TSB viser en reduksjon.
Dette gjenspeiler bildet som viser en økning i polikliniske konsultasjoner i BUP med 4,8 prosent, mens VOP og TSB har en reduksjon på henholdsvis tre prosent og ni prosent. BUP har fått rekruttert i sine vakante stillinger og i tillegg økt sin produktivitet, mens VOP og TSB har store utfordringer i rekrutteringsarbeidet og har derfor en fallende kurve i polikliniske konsultasjoner.

PHV/TSB rapporterer økt behandlingsvolum målt i liggedøgn og en økning i gjennomsnitt liggetid som tilsier færre utskrevne pasienter samlet, med en vridning fra voksenpsykiatrien til TSB som viser vekst, i hovedsak grunnet helårsdrift i 2019.

Ungdomspsykiatrien startet opp med døgnkontinuerlig akuttfunksjon fra september 2018, noe som har medført økt antall innleggelser og liggedager. Dette er det første året med helårsdrift i akuttfunksjon.

Det har vært ulik sesongsvingning de to siste årene. I år var aktiviteten veldig høy i starten av året, men fallende utover høsten. I fjor viste tallene lav aktivitet på våren, men høy aktivitet på høsten.

DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT

5. Utviklingstrender og rammebetingelser

Henviser til Sykehuset Telemarks Utviklingsplan (STHF styre 14. september 2016, sak 64-2016 og Helse Sør-Øst styre 15. desember 2016, sak 099-2016) og godkjente delrapporter vedlagt planen (STHF styre 18. april 2018, sak 020-2018). Det henvises også til helseforetakets budsjett for 2020 (STHF styre 18. desember 2019, sak 070-2019).

6. Strategier og planer

Henviser til Sykehuset Telemarks Utviklingsplan (STHF styre 14. desember 2016, sak 64-2016 og Helse Sør-Øst styre 15. desember 2016, sak 099-2016) og godkjente delrapporter vedlagt planen (STHF styre 18. april 2018, sak 020-2018), Sykehuset Telemarks strateg 2020-2022 (STHF styre 23. oktober 2019, sak 060-2019).

SYKEHUSET TELEMARK

Protokoll fra drøftingsmøte 4. februar 2020 vedrørende Årlig melding 2019 for Sykehuset Telemark HF

Tilstede på møtet:

Fra arbeidsgiver:
Tom Helge Rønning, administrerende direktør
Jon Gunnar Gausel, klinikksjef BUK
Anne Borge Kallevig, administrasjonskonsulent

Fra arbeidstakerorganisasjonene:
Ann Iserid Vik-Johansen, Norsk Sykepleierforbund
Christina Olsen, Delta
Thor Helge Gundersen, Fagforbundet
Thor Severinsen, Legeforeningen
Spomenka Savic Balac, Norsk psykologforening
Johanne Haugan, Fagforbundet
Arne Runde, Legeforeningen
Kristoffer Ask, Legeforeningen/Yngre Legers forening
Wenche Kongerød, Fellesorganisasjonen

Hovedverneombudet:
Øystein Boklund

Den 4. februar 2020 ble det holdt drøftingsmøte mellom administrerende direktør og de foretakstillitsvalgte (FTV) samt hovedverneombudet (HVO) for "Årlig melding 2019 Sykehuset Telemark HF". Forslag til Årlig melding 2019 for STHF er sendt FTV/HVO 24. januar.

Konstruktive og gode innspill fra FTV ble i møtet fortløpende lagt inn i Årlig melding 2019 i møtet. Den overordnede tilbakemeldingen fra de tillitsvalgte er at innholdet i Årlig melding 2019 gir et godt uttrykk av sykehusets virksomhet.

Tilleggsuttalelse fra tillitsvalgtes til Årlig melding 2019 for ST (legges ikke inn i Årlig melding): Prioriteringsregelen: Økonomisk har ST hatt en negativ utvikling for psykisk helsevern voksne (-1,6%) og har ikke prioritert dette området økonomisk. Rekrutteringsproblemene gjelde spesialister, spesielt psykiatere der 10 stillinger han vært ubesatte og psykologspesialister der det har vært 6-8 ubesatte stillinger i 2019.

Sykehuset har hatt en sterkt presset økonomisk situasjon siste året. Spesielt på medisinsk klinikk har man redusert på antall ansatte og senger. Det har medført høy arbeidsbelastning, overbelegg og korridorpasienter. Ekstra krevende har det vært med redusert antall senger om sommeren og stengning av operativ virksomhet i 4 uker på Notodden siste sommer.

Skien, den 4. februar 2020

For Arbeidsgiver:

For Foretakstillitsvalgte og hovedverneombudet:

SYKEHUSET TELEMARK

Saksfremlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Endelig innstilling til B3A konseptplan - Utbygging Somatikk Skien (USS)

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
014-2020	Tom Helge Rønning administrerende direktør og Geir Olav Ryntveit økonomidirektør	Beslutning	25.02.2020

Trykte vedlegg:
- Notat om prosjektets lønnsomhet (NPV og bæreevne) og foretakets bæreevne
- Notat om gevinstene
- Notat om strålesenteret

Utrykte vedlegg:
Ingen

Har saken betydning for pasientsikkerheten? Hvis ja, gi en kort beskrivelse.
Å legge til rette for gode og moderne pasientarealer samt gode driftsmodeller er viktig for å fremme kvalitet i pasientbehandlingen og god pasientsikkerhet.

Ingress:

Styret har i tidligere møter blitt forelagt informasjon om alternative hovedspor for Utbygging Somatikk Skien (USS). I styremøtet 22. 01. 2020 ble styret forelagt saken for beslutning. Etter denne behandlingen har det blitt arbeidet videre med saken sammen med HSØ. I den sammenheng har beregning av prosjektets nåverdi og bæreevne for de ulike hovedsporene blitt gjort i hht nye prinsipper. Dette endrer de absolutte tallene for hvert hovedspor uten at rangering av de ulike alternativene endres. Gjennom behandlingen i HSØ's styringsgruppe for prosjektet har det også blitt klarlagt at forventning til detaljeringsgrad i fremstilling av de økonomiske konsekvensene er mindre ved B3A beslutningen enn tidligere kommunisert. Videre ble det pekt på praksis i foretaksgruppen som tilsier at STHF's styre skulle hatt saken til beslutning etter behandling i HSØ's styringsgruppe for prosjektet.

Med bakgrunn dette fremmes saken for ny/endelig beslutning i styret. Beslutning som skal tas er som ved forrige behandling, dvs at det nå skal velges 1 – ett – hovedspor som skal gå videre til designkonsept og skisseprosjekt, konseptfase steg 2. Endelig beslutning av hovedspor (B3A) skal tas av HSØ styre 12.3.2020.

De 3 hovedsporene det skal velges mellom er følgende:
- Hovedspor 1 «Porsgrunn først»
- Hovedspor 2 «Fellesbygg kreft/sengepost»
- Hovedspor 3 «Kreft og normalsengeposter i forskjellige bygg»
- Tilleggsopsjon til hovedspor 2 og 3: Inkludere modulbygg

Evaluering

Hovedsporene er evaluert ut i fra 4 kriteriekategorier;
1. Prissatte kriterier (evaluert av Økonomigruppen)
2. Ikke-prissatte kriterier (evaluert av ansatte og brukere)
3. Fleksibilitet (evaluert av prosjektgruppen)
4. Samfunn og omgivelser (evaluert av prosjektgruppen)

Følgende anbefalinger er gitt av de ulike evalueringsgruppene innenfor de ulike kriterieområdene:

1. Prissatte kriterier
   - Ingen av hovedsporene har positiv nåverdi beregnet for perioden 2020-2050
   - Alt 1 og Alt 3 gir minst negativ nåverdi og følges i rangeringen av Alt. 0 og 2
   - Bæreevneanalyser på foretaksnivå viser at det oppnås akkumulert økonomisk bæreevne i alle alternativer unntatt alternativ 1. Alternativ 3 gir best akkumulert bæreevne.
   - Investeringsvolumene i prosjektet er omtrent like, men det totale investeringsvolumet på foretaksnivå viser betydelige forskjeller, der alternativ 3 krever minst investeringer.
2. Ikke prissatte kriterier
   - På gruppenivå anses hovedspor 3 best med hensyn på pasientnytte og hovedspor 1 og 3 vurderes likt i forhold til organisatorisk nytte.
   - Individuelt anbefaler 67% av deltagerne hovedspor 3.
3. Fleksibilitet (modulbyggopsjonen ikke vurdert)
   - Hovedspor 3 oppfyller best kriteriene for fleksibilitet og elastisitet
4. Samfunn og omgivelser (modulbyggopsjonen ikke vurdert)
   - Det er lite som skiller hovedsporene i forhold til samfunn, omgivelser og gjennomføring og risiko.

Konklusjon

Hovedspor 3 er best ut fra evalueringene basert på ikke vektede kriterier.
Dersom en velger å vektlegge enkelte av kriteriene høyere enn de øvrige kriteriene, kan konklusjonen/anbefalingen endres.

Forslag til vedtak:

1. STHF styre innstiller hovedspor 3 til videre utredning i Konseptfase, steg 2. Styret støtter at «pasientnytte» er tillagt særlig vekt i vurderingen.
   Hovedspor 3 inkluderer ett nybygg med akuttsenter og sengeområder i 4 etasjer, samt et strålesenter etablert i tilslutning til Moflata.
2. For å kunne realisere identifiserte driftsgevinster og redusere risiko for driftsavbrudd i Porsgrunn ønsker styret at modulbygg utredes videre i Konseptfase, steg 2.
3. Styret presiserer at forbedringsarbeidet må fortsette for å sikre at foretaket har tilstrekkelig bæreevne også etter gjennomført investering.

Skien 18.02.2020

Tom Helge Rønning

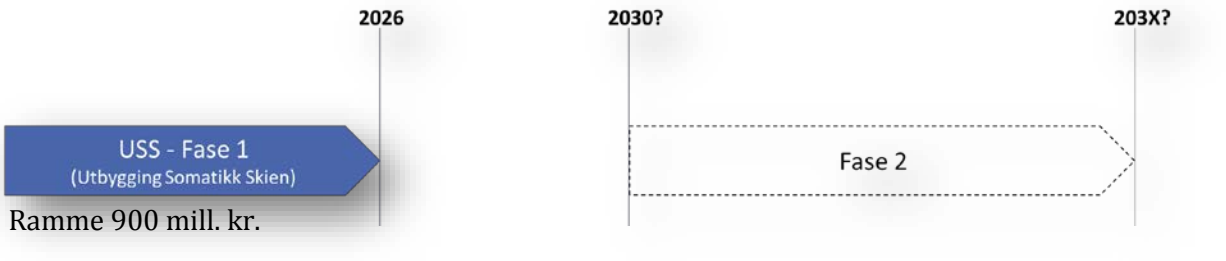
administrerende direktør

1. INNLEDNING

Prosjekt Utbygging somatikk Skien (USS) er en viktig del av Sykehuset Telemark sin utviklingsplan. Målet med utviklingsplanen er å skape trygge, likeverdige og gode tilbud til pasientene, god tilgjengelighet, god faglig og organisasjonsmessig robusthet samt god ressursutnyttelse og bærekraftig økonomi.

I idéfasen av prosjekt USS ble det skissert en utvikling av bygningsmassen i Skien som skulle ivareta framskrevet behov for pasientbehandlingen i 2035. Disse løsningene viste et totalt investeringsbehov i størrelsesordenen 1,6-1,8 mrd. kr.

Investeringer på 1,6-1,8 mrd kr ble vurdert å ikke være forenelig med bakgrunn i sykehusets økonomiske bærekraft. På bakgrunn av dette må den langsiktige planen for utvikling av bygningsmassen og de totale investeringene foretas over en lengre tidsperiode. Første fase er definert som prosjekt Utbygging somatikk Skien (USS) med en definert ramme på totalt 900 mill. kr (2018-verdi) som et premiss for løsningsutviklingen.
På et senere tidspunkt vil det bli igangsatt resterende utvikling av bygningsmassen, omtalt som Fase 2. Dette arbeidet forutsettes finansiert som lokale investeringer og innenfor de økonomiske rammer som STHF selv skaper over driften. Oppstart av Fase 2 vil trolig ikke være realistisk før tidlig 2030-tall.
Siden innhold i de ulike hovedsporene i USS er forskjellig, vil også innhold i den etterfølgende utviklingen (Fase 2) variere etter de valg som gjøres nå for Fase 1.



Tilleggsopsjon – modulbygg

Gjennom arbeidet med de ulike hovedsporene har det blitt identifisert en tilleggsmulighet knyttet til å sette opp et «modulbygg». Dette er et enkelt og rimelig bygg som kan reises hurtig og dermed bidra til å sikre tidligere realisering av gevinster knyttet til å samle operasjonsaktivitet og å flytte poliklinisk aktivitet fra Porsgrunn til Skien. Et modulbygg vil typisk ha en levetid på 10-15 år.

For sykehuset vil et modulbygg legge til rette for betydelige driftsgevinster knyttet til å samle aktivitet. Videre vil man kunne unngå store vedlikeholdskostnader og realisere salgsverdi om Porsgrunn fraflyttes tidligere enn hva som ellers er mulig.

Foreløpige beregninger viser at et modulbygg vil ha en relativt lav investering sett opp mot mulige gevinster. På det nåværende tidspunkt er imidlertid ikke denne muligheten utredet tilstrekkelig til å inkludere den i beslutning om valg av hovedspor. Den foreslås derfor å utredes nærmere og eventuelt inkluderes ved B3 beslutningen.

Modulbygg er relevant å vurdere sammen med hovedspor 2 og 3.

2. 0-ALTERNATIVET OG DE 3 HOVEDSPORENE

0-alternativet

Det bygningsmessige 0-alternativet er definert som «en beskrivelse og tallfesting av dagens situasjon og forventet utvikling uten tiltak på området», dvs. uten at bygningsmessige tiltak gjennomføres utover det å tilfredsstille lovkrav (f.eks. ventilasjon, brannmessige krav), samt dekke det behovet befolkningen måtte ha for endringer i kapasitet (økt poliklinisk behandling, endret sengebehov etc.). Nullalternativet er sammenligningsgrunnlaget (referansen) for å beskrive og tallfeste virkninger av tiltak som analyseres, og benevnes også som et utsettelsesalternativ.

Bygging av strålesenter er ikke med i nullalternativet i konseptfasen. I dag dekkes behovet for stråling av Telemarkspasientene gjennom kjøp av helsetjenester fra OUS og til dels SSHF. I nullalternativet tas det høyde for økte gjestepasientkostnader som følge av økende behov i befolkningen og økt forbruk av stråling for Telemarkspasientene.
Strålesenteretableringen vil gi økte driftskostnader sammenlignet med dagens situasjon, og isolert sett vil nullalternativet være den økonomisk fordelaktige løsningen for stråletilbud til befolkningen i Telemark.

Nullalternativet ivaretar ikke HSØs styrevedtak (21.04.2016) om desentralisering av stråletilbudet i HSØ med etablering av strålesenter i Skien.

0-alternativet inkluderer følgende:

- Porsgrunn benyttes som somatisk dagsykehus og lokasjonen gjøres i stand til å møte det økte behovet med vedlikeholdt bygningsmasse.
- Innen operasjon og radiologi klarer Porsgrunn og Skien å håndtere veksten som er forventet.
- B55 Nordfløy oppgraderes teknisk men ikke funksjonelt, dvs fortsatt 4-sengsrom med bad/toalett på korridor. I dag er flere sengerom i Moflatabygget benyttet til kontorer og andre formål. For å dekke framtidig behov for senger må disse gjenåpnes som sengerom. Dette gir en økt kostnad knyttet til sengeposter i 0-alternativet, tilsvarende en økning med 8 senger sammenlignet med dagens situasjon. 0-alternativet inneholder ikke etablering av observasjonspost/akuttsenter som bidrar til netto reduksjon i sengebehovet på 8 senger.
- Det er ikke lagt inn investeringer i bygningsmessige tiltak som vil kunne bidra til å realisere hele eller deler av gevinstene beregnet for utbyggingsalternativene 1-3.

De tre hovedsporene

Hovedspor 1 «Porsgrunn først»

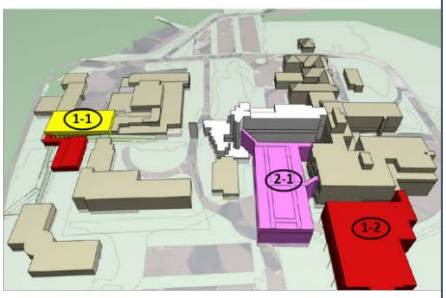
Dette hovedsporet karakteriseres ved

1-1 Kreftsenteres legges til Moflataområdet

1-2 Et nytt bygg for all aktivitet i Porsgrunn bygges vest for B58 Vestfløy Inneholder også nytt akuttsenter

2-1 Nytt sengebygg inkl barnesenger bygges mellom patologibygget og Vestfløy

\- B55 Nordfløy blir stående tom



Konsekvenser

- Strålesenteret kan realiseres «fort» (innflytting 2024)
- Porsgrunn kan avvikles etter fase 1 (2026)
- Nytt akuttmottak tidlig (2026)
- Ny sengefasiliteter kommer sent (midt på 30-tallet)

Hovedspor 2 «Fellesbygg kreft/sengepost»

Dette hovedsporet karakteriseres ved

1-1 Et stort bygg bygges mellom patologibygget og Vestfløy. Dette inneholder normalsenger og all kreftaktiviteter

2-1 Bygg 55 rehabiliteres og rommer all aktivitet fra Porsgrunn (eksl operasjon) samt barnesenger og dialyse

2-2 Nytt bygg for operasjon og utvidet akuttsenter

Konsekvenser

- Ett stort byggeprosjekt i fase 1, Strålesenteret må vente på sengebygget (innflytting i 2026/27)
- Kreftbehandlingen kommer nærmere operasjon og radiologi
- Nytt fag må inn i en sengepost på Moflata
- Akuttsenterutvidelse kommer sent (langt ute på 30-tallet)
- Fraflytting fra Porsgrunn sent (gradvis fra begynnelse av 30 tallet)

Hovedspor 3 «Kreft og normalsengeposter i forskjellige bygg»

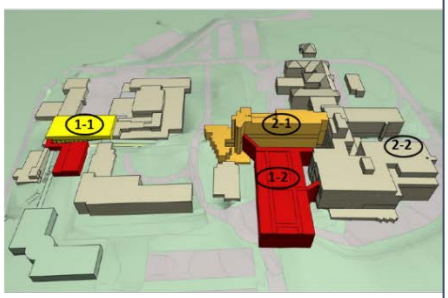
Dette hovedsporet karakteriseres ved

1-1 Kreftsenteres legges til Moflataområdet

1-2 Nytt sengebygg inkl akuttsenter bygges mellom patologibygget og Vestfløy

2-1 Bygg 55 rehabiliteres og rommer all aktivitet fra Porsgrunn (eksl operasjon) samt barnesenger og dialyse

2-2 Dagens akuttmottak/legevakt bygges om og utvides til dagoperasjon



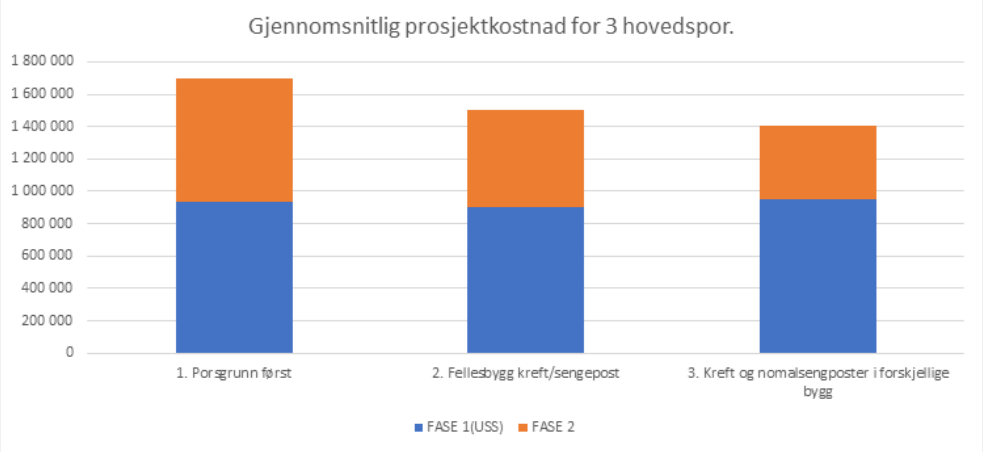
Konsekvenser

- Strålesenteret kan realiseres «fort» (innflytting 2024)
- Sengefasilitet og akuttsenter kommer i fase 1 (2026)
- Fraflytting fra Porsgrunn sent (gradvis fra begynnelse av 30 tallet)

Fargene rødt og gult illustrerer bygg inkludert i USS.
Byggetrinnene illustreres her som 1-1 og 1-2 for byggetrinn 1 og 2.
Bygg med tall som begynner på 2 illustrerer det som kommer i fase 2, dvs. etter USS.

