

Styremøte i styret for Sykehuset Telemark HF

Tid: 25. september 2019 kl. 0930 – 16.30

Sted: Direktørens møterom i Skien

Møteleder: Styreleder Per Anders Oksum

Møteinnkalling/saksliste

Tid	Saksnr.	Sak	Sakstype
0930 – 0935	043-2019	Godkjenning av innkalling og saksliste v/Styreleder	Beslutning
0935 – 0940	044-2019	Godkjenning av protokoll fra styremøte 19. juni 2019 v/Styreleder	Beslutning
0940 – 1010	045-2019	Utviklingen ved OUS og dens betydning for STHF v/Styreleder	Orientering
1010 – 1200	046-2019	Brukerutvalgets årlige møte med styret ved STHF v/Styreleder og leder for brukerutvalget	
1200 – 1230		Lunsj	
1230– 1250	047-2019	Administrerende direktør sin orientering v/Administrerende direktør	Orientering
1250 – 1350	048-2019	Virksomhetsrapport per 2. tertial 2019 v/Administrerende direktør	Orientering
1350 – 1420	049-2019	Status pasientsikkerhet ved STHF v/Fagdirektør	Orientering
1420 – 1445	050-2019	Resultater og tiltak ForBedring 2019 v/HR-direktør	Orientering
1445 – 1505	051-2019	Konsernrevisjonens revisjonsplan 2020 v/Fagdirektør	Beslutning
1505 – 1515	052-2019	Status oppdrag og bestilling 2019 v/Administrerende direktør	Orientering
1515 – 1520	053-2019	Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2019 v/Administrerende direktør	Etterretning

Tid	Saksnr.	Sak	Sakstype
1520 – 1525	054-2019	Årsplan styresaker v/Styreleder	Orientering
1525 – 1530		Andre orienteringer 1) Styreleder orienterer 2) Protokoll fra styremøte i HSØ 20. juni 2019 3) Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 22. august 2019	Orientering
1530 – 1630		Tema: Psykiatritilbudet i Telemark v/Klinikkssjef Lars Ødegård	

TEMA: Styrets egevaluering avholdes etter styreseminaret

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

Elektronisk kopi er sendt til:

Helse Sør-Øst RHF
Revisor Hans Christian Berger, PWC
Varamedlemmer
Direktørens stabs- og klinikkssjefer

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak nr.	Saksansvarlig og saksaksbehandler	Sakstype	Møtedato
043-2019	Tone Pedersen, spesialrådgiver direktørens stab	Beslutning	25.09.2019

Trykte vedlegg: Saksliste

Utrykte vedlegg:

Ingress:

Innkalling og saksliste er sendt, sammen med saksdokumenter, til styret og brukerutvalgets representanter (leder og nestleder).

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Skien, den 16. september 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Godkjenning av protokoll fra styremøte 19. juni 2019

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
044-2019	Tone Pedersen, spesialrådgiver direktørens stab	Beslutning	25.09.2019

Trykte vedlegg: Protokoll fra styremøte 19.juni 2019

Utrykte vedlegg:

Forslag til vedtak:

Protokoll fra styremøte 19. juni 2019 godkjennes.

Skien, den 17. september 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

PROTOKOLL FRA STYREMØTE I SYKEHUSET TELEMARK HF

Tid: 19. juni 2019 kl. 09.30 – 15.00

Sted: Direktørens møterom, bygg 54 i Skien

Følgende medlemmer møtte

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

Fra brukerutvalget møtte

Idar Grotle, leder
Birte Helene Moen, nestleder

Fra administrasjonen deltok

Tom Helge Rønning, administrerende direktør
Halfrid Waage, fagdirektør
Dana Tønnessen, konst. økonomidirektør
Lars Kittilsen, kommunikasjonssjef
Tone Pedersen, styresekretær/spesialrådgiver stab (referent)

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

Gunnar Gausel, klinikkssjef Barne- og ungdomsklinikken
Henrik Høyvik, klinikkssjef Medisinsk serviceklinikk
Per Urdahl, klinikkssjef Medisinsk klinikk
Kjetil Christensen, klinikkssjef Kirurgisk klinikk
Elin Skei, klinikkssjef Service og systemledelse
Annette Fure, utviklingsdirektør
Mai Torill Hoel, HR-direktør

Presentasjon av saker:

Sak 037-2019 v/Administrerende direktør Tom Helge Rønning
Sak 038-2019 v/Klinikkssjef Gunnar Gausel og konsernrevisor Torun Melhus Vedal
Sak 039-2019 v/Administrerende direktør Tom Helge Rønning
Sak 040-2019 v/Pasient- og brukerombudet i Telemark Else Jorunn Saga
Sak 041-2019 v/Administrerende direktør Tom Helge Rønning

Styreleder ledet møtet.

Saker som ble behandlet:

034-2019	Godkjenning av innkalling og saksliste
-----------------	---

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

035-2019	Godkjenning av protokoll fra styremøte 22. mai 2019
-----------------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 22. mai 2019 godkjennes.

036-2019	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
-----------------	---

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

037-2019	Virksomhetsrapport per mai
-----------------	-----------------------------------

Oppsummering

Saken presenterer status for virksomheten per mai 2019. Ikke alle av sykehusets tilgjengelighetsindikatorer har en tilfredsstillende utvikling. Dette gjelder blant annet korridorpasienter, passert tentativt tid, prevalens og fristbrudd. Sykehuset har gode resultat på kreftpakkeforløp.

Sykehuset Telemark viser en bedring i resultatutviklingen og oppnår et perioderesultat over budsjettert nivå. Akkumulert driftsresultat øker til 8,3 millioner kroner og det negative budsjettavviket reduseres til - 4,2 millioner kroner.

Sykehuset Telemark har en del vakanser. Dette gjelder blant annet stillinger innen psykiatri (psykiatere og psykologer) og sykepleiere. Denne utfordringen har også svært mange av de øvrige helseforetakene i Norge.

Kommentarer i møtet

Styret er fornøyd med at administrasjonen fortsatt har høyt fokus på å levere gode resultater og det er gledelig at Ortopedisk poliklinikk har hatt 80 % reduksjon i løftebrudd f.o.m. 1. januar. Det er viktig å få til læring på tvers internt i sykehuset, slik at andre enheter med samme utfordringer gjennomfører tilsvarende forbedringsarbeid til det beste for pasientene.

Styret merker seg den noe negative utviklingen for korridorpasienter og prevalens sykehusinfeksjoner. Det er her viktig at sykehuset setter i verk tiltak for å gjenopprette den tidligere positive trenden.

Styret er fornøyd med at sykehusets økonomiske resultat viser bedring, men opprettholder sin bekymring for resultatutviklingen i Kirurgisk klinikk.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar virksomhetsrapporten per mai til orientering.

038-2019	Konsernrevisjonens rapport om Likeverdige og forutsigbar helsehjelp, psykisk helsevern for barn og unge ved STHF og sykehusets handlingsplan
-----------------	---

Oppsummering

Konsernrevisjonen gjennomførte revisjon ved ABUP (Avdeling for barn og unges psykiske helse) ved Sykehuset Telemark HF i tidsrommet januar – mars 2019. Målet med revisjonen har vært å kartlegge og vurdere de tjenester som tilbys barn og unge ved ABUP. I saken presenterte konsernrevisor vurderte problemstillinger, konklusjon og anbefalinger etter gjennomført revisjon. Klinikksjef for Barne- og ungdomsklinikken presenterte sykehusets tiltak og handlingsplan.

Kommentarer i møtet

Styret takket for et godt saksfremlegg, samt gode presentasjoner. Det er ønskelig at man i sykehusets handlingsplan tar inn benchmarking mot andre helseforetak på dette området.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar konsernrevisjonsrapport 1/2019 og sykehusets handlingsplan til etterretning.

039-2019	Oppnevning av medlemmer til brukerutvalget og valg av leder og nestleder for perioden 2019 - 2021
-----------------	--

Oppsummering

Saken omhandler oppnevning av medlemmer og valg av leder og nestleder til brukerutvalget for neste periode. Mandatet har også vært gjenstand for en mindre revisjon.

På bakgrunn av forslag fra de aktuelle organisasjonene, presenterte administrerende direktør følgende forslag til Brukerutvalg ved sykehuset Telemark for perioden 2019 – 2021:

Navn

Bjørge T. Lønnberg
Vidar Bersvendsen
Gunn Inger Heibø
Rita Andersen
Olaf Kristiansen
Gunn Ingeborg Kavl-Engstad

Organisasjon

SAFO/NFU
FFO Telemark / LHL
FFO Telemark / MS Foreningen
FFO Telemark / PEF
FFO Telemark / Profo
FFO Telemark / Ryggmargsbrokk- og Hydrocephalusforeningen
A-larm
Pensjonistforbundet Telemark
Kreftforeningen

Sondre Ottervik

John Arne Rinde

Hanne Kittilsen

Kommentarer i møte

Styret diskuterte mandatet og de to første kulepunktene under overskriften «Kriteriene for sammensetning». Det ble gitt innspill om manglende representasjon fra Notodden. Rita Andersen er imidlertid fra Seljord, slik at nord-fylket er representert.

Styret diskuterte også om sammensetningen av brukerutvalget gjenspeiler bredden i sykehusets virksomhetsområde med hensyn til representanter fra psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. For framtidige valg av representanter bør det legges vekt på at brukerutvalget også får representant(er) knyttet til psykisk helsevern.

Styret ba administrasjonen å revidere mandatet. I revisjonen bør det legges særskilt vekt på å spesifisere kriterier for geografiske spredning, slik at man får representanter fra nord-fylket inn i brukerutvalget samt representanter fra hele virksomhetsområdet (somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling). Mer spesifikke krav til foreningene i forbindelse med valg av kandidater bør utarbeides og tas inn i mandatet. Revidert mandat legges frem for styret i møtet i oktober 2019.

Styrets enstemmige

VEDTAK

- 1) Styret i Sykehuset Telemark godkjenner mandatet, inklusive kriteriene for sammensetning av brukerutvalget.
- 2) Styret oppnevner brukerutvalg ved STHF i henhold til presentert liste, for en funksjonsperiode på 2 år (2019-2021)
- 3) I henhold til forslag fra Brukerutvalget selv velger styret Rita Andersen (FFO/Psoriasis og Eksemforbundet Telemark, PEF) som leder og Sondre Otervik (A-larm) som nestleder i brukerutvalget ved STHF for en funksjonsperiode på to år (2019-2021).
- 4) Styret er bekymret for den manglende kontinuiteten i ledelsen av brukerutvalget for neste funksjonsperiode.

040-2019	Årsmelding 2018 Pasient- og brukerombudet
----------	---

Oppsummering

Pasient- og brukerombudet nasjonalt og pasient- og brukerombudet i Telemark utarbeider hvert år en årsmelding. Pasient- og brukerombudet i Telemark, Else Jorunn Saga, presenterte tema i Årsmeldingen for 2018 knyttet til Sykehuset Telemark.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar presentasjonen til orientering.

041-2019	Styresaker i STHF – Status og oppfølging
-----------------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

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

042-2019	Årsplan styresaker
-----------------	---------------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

Andre orienteringer

- 1) Styreleder orienterer
 - a. Oppfølgingsmøte HSØ 24.05.2019
 - b. Styreleder/AD møte HSØ 28.05.2019
- 2) Foreløpig protokoll fra ungdomsrådet 28. mai 2019
- 3) Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 6. juni 2019
- 4) Foreløpig protokoll fra ekstraordinært styremøte i HSØ 6. juni 2019

Temasaker:

- **LIS-utdanningen**

v/HR-direktør Mai Torill Hoel, spesialrådgiver HR Terje Keyn og overlege Tonje Tvinnereim

Det er den største reformen innen spesialistutdanningen i nyere tid. Sykehuset Telemark skal legge til rette for læringsaktiviteter og utdanningsløp for leger i spesialisering i eget helseforetak og i samarbeid med det regionale utdanningscenteret og andre helseforetak i landet. Styret fikk informasjon om utført prosjektarbeid, utfordringer og veien videre. Mange helseforetak har brukt store ressurser, det har vært lite samkjøring mellom foretakene og prosessen har vært dårlig koordinert. Det er imidlertid positivt at helseforetakene har fått ansvar for læringsaktivitetene.

- **Styrets egnevaluering**

Styret holdt egnevaluering med styrets representanter tilstede.

Møtet hevet kl. 15.35.

Presentasjoner fra møtet sendes til styret etter at møtet er avsluttet.

Førstkommende styremøte

Onsdag 25. september 2019 kl. 09.30-15.30 i administrerende direktørs møterom, bygg 54 i Skien.

Skien, 19. juni 2019

Per Anders Oksum
Styreleder

Marit Kasin
Nestleder

Folke Sundelin

Nils Kristian Bogen
(Sett)

Ann Iserid Vik-Johansen

Kari Dalen
(Sett)

Kristine S. Sunde

Kristian Wiig

Tone Pedersen
Styresekretær

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Utviklingen ved OUS og dens betydning for STHF

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
045-2019	Styreleder Per Anders Oksum	Orientering	25.9.2019

Trykte vedlegg:

Utrykte vedlegg:

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

Ingress:

Styreleder informerer i møtet om utviklingen ved OUS og dens betydning for STHF.

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Skien, den 16. september 2019

Per Anders Oksum
Styreleder

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Brukerutvalgets årlige møte med styret ved STHF

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
046-2019	Tom Helge Rønning, administrerende direktør, Tone Pedersen, spesialrådgiver direktørens stab	Fellesmøte styret og BU	25.09.2019

Trykte vedlegg: Ingen

Utrykte vedlegg: Ingen

Ingress:

Brukerutvalget møter styret en gang hvert år.

Brukerutvalget er invitert til å delta i styremøtet den 25. september 2019. Hensikten med møtet er informasjonsutveksling. Brukerutvalget inviteres til å ta opp saker med styret for eksempel informasjonsaker eller om utvalget har spørsmål til styret. Tilsvarende saker kan styret be om fra brukerutvalget.

Det avholdes felles lunsj for styret og brukerutvalget kl. 12.00 til 12.30 i sykehusets kantine.

Skien, den 16. september 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Driftsorienteringer fra administrerende direktør

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
047 -2019	Administrerende direktør Tom Helge Rønning	Orientering	25.09.2019

Trykte vedlegg:

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

Ingress:

Orienteringer ligger vedlagt

Forslag til vedtak:

Saken tas til orientering

Skien, den 16. september 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Driftsorienteringer fra administrerende direktør

1. Etablering av legebemannet ambulanse

En gjennomgang av kapasitet og basestruktur for luftambulansetjenesten anbefalte i 2018 at det ble etablert en legebil som var bemannet med anestesilege både i Mjøsområdet og i Grenlandsområdet. Hensikten var å bedre akuttberedskapen i de to områdene og å avlaste luftambulansene på Lørenskog og i Arendal. I Statsbudsjettet for 2019 ble anbefalingen fulgt opp med å bevilge til sammen 10,2 millioner kroner til formålet. Helse Sør-Øst fulgte så opp med å bevilge 5,1 millioner kroner til hver av de aktuelle helseforetakene til prosjektering og planlegging en legebemannet bil for å avlaste luftambulansen ved akuttoppdrag og gjennomføre såkalte sekundæroppdrag hvor det er behov for støtte av anestesilege ved transport.

Anestesimiljøet og ambulansetjenesten har på bakgrunn av oppdraget jobbet med etablering av den nye tjenesten og sykehuset har valgt å starte et pilotprosjekt med oppstart 14. oktober. Det er gjennomført rekruttering (internt) av anestesileger og ambulansarbeidere som fra dette tidspunktet skal bemanne bilen på dag- og kveldstid syv 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.

Med de tildelte midlene vil vi prosjektet ha finansiering frem til utgangen av første kvartal 2020. En eventuell forlengelse vil avhenge av at det tildeles mer penger, noe vi regner med vil være avklart i løpet av året.

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.

2. Etablering av kompetansesenter for miljø og helse

Det ble i styremøtet i mai orientert om planlegging av et kompetansesenter for helse og miljø. Sykehuset Telemark, Universitetet i Sør-Øst Norge og Vekst i Grenland har nå stiftet et aksjeselskap med det formål å etablere kompetansesenteret. Selskapet har en aksjekapital på kr 150.000,- og eies med 1/3 av hver av eierne.

For sykehuset Telemark vil etableringen kunne være med på å styrke den faglige og økonomiske plattformen for vår arbeidsmedisinske avdeling. Som en av fem slike avdelinger i Norge mener vi at etableringen er et godt utgangspunkt for å styrke vår posisjon innenfor arbeidsmedisin og samtidig legge til rette for utvikling av kompetansearbeidsplasser i Grenland.

Kompetansesenteret skal ikke drive med pasientbehandling.

3. Oppbygging av strålekompetanse

Selv om det enda er en stund til at stråleterapien er i gang i Telemark, jobber vi systematisk med å bygge opp kompetansen som må være klar når den nye stråleenheten settes i drift. To stråleverntereapeuter er nå ferdig med sin utdanning, og i løpet av 2020 vil så mye som fire nye kreftspesialister være på plass.

Medisinsk fysiker ble ansatt for et år siden, og hun er en del av den faglige opprustningen som er delfinansiert med midler fra HSØ.

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.

Vi vil også for 2020 søke HSØ om tilskudd til kompetanseoppbyggingen.

4. Slutt med oljefyring på sykehuset

Etter sommeren har sykehuset gjennomført gravearbeider utenfor bygg 65 ved Sykehuset i Skien, der Prehospital avdeling og Pasientreiser holder til. Hensikten er å fjerne den aller siste oljetanken og oljekjelen i ordinær drift. Arbeidet utføres for at vi skal tilfredsstille det nasjonale forbudet mot oljefyring som trer i kraft 1. januar 2020.

Arbeidet representerer en liten milepæl fordi det nå er helt slutt med oljefyrt oppvarming som tidligere var svært vanlig på mange lokasjoner ved Sykehuset Telemark. Nå skal også bygg 65 varmes opp ved hjelp av naturgass.

De siste årene har Sykehuset Telemark systematisk lagt om til mer miljøvennlige og energisparende oppvarmingsløsninger der det har vært mulig. I dag varmes f. eks både sykehuset i Notodden og det meste av sykehuset i Skien opp ved hjelp av CO₂-nøytral fjernvarme fra anlegg som benytter flis fra skogbruket som energikilde.

Fra 1 januar 2020 vill Sykehuset Telemark kun benytte oljefyring til beredskap i de tilfellene der den ordinære energiforsyningen faller ut.

5. Forbedringsarbeid

Sykehuset er i ferd med å sette i gang et større forbedringsarbeid i kirurgisk klinikk, hvor målsettingen er å gjennomgå hele verdikjeden fra planlegging operasjon til overføring til sengepost. Forbedringsarbeidet vil bli organisert som et prosjekt, hvor hensikten er å forbedre kvaliteten i pasientbehandlingen, forbedre arbeidsmiljøet og sikre en mer effektiv ressursbruk.

Prosjektet bygger på det analysearbeidet som EY gjennomførte før sommeren hvor det ble avdekket betydelig forbedringspotensial i kapasitetsutnyttelsen og på bakgrunn av det, muligheter for å hente ut kvalitative og kvantitative gevinster. En av hoved observasjonene var at det manglet en helhetlige planlegging, hvor man ikke i tilstrekkelig grad tar hensyn til pasientbehovene.

Prosjektet er nå i oppstartsfasen og vil strekke seg frem til sommeren 2020, hvor EY også vil bistå oss i gjennomføringen. Styret vil bli holdt oppdatert om gjennomføring og måloppnåelse.

Øvrige orienteringer kan gis muntlig i styremøtet.

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Virksomhetsrapport per 2. tertial 2019

Sak nr.	Saksansvarlig/saksbehandler	Sakstype	Møtedato
048-2019	Konst. økonomidirektør Dana Tønnessen og controller Marte Helen Helland	Orientering	25.09.2019

Trykte vedlegg: Virksomhetsrapport per august 2019
Risikovurdering per 2. tertial

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 2. tertial 2019 til orientering.

Skien, den 16. september 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Sammendrag

Det er utarbeidet **risikovurdering** per andre tertial. 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 endret siden forrige rapportering, begrunnet i en bedre reell utvikling av økonomieresultatet.

I utarbeidelsen av risikovurderingen inngår vurdering av måloppnåelse for mål/krav i **oppdrag og bestilling**, samt sykehusets **strategi**.

Resultatene for **de fleste medisinske parameterne** er om lag uendret. Gjennomsnittstall per 8 måneder i år viser 79 % andel nye pasienter inkludert i **pakkeforløp**, dette er noe lavere enn i tilsvarende periode i fjor (84 %). 72 % av pasientene i pakkeforløp behandles innen standard forløpstid, som er noe lavere enn ved tilsvarende periode i fjor (77 %), men innfrir målet om 70 %. Sykehuset Telemark HF scorer høyest på andel behandlet innen standard forløpstid innen foretaksgruppen.

Ventelisteresultatene for august er om lag som i juni og juli, med fortsatt relativt høye ventetider for ventende pasienter. Dette skyldes lavdriftsperioden i forbindelse med sommerferien. Utviklingen i ventelister de siste månedene viser en svakere utvikling enn forventet, en variasjon som kan knyttes til ferieavviklingen. Antall pasienter på venteliste har vært stabilt gjennom siste året med kun små variasjoner.

Samlet **ventetid** (påstartet) i august er 62 dager, 2 dager lavere enn august 2018. Gjennomsnittlig ventetid for påstartet pasienter er redusert for alle tjenesteområdene sammenlignet med august 2018. Andel fristbrudd påstartet pasienter og andel fristbrudd ventende er økt sammenlignet med august 2018.

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.

Aktivitet i somatikken, målt i antall «sørge for» ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk, legemidler), er 844 poeng lavere enn budsjettet per 8 måneder. Avviket er i all hovedsak relatert til døgnaktiviteten ved Kirurgisk klinikk (en kombinasjon av færre opphold og lavere DRG-indeks («pleietyngde»)). Sykehuset har også oppnådd færre ISF-poeng knyttet til legemidler enn hva som er budsjettet. Kvalitetssikring av kodekvalitet pågår frem til tertiallukkingen 24. september.

Sykehuset Telemark rapporterer et positivt **driftsresultat** på 15,8 millioner kr. pr. august 2019. Dette er 4,2 millioner kr. svakere enn periodisert budsjett hittil i år, mot 5,4 millioner

ved forrige rapportering. Regnskapsresultatet forbedres med 3,8 millioner kr. i august. Resultatutviklingen i 2. tertial er betydelig bedre enn i 1. tertial, med overskudd på 13,4 millioner kr vs 2,4 millioner kr.

Høyere polikliniske inntekter, høye salgsinntekter lab/røntgen og noe lavere kostnader ved kjøp/salg av helsetjenester bidrar positivt til resultatet, og kompenserer for svakere effekt av planlagte forbedringstiltak samt høyere lønnskostnader enn budsjettet.

Resultatutviklingen i klinikkene kirurgi, medisin og akutt og beredskap er fortsatt bekymringsfull, med svakere DRG-resultater og høyere kostnadsnivå enn budsjettet.

Sykehuset Telemark viderefører arbeidet med innsatsområdene fra **pasientsikkerhetsprogrammet** som del av implementeringen av Handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023. Overordnet rettes innsatsen mot å styrke kompetansen innen ledelse av pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

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. Derfor presenteres tilsyn og revisjoner, som anses å ha relevans utover aktuell enhet, for ledergruppen.

Arbeidet med handlingsplanen for informasjonssikkerhet og personvern 2019-2020 (oppfølging av føringene i **GDPR**) er igangsatt og vil fullføres i løpet av høsten.

Innhold

Sammendrag.....	2
Risikovurdering per 2. tertial 2019.....	5
Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD 2019.....	7
Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	7
Prioritere psykisk helsevern og TSB	8
Bedre kvalitet og pasientsikkerhet.....	9
Aktivitet.....	9
Somatikk.....	9
Psykisk helsevern og TSB	11
Prioriteringsregelen	13
Ventetider (i forhold til både samme periode forrige år og gjennomsnitt for hele forrige år).....	13
Polikliniske konsultasjoner.....	13
Kostnader per tjenesteområde (tertialvis rapportering).....	13
Bemanning	14
Økonomi.....	14
Klinikkene	16
Tertialvise forhold	18
Forskning.....	18
HMS/ arbeidsmiljø	18
Handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring – I trygge hender 24/7	19
Eksterne tilsyn og revisjoner	20
Uønskede hendelser og klagesaker.....	23
GDPR (General Data Protection Regulation).....	24

Risikovurdering per 2. 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 endret siden forrige rapportering, begrunnet i en bedre reell utvikling av økonomireultatet.

Risikomatrixe 2. tertial 2019 STHF						
		Konsekvens				
		1	2	3	4	5
Sannsynlighet	5					
	4			8		
	3			2, 3, 5	1	
	2		6	4		
	1					

Risikoområder	Sannsynlighet					Konsekvens					T2-18	T3-18	T1-19	T2-19	
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
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								

1. Kvalitet og tilgjengelighet – Uendret. Gjennomsnittlig ventetid for ventede pasienter har økt etter sommeren. Det er normalt at ventetiden øker noe ved sommerdrift, og det forventes at dette vil justere seg utover høsten. Pasienter med lengst ventetid prioriteres, noe som vil sikre en god utvikling på sikt. Gjennomsnittlig ventetid for påstartet pasienter i somatikken er relativt stabil. Økningen fra i sommer er allerede godt hentet inn pr. august. Fristbrudd i somatikken har økt i sommer, og det er iverksatt tiltak for å endre utviklingen. Andelen korridorpatienter er høyere enn siste to år, men er fallende.

2. Økonomi – Endret / redusert sannsynlighet. Sykehuset har pr. august et driftsresultat på +15,8 millioner, som er 4,2 millioner under budsjett grunnet lavere aktivitet enn budsjettet, kombinert med forsinkelser i effektiviseringsarbeidet. Utviklingen viser likevel en forbedring fra forrige periode. Det jobbes med forbedringstiltak i klinikkene og effektiviseringsprosjekt i operasjonsaktiviteten er i startfasen. Driftsresultatet viser bra utvikling og ligger fortsatt under årets budsjett, men det er bra utsikter for oppnåelse av budsjettet årsresultat.

3. Aktivitet og bemanning – Sykehuset må forbedre produktiviteten på nivå med de beste helseforetakene i regionen, for å etablere en bærekraftig drift og skape handlingsrom til egen utvikling. Ressursbruken må reduseres og aktivitetsnivået må økes for å nå årets budsjettmålsetting. 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. Strategi – attraktivitet og konkurransesituasjon – Uendret. Tidligere risikopunkt for fritt behandlingsvalg er nå slått sammen med denne risikoen. 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, 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 – Uendret. Arbeidet med protokoll, jfr art 30 pågår og koordineres av avdelingen for Teknologi og eHelse. Noe forsinket fremdrift, og fristen for fullføring er satt til 1.oktober. Den samme fristen gjelder oppgaven knyttet til behandling av personopplysninger innen forskning og kvalitetssikring. Oppdatert handlingsplan med prioriterte tiltak knyttet til informasjonssikkerhet og tilpasning til personvernforordningen er under utarbeidelse og vil presenteres for ledergruppen 24.09.2019. Personvernombudet er ansvarlig for å følge opp fremdriften og koordinere statusrapporteringen for ledergruppen hver 2. mnd.

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	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	Kirurgi	Medisin	MSK	Smertepo	BUK (som.)	BUK (psyk.)	VOP/TSB
Gjennomsnitt ventetid i dager	50 dager somatikk 35 dager VOP/TSB 30 dager BUP	61	56,2	53,4	54,0	54,2	64,7	62,3	69	54	64	122	60	41	47/22
Fristbrudd avviklede, antall pr mnd	0	56	30	34	34	64	35	67	13	52	1				1
Antall som venter	reduksjon	7 819	7 665	7 266	7 137	7 327	7 224	7 137	4 404	2 031	237	92	174	32	167
Antall med ventetid over 1 år	reduksjon	332	89	53	30	34	32	39	29	8	1				1
Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp	70 %	69 %	79 %	81 %	80 %	79 %	77 %	79 %							
Andel innen definert forløpstid	70 %	71 %	69 %	77 %	73 %	73 %	74 %	72 %							
Antall passert tentativ tid	reduksjon	4 969	3 537	4 577	4 536	5 232	4 940	5 719	2 971	2 300	4	68	180	100	96

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

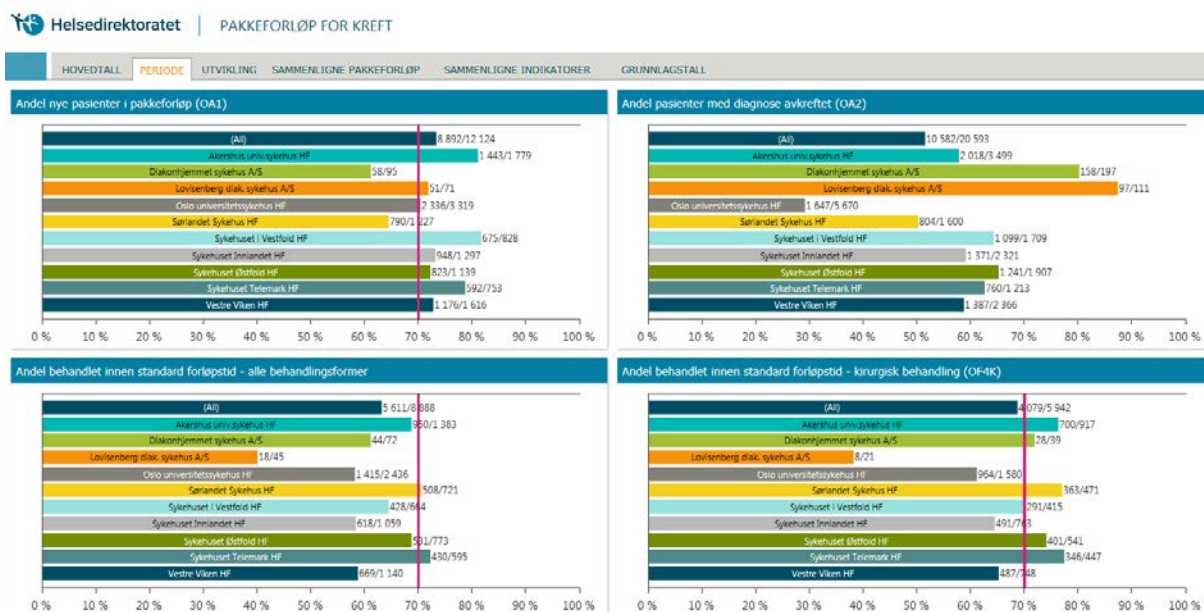
Urologi generelt har en svært god utvikling. Blærekreft har for perioden jan-august 90 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid, andelen for nyrekreft er 83 %, testikkelkreft 78 %, mens prostata har 59 % (samme tidsrom i fjor 63 %). Sykehuset har hatt høyt fokus på prostata fra medio 2017 og statistikken har siden den gangen vist en positiv utvikling. På bryst har man oppnådd andel behandlet innen standard forløpstid over 70 %. Tall per 8 måneder 2019 viser 81 %.

Innen gynekologisk kreft har vi relativt små tall, få pasienter; eggstokkreft 22 %, livmorhalskreft 25 %, livmorkreft 56 %. Her foregår behandling sentralt og vi har relativt liten påvirkning på tempo. Forløpskoordinator og kreftkoordinator jobber aktivt for å bedre samhandlingen. Føflekkreft oppnår 95 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid, hele forløpet utføres ved STHF.

For lunge er 55 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid hittil i år. PET lunge er overført fra Radiumhospitalet til Ullevål sykehus. Dette har medført at forløpstiden har økt. Innen hematologi har lymfomer 71 %, myelomatose 100 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid.

Innen tykk- og endetarmkreft er 82 % av pasientene inkludert i pakkeforløp. Ut fra Helsedirektoratets statistikk er kun 51 % 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 8 måneder 2019:



Gjennomsnittstall per 8 måneder i år viser 79 % andel nye pasienter inkludert i pakkeforløp, dette er noe lavere enn i tilsvarende periode i fjor (84 %). 72 % 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.

Prioritere psyk.helsevern og TSB	mål 2018	jan.17	jan.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	Hittil 2019
Antall tvangsinnleggelseser 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	0,15
Andel tvangsinnleggelseser	lavere enn 2018	15,0 %	15,3 %	20,1 %	13,5 %	18,9 %	10,2 %	10,5 %	12,9 %	12,0 %	16,1 %	14,6 %
Antall pasienter i døgnbehandling som har minst ett tvangsmiddelvedtak	reduseres		9	11	11	11	10	15	14	9	9	11

Antall tvangsinnlagte hittil i år er 202. Dette tilsvarer et snitt på 0,15 per 1000 innbyggere. Det er 8 % lavere antall tvangsinnlagt i år enn i samme periode i fjor (fra 219 til 202). Antall tvangsinnlagte har var høy i starten av året, men fra april måned til august har antallet vært vesentlig lavere enn i fjor.

Hittil i 2019 er det er det 1388 innleggelseser og 202 av disse er tvangsinnlagte. Aktivitet målt i antall innleggelseser er lik fjoråret, og med redusert antall tvangsinnlagte har andelen falt fra 15,8 % til 14,6 % per 2. tertial. Andelen er redusert med hele 1,5 % - poeng fra 1. tertial.

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	mål 2019	des.16	des.17	des.18	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	Kirurgi	Medisin	MSK	ABK	BUK	VOP/ TSB
Sykehusinfeksjoner %	<3%	4,5 %		3,8 %	4,4 %				3,1 %	5,3 %			9,1 %	
Korridorpasienter - antall	0	85	50	51	170	118	131	88	11	77				
Korridorpasienter %	0,0 %	0,9 %	0,6 %	0,7 %	1,9 %	1,6 %	1,7 %	1,1 %	0,3 %	2,8 %				
Direkte time i %	100 %		84 %	78 %	84 %	86 %	82 %	79 %	87 %	66 %	100 %		94 %	81 %
Antall åpne dokumenter > 14 dager		4 550	4 920	4 669	3 890	3 581	3 185	3 293	1 169	874	19	4	614	613
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode og uten ny kontakt	1000	1 861	1 445	1 734	2 167	2 542	2 105	1 711	157	1 226	104	7	139	78
Andel dialysepasienter som får hjemme	>30%		28 %	30 %	29 %	30 %	28 %	28 %		28 %				

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

Sykehusinfeksjoner

Prevalensmålingen for februar viste 4,3 % og mai viste 4,4 %. Dette er svakere enn gjennomsnittet for 2018 som var 3,5 %. Resultatet fra september-målingen foreligger ikke ennå.

Hoveddelen av de infeksjonene som ble påvist ved punktmålingen i mai, var nedre luftveisinfeksjoner, men det typiske er at postoperative sårinfeksjoner er den største gruppen. Forbedringsarbeidet rettes spesielt inn mot disse. Rutiner for kirurgisk håndvask blir kvalitetssikret. Fagmiljøene arbeider spesielt med å forebygge infeksjoner ved keisersnitt og hofteproteser. I 2017 ble det startet opp med smittevernvisitter, noe som har fortsatt i 2018 og i 2019. Det er fokus på renhold og systematisk opplæring av renholdere. Pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområder med trygg kirurgi, forebygging av urinveisinfeksjoner og infeksjoner knyttet til sentralvenøse kateter videreføres.

Det er også fokus på innsatsområde "blodbaneinfeksjoner" på sengeposter. Tavlemøter er under innføring på intensivavdelingen og på sengepostene.

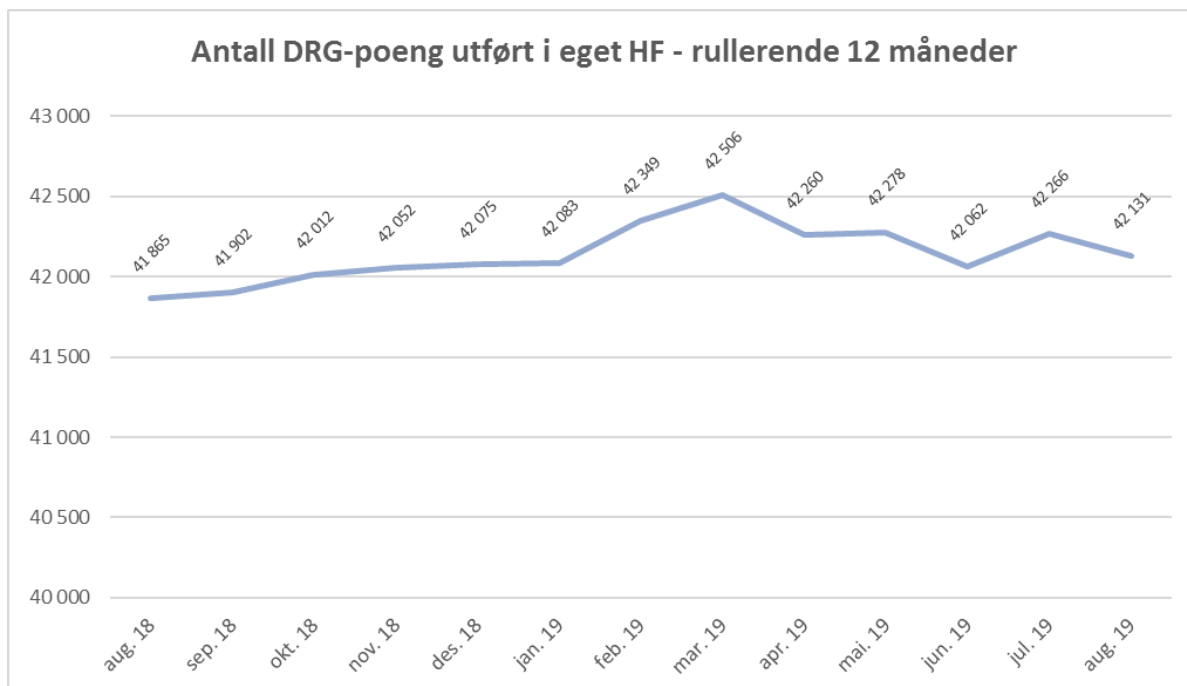
Aktivitet

Somatikk

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

Antall "sørge for" ISF-poeng per 8 måneder (døgn, dag, poliklinikk, legemidler) var 845 poeng svakere enn budsjettet (-2,7 %). Avviket er i all hovedsak relatert til døgnaktiviteten (en kombinasjon av færre opphold og lavere DRG-indeks («pleietyngde»), samt færre antall ISF-poeng knyttet til legemidler.