3. INVESTERINGER

Prosjektkostnad for fase 1 og fase 2 er beregnet til følgende:



Kalkylene for byggetrinnene er P50, dvs det er 50% sannsynlighet at kostnaden ikke overskrides. Tabellen under viser vurdert investeringsnivå for perioden 2020-2052:

Totale investeringer (MNOK)

Beløp i mill kroner	0-alt.	Alt.1	Alt.2	Alt.3
Sum utbyggingsalternativer (reg.fin prosjekt)	**742**	**935**	**905**	**953**
Byggetrinn 1	324	144	780	144
Byggetrinn 2	366	631	0	679
Byggetrinn 3	28	0	0	0
Byggetrinn 4	0	0	0	0
Salg av Porsgrunn	0	-50	0	0
MTU	25	108	83	83
IKT	0	0	0	0
Inventar	0	51	41	46
Ordinære investeringer	**4 147**	**4 571**	**4 235**	**4 063**
Sum	**4 889**	**5 506**	**5 140**	**5 016**

Ordinære investeringer er omfattende over perioden og vil bl a bidra til å redusere det beregnede vedlikeholdsetterslepet fra ca 1 mrd til 600 mill.

Dersom modulbygg inkluderes utfordres den økonomiske investeringsrammen på 900 mill kr (2018-verdi). Inkludert øvrig investeringsbehov fremstår alternativene like dersom man hensyntar usikkerheten i beregningene.

3.1. Usikkerhet i beregningene

Prosjektkostnad for hovedsporene er Monte Carlo-simulert med triangulær fordeling på min-, mest sannsynlig- og maks- verdier. Simuleringen er hovedsakelig kjørt med utgangspunkt i usikkerhet i: Areal/arealnorm x brutto/netto-faktor x prosjektkostnad/kvm.
Det presiseres at analysen er basert på den kunnskap prosjektet besitter om omfang nå (Steg 1 i konseptfasen). Det ligger derfor i tillegg en *omfangsrisiko* i prosjektet som ikke er kalkulert.
Det vil gjennomføres mer detaljerte og grundige usikkerhetsanalyser senere i konseptfasen. Da vil omfangsrisikoen være redusert/eliminert.

HOVEDSPOR	**FASE 1 (USS)**	
	P50	**P85**
1. Porsgrunn først	934 578	966 000
2. Fellesbygg kreft/sengepost	904 540	939 000
3. Kreft og normalsengposter i forskjellige bygg	952 923	987 000

4. DRIFTSGEVINSTER

Driftsgevinstene er beregnet for ulike gevinstområder. Ved 100% uttak er de årlige gevinstene beregnet til følgende (avrundet):

Gevinstområde	Estimert Årlig driftsgevinst ved 100% realisering
Flytte dagkirurgi til Skien	7 000 000 kr
Flytte poliklinikker til Skien	10 000 000 kr
Akuttsenter	11 000 000 kr
Sengeposter	18 000 000 kr

Nettoeffekt på forvaltning-, drift- og vedlikeholdskostnader kommer i tillegg.

4.1. Driftsgevinster realisert i prosjektet

Avhengig av hva som inkluderes i prosjekt Utbygging somatikk Skien (fase 1), vil prosjektet kunne gi ulike årlige driftsgevinster.

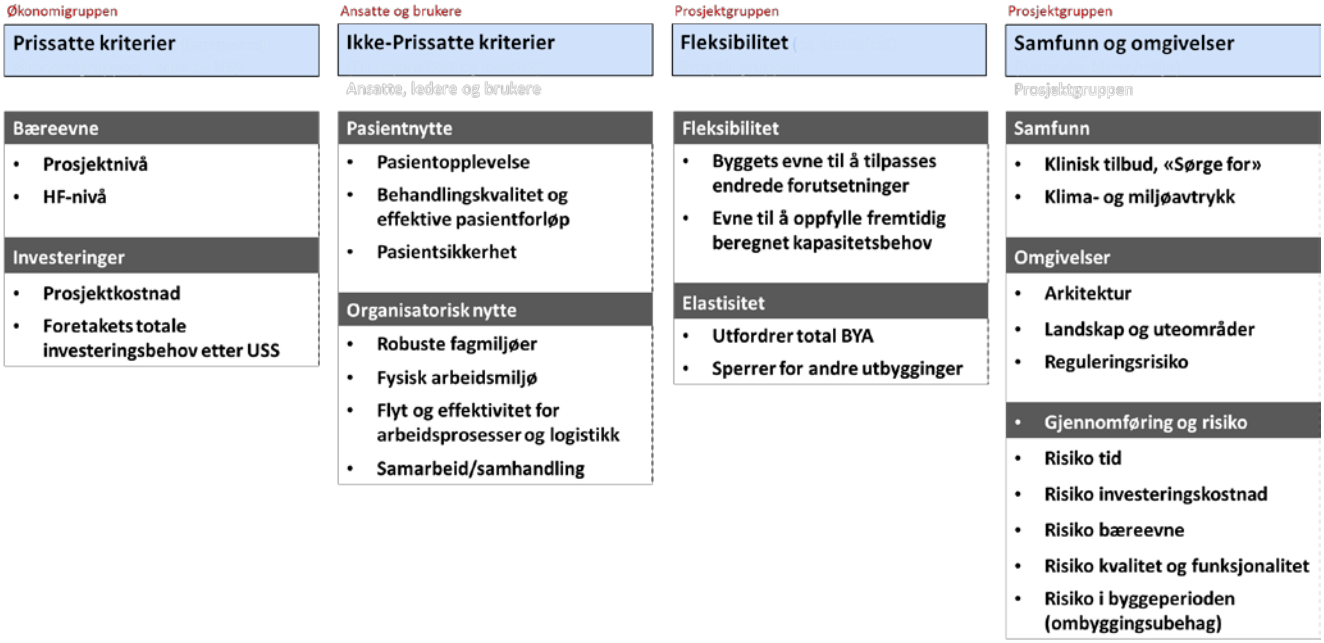
Driftskonsekvenser beregnet på årsbasis:

Driftskonsekvenser til resultatberegning

Beløp i mill kroner	0-alt.	Alt.1	Alt.2	Alt.3
Sengeposter	-11,0	0,0	8,0	18,0
Poliklinikk til Skien	0,0	10,0	0,0	0,0
Dagkirurgi til Skien	0,0	6,5	0,0	0,0
Akuttsenter	0,0	11,0	0,0	11,0
Strålesenter	-2,5	-10,0	-10,0	-10,0
Klinisk drift	**-13,5**	**17,5**	**-2,0**	**19,0**
Eiendomsdrift	2,0	3,0	-6,0	-5,7
Ikke byggnær IKT,	0,0	0,0	0,0	0,0
OU-prosess, mottaksprosjekt,	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsbidrag	2,0	3,0	-6,0	-5,7
Sum driftskonsekvenser	**-11,5**	**20,5**	**-8,0**	**13,3**

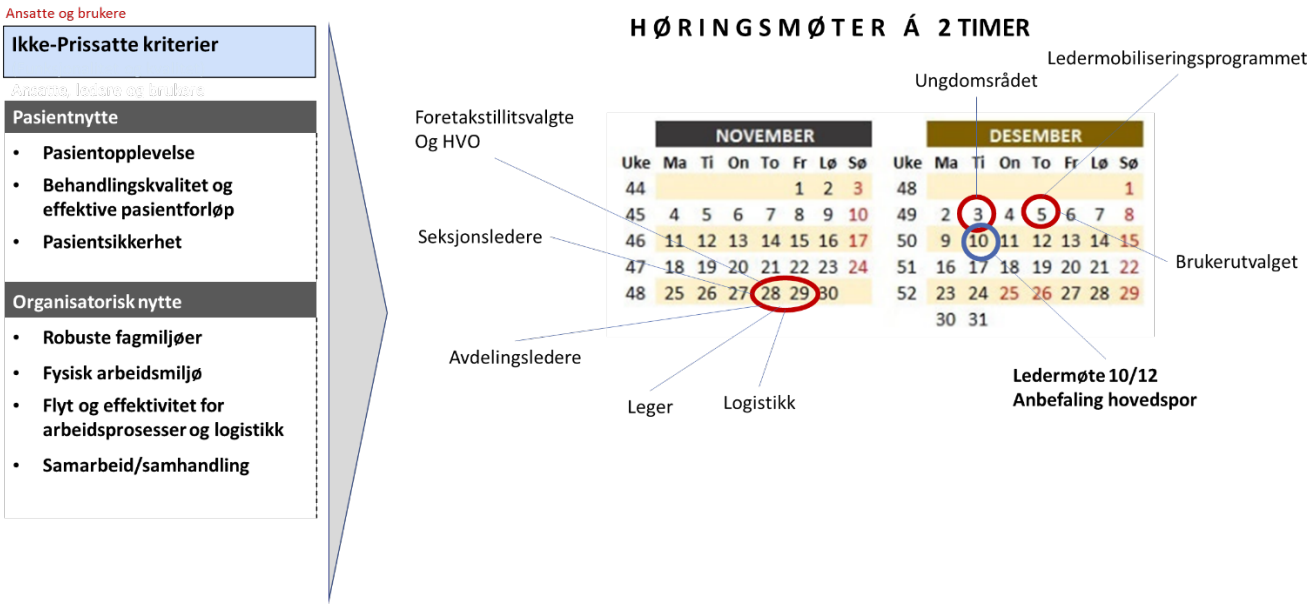
5. EVALUERING AV HOVEDSPORENE

Hovedsporene er evaluert basert på følgende kriterier:



Evalueringen av kriteriene er gjort av ulike grupper. Økonomigruppen har bestått av representanter fra HSØ, Sykehusbygg og STHF.

Ikke-prissatte kriterier er evaluert av ansatte, brukere og tillitsvalgte/HVO ved STHF. Totalt har det vært avholdt 8 høringsmøter med totalt 123 inviterte, hvorav 73 (59%) møtte. Tilbakemeldingene ble samlet inn via en questback, både på gruppenivå og på individuelt nivå.



Prosjektgruppen bestående av Sykehusbygg og STHF har foretatt evalueringen av kategoriene Fleksibilitet og Samfunn og omgivelser.

5.1. Evaluering oppsummering

Tabellen under viser resultatet av evalueringen av hovedsporene. Hovedsporene ble rangert fra 1 til 3 per kriterium, der 1 er best og 3 er dårligst.

		Porsgrunn først	Fellesbygg kreft/sengepost	Kreft og normal-sengeposter i forskjellige bygg
Ansatte og brukere	**Ikke-Prissatte kriterier**	**HS 1**	**HS 2**	**HS 3**
	Pasientnytte			
	•Pasientopplevelse	3	2	1
	•Behandlingskvalitet og effektive pasientforløp	2	3	1
	•Pasientsikkerhet	3	2	1
	Organisatorisk nytte			
	•Robuste fagmiljøer	1	3	2
	•Fysisk arbeidsmiljø	2	3	1
	•Flyt og effektivitet for arbeidsprosesser og logistikk	1	3	1
	•Samarbeid/samhandling	1	3	2
Økonomigruppen	**Prissatte kriterier**			
	Bæreevne			
	•Prosjektnivå	1	3	2
	•HF-nivå			
	Investeringer			
	•Prosjektkostnad	1	1	1
	•Foretakets totale investeringsbehov etter USS	3	2	1
Prosjektgruppen	**Fleksibilitet**			
	Fleksibilitet			
	•Byggets evne til å tilpasses endrede forutsetninger	3	1	2
	•Evne til å oppfylle fremtidig beregnet kapasitetsbehov	1	1	1
	Elastisitet			
	•Utfordrer total bebygde areal (BYA)	3	2	1
	•Sperrer for andre utbygginger	3	1	1
Prosjektgruppen	**Samfunn og omgivelser**			
	Samfunn			
	•Klinisk tilbud, «Sørge for»	2	2	2
	•Klima- og miljøavtrykk	3	2	1
	Omgivelser			
	•Arkitektur	2	1	2
	•Landskap og uteområder	1	1	1
	•Reguleringsrisiko	1	2	1
	Gjennomføring og risiko			
	•Risiko tid	1	2	1
	•Risiko investeringskostnad	3	1	1
	•Risiko bæreevne	3	2	1
	•Risiko kvalitet og funksjonalitet	1	2	2
	•Risiko i byggeperioden (ombyggingsubehag)	1	3	1

5.2. Prissatte kriterier

- Alle alternativene er utarbeidet med mål om å dekke kapasitetsbehovet basert på framskrevet aktivitet for 2035 - foretaket oppnår kapasitetsøkningen som kreves for å dekke forventet aktivitetsvekst fram til 2035, ifølge framskrivingsmodell.
- Bygging av strålesenter er ikke med i nullalternativet.
- Identifiserte gevinster er beregnet med utgangspunkt i dagens aktivitet og kapasitet og viser driftseffekter i form av kostnadsreduksjoner, i hovedsak knyttet til økt produktivitet, redusert bemanning og intern samordning ved flytting av aktivitet fra Porsgrunn til Skien
- Gevinstene knyttet til sengeposter er basert på reduksjon i bemanningsfaktor pr. seng med 15 % i forhold til dagens bemanning og forutsetter at fagspesialisering ikke hindrer felles organisering i store sengeposter. Beregningene vil kvalitetssikres i videre arbeid med fordeling av senger mellom fag og utarbeidelse av plan for gevinstrealisering
- Gevinstene knyttet til akuttmottak er begrunnet i økt antall senger i akuttmottaket, som vil legge til rette for mer effektiv behandling samt nedgang i antall liggedøgn, sammenlignet med i dag
- Gevinstene ved flytting av aktivitet fra Porsgrunn til Skien omfatter poliklinikk og dagkirurgi og er knyttet til økt produktivitet i legestabene, som følge av en mer effektiv driftsmodell på 1 lokasjon
- Etablering av strålesenteret medfører betydelige økte driftskostnader utover avskrivninger og finans

Nåverdiberegninger

- Nåverdiberegninger på prosjektnivå, som består av differansen mellom investeringskostnadene og de neddiskonterte årlige driftsgevinstene, viser at ingen alternativer har positiv nåverdi beregnet for perioden 2020-2052
- Alt 1 og Alt 3 gir minst negativ nåverdi og følges i rangeringen av Alt. 0 og 2

Nåverdianalyse på prosjektnivå:

Økonomisk bæreevne på prosjektnivå	*Alternativ 0*	*Alternativ 1*	*Alternativ 2*	*Alternativ 3*
Levetid 27 år. Ferdig utbygd år:	2026	2024	2026	2025
Investering	742	935	905	953
Netto nåverdi	-776	-574	-909	-692
Internrente	n/a	-2,3 %	n/a	-4,1 %
Bæreevne inkl. rente på mellomfinansiering >0	Oppnås ikke	Oppnås ikke	Oppnås ikke	Oppnås ikke

Bæreevne

- Bæreevneanalyser på prosjektnivå (viser hvorvidt summen av driftsgevinstene knyttet til utbyggingsalternativene overstiger avdrag og renter på finansieringen) viser at ingen av alternativene har positiv bæreevne. Alternativ 1 og 3 har minst negativ bæreevne. Utbyggingsprosjekter med negativ bæreevne kan igangsettes dersom sykehusets totale økonomi kan dekke inn manglende likviditet. Beregninger viser at foretaket i alle alternativene, unntatt alternativ 1, har positiv bæreevne akkumulert for perioden frem til 2052. Alternativ 3 gir best bæreevne på sikt.
- I alle alternativene er det lagt til grunn en resultatbane som gitt i ØLP, hvor det forutsettes betydelige driftseffektiviseringer spesielt de nærmeste 5 årene. Det er forutsatt mer beskjedne driftsforbedringer i årene etter dette.

Utbyggingsalternativene gir ikke tilstrekkelige gevinster isolert sett. De vil utfordre foretakets økonomi og må kompenseres ved effektiviseringer i øvrige deler av sykehusets drift. Dette i tillegg til opprinnelig effektivitetskrav på 150 millioner kr. som er beregnet i ØLP og nødvendig for å løfte driftsresultatet fra 30 millioner kr. i 2019/2020 til 100 millioner kr. i 2024.

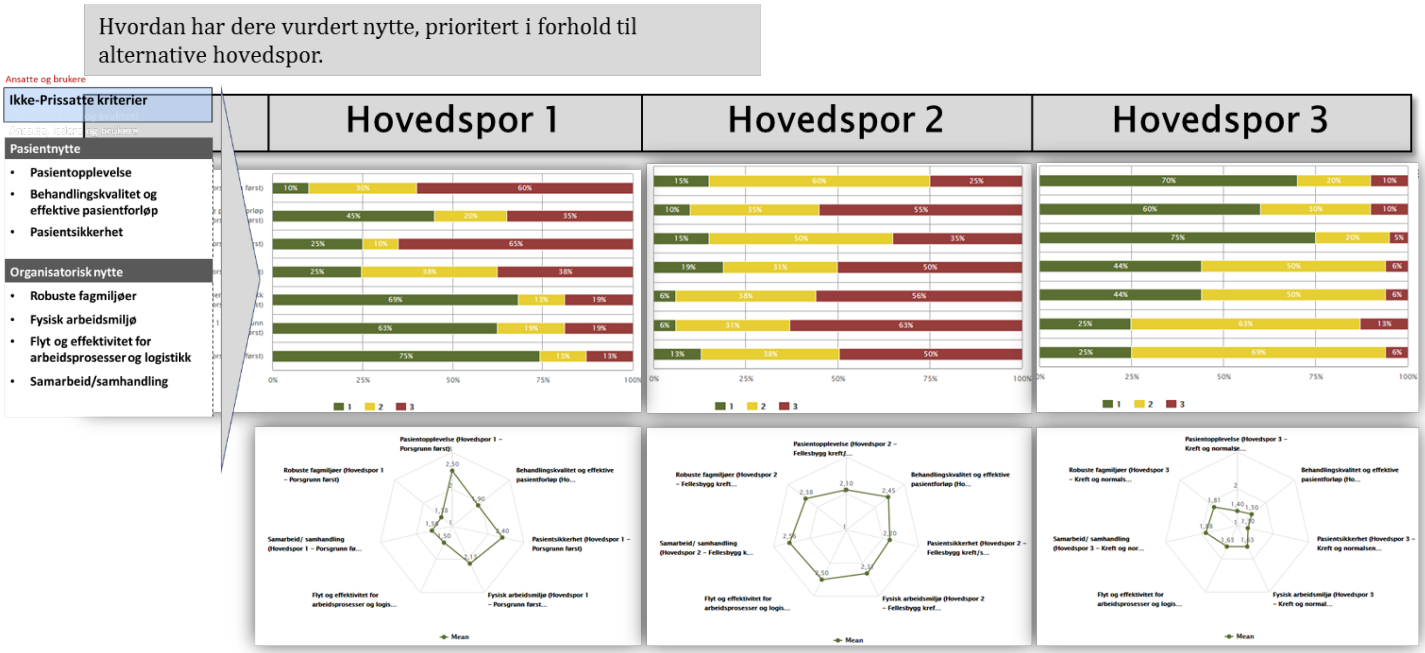
Uansett valgt alternativ, er foretakets store utfordring den interne effektiviseringen som kreves realisert de nærmeste 5 årene, for å kunne bære investeringsforpliktelsene og håndtere konsekvensene av USS utbyggingen. Foretaket har ingen oppsparte midler av betydning og har akkumulert et stort investerings- og vedlikeholdsetterslep som må håndteres innenfor egen likviditet.

Nærmere analyse av sykehusets økonomiutvikling vil gjennomføres i forbindelse med konseptfasearbeidet fase 2 og utarbeidelse av økonomisk langtidsplan 2021-2024 våren 2020.

Det foreslås å utrede et modulbygg som kan gi mulighet for å flytte virksomhet fra Porsgrunn til Skien på et tidligere tidspunkt og dermed realisere tidlig gevinstuttak ved flytting. Et slikt modulbygg bør ha positiv bæreevne isolert sett for at dette skal være gjennomførbart for helseforetaket. Investering i modulbygg er utenfor investeringsrammen for prosjektet. Dette foreslås utredet videre i konseptfasens steg 2 fram til beslutningspunkt B3.

5.3. Ikke prissatte kriterier

Oppsummering av total vurdering per hovedspor på gruppenivå:

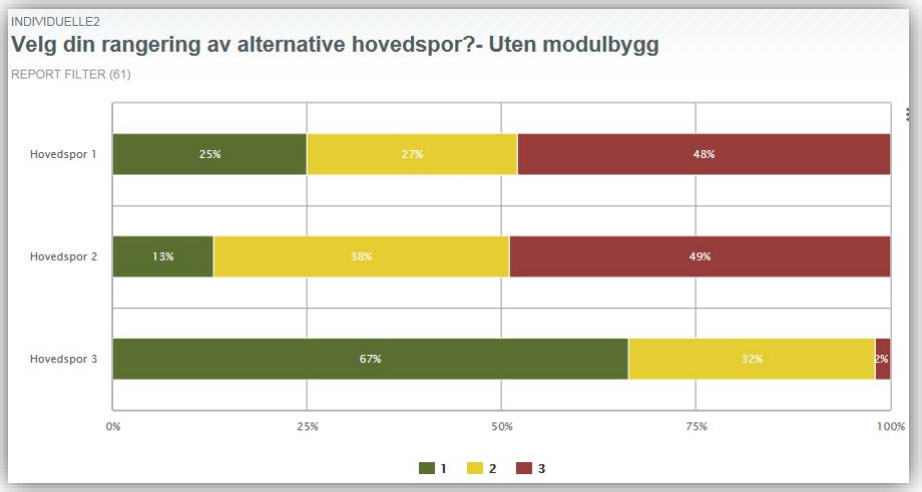


De tre øverste liggende stolpene viser rangeringen av kategorien Pasientnytte med Pasientopplevelse, Behandlingskvalitet og effektive pasientforløp samt Pasientsikkerhet som evalueringskriterier.
Hovedspor 3 peker seg ut som det beste alternativet (mest grønt/gult).

Når det gjelder organisatorisk nytte scorer hovedspor 1 og 3 best.

I radardiagrammene under viser samlet evaluering at hovedspor 3 er best. (Karakterene går fra 1=best til 3=dårligst. Jo mindre sirkel, jo bedre)

På spørsmål til hver enkelt deltager om hva de ville valgt dersom de var Administrerende direktør, men der man kun kunne velge hovedspor 1, 2 eller 3, svarte 67% hovedspor 3.



5.4. Fleksibilitet

Hovedspor 1 anses være det minst gunstige da et spesialbygg for Porsgrunn vil være lite fleksibelt. Dette sporet innebærer også størst utbyggingsgrad på tomta som kan utfordre grensene for tillatt bebygd areal (BYA).
Det å kombinere så ulike funksjoner som stråling og sengeposter som i hovedspor 2, gir utfordringer med hensyn på å kunne utforme byggene fleksibelt.
Hovedspor 3 har best elastisitet med tanke på fremtidig mulig utvidelse av bygningsmassen, samt mulighet for å kunne endre funksjonalitet fra sengeposter til f.eks. poliklinikkareal.
Ulempen med dette hovedsporet er at det ved evt. bortfall av stråling vil være vanskelig å kunne utnytte vaskeriet til andre funksjoner.

5.5. Samfunn og omgivelser

For dette evalueringsområdet er det vanskelig å skille på hovedsporene.

- Ulempen i 'Klinisk tilbud' vil være ikke riktig dimensjonert akuttmottak i hovedspor 2.
- Hovedspor 2 har også fått lav score på 'Risiko i byggeperioden' da en vil ha en lang byggetid tett på sentrale pasientområder.
- Hovedspor 1 har fått lav score på 'Klima og miljøavtrykk' da nye bygg gir større CO2 avtrykk enn rehabilitering av gamle Dette gjelder primært produksjon av sement/betong.
- Hovedspor 3 får lav score på 'Kvalitet og funksjonalitet' da dette sporet innebærer ombygging av eksisterende bygningsmasse (Nordfløy og vaskeri).

6. TILLEGGSOPSJON: MODULBYGG

I tillegg til hovedspor 2 og 3 er det et alternativ å bygge et midlertidig modulbygg. Et slikt bygg vil kunne ha en levetid i 10-15 år.

Etablering av et modulbygg anbefales utredet på bakgrunn av følgende;

1. Stort investeringsbehov i Porsgrunn – Høy teknisk risiko
   - Grunnet alder og manglende nødvendige investeringsmidler er vedlikeholdsetterslepet i Porsgrunn betydelig. Mange delkomponenter er nå klassifisert med tilstandsgrad 3 (på en skala fra 0-3, der 0 er nybygg standard og 3 er dårligst), med dertil fare for havari eller at delkomponenten ikke tilfredsstiller lov og forskrift. Havarier vil medføre lengre stopp eller store forstyrrelser i pasientbehandlingen. Et havari av ventilasjonsanlegg i Porsgrunn vil bl.a. sette 6 operasjonsstuer ut av drift i 3-6 måneder.
   - Totalt vedlikeholdsetterslep i Porsgrunn er beregnet til ca 300 mill kr. Spørsmålet er hvor lang tid det er mulig/forsvarlig å kunne utsette nødvendige investeringer. I løpet av den kommende 3-5-års perioden må investeringer foretas i ventilasjonsanlegg og reservestrømanlegg operasjon, beregnet til ca. 20 mill kr.
2. To lokasjoner i Grenland begrenser mulighet for effektiv klinisk drift
   En samling av somatisk aktivitet i Skien forventes gi en mer effektiv driftssituasjon da en unngår dublering av utstyr og funksjoner, og unngår at begrensede personellressurser fordeles på flere lokasjoner. Det tilrettelegger for bedre pasientflyt og en mer helhetlig tilnærming på tvers av kirurgi og indremedisin og mellom poliklinikk og døgnbehandling. Pasienter og ansatte slipper å reise mellom to lokasjoner. Uønsket pasienttransport reduseres.

Etablering av et modulbygg vil kunne legge til rette for at Sykehuset Telemark allerede nå kan flytte noen funksjoner fra Porsgrunn til Skien for å realisere kliniske- og driftsmessige gevinster. Størrelse på modulbygget og hvilke funksjoner som skal inkluderes i modulbygget bør derfor velges basert på hva som gir de største driftsmessige gevinstene. Tre alternativer av modulbygg anbefales derfor utredet;

- Lite: Modulbygg som kun inkluderer dagoperasjon fra Porsgrunn, evt. også operasjonsstuer i 4. etg Skien. Ved etablering av 7 operasjonsstuer kan operasjonsaktiviteten fra både Porsgrunn og 4. etasje i Skien samles, noe som gir operasjonsdrift på to arealer i stedet for dagens tre.
- Middels: Modulbygg på ca 3.000 kvm som inkluderer dagoperasjonsstuer og et utvalg poliklinikker i tillegg.
- Stort: Modulbygg på ca 6.000 kvm som tillater full evakuering og salg av Porsgrunn.

6.1. Kostnad for modulbygg

Et modulbygg vil ha en gjennomsnittlig kvadratmeterpris på ca 40 000 kr/kvm for blandet areal (operasjon, poliklinikk).

Et modulbygg på 3 000 kvm (middels) med 7 operasjonsstuer og 20-30 poliklinikkrom vil koste rundt 150 mill kr.

Dersom modulbygg ikke velges, vil det være nødvendig med en investering ca. 20 mill i ventilasjonsanlegg og elektro i Porsgrunn i løpet av den kommende 3-5-års perioden for å opprettholde drift av operasjonsstuene.

6.2. Eksempel på modulbygg

Modulbygget under står i dag på UNN i Tromsø. Modulbygget består av 3 etasjer, har heis samt en glassgang som knytter den mot resten av sykehuset.
Modulbygget inneholder følgende arealer:
1. etg 5 operasjonsstuer med 16 oppvåkningsplasser
2. etg Poliklinikk med 17 undersøkelsesrom samt en liten dagavdeling med 4 sengeplasser
3. etg Laboratorier

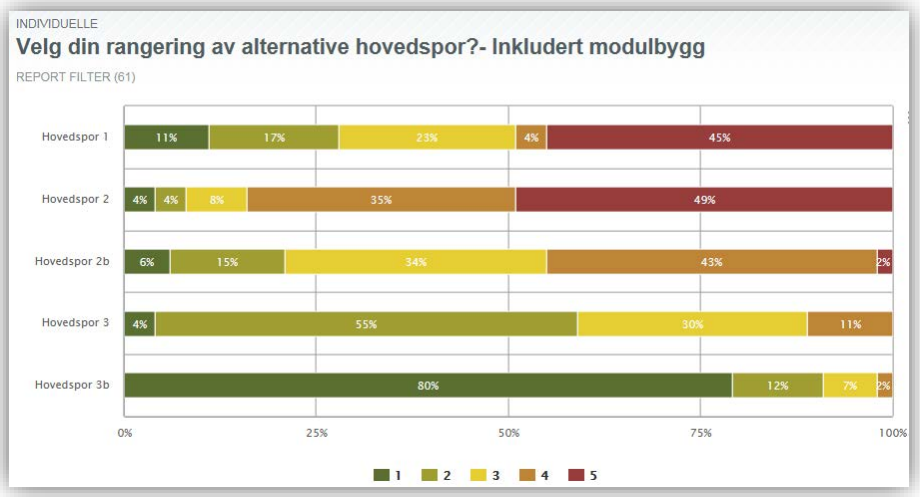
6.3. Driftsgevinster

For hovedsporene 2 og 3 kan et modulbygg bidra med driftsgevinster i størrelsesorden (avhengig av størrelse på modulbygg og innhold):

Gevinstområder	**Estimerte årlige driftsgevinst ved 100% realisering**
Flytte dagkirurgi til Skien	7 000 000 kr
Flytte poliklinikker til Skien	10 000 000 kr
Flytte operasjon 4. etg til modulbygg	5 000 000 kr

6.4. Evaluering

På spørsmål til hver enkelt deltager om hva de ville valgt dersom de var Administrerende direktør, der de også kunne velge modulbygg, svarte 80% hovedspor 3, med modulbyggopsjonen (alt. 3b). Hovedbegrunnelsen er et gevinstpotensial ved å samle mer av virksomheten i Skien.



Notat om bæreevnevurderinger– hovedspor 1-3 sammenlignet med 0-alternativet

1. Oppsummering

Det er foretatt en analyse av foretakets bæreevne basert på utbyggingsalternativene og forventet utvikling for drift og ordinære investeringer. De kartlagte driftsgevinstene i skisserte alternativer er lave og ikke tilstrekkelige for å sikre bæreevne isolert sett. Det er dermed avgjørende at foretaket kan vise til positiv bæreevne gjennom effektivisering og resultatforbedring i andre deler av virksomheten.

Driftsresultatene lagt til grunn i analysene for alle utbyggingsalternativene følger samme resultatbane vedtatt i ØLP, med et gjennomsnittlig årsresultat på 100 millioner kr. fra 2024 og videre. Utbyggingsalternativenes økonomiske konsekvenser er hensyntatt i beregningen av foretakets omstillingsbehov / intern effektiviseringen, som kreves for å opprettholde et positivt driftsresultat på 100 millioner kr. under utbyggingsperioden og senere.

Uansett valgt alternativ, er foretakets store utfordring den interne effektiviseringen som kreves realisert de nærmeste 5 årene, for å kunne bære investeringsforpliktelsene og håndtere konsekvensene av USS utbyggingen.

Bæreevneanalyser på prosjektnivå viser at ingen alternativer har positiv bæreevne. Alternativ 1 og 3 har minst dårlig bæreevne.

2. Innledning

Det er foretatt økonomisk vurdering av utbyggingsalternativene (regionalt finansiert prosjekt), basert på hovedspor 1-3 med investeringsramme på 905-953 millioner kr. og beskrivelsen av 0-alternativet med regional delfinansiering av kartlagte investeringsbehov de nærmeste årene innenfor en ramme på 742 millioner kr. Videre er det foretatt en analyse av foretakets bæreevne basert på utbyggingsalternativene og forventet utvikling for drift og ordinære investeringer.

- Nåverdianalyse på prosjektnivå – beregnet for perioden 2020-2052
- Bæreevneanalyse på prosjektnivå – beregnet for perioden 2020-2052
- Bæreevneanalyse på foretaksnivå – beregnet for perioden 2020-2052

Utbyggingsalternativene inkluderer gjenbruk av bygningsmasse samt vesentlig andel nytt MTU med levetid på maks. 10 år, som reduserer samlet forventet levetid for prosjektet. På bakgrunn av dette er 27 års levetid lagt til grunn for beregningene. 27 års levetid fra 2026 betyr at 2052 er siste år i beregningene.

Nåverdianalysene på prosjektnivå består av differansen mellom investeringskostnadene og de neddiskonterte årlige driftsgevinstene som følge av utbyggingsalternativene.

Analyser av **økonomisk bæreevne på prosjektnivå** indikerer om prosjektet vil kunne opprettholde verdien av investert kapital gjennom generte driftsgevinster. Prosjektet har økonomisk bæreevne dersom summen av fremtidige driftsgevinster dekker det totale investeringsbeløpet og renter. Negativ bæreevne på prosjektnivå forutsetter at

3. Investeringer

Frem til 2052 (27 års levetid fra 2026) er det kartlagt et investeringsbehov i intervallet 4,9-5,5 milliarder kroner, som består av utbyggingsalternativene definert som regionalt finansiert prosjekt (med investeringskostnad 905 - 953 millioner kr.) og ordinære investeringer i intervallet 4,0 - 4,6 milliarder kroner. I bæreevnevurderingene er lagt til grunn at omlag 60 % av finansieringsbehovet (3,0 milliarder kr.) dekkes av likviditetsbidraget fra driften, som følge av positive driftsresultater.

Investeringsplanen legger opp til en reduksjon av foretakets akkumulert vedlikeholdsetterslep på BYGG fra 1 milliard kr. til 600 millioner kr. frem til 2035. I årene frem til 2052 er det innarbeidet investeringer på et nivå som sikrer at det ikke akkumuleres ytterligere vedlikeholdsetterslep.

For MTU er det lagt inn investeringsmidler for erstatning dagens standard og ingen økning som ville redusere gjennomsnittsalder på utstyrsparken, eller ville gitt mer moderne/framtidsrettet utstyr. Midler til nye operasjonsstuer er innarbeidet i alle alternativene, enten som en del av USS prosjektet (alt.1) eller som en del av ordinære investeringer (øvrige alternativer). Reinvesteringer i alle typer MTU er inkludert i ordinære investeringer, også utskifting av linacerne ved strålesenteret.

Foretakets investeringsbehov og finansieringsplan for perioden 2020-2052:

Totale investeringer (MNOK)

Beløp i mill kroner	0-alt.	Alt.1	Alt.2	Alt.3
Sum utbyggingsalternativer (reg.fin prosjekt)	**742**	**935**	**905**	**953**
Byggetrinn 1	324	144	780	144
Byggetrinn 2	366	631	0	679
Byggetrinn 3	28	0	0	0
Byggetrinn 4	0	0	0	0
Salg av Porsgrunn	0	-50	0	0
MTU	25	108	83	83
IKT	0	0	0	0
Inventar	0	51	41	46
Ordinære investeringer	**4 147**	**4 571**	**4 235**	**4 063**
Sum	**4 889**	**5 506**	**5 140**	**5 016**

Finansieringsplan 2020-2052

Beløp i mill kroner	0-alt.	Alt.1	Alt.2	Alt.3
SUM likviditet fra lån, basisfordring, investeringstilskudd	**1 841**	**2 034**	**2 003**	**2 052**
Lån - regionalt finansiert prosjekt	520	654	633	667
Basisfordring - egenandel reg.finan prosjekt	*223*	*280*	*271*	*286*
Investeringstilskudd - rest til inv. etter EK tilskudd	*1 099*	*1 099*	*1 099*	*1 099*
SUM bidrag fra driften	***3 048***	***3 472***	***3 136***	***2 964***
Driftsgevinster fra utbyggingsalternativene	*-308*	*485*	*-243*	*304*
Ytterligere bidrag fra driften, positive driftsresultater	*3 356*	*2 988*	*3 379*	*2 660*
SUM FINANSIERING	**4 889**	**5 506**	**5 140**	**5 016**
andel bidrag fra driften	*62 %*	*63 %*	*61 %*	*59 %*

4. Driftskonsekvenser / gevinster

Gevinstpotensialet fra klinisk drift er ulikt i skisserte utbyggingsalternativ. Alternativene har ulike investeringselementer som gir ulike driftskonsekvenser.

Redusert bygningsmasse i hovedspor 1 gir innsparinger på vedlikehold og energi, mens økte arealer i de andre alternativene gir økte driftskostnader, avhengig av økning i areal. I 0-alternativet vil det være reduserte energikostnader forutsatt ombygging til TEK 17-nivå.

Det er kun alternativ 1 og 3 som gir netto positivt bidrag til driften. Dette skyldes etableringen av strålesenteret som medfører merkostnader i driften, utøver inntektene generert av forventet behandlingsvolum.

Driftskonsekvenser akkumulert 2020-2052

Beløp i mill kroner	0-alt.	Alt.1	Alt.2	Alt.3
Sengeposter	-297	0	202	482
Poliklinikk til Skien	0	265	0	0
Dagkirurgi til Skien	0	172	0	0
Akuttsenter	0	292	0	294
Strålesenter	-61	-320	-290	-320
Klinisk drift	**-358**	**409**	**-88**	**456**
Eiendomsdrift	50	81	-152	-148
Ikke byggnær IKT	0	0	0	0
OU-prosess, mottaksprosjekt	0	-5	-3	-3
Andre driftsbidrag	50	76	-155	-151
Sum driftskonsekvenser	**-308**	**485**	**-243**	**304**

Driftskonsekvenser beregnet på årsbasis:

Driftskonsekvenser til resultatberegning

Beløp i mill kroner	0-alt.	Alt.1	Alt.2	Alt.3
Sengeposter	-11,0	0,0	8,0	18,0
Poliklinikk til Skien	0,0	10,0	0,0	0,0
Dagkirurgi til Skien	0,0	6,5	0,0	0,0
Akuttsenter	0,0	11,0	0,0	11,0
Strålesenter	-2,5	-10,0	-10,0	-10,0
Klinisk drift	**-13,5**	**17,5**	**-2,0**	**19,0**
Eiendomsdrift	2,0	3,0	-6,0	-5,7
Ikke byggnær IKT,	0,0	0,0	0,0	0,0
OU-prosess, mottaksprosjekt,	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsbidrag	2,0	3,0	-6,0	-5,7
Sum driftskonsekvenser	**-11,5**	**20,5**	**-8,0**	**13,3**

Vurderte driftskonsekvenser knyttet til utbyggingsalternativene:

a. **Sengeposter** - gevinstene baseres på reduksjon i bemanningsfaktor pr. seng med 15 % i forhold til dagens bemanning, beregnet for samme antall senger og er svært sensitive for endringer i bemanningsfaktor. Det forutsettes at fagspesialisering ikke hindrer felles organisering i store sengeposter. Det er forutsatt videreføring av samme sengetall som i 2018 (175 normalsenger i Skien) og stordriftsfordeler ved organiseringer i nye sengeposter med 28 - 34 senger pr. sengepost

b. **Akuttsenter** / observasjonspost - økt kapasitet i akuttmottak gir rom for at lettere behandling av pasient kan starte allerede der, og at pasienten i større grad kan bli avklart før den sendes videre, enten til sengepost, kommunal helsetjeneste eller hjem. Det er hensyntatt en nedgang i antall liggedøgn sammenlignet med i dag, som følge av økt kapasitet i akuttmottak. Etablering av akuttsenter/observasjonspost er inkludert i hovedspor 1 og 3. Akuttsenteret gir full gevinst i alle disse alternativene. I alternativ 0 og 2 er akuttsenter ikke inkludert og gir heller ikke gevinst.
c. **Poliklinikk og dagkirurgi** (samle aktivitet i Skien) - gevinstene er knyttet til økt produktivitet i legestabene og innsparingsmuligheter som følge av endring fra dagens driftsløsning på 2 lokasjoner til en mer effektiv driftsmodell. Flytting av poliklinisk aktivitet fra Porsgrunn til Skien gir mulighet for økt produktivitet gjennom samling av alle behandlerressurser på en lokasjon, økt fleksibilitet, mulighet for færre avlyste pasientavtaler som følge av fravær, samordning av administrative funksjoner. I tillegg kommer kostnadsreduksjoner som følge av bortfall av ambulansetransport mellom Porsgrunn og Skien, bortfall av transport av varer /utstyr, samlokalisering av Bryst-Diagnostisk Senter og Endo-Mamma-poliklinikk, samling av all radiologi i Skien med mindre behov for vikar innleie. Flytting av dagkirurgi fra Porsgrunn til Skien kan gi økt produktivitet som følge av bedre utnyttelse av dagkirurgiske team, redusert antall strykninger, bortfall av reisetid, avvikling Sterilsentral i Porsgrunn, redusert vikarbehov ved Operasjon/Anestesi/dagkirurgi
d. **Eiendomsdrift** – det er beregnet merkostnader innen eiendomsdrift i de utbyggingsalternativene hvor bygningsmassen øker. En økning i bygningsmassen vil dessuten resultere i økt vedlikeholdsbehov på sikt. Eiendomsdriftsmessig betyr dette at alternativ 1 gir vesentlige besparelser driftsmessig sammenlignet med laternativ 2 og 3, siden 16.000 kvm tas ut av drift og erstattes av nye og ombygde arealer. I hovedspor 2 og 3 øker den totale bygningsmassen. I 0 alternativet bygges det om ca. 20 000 kvm. Forutsatt ombygging til TEK 17 nivå i byggene som totalrehabiliteres, så vil en ha en besparelse på ca. 100 kr/kvm i energi. Vedlikeholdsbehovet for disse arealene vil være noe lavere de første årene, mens driftskostnadene per kvm i bruk vil bli opprettholdt på dagens nivå.
e. **Etablering av strålesenter** - etablering av strålesenter med 2 LINAC medfører økte kostnader sammenlignet med nullalternativet. Det er beregnet en netto merkostnad på ca. 10 millioner kr. på årsbasis før avskrivninger/finans. Det er forventet samme netto merkostnad i alle utbyggingsalternativer. 0-alternativet framstår som gunstig siden økningen i gjestepasientkostnader er lavere enn merkostnadene ved å etablere et eget strålesenter.
f.