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 feil-periodisert aktivitetsbudsjett i sommer, i tillegg til en kraftigere glidning fra døgn til dag-opphold enn forventet, og noe lavere indekser enn budsjettet.



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

DRG-poeng	faktisk 8 m 19	bud. 8 m 19	avvik 8 m 19	faktisk 8 m 18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Faktisk 2018
Kirurgisk klinikk	12 622	13 215	-593	12 773	-1 %	-151	20 132	19 257
Medisinsk klinikk	13 241	13 173	68	12 995	2 %	246	19 924	19 564
Barne og ungdomsklinikken	1 947	1 989	-42	1 889	3 %	58	3 010	2 700
ABK	66	50	16	63	5 %	3	80	99
Medisinsk serviceklinikk	306	307	-1	283	8 %	23	500	464
SSL	7		7	2	250 %	5	-	6
Sum DRG-poeng behandlet i eget HF	28 189	28 734	-545	28 005	1 %	184	43 646	42 090
- døgn	19 875	20 512	-637	19 971	0 %	-96	30 906	29 754
- dagbehandling	3 415	3 188	227	3 109	10 %	306	4 904	4 618
- poliklinikk	4 899	5 034	-135	4 925	-1 %	-26	7 836	7 718
Sum DRG-poeng behandlet i eget HF	28 189	28 734	-545	28 005	1 %	184	43 646	42 090
DRG-poeng pasienter fra andre regioner beh. i eget HF	120	197	-77	180	-33 %	-60	300	259
DRG egne pasienter behandlet ved andre regioner/private	221	267	-46	275	-20 %	-54	400	420
DRG kreftmidler og dyre biologiske legemidler (H-reseptor)	1 890	2 220	-330	2 513	-25 %	-623	3 000	3 164
Sum DRG-poeng i h.h.t. "sørge for"-ansvaret	30 180	31 024	-844	30 613	-1 %	-433	46 746	45 415

Sykehusopphold	faktisk 8 m 19	bud. 8 m 19	avvik 8 m 19	faktisk 8 m 18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Faktisk 2018
Opphold behandlet i eget HF								
- døgn - inkl. Nordagutu	17 976	18 730	-754	18 664	-4 %	-688	28 200	27 833
- dagbehandling	14 828	14 277	551	13 799	7 %	1 029	21 800	20 999
- poliklinikk	109 267	109 017	250	108 104	1 %	1 163	169 400	165 846

Antall sykehusopphold i august er 6 % færre enn budsjettet og 7 % færre enn i fjor. Antall liggedøgn i august (8.100) var høyere enn budsjettet (7.650) og august i fjor (7.600).

I august ble det utført 6 % flere dagbehandlinger som budsjettet og 5 % flere enn i fjor. Samtidig ble det utført 13.350 polikliniske konsultasjoner. Dette er tilnærmet likt med budsjett og i fjor. August har 1 arbeidsdag (5 %) færre enn i fjor.

Polikliniske konsultasjoner	faktisk 8 m 19	bud. 8 m 19	avvik 8 m 19	faktisk 8 m 18	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Faktisk 2018
Kirurgi	52 482	54 152	(1 670)	52 806	(324)	83 000	79 777
Medisin	45 649	43 839	1 810	44 690	959	68 650	69 124
BUK	5 757	5 976	(219)	5 357	400	9 550	8 705
ABK	801	755	46	858	(57)	1 200	1 280
MSK	4 432	4 295	137	4 341	91	7 000	6 960
SSL	146	-	146	52	94	-	116
STHF	109 267	109 017	250	108 104	1 163	169 400	165 962

Antall sykehusopphold hittil i år er 4 % lavere enn budsjettet og 4 % færre enn i fjor. Det har vært høyt pasientbelegg i årets 7 første måneder; mellom 96 %-105 %. Beleggsprosenten i august var imidlertid noe lavere; 93 %. Antall liggedøgn er om lag 65.500 per 8 måneder. Dette er tilnærmet likt med budsjett, og 2 % færre enn i fjor.

Per 8 måneder ble det utført 4 % flere dagbehandlinger som budsjettet og 7 % flere enn i fjor. Samtidig ble det utført om lag 109.000 polikliniske konsultasjoner. Dette er likt som budsjettet og 1 % flere enn i fjor.

Kirurgisk klinikk har et budsjettavvik på – 593 DRG-poeng per august, som er en forverring på –148 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 56 % av avviket. Resterende forklares med lave indekser på dag og døgn. Det forventes at utviklingen vil vedvare ut året.

Aktiviteten i **Medisinsk klinikk**, målt i DRG, har vært 50 poeng høyere enn budsjettet per 8 måneder. Antall avdelingsopphold ved Medisinsk klinikk per 2. tertial var 2 % flere enn budsjettet og 1 % høyere enn i fjor. Den polikliniske aktiviteten har vært 3 % høyere enn budsjettet og 1 % høyere enn i fjor. DRG-indeksen (som er en indikasjon på kompleksiteten blant pasientene) var per 8 måneder noe svakere enn plan, men moderat høyere enn fjoråret. Pasientdataene for 1. tertial lukkes 24. september, og klinikken jobber aktivt med kvalitetskontroll av den medisinske kodingen frem til denne dato.

Medisinsk serviceklinik har aktivitet høyere enn budsjettet målt i konsultasjoner, men lavere DRG-vekter gir lavere uttelling. Det forventes DRG-poeng som budsjettet for 2019.

Barne- og ungdomsklinikken har et budsjettavvik på -41 DRG-poeng. Årsaken er færre opphold på barneavdelingen samt lavere aktivitet enn budsjettet på barnepoliklinikken. Antall konsultasjoner på barnepoliklinikken er 6,5 % lavere enn budsjettet hittil i år.

Psykisk helsevern og TSB

Antall sykehusopphold er hittil per august 5,7 % lavere enn budsjettet innenfor TSB, og er ikke sammenlignbart med fjoråret som følge av etablering av den nye avrusningsposten. Antall liggedager er 21,4 % høyere enn budsjettet. Antall sykehusopphold innenfor VOP ligger 5,5 % lavere enn budsjettet, mens antall liggedager ligger 0,8 % over budsjettet nivå. Antall liggedøgn er 1,8 % lavere enn i fjor, og antall sykehusopphold er 3,9 % lavere enn fjoråret.

Som tidligere nevnt er den inneliggende aktiviteten på BUP historisk høy i år. Antall liggedøgn per august ligger 29,0 % høyere enn budsjettet og 33,9 % høyere enn i fjor på samme tid. Antall sykehusopphold er 34,4 % over budsjett og ligger 36,7 % høyere enn i fjor.

Døgnaktivitet liggedøgn	faktisk aug.19	bud. aug.19	avvik aug.19	faktisk aug.18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Estimat 2019	Faktisk 2018
Voksenpsykiatri	21 546	21 366	180	21 944	-2 %	-398	32 500	33 000	33 119
Barne- og ungdomspsykiatri	1 824	1 414	410	1 362	34 %	462	2 100	2 700	2 197
TSB / RUS	2 584	2 129	455	1 604	61 %	980	3 200	3 500	2 798
STHF	25 954	24 909	1 045	24 910	4 %	1 044	37 800	39 200	38 114

Døgnaktivitet Utskrevne	faktisk aug.19	bud. aug.19	avvik aug.19	faktisk aug.18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Estimat 2019	Faktisk 2018
Voksenpsykiatri	1 060	1 122	-62	1 103	-4 %	-43	1 650	1 600	1 627
Barne- og ungdomspsykiatri	82	61	21	60	37 %	22	95	110	97
TSB / RUS	249	264	-15	202	23 %	47	400	360	330
STHF	1 391	1 447	(56)	1 365	2 %	26	2 145	2 070	2 054

Poliklinikk psykiatri	faktisk aug.19	bud. aug.19	avvik aug.19	faktisk aug.18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Estimat 2019	Faktisk 2018
Antall ISF-konsultasjoner									
BUP	18 758	18 119	639	17 306	8,4 %	1 452	28 100	29 000	27 451
VOP	32 819	33 866	-1 047	33 554	-2,2 %	-735	52 650	51 000	51 405
- herav Helse og arbeid	144	650	-506	497	-71,0 %	-353	1 000	300	497
TSB	6 468	8 136	-1 668	8 047	-19,6 %	-1 579	12 650	11 250	12 349
SUM	58 045	60 121	-2 076	58 907	-1 %	-862	93 400	91 250	91 205
ISF-poeng									
BUP	6 294	5 899	395	5 679	11 %	616	9 150	9 700	8 984
VOP	4 777	4 827	-50	4 982	-4 %	-205	7 502	7 400	7 538
- herav Helse og arbeid	20	56	-36	76	-74 %	-56	84	35	76
TSB	991	1 014	-23	948	5 %	43	1 575	1 500	1 515
SUM	12 062	11 740	322	11 608	4 %	454	18 227	18 600	18 037

Hittil per august har det vært høyere poliklinisk aktivitet enn både budsjettert og målt mot fjoråret innenfor BUP. Både VOP og TSB ligger lavere enn både budsjettert og målt mot fjoråret. Antall ISF-berettigede polikliniske konsultasjoner innenfor PHV og TSB er samlet sett 3,5 % lavere enn budsjettert. BUP viser 3,5 % høyere enn budsjett, og 8,4 % høyere enn i fjor. VOP ligger 3,1 % lavere enn budsjettert og 2,2 % lavere enn i fjor. Trekker vi ut Helse og arbeid (tidligere raskere tilbake), så ligger VOP 1,3 % lavere enn budsjettert. TSB ligger hele 20,5 % lavere enn budsjettert, og 19,6 % lavere enn i fjor.

Prioriteringsregelen

Ventetid	2018	2019	Endring
Somatikk	56,00	57,44	2,6 %
BUP	45,77	33,82	-26,1 %
VOP	46,79	38,49	-17,7 %
TSB	31,48	25,17	-20,0 %

Aktivitet	2018	2019	Endring
Somatikk	108 104	109 267	1,1 %
BUP	17 306	18 758	8,4 %
VOP	33 554	32 819	-2,2 %
TSB	8 047	7 423	-7,8 %

Kostnader (i antall 1000)	2018	2019	Endring
Somatikk	1 376 928	1 469 664	6,7 %
BUP	69 582	76 740	10,3 %
VOP	303 790	307 248	1,1 %
TSB	40 129	51 131	27,4 %

Ventetider (i forhold til både samme periode forrige år og gjennomsnitt for hele forrige år)

Prioriteringsregelen for ventetider er oppfylt innenfor alle tjenesteområdene.

Gjennomsnittlig ventetid for somatikken er økt med 1,4 dager per august målt mot samme periode i fjor. Voksenpsykiatrien har redusert ventetiden med 8 dager, barne- og ungdomspsykiatrien har redusert sin ventetid med 12 dager, mens ventetid innen TSB er viser en reduksjon fra 31 til 25 dager. De relative endringene viser at ventetidene i voksenpsykiatri har gått ned med 17,7 %, innen TSB har det gått ned med 20,0 %, og barne- og ungdomspsykiatrien har redusert med 26,1 %. Oppgangen i somatikken er på 2,6 %. Målt mot gjennomsnittet for hele forrige år så har somatikken økt med 3,1 %, mens BUP, VOP og TSB har redusert sin ventetid med hhv 17,9 %, 10,4 % og 15,9 %.

Polikliniske konsultasjoner

Prioriteringsregelen for poliklinisk aktivitet er oppfylt for BUP, men ikke for de andre tjenesteområdene. VOP har en nedgang på 2,2 % og TSB har en nedgang på 7,8 %.

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

Kostnader per tjenesteområde (tertialvis rapportering)

Kostnadene i somatikken øker med 6,7 % hittil per 2. tertial 2019 sammenlignet med samme periode i 2018. Dersom prioriteringsregelen skal oppfylles må hvert av tjenesteområdene BUP, VOP og TSB ha en større økning.

Kostnadene knyttet til BUP øker med 10,3 %. Det er nå færre vakante behandlerstillinger enn i 2018, og det er høy aktivitet på den ungdomspsykiatriske sengeposten som krever økte ressurser.

For VOP øker kostnadene kun med 1,1 %. Det er mange ubesatte stillinger i voksenpsykiatrien og kostnadene til kjøp av helsetjenester (FBV) er redusert med 6 % 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.

Reduksjonen i sykefravær fra 2018 til 2019 er på hele 0,45 % - poeng. 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 2.983 brutto månedsverk per august. Det er 14 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 2947 til 2955 månedsverk. Sett opp mot budsjetterte antall årsverk, så er det per august et overforbruk på 2,6 %.

Andelen variabelønnede per august 2019 er 8,7 %, noe som er på samme nivå som i fjor.

Økonomi

Sykehuset Telemark rapporterer et positivt driftsresultat på 15,8 millioner kr. pr. august 2019. Resultatet pr. august er 4,2 millioner kr. svakere enn periodisert budsjett.

Hittil i år er det høyere polikliniske inntekter, høye salgsinntekter lab/røntgen og noe lavere kostnader ved kjøp/salg av helsetjenester som bidrar positivt til resultatet, og som kompenserer for svakere effekt av planlagte forbedringstiltak.

Budsjettavviket hittil i år er relatert til resultatene i klinikkene, som oppnår svakere ISF-inntekter enn budsjettert i somatikken, og har utfordringer i arbeidet med forbedringstiltak, som ikke følger den planlagte fremdriften.

Det rapporteres om mer ressurstrengende pasienter på sengepostene og en vridning fra døgn til dagbehandling som ikke gir uttelling i DRG-poeng som er lagt til grunn i budsjettet.

Usikkerheten knyttet til periodiseringen av H-reseptkostnadene, årseffekten av TFG aktiviteten og kostnader knyttet til fritt behandlingsvalg vedvarer ut året. Basert på kostnadsutviklingen hittil i år, vurderes det at risikoen for negative budsjettavvik på årsbasis er lav.

Lønnskostnadene er høyere enn budsjettet. Dette kan til en viss grad forklares med uløste innsparingskrav i klinikkene som er budsjettet som reduksjon i fast lønn (og årsverk) – det er vurdert at mulighetsrommet for effektivisering og innsparing er knyttet til reduserte personellkostnader. Det er også høyt forbruk av overtid og ekstrahjelp på enkelte sengeposter, knyttet til høyt belegg og til dels svært tunge pasienter. Samtidig er aktiviteten i somatikken lavere enn budsjettet. Dette gjelder særlig innen kirurgiske fag.

Utfordringen er dimensjonering av kapasiteten avsatt til ØH som har få muligheter til kostnadsreduksjoner når pasientstrømmene varierer og går ned.

Regnskapsresultat pr. august 2019	regnskap	budsjett	avvik	Budsjett	Prognose	avvik
	august	august	august	2019	2019	2019
Basisramme	1 562 408	1 548 121	14 287	2 366 779	2 388 603	21 824
Kvalitetsbasert finansiering	11 161	11 161	-	16 741	16 741	-
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	522 897	531 719	-8 823	803 331	793 284	-10 047
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	108 724	111 393	-2 669	173 385	173 385	-
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	33 138	32 205	933	49 997	51 094	1 097
ISF fritt behandlingsvalg	-	-	-	-	-	-
ISF refusjon pasientadministrerte legemiddel (H-resepter)	42 198	49 566	-7 368	66 981	54 700	-12 281
Utskrivningsklare pasienter	14 123	9 039	5 084	13 559	19 559	6 000
Gjestepasienter	11 959	14 124	-2 164	21 352	21 352	-
Konserninterne gjestepasientinntekter	57 524	51 704	5 819	76 853	76 853	-
Polikliniske inntekter	63 061	56 476	6 585	86 386	94 386	8 000
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake	-	-	-	-	-	-
Andre øremerkede tilskudd	7 911	7 872	40	11 807	11 807	-
Andre driftsinntekter	174 394	176 366	-1 972	274 988	274 988	-
SUM DRIFTSINTEKTER	2 609 498	2 599 745	9 753	3 962 159	3 976 752	14 593
Kjøp av offentlige helsetjenester	26 411	29 166	2 755	43 750	39 750	4 000
Kjøp av private helsetjenester	64 734	64 635	-99	100 027	100 027	-
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	307 291	330 224	22 933	497 261	467 261	30 000
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	19 809	8 543	-11 266	11 688	24 688	-13 000
Konserninterne gjestepasientkostnader	179 056	179 748	691	271 267	271 267	-
Lønn til fast ansatte	1 175 297	1 164 363	-10 934	1 778 611	1 788 611	-10 000
Overtid og ekstrahjelp	68 664	50 225	-18 439	76 692	96 692	-20 000
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	225 652	210 565	-15 087	321 647	344 693	-23 046
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-69 098	-67 454	1 644	-101 723	-103 723	2 000
Annen lønn	183 234	186 026	2 792	293 276	293 276	-
Avskrivninger	65 803	67 372	1 569	101 668	99 668	2 000
Nedskrivninger	-	-	-	-	-	-
Andre driftskostnader	357 908	365 453	7 545	551 202	540 749	10 453
SUM DRIFTSKOSTNADER	2 604 762	2 588 867	-15 895	3 945 364	3 962 958	-17 593
DRIFTSRESULTAT	4 736	10 878	-6 142	16 795	13 795	-3 000
Finansinntekter	12 615	10 652	1 963	15 490	18 490	3 000
Finanskostnader	1 594	1 530	-64	2 285	2 285	-
FINANSRESULTAT	11 021	9 122	1 899	13 205	16 205	3 000
(ÅRS)RESULTAT	15 757	20 000	-4 243	30 000	30 000	-0
Pensjonskostnader	-	-	-	-	-	-
RESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER	15 757	20 000	-4 243	30 000	30 000	-0

Opprinnelig uløst utfordring i budsjett 2019 er teknisk innarbeidet i budsjettet på fast lønn, med negative beløp på konto for vikar i ledig stilling.

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 budsjettet og dårligere effekt av forbedringstiltak er hovedårsak til de dårlige resultatene.

Resultater pr. klinikk vises i tabellen under:

BUDSJETTAVVIK per august 2019	lønn	andre driftskostnader	driftsinntekter	Sum	herav effekt forbedringstiltak	herav øvrig drift
Kirurgi	-9 350	-1 647	-11 879	-22 876	-3 143	-19 733
Medisin	-17 197	2 454	3 568	-11 175	-3 717	-7 458
Barne- og ungdomsklinikken	68	-991	3 358	2 435	-428	2 862
Akutt og beredskap	-8 207	-6 771	1 222	-13 757	-1 922	-11 834
Medisinsk serviceklinik	6 186	853	4 508	11 547	-450	11 997
Psykiatri og rus	248	-1 699	1 946	495	-616	1 111
Service og systemledelse	146	-6 719	3 133	-3 440	-908	-2 532
SUM klinikker	-28 106	-14 521	5 856	-36 771	-11 184	-25 587
Administrasjon	6 493	-346	-2 583	3 564	-	3 564
Kjøp og salg av helsetjenester		25 891	-14 141	11 750		11 750
- biol.legemidler og kreftmidler		28 348	-20 139	6 241		6 241
- somatikk		-2 140	5 262	4 176		4 176
- psykiatri og TSB		-318	737	898		898
Felles poster	-4 133	15 015	6 333	17 214	0	17 214
Budsjettavvik per august	-25 746	26 039	-4 535	-4 242	-11 184	6 941

Kirurgisk klinikk har et budsjettavvik på – 22,9 millioner kroner per august, som er en forverring på –4,9 millioner kroner siden forrige periode. Avviket fra forrige periode skyldes hovedsakelig aktivitetsglidning fra døgn til dag, og lave indekser (-2,9 millioner), samt uløst budsjettutfordring for perioden (-1,6 millioner). Den totale uløste budsjettutfordringen er økt etter at klinikken overtok operasjonsteamet på Notodden som hadde budsjettet en innsparing på 1,4 millioner på slutten av året uten tilhørende tiltak. Det jobbes kontinuerlig for å finne og implementere tiltak med både langsiktig og kortsiktig effekt.

Medisinsk klinikk har et negativt avvik på -11,2 millioner kroner per 8 måneder som i all hovedsak er knyttet til lønnskostnader. Noe av lønns-merkostnadene er knyttet til klinikkens uløste utfordringer i 2019-budsjettet. Klinikken jobber med å identifisere tiltak for å løse årets uløste utfordring på 4,6 millioner kroner, men foreløpig foreligger ingen konkrete løsninger. Klinikken har for tiden et høyere antall leger enn budsjettet. Klinikken jobber med å tilstrebe samsvar mellom faktiske og budsjetterte legeårsværk. Klinikken har i hele år hatt et høyt pasientbelegg ved sengepostene, noe som har gitt merkostnader utover budsjettet nivå. Vanligvis har pasientbelegget avtatt noe fra april, men i år har belegget i hele sommer vært tett opp mot 100 %. Varekostnadene, deriblant forbruk av dyre legemidler innen kreftbehandling, har per 8 måneder vært noe lavere enn budsjettet. Den polikliniske aktiviteten har vært høyere enn budsjettet; noe som har resultert i høyere inntekter fra egenandeler enn budsjettet.

Barne- og ungdomsklinikken har et overskudd per august på 2,4 millioner kr. 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 per august på – 13,8 millioner kroner. Det er avvik på både lønn, innleie, medikamenter og varer. Hovedårsaken til dette er svært høy aktivitet på intensiv. Aktiviteten i sommer har også vært høy. 56 % over budsjettet antall pasienter, og 1,51 i pleietyngde på intensivsengene i juli, det generer innleie og økte lønnskostnader. Noe roligere fra midten av august.

Akuttmottaket har hatt stor pågang i sommer, og ligger nå 8 % over plan. Planlagte endringer på FOVA/Mottak på Notodden er under arbeid og krever ombygging- det er p.t. usikkert om dette tiltaket igangsettes.

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 er nå på 5,07 % (per juni fra HR-kuben). Klinikkenes mål er 5% i løpet av året.

Medisinsk serviceklinik har et overskudd per august på 11,5 millioner kroner. Inntektene er høyere enn budsjett pga høy aktivitet innen medisinsk genetikk og medisinsk biokjemi som mer enn oppveier for negativt budsjettavvik innen radiologi. I tillegg har en takstendring for fertilitetsavdelingen gitt økte inntekter på 5,0 millioner kroner hittil. Innsparinger på lønnskostnader grunnet vakanser i flere av avdelingene mer enn dekker opp for innleie av radiologer.

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling leverer et positivt budsjettavvik på 0,5 millioner kroner per august. Klinikken har hatt lavere poliklinisk aktivitet de siste månedene, noe som gir et negativt budsjettavvik på ISF-inntektene tilsvarende 0,2 millioner hittil i år. Samlede pasientrettede inntekter er 0,5 millioner lavere enn budsjettet.

Driften på Psykiatrisk sykehusavdeling er fremdeles utfordrende, da spesielt på akuttpostene og UPS. Pasienttrykket har vært, og er fremdeles veldig høyt. Det er særdeles ressurskrevende enkeltpasienter innlagt. Avdelingen viser per august et negativt resultat på 6,5 millioner. Både DPS øvre og nedre Telemark leverer store positive budsjettavvik som følge av mange vakante stillinger, noe som veier opp for den krevende driften på den Psykiatriske sykehusavdelingen.

Service- og Systemledelse har med utgangen av august et negativt resultat på 3,4 millioner kroner. Det er i hovedsak behandlingshjelpemidler og insulin som har høyere kostnader enn budsjettet med et samlet negativt budsjettavvik på 3 millioner kroner. Pasientreiser holder samlet sett nærmest balanse men det er store forskjeller mellom reiser med rekvisisjon (-1,8 millioner kroner) og reiser uten rekvisisjon (+1,2 millioner kroner). Eiendomsdrift sliter fortsatt med sterk økning i vann- og avløpskostnadene etter målerbytte, økninger skyldes underrapportering av forbruket i tidligere år. Men avdelingen ernæring (+0,5 millioner kroner), og renhold-tekstil-interiør-kunst (+0,8 millioner kroner) kompenserer dette med stram styring av driftskostnadene. Klinikken har et positivt avvik på lønnskostnader (+0,15 millioner kroner) som er en vesentlig forbedring i forhold til de andre måneder i andre tertial, spesielt innen innkjøp&logistikk (avslutter med -0,3 millioner kroner mot 0,6 millioner kroner i forrige måned). Selv om det er et positivt resultat på lønnskostnadene bruker klinikken rundt 1 millioner kroner på eksternt innleie og 7,6 årsverk mer enn budsjettet. Dermed er kostnadene for

arbeidskraft rundt 900.000kr i minus. Sykefravær på over 8% forklarer en del av det, samtidig er lærlingene ikke særskilt budsjettert og finansierer seg delvis fra lærlingtilskudd. Men sommerferie-avvikling var mye bedre enn i 2018.

Administrasjonen har et positivt budsjettavvik på 3,6 millioner kroner per august grunnet vakante stillinger (økonomidirektør, juridisk rådgiver, bedriftshelsetjenesten).

Felles: Positivt avvik har sammenheng med risikobufferen i budsjettet.

Tertialvise forhold

Forskning

Så langt i 2019 har forskere ved STHF vært medforfattere på 46 vitenskapelige publikasjoner, flere i høyt rangerte tidsskrift. To overleger har innlevert sitt doktorgradsarbeid til Universitet i Oslo for bedømmelse og ytterligere to PhD-stipendiater skal etter planen ferdigstille sitt doktorgradsarbeid i 2019. Det forventes derfor minst fire disputaser i 2020. Forskningsproduksjonen fortsetter å øke og dette har gitt merkbar økning i overføringer til sykehuset Telemark de siste årene. Økte overføringer og omdisponering av forskningsmidler resulterte i en rekordstor intern utlysning av 5.5 millioner kroner til pågående og nye forskningsprosjekter ved sykehuset. 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. STHF fikk tildelt 500 000 i strategiske forskningsmidler fra HSØ til CPpain-prosjektet. –Et stort internasjonalt forskningsprosjekt om bedre smertebehandling hos barn og unge med Cerebral Parese som er initiert ved STHF. I tillegg har vi fått eksterne forskningsmidler fra ALS-Norge til et nytt prosjekt om genetisk kartlegging av ALS-pasienter i Norge. Ingen øvrige prosjekter ble tildelt midler fra de regionale forskningsmidlene fra HSØ, Extrastiftelsen helse og rehabilitering eller Norsk forskningsråd.

I 2019 har vi nådd en viktig milepæl ved at to overleger ved STHF vil få akademiske toppstillinger ved medisinsk fakultet 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 PVO 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.

Ansvaret for innovasjon er nå flyttet fra FoU-avdelingen til utviklingsavdelingen og FoU-avdelingen har skiftet navn til forskningsavdelingen.

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 antydning 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
Fraværsskader	15	0
Antall registrerte HMS hendelser	153	134
Antall lukkede HMS hendelser	83	88
Antall registrerte vold og trusselhendelser (somatikk)	10	6
Antall registrerte vold og trusselhendelser (psykiatri)	91	78
Totalt antall vold og trussel hendelser registrert	101	84

Handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring - I trygge hender 24/7

Sykehuset Telemark viderefører arbeidet med innsatsområdene fra pasientsikkerhetsprogrammet som del av implementeringen av Handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023.

Overordnet rettes innsatsen mot å styrke kompetansen innen ledelse av pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Innsatsområdene «Trygg utskriving med pasienten som likeverdig part», «Forebygging av underernæring» og «Samstemming av legemiddellister» skal gis særskilt prioritet.

Prevalensmålinger skal gjennomføres fire ganger årlig. Det er samtidig et mål å øke forståelsen og bruken av GTT som indikator for pasientsikkerhet, ved å styrke GTT-kompetansen og øke omfanget av GTT-målinger.

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 pågående tilsyn og revisjoner per andre tertial 2019:

Tid	Tilsyns-organ	Enhet	Tema	Funn	Handlingsplan/tiltak	Status
Okt 2017 – jan 2018	Konsern-revisjon	STHF	<i>Om det er etablert en hensiktsmessig, overordnet styrings- og forvaltningsmodell for GAT i hele foretaksgruppen, og om denne fungerer etter hensikten.</i>	3 anbefalinger	Presentert i egen styresak 23.05.2018	Oppfølging pågår. Oppfølging i samarbeid med HSØ for å se i sammenheng med felles regional standard.
Mars 2018	Skagerak Energi	STHF	<i>Tilsyn med EX-anlegg i fyrhus i B51</i>	4 avvik vedr dokumentasjon og rutiner knyttet til eksplosjonsområder i fyrrommet	Det jobbes med lukking av avvikene.	Oppfølging pågår
Sept 2018	DNV	STHF	<i>ISO 14001: 2015 Miljøledelse - resertifisering</i>	Funn: <ul style="list-style-type: none"> • Kategori 1 avvik: 1 • Kategori 2 avvik: 5 • Observasjoner: 17 • Forbedringsmuligheter: 12 	Handlingsplan oversendt DNV. Kategori 1 avviket lukket. Oppdater handlingsplan for resterende	Under oppfølging. Avventer tilbakemelding i forbindelse med periodisk revisjon i september 2019.

Tid	Tilsynsorgan	Enhet	Tema	Funn	Handlingsplan/tiltak	Status
					avvik sendt DNV.	
Okt. 2018	Fylkesmannen i Telemark	Medisinsk klinikk, Avd. Øvre Telemark	<i>Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A – Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen</i>	1 avvik: Manglende system for vurdering av samtykke-kompetanse		Avsluttet mai 2019. Fylkesmannen bekrefter at avvik er tilfredsstillende lukket.
Okt. 2018	Fylkesmannen i Telemark	Medisinsk klinikk, Avd. B	<i>Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A – Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen</i>	2 avvik: <ul style="list-style-type: none"> • 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	<i>Tilsyn innen elektromedisinsk utstyr, behandlingshjelpemidler og elektriske anlegg og utstyr</i>	2 avvik: <ul style="list-style-type: none"> • Manglende grunnlagsdokumentasjon på risikovurdering • Manglende kunnskap om innebygget sikkerhet i medisinske roms elektriske anlegg 	Tiltaksplan – oppfølging pågår	Tiltaksplan godkjent. Tilsynet avsluttet.
Jan-mars 2019	Konsernrevisjonen	BUP	<i>Likeverdige og forutsigbare helsetjenester – innføring av pakkeforløp</i>	Det er i rapporten gitt 3 anbefalinger.	Handlingsplan med konsernrevisjonens anbefalinger. Rapport presentert for styret i juni 2019	Oppfølging av handlingsplan pågår. Konsernrevisjonen følger forbedringsarbeidet gjennom møter med sykehusledelsen.
Mars 2019	Arbeids-tilsynet	Klinikk for psykisk helsevern	<i>Vold og trusler</i>	Tilsynsrapport mottatt 8/5: Varsel om 5 pålegg.1) Vold, trusler	Oppfølging pågår.	Oppfølging pågår.

Tid	Tilsyns-organ	Enhet	Tema	Funn	Handlings-plan/tiltak	Status
		og rusbehandl ing, avdeling 19A og 19B		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		
April 2019	Arbeids- tilsynet	Medisinsk klinikk, Seksjon Moflata 3. etg.	<i>Arbeidsmiljøloven s krav om å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade.</i>	Pålegg - Kartlegging av organisatoriske- og psykososiale arbeidsmiljøfaktorer	Oppfølging pågår	Oppfølging pågår
April 2019	Det norske Veritas	Avdeling for Arbeidsme disin	<i>Periodisk revisjon: Måling og analyse / evaluering av prestasjon som grunnlag for forbedring.</i>	Funn: 2 Observasjoner: - Dokumentasjon gjennomført opplæring - Versjonskontroll		Høy grad av styring.
Mai 2019	Det norske Veritas	Fertilitets- klinikken Sør	<i>Periodisk revisjon: Identifikasjon av pasienter og samtykke fra disse. Samsvar og oppfyllelse av interne og eksterne krav.</i>	Funn: Avvik (1): Informasjon til pasienter om adopsjon Observasjon (1): Plan internrevisjon Forbedringsmulighet (1): Dokumentasjon gjennomført opplæring	Oppfølging pågår	Høy grad av styring og kontroll
Mai 2019	Norsk akkrediteri ng	Avdeling for laboratorie medisin	<i>NS-EN ISO 15189 (2012) Medisinske laboratorier - Krav til kvalitet og kompetanse</i>	Avvik (analyseteknisk detaljnivå) er lukket		Tilsynet avsluttet. Kravene til akkreditering oppfylt. Forutsetter regelmessig oppfølging.

Tid	Tilsyns-organ	Enhet	Tema	Funn	Handlingsplan/tiltak	Status
						Gyldig til 15.04.2021.
Juni 2019	Notodden kommune, Brann og feiervesenet	STHF - Notodden	<i>Branntilsyn</i>	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 serviceklinikk	<i>Håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev</i>	1 avvik – Mangler dokumentasjon og innhenting av godkjenning (Beinbanken)	Oppfølging i gang.	Avventer rapport i Helsetilsynet

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.

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 undersøkelseskommissjon 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:

	Pasienthendelser	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	Meldeplikten opphørt	4

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

	Klage fra pasient /pårørende	Hendelsesbaserte tilsynssaker	Krav om erstatning til NPE	Annet	Sum total
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

Status tilpasning GDPR (General Data Protection Regulation)

Det gjenstår et arbeid i foretaket for å sikre at styringssystemet bidrar til etterlevelse av gjeldende krav. Grunnet manglende felles styringssystem og IKT verktøy for utarbeidelse av protokoll / risikovurderinger, er det utfordrende å få god oversikt over risikobildet og følge opp besluttede tiltak.

Arbeidet med handlingsplanen for informasjonssikkerhet og personvern 2019-2020 er igangsatt og vil fullføres i løpet av september. Det vil legges opp til tett oppfølging av gjennomføringen, med statusrapportering i ledergruppen 2. hver måned.