5. Nåverdi og bæreevne på prosjektnivå

De kartlagte driftsgevinstene er lave og ikke tilstrekkelige for å sikre bæreevne til utbyggingsalternativene isolert sett. Selv om et prosjekt har negativ bæreevne kan det forsvares å iverksette prosjektet så lenge foretaket kan vise til positiv bæreevne gjennom effektivisering og resultatforbedring i andre deler av virksomheten.

Et prosjekt har økonomisk bæreevne over investeringsprosjektets levetid når:

1. **Prosjektets nåverdi er lik eller større enn null**
2. **Fri kontantstrøm fra driften overstiger avdrag og renter på finansieringen, uavhengig av finansieringsform.**

Forskjellen mellom nåverdi og bæreevne er rentene på investeringen som tas med i bæreevneanalysen.

Bæreevneanalysene på prosjektnivå viser hvorvidt summen av driftsgevinstene knyttet til utbyggingsalternativene (netto fri kontantstrøm) overstiger avdrag og renter på finansieringen. Det er lagt til grunn 100 % lånefinansiering i kalkylene for å synliggjøre den samlede kostnaden ved ekstern finansiering. Mellomfinansiering på negativ bæreevne er også inkludert i beregningene.

Eventuelle behov for mellomfinansiering etter ferdigstilt prosjekt må være innenfor regionens handlingsrom. De økonomiske beregningene av bæreevne er ett av vurderingselementene for gjennomføring av prosjektet, sammen med helsefaglige, bygningstekniske og kvalitative vurderinger. Utbyggingsprosjekter med negativ bæreevne kan likevel igangsettes dersom sykehusets totale økonomi kan dekke inn manglende likviditet.

Nåverdianalysene på prosjektnivå viser differansen mellom investeringskostnadene og de neddiskonterte årlige driftsgevinstene som følge av utbyggingsalternativene. Gitt forutsetning om 4 % diskonteringsrente, har ingen av alternativene positiv netto nåverdi, beregnet for perioden 2020-2052. De tre utbyggingsalternativene og 0-alternativet har om lag lik nåverdi, men alternativ 1 og 3 er marginalt bedre enn de andre.

Gitt forutsetning om 4 % diskonteringsrente, har ingen alternativer positiv netto nåverdi. Alternativ 1 og 3 har minst dårlig bæreevne.

Bæreevneanalyser på prosjektnivå viser at ingen alternativer har positiv bæreevne.

Økonomisk bæreevne på prosjektnivå	*Alternativ 0*	*Alternativ 1*	*Alternativ 2*	*Alternativ 3*
Levetid 27 år. Ferdig utbygd år:	2026	2024	2026	2025
Investering	742	935	905	953
Netto nåverdi	-776	-574	-909	-692
Internrente	n/a	-2,3 %	n/a	-4,1 %
Bæreevne inkl. rente på mellomfinansiering >0	Oppnås ikke	Oppnås ikke	Oppnås ikke	Oppnås ikke

Det utvalgte utbyggingsalternativet vil i praksis søkes 100 % finansiert av eksterne midler, enten ved 100 % bruk av basisfordringen på RHF eller ved 70 % lån og 30 % bruk av basisfordringen. Ved lånefinansiering, gis det anledning å benytte basisfordringen til avdragsbetaling i hele låneperioden.

6. Bæreevne på foretaksnivå

Bæreevne på foretaksnivå skal gi en vurdering av helseforetakets økonomi og finansielle stilling og hvorvidt helseforetaket er i stand til å bære de økonomiske konsekvensene under gjennomføringen og i etterkant av prosjektet. Bæreevneanalysen på foretaksnivå skal vise likviditetsutviklingen og hvordan Sykehuset Telemark vil håndtere sine fremtidige økonomiske forpliktelser knyttet til drift og investeringer. Det tas hensyn til forventet likviditetsbidrag fra egen drift som følge av positive

driftsresultater, ordinære investeringsbehov og øvrige planer ved helseforetaket i perioden frem til 2052.

Skisserte utbyggingsalternativer i USS prosjektet gir ikke tilstrekkelige gevinster isolert sett, vil utfordre foretakets bæreevne og kreve forbedringer og effektiviseringer i øvrige deler av sykehusets drift. Dette i tillegg til opprinnelig effektivitetskrav på 150 millioner kr. som er beregnet i ØLP og som er nødvendig for å løfte driftsresultatet fra 30 millioner kr. i 2019/2020 til 100 millioner kr. fra 2024.

Uansett valgt alternativ, er foretakets store utfordring den interne effektiviseringen som kreves realisert de nærmeste 5 årene, for å bære investeringsforpliktelsene og kunne håndtere konsekvensene av USS utbyggingen. Foretaket har ingen oppsparte midler av betydning og har akkumulert et stort investerings- og vedlikeholdsetterslep som må håndteres innenfor egen likviditet.

Nærmere analyse av sykehusets økonomiutvikling vil gjennomføres i forbindelse med konseptfasearbeidet fase 2 og utarbeidelse av økonomisk langtidsplan 2021-2024 våren 2020.

Notat om gevinster

Innledning og oppsummering

Dette notatet gir en kort beskrivelse av 0-alternativet og 3 hovedspor som er valgt for nærmere utredning i konseptfasens steg 1 av Utbygging somatikk Skien, med oversikt over hvilke driftsgevinster som forventes i ulike alternativer.

Gevinstberegningene tar utgangspunkt i dagens aktivitet og kapasitet, og viser driftseffekter i form av kostnadsreduksjoner, idet økning i aktivitetsvolumet beregnet i framskrivningene følger behandlingsbehovet i opptaksområdet og er lik for alle alternativene. Kostnadsreduksjonene er i hovedsak knyttet til økt produktivitet, redusert bemanning og intern samordning ved flytting av aktivitet fra Porsgrunn til Skien.

Gevinstene er ulike i de 3 hovedsporene, idet ulike elementer inngår i de ulike utbyggingsalternativene. Prosjektalternativene omfatter investeringer innenfor rammen på ca. 900 mill. kr som det søkes regional finansiering for.

Foretaket oppnår kapasitetsøkningen som kreves for å dekke forventet aktivitetsvekst fram til 2035 etter USS utbygningen, ifølge framskrivingsmodell. Foretakets behandlingskapasitet vil være fordelt på både nytt og gammel areal etter utbyggingen i dette prosjektet.

Foreløpige beregninger viser følgende overslag for gevinster:

100% gevinst oppnådd i år:		2027	2028	2027
Årlige driftsgevinster (tall i 1000kr)	**0-alt**	**Alt 1**	**Alt 2**	**Alt 3**
Sengeposter	-11 000	-	8 000	18 000
Akuttsenter	-	11 000	-	11 000
Samle aktivitet i Skien	-	16 500	-	-
Strålebehandling - strålesenter	-2 500	-10 000	-10 000	-10 000
Konsekvenser FDV, serviceavtaler MTU, m.m.	2 000	3 000	-6 000	-5 700
SUM driftskonsekvenser	**-11 500**	**20 500**	**-8 000**	**13 300**

(negative tall indikerer kostnadsøkning)

Alternativer som er utredet

Det er 3 alternativer i tillegg til 0-alternativet som utredes i konseptfasens steg 1.

På bakgrunn av funn i KSK rapporten utarbeidet i juni 2019 (ekstern kvalitetssikring), ble det besluttet å revidere arbeidet med kartlegging av utbygningsalternativer og også se på muligheter for å samle all somatisk aktivitet i Skien. Ut fra mulige alternativer har foretakets ledergruppe valgt 3 hovedspor for videre utredning i konseptfasens steg 1, herav 2 hovedspor med alternative løsninger.

Kort beskrivelse av valgte hovedspor

Alle alternativer er utarbeidet med mål om å dekke kapasitetsbehovet basert på framskrevet aktivitet for 2035. Foretaket oppnår kapasitetsøkningen som kreves for å dekke forventet aktivitetsvekst fram til 2035, ifølge framskrivingsmodell.

Alle hovedspor har et betydelig ordinært investeringsbehov, som må finansieres av foretakets egen likviditet, som gjenspeiler et stort akkumulert investeringsetterslep og relativ gammel bygningsmasse.

0-alternativet

Det bygningsmessige 0-alternativet er definert som «en beskrivelse og tallfesting av dagens situasjon og forventet utvikling uten tiltak på området», dvs. uten at bygningsmessige tiltak gjennomføres utover det å tilfredsstille lovkrav (f.eks. ventilasjon, brannmessige krav), samt dekke det behovet befolkningen måtte ha for endringer i kapasitet (økt poliklinisk behandling, endret sengebehov etc.). Nullalternativet er sammenligningsgrunnlaget (referansen) for å beskrive og tallfeste virkninger av tiltak som analyseres, og benevnes også som et utsettelsesalternativ.

Bygging av strålesenter er ikke med i nullalternativet i konseptfasen. I dag dekkes behovet for stråling av Telemarkspasientene gjennom kjøp av helsetjenester fra OUS og til dels SSHF. I nullalternativet tas det høyde for økte gjestepasientkostnader som følge av økende behov i befolkningen og økt forbruk av stråling for Telemarkspasientene.

Strålesenteretableringen vil gi økte driftskostnader sammenlignet med dagens situasjon, og isolert sett vil nullalternativet være den økonomisk fordelaktige løsningen for stråletilbud til befolkningen i Telemark.

Porsgrunn benyttes som somatisk dagsykehus og lokasjonen gjøres i stand til å møte det økte behovet med vedlikeholdt bygningsmasse.

Innen operasjon og radiologi klarer Porsgrunn og Skien å håndtere veksten som er forventet.

B55 Nordfløy oppgraderes teknisk men ikke funksjonelt, dvs fortsatt 4-sengsrom med bad/toalett på korridor. I dag er flere sengerom i Moflatabygget benyttet til kontorer og andre formål. For å dekke framtidig behov for senger må disse gjenåpnes som sengerom. Dette gir en økt kostnad knyttet til sengeposter i 0-alternativet, tilsvarende en økning med 8 senger sammenlignet med dagens situasjon. 0-alternativet inneholder ikke etablering av observasjonspost/akuttsenter som bidrar til netto reduksjon i sengebehovet på 8 senger.

0-alternativet omfatter dermed rehabilitering av somatikk-lokalene i Porsgrunn, samt evakueringslokaler og rehabilitering av B-55 Nordfløy i Skien, totalt 742 mill kr, som regionalt finansiert investering. Deler av lokalene i Porsgrunn som per i dag ikke er i bruk må gjenåpnes for å sikre tilstrekkelig kapasitet for å møte veksten i pasientbehandling som beskrevet i framskrivningene. 4-sengsrom i Nordfløy beholdes for å møte framtidig kapasitetsbehov.

Det er ikke lagt inn investeringer i bygningsmessige tiltak som vil kunne bidra til å realisere hele eller deler av gevinstene beregnet for utbyggingsalternativene 1-3.

Hovedspor 1 «Porsgrunn først»

Dette hovedsporet har fremkommet på grunn av ønske om å utrede ett hovedspor som gir hurtig evakuering av Porsgrunn. Idefasen inneholder ikke noe slikt alternativ.

Dette hovedsporet karakteriseres ved

– Strålesenteret legges til Moflataområdet ①
– Et nytt bygg for all aktivitet i Porsgrunn bygges vest for B58 Vestfløy Inneholder også nytt akuttsenter ②
– Nytt sengebygg inklusive barnesenger bygges mellom patologibygget og Vestfløy ③
– B55 Nordfløy blir stående tom

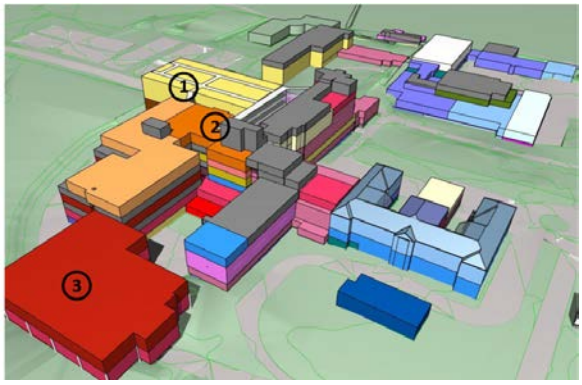
I dette hovedsporet vil strålesenteret kunne realiseres relativt raskt, og Porsgrunn kan avvikles etter gjennomføring av fase 1. Nye sengefasiliteter kommer sent.

Hovedspor 2 «Fellesbygg kreft/sengepost»

Dette hovedsporet er en videreutvikling av idefasens alternativ 2.

Dette hovedsporet karakteriseres ved

– Et stort bygg bygges mellom patologibygget og Vestfløy. Dette inneholder normalsenger og alle kreftaktiviteter ①
– Bygg 55 rehabiliteres og rommer all aktivitet fra Porsgrunn (ekskl operasjon) samt barnesenger og dialyse ②
– Nytt bygg for operasjon og utvidet akuttsenter ③



I dette hovedsporet er det ett stort byggeprosjekt i fase 1. Kreftbehandling lokaliseres nærmere operasjon og radiologi. Ulemper er at strålesenter må vente på ferdigstillelse av sengebygget, og at akuttsenterutvidelsen kommer sent.

Hovedspor 2 b

Inkluderer modulbygg for å kunne flytte ut deler av aktiviteten fra Porsgrunn tidligere.

Hovedspor 3 «Kreft og normalsengeposter i forskjellige bygg»

Dette hovedsporet karakteriseres ved

– Strålesenteret legges til Moflataområdet ①
– Nytt sengebygg med akuttsenter bygges mellom patologibygget og Vestfløy ②
– bygg 55 rehabiliteres og rommer all aktivitet fra Porsgrunn (ekskl operasjon) samt barnesenger og dialyse ③
- Dagens akuttmottak bygges om og utvides til dagoperasjon ④

I dette alternativet kan strålesenter realiseres raskt, og sengefasiliteter og akuttsenter er innenfor fase 1. Ulempen er at Porsgrunn avvikles sent.

Hovedspor 3 b

Inkluderer modulbygg for å kunne flytte ut deler av aktiviteten fra Porsgrunn tidligere.

Driftsøkonomi og -gevinster

Prosess for identifisering av driftsgevinster

Idefasen

Driftsgevinster følger av (netto) positive effekter knyttet til samlokalisering og mer tilrettelagte arealer i nybygg eller rehabiliterte bygg. I tillegg kan samlokalisering/nybygg muliggjøre andre endringer som kan ha en positiv nettoeffekt, f.eks. gjennom bruk av ny teknologi.

Med utgangspunkt i dagens drift og organisasjon har fire arbeidsgrupper i idefasen identifisert flaskehalser og tidstyver i forhold til pasientforløp og personalets arbeidsprosesser, med målsetting om å bedre pasientens flyt gjennom sykehuset. Begrunnelsen for dette er å sikre at alle elementene i utrednings- og behandlingsprosessen henger så godt sammen som mulig, at unødvendig venting unngås, og at ressursene utnyttes effektivt. Basert på føringer fra Utviklingsplanen og framskrevet aktivitet, har arbeidsgruppene utarbeidet, vurdert og kommet med anbefaling av fremtidige faglige driftskonsepter innenfor følgende områder:

- Sengeposter, poliklinikk- og dagområder
- Operasjonsområde
- Observasjonspost/avklaringsenhet i akuttmottaket, intermediær/ intensivsenger
- Stråling/kreft

Hovedelementene i de beregnede **driftsgevinstene fra idefasen** er som følger:

- En samlokalisering av tjenestetilbudet innenfor kreft og stråling gir mulighet for å benytte noen felles administrative tjenester, inklusive felles ekspedisjon.
- Etablering av store sengeposter gir muligheter til å redusere med en sengepost. Videre legges det opp til økt fleksibilitet med sambruk av personell som gir reduserte lønnskostnader og redusert bruk av støttetjenester.
- Samling av operasjonsaktiviteten gir bedre utnyttelse av personell og utstyr
- Økning av antall senger i avklaringsenhet/observasjonspost i akuttmottak bidrar til færre innleggelser, og sikrer at pasientene kan behandles på riktig nivå.
- Riktig dimensjonering og bemanning av intensiv- og intermediærsenger bidrar til kostnadsreduksjon.

Konseptfase steg 1

De ulike hovedsporene har ulikt gevinstpotensial.

I konseptfasens steg 1 er alle gevinster identifisert gjennom tidligere arbeid systematisk kartlagt og gjennomgått på nytt. Utviklingsavdelingen har hatt møter med respektive klinikksjefer, avdelings- og seksjonsledere for å gjennomgå mulige gevinstpotensialer og forankre gevinster og andre driftseffekter som følge av utbyggingen.

De identifiserte gevinstene kan samles under 3 hovedoverskrifter:

1. Nye store sengeposter
2. Etablering av akuttsenter/observasjonspost
3. Avvikle somatisk aktivitet i Porsgrunn

Det er identifisert økte kostnader knyttet til:

1. Drift av strålesenter
2. FDVU som følge av økninger i bygningsmasse

Estimerte driftsgevinster i ulike alternativer

Vurderingene av mulig gevinstrealisering i de ulike alternativene er gjort med bakgrunn i gjennomføringsplanen for investeringene som inngår i skisserte prosjektalternativer med investeringsrammer i intervallet 750 mill. til 1050 mill. kr.

Alle de 3 hovedsporene legger til rette for å realisere driftskonseptet stråling. Etablering av strålesenter medfører netto økte driftskostnader på ca. 10 mill kr, før avskrivninger og finans. Det er vurdert at behovet for bemanning knyttet til kreft/stråling vil være det samme i de 3 utbyggingsalternativene. Det er kun marginale forskjeller i avstand mellom stråleenhet og øvrig kreftbehandling i de ulike alternativene, slik at det ikke er grunnlag for å hevde at det ene eller andre alternativet krever flere ansatte. Kostnader og inntektspotensial for strålesenter er omtalt i eget notat.

Det er identifisert driftsgevinster knyttet til eiendomsdrift i hovedspor 1 siden det totale bygningsarealet reduseres med avvikling av somatikk i Porsgrunn. Det totale bygningsarealet øker som følge av utbyggingen i alternativ 2 og 3, og det fører til økte kostnader.

Teknisk oppgradering av eksisterende bygningsmasse i 0-alternativet gir reduserte energi- og vedlikeholdskostnader.

Foreløpige beregninger gir følgende overslag for gevinster:

100% gevinst oppnådd i år:		2027	2028	2027
Årlige driftsgevinster (tall i 1000kr)	**0-alt**	**Alt 1**	**Alt 2**	**Alt 3**
Sengeposter	-11 000	-	8 000	18 000
Akuttsenter	-	11 000	-	11 000
Samle aktivitet i Skien	-	16 500	-	-
Strålebehandling - strålesenter	-2 500	-10 000	-10 000	-10 000
Konsekvenser FDV, serviceavtaler MTU, m.m.	-	3 000	-6 000	-5 700
SUM driftskonsekvenser	**-13 500**	**20 500**	**-8 000**	**13 300**

(negative tall indikerer kostnadsøkning)

De ulike gevinstene

Sengeposter

Gevinstene baseres på reduksjon i bemanningsfaktor pr. seng med 15 % i forhold til dagens bemanning, beregnet for samme antall senger.

Gevinstberegningene for sengeposter er svært sensitive for endringer i bemanningsfaktor. Det forutsettes at fagspesialisering ikke hindrer felles organisering i store sengeposter. Beregningene vil kvalitetssikres i videre arbeid med fordeling av senger mellom fag, simulering av bemanningsplaner og utarbeidelse av plan for gevinstrealisering.

I forbindelse med idefasen ble driftskonseptet sengepost utredet, med tanke på å identifisere mulige gevinster ved innflytting i nytt sengebygg.

I Skien er det i 2018 i gjennomsnitt totalt 178 ordinære somatiske senger, fordelt på 8 sengeposter. (Uten følgende sengeposter/tekniske senger: Notodden, Barn, Føde/barsel, Akuttmottak, intensiv/intermediær, dialyse.) I beregningene er hotellposten ekskludert, da bruken av denne ble avsluttet i 2. halvår 2018. I vedlegg 1 vises hvilke sengeposter som utgjør de ordinære sengene, samt totalt antall senger og sengeposter/tekniske senger i Skien.

Antall senger pr. sengepost varierer mellom 18 - 25. Det er flest 4 – sengsrom, men sengepostene består (som regel) av en kombinasjon av 1-, 2- og 4-sengsrom. Flere av sengepostene har noe dagpoliklinisk behandling i posten, men generelt er alle sengepostene fysisk adskilt (i avstand) fra poliklinikk. De fleste sengepostene utfører såkalt «lett-overvåking», seksjon lunge har to intermediær senger, og seksjon for blod/kreft har definerte senger til palliativ behandling.

Det er tradisjonelt oppfattet forholdsvis tette «skott» mellom de ulike sengeposter/fagområder ved sykehuset. Driften i de ulike sengepostene er klart adskilt fra hverandre, og det er få arenaer og rutiner for samarbeid og felles kultur.

Den største innsparingen oppnås ved å etablere større sengeposter med opptil 35 senger med enerom m/toalett og dusj. Store sengeposter gjør det mulig å redusere med 2 sengeposter fra dagens 8, til 6 sengeposter.

Forutsetninger for beregningene:

1. **Samme sengetall i 2035 som i 2018 (175 normalsenger i Skien).**
2. Nybygd sengebygg i tre etasjer gir rom for 3 store sengeposter (35 senger i ukedagene, 25 senger i helg).
3. Stordriftsfordeler i nye sengeposter:
    a. Antall senger pr. sengepost bør ligge mellom 28 og 34 senger.
    b. Alle rom er ensengsrom, med mulighet for å åpne opp mellom noen av rommene, for å lage et større overvåkingsrom der det er nødvendig
    c. Sengeposter bestående av et eller flere fagområder som er satt sammen på bakgrunn av helhetlig pasientforløp og/eller faglige synergieffekter.
    d. Mulighet for fleksibel bruk av sengene for å ivareta variasjoner i belegget, Eks. 5 – døgnsenger som kan «åpnes» ved behov.
    e. Antall senger til de ulike fagene skal ikke være absolutt, men en sengepost har et antall senger som skal dekke opp for behovet innenfor de fagområdene den representerer, som kan endres over tid.
4. Valg av bemanningsfaktor i nye, store sengeposter er avgjørende for størrelsen på beregnet gevinst. **Dagens bemanningsfaktor[1], inklusive EFO[2], beregnet på 178 ordinære senger er 1,83.**
5. Det er utarbeidet bemanningsplaner for 3 store sengeposter med inntil 35 senger (jfr. vedlegg 2), basert på bemanningsnorm på 1,2. Med tillegg av EFO blir bemanningsfaktoren 1,56 for de nye store sengepostene.
6. Ny bemanningsfaktor i 2035 for alle ordinære senger samlet blir **1,71**.

I sum gir nytt driftskonsept for sengeposter under nevnte forutsetninger en gevinst på 18 millioner kroner sammenlignet med dagens situasjon. Se vedlegg 3 for beregninger.

Nedtak av 2 sengeposter reduserer behovet for service og støttetjenester, inklusive kokk på sengepost (postvert), samt nedtak av tjenester rundt tekstil, avfall og lagerhold. Denne årsverksreduksjonen kommer i tillegg til redusert pleiebemanning.

De ulike hovedsporene gir ulike gevinster knyttet til sengeposter:

0-alternativet gir økte kostnader siden flere senger må tas i bruk for å dekke framskrevet behov.

[1] **Bemanningsfaktor** er definert som antall årsverk delt på antall senger. Vi har brukt totalt antall årsverk og inkluderer både seksjonsleder og evt. andre dagarbeidende stillinger. EFO (ekstravakter, forskjøvet arbeidstid, og overtid) er også inkludert, og det tas høyde for sesongvariasjoner og ferieavvikling (vikarbehov). Bemanningsfaktoren uttrykker dermed brutto bemanning.

[2] **EFO** er **E**kstravakter, **F**orskjøvet arbeidstid og **O**vertid

Hovedspor 1 gir ikke gevinst knyttet til senger siden nytt sengebygg ikke er inkludert i investeringsrammen.

Hovedspor 2 gir gevinst som følge av nytt sengeareal, men det er ikke mulig å hente ut mer enn 50 % av gevinstpotensialet siden etablering av akuttsenter/observasjonspost ikke er inkludert. Det er derfor et høyere sengebehov i hovedspor 2 fram til akuttsenter er etablert, og derved lavere gevinst.

Hovedspor 3 gir full uttelling på sengepostgevinstene siden nedtak av senger grunnet opprettelse av akuttsenter skjer samtidig med flytting til nytt sengebygg.

Observasjonspost - akuttsenter

Økt kapasitet i akuttmottak gir rom for at lettere behandling av pasient kan starte allerede der, og at pasienten i større grad kan bli avklart før den sendes videre, enten til sengepost, kommunal helsetjeneste eller hjem.

Dette vil bidra til å sikre at pasienten behandles på riktig omsorgsnivå, dvs. om pasienten skal behandles i spesialisthelsetjenesten eller om pasienten kan behandles på kommunalt nivå.

Det ventes en nedgang i antall liggedøgn sammenlignet med i dag, som følge av økt kapasitet i akuttmottak.

Driftskonseptet består i å etablere en avklaringsenhet i nær tilknytning til - og organisert under akuttmottaket. Denne enheten skal håndtere:

1. Alle pasienter som kommer til akuttmottaket (kirurgiske, medisinske) med unntak av fødende.
2. Ikke avklarte pasienter, men der initial vurdering tilsier at pasient skal kunne reise hjem eller avklare behandlingsnivå innen 24 timer.
3. Behandlingsnivå over KAD-nivå (Kommunal ø-hjelp).
4. Observasjon av pasientens tilstand, stabilisering og utførelse av aktuelle undersøkelser. Igangsettelse av eventuell behandling.
5. Mulighet for 3-4 senger med mer utstyr og mulighet for mer avansert behandling/overvåkning.
6. "Venteplasser" for ferdig avklarte pasienter eller pasienter som venter på blodprøvesvar, KAD-plass, ambulansetur, m.m.
7. Arealer tilrettelagt for smittepasienter.

I etablering av en slik enhet er det viktig for pasientsikkerheten at det er klare ansvarslinjer og beslutningsmyndigheter i forhold til diagnostisering og behandling.

Det er naturlig at en slik enhet benevnes som avklaringsenhet og ikke observasjonspost. Man kan også vurdere benevningen klinisk vurderingsenhet som nå begynner å etablere seg som en standard benevnelse på denne typen funksjoner.

Effekter ved etablering av avklaringsenhet

- Raskere avklaring og diagnostikk
- Reduserte liggetider
- Direkte utskrivning fra avklaringsenhet
- Bedre pasientforløp og logistikk
- Kvalitet og pasientsikkerhet

- Samarbeid og teamtankegang
- Bruk av ressurser/bemanning

I idefasen ble det tatt utgangspunkt i etablering av avklaringsenhet med totalt 15 senger i akuttmottak. Besparelsene knyttet til dette er basert på at tidlig behandling i mottak reduserer antall innleggelser. I framskrivningsmodellen til Sykehusbygg er det forutsatt at 4000 liggedøgn tas hånd om i avklaringsenhet/observasjonspost (vi kaller denne posten fortsatt Akutt-24). Med en økning på 8 senger sammenlignet med dagens, vil besparelsen i ordinære sengeposter på huset være omlag 16 senger.

En egen utredning av valg av konsept for avklaringsenhet i akuttmottak har høsten 2019 gitt anbefaling om sengeantall, liggetid og hvilken behandling og diagnostisering som skal finne sted i akuttmottak. Akutt-24 øker fra dagens 7 senger til 15 senger, og det er forutsatt at pasienten kan være i observasjonsposten inntil 24 timer. Erfaringer fra Haukeland viser at en seng i avklaringsenhet/observasjonspost i mottak reduserer behovet for 2 senger inne på huset.

En netto reduksjon av 8 senger (8 senger flyttes til mottak, 8 senger legges ned), gir isolert sett en innsparing på omlag 11 millioner kroner, primært knyttet til pleiepersonell. Beregningen er basert på gjennomsnittlig kostnad per seng for normalsengene.

Etablering av akuttsenter/observasjonspost er inkludert i hovedspor 1 og 3. Akuttsenteret gir full gevinst i alle disse alternativene.

I alternativ 0 og 2 er akuttsenter ikke inkludert, og gir heller ikke gevinst.

Samle aktivitet i Skien - poliklinikk og dagkirurgi

Poliklinikker og dagkirurgi er nøye gått gjennom for å se hvilke gevinster som oppstår ved sammenslåing av aktivitet. Avdelings- og seksjonsledere har vært involvert i kartleggingen.

Gevinstene er knyttet til økt produktivitet i legestabene og innsparingsmuligheter som følge av endring fra dagens driftsløsning på 2 lokasjoner til en mer effektiv driftsmodell.

Flytting av poliklinisk aktivitet fra Porsgrunn til Skien gir mulighet for økt produktivitet gjennom:

- I dagens situasjon med to lokasjoner går det med betydelig tid til reising som i stedet kunne vært brukt til pasientbehandling.
- Samling av alle behandlerressurser på en lokasjon gir økt fleksibilitet og mulighet for færre avlyste pasientavtaler som følge av sykdom eller annet fravær.
- Samordning av administrative funksjoner som følge av samling av aktivitet.
- Pre-operativ poliklinikk kun på en lokasjon, pre-operativ poliklinikk i Skien vil kunne håndtere økning fra Porsgrunn innenfor dagens bemanning.
- Samlokalisering av FysMed og Rehabilitering i Skien samlokaliserer alle leger tilhørende fagområdet og gir mulighet til å utnytte ressurser bedre og øke samhandling.

I tillegg kommer kostnadsreduksjoner som følge av

- Bortfall av ambulansetransport av pasienter mellom Porsgrunn og Skien

- Bortfall av kostnader med transport av varer og utstyr
- Samlokalisering av Bryst-Diagnostisk Senter og Endo-Mamma-poliklinikk gir muligheter for å spare administrative ressurser
- Samling av all radiologi i Skien gir mindre behov for vikar innleie ved fravær på dagtid. Ved radiograf-fravær i Porsgrunn må dette som regel erstattes med vikar for å opprettholde aktivitet. Et større miljø kan lettere håndtere fravær uten å ta inn vikar.

Flytting av dagkirurgi fra Porsgrunn til Skien kan gi økt produktivitet som følge av

- Bedre utnyttelse av dagkirurgiske team. Undersøkelse fra 2016 viser at ca 20 % av inngrepene i Porsgrunn avsluttes før kl 13.45, grunnet strykning pga syk pasient, ikke møtt. Ved flytting til Skien vil det være mulig å ta inn Ø-hjelp eller annen ventende pasient når ledig kapasitet oppstår. I Porsgrunn er ikke dette pasienttilfanget tilgjengelig. Ved samling i Skien vil det også være flere operatører tilgjengelige mot slutten av dagen.
- Redusert antall strykninger pga manglende operatør, manglende anestesi eller manglende utstyr. Samling av all drift i Skien gir større fleksibilitet ved sykdom/fravær. Forsinkelser som følge av transport av utstyr utgår.
- Bortfall av reisetid kan i stedet benyttes til flere inngrep.
- Pre-post bemanning kan reduseres ved å slå sammen Porsgrunn og Skien
- Sterilsentral i Porsgrunn kan avvikles
- Redusert vikarbehov ved fravær når Operasjon/Anestesi/dagkirurgi slås sammen med Skien og inngår i et større miljø med muligheter for mer fleksibilitet.

Gevinsten av å samlokalisere aktiviteten i Skien er på bakgrunn dette beregnet til 16,5 millioner kroner.

I hovedspor 1 oppnås 100 % gevinst siden all aktivitet flyttes til Skien.

Hovedspor 2 og 3 gir ikke mulighet for samlokalisering av aktivitet, og gir derfor ingen gevinst.

Eiendomsdrift

Det kommer til å bli merkostnader innen eiendomsdrift i de utbyggingsalternativene hvor bygningsmassen øker. En økning i bygningsmassen vil dessuten resultere i økt vedlikeholdsbehov på sikt.

Tallene i tabellen nedenfor er basert på hovedspor 1 – 3 og viser antall kvm nybygd areal, ombygd areal og areal tatt ut av drift i de ulike alternativene:

kvm	**0-alt**	**Alt 1**	**Alt 2**	**Alt 3**
Nybygd areal	-	11 000	10 400	10 300
Ombygd areal	20 000	2 000	-	2 000
Areal ut av drift		-16 000	-	

Eiendomsdriftsmessig betyr dette at alternativ 1 gir vesentlige besparelser driftsmessig sammenlignet med hovedspor 2 og 3, siden 16.000 kvm tas ut av drift og erstattes av nye og ombygde arealer. I hovedspor 2 og 3 øker den totale bygningsmassen.

0 alternativet bygger om ca 20 000 kvm. Forutsatt ombygging til TEK 17 nivå så vil en ha en besparelse på ca. 100 kr/kvm i energi. Vedlikeholdsbehovet for disse arealene vil være noe lavere de første årene, mens driftskostnadene per kvm i bruk vil bli opprettholdt på dagens nivå.

Etablering av strålesenter

Etablering av strålesenter med 2 LINAC medfører økte kostnader sammenlignet med nullalternativet. Det er beregnet en netto merkostnad på ca. 10 mill kr. på årsbasis før avskrivninger/finans. Det er forventet samme netto merkostnad i alle utbyggingsalternativer. 0-alternativet framstår som gunstig siden økningen i gjestepasientkostnader er lavere enn merkostnadene ved å etablere et eget strålesenter.

Etableringen av strålesenter er også omtalt i eget notat.

Beregninger etablering av strålesenter

Alle investeringsalternativer samt null-alternativet skal ivareta forventet behandlingsvolum i 2035, enten gjennom investeringer i egne tilbud, eller kjøp av helsetjenester (gjestepasienter).

I dette notatet forutsetter vi at investeringskostnadene knyttet til etablering av stråletilbud vil være tilnærmet like i alle alternativene med utbygging av strålesenter. Nullalternativet inneholder ikke strålesenter, men inkluderer gjestepasientkostnader som i dag, og en forventning om økte gjestepasientkostnader i årene framover i takt med økt behov i befolkningen og økt forbruk av stråling for Telemarkspasientene.

I følge «Oppfølging av stråleterapikapasiteten i Helse Sør-Øst – ny regional vurdering fra OUS HF» datert 21.02.2019 anslås 80 % som estimat for behandling av egne pasienter, og dette er også brukt i framskrivingen av behov til 2035.

Investeringskostnader i ulike hovedspor

I nullalternativet er etablering av eget strålesenter ikke inkludert, men økte driftskostnader (gjestepasienter) er tatt med.

Strålesenter er inkludert i alle alternativer med utbygging, og medfører investeringskostnader og netto økte driftskostnader. Strålebunkere med tilhørende støttearealer er i alle alternativer del av første byggetrinn. Hovedspor 1 og 3 har identiske investeringskostnader for etablering av strålesenter, i hovedspor 2 er strålesenter del av et større bygg.

- Hovedspor 1 «Porsgrunn først» - Strålesenter legges til Moflataområdet.
- Hovedspor 2 «Fellesbygg kreft/sengepost» - bunkere til stråling samt alle aktiviteter knyttet til kreftbehandling plasseres i nytt sengebygg.
- Hovedspor 3 «Kreft og normalsengeposter i forskjellige bygg» - strålesenter legges til Moflataområdet.

Oppstart for strålesenteret i ulike alternativer

						LINAC 1 + 2												LINAC 3		
Hovedspor	år	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2 037	2 038	2 039
1. Porsgrunn først																					
2. Sengebygg med kreftsenter																					
3. Sengebygg med akuttmottak																					

Driftskostnader

Bemanning og rekruttering

For å kunne tilby strålebehandling kreves det spesialkompetanse.

Bemanningsplan

Vår bemanningsplan bygger på OUS-rapport om økning av strålekapasiteten i HSØ samt hva som er dagens bemanning ved sammenlignbare stråleenheter. Tabellene nedenfor viser årsverk pr stillingstype pr år i oppstartfasen fram til full bemanning ved oppstart i 2024 (hovedspor 1 og 3). Her forutsettes den tredje linacen å være i drift fra 2037 (likt for alle hovedspor).

Bemanningsplan Strålesenter						**LINAC 1+2 oppstart**													**LINAC 3 oppstart**		
	år	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**	**2032**	**2033**	**2034**	**2035**	**2036**	**2037**	**2038**	**2039**
LINAC 1+2																					
Stråleterapeuter						14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
seksjonsleder (stråleterapeut)					1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
medisinsk fysiker		1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
sekretær					1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
serviceingeniør MTU		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
LIS-lege onkologi			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
onkolog		2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
kreftsykepleier sengepost						1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
radiolog						1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
LINAC 3																					
Stråleterapeuter																			7	7	7
medisinsk fysiker																			1	1	1
sekretær																		1	1	1	1
serviceingeniør MTU																		1	1	1	1
onkolog																			1	1	1
radiolog																			1	1	1
SUM årsverk		**4**	**7**	**9**	**11**	**28**	**28**	**28**	**28**	**28**	**28**	**28**	**28**	**28**	**28**	**28**	**28**	**29**	**39**	**39**	**39**

De fleste av de nye årsverkene må rekrutteres utenfra, da det enten er kompetanse vi ikke har tilgjengelig i sykehuset pr i dag, eller ikke finnes ledig kapasitet i andre avdelinger/klinikker som kan omdisponeres.

Stråleterapeuter utdannes ved OUS. Det er radiografer som tar 1 år videreutdanning og blir stråleterapeuter. En stråleavdeling kan ikke startes opp med bare nyutdannede stråleterapeuter, det er derfor nødvendig med ett tett samarbeid med OUS om hospitering. Vi legger til rette for hospitering i bemanningsplanen og beregningene i kostnadskalkylen. Kalkylen forutsetter at STHF må sørge for utdanning av tilstrekkelig antall stråleterapeuter. Dersom vi lykkes i å rekruttere stråleterapeuter utenfra vil vi spare utdanningskostnader.

Det er også begrenset utdanningskapasitet, og det meste vi kan oppnå er utdanning av 3-4 stråleterapeuter hvert år. Et tett samarbeid med OUS er nødvendig både for tilgang til utdanningsplasser og etablering av hospiteringsordninger.

Oppstartsfasen

I oppstartfasen, både før strålesenteret kommer i drift, og i perioden med lavere drift enn full kapasitet, vil det påløpe til dels store kostnader. Dette gjelder særlig rekruttering og opplæring av personell. Det vil ta 4 år å få utdannet tilstrekkelig antall stråleterapeuter. Medisinske fysikere er også kritisk viktig å få på plass. Vi forutsetter at de 4 første stråleterapeutene som utdannes jobber i radiologisk avdeling i kombinasjon med hospitering ved OUS i året etter endt utdanning, i påvente av at stråleenheten ved STHF settes i drift.

I perioden fra ansettelse til oppstart av strålesenter vil onkologene være tilgjengelige for sengepost og poliklinikk. Ved cytostatika-poliklinikken er det i dag et udekket behov for legekontroller, og muligheter for økt aktivitet og dermed økte inntekter.

Det vil også være behov for kompetanseheving blant pleiepersonalet ved sengeposten i dagens kreftavdeling, da de vil få flere pasienter som mottar strålebehandling.

Driftskostnader

Lønns- og personalkostnader utgjør hoveddelen av driftskostnadene, både i oppstartsfasen og ved full drift. I tillegg kommer drift av bygg og MTU samt andre driftskostnader i avdelingen.