Virksomhetsrapport

August 2019

Innhold

1. Hovedmål

2. Pasient

3. Bemanning

4. Aktivitet

5. Kvalitetsindikatorer

6. Økonomi

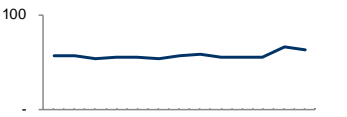

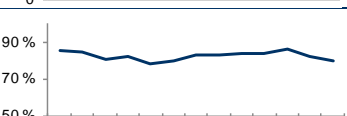

7. Klinikker

Oppsummering

august 2019

Sykehuset Telemark	Faktisk HIÅ	Budsjett HIÅ	Avvik HIÅ	HIÅ 2018	Årsestimat	Årsbudsjett	Avvik
Kvalitet per måned							
Ventetid påstartet, denne periode	62			64			
Ventetid ventende, denne periode	70			65			
Antall fristbrudd påstartet, denne periode	67			57		0	
Antall fristbrudd venter, denne periode	77			23		0	
Aktivitet							
ISF-poeng somatikk							
"Sørge for" (døgn, dag og polkl.)	28 289	28 804	-515	28 100	43 296	43 746	-450
Legemidler	1 890	2 220	-330	2 512	2 450	3 000	-550
Totalt antall ISF poeng "sørge for"	30 179	31 024	-845	30 612	45 746	46 746	-1 000
Utført eget HF/Sykehus	28 189	28 734	-545	28 005	43 196	43 646	-450
ISF-poeng Psyk							
Voksenpsykiatri og TSB	5 036	5 085	-49	5 212	8 900	9 077	-177
Barne- og ungdomspsykiatri	5 547	5 216	331	5 029	9 700	9 150	550
Polikliniske konsultasjoner							
Somatikk	109 267	109 017	250	108 104	169 400	169 400	-
VOP	32 819	33 866	-1 047	33 554	51 000	52 650	-1 650
BUP	18 758	18 119	639	17 306	29 000	28 100	900
TSB	7 423	8 136	-713	8 047	11 250	12 650	-1 400
Bemanning							
Brutto månedsværk	2 983	2 909	-74	2 969	2 990	2 920	-70
Innleie helsepersonell	19 809	8 543	-11 266	12 153	24 688	11 688	-13 000
Lønn til fast ansatte	1 175 297	1 164 363	-10 934	1 133 583	1 788 611	1 778 611	-10 000
Overtid og ekstrahjelp	68 664	50 225	-18 439	62 831	96 692	76 692	-20 000
Sykefravær (forrige måned)	6,90			7,35			
Økonomi (hele tusen)							
Driftsinntekter	2 609 498	2 599 745	9 753	2 444 139	3 976 752	3 962 159	14 593
Driftskostnader	2 604 762	2 588 867	-15 895	2 454 826	3 962 958	3 945 364	-17 593
Netto finansresultat	11 021	9 122	1 899	7 425	16 205	13 205	3 000
Pensjon	-	-	-	-	-	-	-
Årsresultat	15 757	20 000	-4 243	-3 262	30 000	30 000	-0

Regionale hovedmål

Hovedmål	Mål 2019	Utvikling siste	Status	Resultat	Resultat
		12 mnd	2017	2018	aug.19
Gjennomsnitt ventetid somatisk redusert til 60 dager. Ordinært avviklede pasienter.	50		57	55	63
Pasienten opplever ikke fristbrudd (påstartet)	Antall brudd		30	34	67
	Andel av med frist		1,0 %	1,3 %	2,3 %
Pasienten får bekreftelse og tidspunkt for behandling i samme brev	100%		84 %	78 %	79 %
Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer	Årsresultat		-12,9 mill	8,9 mill	15,8 mill
	Budsjettavvik		12,1 mill	-21,1 mill	-4,2 mill
Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3%	3%	Siste måling mai 2019	2,8 %	3,8 %	4,4 %
Alle medarbeider involveres i oppfølging av medarbeider-undersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet	100%	Siste måling vår 2019	87 %	86 %	86 %
Korridorpatienter	0 %		0,6 %	0,7 %	1,1 %

Prioriteringsregelen - status hittil i år	Antall dager		% endring hittil i år 2018-2019					
	Ventetider påstartet		Ventetider påstartet		Polikliniske konsultasjoner		Bemanning	
	hittil '19	hittil '18	Somatikk	Psykiatri/TSB	Somatikk	Psykiatri/TSB	Somatikk	Psykiatri/TSB
August 2019								
STHF	56	55					0,5 %	
SOMATIKK	57	56	3 %		1 %		0,4 %	
BUP	34	46		-26 %		8 %		7 %
VOP	38	47		-18 %		-2 %		0 %
TSB	25	31		-20 %		-8 %		3 %
Endring pr klinikk	0	0						
(01) Kirurgisk klinikk	69	63	9 %		1 %		-1 %	
(02) Medisinsk klinikk	44	45	-1 %		0 %		1 %	
(03) Barne- og ungdomsklinikken, somatikk	38	50	-23 %		8 %		0 %	
(303) Avdeling for barn og unges psykiske helse	34	46		-26 %		8 %		3 %
(06) Akutt og beredskap	75	69	10 %		-7 %		1 %	
(07) Medisinsk Serviceklinikk	43	83	-48 %		2 %		1 %	
(09) Klinikk for psykisk helsevern, VOP	38	47		-18 %		-2 %		0 %
(09) Klinikk for psykisk helsevern, TSB	25	31		-20 %		-8 %		3 %
(13) Service og systemledelse							-1 %	
(15) Administrasjon							1 %	

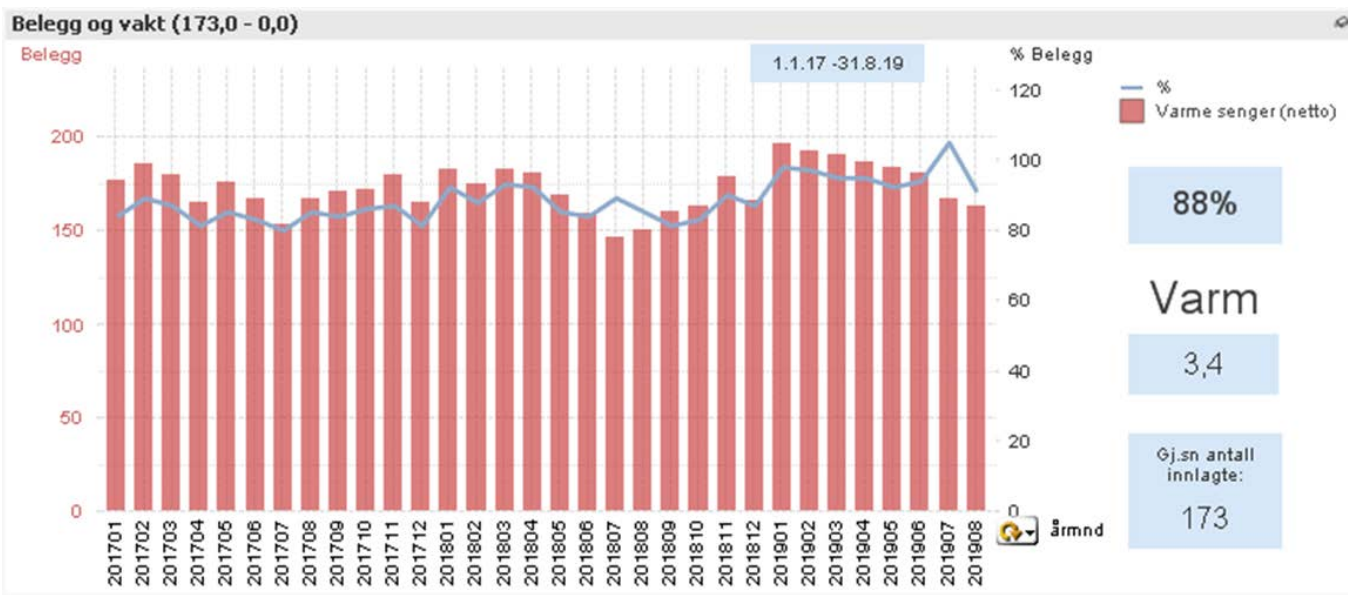
Fotnote: Påstartet = Avviklet

Fotnote: Kostnadene er eks. avskrivninger, legemidler og pensjon

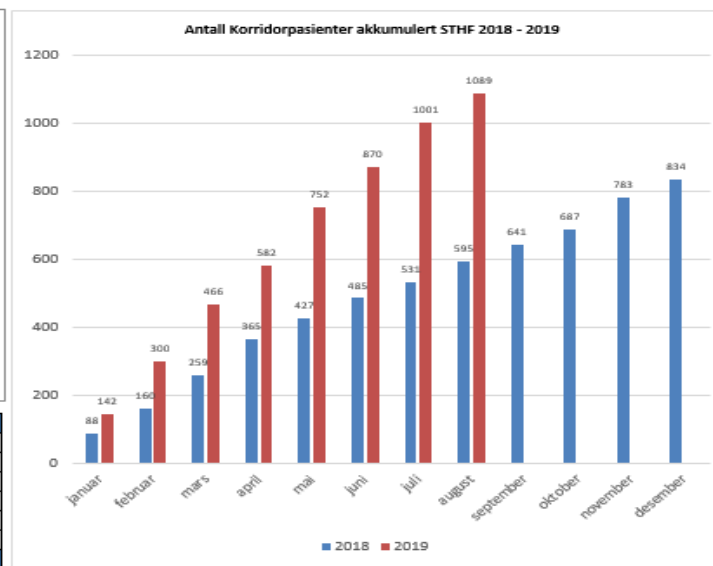
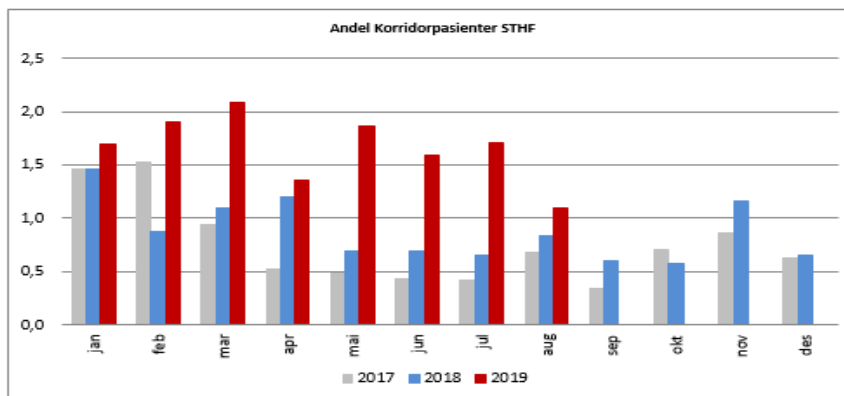
Senger i bruk per somatisk sengepost.
 Tekniske poster utelatt.
 Tatt ut 3/9-19.

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

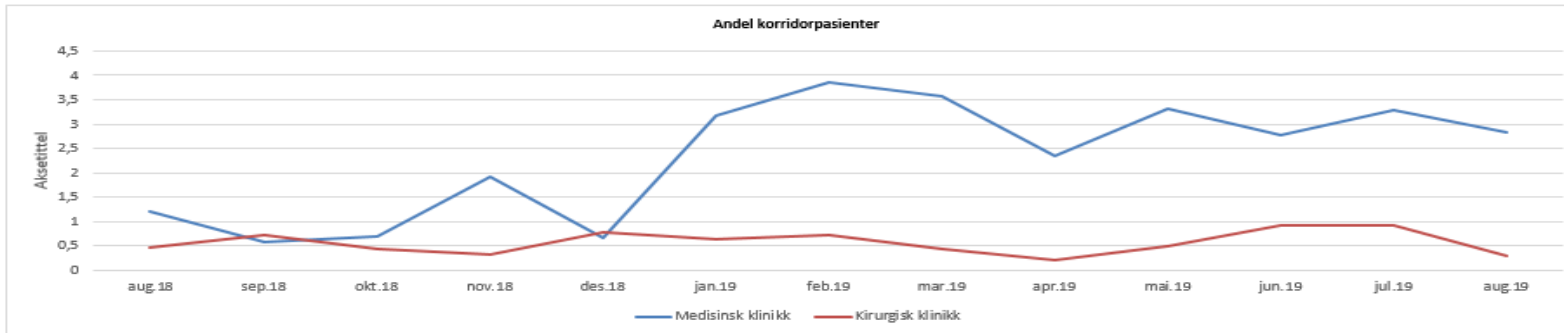
Senger i bruk per post						
1.8.19 -31.8.19						
Post	Postopphold	Varme senger 2016	Varme senger (netto)	Senger	%	/Vakt
	2482	-		180	91%	
Hjerte-nyre-hormon Skien	284	-		21	103%	0,0
Lunge-geriatri Skien	167	-		18	102%	0,0
Ortopedisk post Skien	282	-		20	97%	0,0
Blod-kreft post Skien	156	-		18	96%	0,0
Gastro post Skien	334	-		25	92%	0,0
Nevrologi-slag-rehab Skien	220	-		18	89%	0,0
Kirurgen 1 - 1. etg Skien	505	-		21	89%	0,0
Medisinsk post Notodden	270	-		25	79%	0,0
Kirurgisk post Notodden	205	-		13	77%	0,0
Kirurgen 1 - 3. etg Skien	59	-		10	7%	0,0



Senger i bruk for
 somatiske sengeposter.
 Tekniske poster utelatt.



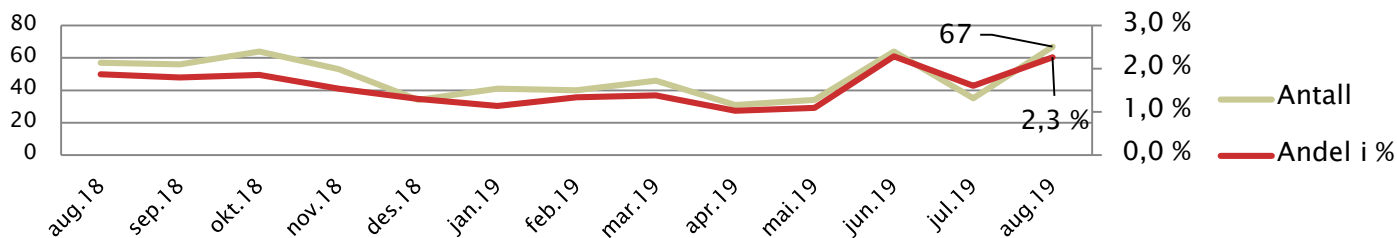
Antall korridorpasienter - somatik	Juli	August	HiÅ 2019	HiÅ 2018	HiÅ 2017
Kirurgisk klinikk	29	11	149	118	110
Medisinsk klinikk	102	77	939	305	325
Barne og ungdomsklinikk	0	0	0	4	3
Akutt og beredskaps klinikk	0	0	1	0	0
Medisinsk teknisk klinikk	0	0	0	0	3
Psykiatrisk klinikk	0	0	0	0	0
Sykehuset Telemark	131	88	1089	427	441



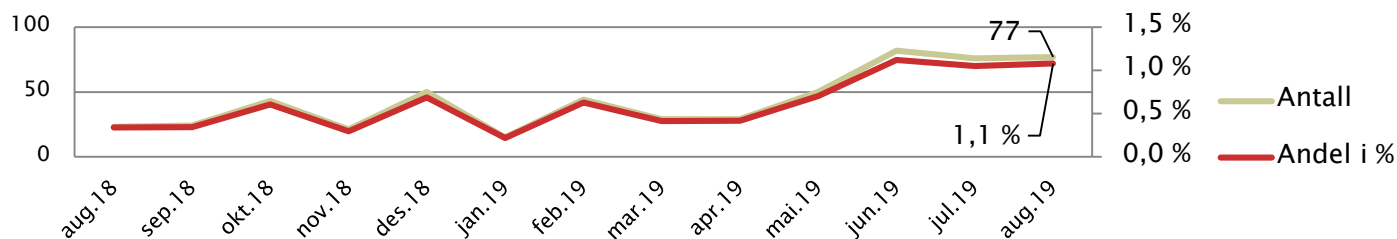
Pasient

Utvikling over tid for aktivitet i hele STHF alle omsorgsnivåer

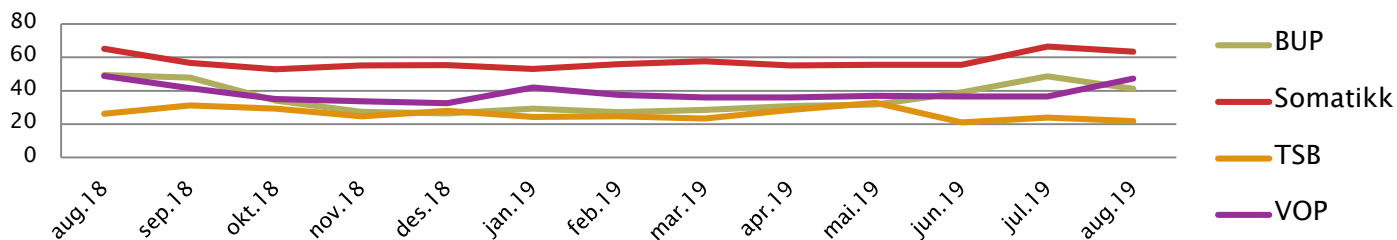
1. Antall/andel fristbrudd påstartet STHF.



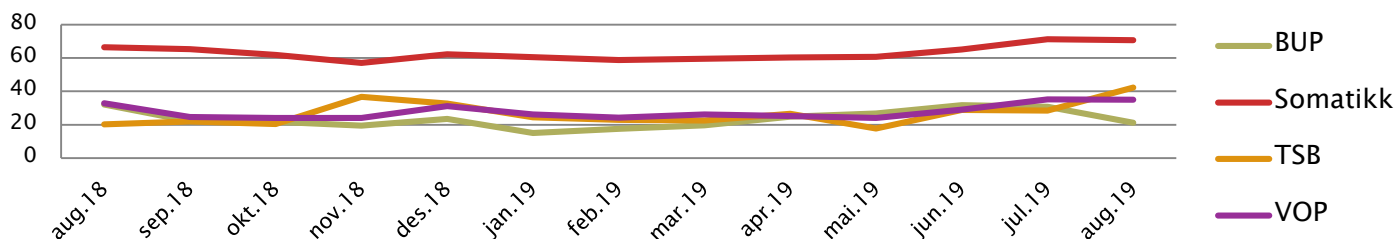
2. Antall/andel fristbrudd ventende STHF.



3. Gjennomsnittlig ventetid påstartet STHF



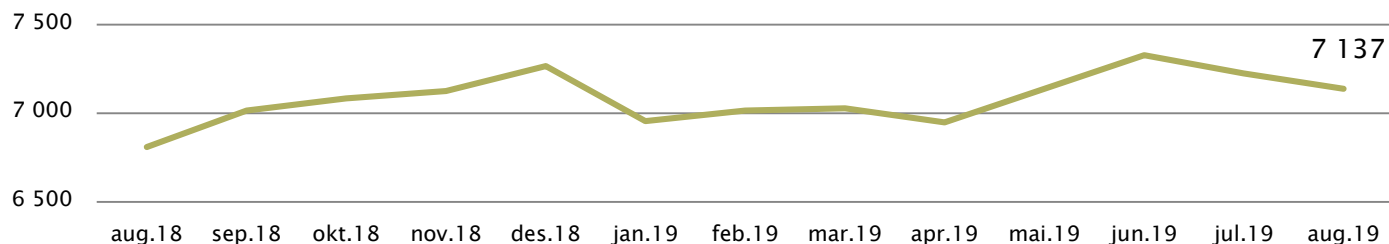
4. Gjennomsnittlig ventetid ventende STHF.



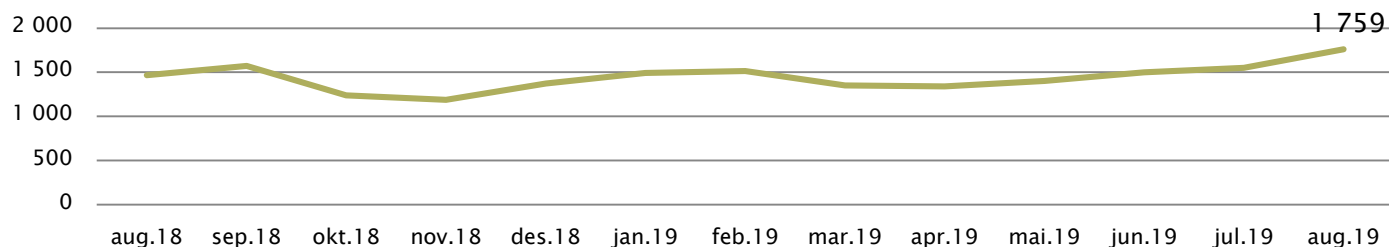
Paul Husmo, husp@sthf.no tlf:35 08 03 02

Utvikling over tid for aktivitet i hele STHF alle omsorgsnivåer

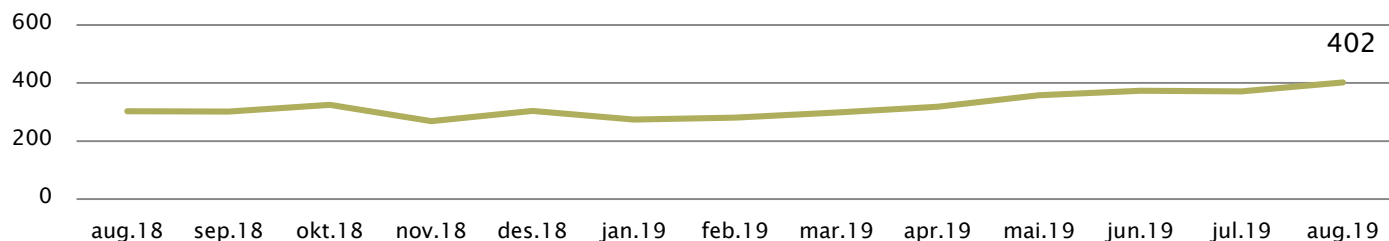
5. Antall som venter på STHF.



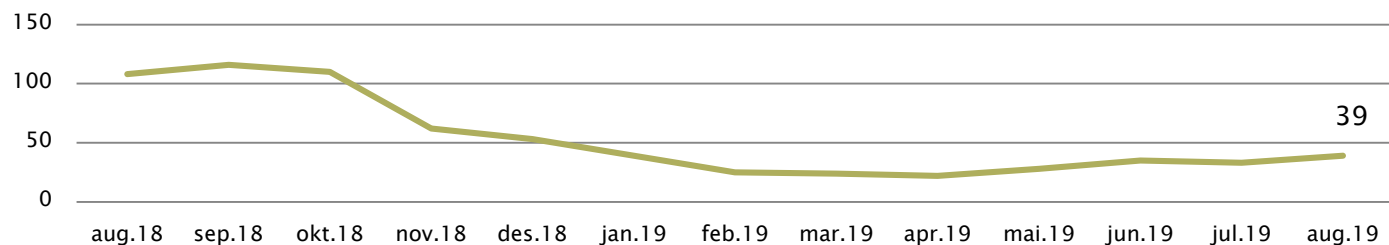
6. Antall ventende som har ventet mer enn 3 måneder STHF.



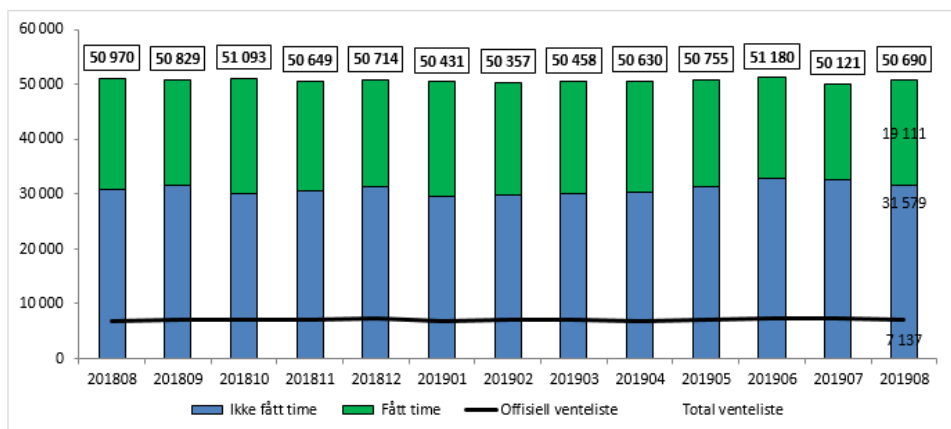
7. Antall ventende som har ventet mer enn 6 måneder STHF.



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



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

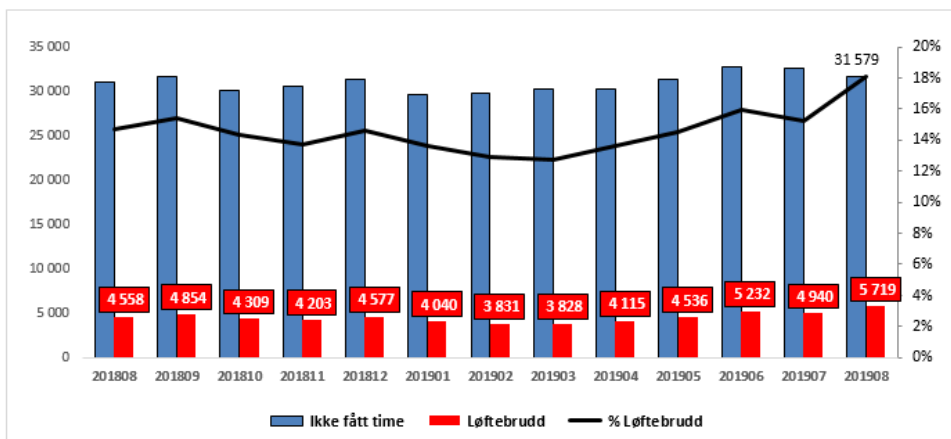


Utvikling i total venteliste

I august er den totale ventelisten er på 50690 pasienter. Den offisielle ventelisten er på 7137 pasienter.

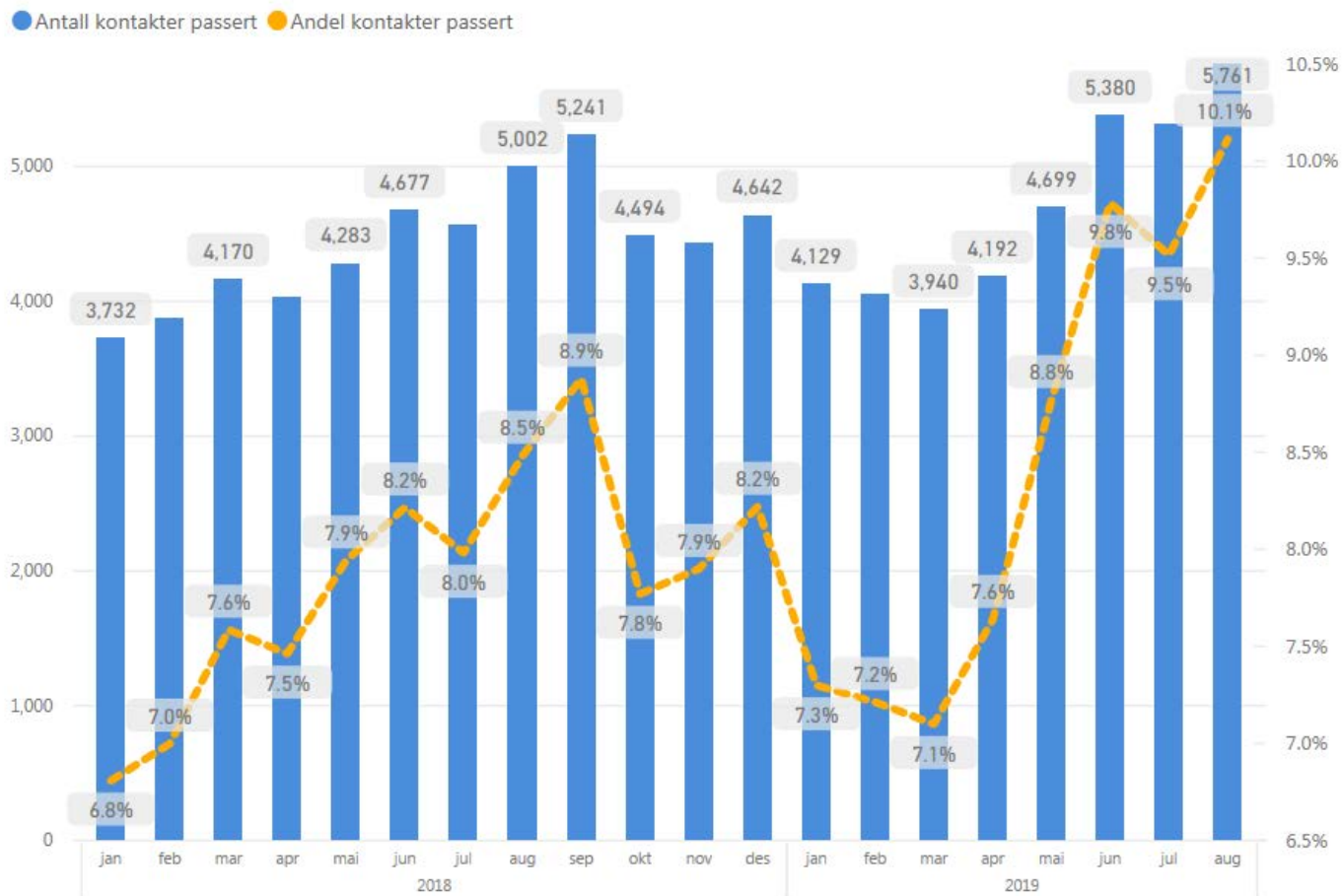
Den totale ventelisten fordeler seg på 19111 pasienter som har fått time, og 31579 pasienter som ikke har fått time.

Pasienter som venter på timeinnkalling



Av de som venter og ikke har fått timeinnkalling (31579), har 5719 pasienter passert tentativ dato for oppmøte (Løftebrudd). Dette utgjør 18,1 % av pasientene.

Utvikling «Passert planlagt tid»



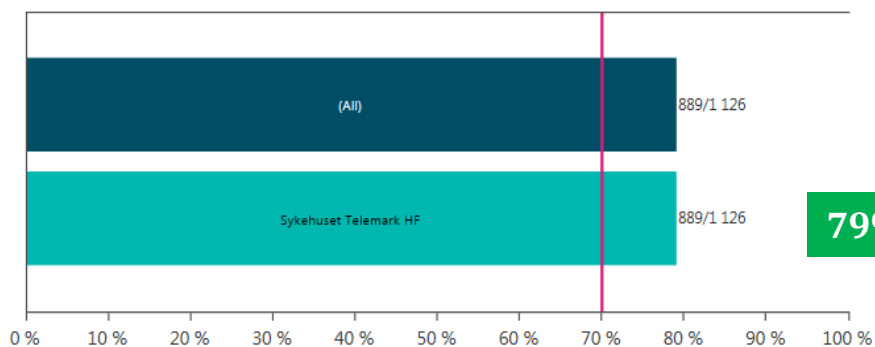
Sammenligning pr August

Helseforetaksnavn	Antall planlagte kontakter	Kontakter ikke passert planlagt tid	Kontakter med passert planlagt tid	Andel passert planlagt tid
Akershus Universitetssykehus	149,500	131,514	17,986	12.0 %
Oslo Universitetssykehus	252,022	237,670	14,352	5.7 %
Sykehuset Innlandet	105,259	97,120	8,139	7.7 %
Sykehuset i Vestfold	91,875	84,377	7,498	8.2 %
Sørlandet Sykehus	114,725	100,394	14,331	12.5 %
Sykehuset Telemark	56,964	51,203	5,761	10.1 %
Sykehuset Østfold	113,198	96,244	16,954	15.0 %
Vestre Viken	155,657	141,913	13,744	8.8 %
Sunnaas Sykehus	4,577	4,066	511	11.2 %
Diakonhjemmet Sykehus	36,353	30,565	5,788	15.9 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	38,635	36,029	2,606	6.7 %
Betanien Hospital	9,821	8,357	1,464	14.9 %
Martina Hansen Hospital	14,856	14,308	548	3.7 %
Revmatismesykehuset Lillehammer	5,204	4,027	1,177	22.6 %
Totalt	1,148,646	1,037,787	110,859	9.7 %

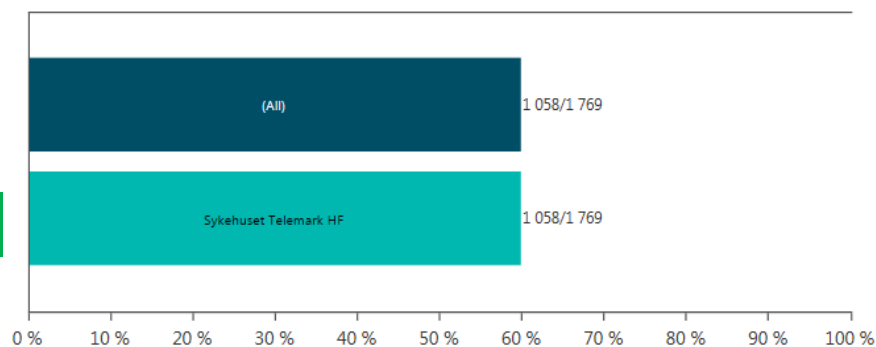
Pakkeforløp Kreft

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

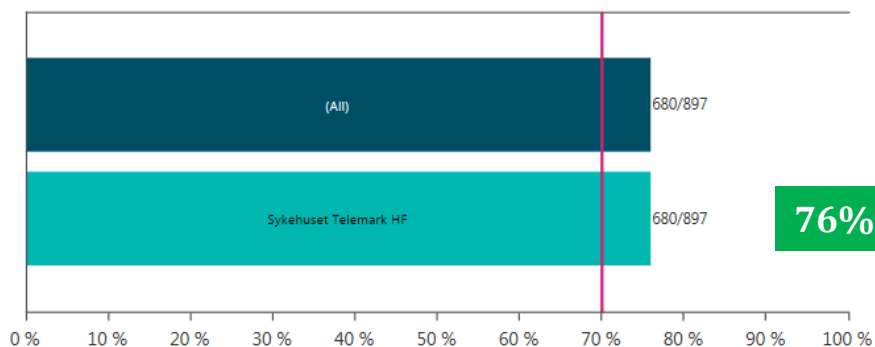
Andel nye pasienter i pakkeforløp (OA1)



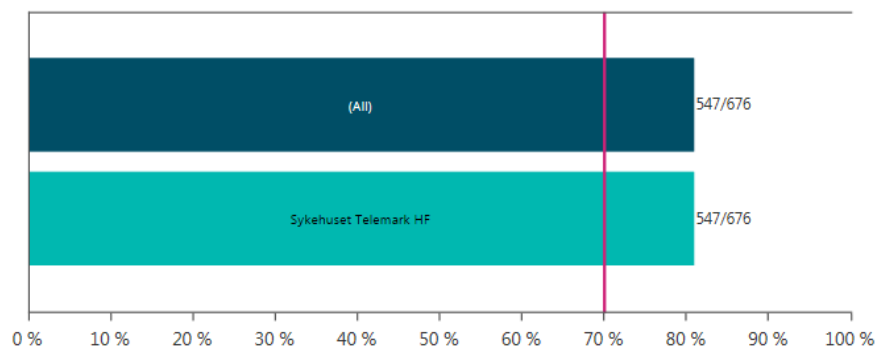
Andel pasienter med diagnose avkrefret (OA2)



Andel behandlet innen standard forløpstid - alle behandlingsformer



Andel behandlet innen standard forløpstid - kirurgisk behandling (OF4K)



Kilde: NPR

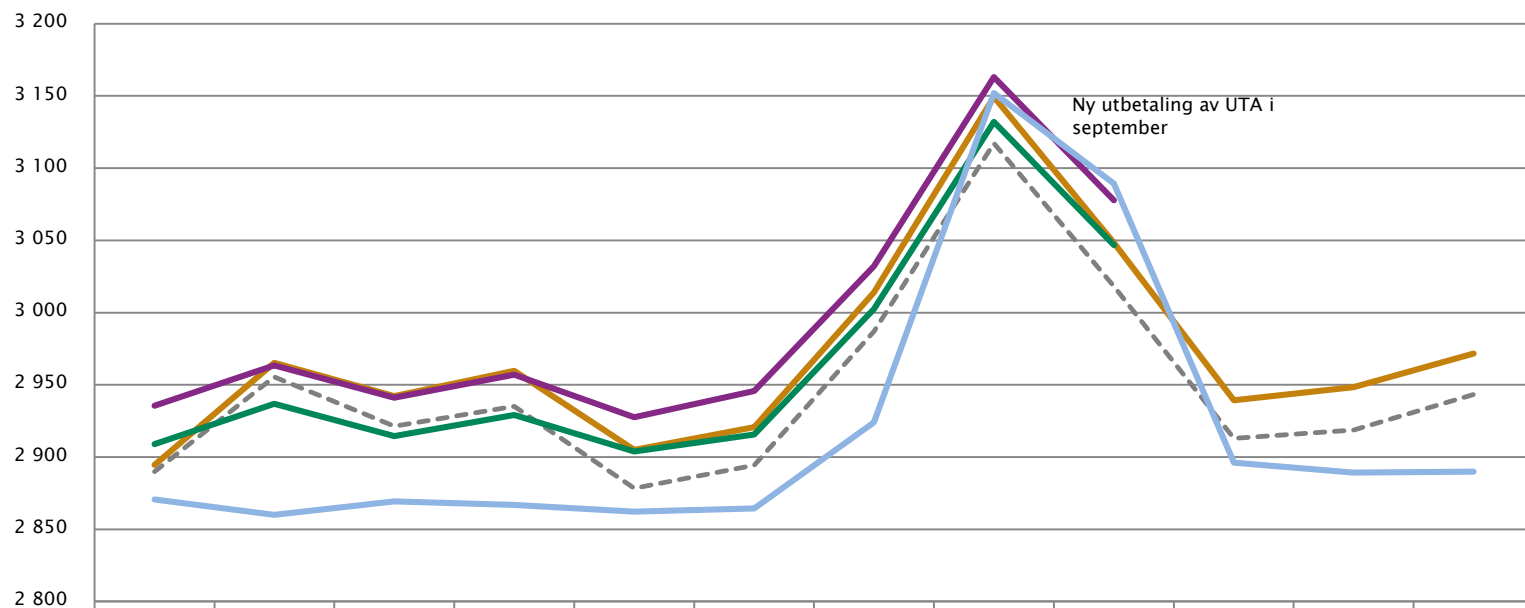
Periode: august-18 til juli-19

Oppdaterte tall finnes på :

<https://statistikk.helsedirektoratet.no>

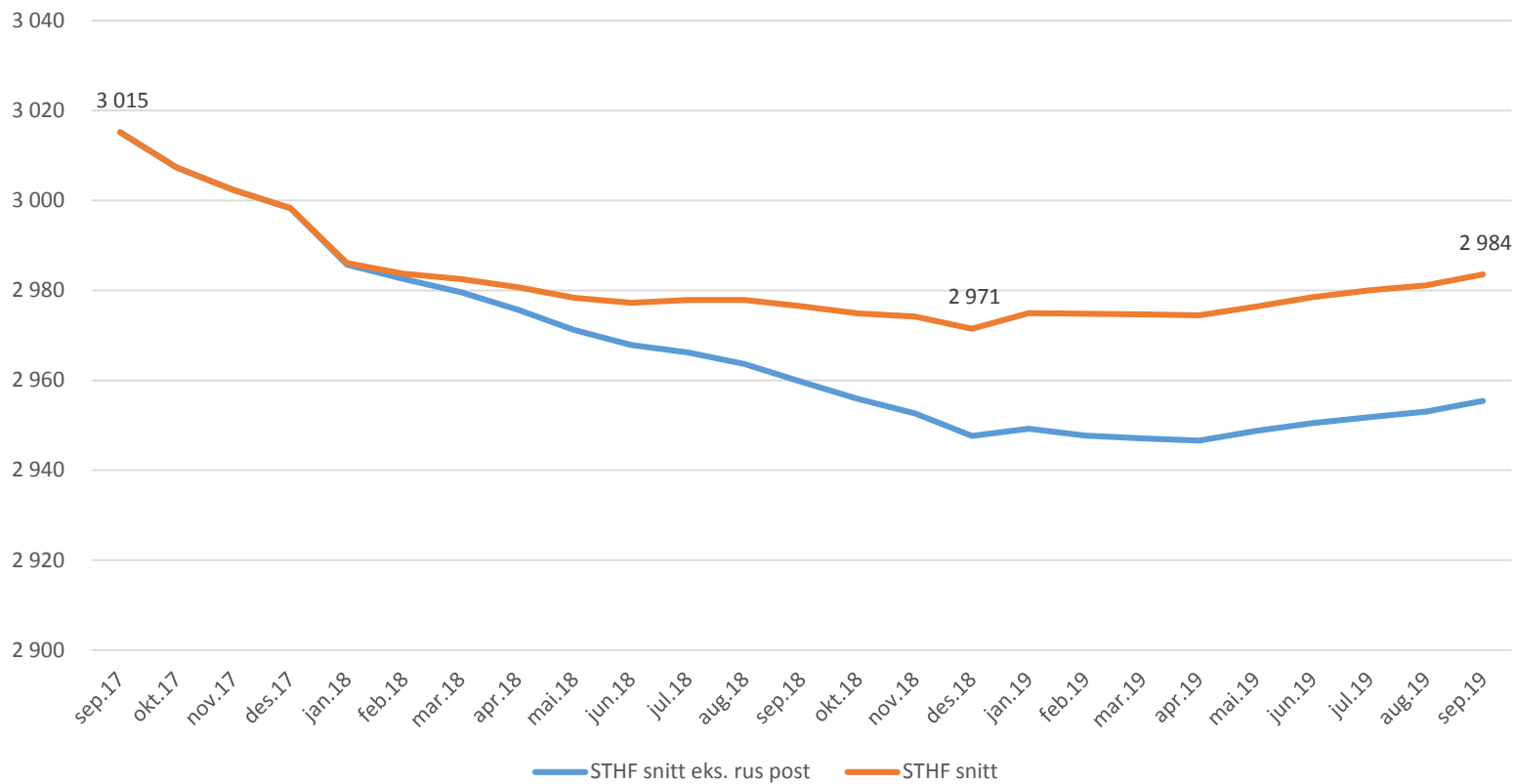
Bemanning

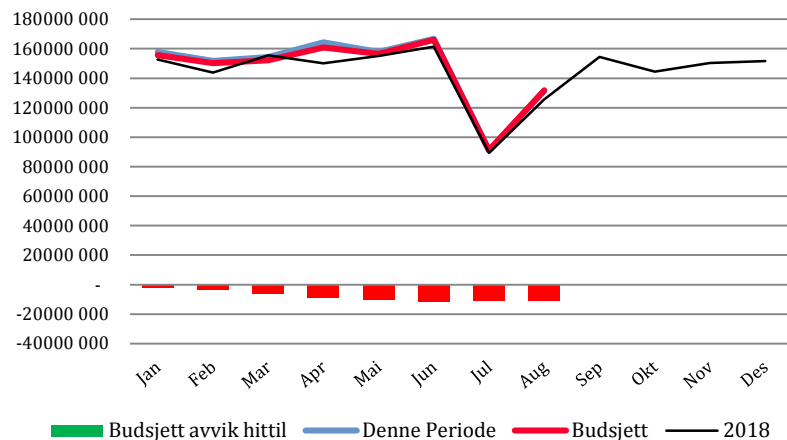
Antall årsverk



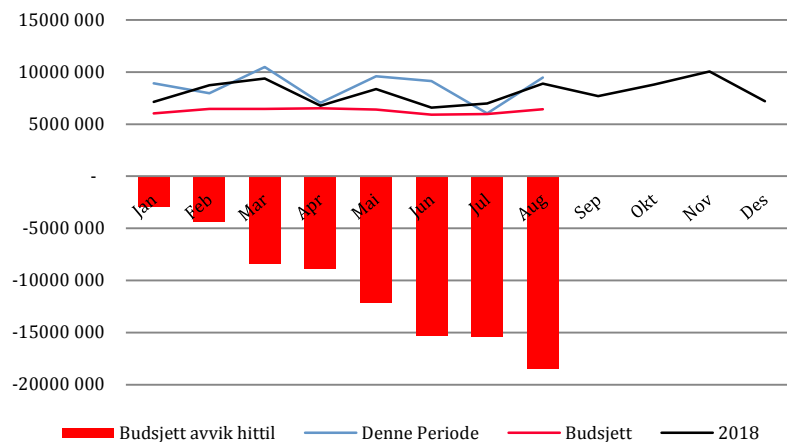
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Faktisk 2018	2 895	2 965	2 942	2 960	2 905	2 921	3 014	3 149	3 048	2 939	2 948	2 972
Faktisk 2019	2 936	2 963	2 941	2 957	2 928	2 946	3 032	3 163	3 078			
Faktisk 2018 eks avrusning	2 890	2 955	2 921	2 935	2 878	2 894	2 987	3 117	3 018	2 913	2 919	2 943
Faktisk 2019 eks avrusning	2 909	2 937	2 914	2 929	2 904	2 916	3 002	3 132	3 047			
STHF budsjett 2019	2 871	2 860	2 869	2 867	2 862	2 865	2 924	3 152	3 089	2 896	2 889	2 890