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039
ISF-inntekter					7 368	11 052	13 508	13 508	13 508	13 508	13 508	13 508	13 508	13 508	13 508	13 508	13 508	17 192	20 262	20 262
Egenandeler					2 106	3 159	3 861	3 861	3 861	3 861	3 861	3 861	3 861	3 861	3 861	3 861	3 861	4 914	5 792	5 792
Sparte gjestepasientkostnader					5 573	5 573	5 573	5 573	5 573	5 573	5 573	5 573	5 573	5 573	5 573	5 573	5 573	5 573	5 573	5 573
Sum inntekter					**15 047**	**19 784**	**22 942**	**22 942**	**22 942**	**22 942**	**22 942**	**22 942**	**22 942**	**22 942**	**22 942**	**22 942**	**22 942**	**27 679**	**31 626**	**31 626**
Lønn	6 360	11 310	16 380	23 180	26 370	25 970	25 970	25 970	25 970	25 970	25 970	25 970	25 970	25 970	26 170	26 170	27 380	36 126	35 627	35 628
Andre driftskostnader	500	500	500	500	6 600	6 600	6 600	6 600	6 600	6 600	6 600	6 600	6 600	6 600	6 700	6 700	8 800	8 800	8 800	8 800
Sum driftskostnader	**6 860**	**11 810**	**16 880**	**23 680**	**32 970**	**32 570**	**32 570**	**32 570**	**32 570**	**32 570**	**32 570**	**32 570**	**32 570**	**32 570**	**32 870**	**32 870**	**36 180**	**44 926**	**44 427**	**44 428**
Resultat før avskrivninger	**-6 860**	**-11 810**	**-16 880**	**-23 680**	**-17 923**	**-12 786**	**-9 628**	**-9 628**	**-9 628**	**-9 628**	**-9 628**	**-9 628**	**-9 628**	**-9 628**	**-9 928**	**-9 928**	**-13 238**	**-17 247**	**-12 801**	**-12 802**
Avskrivninger					10 945	10 945	10 945	10 945	10 945	10 945	10 945	10 945	10 945	10 945	10 945	10 945	10 945	10 945	14 188	14 188
Finans					3 743	3 697	3 631	3 543	3 442	3 289	3 125	2 960	2 796	2 631	2 467	2 302	2 138	1 973	1 809	1 645
Resultat	**-6 860**	**-11 810**	**-16 880**	**-23 680**	**-32 611**	**-27 428**	**-24 204**	**-24 117**	**-24 015**	**-23 862**	**-23 698**	**-23 533**	**-23 369**	**-23 204**	**-23 340**	**-23 176**	**-26 321**	**-30 166**	**-28 798**	**-28 634**

Resultatoppstillingen bygger på etablering av strålesenter som i hovedspor 1 og 3. I Hovedspor 2 kommer oppstart først i år 2027.

Kapasitet – inntekter

Organisering - pasientbehandling

Sykehuset Telemark har et godt utbygd tilbud innen diagnostikk og behandling av kreft. Etablering av stråleenhet vil øke dekningsgraden ytterliggere. Utvikling av et stråleterapitilbud må bygges gradvis opp. Fordelingen i tabellen nedenfor er ikke endelig, men vil avhenge av den kompetansen vi får tilknyttet oss.

Krefttype	Kirurgi	Stråleterapi	Kjemoterapi
Øre, nese og hals	OUS	OUS	OUS/STHF
Øvre del av fordøyelseskanalen	OUS	OUS	STHF/OUS
Tykk - og endetarm	STHF/OUS	OUS /STHF	STHF/OUS
Bryst	STHF/OUS	STHF/OUS	STHF/OUS
Lunge	OUS	STHF/OUS	STHF/OUS
Lymfe og blod		OUS	STHF/OUS
Urinblære	OUS/SIV	OUS/STHF?	STHF/OUS
Nyre	STHF	OUS/STHF	STHF/OUS
Prostata	STHF	OUS/STHF	STHF
Kvinnelige kjønnsorgan	STHF/OUS	OUS/STHF	OUS/STHF
Hud	STHF	OUS/STHF	STHF
Hjerne	OUS	STHF/OUS	STHF/OUS

Behandlingene gjennomføres både ved regionavdeling og ved de desentraliserte stråleterapienhetene. I vurderingen av hvor kurative og avanserte strålebehandlingsopplegg bør

gjennomføres, må både personalmessige og utstyrsmessige kriterier legges til grunn, samt pasientvolum vektlegges. At et behandlingsopplegg er kurativt, er i seg selv ikke avgjørende for hvor behandling bør utføres.

Det bør være en målsetting å kunne tilby kurativ behandling av de fleste indikasjonsområder der hvor strålebehandling inngår som en del av den multimodale terapi som sykehuset ellers utfører. Det vil i første rekke gjelde kreft i bryst, prostata, rektum, blære og hud. Videre bør man etter hvert kunne tilby kurativ behandling av lunge- og hjernesvulster.

Vi ser at det å sammenligne seg med Sørlandet gir et relativt godt bilde av hvordan vi kan tenke en utvikling av et stråletilbud ved STHF.

Erfaringer fra Sørlandet viser at tilbudet om strålebehandling uten særlig ventetid i nærheten av hjemstedet har ført til at pasienter i økende omfang henvises til palliativ behandling. Samtidig har avdelingen stadig utvidet det kurative behandlingsrepertoaret. Dette har resultert i en voksende strøm av pasienter til SSHF som tidligere fikk behandling ved OUS eller i Stavanger.

Type pasienter som skal behandles ved STHF vil avhenge av hvilke kompetanse vi besitter.

Sannsynlig oppstart ved en stråleenhet vil være:

1. Palliativ strålebehandling innen de fleste diagnoser.
2. Kurativ cancer mamma bør tilstrebes å komme på plass så raskt som mulig – pga stor pasientgruppe og dette vil ha stor betydning for både pasienter og som avlastning på OUS.
3. G.I cancer – pre operativ stråling.

Pasientstrømmer og volumer

Et strålesenter ved STHF skal ha tilstrekkelig kapasitet til å behandle pasientene fra Telemark og Vestfold. I 2014 var det 16 400 konsultasjoner i DRG-er for strålebehandling for pasienter bosatt i Vestfold og Telemark fylke. 15 675 av disse er utført ved OUS. Et strålesenter i Skien vil kunne gi behandling til 80 % av disse (funksjonsfordeling med OUS), dette tilsvarer 12 540 konsultasjoner.

Samtidig er det rimelig å anta at pasientene fra nordre Vestfold fortsatt vi velge OUS. Dette gjelder pasienter fra Svelvik og Sande, som hører til Vestre Viken sitt opptaksområde, og kanskje også pasientene fra Holmestrand og Horten. Trekker vi fra disse, gjenstår det om lag 11 400 konsultasjoner. Dette tilsvarer full kapasitetsutnyttelse av 2 LAE, jfr erfaringstall fra Sørlandet sykehus HF.

Antall strålebehandlinger totalt i 2017 for pasienter fra Vestfold og Telemark tilsvarer et kapasitetsbehov på 3 LAE. Framskrevet aktivitet indikerer et kapasitetsbehov på 4 LAE i 2035.

Forutsatt at størstedelen av pasientene fra Vestfold velger Telemark, vil det være pasientgrunnlag til å starte opp med 2 LAE.

Kostnadene som er satt opp i oversikten (vedlegg) vil være tilnærmet faste uavhengig av pasientvolum. Inntektene avhenger direkte av aktiviteten. Det er forutsatt at 80 % av Telemarkspasientene som tidligere har fått strålebehandling ved OUS nå skal ha det ved STHF. I tillegg forutsettes at 80 % av Vestfoldpasientene med fradrag av kommunene Svelvik, Sande, Holmestrand og Horten, som har fått behandling ved OUS skal behandles ved STHF. Det kreves tett samarbeid med Sykehuset i Vestfold for å oppnå best mulig kapasitetsutnyttelse og tilhørende inntjening.

Antall og prosentandel konsultasjoner i DRG-er for strålebehandling 2014 for pasienter bosatt i Vestfold og Telemark fylke etter bostedskommune og behandlingssted								
Antall					**Prosent**			
Bostedskommune	Oslo universitets sykehus HF	Sørlandet sykehus HF	Utenfor Helse Sørøst	Sum	Oslo universitets sykehus HF	Sørlandet sykehus HF	Utenfor Helse Sørøst	Sum
0701 Horten	1 094	0	0	1 094	100 %	0 %	0 %	100 %
0702 Holmestrand	475	0	0	475	100 %	0 %	0 %	100 %
0704 Tønsberg	1 865	0	0	1 865	100 %	0 %	0 %	100 %
0706 Sandefjord	1 912	3	8	1 923	99 %	0 %	0 %	100 %
0709 Larvik	1 356	0	25	1 381	98 %	0 %	2 %	100 %
0711 Svelvik	260	0	0	260	100 %	0 %	0 %	100 %
0713 Sande	508	0	0	508	100 %	0 %	0 %	100 %
0714 Hof	195	0	0	195	100 %	0 %	0 %	100 %
0716 Re	360	0	0	360	100 %	0 %	0 %	100 %
0719 Andebu	173	0	0	173	100 %	0 %	0 %	100 %
0720 Stokke	393	0	0	393	100 %	0 %	0 %	100 %
0722 Nøtterøy	1 012	0	10	1 022	99 %	0 %	1 %	100 %
0723 Tjøme	200	0	0	200	100 %	0 %	0 %	100 %
0728 Lardal	82	0	0	82	100 %	0 %	0 %	100 %
0805 Porsgrunn	1 341	194	0	1 535	87 %	13 %	0 %	100 %
0806 Skien	1 817	180	0	1 997	91 %	9 %	0 %	100 %
0807 Notodden	579	0	0	579	100 %	0 %	0 %	100 %
0811 Siljan	111	0	0	111	100 %	0 %	0 %	100 %
0814 Bamble	515	30	0	545	94 %	6 %	0 %	100 %
0815 Kragerø	402	73	25	500	80 %	15 %	5 %	100 %
0817 Drangedal	55	0	0	55	100 %	0 %	0 %	100 %
0819 Nome	139	25	0	164	85 %	15 %	0 %	100 %
0821 Bø	177	0	0	177	100 %	0 %	0 %	100 %
0822 Sauherad	67	0	0	67	100 %	0 %	0 %	100 %
0826 Tinn	128	0	0	128	100 %	0 %	0 %	100 %
0827 Hjartdal	109	0	0	109	100 %	0 %	0 %	100 %
0828 Seljord	25	0	0	25	100 %	0 %	0 %	100 %
0829 Kviteseid	46	33	0	79	58 %	42 %	0 %	100 %
0830 Nissedal	6	96	0	102	6 %	94 %	0 %	100 %
0833 Tokke	83	16	0	99	84 %	16 %	0 %	100 %
0834 Vinje	190	0	0	190	100 %	0 %	0 %	100 %
Sum	15 675	650	68	16 393	96 %	4 %	0 %	100 %

Framskrevet behov i 2035 tilsvarer om lag 21 500 konsultasjoner.

SYKEHUSET TELEMARK

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Årlig erklæring om ledernes ansettelsesvilkår

Sak nr.	Saksbehandler	Sakstype	Møtedato
015-2020	HR-direktør Mai Torill Hoel, Spesialrådgiver Tone Pedersen	Beslutning	25.02.2020

Trykte vedlegg: 1. Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår 2019
2. Brev av 17. mars 2015 om retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak

Utrykte vedlegg: Vedtekter for Sykehuset Telemark HF

Ingress:

Formålet med denne saken er å vedta en årlig erklæring om ledernes ansettelsesvilkår, jf. § 8a i vedtekter for Sykehuset Telemark HF, vedtatt i foretaksmøte 3. juni 2009, sist endret i foretaksmøte 20. mai 2019.

Forslag til vedtak:

Styret vedtar vedlagte erklæring om ledernes ansettelsesvilkår inkludert redegjørelse for lederlønnspolitikken i 2019, som innarbeides i note til regnskapet for 2019.

Skien, den 6. februar 2020

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår

Sykehuset Telemark HF definerer personer i
stillingene administrerende direktør,
fagdirektør, økonomidirektør, HR-direktør,
utviklingsdirektør og klinikksjefer som ledende ansatte.

Sykehuset Telemark HF følger retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper (fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet 13. februar 2015) hvor hovedprinsippet er følgende:

Lederlønningene i selskaper med helt eller delvis statlig eierskap skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende. Det skal legges vekt på moderasjon.

Redegjørelse for lederlønnspolitikken i 2019

Styret i Sykehuset Telemark HF mener at lederlønnspolitikken i 2019 har vært i tråd med de statlige retningslinjene.

Sykehuset Telemark HF har i 2019 hatt som målsetting å tilby ledende ansatte konkurransedyktige arbeidsvilkår. Lederlønnspolitikken har for regnskapsåret 2019 i hovedsak bygget på de samme prinsipper som styret la til grunn i regnskapsåret 2018.

Lønn og godtgjørelse til administrerende direktør er behandlet og vedtatt av styret 23. oktober 2019. Lønn og godtgjørelse for øvrige ledende ansatte er fastsatt administrativt.

Lønn for ledende ansatte er i hovedsak fast lønn, men det er også rom for at administrerende direktør inngår avtaler om opptjening av permisjon, bistillinger ved universitet eller helseforetak og dekning av kostnader til pendling.

Gjennomsnittlig lønnsjustering for ledende ansatte var lavere enn den gjennomsnittlige generelle lønnsveksten for sykehuset i 2019.

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Likelydende brev til styrene i de regionale helseforetakene
v/styreledere

Deres ref	Vår ref	Dato
	15/856	17. 03.2015

Nye retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel

Nærings- og fiskeridepartementet (NFD) har fastsatt "*Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel*" med virkning fra 13. februar 2015. Retningslinjene er vedlagt og erstatter retningslinjer fastsatt 31. mars 2011.

Regjeringen har vurdert og endret retningslinjene i tråd med det som ble varslet i Meld. St. 27 (2013-2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*. I de nye retningslinjene videreføres hovedprinsippene i de tidligere retningslinjene om at lederlønningene skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende. Det skal legges vekt på moderasjon. De nye retningslinjene har ikke tilbakevirkende kraft.

Hensikten med dette brevet er å informere om hovedendringene i de nye retningslinjene og konsekvensene for de regionale helseforetakene og helseforetakene.

Jeg forventer at styrene har høy bevissthet rundt oppfølgingen av de nye retningslinjene. Jeg forutsetter, som det også tidligere er presisert i foretaksmøter, at de regionale helseforetakene og helseforetakene følger retningslinjene, men med følgende presisering:

De nye retningslinjene skiller mellom selskaper der staten har en eierandel på over 90 prosent, og heleide datterselskaper av disse selskapene. Jeg har til hensikt å gjøre retningslinjene gjeldende i sin helhet både for de regionale helseforetakene og for helseforetakene. Dette innebærer at "skal kravet" vil gjelde både for de regionale helseforetakene og for helseforetakene. Dette vil bli presisert i foretaksmøtene i mai/juni.

Postadresse: Postboks 8011 Dep, 0030 Oslo
Kontoradresse: Teatergt. 9 Telefon: 22 24 90 90
Org. nr.: 983 887 406

Hovedendringene i retningslinjene som er relevante for foretakene

Retningslinjene skal følges av selskaper med statlig eierandel på over 90 prosent
Styrene i disse selskapene kan ikke fravike statens retningslinjer når de utarbeider retningslinjer for lederlønn. Det innebærer at "følg eller forklar"-prinsippet ikke gjelder disse selskapene.

Retningslinjenes virkeområde skal også gjelde heleide datterselskaper av selskaper hvor staten har en eierandel på mer enn 90 prosent
Staten forventer at selskaper hvor staten har en eierandel på over 90 pst., sikrer at statens retningslinjer også gjelder for heleide datterselskaper. For datterselskaper gjelder "følg eller forklar"-prinsippet. Staten som eier forholder seg til redegjørelsen til morselskapet med hensyn til hvordan det følger opp statens retningslinjer i sine heleide datterselskaper.

Jeg legger imidlertid til grunn at "følg eller forklar"-prinsippet ikke vil gjelde for helseforetakene.

Innstramming i pensjonsopptjeningen til maksimalt 12 G
Pensjonskostnader som dekkes av arbeidsgiver bør være begrenset til kollektive skattefavoriserte pensjonsordninger. Staten vil som varslet i Meld. St. 27 (2013-2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap* heretter ikke støtte pensjonsopptjening over 12 G.

Sluttvederlag
På området sluttvederlag er retningslinjenes virkeområde utvidet til også å gjelde ledende ansatte, ikke bare virksomhetens øverste leder som i de tidligere retningslinjene. Det er også gjort presiseringer i de nye retningslinjene, blant annet om at eventuelle avvik fra statens retningslinjer bør gis i styrets erklæring om ledernes ansettelsesvilkår. Begrunnelsen for avvik blir dermed lettere offentlig tilgjengelig, noe regjeringen mener bidrar til økt åpenhet.

Med vennlig hilsen

Bent Høie

Kopi: Administrerende direktører i de regionale helseforetakene

Vedlegg:
Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel

Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel

(fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet med virkning fra 13.2.2015)

Retningslinjene erstatter retningslinjene av 31.3.2011.

Formål

Retningslinjene angir hvilke forhold staten som eier vil legge vekt på i sin stemmegivning når styrets erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte behandles på selskapets generalforsamling, foretaksmøte eller lignende. Retningslinjene reflekterer også statens holdning til lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i selskaper der dette ikke er egen sak på generalforsamlingen. Retningslinjene endrer ikke selskapslovgivningens regulering av styrets ansvar eller rolledelingen mellom generalforsamling og styre eller mellom styre og daglig leder. Der hvor næringsspesifikt regelverk stiller strengere eller mer detaljerte krav til selskapene enn disse retningslinjene, har slikt regelverk forrang.

Retningslinjenes virkeområde

Retningslinjene gjelder for ledende ansatte, jf. definisjon nedenfor, i selskaper[1] hvor staten har en direkte eierandel. Staten forventer at selskaper hvor staten har en eierandel på over 90 pst., sikrer at statens retningslinjer også gjelder for heleide datterselskaper.

Definisjoner

- *Ledende ansatte* omfatter daglig leder og andre ledende ansatte, jf. Ot.prp. nr. 55 (2005-2006) som viser til forståelsen av begrepet i allmennaksjeloven § 4-12 og regnskapsloven §§ 7-26 og 7-31.
- Med *godtgjørelsesordning* menes ett eller flere av følgende elementer: fastlønn, variabel lønn (bonus, aksjeprogram, opsjoner og tilsvarende), annen godtgjørelse (naturalytelser og lignende), pensjonsytelser og sluttvederlag.
- Med *opsjoner* som avlønningsform menes rett til å kjøpe aksjer til på forhånd avtalt pris. Retningslinjene sidestiller opsjonsavtaler hvor eventuell gevinst utbetales direkte uten foregående fysiske transaksjoner (syntetiske opsjoner) med alminnelige opsjoner, jf. regnskapslovens krav til rapportering.
- Med *aksjeprogram* menes ordninger med direkte aksjeeierskap uten foregående opsjon. Dette kan innebære at den ansatte får aksjen som betaling, rabatt ved aksjekjøp eller bonusutbetaling med betingelse om å kjøpe aksjer. Såkalte langtidsinsentivordninger (LTI) anses som et aksjeprogram. Aksjespareprogram for alle ansatte omfattes ikke av retningslinjene.
- *Sluttvederlag* omfatter her kompensasjon i tilknytning til fratredelse og kan inneholde etterlønn, arbeidsfrie perioder, andre finansielle ytelser og naturalytelser.

Styrets erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse

- Det følger av bestemmelser i allmennaksjeloven § 5-6 (3) og § 6-16a at styret i allmennaksjeselskaper skal utarbeide erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse for daglig leder og andre ledende ansatte. Erklæringen skal behandles på den ordinære generalforsamlingen og skal inneholde styrets retningslinjer for fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse for daglig leder og andre ledende ansatte for det kommende regnskapsåret. Allmennaksjelovens regler om lederlønnserklæring gjøres gjeldende gjennom vedtektsbestemmelser[2] for alle selskaper som staten har eierandel i, og som ikke defi-

---

[1] Statsforetak, regionale helseforetak, særlovselskaper, statsaksjeselskaper, allmennaksjeselskaper og aksjeselskaper.

[2] I deleide selskaper må staten enten alene eller sammen med andre aksjonærer ha 2/3 flertall for å gjøre nødvendige vedtektsendringer.

neres som «små foretak» etter regnskapsloven.
- Styrets erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte skal også inneholde en redegjørelse for den lederlønnspolitikken som har vært ført det foregående regnskapsåret, herunder hvordan styrets retningslinjer for fastsettelsen av lønn og annen godtgjørelse er blitt gjennomført. Dersom styret i en avtale fraviker egne retningslinjer, bør det opplyses om dette i redegjørelsen.
- I selskaper hvor staten har en direkte eierandel på over 90 pst., skal vedtektene inneholde en bestemmelse om at det i styrets erklæring om lønn og annen godtgjørelse også skal redegjøres for hvordan statens retningslinjer er fulgt opp i heleide datterselskaper.