Brutto månedsverk 12 mnd snitt

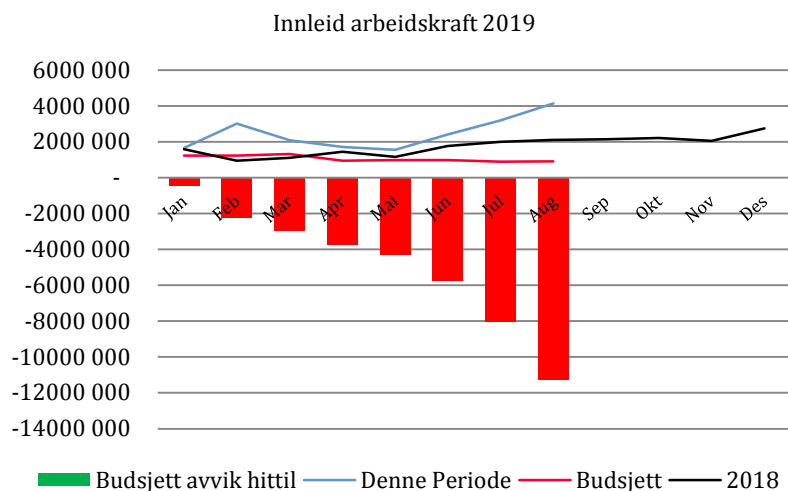


Fastlønn 2019


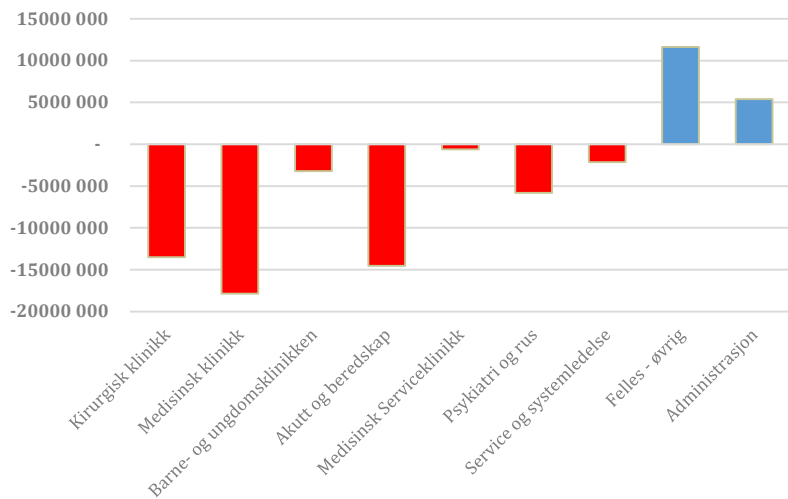
201908	Fastlønn hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
STHF totalt	1 175 297 375	1 164 363 202	-10 934 173	-1 %
Kirurgisk klinikk	192 363 097	183 145 033	-9 218 064	-5 %
Medisinsk klinikk	220 487 995	209 856 697	-10 631 298	-5 %
Barne- og ungdomsklinikken	84 343 362	85 870 332	1 526 970	2 %
Akutt og beredskap	162 685 106	155 567 216	-7 117 890	-5 %
Medisinsk Serviceklinikk	107 616 367	114 278 904	6 662 536	6 %
Psykatri og rus	212 037 429	215 185 184	3 147 755	1 %
Service og systemledelse	91 093 920	90 410 524	-683 396	-1 %
Felles - øvrig	56 328 890	55 741 563	-587 327	-1 %
Administrasjon	48 341 208	54 307 749	5 966 541	11 %

Variabel lønn 2019


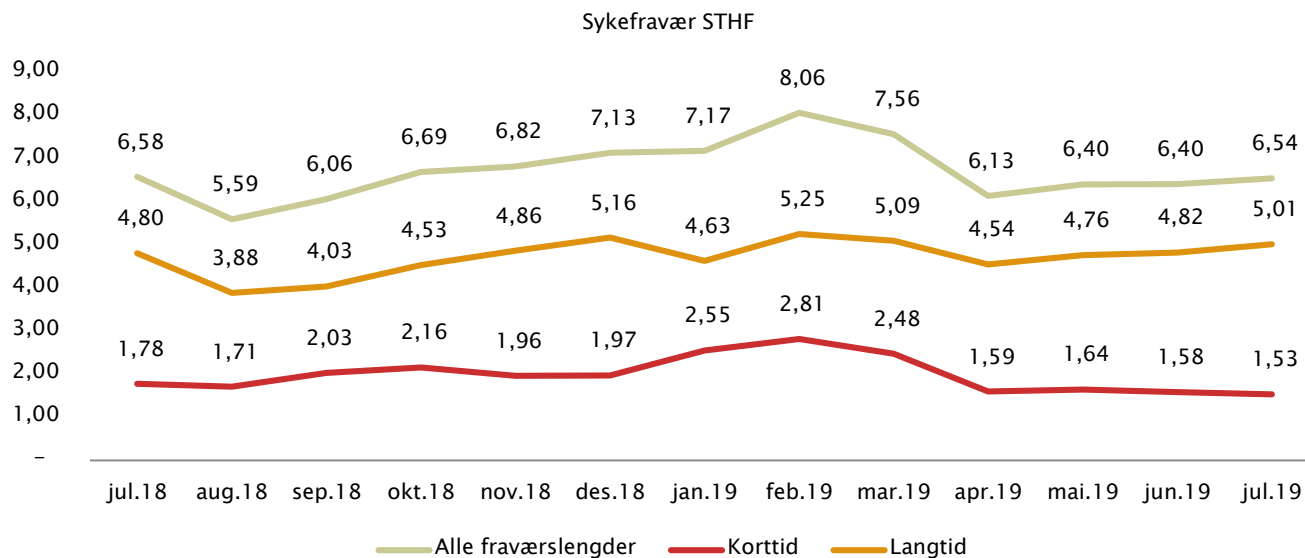
201908	Variabellønn hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	68 663 702	50 225 070	-18 438 632	-37 %
Kirurgisk klinikk	14 087 435	11 710 861	-2 376 575	-20 %
Medisinsk klinikk	16 646 061	9 432 896	-7 213 165	-76 %
Barne- og ungdomsklinikken	3 811 481	501 276	-3 310 204	-660 %
Akutt og beredskap	9 478 096	5 114 206	-4 363 890	-85 %
Medisinsk Serviceklinikk	7 270 057	3 026 456	-4 243 601	-140 %
Psykatri og rus	9 125 809	1 949 216	-7 176 594	-368 %
Service og systemledelse	3 428 279	1 957 109	-1 471 170	-75 %
Felles - øvrig	1 033 831	13 266 552	12 232 721	92 %
Administrasjon	3 782 653	3 266 499	-516 154	-16 %



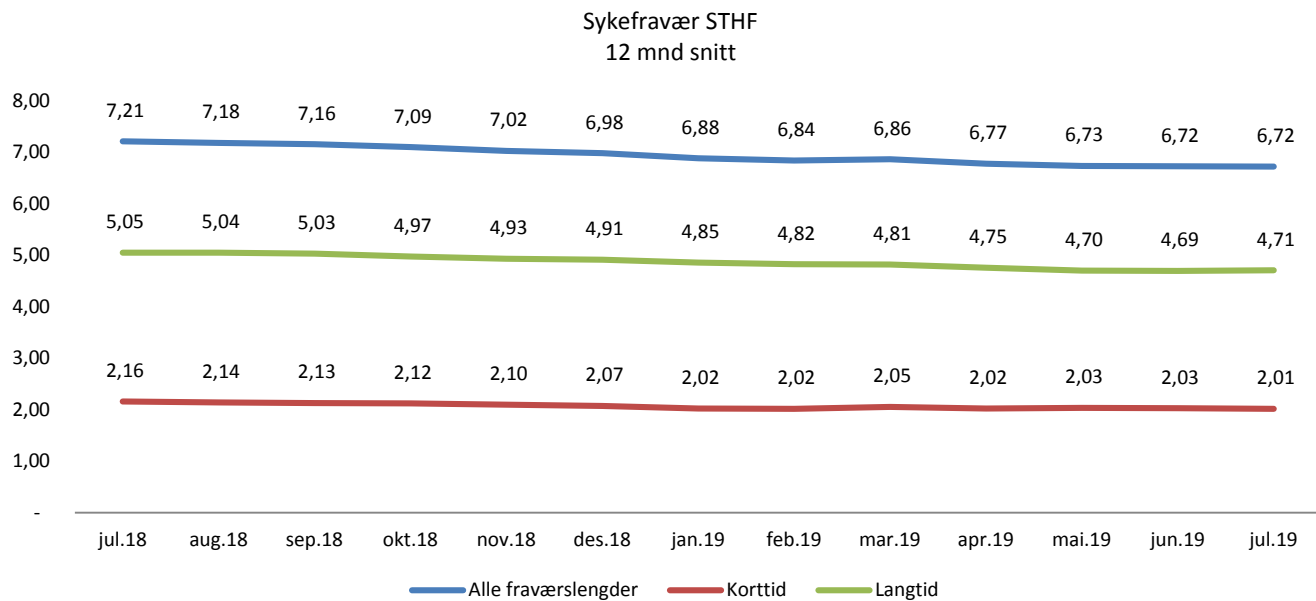
201908	Innleid arbeidskraft hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	19 808 694	8 542 893	-11 265 801	-132 %
Kirurgisk klinikk	3 398 202	1 495 060	-1 903 142	-127 %
Medisinsk klinikk	34 620	-	-34 620	0 %
Barne- og ungdomsklinikken	2 736 972	1 320 000	-1 416 972	-107 %
Akutt og beredskap	3 045 366	-	-3 045 366	0 %
Medisinsk Serviceklinikk	4 942 452	1 927 833	-3 014 619	-156 %
Psykiatri og rus	5 579 718	3 800 000	-1 779 718	-47 %
Service og systemledelse	-	-	-	0 %
Felles - øvrig	-	-	-	0 %
Administrasjon	71 364	-	-71 364	

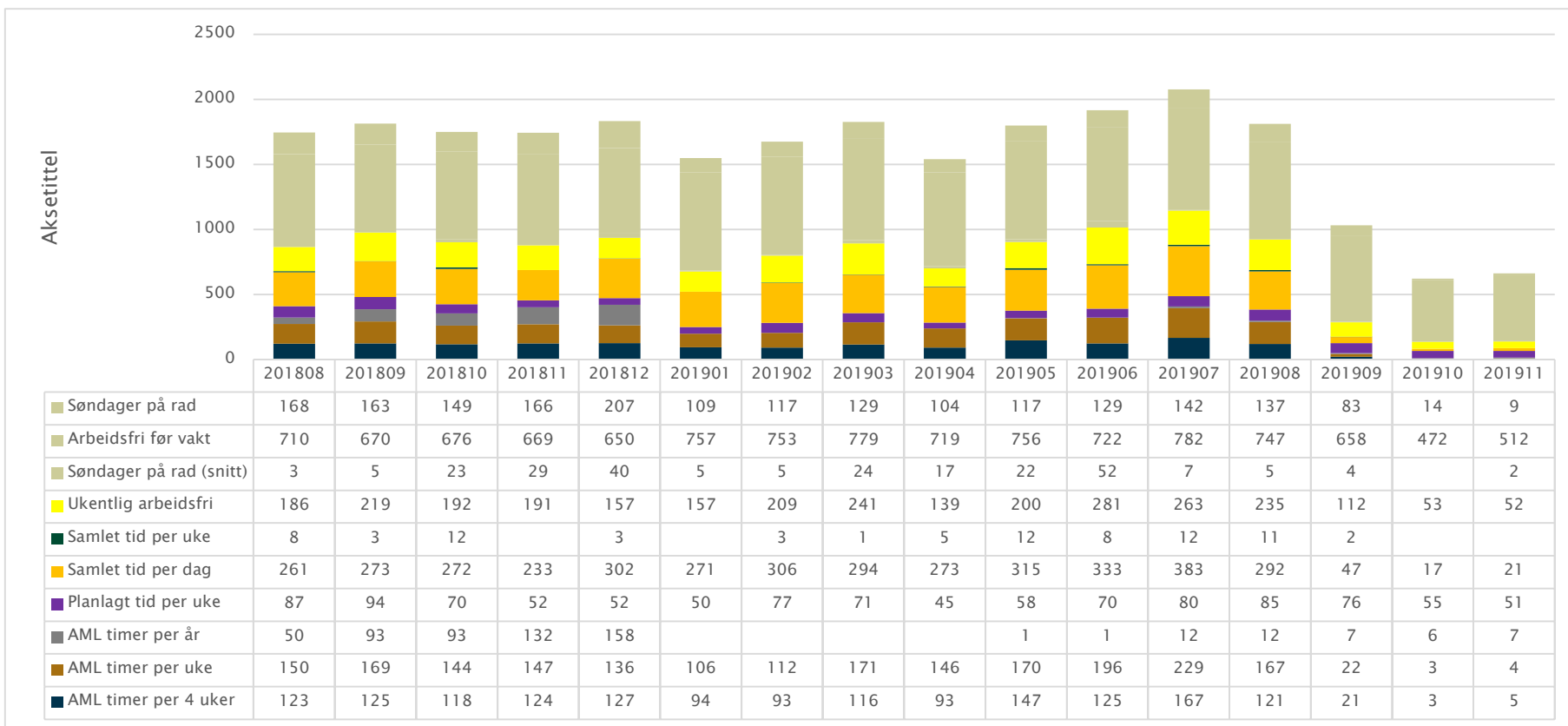


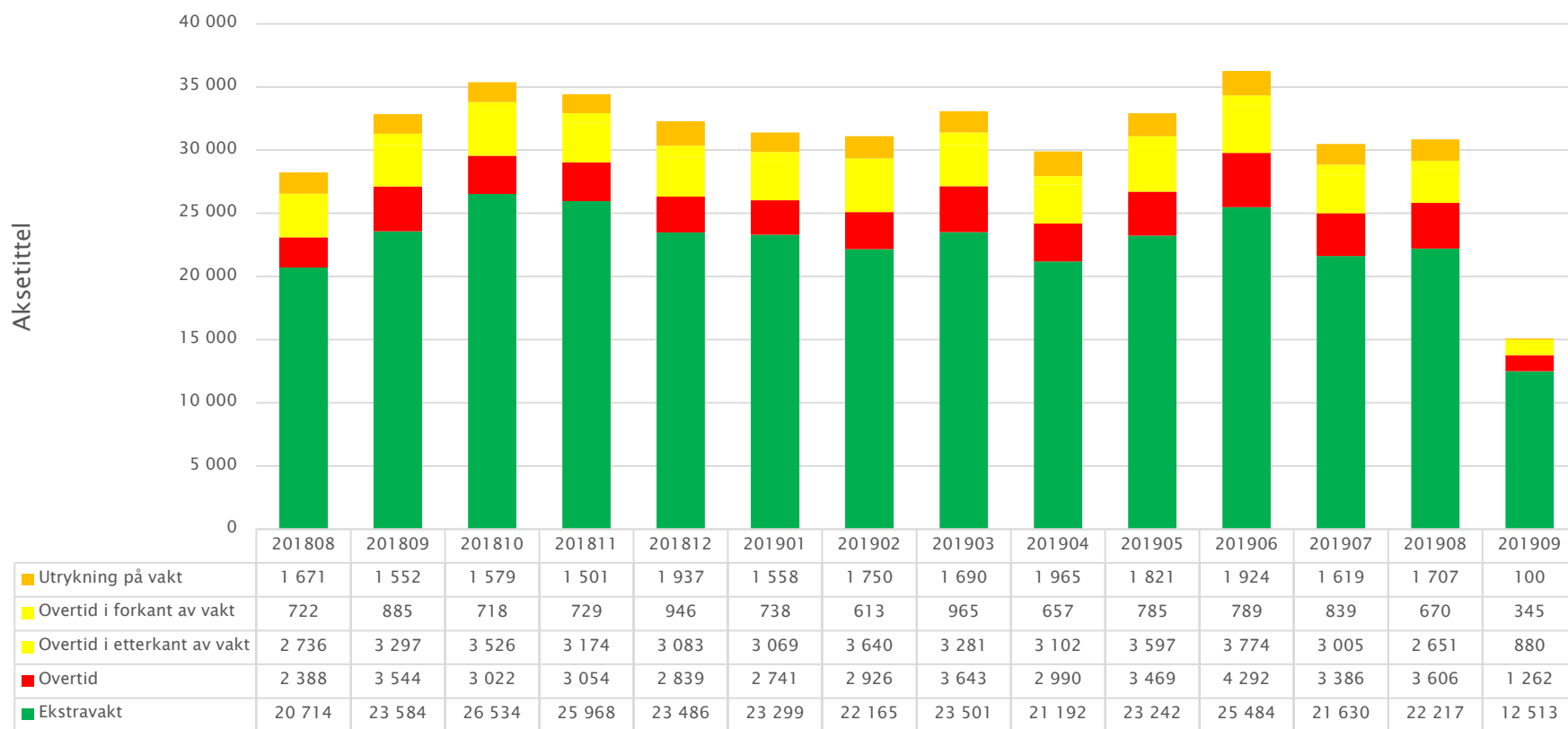
201908	Sum fastlønn, variabellønn og innleid arbeidskraft hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	1 263 769 771	1 223 131 165	-40 638 606	-3 %
Kirurgisk klinikk	209 848 735	196 350 954	-13 497 781	-7 %
Medisinsk klinikk	237 168 676	219 289 593	-17 879 084	-8 %
Barne- og ungdomsklinikken	90 891 814	87 691 608	-3 200 206	-4 %
Akutt og beredskap	175 208 568	160 681 423	-14 527 145	-9 %
Medisinsk Serviceklinikk	119 828 876	119 233 193	-595 683	0 %
Psykiatri og rus	226 742 957	220 934 400	-5 808 557	-3 %
Service og systemledelse	94 522 199	92 367 633	-2 154 566	-2 %
Felles - øvrig	57 362 721	69 008 115	11 645 394	17 %
Administrasjon	52 195 225	57 574 248	5 379 023	9 %



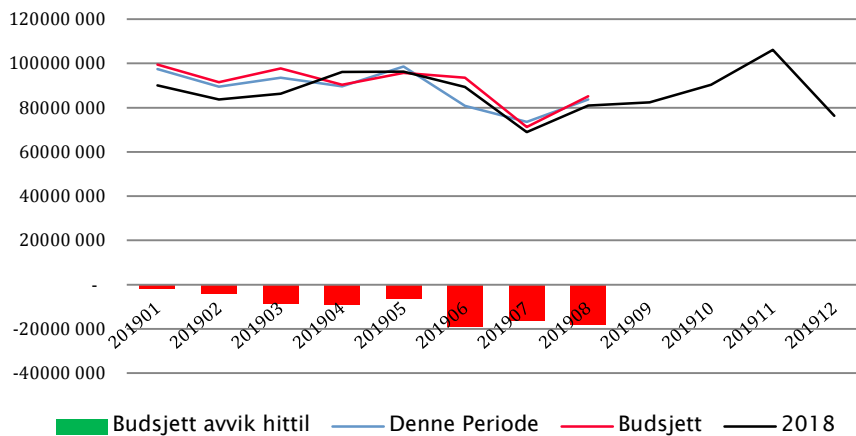
Osent	jan.18	feb.18	mar.18	apr.18	mai.18	jun.18	jul.18	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	ju
	8,28	8,56	7,24	7,20	6,85	6,55	6,58	5,59	6,06	6,68	6,81	7,13	7,17	8,06	7,56	6,13	6,40	6,40	
kk	9,49	7,69	7,02	7,66	6,76	5,67	6,15	6,36	6,00	6,99	7,00	8,14	8,24	7,58	7,96	6,25	6,61	6,71	
kk	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	6,28	6,00	7,24	5,01	
omsklinikken	8,71	10,73	6,79	6,52	6,47	6,22	6,76	6,62	4,91	5,34	5,75	5,12	4,73	7,73	7,05	4,30	6,62	7,07	
skap	7,18	8,40	7,38	7,63	7,93	7,36	7,41	4,92	6,06	7,03	6,14	7,19	6,61	7,27	7,01	4,87	4,67	5,18	
iceklinikk	7,72	7,76	5,81	6,07	5,16	5,56	5,32	3,70	5,13	5,93	7,23	6,77	6,57	8,05	8,30	7,09	6,67	6,70	
skisk helsevern og rusbehandling	9,32	9,48	8,12	8,05	7,78	7,81	7,47	7,08	6,91	6,95	7,33	8,09	8,52	9,97	9,00	7,38	7,21	7,40	
emledelse	10,66	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	9,40	7,47	6,83	8,21	
n	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	2,71	2,22	2,87	2,73	4,69	







Aktivitet

ISF 2019


Graf og tabell viser summen av følgende linjer.

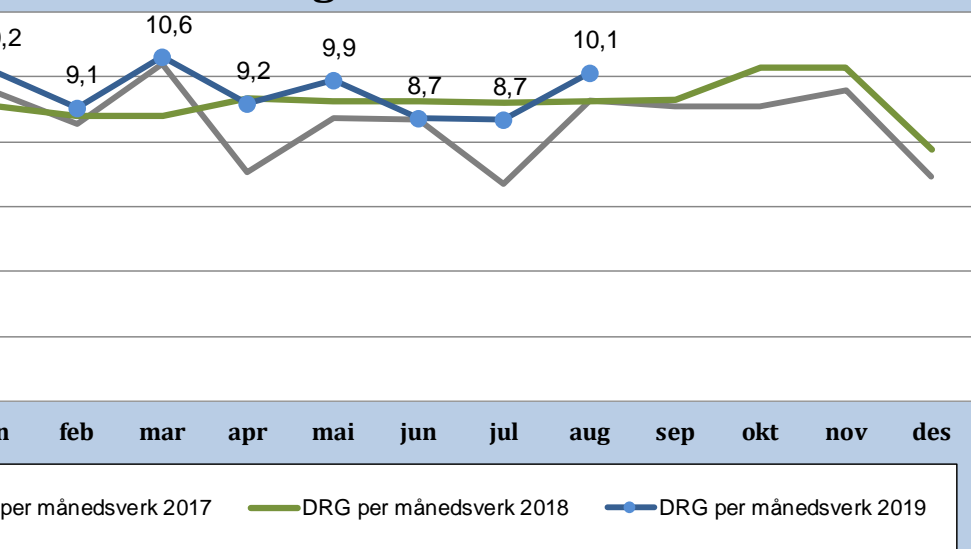
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	-8 823
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	-2 669
ISF-refusjon kommunal medfinansiering	-
ISF refusjon poliklinisk PHV/TSB	933
IFS - refusjon pasientadministrative kreftlegemidle	-7 368
	-17 927

	201908			201908		
	Denne Periode			Hittil		
	Faktisk	Budsjett	Avik Budsjett	Faktisk	Budsjett	Avik Budsjett
Alle Ansvarssteder	83 734 325	85 099 922	-1 365 597	706 956 223	724 882 826	-17 926 603
Kirurgisk klinikk	31 563 680	34 536 073	-2 972 394	282 519 231	295 051 752	-12 532 521
Medisinsk klinikk	36 280 149	35 629 392	650 757	295 198 676	294 272 040	926 636
Barn- og ungdomsklinikken	8 764 784	6 916 634	1 848 149	61 610 652	60 583 576	1 027 076
Akutt og beredskap	149 591	136 195	13 396	1 480 280	1 136 444	343 836
Medisinsk Serviceklinikk	875 218	916 834	-41 616	6 823 131	6 849 079	-25 948
Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling	2 009 801	2 052 407	-42 606	15 787 668	15 866 688	-79 019
Felles - øvrig	4 068 775	4 912 387	-843 612	43 382 529	51 123 248	-7 740 719

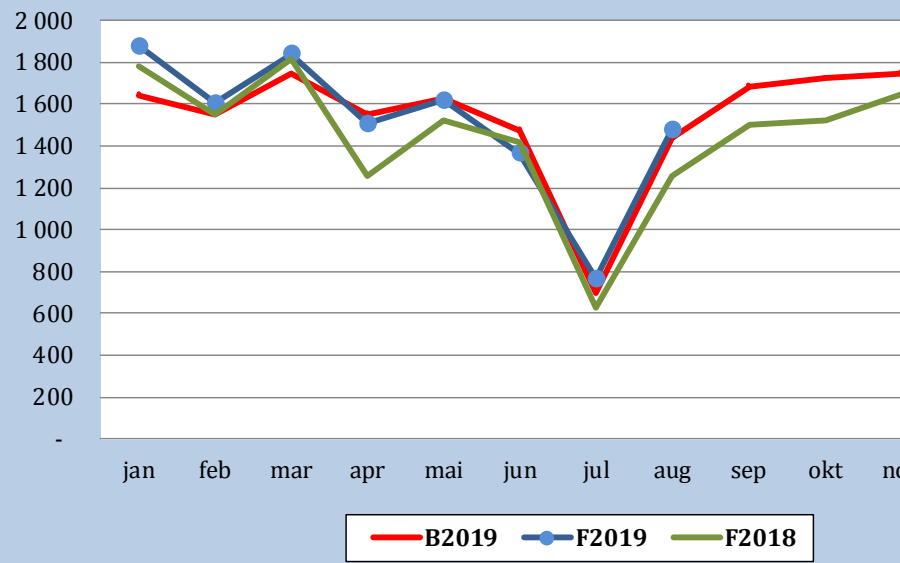
DRG-poeng PHV og TSB utført ved STHF

	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2018	Budsjett 2019
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%		
PHV og TSB + Raskere tilbake	570	575	(5)	-1 %	4 382	4 447	(65)	-1 %	6 858	6 924
PHV og TSB + Raskere tilbake + Raskere tilbake	142	152	(10)	-7 %	1 215	1 179	37	3 %	1 870	1 835
PHV og TSB + Raskere tilbake + Raskere tilbake + Raskere tilbake	19	19	(0)	-2 %	150	150	(0)	0 %	249	234
PHV og TSB (underlagt Medisinsk klinikk)	2	7	(5)	-71 %	22	56	(34)	-61 %	76	84
PHV og TSB + Raskere tilbake	734	754	(20)	-3 %	5 769	5 832	(63)	-1 %	9 053	9 077
PHV og unges psykiske helse - ABUP	747	683	63	9 %	6 294	5 892	402	6,8 %	8 984	9 150
PHV og unges psykiske helse - ABUP + Raskere tilbake	747	683	63	9 %	6 294	5 892	402	7 %	8 984	9 150
PHV og unges psykiske helse - ABUP + Raskere tilbake	1 480	1 437	43	3 %	12 063	11 724	340	3 %	18 038	18 227

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



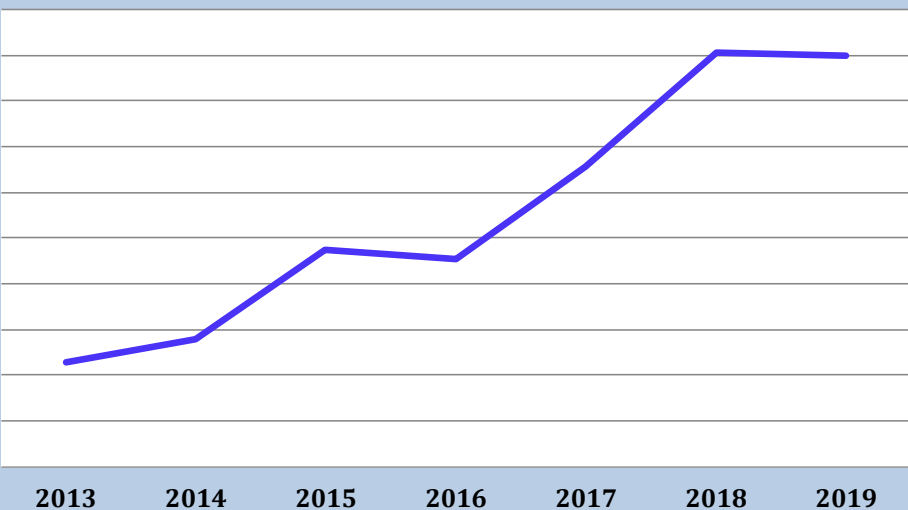
DRG-poeng PHV og TSB ved STHF



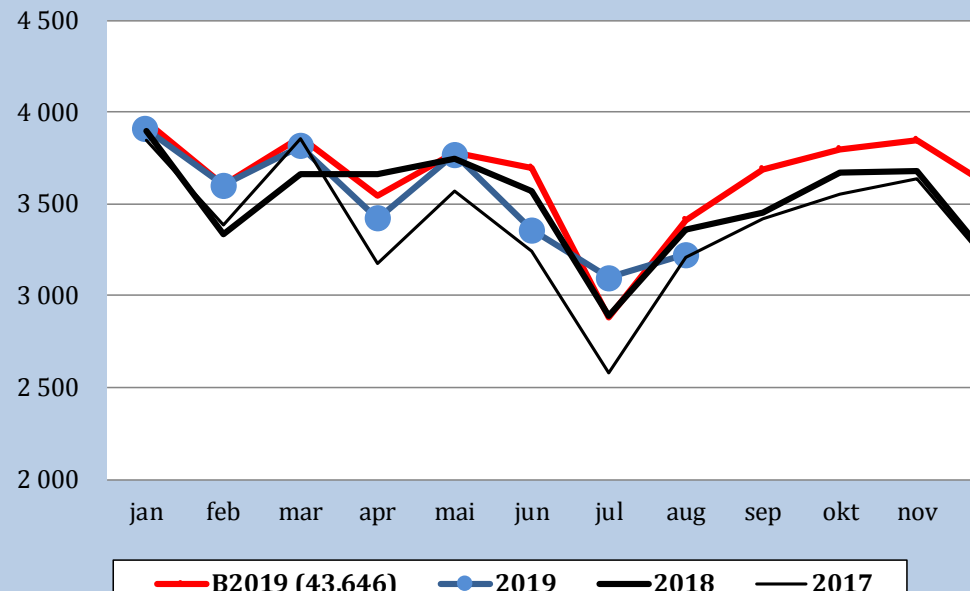
DRG-poeng, utført ved STHF

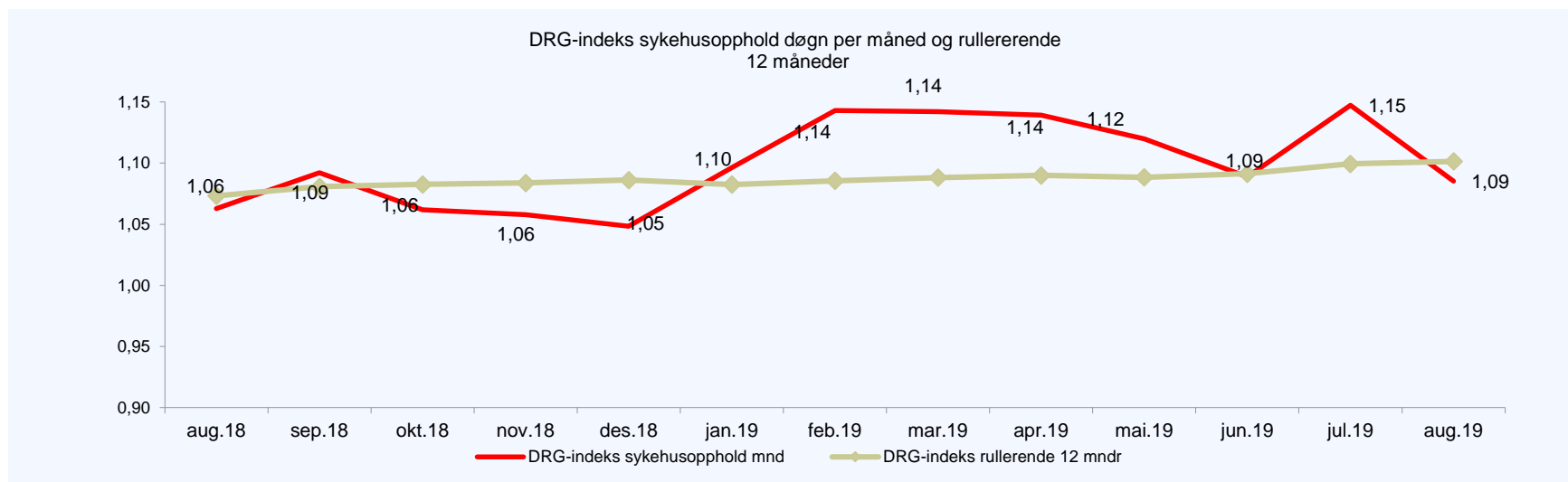
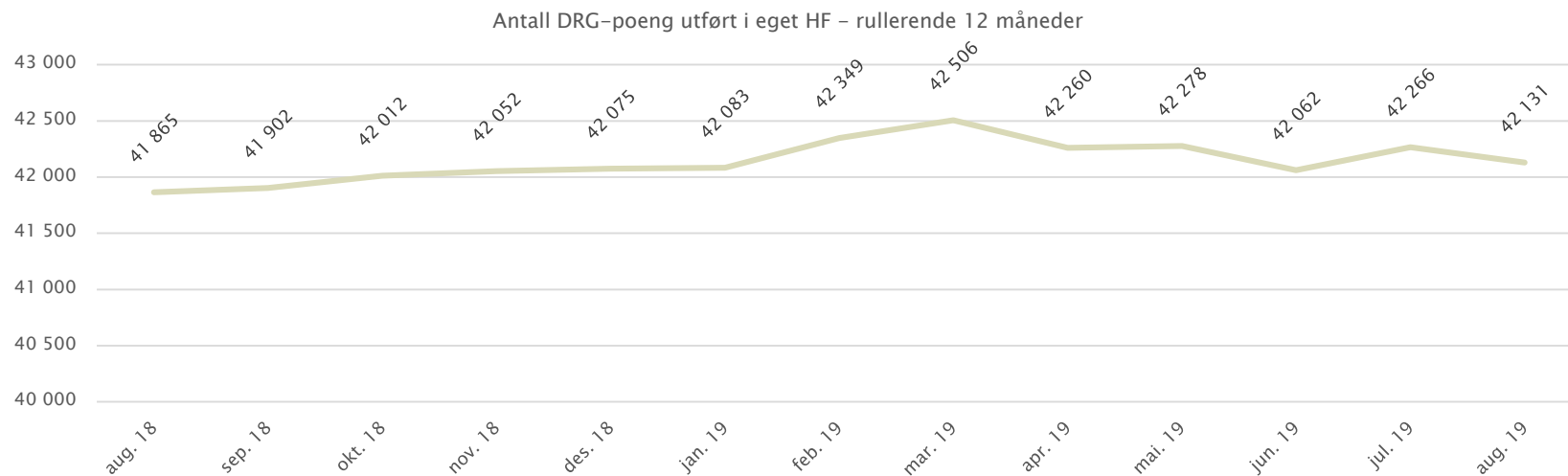
	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2018	Budsjett 2019	ISF (1)
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%			
Medisinsk klinikk	1 399	1547	-148	-10 %	12 622	13 215	-594	-4 %	12 772	16 963	
Kirurgi, Notodden	708	771	-63	-8 %	6 230	6 362	-132	-2 %	6 172	8 585	
Medisinsk klinikk	527	589	-62	-11 %	4 882	5 193	-311	-6 %	4 989	5 762	
Kirurgi, Notodden	164	187	-23	-12 %	1 510	1 660	-151	-9 %	1 611	2 615	
Medisinsk klinikk	1 551	1595	-44	-3 %	13 223	13 173	50	0 %	13 033	19 924	
Medisin B (lunge, Kragerø, ger., mage/tarm)	415	447	-32	-7 %	3 738	3 709	28	1 %	3 779	5 625	
Blod, kreftsykdommer og palliasjon	267	255	11	4 %	2 002	2 045	-44	-2 %	2 071	3 075	
Medisin A (hjerte,nyre,hormon)	370	365	4	1 %	3 023	2 985	38	1 %	2 867	4 506	
Kirurgi nevrologi og rehabilitering	216	242	-26	-11 %	1 984	2 027	-43	-2 %	1 978	3 099	
Medisin Øvre Telemark	283	285	-2	-1 %	2 477	2 406	71	3 %	2 338	3 619	
Operativt	222	226	-4	-2 %	1 947	1 989	-41	-2 %	1 889	3 010	
Operativt beredskap	7	5	2	35 %	66	50	16	32 %	63	80	
Operativt beredskap	39	41	-2		306	307	-1	0 %	283	500	
Poliklinikk	1	-	1		7	-	7		0	0	
Poliklinikk	3	-	3		18	-	18		-110	0	
DRG utført ved STHF	3 222	3 414	-191	-6 %	28 189	28 734	-545	-2 %	27 929	40 477	

DRG-poeng per brutto månedsverk somatikk



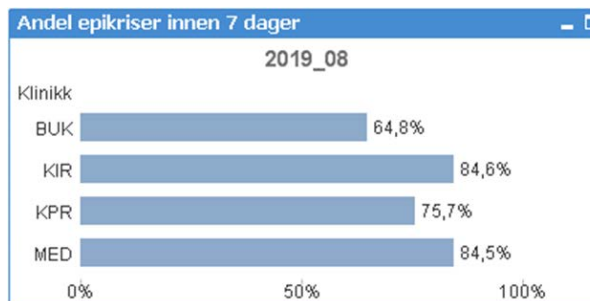
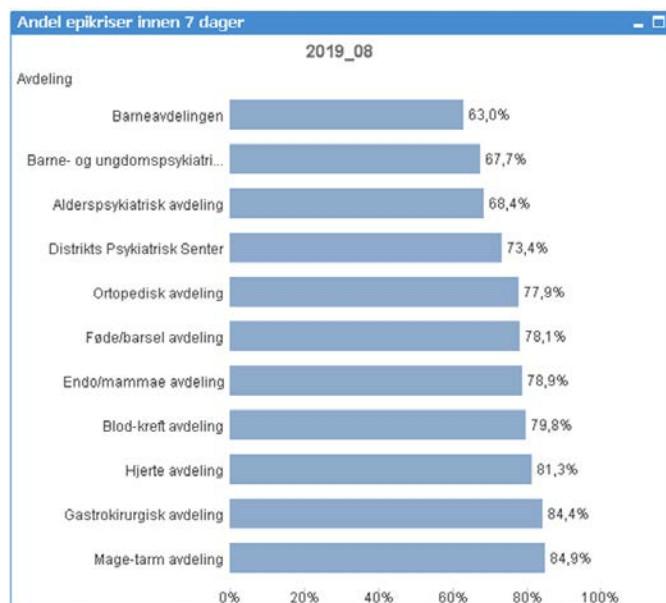
STHF - DRG-poeng utført ved STHF





Kvalitetsindikatorer

Andel epikriser sendt innen 7 dager	Måned											
	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19
Klinikker												
BUK	74 %	70 %	71 %	75 %	69 %	69 %	79 %	67 %	56 %	62 %	73 %	65 %
Kir. K	84 %	84 %	82 %	86 %	82 %	83 %	84 %	83 %	82 %	86 %	89 %	85 %
KPR	81 %	77 %	81 %	84 %	84 %	81 %	79 %	81 %	82 %	84 %	86 %	76 %
Med. K	82 %	84 %	82 %	81 %	84 %	82 %	83 %	81 %	82 %	86 %	86 %	85 %
STHF	82 %	82 %	81 %	83 %	82 %	81 %	83 %	80 %	79 %	84 %	86 %	81 %
Andel epikriser sendt innen 1 dag												
Klinikker	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	mai.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19
BUK					45 %	41 %	41 %	37 %	32 %	40 %	44 %	31 %
Kir. K					62 %	62 %	62 %	65 %	62 %	64 %	71 %	64 %
KPR					42 %	41 %	41 %	44 %	42 %	45 %	55 %	41 %
Med. K					56 %	56 %	56 %	56 %	56 %	63 %	61 %	58 %
STHF					55 %	54 %	54 %	55 %	54 %	58 %	62 %	55 %



	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%

Direkte time	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
ABK	-	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	96 %	0 %	100 %	100 %	100 %	100 %	0 %
BUK	88 %	89 %	90 %	93 %	91 %	89 %	89 %	95 %	92 %	83 %	86 %	89 %	94 %
KIR	85 %	84 %	76 %	77 %	72 %	77 %	80 %	81 %	84 %	88 %	92 %	88 %	87 %
KPR	92 %	94 %	93 %	96 %	93 %	93 %	98 %	81 %	89 %	89 %	90 %	87 %	81 %
MED	73 %	81 %	81 %	82 %	79 %	78 %	82 %	83 %	81 %	78 %	80 %	73 %	66 %
MSK	71 %	100 %	88 %	96 %	96 %	95 %	98 %	95 %	98 %	94 %	100 %	90 %	100 %
STHF	81 %	84 %	80 %	82 %	78 %	79 %	83 %	83 %	84 %	84 %	87 %	82 %	79 %

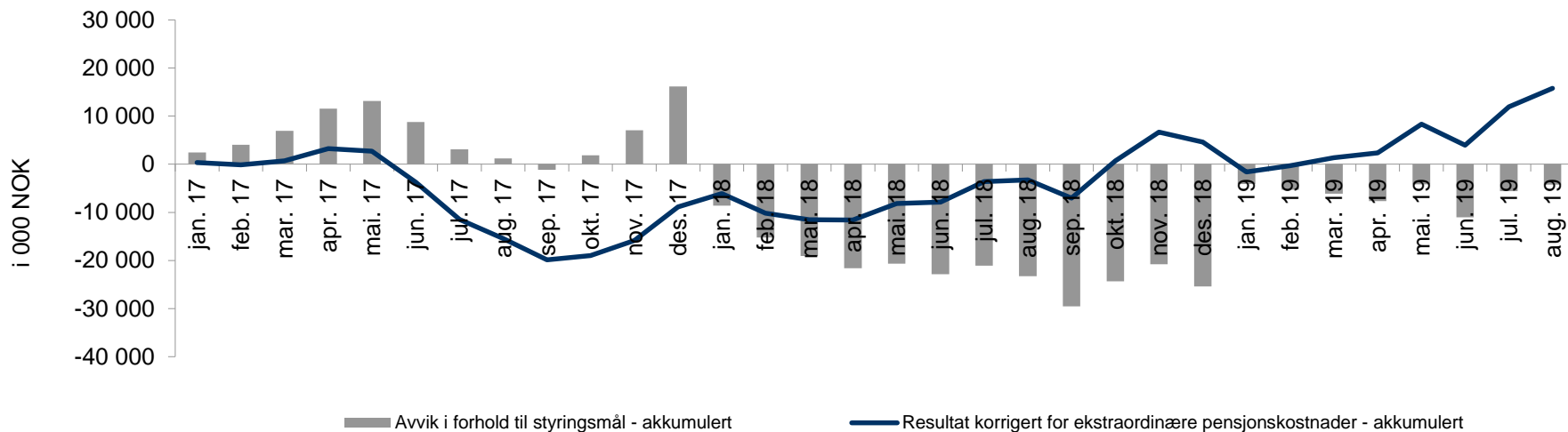
Tid (døgn) fra mottak av henvisning til henvisning er fullført.															
	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19		
	21,52	4,07	4,01	17,93	2,46	12,06	2,16	4,68	2,47	1,96	1,69	10,79	1,11		
	3,15	4,73	4,21	4,76	4,82	3,63	5,65	5,25	5,71	5,33	5,86	5,49	5,11		
	1,36	1,36	1,33	1,50	1,53	1,81	1,36	2,46	1,40	1,58	1,71	1,05	0,91		
	4,25	6,72	9,27	4,80	5,58	4,65	6,20	5,77	7,88	4,89	4,24	5,21	4,11		
	7,58	8,06	5,77	6,98	8,32	6,34	9,05	7,04	10,19	7,04	2,14	2,61	2,11		
	4,69	1,78	2,07	2,20	2,06	2,18	4,60	17,98	2,61	2,00	2,21	11,14	1,11		
	4,34	4,42	2,72	4,21	4,57	2,98	4,98	5,15	5,42	4,92	2,25	2,41	1,11		
Antall saker vurdert.	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		
	85	58	78	85	81	94	84	82	64	76	45	33	33		
	199	336	338	355	314	328	328	315	316	334	275	246	246		
	2854	2845	3116	3 009	2 338	3077	2653	3009	2717	3125	2749	2328	2 200		
	271	361	397	407	323	340	378	360	356	372	374	258	258		
	2228	2321	2647	2 565	1 944	2642	2269	2548	2264	2467	2302	1836	1 836		
	223	240	242	264	167	220	243	241	229	220	281	122	122		
	5 860	6 161	6 818	6 685	5 167	6 701	5 955	6 555	5 946	6 594	6 026	4 823	5 946		
Antall saker vurdert innen 10 virkedager	5 773	6 102	6 752	6 609	5 094	6 633	5 881	6 481	5 865	6 518	5 969	4 723	5 946		
Prosent saker vurdert innen 10 virkedager	98,5 %	99,0 %	99,0 %	98,9 %	98,6 %	99,0 %	98,8 %	98,9 %	98,6 %	98,8 %	99,1 %	97,9 %	99,0 %		

SYKELHJULST TELEMARK

nye dokumenter i EPJ som er mer enn 14		aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	au
d dokumenter som er mer 14 dager gamle (ansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	3 755	4 297	4 540	4 303	4 669	4 037	3 679	3 606	3 786	3 890	3 581	3 185	3 2
	ABK	9	9	9	12	10	15	16	6	4	7	7	15	
	BUK	732	861	930	826	974	772	854	896	878	914	972	675	6
	KIR	1 023	1 128	914	1 028	1 059	1 020	1 073	975	1 054	1 009	919	1 043	1 1
	KPR	500	654	710	743	744	642	739	810	863	873	711	574	6
	MED	1 457	1 606	1 721	1 642	1 797	1 538	965	887	925	1 014	938	844	8
	MSK	34	39	40	52	85	50	32	32	62	73	34	34	
egedokumenter som er mer enn 14 dager t tidspunkt for opprettelse)	STHF	1 448	1 763	1 901	1 800	1 881	1 689	1 406	1 320	1 423	1 522	1 294	1 135	1 3
sykepleiedokumenter som er mer enn 14 (ansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	1 247	1 280	1 212	1 300	1 367	1 191	1 069	1 039	1 113	1 083	982	1 037	1 0
umenter som det normalt tar mer enn 14 dager å få ferdigstilt	STHF	176	204	206	268	258	51	44	41	36	38	38	40	
	BUK	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	KIR	137	159	161	217	209	30	32	33	34	34	35	37	
	KPR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	MED	39	44	45	51	49	21	12	8	2	4	3	3	
MSK	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
sienter med åpen henvisningsperiode, uten		aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	au
ter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	STHF	1 928	1 989	1 851	1 720	1 734	1 765	1 827	1 800	2 021	2 167	2 542	2 105	1 7
	ABK	6	6	8	26	6	17	6	6	10	15	6	7	
	KPR	30	31	41	46	20	54	41	24	70	75	55	73	
	MSK	81	151	114	140	111	102	142	162	210	209	103	112	1
	BUK	101	209	210	221	245	122	162	239	250	308	203	156	1
	KIR	300	218	285	233	267	315	341	258	335	385	838	257	1
	MED	1 410	1 374	1 193	1 054	1 085	1 155	1 135	1 111	1 146	1 175	1 337	1 500	1 2
asienter registrert på avdelinger som er omorganisert og lukket.	ååMEDKIR	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ååPRE	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ååAKP	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ååKIR	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ååNYHO	56	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	-	-
	ååEØNHNO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	527	-	-
	ååMED	69	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Økonomi

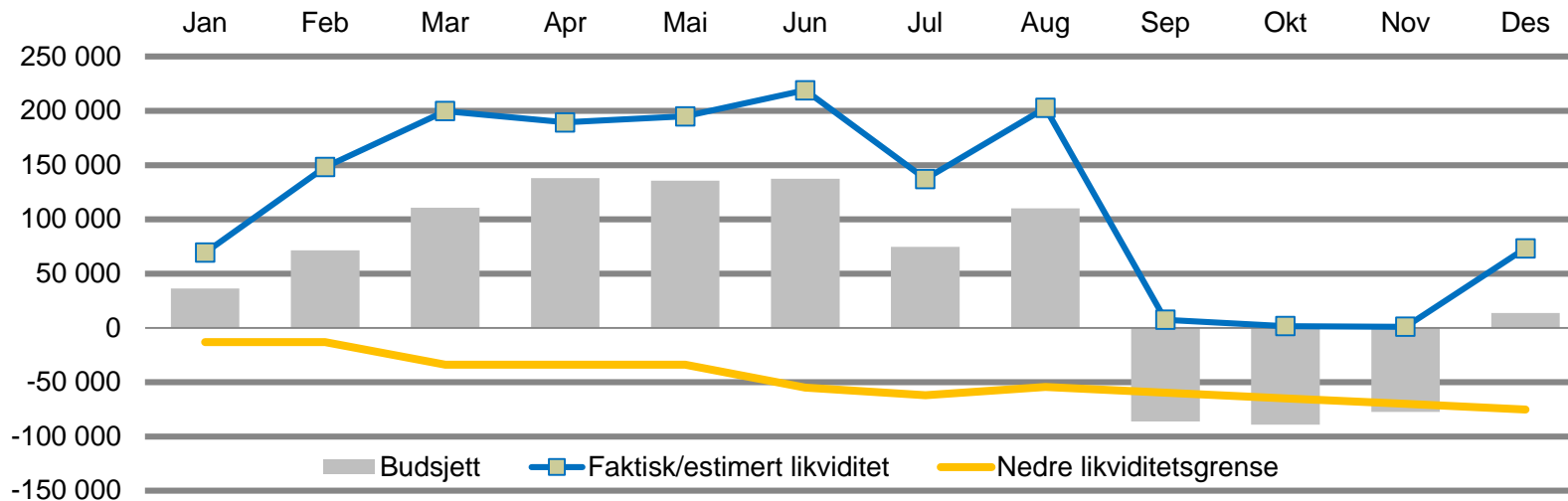
Driftsresultat og budsjettavvik 2017 til 2019 - foretak og klinikker



	Hittil i år		Denne periode, resultat.										
	Resultat	Budsjettavvik	Aug. 19	Jul. 19	Jun. 19	Mai. 19	Apr. 19	Mar. 19	Feb. 19	Jan. 19	Des. 18	Nov. 18	Okt.
	(22 876)	(22 876)	(4 894)	944	(5 958)	(1 249)	(3 361)	(2 003)	(2 054)	(3 764)	114	923	(1 000)
	(11 176)	(11 176)	(2 734)	220	(806)	(2 108)	(3 464)	137	327	(2 748)	(454)	2 402	(2 000)
klinikken	2 435	2 435	2 362	20	(1 700)	1 774	(69)	13	(447)	483	(1 387)	588	(1 000)
	(13 757)	(13 757)	(3 156)	(2 274)	(1 217)	(1 282)	(882)	(1 395)	(2 261)	(1 763)	(1 923)	(2 329)	(1 000)
hikk	11 547	11 547	1 609	2 327	1 119	3 152	1 844	505	(145)	1 136	(356)	1 147	4 000
	495	495	(103)	1 912	(344)	(414)	(454)	(508)	686	(279)	(2 912)	(1 043)	(1 000)
delse	(3 440)	(3 440)	1 111	533	(3 228)	(1 872)	347	(819)	578	42	(1 488)	3 237	(1 000)
	3 564	3 564	943	793	(918)	979	357	281	1 209	(277)	72	2 313	1 000
	48 964	28 964	8 679	3 506	8 690	6 979	4 586	3 509	3 391	5 568	6 246	(1 236)	6 000
	15 757	(4 243)	3 818	7 981	(4 361)	5 958	(1 097)	(281)	1 284	(1 602)	(2 087)	6 002	7 000

Likviditet og investeringer.

Tall i tusen



Investeringer - tall i 1000	Regn. 2019	Est. 2019	Bud. 2019
Bygg & anlegg	1 856	17 000	25 000
MTU	18 817	51 000	95 000
Annet utstyr, biler m.m.	9 866	18 000	15 000
IKT-investeringer - lån til Sykehuspartner	-1 316	2 500	5 000
Tilbakebetalt lån fra Sykehuspartner	-2 022	-3 700	-5 000
SUM	27 202	84 800	135 000

Risikovurdering per 2. 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 korrigerende 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 endret siden forrige rapportering, begrunnet i en bedre reell utvikling av økonomireultatet.

Risikomatrise 2. tertial 2019 STHF						
		Konsekvens				
		1	2	3	4	5
Sannsynlighet	5					
	4			8		
	3			2, 3, 5	1	
	2		6	4		
	1					

Risikoområder	Sannsynlighet					Konsekvens					T2-18	T3-18	T1-19	T2-19
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5				
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							

1. Kvalitet og tilgjengelighet – Uendret. Gjennomsnittlig ventetid for ventede pasienter har økt etter sommeren. Det er normalt at ventetiden øker noe ved sommerdrift, og det forventes at dette vil justere seg utover høsten. Pasienter med lengst ventetid prioriteres, noe som vil sikre en god utvikling på sikt. Gjennomsnittlig ventetid for påstartet pasienter i somatikken er relativt stabil. Økningen fra i sommer er allerede godt hentet inn pr. august. Fristbrudd i somatikken har økt i sommer, og det er iverksatt tiltak for å endre utviklingen. Andelen korridorpasienter er høyere enn siste to år, men er fallende.

2. Økonomi – Endret / redusert sannsynlighet. Sykehuset har pr. august et driftsresultat på +15,8 millioner, som er 4,2 millioner under budsjett grunnet lavere aktivitet enn budsjettet, kombinert med forsinkelser i effektiviseringsarbeidet. Utviklingen viser likevel en forbedring fra forrige periode. Det jobbes med forbedringstiltak i klinikkene og effektiviseringsprosjekt i operasjonsaktiviteten er i startfasen. Driftsresultatet viser bra utvikling og ligger fortsatt under årets budsjett, men det er bra utsikter for oppnåelse av budsjettet årsresultat.

3. Aktivitet og bemanning – Sykehuset må forbedre produktiviteten på nivå med de beste helseforetakene i regionen, for å etablere en bærekraftig drift og skape handlingsrom til egen utvikling. Ressursbruken må reduseres og aktivitetsnivået må økes for å nå årets budsjettmålsetting. 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. Strategi – attraktivitet og konkurransesituasjon – Uendret. Tidligere risikopunkt for fritt behandlingsvalg er nå slått sammen med denne risikoen. 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, 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 – Uendret. Arbeidet med protokoll, jfr art 30 pågår og koordineres av avdelingen for Teknologi og eHelse. Noe forsinket fremdrift,

og fristen for fullføring er satt til 1.oktober. Den samme fristen gjelder oppgaven knyttet til behandling av personopplysninger innen forskning og kvalitetssikring. Oppdatert handlingsplan med prioriterte tiltak knyttet til informasjonssikkerhet og tilpasning til personvernforordningen er under utarbeidelse og vil presenteres for ledergruppen 24.09.2019. Personvernombudet er ansvarlig for å følge opp fremdriften og koordinere statusrapporteringen for ledergruppen hver 2. mnd.

Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 1. tertial 2019

	K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist	
1 Kvalitet og tilgjengelighet									
	K	3	→	Ventetid	Økte ventetider reduserer sykehusets attraktivitet, og kan være et tegn på lav lønnsomhet	<ul style="list-style-type: none"> • Pågående prosjekt med EY gjennomgår pasientflyt til operasjon. • Bedre utnyttelse Skien/Porsgrunn og Notodden 	Redusere unødig ventetid og administrative feil. Bidrar til økt kompetanse og felles praksis.	Klinikksjefer og ledere	EY-frist ikke avklart Løpende
	S	3	→						
	K	4	→	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.	<ul style="list-style-type: none"> • 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
	S	4	→						
	K	4	→	Infeksjoner	Økende grad av infeksjoner kan være alvorlig for pasienten, forlenge behandlingstiden, og skade omdømme.	Det er fokus på renhold og systematisk opplæring av renholdere. Pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområder med trygg kirurgi, forebygging av urinveisinfeksjoner, infeksjoner knyttet til sentralvenøse kateter og sepsis videreføres. Tavlemøter er innført på intensivavdelingen og på sengepostene. Det er særlig oppmerksomhet på å forebygge postoperative infeksjoner og redusere bredspektret antibiotika, blant annet ved smittevernvisitter og antibiotikastyngsprogram. Tiltakene har så langt vist god effekt, og de videreføres.	Færre infeksjoner, kortere liggetider	Klinikksjefer og ledere	Løpende
	S	1	→						
	K	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 frisbrudd og løftebrudd.	Klinikksjefer og ledere	Løpende
	S	2	→						
	K	1	→	Korridorpasienter	Høy andel korridorpasienter gir dårligere kvalitet i pasientbehandling og kan øke risiko for infeksjoner. Utviklingen har vist en økning i Medisinsk klinikk fra januar 2019 og hittil i år.	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
	S	1	→						
	K	1	→	Pasientsikkerhetsprogrammet		Innsatsområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet anses som implementert med unntak av <i>Samstemming av legemiddellister</i> .	Pasienter og brukere får, og opplever å få trygg og god helsehjelp	Klinikksjefer og ledere	Løpende
	S	1	→						

Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 1. tertial 2019

	K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
2 Økonomi								
	K	3	→	<ul style="list-style-type: none"> • STHF må skape økonomisk handlingsrom for å sikre nødvendige investeringer. • Styling og kontroll med ressursbruken er viktig for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen • Akkumulert resultatet pr august er 15,8 millioner, som er -4,2 millioner lavere enn budsjettet. Sykehuset styrer mot et overskudd for året på 30 millioner. 	<ul style="list-style-type: none"> • Det arbeides med omstilling, nedbemanning og bedre ressursutnyttelse. • Oppstart aktivitetsstyrt bemanning i gastro sengepost • Uløst budsjettutfordring for 2019 utgjør 30 årsverk. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Forbedre arbeidet med tjenesteplaner og vaktplaner, som i minst mulig grad gir rom for AML brudd. • Prosjekt "bemanningsplanlegging og ressursstyring". • Pågående oppryddingsarbeid for å fjerne feilregistreringer 	<ul style="list-style-type: none"> • Følge opp STHFs vedtatte strategi for å rekruttere og beholde spesialistkompetanse ved STHF. • Ulike kanaler benyttes og tiltak iverksettes for å skaffe
	S	3	↓					
3 Aktivitet og bemanning								
	K	2	→	<ul style="list-style-type: none"> • Økte årsverk, variabel lønn og innleie utover budsjett er kostnadsdrivende, og et mulig tegn på ineffektiv planlegging og drift. Lønnskostnader er sykehusets største kostnadspost. God kostnadskontroll og planlegging på dette området kan derfor forbedre økonomien betydelig. 	<ul style="list-style-type: none"> • Det arbeides med omstilling, nedbemanning og bedre ressursutnyttelse. • Oppstart aktivitetsstyrt bemanning i gastro sengepost • Uløst budsjettutfordring for 2019 utgjør 30 årsverk. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Forbedre arbeidet med tjenesteplaner og vaktplaner, som i minst mulig grad gir rom for AML brudd. • Prosjekt "bemanningsplanlegging og ressursstyring". • Pågående oppryddingsarbeid for å fjerne feilregistreringer 	<ul style="list-style-type: none"> • Følge opp STHFs vedtatte strategi for å rekruttere og beholde spesialistkompetanse ved STHF. • Ulike kanaler benyttes og tiltak iverksettes for å skaffe
	S	2	→					
	K	2	→	<ul style="list-style-type: none"> • 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 juni 2019 ligger STHF på 7,2 %. Målsetningen for 2019 er 6,7 % 	<ul style="list-style-type: none"> • Det arbeides med omstilling, nedbemanning og bedre ressursutnyttelse. • Oppstart aktivitetsstyrt bemanning i gastro sengepost • Uløst budsjettutfordring for 2019 utgjør 30 årsverk. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Forbedre arbeidet med tjenesteplaner og vaktplaner, som i minst mulig grad gir rom for AML brudd. • Prosjekt "bemanningsplanlegging og ressursstyring". • Pågående oppryddingsarbeid for å fjerne feilregistreringer 	<ul style="list-style-type: none"> • Følge opp STHFs vedtatte strategi for å rekruttere og beholde spesialistkompetanse ved STHF. • Ulike kanaler benyttes og tiltak iverksettes for å skaffe
	S	2	→					
	K	3	→	<ul style="list-style-type: none"> • AML-brudd er lovbrudd. Det er gjerne overtidsarbeid som fører til AML-brudd hos STHF. En høy andel AML-brudd kan derfor ses i sammenheng med en juridisk, økonomisk og arbeidsmiljørelatert risiko. 	<ul style="list-style-type: none"> • Det arbeides med omstilling, nedbemanning og bedre ressursutnyttelse. • Oppstart aktivitetsstyrt bemanning i gastro sengepost • Uløst budsjettutfordring for 2019 utgjør 30 årsverk. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Forbedre arbeidet med tjenesteplaner og vaktplaner, som i minst mulig grad gir rom for AML brudd. • Prosjekt "bemanningsplanlegging og ressursstyring". • Pågående oppryddingsarbeid for å fjerne feilregistreringer 	<ul style="list-style-type: none"> • Følge opp STHFs vedtatte strategi for å rekruttere og beholde spesialistkompetanse ved STHF. • Ulike kanaler benyttes og tiltak iverksettes for å skaffe
	S	3	→					

Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 1. tertial 2019

K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
		Kompetanse og rekruttering		spesialister (blant annet deltakelse på messer, annonsering, rekrutteringsbyrå). Spesielt fokus på spesialiteter med rekrutteringsutfordring (overleger til radiologi og PHV / TSB)			
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.	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivitetsstyrt bemanning pågår • Riktig effektivitetsnivå ved tverrfaglig arbeid, for eksempel tidsbruk på møter, antall deltagere etc. 	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.	<ul style="list-style-type: none"> • Bedre utnyttelse av tilgjengelig arbeidstid i operasjonsplanlegging. • Kartlegge muligheter for mer dynamisk styring 	Mer effektiv pasientbehandling. Kostnadsreduksjoner Effektiv ressursutnyttelse	Klinikkssjef/ledere KIR/ABK Klinikkssjef / ledere	Løpende
4 Strategi - attraktivitet og konkurransesituasjon							
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 4 →	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.	<ul style="list-style-type: none"> • 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	Klinikkssjefer og ledere	Løpende
5 Prioriteringsregelen							
K 2 →	S 3 →	Aktivitet og ventetider	<ul style="list-style-type: none"> • Prioriteringsregelen er ikke oppfylt med lavere vekst i aktivitet eller kostnader i PHV/TSB enn i somatikk. • Prioriteringsregelen er ikke oppfylt 	Økt aktivitet og reduserte ventetider innen PHV/TSB krever økt produktivitet og alle behandlerstillinger besatt: <ul style="list-style-type: none"> • Rekruttere og beholde medarbeidere • Oppfølging medarbeidere 	Større vekst i aktivitet og reduserte ventetider: Flere pasienter får behandling.	Klinikkssjefer og ledere	Løpende

Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 1. tertial 2019

K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
			med mindre reduksjon i ventetider innen PHV/TSB enn i somatikken.	<ul style="list-style-type: none"> Planlegging – logistikk Effektivisere teamsamarbeid – flerfaglig arbeidsform Samarbeid med 1. linje og avtalespesialister <ul style="list-style-type: none"> o Riktige/riktigere henvisninger o Spesialist ut til fastlegekontor o Samarbeid med avtalespesialister BUP, VOP og TSB har nådd intern målsetting om ventetid påstartet pasient på hhv. 30, 35, 35 dager innen utgangen av 2018, og har tilsvarende målsetning for 2019	Mer intensive behandlingsforløp og pasientene unngår unødig venting. Reduserte ventetider		
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	Kliniksjefer og ledere	Løpende
6 Informasjonssikkerhet							
K 3 →	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; <ul style="list-style-type: none"> Mandat for Årsplan internkontroll informasjonssikkerhet er vedtatt i adm. dir. møte. 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 gjennomføres for å svare opp Datatilsynet. Det må konkretiseres planer for hvordan og når vi innfører statistisk logganalyse (Mønstergjenkjenningsprosjektet). 	Avklart rollefordeling mellom HF og sykehus	Ads ledergruppe	

Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 1. tertial 2019

	K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
	K	3 →	Ny personvern-lovgivning fra mai 2018	<ul style="list-style-type: none"> • 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 effektivere endringene i eget styringssystem for informasjonssikkerhet. • Statistisk logganalyse gir helseforetakene verktøy som gir mulighet for systematisk gjennomgang av logger. 	<ul style="list-style-type: none"> • GDPR skal etableres. • Sykehusets informasjonssikkerhetsleder deltar i regionalt arbeid for revidering av styringssystemet - ok fremdrift • Rutiner for manuell logganalyse er innført ved sykehuset. <p>Når regionalt prosjekt for logganalyse er klar for iverksettelse vil sykehuset gjennomføre dette.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Opprettelse av juridisk team og ansettelse av jurist. 	Oppfylle krav i ny personlov. Styrke juridisk kompetanse og saksbehandling.	Økonomidirektør	2019
	S	2 →						

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Status pasientsikkerhet ved STHF

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
049-2019	Fagdirektør Halfrid Waage hygienesykepleier Kristin Broch Dahl og spesialrådgiver Hanne Bakken Taylor	Orientering	25.9.2019

Trykte vedlegg:

Ingen

Utrykte vedlegg:

- ✓ [076-2018 Ledergruppesak pasientsikkerhet](#)
- ✓ [049-2018 Styresak pasientsikkerhet](#)
- ✓ [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten.](#)
- ✓ [Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023](#)

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

Ja, implementerte innsatsområder fra pasientsikkerhetsprogrammet vil bidra til målbar forbedret pasientsikkerhet ved Sykehuset Telemark.

Ingress:

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet ble avsluttet i 2018. Pasientprogrammets innsatsområder er videreført i ny Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023.

Saken beskriver status i arbeidet med innsatsområdene for pasientsikkerhet og gir anbefalinger for videre oppfølging.

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering og ber om at innsatsområdene for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring fokuseres videre som beskrevet i saken.

Skien, den 17. september 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

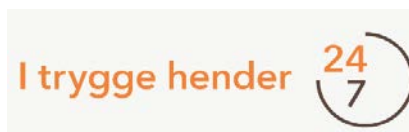
Bakgrunn for saken/faktabeskrivelse

Pasientskader er et stort samfunnsproblem og medfører store konsekvenser for pasienter og pårørende, samt det helsepersonellet som er involvert i alvorlige hendelser. I tillegg har pasientskader store samfunnsøkonomiske konsekvenser.

Den første store nasjonale satsningen på pasientsikkerhet var «Pasientsikkerhetskampanjen 2011-2014». Kampanjen ble fulgt opp i det nasjonale «Pasientsikkerhetsprogrammet 2015-2018». Fra 2019 er Pasientsikkerhetsprogrammet, innsatsområdene og merkevaren «I trygge hender 24/7» en del av «Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023». Innsatsområdene er risikoområder for pasientskader med stort og målbart forbedringspotensial. Handlingsplanen tar høyde for introduksjon av ytterligere innsatsområder.

Den nye handlingsplanens mål er færre pasientskader, bedre pasientsikkerhetskultur og varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. Målgruppen for handlingsplanen er virksomhetsledere med ansvar for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i henhold til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten.

Administrerende direktørs ledergruppe vedtok 22. mai 2018, sak 076-2018 at allerede implementerte innsatsområder skulle kontinuieres og at fokus skulle videreføres. Styret besluttet 20. juni 2018 i sak 049-2018 at det skulle holdes «et fortsatt høyt fokus på pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring, med innsatsområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet som en viktig del av dette arbeidet.»



Innsatsområder

For å redusere pasientskader og øke pasientsikkerhet i klinisk praksis, implementeres forbedringstiltak fra innsatsområdene (også kalt tiltakspakker). Følgende innsatsområder er definert som relevante ved Sykehuset Telemark:

- Trygg kirurgi, med særlig oppmerksomhet på postoperative sårinfeksjoner
- Samstemming av legemiddellister
- Behandling av hjerneslag
- Forebygging av selvmord i døgnpsykiatriske avdelinger
- Forebygging av infeksjon ved sentralt venekateter
- Forebygging av trykksår
- Forebygging av fall i helseinstitusjoner
- Forebygging av urinveisinfeksjoner i forbindelse med kateterbruk
- Tidlig oppdagelse av forverret tilstand
- Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis (blodforgiftning)
- Forebygging og behandling av underernæring
- Trygg utskrivning med pasienten som likeverdig part

Status og vurderinger

Tabell 1 under viser status på spredning av innsatsområdene per 2. tertial 2019

Tall på spredning			
Innsatsområde	Antall relevante enheter	Antall enheter som har implementert tiltakene	Prosentvis mål på spredning
Trygg kirurgi	3	3	100
Samstemming av legemiddellister	38	35	92,10526316
Behandling av hjerneslag	3	3	100
Forebygge urinveisinfeksjoner	9	9	100
Forebygge infeksjon ved SVK	11	11	100
Forebygge trykksår	10	10	100
Forebygge fall	10	10	100
Forebygging av selvmord	2	2	100
Forebygging av overdosedødsfall	0	0	#DIV/0!
Nye innsatsområder oppstart 2017			
Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	13	13	100
Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis akuttinntak	2	2	100
Forebygge underernæring	12	12	100
Trygg utskriving med brukermedvirkning	28	25	89,28571429
Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis sengepost	2	2	100
iltak , ref. veiledere "Ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten"		merknad	angi med 1 eller 0
Gjennomføres pasientsikkerhetsvisitt	Ja =1/Nei =0		1
Gjennomføres tverrfaglige risikomøter for enkeltpasienter, som	Ja =1/Nei =0		1
Benyttes resultat-tavler/forbedringstavler på enhetsnivå for å følge måloppnåelse for de enkelte innsatsområdene	Ja =1/Nei =0		1
Oppfølging "forbedring 2019" pasientsikkerhetskultur og arbeidsmiljø undersø		merknad	angi med 1 eller 0
er resultater presentert og fulgt opp av toppledelsen?	Ja =1/Nei =0		1
er resultater presentert og fulgt opp av mellomledere?	Ja =1/Nei =0		1
er resultater presentert for medarbeidere?	Ja =1/Nei =0		1
er resultater presentert for styret?	Ja =1/Nei =0		1
er resultater presentert for brukerutvalg?	Ja =1/Nei =0		1

Tabell 2 under viser prevalensmålinger innen innsatsområdene fra februar 2018 i Kirurgisk klinikk og i september 2018 i Medisinsk klinikk.

	Forebygging av UVI	Forebygging av fall	Forebygging av trykksår	Samstemming legemidler	NEWS	Forebygging underernæring	Forebygging av infeksjoner SVK
	Pasienter med KAD hvor vurdering av indikasjon er dokumentert gjennomført	Pasienter med forhøyet risiko, hvor daglige tiltak for å redusere risiko er dokumentert	Pasienter med forhøyet risiko, hvor daglige tiltak for å redusere risiko er dokumentert	Pasienter med behov for legemiddelsamstemming, hvor dette er gjennomført	Pasienter hvor NEWS er gjennomført	Pasienter hvor daglige tiltak for å redusere risiko er dokumentert	Pasienter med SVK hvor vurdering av indikasjon er dokumentert gjennomført
Lunge	2/2	5/5	2/2	12/0	12/12	ikke impl	0/0
Intensiv			2/2	2/2		2/2	2/2
FOVA	2/2	1/1	1/1	2/2	2/2	1/0	0/0
MATA	0/0	1/1	1/0	2/10			
Infeksjon	4/2	7/6	2/1	8/1	7/7		0/0
Kreft	1/1	4/4	4/4	ikke impl	15/5	0/0	1/1
Medisin3	1/1	1/1	1/1	8/3	7/7		0/0
Kir1 uro	5/4	6/1	0/0	9/8	9/9	ikke impl	0/0
Ort6	5/5	18/12	14/8	25/25	25/25	ikke impl	0/0
Kir1 plast/ønh	1/1	5/2	4/3	5/3	5/5	ikke impl	1/1
Kir1 endo/gyn	0/0	1/0	0/0	8/2	8/8	ikke impl	0/0
Gaskir	3/3	2/2	1/1	11/6	15/15	2/2	0/0
Pasienthotell	0/0	1/0	0/0	6/4	8/8	0/0	0/0

Tabellen under viser sentrale mål og indikatorer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

Mål	Baseline STHF	Status STHF	Mål STHF	Kommentar
Pasientskader, GTT	2017	2017	2023	*Jfr. Tallfestede mål Nasjonal handlingsplan for kvalitet og pasientsikkerhet.
«Redusere andel pasientopphold med minst én pasientskade, alle alvorlighetsgrader (E-I) med 25 % fra 2017-nivå til utgangen av 2023(GTT)»	15,8%	15,8 %	11,85 % *	
Infeksjoner, totalprotese	2017	2018	2023	Notodden og Skien.
«Redusere postoperative infeksjoner ved innsetting av totalprotese (hofte) med 25 % fra 2017-nivå til utgangen av 2023 (insidens)»	0,6 %	1,4 %	0,5 % *	
Infeksjoner, keisersnitt	2017	2018	2023	
«Redusere postoperative infeksjoner etter utført keisersnitt med 25 % fra 2017-nivå til utgangen av 2023(insidens)»	0 %	0 %	0 % *	
Infeksjoner, galleblære	2017	2018	2023	Oppstart av målinger i 2012. Notodden og Skien.
«Redusere postoperative infeksjoner etter fjerning av galleblære (kolecystektomi) med 25 % fra 2017-nivå til 2023 (insidens)»	0,7 %	0,4 %	0,5 % *	
Infeksjoner, urinveisinfeksjon	2017	2018	2023	Oppstart av målinger i 2012. Gjennomsnitt av 2 målinger det enkelte år.
«Redusere andel pasienter som har fått urinveisinfeksjon på sykehus med 25 % fra 2017-nivå til 2023 (prevalens)	0,8 %	1,1 %	0,6 %	

Mål	Baseline STHF	Status STHF	Mål STHF	Kommentar
30-dagers overlevelse, hoftebrudd	2010	2017	2023	
«Øke overlevelse 30-dager etter innleggelse for hoftebrudd med 2 % fra 2017-nivå til utgangen av 2023»	90,6 %	91,6%	93,4 % *	
30-dagers overlevelse, hjerneslag	2010	2017	2023	
«Øke overlevelse 30-dager etter innleggelse for hjerneslag med 3 % fra 2017-nivå til 2023»	85,4 %	88,2 %	90,8% *	
30-dagers totaloverlevelse	2010	2017	2023	
«Øke overlevelse 30-dager etter innleggelse med 3 % fra 2017-nivå til 2023»	95,0 %	95,4 %	98,3 % *	
Pasientsikkerhetskultur				Medarbeiderundersøkelsen ForBedring
Øke andel enheter med modent team-samarbeidsklima til minst 85 % innen 2023.	2018	2019	2023	Nasjonale mål; Lokalt tilpasset måltall
	85 %	84 %	85 %	
Øke andel enheter med modent sikkerhetsklima til minst 81 % innen 2023.	2018	2019	2023	Nasjonale mål; Lokalt tilpasset måltall
	80 %	81 %	81 %	
Svarprosent skal være minst 87 % for hver gjennomføring av ForBedring	2018	2019	2023	Nasjonale mål; Lokalt tilpasset måltall
	87 %	86 %	87%	

Kommentarer og vurderinger

Pasientskader, GTT

GTT-målingene i 2017 identifiserte 38 av 240 pasientopphold med minst én pasientskade (15,8 %). Ingen av pasientskadene er i den alvorligste kategorien.