«Følg eller forklar»-prinsippet

- Staten vil legge til grunn et «følg eller forklar»-prinsipp ved håndhevelsen av statens retningslinjer. Det vil si at styrene i sin erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse bør redegjøre for i hvilken grad styrets retningslinjer for fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte for kommende regnskapsår er i overensstemmelse med statens retningslinjer. Eventuelle avvik begrunnes.
- I selskaper hvor staten har en direkte eierandel på over 90 pst., legges det til grunn at statens retningslinjer for lederlønn skal følges. Dette innebærer at styret ikke kan fravike statens retningslinjer når styret utarbeider sine retningslinjer.

Hovedprinsipper for fastsettelse av godtgjørelsesordninger

- Det er styrets ansvar å fastsette retningslinjer for godtgjørelse til ledende ansatte. Daglig leders godtgjørelse fastsettes av styret.
- Godtgjørelsen til ledende ansatte skal være konkurransedyktig, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper.
- Styret skal bidra til moderasjon i godtgjørelsen til ledende ansatte.
- Hovedelementet i en godtgjørelsesordning bør være fastlønnen.
- Ordningene skal utformes slik at det ikke oppstår urimelig godtgjørelse på grunn av eksterne forhold som ledelsen ikke kan påvirke.
- Styret skal ha en oversikt over den totale verdien av den enkelte leders avtalte godtgjørelse og redegjøre for denne på en lett tilgjengelig måte i selskapets årsregnskap.
- Den samlede godtgjørelsen skal ses under ett når styret vurderer denne i forhold til statens retningslinjer.
- Styret skal påse at godtgjørelsesordningene ikke gir uheldige virkninger for selskapet eller svekker selskapets omdømme.
- Ledende ansatte skal ikke ha særskilt godtgjørelse for styreverv i andre selskaper i samme konsern.
- Avtaler inngått før ikrafttreden av disse retningslinjene kan opprettholdes.

Variabel lønn

Eventuell variabel lønn skal bygge på følgende prinsipper:
- Det skal være en klar sammenheng mellom de mål som ligger til grunn for den variable lønnen, og selskapets mål.
- Variabel lønn skal være basert på objektive, definerbare og målbare kriterier som lederen kan påvirke. Flere relevante målekriterier bør legges til grunn.
- En ordning med variabel lønn skal være transparent og klart forståelig. Ved redegjørelse for ordningen er det vesentlig å få belyst forventet og potensiell maksimal utbetaling for hver enkelt deltaker i programmet.
- Ordningen skal være tidsbegrenset.
- Samlet oppnåelig variabel lønn, dvs. hva som maksimalt kan opptjenes det enkelte år, bør ikke overstige 50 pst. av fastlønn, med mindre særskilte hensyn tilsier det.
- Aksjeprogrammer, som LTI, kan benyttes av børsnoterte selskaper dersom de er særlig egnet til å nå langsiktige mål for selskapets utvikling. Aksjebasert avlønning skal utformes slik at den bidrar til langsiktig innsats for selskapet og bør innebære bindingstid på aksjene på minst tre år. For børsnoterte selskaper kan staten støtte en tilleggsramme øremerket slike aksjeprogrammer, hvor verdien av det tildelte beløpet ikke skal overstige 30 pst. av fastlønn.
- Opsjoner og andre opsjonslignende ordninger skal ikke benyttes.

Pensjonsytelser – tjenestepensjon

- Pensjonsvilkår for ledende ansatte skal være på linje med andre ansattes vilkår i selskapet.
- Pensjonsgrunnlaget for alderspensjon skal ikke overstige maksimalgrensen i de skattefavoriserte kollektive pensjonsordningene i Norge (p.t. 12 G), jf. innskuddspensjonsloven, foretakspensjonsloven og tjenestepensjonsloven.
- Ved avtaler om ytelsespensjon skal det tas hensyn til eventuell ytelsespensjon som er opptjent fra andre stillinger. Samlet pensjonsutbetaling bør ikke overstige 66 pst. av lønn opp til 12 G.
- Når en leder ikke lenger er ansatt i selskapet skal det ikke lenger påløpe pensjonskostnader ut over hva som følger av en eventuell skattefavorisert ytelsesordning.

Sluttvederlag

- I forhåndsavtaler hvor virksomhetens øverste leder fraskriver seg bestemmelsene om oppsigelsesvern i arbeidsmiljøloven, kan det avtales sluttvederlag i overenstemmelse med arbeidsmiljøloven § 15-16 (2). Sluttvederlag bør ikke benyttes når lederen har tatt initiativ til oppsigelsen.
- Sluttvederlag og lønn i oppsigelsestiden bør i sum ikke overstige 12 månedslønner.
- Ved ansettelse i ny stilling eller ved inntekt fra næringsvirksomhet som vedkommende er aktiv eier av, bør sluttvederlaget reduseres med et forholdsmessig beløp beregnet på grunnlag av den nye årsinntekten. Reduksjon kan først skje etter at vanlig oppsigelsestid for stillingen er ute.
- Sluttvederlag kan holdes tilbake hvis vilkårene for avskjed foreligger, eller hvis det i perioden hvor det ytes sluttvederlag oppdages uregelmessigheter eller forsømmelser som kan lede til erstatningsansvar eller at vedkommende blir tiltalt for lovbrudd.
- For øvrige ledende ansatte kan det ikke inngås forhåndsavtale om sluttvederlag hvor kompensasjon ved fratredelse er endelig fastsatt. Det kan i stedet inngås forhåndsavtale om rimelig sluttvederlag som får virkning dersom den ansatte ikke bestrider oppsigelsen. For slikt sluttvederlag vil ovennevnte retningslinjer gjelde tilsvarende.

SYKEHUSET TELEMARK

Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2020

Ajourført per 18.02. 2020

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Årsplan styresaker

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
016-2020	Tone Pedersen, spesialrådgiver	Orientering	25.02.2020

Trykte vedlegg: Styrets årsplan 2020
Utrykte vedlegg: Ingen

Ingress:

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 2020 for styret arbeidstidfester styremøter og styreseminar og gir oversikt over de viktigste kjente sakene og hovedaktivitetene som skal behandles i hvert av styremøtene i løpet av året.

Det legges fram oppdatering av årsplanen i hvert styremøte. Ytterligere saker vil således tilkomme etter hvert i løpet av året.

Forslag til vedtak:

Årsplan styresaker tas til orientering.

Skien, den 18. februar 2020

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

SYKEHUSET TELEMARK

Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2020

Ajourført per 18.02. 2020

Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
Styremøte 25. mars Kl. 0930 – 1630 Dir. møterom, Skien	• Årsregnskap og årsberetning 2019 • Protokoll fra foretaksmøte og oppdragsdokument 2020 • Fullmakter ved Sykehuset Telemark - rullering • Økonomisk langtidsplan 2021-2024 - planforutsetninger • Rammeverk for beredskap Sykehuset Telemark HF - rullering	• Virksomhetsrapport februar 2020 • Årsrapport 2019 HMS • Samdata 2018 • Revisjon av virksomhetsrapport - prosess	• Operasjon 2020, status og fremdrift i prosjektet • Styrets egenevaluering – lukket møte
Styremøte 22. april Kl. 0930 – 1530 Dir. møterom, Skien	• Økonomisk langtidsplan 2021-2024 • Møteplan for styret 2021	• Virksomhetsrapport mars 2020 • Årsmelding 2019 Pasient- og brukerombudet • Utbygging somatikk Skien – statusrapport • Oversikt kategorisering uønskede pasienthendelser (NOKUP) 2019	• Styrets egenevaluering – lukket møte
Styremøte 20. mai Kl. 0930 – 1530 Notodden sykehus Psykiatri 2 høyre side Bygg N6-2.etg	• Utbygging somatikk Skien - Vedtak konseptrapport (B3)	• Virksomhetsrapport 1. tertial 2020	• Styrets egenevaluering – lukket møte
Styremøte 17. juni Kl. 0930 – 1530 Dir. møterom, Skien	• Protokoll fra foretaksmøte xx. juni	• Virksomhetsrapport mai 2020 • Akuttkjedeprosjektet • Styresaker i STHF - status og oppfølging	• Styrets egenevaluering – lukket møte

Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
Styremøte 16. september Kl. 0930 – 1530 Dir. møterom, Skien	• Konsernrevisjonens revisjonsplan 2021 • Tilleggsdokument til OBD 2020	• Virksomhetsrapport august 2020 • Plan for budsjett 2021 • Status pasientsikkerhet ved STHF • Måloppnåelse OBD 2020 per seks måneder • Oversikt kategorisering av HMS-avvik 1. halvår 2020 • Oversikt kategorisering uønskede pasienthendelser (NOKUP) 1. halvår 2020 • ForBedring 2020 – gjennomføring av tiltak	• Brukerutvalgets møte med styret ved STHF • Styrets egenevaluering – lukket møte
Styremøte 28. oktober kl. 0930 – 1530 Dir. møterom, Skien		• Virksomhetsrapport per 2. tertial 2020 • Status budsjett 2021 • Ledelsens gjennomgang (LGG) 2020	• Styrets årlige evaluering av administrerende direktørs arbeid og resultater – lukket møte • Styrets egenevaluering – lukket møte
Styremøte 16. desember Kl. 0930 – 1530 Dir. møterom, Skien	• Budsjett 2021 • Valg av ansattevalgte styremedlemmer - Oppnevning av valgstyre • Årsplan styresaker 2021	• Virksomhetsrapport per november 2020 • Forskning STHF • Rapport internrevisjon 2020 (inkl systemrevisjon) • Plan internrevisjon 2021 • Overordnet handlingsplan for helse-, miljø- og sikkerhet (HMS) Sykehuset Telemark 2021 • Styresaker i STHF - status og oppfølging	

Faste styresaker i hvert styremøte:

- Innkalling og saksliste
- Godkjenning av protokoll og eventuelt B-protokoll fra forrige (tidligere) styremøte
- Driftsorienteringer fra administrerende direktør
- Andre orienteringer
- Årsplan styresaker

Foretaksmøter og styreseminar:

Foretaksmøte 26. februar med påfølgende **felles styresamling** regi av Helse Sør-Øst RHF Sted: Clarion Hotel & Congress Oslo Airport, Hans Gaarders vei 15, Gardermoen
Foretaksmøte xx. juni kl. xxxx – xxxx **(avventer informasjon fra Helse Sør-Øst RHF)**
Styreseminar 22. april kl. 1600 – 2000 Tema: • Ikke avklart
Styreseminar 16. september kl. 1600 – 2000 Tema: • Ikke avklart
Styreseminar 16. desember kl. 1600 – 2000 Tema: • Årlig egenevaluering av styrets arbeid og arbeidsform

SYKEHUSET TELEMARK

PROTOKOLL FRA UNGDOMSRÅDET

28.01.2020 kl 18:00 til 20:30

Sted: Sykehuset Telemark, Skien, bygg 54, direktørens møterom

Tilstede: Hanna A.W. Thorsen
Nicklas Lindquist Haugen
Sebastian Gundersen
Karoline Sørensen Håstul
Oda Skretteberg (til kl 20.00)

Trine Helgen, sykepleier og koordinator for ungdomsrådet
Hege Arvesen, sykepleier barne- og ungdomsmedisin og koordinator for Ungdomsrådet
Elise Haugerø, barnevernspedagog, BUP og koordinator for Ungdomsrådet
Anne Borge Kallevig, adm konsulent dir. kontor og sekretær for ungdomsrådet

Forfall: Ada-Marie Riis
Preben Myhre

Møtet ble ledet av Hanna A.W. Thorsen

Sak 00/20	**Innkallelse og saksliste til møte 28.01.20** Vedtak: Innkalling og saksliste ble godkjent
Sak 01/20	**Presentasjon av ny koordinator – Elise Haugerø** Elise barnevernspedagog og jobber til daglig på BUP Skien.
Sak 02/20	**Godkjenning av protokoll fra ungdomsrådet 22.10.19** Vedtak: Protokollen ble godkjent
Sak 03/20	**Godkjenning av Årsrapport for ungdomsrådet ved Sykehuset Telemark HF 2019** Vedtak: Årsrapporten for 2019 ble godkjent.
Sak 04/20	**Kurs – Digital grunnopplæring for brukerrepresentanter på systemnivå** 4/5 av kurset ble gjennomgått i plenum. Siste del anbefales å ta på egenhånd.

Sak 05/20	**<u>Eventuelt</u>** • **Pengegave til UPS** Etter forespørsel fra ungdomsrådet gir barneavdelingen en pengegave til UPS, UPS har ønsket seg midler til f.eks. : • Badminton • Basketball • Crocket • Fotball Gaven er klart til overlevering. Avdelingsleder Torhild Rødseth Haugen har ordnet «stor» sjekk. Gaven er ennå ikke overlevert, men dette gjøres før neste ungdomsrådsmøte 17.mars 2020. • **Presentasjon av ungdomsrådet på de ulike avdelingene** Viktig å stille opp - at det settes av tid/prioriteres når man har invitert seg inn til de forskjellige avdelingene. Ungdomsrådet er invitert til barneavdelingen 20.februar. Sebastian Gundersen kan møte, men ønsker å ha med seg en til. Tilbakemelding gis til Hege Arvesen. • **Mulig besøk til utviklingsavdelingen.** Møtedatoer for ungdomsrådet våren 2020 er sendt utviklingsdirektør Annette Fure. Annette og utviklingsavdelingen kommer tilbake på aktuelle datoer. • **Besøk neste møte:** Arbesa Berisha fra Pasient- og brukerombudet i Telemark kommer på neste møte (17.03.20) og presenterer ombudet. • **Protokoller fra Brukerutvalg og ungdomsråd:** Ungdomsrådet fikk informasjon om hvor saksdokumentene fra brukerutvalget og ungdomsrådet er publisert på sykehuset nettsider: - STHF.NO - Forside - Brukermedvirkning – brukerutvalg/ungdomsråd – les mer – tidligere avholdte møter inklusive saksliste og protokoll
	Koordinator Trine Helgen hadde sitt siste møte i ungdomsrådet denne kvelden. Hun fikk takk og ros for god innsats fra ungdomsrådet.

Skien, 28. januar 2020
Anne Borge Kallevig
referent

SYKEHUSET TELEMARK

PROTOKOLL FRA BRUKERUTVALGET

30.01.2020 kl 10:00 til 13:30

Sted: Sykehuset Telemark, Skien, direktørens møterom

Tilstede: Rita Andersen, Psoriasis og Eksemforbundet Telemark (PEF)
John Arne Rinde, Pensjonistforbundet Telemark
Gunn Ingeborg Kval-Engstad, Ryggmarksbrokk- og Hydrocepalusforeningen
Olav Kristiansen, Prostatakreftforeningen (profo)
Sondre Otervik, A-larm
Gun Inger Heibø, Multippel sklerose (MS)
Vidar Bersvendsen, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL)

Tom Helge Rønning, administrerende direktør
Per Urdahl, klinikksjef medisinsk klinikk
Anne Borge Kallevig, koordinator for brukerutvalget ved STHF

Egil Rye-Hytten, regional brukerrepresentant

Saker presentert av:
Tom Helge Rønning, administrerende direktør
Lars Kittilsen, kommunikasjonssjef
Hanne Bakken Taylor, spesialrådgiver kvalitetsavdelingen
Geir Olav Ryntveit, økonomidirektør

Forfall: Hanne Kittilsen, Kreftforeningen
Anne Iversen, Norges Handikapforbund (NHF)
Halfrid Waage, fagdirektør
Anne Brynjulfsen, rådgiver KPR
Pasient- og brukerombudet i Telemark

Møtet ble ledet av Rita Andersen

Sak 00/20	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedtak: Brukerutvalget godkjenner innkalling og saksliste.
Sak 01/20	Godkjenning av protokoll fra 12.12.2019 Protokollen fra 12.12.19 ble lagt frem for endelig godkjenning. Vedtak: Brukerutvalget godkjenner protokollen.
Sak 02/20	Godkjenning av brukerutvalgets årsrapport 2019 Brukerutvalgets årsrapport for 2019 ble lagt frem for endelig godkjenning. Vedtak: Brukerutvalget godkjenner årsrapporten.
Sak 03/20	Årlig melding 2019 for Sykehuset Telemark HF Vedtak: 1. Brukerutvalget gir sin tilslutning til det fremlagte utkastet til årlig melding 2019 for Sykehuset Telemark HF. 2. Endelig dokument baseres på dette utkastet, samt de innspill som kommer fra tillitsvalgte og

	hovedverneombudet, fra brukerutvalget og fra styret. Brukerutvalget ønsker å rose sykehuset for en meget bra og lettlest rapport.
Sak 04/20	Sosiale medier v/kommunikasjonssjef Lars Kittilsen Orientering om «skogen» av sosiale medier som finnes. «Alle» er der. Sykehuset har valgt å være aktiv på facebook, og vi har pr i dag 11.198 følgere. Muligheter: • Nå ut med nyheter • Synliggjøre tilbudet vårt (bredden) • Bedre dialog med pasienter og pårørende Styrke omdømmet. Hva publiserer vi ? • Nyhetssaker • Bilder (+ litt tekst) • Videoer Målstyrt annonsering • Alder • Kjønn • Geografi • Sivilstatus • Interesser • m.m. Dialoger og service
Sak 05/20	Åpenhet/dilemmaer ved filming/opptak v/kommunikasjonssjef Lars Kittilsen Når pasienten vil filme. • Opptak under behandling • Fotografering av mennesker i respirator • Ambulanse – på direkten • Foreldre på føden • Når voksne blogger om barn • Når bilder blir sendt til media • Skjulte lydopptak Motiver for foto og opptak. Avveininger: Ytringsfrihet - Personvern Åpenhet - Taushetsplikt Pressefrihet - Pasientsikkerhet Forsvarlig arbeidsmiljø Hvordan takler vi dette i praksis ? • Vi må oppføre oss ordentlig • Vi bør snakke med pasientene/brukerne • Grunn til å nekte: - Trusler og hensynsløs adferd - Rammer drift og behandling - Går ut over forsvarlig helsehjelp
Sak 06/20	Fall – fra pasientsikkerhetsprogrammets perspektiv

	Spesialrådgiver Hanne Bakken Taylor orienterte om innsatspakken forebygging av fall fra «I trygge hender 24/7» Fall er «en utilsiktet hendelse som medfører at en person havner på bakken, gulvet eller et annet lavere nivå uavhengig av årsak om det foreligger skade som følge av fallet.» «I trygge hender 24/7» er en videreføring av pasientsikkerhetsprogrammet drevet av avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i helsedirektoratet. Formål: • Redusere pasientskader • Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet • Forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten 16 innsatsområder er identifisert, og STHF har implementert 13 av disse hvorav forebygging av fall er ett område. Konklusjon fra sykehuset: • Det jobbes godt med fallforebygging • Det jobbes med å registrere avvik i Norsk kodeverk for uønskede hendelser (NOKUP) for å tallfeste hvor mange fall vi faktisk har ved sykehuset, og hvilke skader det har ført til • Det skal gjennomføres ny prevalensmåling i første del av februar.
Sak 07/20	Virksomhetsrapporten STHF pr 3.tertial 2019 v/økonomidirektør Geir Olav Ryntveit Sykehuset Telemark oppnådde i 2019 et overskudd på 31 millioner kr, noe som er 1 million kr bedre enn budsjett og en forbedring på 22 millioner kr fra 2018. De viktigste faktorene bak resultatutviklingen i 2019 er økte polikliniske inntekter, høye salgsinntekter for laboratoriet samt lavere kostnader ved kjøp/salg av helsetjenester. Samtidig opplever sykehuset at økonomien fortsatt utfordres blant annet av økte kostnader til behandlingshjelpemidler, flere ambulanseoppdrag, høye kostnader til innleie og overtid, samt lav vekst i DRG-aktivitet. Målsettingen om at gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenlignet med 2018 er ikke oppnådd. Gjennomsnittlig ventetid i 2019 er 56,6 dager, litt over målsettingen på 55 dager. Det er ventetiden innen somatikk som har gått opp i 2019 og særlig plastikk kirurgi som trekker opp ventetiden på grunn av sitt antall langventere for postbariatri. Psykisk helsevern og TSB har redusert ventetidene i 2019, og ventetidene er innenfor målene på 40 dager innen VOP/BUP og 35 i TSB. På tross av økt antall vakante stillinger så har VOP redusert sin ventetid med hele 7 dager. Det er jobbet systematisk med henvisningene og pasientlogistikken og ventelistefokus vil prege virksomhetsstyringen også fremover. Aktivitet i somatikken var marginal svakere enn planlagt (-1,4 %) i 2019. Avviket er i all hovedsak relatert til døgnaktiviteten (en kombinasjon av færre opphold og lavere DRG-indeks («pleietyngde»). Det er spesielt de kirurgiske fagene som har hatt en lavere aktivitet, noe som i hovedsak skyldes en kraftigere glidning fra døgn til dag-opphold enn forventet, med lavere DRG-uttelling som resultat. Prioriteringsregelen for poliklinisk aktivitet er oppfylt for BUP, men ikke for VOP eller TSB, grunnet nedgang i antall terapeuter. Prioriteringsregelen for ventetider er oppfylt for alle tjenesteområdene, mens den for kostnader er oppfylt for BUP og TSB. Det jobbes med rekruttering i vakante stillinger for å øke aktiviteten og holde ventetidene lave også framover. Den overordnede risikovurderingen viser middels risiko for manglende måloppnåelse innfor flere av indikatorene, men det vurderes at det ikke foreligger økt risiko for redusert kvalitet og pasientsikkerhet. Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring vil følges opp som ny risikoområder fremover. Risikobildet er noe endret siden forrige rapportering, begrunnet i en bedre reell utvikling av økonomiresultatet og økt oppmerksomhet knyttet til kravene om informasjonssikkerhet og GDPR.
Sak 08/20	Pasient- og brukerombudets orienteringer