Sykehuset Telemark har i dag ett GTT-team. Dette vanskeliggjør bruk av resultater i forbedringsarbeid. STHF bør vurdere å etablere flere GTT team. HSØ har igangsatt et arbeid for å videreutvikle GTT-metodikken for resultatene skal kunne sammenlignes mellom HF/RHF.

I juni 2019 publiserte helsedirektoratet for første gang kontrollgrafer, hvor hensikten er å gi en indikasjon på hvordan helseforetakene ligger an og videre forventet utvikling. Kontrollgrafene for 2. tertial 2018 viser at STHF ikke er i faresonen for å øke andel skader utover nivået fra 2017.

Infeksjoner

To ganger i året gjennomføres nasjonal obligatorisk prevalensundersøkelse av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) og antibiotikabruk (NOIS-PIAH), samt helårlig insidensmåling av postoperative sårinfeksjoner (NOIS), i samarbeid med Folkehelseinstituttet. I tillegg utføres to frivillige prevalensundersøkelse av kun HAI ved STHF.

Andel postoperative infeksjoner, urinveisinfeksjoner (UVI) og blodbainfeksjoner ses i sammenheng med implementering av innsatsområdene Trygg kirurgi, Forebygging av UVI og Forebygging av infeksjon ved sentralt venekateter.

Handlingsplan smittevern følges opp med årlige smittevernvisitter, sentrale punkter er håndhygiene, rengjøring/desinfeksjon og bruk av beskyttelsesutstyr.

Det er kontinuerlig fokus på riktig antibiotikabruk og reduksjon av bredspektret antibiotika ledet av etablert antibiotikastyringsprogram for STHF.

30 dagers overlevelse

Ved kvalitetsindikatoren 30 dagers overlevelse etter hoftebrudd skårer Sykehuset Telemark 91,6%, mens landsgjennomsnittet er 91,1%. I denne kategorien har ortopedisk ø-hjelps kapasitet på operasjon vært en utfordring. Med mål om økt overlevelse etter forskjellige typer hoftebrudd pågår forbedringsarbeid for å sikre operasjon innen 48 timer. Det er etablert et ekstra operasjonsteam på kveld mandag og torsdag for å redusere ventetiden på operasjon slik at fristen innen 48 timer kan ivaretas.

Pasientsikkerhetskultur

Pasientsikkerhetskultur er fra 2018 blitt målt i den årlige medarbeiderundersøkelsen ForBedring. STHF kan vise til høy svarprosent. Modent sikkerhetsklima og teamarbeidsklima er gode måleparametere fordi de forteller om både nivået av klima og grad av konsensus blant de ansatte. STHFs totalskår for både sikkerhetsklima og teamsamarbeidsklima er høy.

Spredning

Pasientsikkerhet og innsatsområdene er fast tema i sykehusets internrevisjoner. De foreløpige resultatene fra internrevisjon 2018-2019 sammenstilt med tidligere målinger, viser at innsatsområdene «Samstemming av legemiddellister» og «Trygg utskrivning med pasienten som likeverdig part» bør gis høy prioritet i det videre arbeidet. Dette gjelder også innsatsområdet «Forebygging av underernæring».

Prevalensmålinger av innsatsområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet

I 2018 vedtok direktørens ledergruppe at det skulle gjennomføres prevalensmålinger innen innsatsområdene 4 x pr. år.

På grunn av lav oppslutning om målingene er samlet informasjon om prevalenstall for 2019 ikke tilgjengelig. Målingene er en forutsetning for systematisk forbedring av pasientsikkerheten. Det må derfor være en prioritert lederoppgave å sørge for full oppslutning. Det er knyttet noe usikkerhet til tallene fra 2018, men de støtter likevel opp under et inntrykk av at «forebygging av UVI», «NEWS» og «forebygging av infeksjoner ved SVK» håndteres på en god måte i sykehuset. På de andre innsatsområdene, og spesielt når det gjelder «samstemming av legemidler» er det behov for fokus på gjennomføring. «Forebygging av underernæring» synes i liten grad å være implementert. «Trygg utskrivning» inngikk ikke i prevalensmålingen i 2018.

Prevalensmålingene vil gjennomføres elektronisk fra 2020.



Oppsummering

Den nye nasjonale handlingsplanens mål er færre pasientskader, bedre pasientsikkerhetskultur og varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Dette vil kreve felles prioritering og oppslutning om innsatsområdene fra hele linjeledelsen:

1. Styrke kompetansen innen ledelse av pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring
2. Alle ledere på alle nivå har ledelse av pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring som sitt ansvarsområde
3. Den enkelte leder er ansvarlig for innføring og oppfølging av relevante innsatsområder for pasientsikkerhet, herunder prevalensmålinger.

4. Aktivitetene i innsatsområdene skal integreres i enhetens ordinære drift.
5. Innsatsområdene «Trygg utskriving med pasienten som likeverdig part» «Forebygging av underernæring» og «Samstemming av legemiddellister» skal gis særskilt prioritet.
6. Prevalensmålinger av innsatsområdene x 4 pr. år skal gjennomføres i alle relevante enheter.
7. Øke forståelsen og bruken av GTT som indikator for pasientsikkerhet, ved å styrke GTT-kompetansen og å øke omfanget av GTT- målinger i sykehuset.

Direktørens ledergruppe har sluttet seg til dette.

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Resultater og tiltak etter ForBedring 2019

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
050-2019	Mai Torill Hoel, HR-direktør Sigrid Christie, HR-rådgiver	Orienteringssak	25.9.2019

Trykte vedlegg: Rådgiverrapport STHF 2019

Utrykte vedlegg: Ingen

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

Arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur er gjensidig avhengig av hverandre og bør ses i sammenheng. Et godt arbeidsmiljø har derfor betydning for pasientsikkerheten.

Ingress:

Sykehuset Telemark HF deltakelse i undersøkelsen var blant de høyeste målt i prosent sammenlignet med andre sykehus. Denne høye deltakelsen setter press på helseforetaket til å følge opp resultatene grundig og systematisk. Det er linjeledelsen som er ansvarlige for oppfølging av undersøkelsen. HR-avdelingen gir bistand til linjelederne ved behov.

Forslag til vedtak:

Orienteringen om resultatene fra undersøkelsen ForBedring og gjennomførte og planlagte tiltak tas til orientering.

Skien, den 18. september 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

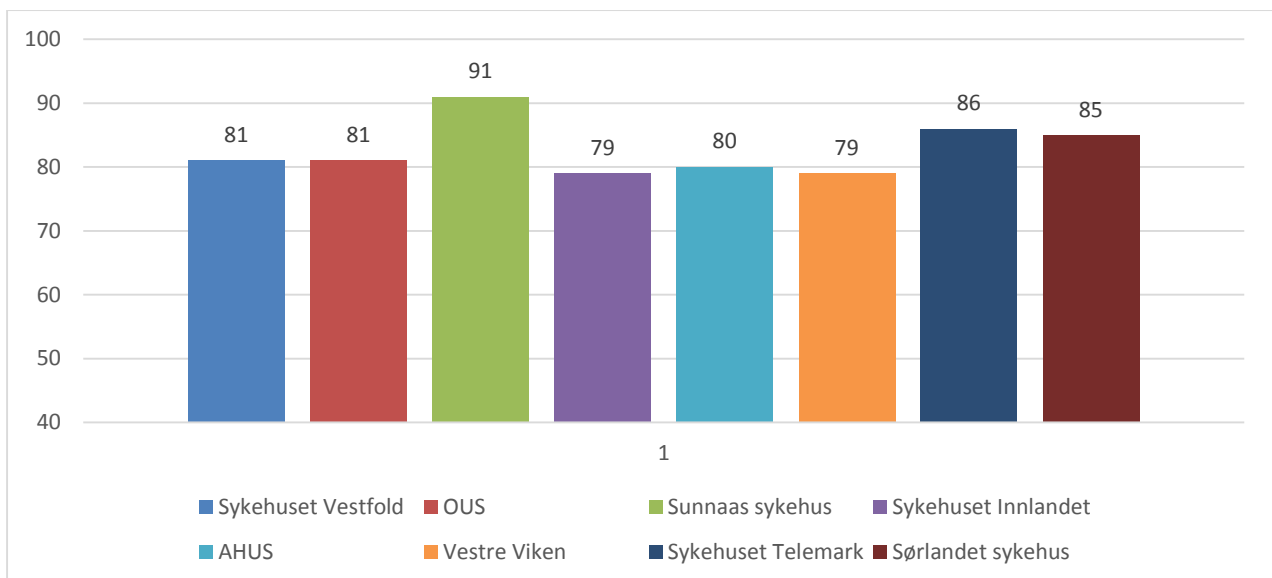
Bakgrunn for saken/faktabeskrivelse:

Undersøkelsen ForBedring ble gjennomført første gang i 2018, og er en samordning av den gamle medarbeiderundersøkelsen, HMS-grovkartlegging og pasientsikkerhetskulturerundersøkelsen. Resultatene skal brukes til lokalt forbedringsarbeid, og gir ledere og medarbeidere informasjon om hvordan arbeidsforholdene oppleves. Undersøkelsen gir også innspill til risikovurdering av pasientsikkerheten, arbeidsmiljøet og HMS-arbeidet i enheten. Det er viktig å se resultatene i sammenheng med andre datakilder for å redusere risiko for uønskede hendelser i pasientbehandling og arbeidsmiljøet.

Deltakelse:

Sykehuset Telemark hadde 86 % deltakelse på undersøkelsen. Sammenlignet med de andre sykehusene i HSØ var det kun Sunnaas sykehus som hadde bedre prosentvis deltakelse enn Sykehuset Telemark.

Denne høye deltakelsen fordrer at vi følger opp resultatene med gode, realistiske tiltak som fører til lokalt forbedringsarbeid.



Oversikt over overordnet resultat for Sykehuset Telemark HF:

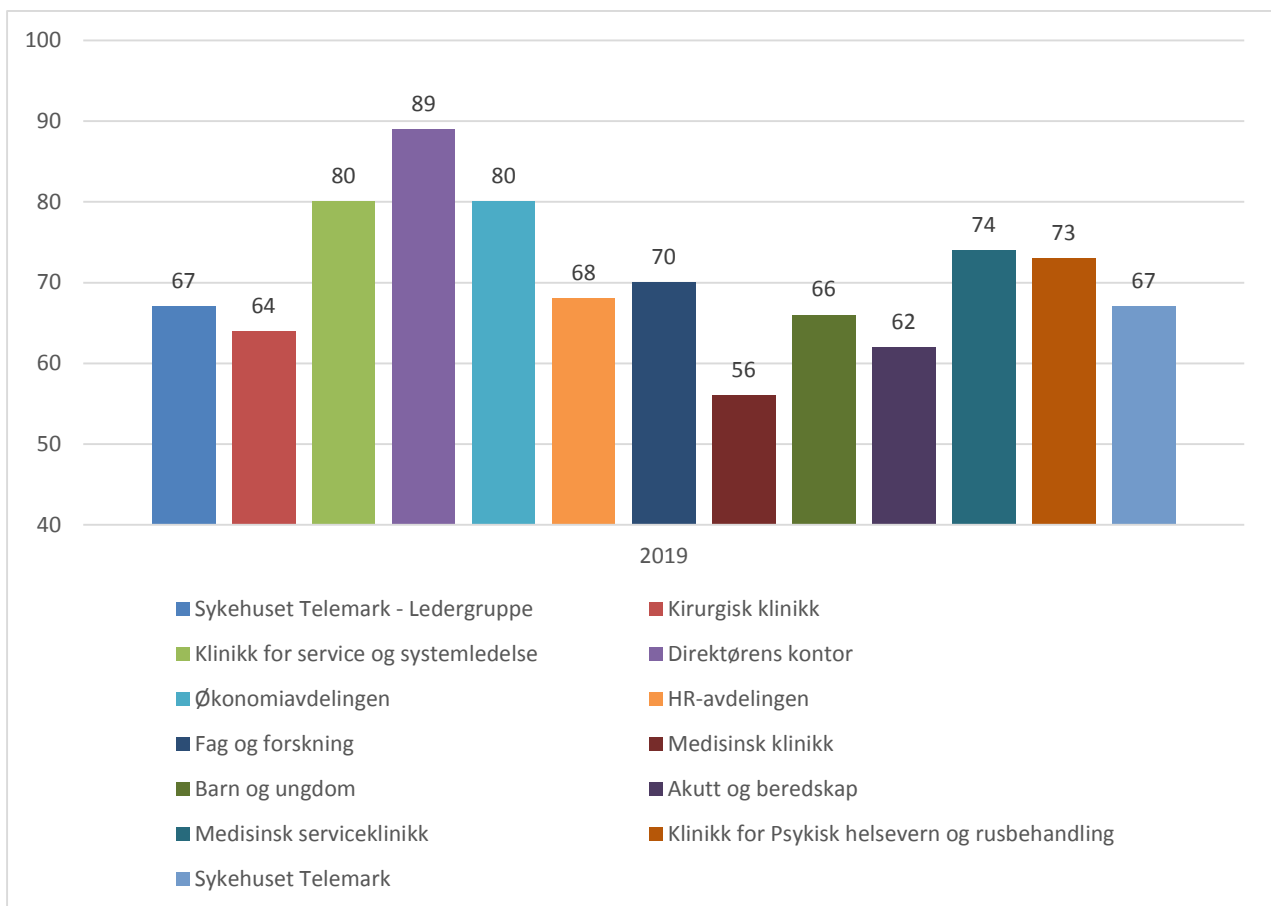
Resultatene angis på en skala fra 0-100. Jo høyere skår, jo bedre er resultatet.

	Antall svar	Resultat i år	Skår >= 75 i år	Resultat i fjor	Skår >= 75 i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
ENGASJEMENT	2588	81	75%	82	75%		81
TEAMARBEIDSKLIMA	2569	84	81%	85	82%		84
ARBEIDSFORHOLD	2568	67	55%	--	--		--
SIKKERHETSKLIMA	2563	81	74%	80	69%		80
PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ	2557	80	69%	--	--		--
OPPLEVD LEDERATFERD	2548	82	76%	82	75%		82
TOPPLEDERS ROLLE I PASIENTSIKKERHETSARBEIDET	1746	60	42%	60	41%		63
FYSISK MILJØ	2561	73	55%	73	53%		70
OPPFØLGING	2508	70	60%	--	--		--

Rapportene i sin helhet ligger som vedlegg til styresaken.

Det er allikevel to temaer vi ønsker å belyse her. Den ene er temaet «arbeidsforhold», det andre er «psykososialt arbeidsmiljø».

Arbeidsforhold:

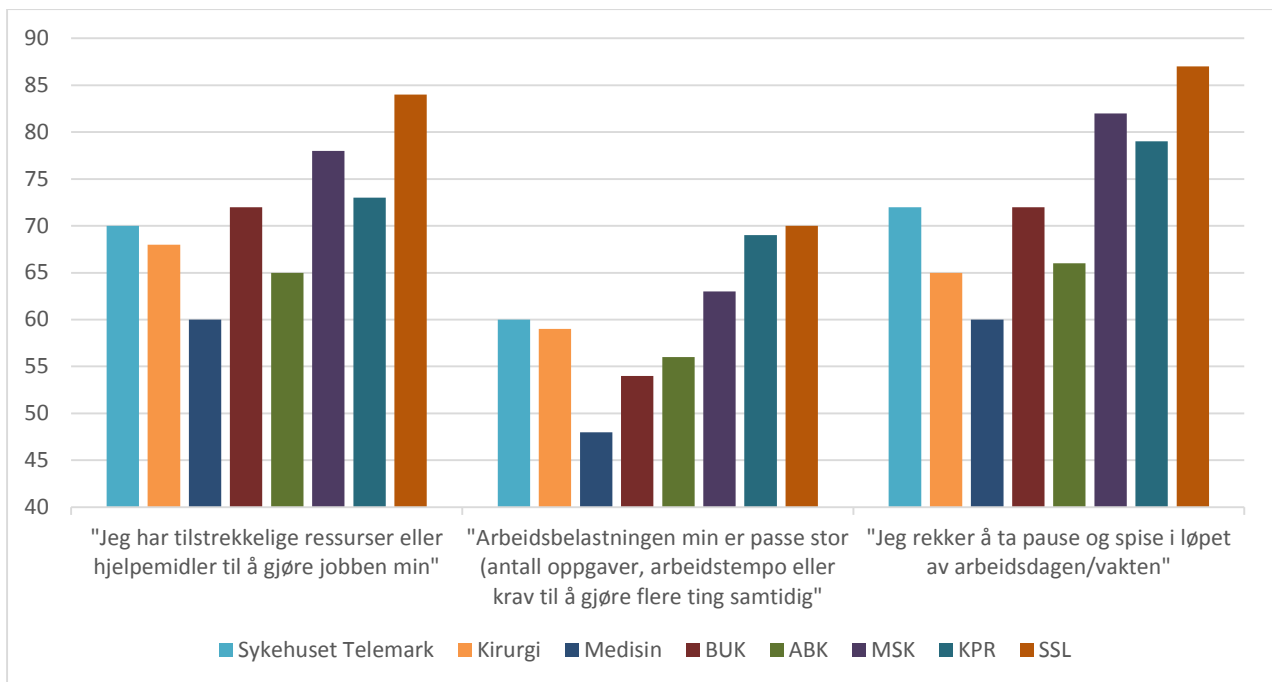


Arbeidsforhold belyser arbeidsmengden og tempo, samt tilgjengelige ressurser og hjelpemidler. Her vises ulike belastninger som kan virke negativt inn på motivasjon og helse. Dette er risikoforhold som det er viktig å ha under oppsikt.

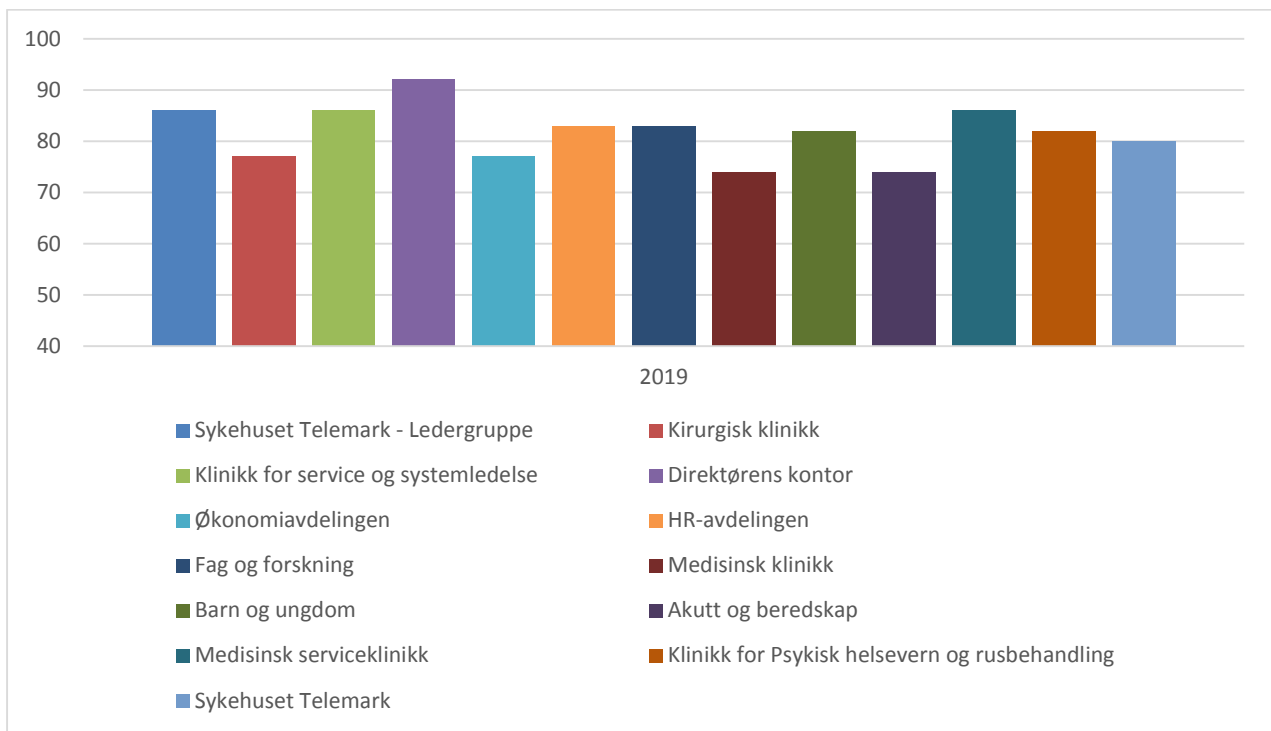
Høy skår indikerer at det finnes tilstrekkelig med ressurser og hjelpemidler, samt at arbeidsmengde og tempo er lite belastende.

Ut fra oversiktsbildet her ser vi at stabene og klinikkene har ulikt resultat på dette området. På det neste bildet har vi tatt bort stabene og tatt for oss svarene på spørsmålene i undersøkelsen i hver klinikk.

Vi ser at det er ulike svar fra klinikk til klinikk, men resultatene viser at alle klinikkene svarer under 70 på spørsmålet «Arbeidsbelastningen min er passe stor, dvs. «antall oppgaver, arbeidstempo eller krav til å gjøre flere ting samtidig». Svarene varierer fra 48 i Medisinsk klinikk til 70 i klinikken Service og systemledelse. Medisinsk klinikk og Akutt- og beredskapsklinikken peker seg ut med lavest skår på alle spørsmålene knyttet til arbeidsforhold, noe som kan tyde på at arbeidstakerne opplever krevende arbeidsdager.



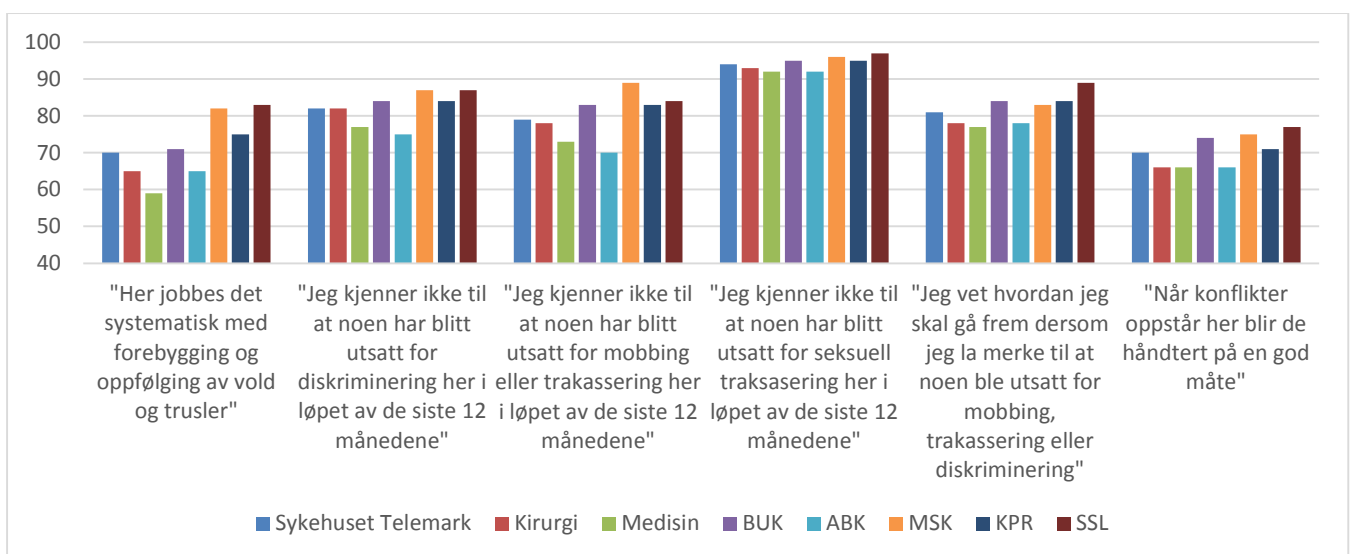
Psykososialt arbeidsmiljø:



Teamet psykososialt arbeidsmiljø tar opp mobbing, trakassering, diskriminering og hvordan ansatte blir ivaretatt hvis en hendelse skulle oppstå.

Høy skår indikerer trygt arbeidsmiljø og god håndtering av eventuelle konflikter.

På dette området er det ikke stor forskjell mellom klinikker og staber, og STHF har gjennomgående god skår på dette området. I det neste bildet er stabene fjernet for få et mer nyansert svar.



På spørsmålet om «systematisk forebygging og oppfølging av vold og trusler», skårer STHF lavere enn forventet. Som konsekvens av dette, kombinert med utfordringsbildet både i somatikk og psykiatri, er det satt i gang et arbeid knyttet til vold og trusler. Arbeidsgruppen er sammensatt av medarbeidere i HR-

avdelingen, kvalitetsavdelingen, ansatte i somatikk, psykiatri, bedriftshelsetjenesten og politiet. Målsetningen med dette er å lage et felles opplegg for å bygge kompetanse hos ansatte for håndtering av vold og trusler i forhold til utfordringsbildet på det enkeltes arbeidsplass.

I noen seksjoner kan det tyde på at det forekommer mobbing og trakassering. HR-avdelingen er i samarbeid med bedriftshelsetjenesten bistår flere av disse seksjonene med prosesser knyttet til spørsmål om mobbing og trakassering.

På spørsmålet om konflikthåndtering kan det se ut som om det usikkerhet knyttet til hvordan dette håndteres i de forskjellige klinikkene. Prosedyren for konflikthåndtering vil i løpet av høsten bli gjennomgått på foretaksnivå.

Tiltak fra HR-avdelingen:

På direktørens ledermøte 12.mars 2019 ble klinikkene oppfordret til å rydde i de eksisterende HMS-handlingsplanene, og at man i oppfølgingsarbeidet skal konsentrere seg om ett bevaringsområde og to forbedringsområder. Dette for å gjøre oppfølgingsarbeidet mer konkret.

- Det har blitt gjennomført opplæring av ledere i oppfølging av ForBedring i Skien og på Notodden.
- Rydding i HMS-handlingsplaner: Det er per i dag 169 aktive HMS-handlingsplaner på STHF. Av disse er 105 endret i 2019.
- Etablert «Årshjul ForBedring» med seks stopp-punkter gjennom året som sikrer strukturert arbeidet slik at oppfølgingen blir en kontinuerlig prosess.
- HR-avdelingen har i samarbeid med bedriftshelsetjenesten og kvalitetsavdelingen utviklet et samtaleverktøy som kan benyttes i gruppeprosessene. Dette verktøyet er med på å strukturere gruppeprosessene, slik at alle har mulighet til å bli hørt og at dialogen i møtene holdes innenfor definerte rammer. Verktøyet har blitt benyttet av mange ledere ved sykehuset og tilbakemeldingene er gode.
- HR-rådgiverne har bistått ledere ved gjennomgang av resultatrapportene i flere seksjoner på sykehuset. Noen steder har hele rapporten blitt gjennomgått, andre steder er det enkelttemaer som har blitt kartlagt mer grundig der det har vært nødvendig.
- Det har blitt opprettet en felles epostadresse, forbedring@sthf.no som sikrer god fordeling av henvendelser til HR-avdelingen.
- Det er formalisert et samarbeid mellom HR, vernetjeneste, kvalitetsavdelingen og tillitsvalgte Dette for å sikre at både arbeidsmiljø og pasientsikkerhet ivaretas.
- Det er etablert et tett samarbeid med NAV angående konseptet «Tett på». Sykehuset ønsker å ha en bedre systematisk forebygging og oppfølging av sykefravær, samt nå målet om å få ned sykefraværet med 10 % målt mot fjoråret. Her jobbes det systematisk med nøkkeltall for sykefraværet ved sykehuset. Modellen som skal innføres er et «pakkeforløp» utfra utfordringer seksjonene har i forhold til sykefravær, både korttids- og langtidsfravær. Målet er å knytte arbeidet med sykefraværsoppfølging og ForBedring bedre sammen for å sikre godt arbeidsmiljø og, lavere sykefravær som igjen vil føre til bedre pasientsikkerhet. Piloter er i gang i løpet av høsten, og konseptet skal gjennomføres i full skala i løpet av 2020.

ForBedring 2019 Rådgiver rapport for Sykehuset Telemark

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

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

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



OPPSUMMERING AV UNDERSØKELSEN

2/28

DELTAKELSE I UNDERSØKELSEN

Det er viktig for troverdigheten til resultatene at flest mulig deltar med sine synspunkter. Svarprosent er et resultat, og kan være et tiltaksområde. Hvis svarprosenten er lavere enn 70%, er det viktig å undersøke hva som kan gjøres i fremtiden for å få til en bedre deltakelse. Kriteriene for deltakelse i ForBedring inkluderer nå alle ansatte som har en stillingsprosent, i motsetning til tidligere hvor kravet var minimum 30% stilling.

Antall utsendte	Antall svar	Svarprosent	Antall utsendte >=30%	Antall svar >=30%	Svarprosent >=30%
3096	2663	86%	2972	2576	87%

Antall utsendte Totalt antall utsendte spørreskjemaer per rapport

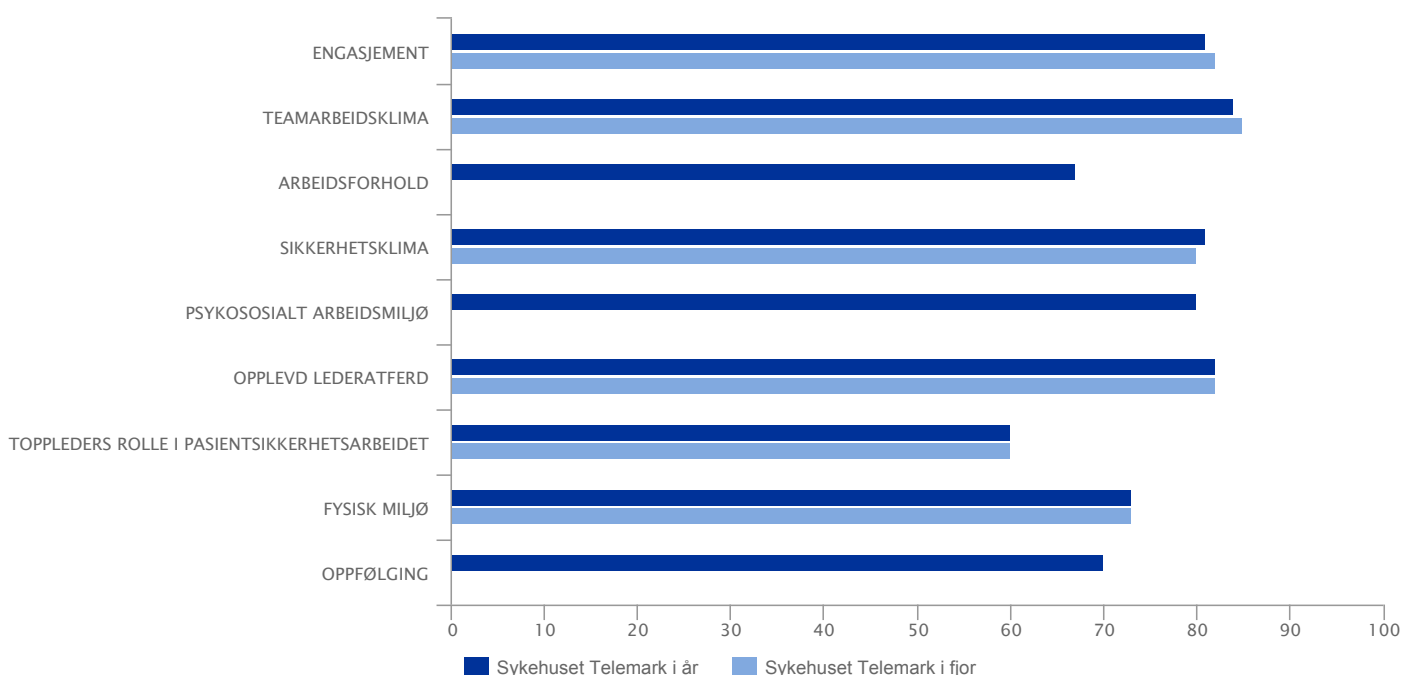
Antall svar Antall svar er antall spørreskjema som er åpnet

Svarprosent Andel påbegynte spørreskjema av totalt utsendte skjema

HOVEDRESULTAT PER TEMA

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

	Antall svar	Resultat i år	Skår >= 75 i år	Resultat i fjor	Skår >= 75 i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
ENGASJEMENT	2588	81	75%	82	75%		81
TEAMARBEIDSKLIMA	2569	84	81%	85	82%		84
ARBEIDSFORHOLD	2568	67	55%	--	--		--
SIKKERHETSKLIMA	2563	81	74%	80	69%		80
PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ	2557	80	69%	--	--		--
OPPLEVD LEDERATFERD	2548	82	76%	82	75%		82
TOPPLEDERS ROLLE I PASIENTSIKKERHETSARBEIDET	1746	60	42%	60	41%		63
FYSISK MILJØ	2561	73	55%	73	53%		70
OPPFØLGING	2508	70	60%	--	--		--



Om rapporten

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

Bruk rapporten til å:

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

Oppfølging

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

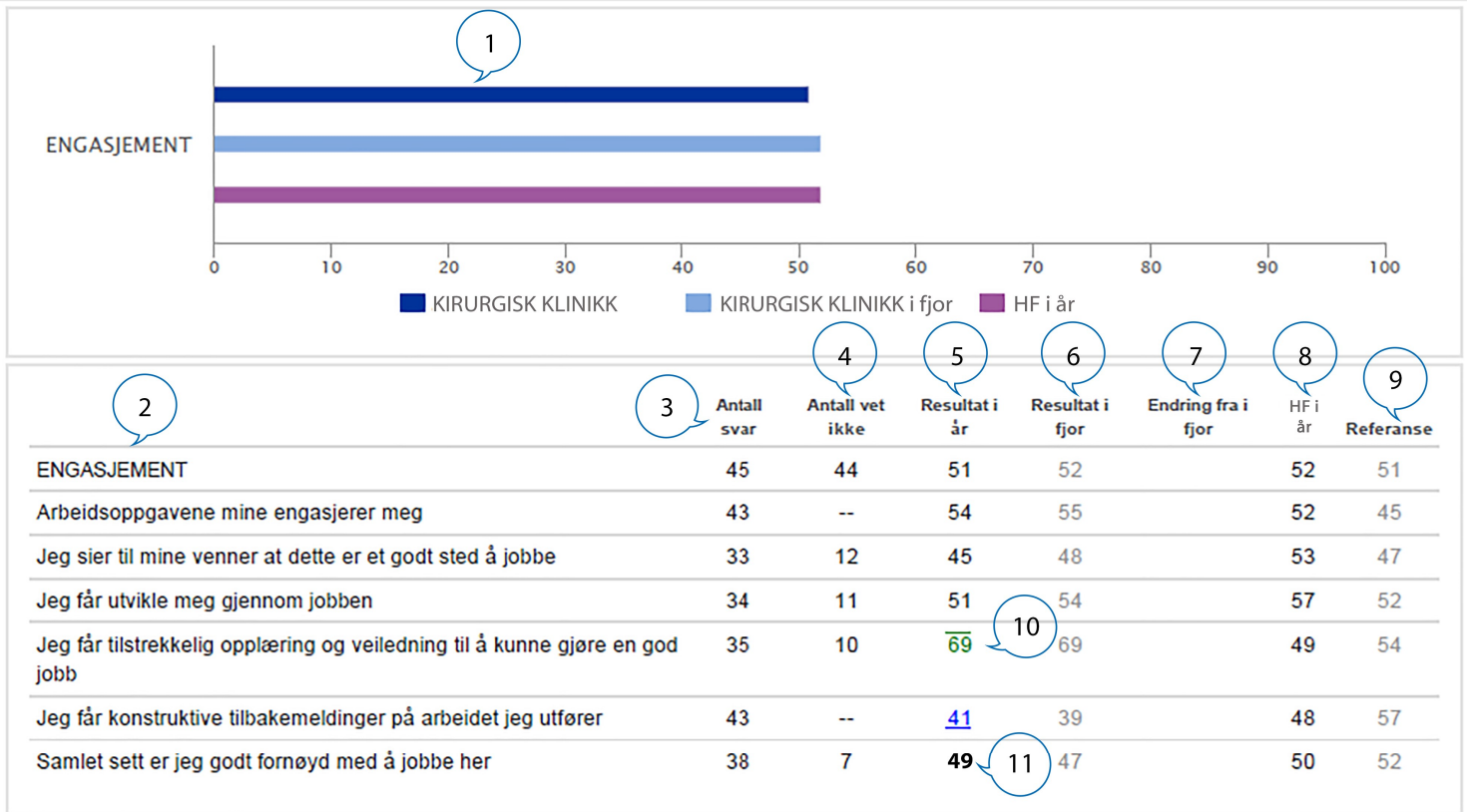
Det er nødvendig å ha en samtale i medarbeidergruppen for å finne ut hva resultatene i rapporten faktisk betyr, og hvilke områder som oppleves som viktigst å prioritere som bevarings- og forbedringsområder.

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

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

Lesing av resultatene

Hvert resultatområde har en innledning, og resultatet er presentert med en graf og en tabell. Grupper av spørsmål som hører naturlig sammen oppsummeres i et tema. Referansen som benyttes baserer seg på tidligere undersøkelser.



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

ENGASJEMENT

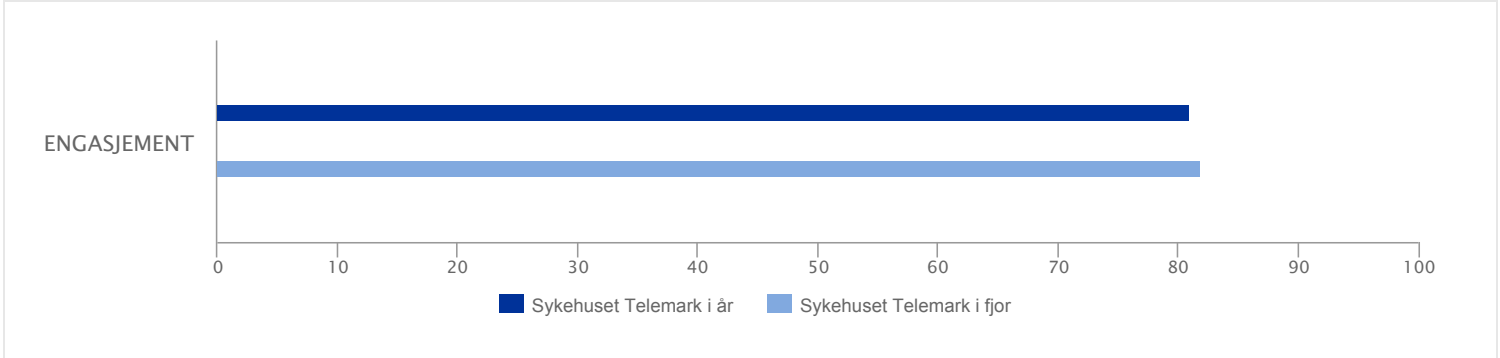
5/28

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

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

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

Høy skår indikerer et høyt engasjement.



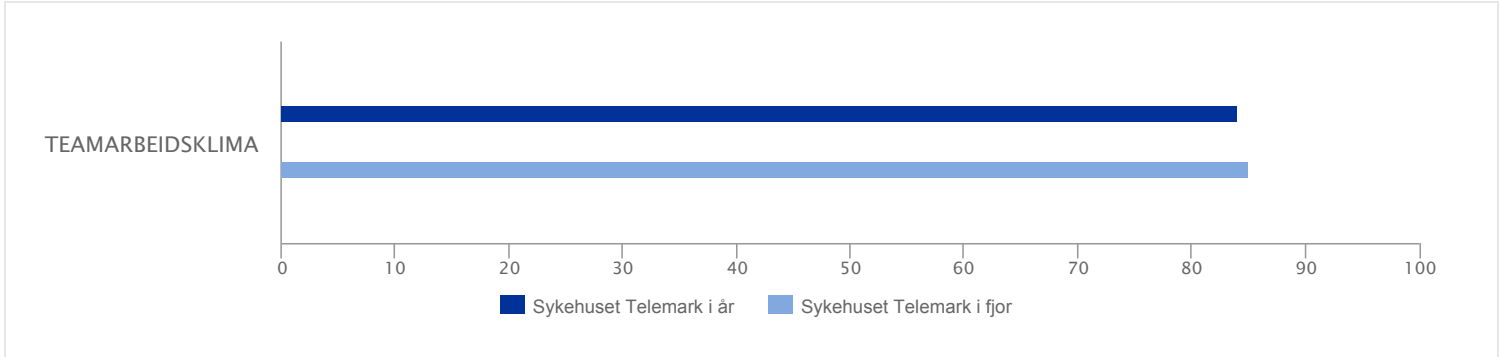
	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
ENGASJEMENT	2588		81	82		81
Arbeidsoppgavene mine engasjerer meg	2577	--	91	91		90
Jeg sier til mine venner at dette er et godt sted å jobbe	2568	7	85	84		84
Jeg får utvikle meg gjennom jobben	2564	7	79	79		80
Jeg får tilstrekkelig opplæring og veiledning til å kunne gjøre en god jobb	2565	14	76	77		77
Jeg får konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet jeg utfører	2570	5	71	73		71
Samlet sett er jeg godt fornøyd med å jobbe her	2580	--	86	86		86

TEAMARBEIDSKLIMA

6/28

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

Høy skår indikerer et godt teamarbeidsklima.



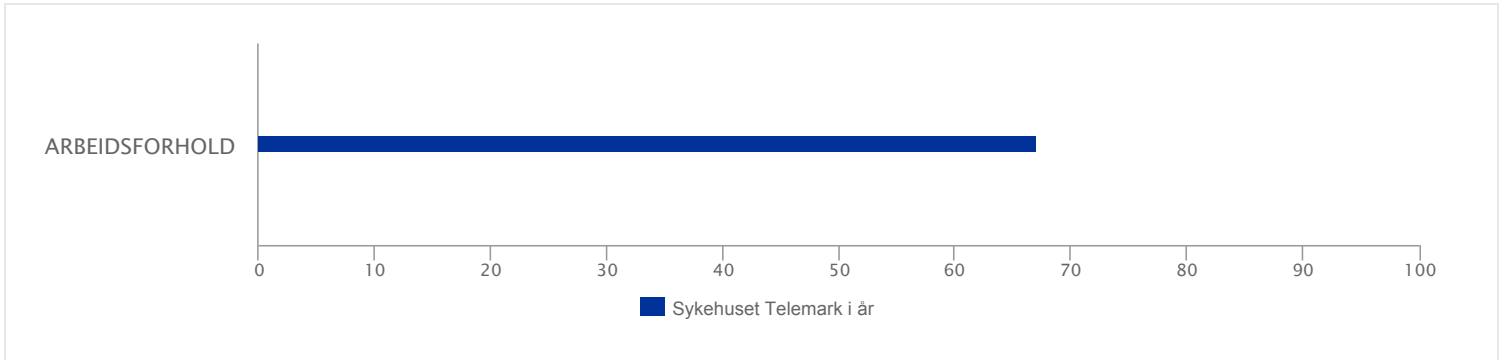
	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
TEAMARBEIDSKLIMA	2569		84	85		84
Forskjellige yrkesgrupper samarbeider godt her	2544	24	84	84		83
Samarbeid med andre enheter fungerer godt	2520	42	75	77		76
Jeg får støtte og hjelp fra mine arbeidskolleger når jeg trenger det	2554	5	91	91		90
Her er det lett å spørre når det er noe jeg ikke forstår	2553	6	91	91		90
Det er lett å si fra om problemer i pasientbehandlingen her	2313	245	78	79		78

ARBEIDSFORHOLD

7/28

Arbeidsforhold belyser arbeidsmengde og tempo, samt tilgjengelige ressurser og hjelpemidler. Det tar opp ulike belastninger som kan virke negativt inn på motivasjon og helse. Dette er risikoforhold som det er viktig å ha under oppsikt.

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



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	*Resultat i fjor	*Endring fra i fjor	*Referanse
ARBEIDSFORHOLD	2568		67	--	--	--
Jeg har tilstrekkelig med ressurser eller hjelpemidler til å gjøre jobben min	2547	9	70	--	--	--
Arbeidsbelastningen min er passe stor (antall oppgaver, arbeidstempo eller krav til å gjøre flere ting samtidig)	2555	7	60	--	--	--
Jeg rekker å ta pause og spise i løpet av arbeidsdagen/vakten	2561	5	72	--	--	--

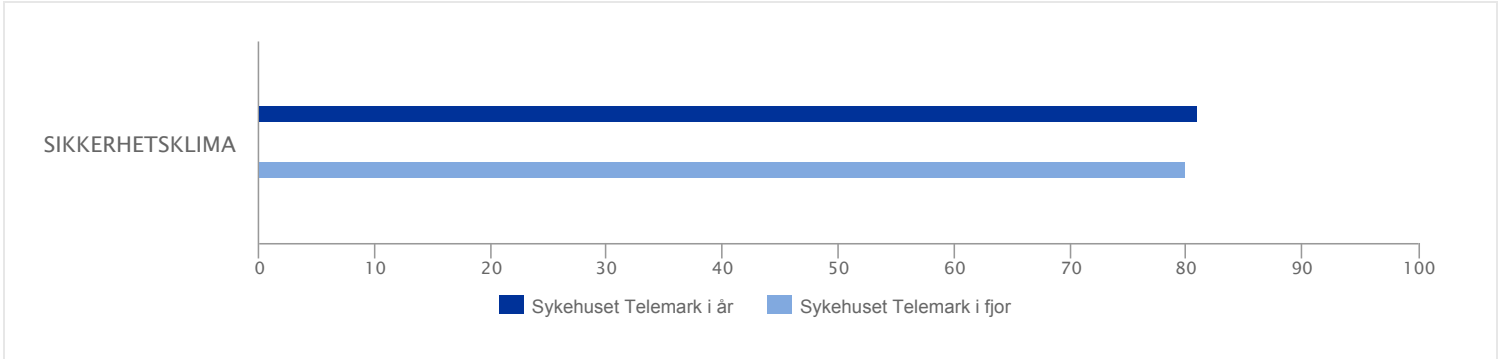
*Kolonnene «Resultat i fjor», «Endring fra i fjor» og «Referanse» er tom ettersom spørsmålene er endret siden undersøkelsen i 2018.

SIKKERHETSKLIMA

8/28

Sikkerhetsklima kartlegger varslingskulturen, og hvor trygg og åpen denne er. Det belyser forhold som virker inn på kvaliteten og pasientsikkerheten.

Høy skår indikerer en god varslingskultur og åpenhet.

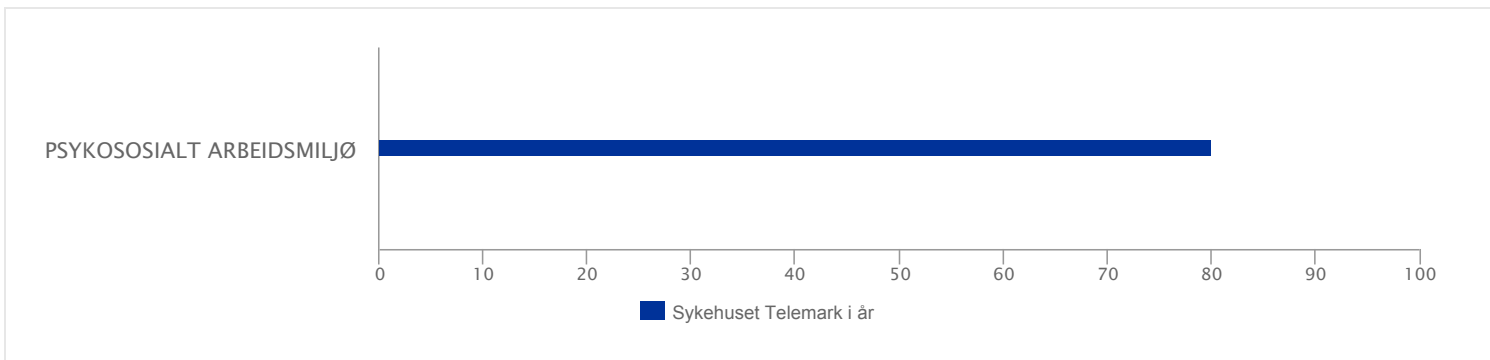


	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
SIKKERHETSKLIMA	2563		81	80		80
Jeg melder fra om avvik og hendelser som kan føre til skade eller feil	2512	56	82	80		83
Det er trygt å si i fra om kritikkverdige forhold her	2525	39	78	76		77
Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem	2532	29	80	79		79
Mine kolleger oppmuntrer meg til å si fra om jeg er bekymret for sikkerheten	2435	131	81	79		78
Her blir medisinske feil (behandlingsrelaterede forhold som gir/kunne gitt negativt utfall for pasient) håndtert riktig	2143	411	82	80		81
Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her	2412	150	84	83		84

PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ

9/28

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



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	*Resultat i fjor	*Endring fra i fjor	*Referanse
PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ	2557		80	--	--	--
Her jobbes det systematisk med forebygging og oppfølging av vold og trusler	1932	625	70	--	--	--
Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for diskriminering her i løpet av de siste 12 månedene	2346	210	82	--	--	--
Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for mobbing eller trakassering her i løpet av de siste 12 månedene	2386	175	79	--	--	--
Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for seksuell trakassering her i løpet av de siste 12 månedene	2307	243	94	--	--	--
Jeg vet hvordan jeg skulle gå frem dersom jeg la merke til at noen ble utsatt for mobbing, trakassering eller diskriminering	2481	69	81	--	--	--
Når konflikter oppstår her blir de håndtert på en god måte	2382	179	70	--	--	--

*Kolonnene «Resultat i fjor», «Endring fra i fjor» og «Referanse» er tom ettersom spørsmålene er endret siden undersøkelsen i 2018.

Diskriminering

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

Mobbing

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

Trakassering

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

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

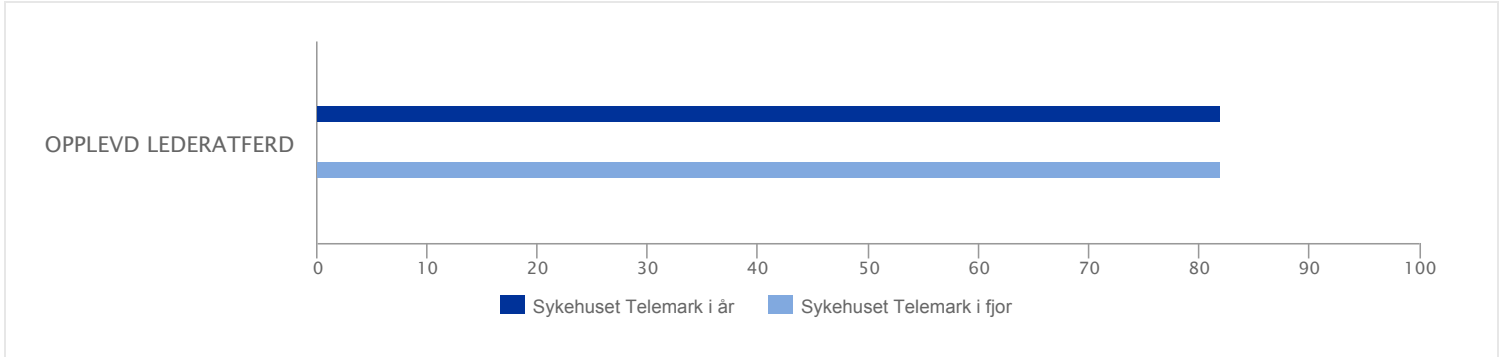
Seksuell trakassering

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

OPPLEVD LEDERATFERD

10/28

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

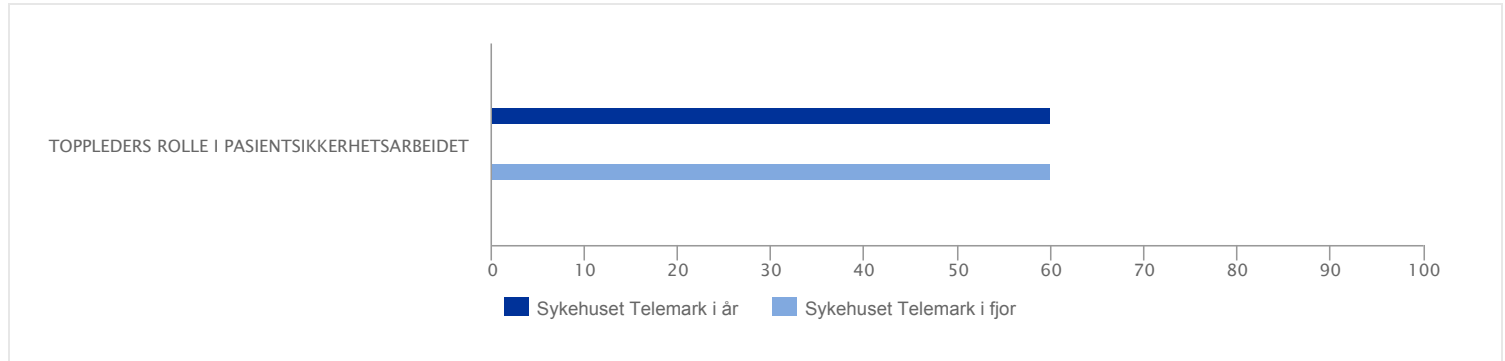


	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
OPPLEVD LEDERATFERD	2548		82	82		82
Min nærmeste leder har tydelige forventninger til mitt arbeid	2523	32	84	84		84
Min nærmeste leder er tilgjengelig for meg når jeg har behov for det	2537	15	84	85		84
Min nærmeste leder følger opp uønskede hendelser og forbedringsforslag	2474	77	81	81		81
Min nærmeste leder oppmuntrer meg til å si ifra når jeg har en annen mening	2495	57	79	78		78

TOPPLEDERS ROLLE I PASIENTSIKKERHETSARBEIDET

11/28

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



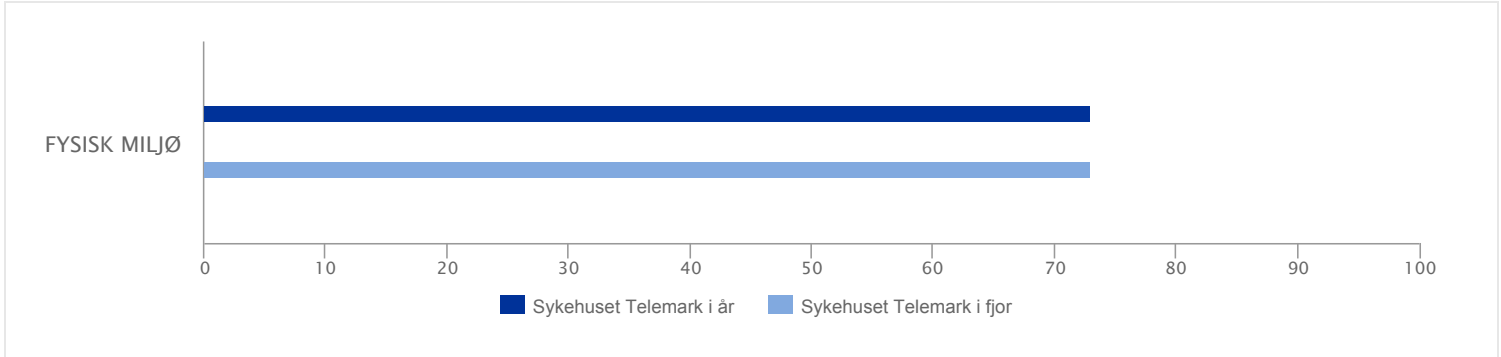
	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
Administrerende direktør støtter opp om arbeidet med pasientsikkerheten i helseforetaket	1746	803	60	60		63

FYSISK MILJØ

12/28

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

Det er ønskelig med høy skår på dette teamet.



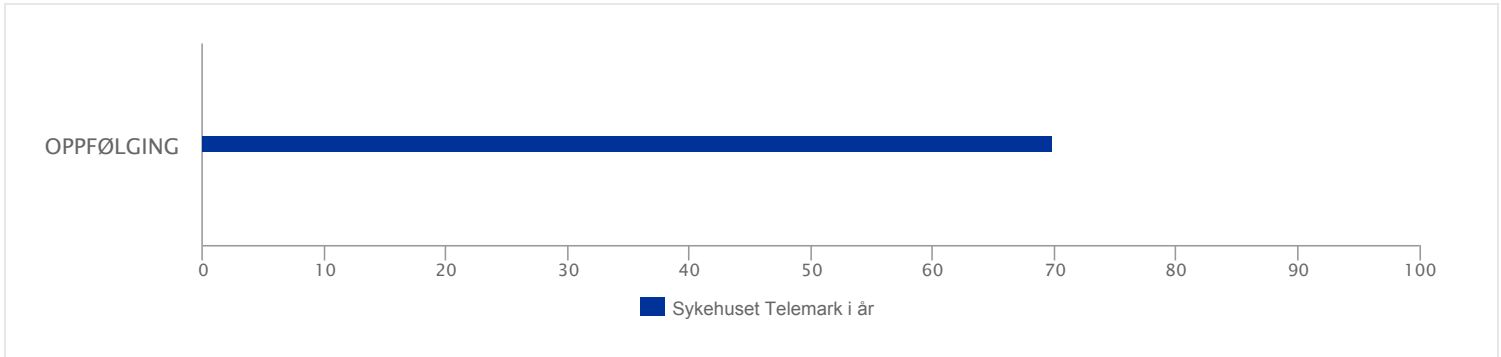
	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
FYSISK MILJØ	2561		73	73		70
Det er et godt fysisk arbeidsmiljø her (luft, lys, støy, støv, vibrasjoner, og lignende.)	2550	--	57	57		53
Her arbeides det godt med brannvern	2446	110	79	79		77
Her tilrettelegges arbeidet slik at muskel- og skjelettplager forebygges	2407	145	64	62		61
Her blir alle godt beskyttet mot skadelige kjemikalier og biologiske farer	2074	482	79	79		76
Her arbeides det godt med smittevern	2205	349	80	79		76
Her arbeides det godt med strålevern	1254	1286	76	75		74
Her er sikkerheten ved bruk av maskiner, tekniske hjelpemidler, eller utstyr godt ivaretatt	1876	670	81	82		80
Her arbeides det godt med å unngå negativ påvirkning på det ytre miljøet	2059	492	73	72		70

OPPFØLGING

13/28

Oppfølging av undersøkelsen kartlegger om det arbeides systematisk med forbedringer og om de ansatte var involvert i oppfølgingen av forrige undersøkelse.

Høy skår indikerer at det arbeides systematisk med forbedringer og at det er en høy grad av involvering.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	*Resultat i fjor	*Endring fra i fjor	*Referanse
OPPFØLGING	2508		70	--	--	--
Her arbeides det systematisk med å forbedre arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten	2435	108	74	--	--	--
Jeg har vært involvert i oppfølgingen av den forrige ForBedring kartleggingen	2133	404	66	--	--	--

*Kolonnene «Resultat i fjor», «Endring fra i fjor» og «Referanse» er tom ettersom spørsmålene er endret siden undersøkelsen i 2018.

TILLEGSSPØRSMÅL STHF: MEDARBEIDERSAMTALEN

14/28

....

	Antall svar	Antall vet ikke	Andel ja	*Andel ja i fjor
MEDARBEIDERSAMTALEN	2492		74%	--
Har du gjennomført utviklings/medarbeidersamtale?	2476	71	70%	--
Hjalp utviklings/medarbeidersamtalen til å klargjøre målene for ditt arbeid?	1663	837	82%	--
Hjalp utviklings/medarbeidersamtalen deg til å finne frem til forbedringer for hvordan du utfører ditt arbeid?	1559	935	71%	--
Fikk du gitt de tilbakemeldingene du hadde behov for i løpet av utviklings/medarbeidersamtalen?	1747	748	88%	--

*Kolonnen «Andel ja i fjor» er tom ettersom spørsmålene ikke var med i fjorårets undersøkelse.

TILLEGSSPØRSMÅL STHF: KOMPETANSEUTVIKLINGSPLAN

15/28

....

	Antall svar	Antall vet ikke	Andel ja	*Andel ja i fjor
KOMPETANSEUTVIKLINGSPLAN	1688		67%	--
Resulterte utviklings/medarbeidersamtalen i en skriftlig kompetanseutviklingsplan?	1644	854	68%	--
Har tiltakene i kompetanseutviklingsplanen blitt gjennomført som planlagt?	1300	1187	66%	--

*Kolonnen «Andel ja i fjor» er tom ettersom spørsmålene ikke var med i fjorårets undersøkelse.

HISTORIKK FORBEDRING I FJOR

16/28

Under oppsummeres hovedresultatene på de ulike temaområdene i fjor.

	Antall svar	Resultat i fjor	Skår >= 75 i fjor	Referanse
ENGASJEMENT	2604	82	75%	81
TEAMARBEIDSKLIMA	2588	85	82%	84
SIKKERHETSKLIMA	2590	80	69%	80
OPPLEVD LEDERATFERD	2574	82	75%	82
TOPPLEDERS ROLLE I PASIENTSIKKERHETSARBEIDET	1770	60	41%	63
FYSISK MILJØ	2586	73	53%	70

ENHETSNØKKELTALL

17/28

Under oppsummeres hovedresultatene på de ulike temaområdene i undersøkelsen for direkte underliggende enheter. Detaljer for hvert temaområde fremkommer utover i rapporten.

	Svarprosent	Gjennomsnittlig størrelse på enheter	Antall underenheter
Sykehuset Telemark	86	11	235
Kirurgisk klinikk	85	13	28
Klinikk for service og systemledelse	90	8	37
Direktørens kontor	93	2	8
Økonomiavdelingen	100	5	3
HR-avdelingen	84	9	6
Fag og forskning	92	3	9
Medisinsk klinikk	78	11	45
Barn og ungdom	96	12	19
Akutt og beredskap	88	20	20
Medisinsk serviceklinikk	88	12	21
Klinikk for Psykisk helsevern og rusbehandling	87	13	38
Sykehuset Telemark - Ledergruppe	100	11	1

ENGASJEMENT

18/28

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

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

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

Høy skår indikerer et høyt engasjement.

	ENGASJEMENT	Arbeidsoppgavene mine engasjerer meg	Jeg sier til mine venner at dette er et godt sted å jobbe	Jeg får utvikle meg gjennom jobben	Jeg får tilstrekkelig opplæring og veiledning til å kunne gjøre en god jobb	Jeg får konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet jeg utfører	Samlet sett er jeg godt fornøyd med å jobbe her
Sykehuset Telemark	81	91	85	79	76	71	86
Kirurgisk klinikk	80	91	85	76	71	69	86
Klinikk for service og systemledelse	84	87	87	79	83	80	89
Direktørens kontor	85	92	88	83	77	77	92
Økonomiavdelingen	75	79	80	75	73	66	79
HR-avdelingen	84	95	86	85	72	76	88
Fag og forskning	84	89	86	88	78	74	86
Medisinsk klinikk	80	92	81	79	74	68	83
Barn og ungdom	86	94	89	86	78	77	90
Akutt og beredskap	80	91	84	80	74	66	85
Medisinsk serviceklinikk	83	88	85	76	83	76	87
Klinikk for Psykisk helsevern og rusbehandling	80	91	84	80	75	70	84
Sykehuset Telemark - Ledergruppe	91	100	95	86	84	80	98

TEAMARBEIDSKLIMA

19/28

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

Høy skår indikerer et godt teamarbeidsklima.

	TEAMARBEIDSKLIMA	Forskjellige yrkesgrupper samarbeider godt her	Samarbeid med andre enheter fungerer godt	Jeg får støtte og hjelp fra mine arbeidskolleger når jeg trenger det	Her er det lett å spørre når det er noe jeg ikke forstår	Det er lett å si fra om problemer i pasientbehandlingen her
Sykehuset Telemark	84	84	75	91	91	78
Kirurgisk klinikk	83	82	73	91	90	77
Klinikk for service og systemledelse	86	83	83	92	91	77
Direktørens kontor	86	86	82	90	89	--
Økonomiavdelingen	88	81	82	98	90	85
HR-avdelingen	87	86	85	91	92	80
Fag og forskning	86	85	82	88	88	84
Medisinsk klinikk	84	87	72	91	91	78
Barn og ungdom	86	89	73	92	91	84
Akutt og beredskap	82	80	74	89	90	75
Medisinsk serviceklinikk	87	85	80	92	92	85
Klinikk for Psykisk helsevern og rusbehandling	83	85	74	91	91	75
Sykehuset Telemark - Ledergruppe	82	68	75	84	95	89

ARBEIDSFORHOLD

20/28

Arbeidsforhold belyser arbeidsmengde og tempo, samt tilgjengelige ressurser og hjelpemidler. Det tar opp ulike belastninger som kan virke negativt inn på motivasjon og helse. Dette er risikoforhold som det er viktig å ha under oppsikt.

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

	ARBEIDSFORHOLD	Jeg har tilstrekkelig med ressurser eller hjelpemidler til å gjøre jobben min	Arbeidsbelastningen min er passe stor (antall oppgaver, arbeidstempo eller krav til å gjøre flere ting samtidig)	Jeg rekker å ta pause og spise i løpet av arbeidsdagen/vakten
Sykehuset Telemark	67	70	60	72
Kirurgisk klinikk	64	68	59	65
Klinikk for service og systemledelse	80	84	70	87
Direktørens kontor	89	84	88	94
Økonomiavdelingen	80	84	68	89
HR-avdelingen	68	68	63	75
Fag og forskning	70	71	59	79
Medisinsk klinikk	56	60	48	60
Barn og ungdom	66	72	54	72
Akutt og beredskap	62	65	56	66
Medisinsk serviceklinikk	74	78	63	82
Klinikk for Psykisk helsevern og rusbehandling	73	73	69	79
Sykehuset Telemark - Ledergruppe	67	64	66	73

SIKKERHETSKLIMA

21/28

Sikkerhetsklima kartlegger varslingskulturen, og hvor trygg og åpen denne er.

Det belyser forhold som virker inn på kvaliteten og pasientsikkerheten. **Høy skår indikerer en god varslingskultur og åpenhet.**

	SIKKERHETSKLIMA	Jeg melder fra om avvik og hendelser som kan føre til skade eller feil	Det er trygt å si i fra om kritikkverdige forhold her	Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem	Mine kolleger oppmuntrer meg til å si fra om jeg er bekymret for sikkerheten	Her blir medisinske feil (behandlingsrelaterte forhold som gir/kunne gitt negativt utfall for pasient) håndtert riktig	Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her
Sykehuset Telemark	81	82	78	80	81	82	84
Kirurgisk klinikk	78	76	75	77	78	79	83
Klinikk for service og systemledelse	84	88	81	85	83	79	83
Direktørens kontor	82	86	83	80	82	--	79
Økonomiavdelingen	79	80	77	77	83	--	88
HR-avdelingen	82	82	82	83	82	86	80
Fag og forskning	75	79	81	83	77	55	60
Medisinsk klinikk	77	77	73	77	78	79	80
Barn og ungdom	86	84	82	85	83	88	91
Akutt og beredskap	80	80	76	77	80	79	84
Medisinsk serviceklinikk	88	91	85	88	84	91	89
Klinikk for Psykisk helsevern og rusbehandling	81	84	77	77	83	83	83
Sykehuset Telemark - Ledergruppe	89	98	95	91	83	81	86

PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ

22/28

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

	PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ	Her jobbes det systematisk med forebygging og oppfølging av vold og trusler	Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for diskriminering her i løpet av de siste 12 månedene	Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for mobbing eller trakassering her i løpet av de siste 12 månedene	Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for seksuell trakassering her i løpet av de siste 12 månedene	Jeg vet hvordan jeg skulle gå frem dersom jeg la merke til at noen ble utsatt for mobbing, trakassering eller diskriminering	Når konflikter oppstår her blir de håndtert på en god måte
Sykehuset Telemark	80	70	82	79	94	81	70
Kirurgisk klinikk	77	65	82	78	93	78	66
Klinikk for service og systemledelse	86	83	87	84	97	89	77
Direktørens kontor	92	90	100	100	100	75	88
Økonomiavdelingen	77	80	73	81	100	71	58
HR-avdelingen	83	74	87	86	94	84	71
Fag og forskning	83	59	88	89	89	82	78
Medisinsk klinikk	74	59	77	73	92	77	66
Barn og ungdom	82	71	84	83	95	84	74
Akutt og beredskap	74	65	75	70	92	78	66
Medisinsk serviceklinikk	86	82	87	89	96	83	75
Klinikk for Psykisk helsevern og rusbehandling	82	75	84	83	95	84	71
Sykehuset Telemark - Ledergruppe	86	88	82	82	82	100	84

OPPLEVD LEDERATFERD

23/28

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

	OPPLEVD LEDERATFERD	Min nærmeste leder har tydelige forventninger til mitt arbeid	Min nærmeste leder er tilgjengelig for meg når jeg har behov for det	Min nærmeste leder følger opp uønskede hendelser og forbedringsforslag	Min nærmeste leder oppmuntrer meg til å si ifra når jeg har en annen mening
Sykehuset Telemark	82	84	84	81	79
Kirurgisk klinikk	76	78	79	74	72
Klinikk for service og systemledelse	88	91	88	85	86
Direktørens kontor	91	90	91	90	95
Økonomiavdelingen	75	73	86	73	70
HR-avdelingen	82	83	85	80	79
Fag og forskning	79	76	79	88	76
Medisinsk klinikk	81	82	84	79	80
Barn og ungdom	87	89	88	87	84
Akutt og beredskap	78	82	80	77	74
Medisinsk serviceklinikk	88	88	92	88	83
Klinikk for Psykisk helsevern og rusbehandling	82	85	84	82	79
Sykehuset Telemark - Ledergruppe	90	95	100	82	82

TOPPLEDER

24/28

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

Administrerende direktør støtter opp om arbeidet med pasientsikkerheten i helseforetaket

Sykehuset Telemark	60
Kirurgisk klinikk	58
Klinikk for service og systemledelse	80
Direktørens kontor	88
Økonomiavdelingen	83
HR-avdelingen	75
Fag og forskning	69
Medisinsk klinikk	51
Barn og ungdom	66
Akutt og beredskap	52
Medisinsk serviceklinikk	67
Klinikk for Psykisk helsevern og rusbehandling	57
Sykehuset Telemark - Ledergruppe	91

FYSISK MILJØ

25/28

Temaet kartlegger ulike forhold som medfører risiko for helseplager, og ivaretar arbeidsmiljøloven, samt Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning.

Svarene for dette temaet vises på en ulik måte enn for de andre teamene.

Her viser resultatet antall deltakere som har svart de ulike svaralternativene.

	FYSISK MILJØ	Det er et godt fysisk arbeidsmiljø her (luft, lys, støy, støv, vibrasjoner, og lignende.)	Her arbeides det godt med brannvern	Her tilrettelegges arbeidet slik at muskel- og skjelettplager forebygges	Her blir alle godt beskyttet mot skadelige kjemikalier og biologiske farer	Her arbeides det godt med smittevern	Her arbeides det godt med strålevern	Her er sikkerheten ved bruk av maskiner, tekniske hjelpemidler, eller utstyr godt ivare tatt	Her arbeides det godt med å unngå negativ påvirkning på det ytre miljøet
Sykehuset Telemark	73	57	79	64	79	80	76	81	73
Kirurgisk klinikk	69	51	73	58	75	80	73	79	69
Klinikk for service og systemledelse	80	62	84	72	89	85	80	89	83
Direktørens kontor	85	75	98	86	90	--	--	--	82
Økonomiavdelingen	76	71	83	80	55	--	--	--	68
HR-avdelingen	78	64	84	72	80	85	88	83	79
Fag og forskning	66	49	74	64	88	78	--	--	73
Medisinsk klinikk	67	46	73	55	73	80	70	76	69
Barn og ungdom	79	60	91	73	87	82	77	87	78
Akutt og beredskap	70	57	76	56	73	76	75	77	69
Medisinsk serviceklinikk	84	68	91	72	88	88	90	92	83
Klinikk for Psykisk helsevern og rusbehandling	72	61	77	67	83	72	70	77	70
Sykehuset Telemark - Ledergruppe	93	80	93	94	96	94	100	96	95

OPPFØLGING

26/28

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

	OPPFØLGING	Her arbeides det systematisk med å forbedre arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten	Jeg har vært involvert i oppfølgingen av den forrige ForBedring kartleggingen
Sykehuset Telemark	70	74	66
Kirurgisk klinikk	63	69	55
Klinikk for service og systemledelse	81	81	81
Direktørens kontor	85	78	91
Økonomiavdelingen	78	70	88
HR-avdelingen	76	76	76
Fag og forskning	77	78	76
Medisinsk klinikk	63	69	56
Barn og ungdom	79	83	74
Akutt og beredskap	64	68	59
Medisinsk serviceklinikk	81	83	78
Klinikk for Psykisk helsevern og rusbehandling	70	74	66
Sykehuset Telemark - Ledergruppe	95	95	95

TILLEGSSPØRSMÅL STHF

27/28

	MEDARBEIDERSAMTALEN	Har du gjennomført utviklings/medarbeidersamtale?	Hjelp utviklings/medarbeidersamtalen til å klargjøre målene for ditt arbeid?	Hjelp utviklings/medarbeidersamtalen deg til å finne frem til forbedringer for hvordan du utfører ditt arbeid?	Fikk du gitt de tilbakemeldingene du hadde behov for i løpet av utviklings/medarbeidersamtalen?	Resulterte utviklings/medarbeidersamtalen i en skriftlig kompetanseutviklingsplan?	Har tiltakene i kompetanseutviklingsplanen blitt gjennomført som planlagt?
Sykehuset Telemark	6	8	5	7	3	8	9
Kirurgisk klinikk	9	11	6	8	4	11	13
Klinikk for service og systemledelse	4	4	3	5	2	4	5
Direktørens kontor	7	2	5	5	3	17	10
Økonomiavdelingen	8	0	7	13	2	17	18
HR-avdelingen	7	4	6	8	6	8	10
Fag og forskning	6	0	4	7	4	14	8
Medisinsk klinikk	7	8	6	9	4	7	10
Barn og ungdom	4	5	3	6	2	5	5
Akutt og beredskap	8	9	5	7	3	11	11
Medisinsk serviceklinikk	3	5	2	5	1	2	4
Klinikk for Psykisk helsevern og rusbehandling	8	10	5	8	4	12	9
Sykehuset Telemark - Ledergruppe	7	0	8	8	3	18	--

TILLEGGSSPØRSMÅL STHF

28/28

	KOMPETANSEUTVIKLINGSPLAN	Resulterte utviklings/medarbeidersamtalen i en skriftlig kompetanseutviklingsplan?	Har tiltakene i kompetanseutviklingsplanen blitt gjennomført som planlagt?
Sykehuset Telemark	8	8	9
Kirurgisk klinikk	12	11	13
Klinikk for service og systemledelse	5	4	5
Direktørens kontor	15	17	10
Økonomiavdelingen	18	17	18
HR-avdelingen	9	8	10
Fag og forskning	12	14	8
Medisinsk klinikk	8	7	10
Barn og ungdom	5	5	5
Akutt og beredskap	11	11	11
Medisinsk serviceklinikk	3	2	4
Klinikk for Psykisk helsevern og rusbehandling	11	12	9
Sykehuset Telemark - Ledergruppe	14	18	--

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Konsernrevisjonens revisjonsplan 2020

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
051-2019	Halfrid Waage	Beslutning	25.09.2019

Trykte vedlegg:

- Brev om innspill til konsernrevisjonens plan for 2020
- Konsernrevisjonens plan for 2019

Utrykte vedlegg:

Har saken betydning for pasientsikkerheten?