	Saken utgår grunnet forfall. Men en liten nyhet: Departementet har avgjort at det fortsatt skal være pasient- og brukerombud både i Telemark og Vestfold. Det blir altså ingen sammenslåing eller flytting av kontorer.
Sak 09/20	Status – prosjekter Brukerutvalget gjennomgikk listen. Idar Grotle inviteres til møtet i april for informasjon om forskningsutvalget og styringsgruppe USS.
Sak 10/20	Eventuelt ➢ Brukerutvalget er invitert til et møte med Sykehusapoteket 11.mai 2020. Fra brukerutvalget stiller Gunn Ingeborg Kval-Engstad og Vidar Bersvendsen. ➢ Det ordinært brukerutvalgsmøte 5.mars avlyses. Brukerutvalget avholder «eget» møte hvor de gjennomfører nettkurset «Digital grunnopplæring for brukerrepresentanter på systemnivå». Samme tid og sted - altså: Direktørens møterom, kl. 10.00 – 14.00. ALLE må ha med egen PC.
	Andre orienteringer Egil Rye-Hytten orienterte fra det regionale brukerutvalget i HSØ • Nytt Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF ble utnevnt i styremøtet i Helse Sør-Øst RHF, 21. november 2019. Leder Nina Roland, FFO/ Landsforeningen for nyrepasienter og transplanterte Nestleder: Lilli-Ann Stensdal, SAFO / Norges Handikapforbund. • Klart språk – ny brevmal. Viktig at skrifttype og skriftstørrelse følger forskrift om universell utforming. Mal for brev blir utformet på bokmål, nynorsk og samisk – andre språk vil bli vurdert. Brukerutvalget HSØ mener at alle helseforetak/sykehus i regionen bør benytte samme mal, slik at det ikke lages egne brev/maler. • Egil Rye-Hytten er valgt inn i styringsgruppe – Behandlingsrettet helseregister for pacemakere og implanterbare «hjertestartere»/ICD • Sitter også i referansegruppe for Innføring av Kjernejournal dokumentdeling og Journalinnsyn
	Inviteres til neste ordinære brukerutvalgsmøte 23.april 2020: – Samhandlingskoordinator Hege Holmern: Samhandling Grenland – Utviklingsdirektør Annette Fure, m.fl.: Status byggeprosjektet - Utbygging Somatikk Skien (USS)

Skien, 30.januar 2020
Anne Borge Kallevig
Referent

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Helse Sør-Øst RHF, Hamar
Dato:	5. februar 2020
Tidspunkt:	Kl 09:15-15:00

Følgende styremedlemmer møtte:

Svein I. Gjedrem	Styreleder	Til kl 1400
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder	Møteleder fra kl 1400
Kirsten Brubakk		
Olaf Qvale Dobloug		
Christian Grimsgaard		
Bushra Ishaq		
Vibeke Limi		Forfall
Einar Lunde		
Lasse Sølvberg		
Sigrun E. Vågeng		Til kl 1230

Fra brukerutvalget møtte:

Nina Roland
Lilli-Ann Stensdal

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Eierdirektør Tore Robertsen
Viseadministrerende direktør Jan Frich, konserndirektør Atle Brynestad, økonomidirektør Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande og direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø

Saker som ble behandlet:

001-2020	**Godkjenning av innkalling og sakliste**

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

002-2020	**Godkjenning av protokoll fra styremøte 19. desember 2019**

Styrets enstemmige

V E D T A K

Protokoll fra styremøte 19. desember 2019 ble godkjent.

003-2020	**Virksomhetsrapport per november og desember 2019**

Oppsummering

Saken presenterte virksomhetsrapport for november og foreløpig status for virksomheten per desember 2019.

Kommentarer i møtet

Styret gleder seg over det økonomiske resultatet for 2019 og viser særlig til bedringen i helseforetakenes økonomiske resultater. Dette gir større mulighet til å investere i nødvendig utstyr og bygningsmasse.

Styret viste også til de positive resultatene for pakkeforløpene for kreft. Styret vil følge med på om dette er varige forbedringer.

Styret er fortsatt bekymret for problemene med leveransepresisjon fra Sykehuspartner HF.

Styret var videre opptatt av at arbeidet med bemanningsstyring følges opp og ba om at de fikk en nærmere orientering om styringssystemer innen området og den reelle utviklingen.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar virksomhetsrapport per november og foreløpig virksomhetsrapport per desember 2019 til etterretning.

004-2020	**Oppdragsdokument 2020 fra Helse- og omsorgsdepartementet og protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 14. januar 2020 - oppdrag og bestilling 2020 til helseforetakene i Helse Sør-Øst**

Oppsummering

Helse- og omsorgsdepartementets styring av de regionale helseforetakene gjøres i form av styringsbudskap gjennom:

- Oppdragsdokumentet som omhandler «sørge for»-ansvaret og supplerer den styring som skjer gjennom foretaksmøter, lover, forskrifter og øvrige myndighetstiltak. I oppdragsdokumentet fastslås spesialisthelsetjenestens overordnede mål og det bevilges midler til å gjennomføre oppgavene som er lagt til det regionale helseforetaket.
- Vedtak i foretaksmøter, der det stilles krav i kraft av at Helse- og omsorgsdepartementet er eier. Foretaksmøtet omhandler overordnede styringsbudskap, styringskrav og rammer.

For enkelte oppgaver og krav legger Helse- og omsorgsdepartementet opp til rapportering ved fastsatte indikatorer slik at styringsdialogen kan baseres på felles kunnskap.

I oppdrag og bestilling til helseforetakene samordner Helse Sør-Øst RHF oppgaver og krav fra Helse- og omsorgsdepartementet med vedtak i det regionale helseforetakets styre som helseforetakene skal følge opp.

Kommentarer i møtet

Styret ønsket at målet om likeverdige helsetjenester forsterkes innledningsvis i oppdrag og bestilling til helsefortakene og at det i denne sammenheng vises til etniske minoriteter på samme måte som at det skal tilrettelegges for helsetjenester til samiske pasienter.

Styret understreket at det i arbeidet med helsefellesskapene må sikres god medvirkning fra ansatte og brukere.

Styret vil på et senere tidspunkt vurdere om det bør stilles noen mer spesifikke krav til oppfølgingen av samvalg.

Styrets spesifikke kommentarer til oppdrag og bestilling 2020 for Sykehuspartner HF innarbeides i det endelige dokumentet.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret tar oppdragsdokument 2020 fra Helse- og omsorgsdepartementet og protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF av 14. januar 2020 til etterretning.

2. Styringsbudskapene følges opp gjennom å integreres i oppdrag og bestilling 2020 til helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst

3. Styret slutter seg til egendefinerte mål for 2020 i Helse Sør-Øst for:
   - Gjennomsnittlig ventetid, somatikk: 54 dager
   - Gjennomsnittlig ventetid, psykisk helsevern voksne: 40 dager
   - Gjennomsnittlig ventetid, psykisk helsevern barn og unge: 37 dager
   - Gjennomsnittlig ventetid, tverrfaglig spesialisert rusbehandling: 30 dager
   - Andel av pasientavtaler som overholdes: 94 %

4. Oppdrag og bestilling 2020 til helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst godkjennes med de merknader som fremkom i møtet. Administrerende direktør gis fullmakt til å sluttføre dokumentet.

5. Styret ber om å bli orientert om gjennomføringen av oppdraget i den ordinære rapporteringen og i årlig melding.

005-2020	**Oppnevning av nye styrer og fastsetting av styregodtgjørelse i helseforetakene i Helse Sør-Øst fra 2020**

Saken ble behandlet i lukket møte, jf helseforetakslovens § 26a.
Innstillingen ble lagt fram av valgkomitéen i styremøtet.

Oppsummering

De sittende styrene i helseforetakene i Helse Sør-Øst er oppnevnt med funksjonstid til februar 2020 og det skal følgelig oppnevnes nye styrer for helseforetakene. Det fastsettes samtidig styregodtgjørelser som gjelder for hele funksjonstiden.

Kommentarer i møtet

Styret ba om at det blir fremmet en egen sak hvor det vurderes en utvidelse av antallet styremedlemmer i helseforetakene. Styret ønsket et ekstra vedtakspunkt om at valgkomiteen får fullmakt til å supplere med et styremedlem i styrene for Sykehuset i Vestfold HF, Sørlandet sykehus HF og Akershus universitetssykehus HF.

Styrets

V E D T A K

1. Følgende oppnevnes som eieroppnevnte styremedlemmer i styrene for helseforetakene i Helse Sør-Øst med funksjonstid fra 26. februar 2020 til februar 2022:

Styret i Akershus universitetssykehus HF

Styreleder	*Morten Dæhlen*	*NY som styreleder*
Nestleder	*Anne Sissel Faugstad*	*NY*
Styremedlemmer	*Sylvi Graham*	*Gjenvalg*
	Hanne Tangen Nilsen	*Gjenvalg*
	LEDIG	*NY*

Styret i Oslo universitetssykehus HF

Styreleder	*Gunnar Bovim*	*Gjenvalg*
Nestleder	*Anne Kari Lande Hasle (*)*	*NY*
Styremedlemmer	*Tore Eriksen*	*Gjenvalg*
	Nina Tangnes Grønvold	*Gjenvalg*
	Svein Stølen	*Gjenvalg*

(*) Vedtatt mot tre stemmer

Styret i Sunnaas sykehus HF

Styreleder	*Christel Kvam*	*NY*
Nestleder	*Eva Bjørstad*	*NY som nestleder*
Styremedlemmer	*Helge Stene-Johansen*	*NY*
	Saida Ibrahim	*NY*
	Ole Tjomsland	*NY*

Styret i Sykehusapotekene HF

Styreleder	*Eli Giske*	*NY*
Nestleder	*Anne Karlsen*	*NY som nestleder*
Styremedlemmer	*Ellen Henriette Pettersen*	*NY*
	Michael Vester	*Gjenvalg*
	Henrik Schultz	*NY*

Styret i Sykehuset i Vestfold HF

Styreleder	*Per Christian Voss*	*Gjenvalg*
Nestleder	*Anne Biering*	*NY*
Styremedlemmer	*LEDIG*	*NY*
	Charlotte Haug	*Gjenvalg*
	Hans August Hansen	*Gjenvalg*

Styret i Sykehuset Innlandet HF

Styreleder	*Torill B. Ressem*	*NY*
Nestleder	*Torbjørn Almlid*	*NY*
Styremedlemmer	*Torunn Aas Taralrud*	*NY*
	Daniel Haga	*Gjenvalg*
	Ivar Gladhaug	*NY*

Styret i Sykehuset Telemark HF

Styreleder	*Per Anders Oksum*	*Gjenvalg*
Nestleder	*Kine Jordbakke*	*NY*
Styremedlemmer	*Nils Kristian Bogen*	*Gjenvalg*
	Per Kristian Voss	*NY*
	Turid Ellingsen	*NY*

Styret i Sykehuset Østfold HF

Styreleder	*Torbjørn Almlid*	*NY*
Nestleder	*Petter Brelin*	*Gjenvalg*
Styremedlemmer	*Carl-Morten Gjeldnes*	*NY*
	Maren Kyllingstad	*NY*
	Gro Seim	*Gjenvalg*

Styret i Sykehuspartner HF

Styreleder	*Morten Thorkildsen*	*Gjenvalg*
Nestleder	*Nina Mevold*	*NY som nestleder*
Styremedlemmer	*Bjørn Atle Bjørnbeth*	*NY*
	Hege Gjessing	*NY*
	Eivind Gjemdal	*Gjenvalg*

Styret i Sørlandet sykehus HF

Styreleder	*Bjørn Walle*	*NY som styreleder*
Nestleder	*Hanne Falck-Fladmark*	*NY*
Styremedlemmer	*Sunniva Withaker*	*NY*
	Einar Hysing	*NY*
	LEDIG	*NY*

Styret i Vestre Viken HF

Styreleder	*Siri Hatlen*	*NY*
Nestleder	*Margrethe Snekkerbakken*	*Gjenvalg*
Styremedlemmer	*Robert Bjerknes*	*NY*
	Geir Kåre Strømmen	*Gjenvalg*
	Bovild Tjønn	*Gjenvalg*

2. Styret gir valgkomiteen fullmakt til å supplere styrene i Sykehuset i Vestfold HF, Sørlandet sykehus HF og Akershus universitetssykehus HF med et nytt styremedlem.

3. Styregodtgjørelsen for valgperioden fastsettes til:

Oslo universitetssykehus HF:

Styreleder	kr	297 000 per år
Nestleder	kr	209 000 per år
Styremedlem	kr	154 000 per år
Varamedlem	kr	5 170 per møte med oppmøte for styremedlem

Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF, Sykehuspartner HF, Sørlandet sykehus HF og Vestre Viken HF:

Styreleder	kr	263 000 per år
Nestleder	kr	184 000 per år
Styremedlem	kr	134 000 per år
Varamedlem	kr	5 170 per møte med oppmøte for styremedlem

Sunnaas sykehus HF og Sykehusapotekene HF:

Styreleder	kr	197 000 per år
Nestleder	kr	132 000 per år
Styremedlem	kr	105 000 per år
Varamedlem	kr	5 170 per møte med oppmøte for styremedlem

Praksis med at det ikke skal utbetales økonomisk kompensasjon eller dekning av kostnader utover fastsatt styregodtgjørelse, videreføres. Utgifter til reise og opphold i forbindelse med styrearbeidet dekkes etter regning.

006-2020	**Oppnevning av styrets revisjonsutvalg og styrets valgkomité**

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Følgende oppnevnes til styrets revisjonsutvalg for perioden 5. februar 2020 til februar 2022:
   - Anne Cathrine Frøstrup (leder)
   - Einar Lunde
   - Kirsten Brubakk

2. Følgende oppnevnes til styrets valgkomité for perioden 5. februar 2020 til februar 2022:
   - Svein Gjedrem (leder)
   - Anne Cathrine Frøstrup
   - Christian Grimsgaard

007-2020	**Regional beredskapsplan – rullering**

Oppsummering

Hensikten med denne styresaken er å orientere styret om de viktigste prinsippene som legges til grunn i beredskapsplanverket og endringene som er gjort i denne rulleringen.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret tar den regionale beredskapsplanen til etterretning.

2. Planen legges til grunn for arbeidet med beredskapsplanverket i helseforetakene i regionen og private ideelle sykehus med driftsavtaler med Helse Sør-Øst RHF.

008-2020	**Regional delstrategi for teknologiområdet**

Oppsummering

Saken beskriver strategi, mål og retning for videre utvikling av teknologiområdet i Helse Sør-Øst. Regional delstrategi for teknologiområdet er utarbeidet med deltagelse fra helseforetakene i foretaksgruppen og er behandlet i direktørmøtet i regionen. Delstrategien legges nå fram for styret i Helse Sør-Øst RHF for orientering og med mulighet for å gi innspill før endelig behandling.

Kommentarer i møtet

Styret fremhevet at teknologien gir store muligheter som må utnyttes. Styret viste til at det er utfordringer innen personvernområdet som det må arbeides med. Videre diskuterte styret balansegangen mellom bruk av markedet og oppbygging av egen kompetanse.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar regional delstrategi for teknologiområdet til orientering. Styret ber om at merknader og innspill gitt i møtet innarbeides og at delstrategien fremmes for beslutning i styremøte i mars 2020.

009-2020	**Oslo universitetssykehus HF – leiekontrakt med Oslo kommune om ny storbylegevakt på Aker**

Oppsummering

Dagens samarbeid om skadelegevakt mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF skal videreføres. Ny storbylegevakt er lokalisert til Aker sykehus, og virksomhetsinnhold og driftsmodell er avpasset med planer for utbyggingen av nye Oslo universitetssykehus HF, Aker og Rikshospitalet. Etter fullmakt fra Helse Sør-Øst RHF i sak 011-2019, har Oslo universitetssykehus HF fremforhandlet endelig leiekontrakt og godkjent denne i helseforetakets styre, jamfør styresak 8/2020 i Oslo universitetssykehus HF.

Saken fremmes styret i Helse Sør-Øst RHF for oppfølging av forutsetninger som ble satt i styresak 011-2019 hvor fullmakt om inngåelse av leiekontrakt ble gitt til Oslo universitetssykehus HF.

Kommentarer i møtet

Styret gir sin tilslutning til forslaget til vedtak og viser til at dette er et komplekst prosjekt som det er viktig å høste erfaringer fra. Erfaringene må tas med i vurdering av eventuelle tilsvarende samarbeidsprosjekter.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret konstaterer at styret i Oslo universitetssykehus HF har behandlet en omforent og endelig leiekontrakt med Oslo kommune om ny storbylegevakt på Aker.

2. Styret tar til etterretning at den økonomiske rammen satt i styresak 011-2019 er opprettholdt. Dette medfører at styringsrammen (P50) for Oslo universitetssykehus HFs arealer i storbylegevakten utgjør 1 602,6 millioner kroner.

3. Styret forutsetter at Oslo universitetssykehus HF gjennom etablerte styringsstrukturer følger opp de risikomomenter som er identifisert slik at tiltak kan iverksettes ved behov.

4. Ved eventuelt behov for økt ramme til prosjektet utover nivået i punkt 2, skal dette fremmes styret i Helse Sør-Øst RHF for behandling.

010-2020	**NOU 2019:24 - Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak**

Oppsummering

Saken har som formål å gi styret informasjon om forslaget til ny inntektsfordeling mellom regionale helseforetak, slik dette presenteres i NOU 2019:24. Styret er tidligere orientert om utvalgsarbeidet, senest som del av styresak 117-2019 *Driftsorienteringer fra administrerende direktør* i styremøtet den 19. desember 2019.

NOU 2019:24 er sendt på høring med høringsfrist 17. mars 2020. Administrerende direktør vil legge frem en egen styresak om høringssvaret fra Helse Sør-Øst RHF i styremøtet 12. mars.

Kommentarer i møtet

Styret påpeker at kvalitetssikringen av arbeidet ikke er tillitvekkende, da det er oppdaget regnefeil i etterkant av at NOU 2019:24 ble overlevert til Helse- og omsorgsdepartementet. Dette betyr at det er tilkommet nye forhold etter at de skjønnsmessige vurderingene er gjort. Det bør vurderes en fornyet gjennomgang av tallmaterialet i samarbeid mellom departementet og de fire regionale helseforetakene.

Styret støtter merknadene fra de to utvalgsmedlemmene om kostnadsindeksen innen psykisk helsevern.

Endringen i kapitalelementet sammenlignet med nåværende modell rammer Helse Sør-Øst på en uheldig måte. Dette skyldes blant annet etterslepet på investeringer i denne helseregionen.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar informasjonen om NOU 2019:24 *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*, til orientering og ber om at de forhold som foreslås omtalt i høringssvaret fra Helse Sør-Øst RHF presenteres i styremøtet 12. mars.

011-2020	**Årsplan styresaker**

Styrets enstemmige

V E D T A K

Årsplan styresaker tas til orientering.

012-2020	**Driftsorienteringer fra administrerende direktør**

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Orienteringer

1. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 18. og 19. desember 2019
2. Foreløpig protokoll fra møte i Revisjonsutvalget 10. desember 2019
3. Protokoll fra drøftinger 4. februar 2020 med de konserntillitsvalgte

Temasaker

- Lederutvikling og utvikling av lederkandidater
  v/direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø

Møtet hevet kl 14:30

Hamar, 5. februar 2020

Svein I. Gjedrem styreleder	Anne Cathrine Frøstrup nestleder
Kirsten Brubakk	Olaf Qvale Dobloug
Christian Grimsgaard	Bushra Ishaq
Vibeke Limi	Einar Lunde
Lasse Sølvberg	Sigrun E. Vågeng
	Tore Robertsen styresekretær