Konsernrevisjonen bidrar til pasientsikkerhet ved å sikre styring og kontroll, også på pasientrelaterte områder.

Ingress:

I saken foreslås fem alternative tema for konsernrevisjon 2020. Videre legges det opp til en diskusjon og prioritering av inntil tre tema, som meldes tilbake til konsernrevisjonen.

Forslag til vedtak:

Styret inviteres til å prioritere innspill til konsernrevisjonen.

Tilbakemelding gis til konsernrevisjonen innen 1. oktober 2019.

Skien, den 16. september 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Bakgrunn for saken/faktabeskrivelse

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF anmoder helseforetakene om inntil tre styrebehandlete innspill til tema innen 1. oktober 2019. Konsernrevisjonens formål er å bistå styret og ledelsen med å utøve god virksomhetsstyring. Dette gjøres ved å vurdere foretakenes virksomhetsstyring, risikostyring og interne styring og kontroll. Formålet med det enkelte tema kan variere, avhengig av situasjonen og behovet:

- *Bekreftelser* – bekrefte styring og kontroll på vesentlige områder med antatt god kontroll
- *Kartlegging* – kartlegge styring og kontroll ved usikkerhet om status på området
- *Årsaksanalyser* – undersøke områder med kjente problemstillinger for økt innsikt

Ledergruppen i Sykehuset Telemark HF behandlet saken 10. september 2019 og besluttet å legge fram følgende forslag for styret til områder for konsernrevisjon 2020. Temaene er listet i den rekkefølge som administrasjonen har prioritert.

Prioritet	Tema	Hensikt	Begrunnelse
1	Uønsket variasjon - Ortopedi Notodden/Skien	Årsaks-analysere	Område med kjent uønsket variasjon.
2	Legemiddelområdet	Kartlegge/årsaksanalyser	<ul style="list-style-type: none"> • Legemiddelfeil og legemiddelhåndtering: Område hvor det er kjent at det er forbedringspotensial, jf GTT og uønskede hendelser. Behov for mer kunnskap om årsaker, kompetansehull, uhensiktsmessig praksis, etc. <ul style="list-style-type: none"> ○ H-resepter og dyre legemidler: Komplisert system med potensielle konsekvenser for økonomi og uønsket variasjon i pasientbehandlingen. ○ Registrering og håndtering av H-resepter ○ Etterlevelse av LIS-anbefalinger ○ Kunnskap blant ledere og leger
3	Legebemannings, pasientflyt og organisering i akuttmottak	Kartlegge/årsaksanalyser	Behov for bedre innsikt i og forståelse av sammenhenger og forbedringspotensialer.
4	Innkjøpsrutiner	Kartlegge	<ul style="list-style-type: none"> • Behov for å vurdere effektivitet i innkjøpsprosessen etter

			<p>innføring av Sykehusinnkjøp og Erp.</p> <ul style="list-style-type: none">• Kartlegge risikohåndtering i anbudsprosesser.
5	Forbedringsprosesser	Kartlegge	<ul style="list-style-type: none">• Forbedringsprosjekter er igangsatt på flere områder (EY). Behov for å sikre oppfølging og gevinster fra dette.• Behov for mer kunnskap om forbedringsprosessene innen kvalitet og pasientsikkerhet som skjer på ulike nivå i organisasjonen.

Konsernrevisjonens plan for 2019 legges ved til orientering.

Helseforetakene i Helse Sør-Øst
v/administrerende direktør

Vår referanse:
19/00499-1

Deres referanse:

Dato:
24.05.2019

Saksbehandler:
Espen Anderssen

Innspill til revisjonsplan 2020 for konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst er en uavhengig og objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon. Formålet er å bistå styret og ledelsen ved det regionale helseforetaket og ved helseforetakene med å utøve god virksomhetsstyring. Dette utføres ved å vurdere foretakenes virksomhetsstyring, risikostyring og interne styring og kontroll. Konsernrevisjonen rapporterer funksjonelt til styret ved revisjonsutvalget. Revisjonsutvalget har som formål å bidra til å ivareta styrets tilsyns- og kontrolloppgaver.

I henhold til instruks for revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst RHF skal utvalget hvert år anmode helseforetakene om styrebehandlede innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan for neste år.

Konsernrevisjonen gjennomfører i samarbeid med revisjonsutvalget årlig en prosess med å utarbeide et utkast til revisjonsplan for kommende år. Revisjonsutvalget fremlegger utkast til plan for godkjenning i styret i Helse Sør-Øst RHF.

Arbeidet med å etablere en godkjent revisjonsplan for 2020 har startet opp, og omfatter aktiviteter for å få innspill til aktuelle temaer fra ulike interessenter i foretaksgruppen. Det planlegges med at utkast til revisjonsplan skal godkjennes i revisjonsutvalget 20. november, og deretter behandles i styret i Helse Sør-Øst RHF 19. desember 2019.

Revisjonsutvalget anmoder administrasjonen i helseforetakene om å gjennomføre prosessen med å utforme styrebehandlede innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan for 2020. Frist for innspill er 1. oktober 2019.

Revisjoner kan utformes med ulike formål avhengig av situasjonen og behovet på det aktuelle området:

- *Bekreftelser* – bekrefte styring og kontroll på vesentlige områder med antatt god kontroll
- *Kartlegging* – kartlegge styring og kontroll ved usikkerhet om status på området
- *Årsaksanalyser* – undersøke områder med kjente problemstillinger for økt innsikt

Det er tilstrekkelig med en kort beskrivelse av bakgrunn og formål for den enkelte revisjon som foreslås. Vi ber om inntil tre forslag til revisjonsplanen.

Innspill til revisjonsplanen kan sendes konsernrevisor Espen Anderssen (revisjonsutvalgets sekretær) på epost Espen.Anderssen@helse-sorost.no. Videre dialog og avklaringer gjøres med Espen Anderssen på epost eller telefon 945 076 18.

Med vennlig hilsen



Geir Nilsen
Leder av styrets revisjonsutvalg



Espen Anderssen
Konsernrevisor

Revisjonsplan 2019

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst

Oppdatert med endringer etter styremøte 13.12.2018 (sak 46/2018)

Behandlet av
styret i Helse Sør-Øst RHF
13.12.2018

Innholdsfortegnelse

1. Konsernrevisjons formål	3
2. Revisjonsplanens formål	3
3. Hovedaktiviteter 2019	3
4. Revisjoner skal bidra til læring og forbedring	4
5. Planlagte revisjoner 2019	4
5.1 REVISJONSOMRÅDE: PASIENTBEHANDLING	5
5.2 REVISJONSOMRÅDE: IKT OG PERSONVERN	6
5.3 REVISJONSOMRÅDE: VIRKSOMHETSSTYRING.....	6
6. Oversikt over planlagte revisjoner i 2019	7

1. Konsernrevisjons formål

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst (konsernrevisjonen) er en uavhengig og objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon med ansvar for internrevisjon i det regionale helseforetaket og helseforetakene som det regionale helseforetaket eier. Funksjonen skal gjennom en systematisk og strukturert metode, og avgivelse av bekreftelser, bidra til forbedringer i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring.

Konsernrevisjonens arbeid utføres i overensstemmelse med de internasjonale standardene for profesjonell utøvelse av internrevisjon som er fastsatt av The Institute of Internal Auditors (IIA).

2. Revisjonsplanens formål

Formålet med revisjonsplanen er primært å gi styret i Helse Sør-Øst RHF et beslutningsgrunnlag for å vurdere om de planlagte revisjonsaktivitetene er hensiktsmessige og tilstrekkelige. Planens sekundære formål er å gi konsernrevisjonen et grunnlag for å styre og følge opp våre aktiviteter, samt for å koordinere revisjonsarbeidet med konsernledelse, helseforetak og andre revisjonsmiljøer.

Revisjonsplanen er utarbeidet med utgangspunkt i krav for internrevisjon i helseforetakslovens § 37 a og i tråd med instruks for konsernrevisjonen godkjent av styret i Helse Sør-Øst RHF. Styret skal i henhold til § 21 a i helseforetaksloven godkjenne konsernrevisjonens årsplan. Revisjonsplanen skal være basert på risiko-vurderinger knyttet opp mot overordnede strategier og mål for foretaksgruppen.

I henhold til instruksen skal konsernrevisjonen utarbeide en flerårig revisjonsplan som rulleres årlig. Denne planen beskriver prosjektene som skal gjennomføres i 2019. Gjennom arbeidet med planen har konsernrevisjonen identifisert og drøftet flere andre mulige revisjonsprosjekter, som av ulike årsaker ikke er egnet eller prioritert for gjennomføring i 2019. Vi vil inkludere disse i arbeidet med revisjonsplanen for 2020, og holder på denne måten et flerårig perspektiv med årlig rulling.

Revisjonsutvalget er i instruks fra styret gitt fullmakt til å foreta endringer i revisjonsplanen innenfor budsjett, herunder å godkjenne ad hoc-revisjoner og rådgivningsoppdrag. Det er også etablert rutiner for dialog med administrasjonen om innretningen av revisjonene og prioriteringer i revisjonsplanen.

Revisjonsutvalget kan godkjenne internrevisjonstjenester til hel- eller deleide selskaper forutsatt at disse er finansiert. Konsernrevisjonen er valgt som internrevisor av styrene i Pasientreiser HF og Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet. Revisjonsplanen inkluderer ikke våre revisjoner av disse selskapene.

3. Hovedaktiviteter 2019

Konsernrevisjonen har ved årsskiftet 10 medarbeidere. I tillegg disponerer vi et budsjett til å engasjere helsefaglige spesialister og eksterne konsulenter ved behov for spesialkompetanse i prosjektene. Ressursene vil i 2019 bli anvendt på følgende hovedaktiviteter:

- Revisjons- og rådgivningsoppdrag i henhold til plan
- Eventuelle ad hoc-revisjoner
- Oppfølging av anbefalinger i tidligere revisjonsprosjekter
- Dialog og erfaringsutveksling med Helse Sør-Øst RHF, helseforetakene og eksterne aktører
- Utvikling av konsernrevisjonens kompetanse, arbeidsprosesser og leveranser
- Opprettholde innsikt i foretaksgruppens virksomhet
- Årsplanlegging og rapportering

4. Revisjoner skal bidra til læring og forbedring

Det er et mål for konsernrevisjonen å bidra til læring og forbedring i helseforetakene og på tvers i foretaksgruppen. Vi har i 2018 arbeidet med å utvikle vår revisjonsprosess og samhandling med helseforetakene for å omskape resultater fra revisjoner til læring og forbedring. Dette vil bli videreført i 2019.

Revisjonsplanen prioriterer områder for revisjon og legger rammene for konsernrevisjonens bidrag til læring og forbedring. Planen inneholder revisjonsområder med ulike behov. Målsettingene strekker seg fra å bekrefte at styring og kontroll er tilstrekkelig på kritiske områder, til å søke å skape innsikt. Revisjonene i planen kan overordnet deles inn i to kategorier:

1. Revisjoner med fordypning og økt ambisjon om å bidra til læring og forbedring på et område
2. Revisjoner for å bekrefte styring og kontroll, hovedsakelig på områder med potensielt høy risiko

I den første kategorien vil vi gjennomføre flere revisjoner innenfor samme tema. Revisjonene vil ha et utforskende perspektiv på sentrale problemstillinger, bl.a. gjennom bruk av dataanalyser. Konsernrevisjonen vil søke å identifisere, dele og følge opp læringspunkter på tvers i foretaksgruppen. Vi planlegger her for å kunne bidra med økt støtte og oppfølging av resultatene fra revisjonene.

I den andre kategorien vil formålet være å bekrefte styring og kontroll. Der det er hensiktsmessig å gjennomføre revisjoner i flere helseforetak, vil konsernrevisjonen oppsummere gjennomgående observasjoner og læringspunkter og dele disse med helseforetakene i egne arenaer.

5. Planlagte revisjoner 2019

Revisjonsplanen skal være basert på risiko og vesentlighet. Det er samtidig en målsetting at revisjonsopdragene understøtter mål og krav fra eier. Dette gjelder både styringsmålene for det angjeldende år, og et lengre perspektiv uttrykt i plan for strategisk utvikling 2013-2020. Ved utarbeidelse av revisjonsplanen er det tatt utgangspunkt i foretaksprotokoll, oppdragsdokument og risikovurderinger for Helse Sør-Øst.

Gjennom arbeidet med planen har vi hentet innspill fra styrets revisjonsutvalg, administrerende direktør, ledere i Helse Sør-Øst RHF, direktørene i helseforetakene, regionalt brukerutvalg og konserntillitsvalgte. Det er mottatt styrebehandlete innspill fra samtlige helseforetak. Videre benytter vi kunnskap fra utførte revisjoner og andre revisjonsmiljøer. Vi prioriterer i 2019 revisjoner innenfor tre områder:

- *Pasientbehandling*
- *IKT og personvern*
- *Virksomhetsstyring*

Området *pasientbehandling* representerer hovedtyngden av de planlagte revisjonsprosjektene. Planen omfatter variasjon i helsehjelp, kvalitetsforbedringer og pasientsikkerhet, samhandling mellom helseforetak samt organisasjonenes systemer for læring innenfor disse områdene. Andre revisjonsområder dekker gevinstrealisering ved IKT-prosjekter, etterlevelse av nye krav til personvern og helseforetakenes systemer for håndtering av varsler om kritikkverdige forhold.

Konsernrevisjonen har i 2018 gjennomført tre ad hoc-revisjoner, og har samtidig hatt noe mindre ressurser enn planlagt. Vi har derfor gjennomført færre revisjoner enn planlagt innenfor enkelte temaer, og viderefører to temaer i 2019. Dette gjelder temaene *uønsket variasjon i helsehjelp* og *pasientsikkerhet*.

5.1 Revisjonsområde: Pasientbehandling

Revisjonsområdet omhandler pasientforløp innenfor somatikk og psykisk helsevern. Dette omfatter prosessene fra det tidspunktet pasienten kommer inn til spesialisthelsetjenesten, enten som elektive eller øyeblikkelig hjelp, og til pasienten er skrevet ut fra spesialisthelsetjenesten.

Uønsket variasjon i helsehjelp

Flere undersøkelser har vist variasjoner i hvilken helsehjelp like pasientgrupper mottar på tvers av sykehus og helseforetak. Dette gjelder både variasjon i hvilken type helsehjelp som gis og variasjoner i forbruk av gitte helsetjenester i helseforetakene. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten har forsterket kravene til evaluering for å sikre kontinuerlig læring og forbedring. Revisjonen vil belyse hvordan ulike helseforetak har etablert et styringssystem med bruk av evaluering for å redusere uønsket variasjon i helsehjelpen. Vi har gjennomført en revisjon i 2018, og foreslår to nye revisjoner i 2019.

Pasientsikkerhet – forbedringsarbeid og bruk av uønskede hendelser

Pasientsikkerhet dreier seg om trygge og sikre helsetjenester med god kvalitet. Oppdrag- og bestillerdokumentet beskriver mål for håndtering avvik og uønskede hendelser, herunder at uønskede hendelser aktivt brukes til læring og forbedring. Forbedring av kvaliteten på tjenestene er en kontinuerlig prosess med å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut og justere tiltak og følge opp at forbedringen vedvarer. Revisjonen vil vurdere helseforetakenes system for kontinuerlig forbedring av pasientsikkerhet, herunder bruk av uønskede hendelser. Det pågår en revisjon og vi foreslår en ny i 2019.

Bruk av tvang i psykisk helsevern

Redusert bruk av tvang har vært et mål i lengre tid. Det ble også tatt inn i formålsparagrafen ved endring av psykisk helsevernloven i 2017. Temaet har inngått i revisjonsplanen for 2017 og 2018, men vi har avventet et prosjekt i Helse Sør-Øst. Prosjektet har hatt i oppdrag å foreslå tiltak for å redusere bruken av tvang. Videre har de regionale helseforetakene fått i oppdrag å gjennomføre kliniske fagrevisjoner. Konsernrevisjonen og Medisin og helsefag i HSØ RHF foreslår å gjennomføre denne revisjonen som et samarbeidsprosjekt. Revisjonen vil undersøke hvorvidt helseforetakene følger opp føringer på området, om de har tilstrekkelig dokumentasjon ved bruken av tvang, og hvorvidt dette gir ledelsen nødvendig oversikt og styringsgrunnlag.

Rehabilitering

Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at pasienter i regionen får nødvendig rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Aktivitetstall indikerer uønsket variasjon i tilbudet, og risiko for både overbehandling og mangelfull helsehjelp. Det er i varierende grad definert hvilket rehabiliteringstilbud ulike diagnosegrupper skal ha, og hvordan ansvarsfordelingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten skal være. Pasientstrømmer og henvisningsrutiner er komplekse. Revisjonen vil vurdere om det sørges for at de «riktige» pasientene får rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og om pasientstrømmene styres slik at regionens rehabiliteringstilbud utnyttes hensiktsmessig.

Pakkeforløp for kreft – samhandling mellom helseforetak

Pakkeforløp skal bidra til organiserte, helhetlige og forutsigbare pasientforløp. Innføringen har i hovedsak vært vellykket, men enkelte helseforetak når ikke fastsatte mål. Pasientforløp på tvers av helseforetak gir risiko knyttet til koordinering, informasjon til pasienter, dokumentasjon i journal og registrering knyttet til forløpstider. Revisjonen vil vurdere helseforetakenes tiltak for å nå mål om andel pakkeforløp innen fastsatt tid, samt om det sørges for tilstrekkelig informasjon og koordinering mellom involverte parter og pålitelighet i styringsinformasjon.

5.2 Revisjonsområde: IKT og personvern

Området dekker overordnet styring av IKT, prosesser ved anskaffelse og drift av informasjonssystemer, informasjonssikkerhet og personvern. Det er planlagt med to nye revisjonstemaer på området.

GDPR – ny personvernforordning

Ny personvernforordning i EU er nå gjeldende. Helseforetakene har et selvstendig ansvar for at behandlingen av personopplysninger er i overensstemmelse med forordningen, og gjennomfører nå nødvendige tilpasninger. Konsernrevisjonen kartlegger status på dette arbeidet i alle helseforetakene høsten 2018. Formålet er å forberede for senere revisjoner og utarbeide en "revisjonsguide" med sentrale krav. En revisjon i 2019 vil undersøke om det er etablert et hensiktsmessig styringssystem for personvern og om prosedyrer og kontroller i styringssystemet etterleves.

Gevinstrealisering ved prosjekter

En viktig del av foretaksgruppens digitalisering gjennomføres som prosjekter. I de fleste tilfeller er det en forutsetning at prosjektene skal gi gevinster enten i økt kvalitet, stabil drift, reduserte kostnader eller på annen måte. Gevinstene realiseres som oftest ikke i prosjektene, men i «linjen» i helseforetakene i etterkant. For å lykkes med gevinstrealisering må ulike aktiviteter gjennomføres i alle faser av prosjektene. En revisjon vil kunne vurdere om Helse Sør-Øst har etablert en tilstrekkelig og hensiktsmessig metodikk for å kunne identifisere og realisere gevinster, og hvordan metodikken benyttes i praksis i prosjektene.

Program for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM) i Sykehuspartner

Sykehuspartner HF ble i foretaksmøte 14. juni 2018 gitt i oppdrag å etablere et nytt program for standardisering og modernisering av regionens IKT-infrastruktur i samsvar med anbefaling fra styret i Sykehuspartner HF i sak 036-2018 fra 2. mai 2018. Styret i det regionale helseforetaket vedtok i behandling av revisjonsplanen 13. desember 2018 at revisjonsutvalget skulle vurdere et opplegg for følgerevisjon av ovennevnte program og legge fram for styret. På denne bakgrunn vil konsernrevisjonen utforme et forslag til innretning på en følgerevisjon av programmet.

5.3 Revisjonsområde: Virksomhetsstyring

Området dekker risikostyring samt prosesser og systemer for å sikre god styring og kontroll.

Varsling – systemer for håndtering av varsler om kritikkverdige forhold

Varslingsordninger er viktig for å forebygge, avdekke og håndtere avvik, uønsket adferd, misligheter og trakassering. Gode varslingsordninger gir mulighet til å følge opp og håndtere kritikkverdige forhold som ellers ikke ville blitt avdekket. Mangelfulle varslingsordninger kan eksponere en virksomhet for omdømmerisiko, legge beslag på ledertid og medføre økte ressurser til utredning. Utforming og drift av varslingsordninger er samtidig et krevende felt. Ordningen skal ivareta og balansere krav til saksbehandling, rettigheter til de involverte og personvern. En revisjon kan undersøke om helseforetaket har etablert en hensiktsmessig varslingsordning som ivaretar lovkrav og legger til rette for god håndtering av varsler.

6. Oversikt over planlagte revisjoner i 2019

Tabellen under gir en samlet oversikt over planlagte revisjoner for 2019. Ved behov kan konsernrevisjonen også gjennomføre ad hoc-revisjoner etter godkjenning av revisjonsutvalget. De angitte tidspunktene er konsernrevisjonens tentative tidsplan for revisjonene. Det kan oppstå endringer i året ved behov for ad hoc-revisjoner, etter koordinering med andre revisjonsmiljøer eller ved interne forhold hos helseforetakene.

Revisjonsområde	Kategori	Revisjon	Foretak	Tidspunkt
Pasientbehandling	1	Uønsket variasjon i helsehjelp	Ikke fastsatt, to revisjoner i 2019	Vår/høst 2019
	1	Pasientsikkerhet – forbedringsarbeid og bruk av uønskede hendelser	Ikke fastsatt, en ny revisjon i 2019	Vår 2018
	1	Pakkeforløp for kreft - samhandling mellom helseforetak	Oslo universitetssykehus HF, andre helseforetak	Vår/høst 2019
	2	Rehabilitering	Ikke fastsatt	Vår/høst 2019
	2	Bruk av tvang i psykisk helsevern	Ikke fastsatt	Høst 2018
Virksomhetsstyring	2	Varsling	Ikke fastsatt	Høst 2019
IKT og personvern	2	GDPR – ny personvernforordning	Ikke fastsatt	Høst 2019
	2	Gevinstrealisering ved prosjekter	Helse Sør-Øst RHF, helseforetak ikke fastsatt	Vår 2019
	2	Følgerevisjon av program for standardisering og IKT-infrastruktur modernisering (STIM)	Sykehuspartner HF	2019 - programmets levetid

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Status Oppdrag og bestilling 2019

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
052-2019	Tom Helge Rønning, administrerende direktør Tone Pedersen, spesialrådgiver	Beslutning	25.09.2019

Trykte vedlegg: Status Oppdrag og bestilling 2019

Utrykte vedlegg: Ingen

Ingress:

Hensikten med saken er å gi styret en status for arbeidet med Oppdrag og bestilling (OBD) 2019.

Rapporteringsansvarlige har beskrevet måloppnåelse/status hovedsakelig per 6 måneder 2019 for mål og krav i Oppdrag og bestilling 2019. Rapporteringen er lagt inn i Word dokumentet Oppdragsdokument 2019 – Sykehuset Telemark HF. Dokumentet ligger som vedlegg til saken.

Statusrapporten viser at sykehuset per første halvår innfrir mange styringskrav i OBD 2019. Noen av styringskravene som ikke er innfridd er:

- Gjennomsnittlig ventetid og prioriteringsregelen
- Overholdelse av pasientavtaler
- Pakkeforløp psykisk helsevern og TSB og tvangsbruk i psykisk helsevern
- Epikrise somatikk
- Ingen korridorpasienter

Sykehuset har sterkt fokus på å innfri styringskravene i løpet av året.

Forslag til vedtak:

Styret forutsetter at driften ved Sykehuset Telemark HF innrettes slik at styringskrav 2019 følges opp.

Skien, den 16. september 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Status Oppdrag og bestilling 2019

Vedlegg 1 til styresak 052-2019

OPPDRAG OG BESTILLING 2019 FOR SYKEHUSET TELEMARCK HF



Foretaksmøte 13. februar 2019

Statusrapportering per 30. juni 2019

Innhold

0. Innledning.....	3
0.1 Overordnede føringer.....	4
0.2 Nye dokumenter som skal legges til grunn for utvikling av tjenesten	5
1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen.....	6
1.1 Spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver.....	6
1.2 Gjennomsnittlig ventetid.....	6
1.3 Overholdelse av pasientavtaler.....	6
1.4 Kreftbehandling	7
1.5 Behandling av hjerneslag	8
1.6 Uønsket variasjon.....	8
2. Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	10
2.1 Høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå.....	10
2.2 Pakkeforløp psykisk helsevern	11
2.3 Pakkeforløp tverrfaglig spesialisert rusbehandling	12
2.4 Forløpskoordinatorer innen psykisk helsevern og TSB.....	12
2.5 Tvangsbruk i psykisk helsevern	12
2.6 Epikrise	13
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet.....	14
3.1 Kvalitet og pasientsikkerhet	14
3.2 Styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten.....	20
3.3 Beredskap og sikkerhet	20
3.4 Innkjøp.....	21
3.5 Personell, utdanning og kompetanse	22
3.6 Forskning og innovasjon	25
3.7 IKT-utvikling og digitalisering	25
3.8 Bygg og eiendom.....	27
4. Tildeling av midler og krav til aktivitet.....	29
4.1 Økonomiske krav og rammer	29
4.2 Aktivitetskrav	32
5. Oppfølging og rapportering.....	33
VEDLEGG.....	34
A. Detaljert økonomitabell	34
B. Detaljert aktivitetstabell	35

0. Innledning

Gjennom oppdrag og bestilling gis Sykehuset Telemark HF styringskrav fra Helse Sør-Øst RHF for 2019. Sykehuset Telemark HF skal også sette seg inn i overordnede føringer og styringsbudskap gitt Helse Sør-Øst RHF i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller i 2019 og grunnlaget for disse.

Flere av oppdragene som er gitt i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller til Helse Sør-Øst RHF må gjennomføres på regionalt nivå og omtales ikke i oppdrag og bestilling. Det forutsettes likevel at Sykehuset Telemark HF medvirker og/eller tar del i oppfølgingen når det er nødvendig. Helse Sør-Øst RHF vil i så fall komme tilbake med nærmere informasjon om medvirkning/oppfølging for det enkelte oppdrag.

Mange av styringsbudskapene fra tidligere års oppdrag og bestilling vil kreve fortsatt oppfølging uten at de er spesielt nevnt i årets dokument. Dette gjelder styringsbudskap som må betraktes som systemkrav og som forventes å inngå i virksomhetsstyringen, samt krav og oppdrag som ikke er gjennomført som forutsatt. Selv om det ikke stilles krav om rapportering for disse områdene vil status for arbeidet kunne etterspørres av Helse Sør-Øst RHF i den faste oppfølgingen av helseforetaket.

I oppdrag og bestilling 2019 er det lagt vekt på at styringsbudskapene skal fremstilles samlet, slik at oppfølging og rapportering blir så oversiktlig som mulig. Helse Sør-Øst RHF vil følge opp styringsbudskap under *Mål 2019* i de faste oppfølgingsmøtene med Sykehuset Telemark HF. Styringsbudskap under *Annen oppgave 2019* vil bli fulgt opp dersom det er behov. Sykehuset Telemark HF skal rapportere avvik i forhold til oppgaveløsningen. Styret og ledelsen i Sykehuset Telemark HF har ansvar for å følge med på Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer og evt. iverksette tiltak for å bedre kvaliteten i tjenestene.

Det må påregnes at det i løpet av året vil komme supplerende eller nye styringsbudskap. Disse vil bli gitt i foretaksmøter eller i form av egne brev, men vil ikke medføre at dette dokumentet blir revidert. Det er likevel viktig at disse styringsbudskapene integreres i styrings- og rapporteringssystemene. I august vil det bli utarbeidet et tilleggsdokument til oppdrag og bestilling som gir oversikt over styringsbudskap fra Helse Sør-Øst RHF etter foretaksmøtet i februar 2019.

I årlig melding 2019 skal det som hovedregel rapporteres på alle styringsbudskap under overskriftene *Mål 2019* og *Annen oppgave 2019*. Årlig melding skal også omfatte styringsbudskap som er gitt i løpet av året i foretaksmøter og tilleggsdokument til oppdrag og bestilling. Der måloppnåelsen ikke er tilfredsstillende, skal årlig melding inneholde oversikt over tiltak som er iverksatt for å bedre måloppnåelse og forventet tid for full måloppnåelse.

Det vil mot slutten av året bli utarbeidet egen mal for årlig melding der de endelige rapporteringskravene vil fremkomme.

0.1 Overordnede føringer

- Hovedmål

Virksomheten ved Sykehuset Telemark HF skal i 2019 innrettes med sikte på å nå følgende hovedmål:

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

Helseforetaket skal igangsette tiltak som understøtter satsingsområdene i regional utviklingsplan:

1. Nye arbeidsformer – bedre bruk av teknologi og mer brukerstyring
2. Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte helsetjenester
3. Redusere uønsket variasjon
4. Mer tid til pasientrettet arbeid
5. Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste

- Pasientens helsetjeneste

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. I møtet med helsetjenesten skal hver enkelt pasient oppleve respekt og åpenhet, og medvirkning i valg av egen behandling og hvordan den skal gjennomføres. Brukere skal involveres i beslutningsprosesser gjennom samvalg slik at de sikres reell innflytelse. Pasientene skal oppleve helhetlige og sammenhengende tjenester også mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det må etableres gode arenaer og systemer for informasjonsutveksling, veiledning og kompetanseoverføring mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det skal legges til rette for god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient, som også innebærer bruk av tolketjenester når det er behov for det. Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen, og når beslutninger tas.

- Tilgang til spesialisthelsetjenester

Helse Sør-Øst RHF har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter. Sykehuset Telemark HF skal følge opp dette innenfor sitt ansvarsområde. Dette skal skje innenfor de ressurser som blir stilt til rådighet.

- Omstilling av spesialisthelsetjenester

Omstilling av spesialisthelsetjenester som berører kommunene skal ikke gjennomføres før dialog, og kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Dette gjelder særlig ved betalingsplikten for kommunene for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, som innføres fra 1. januar 2019. Det er en forutsetning at omstillingen gir brukerne et kontinuerlig og like godt eller bedre tjenestetilbud enn før.

- Deltagelse i regionale prosjekter

Når helseforetaket anmodes om bistand i prosjekter ledet av Helse Sør-Øst RHF skal nødvendige ressurser til å gjennomføre prosjektene stilles til disposisjon. Utgifter til reise etc. i forbindelse med prosjektarbeidet skal som hovedregel dekkes av helseforetaket.

0.2 Nye dokumenter som skal legges til grunn for utvikling av tjenesten

Følgende nye nasjonale dokumenter skal legges til grunn for utvikling av tjenesten:

- Nasjonal kreftstrategi (2018-2022) Leve med kreft
- Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre
- Nasjonal strategi mot hepatitter 2018-2023
- Meld. St. 11 (2018-2019) Kvalitet og pasientsikkerhet 2017

Følgende nye regionale dokumenter gjøres gjeldende og skal legges til grunn for utvikling av tjenesten:

- Regional utviklingsplan 2035 (vedtatt i styret for Helse Sør-Øst RHF 13. desember 2018)
- Delstrategi for eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst (vedtatt i styret for Helse Sør-Øst RHF 13. september 2018)
- Regional plan for avtalespesialistområdet (vedtatt i styret for Helse Sør-Øst RHF 14. juni 2018)

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Helseforetaket skal i 2019 understøtte god drift og oppnå resultatkrav, for å kunne investere i utstyr, teknologi og bygg.

1.1 Spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver

Hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten skal løses ved de offentlige sykehusene. Bedre samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester betyr bedre utnyttelse av ledig kapasitet, økt valgfrihet og nye arbeids- og samarbeidsformer. Pasientene skal slippe unødvendig ventetid. Pasientforløpene skal være gode og effektive. Det er innført pakkeforløp for kreft, hjerneslag, psykisk helse og rus. Disse er målsatt i 2019, se hovedmål 1 og 2. Kunnskap om variasjon i kapasitetsutnyttelsen skal brukes aktivt som grunnlag for å øke kapasitet og gi mer likeverdig tilgang til helsetjenester.

1.2 Gjennomsnittlig ventetid

Mål 2019

- 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.]

Gjennomsnittlig ventetid per juni 2019 er om lag uendret fra første halvår 2018, på 54 dager. Målsettingen for 2019 er innen rekkevidde, men det kreves ytterligere tiltak for å nå gjennomsnittlig ventetid under 50 dager i 2021.

1.3 Overholdelse av pasientavtaler

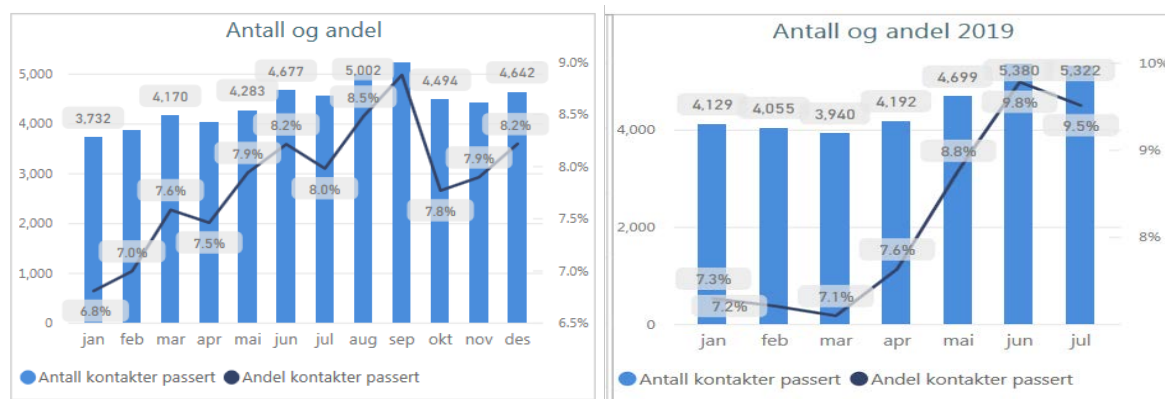
Mål 2019

- 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.*]

Sykehuset Telemark har ikke redusert median tid til tjenestestart i 2019 sammenliknet med 2018. Per 1. tertial 2019 er median tid 56 dager, mot 54 per 1. tertial 2018.

- Helseforetaket skal overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2018 (passert planlagt tid). I 2019 skal helseforetaket overholde minst 93 % av avtalene. Innen 2021 skal minst 95 % av avtalene overholdes. [*Andel pasientkontakter som har passert planlagt tid av totalt antall planlagte pasientkontakter. Må måles med samme uttrekksdato som året før.*]

Sykehuset Telemark har ikke klart målet om å overholde en større andel av pasientene i 2019 sammenliknet med 2018. Per juli 2018 hadde sykehuset 8,5 % pasientavtaler passert planlagt tid. Per juli 2019 er andelen steget til 9,5 % jfr. grafer under:



Størst utfordring på dette området har Øre – nese – hals enheten (ØNH). Enheten har planlagt/iverksatt tiltak for å redusere andel pasientavtaler som har passert planlagt tid. Eksempler på tiltak:

- Rydde i ventelister.
- Lik vurderingspraksis hos legene.
- Ekstra-/kveldspoliklinikk – lagt plan for både audiograf og legekonsultasjoner. Sept.-okt.
- Oppgaveglidning fra lege til audiograf for å frigjøre legekapasitet. Gjelder pasienter over 60 år med hørselstap. Ble utført i juli 2019.
- Vurdere mer poliklinikk fremfor dagkirurgi.
- Det etableres oversikt over ventende for poliklinikk, dag og døgn. Viktig underlag for å sikre rett oppgaveprioritering og ressurs.
- Rekruttering av legeressurs.

Annen oppgave 2019

- 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.

Våren 2019 er det gjennomført to pilotprosjekter i regi av EY, på poliklinikk for Mage og tarm og på ortopedi. Prosjektene har fokusert på helhetlig planlegging og ressursstyring med mål om å få ned antall ventende, ventetider og fristbrudd. Tiltak er under gjennomføring.

Opprettelse av PASK-nettverket for å øke kompetansen blant merkantilt personell samt sikre kvalitet på ventelistene bidrar positivt for å få ned antall pasienter passert tentativ tid, fristbrudd og ventetider.

1.4 Kreftbehandling

Mål 2019

- Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 % 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.]

Gjennomsnittstall per 6 måneder 2019 viser 77 % andel nye pasienter inkludert i pakkeforløp, dette er noe lavere enn i tilsvarende periode i fjor, men ligger over målsettingen. 73 % av pasientene i pakkeforløp behandles innen standard forløpstid, som er tilnærmet likt som ved tilsvarende periode i fjor (75 %), og innfrir dermed målet om 70 %. Sykehuset Telemark HF scorer høyest på andel behandlet innen standard forløpstid innen foretaksgruppen. Det er variasjoner i måloppnåelse for de ulike kreftpakkene. For de krefttypene hvor behandling foregår sentralt har en liten påvirkning på tempo, men forløpskoordinator og kreftkoordinator jobber aktivt for å bedre samhandlingen. For krefttyper hvor hele forløpet utføres ved STHF er det satt inn tiltak for å redusere flaskehals. Svake resultater tas opp med de aktuelle fagmiljøene for å se hvor forsinkelser oppstår og hvilke tiltak som kan bøte på dette.

1.5 Behandling av hjerneslag

Mål 2019

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

Helsedirektoratet har ikke tall for 2018 på denne kvalitetsindikatoren enda. De blir først publisert i slutten av november 2019.

Det er en utfordring å rapportere på OBD på kvalitetsindikatorer som skal leveres av Helsedirektoratet. Per i dag har STHF ikke egne data som er satt opp for rapportering av disse, og er avhengig av Helsedirektoratet for å få likt grunnlag som Helse Sør-Øst mottar.

1.6 Uønsket variasjon

Annen oppgave 2019

- 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.

Bedre ressursutnyttelse av pleiepersonell i Akutt og beredskapsklinikken. Ressursmøter er innført for ressursplanlegging på tvers av seksjonene (intensiv/intermediær, Akutt 24). Det holdes daglig korte møter på morgenen med ressursgjennomgang og aktiv forflytting av personalet mellom seksjonene for å få riktig bemanning tilpasset pasientbehovet.

- o 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.

Ref. pkt. 1.3 Annen oppgave 2019

Sykehuset Telemark identifiserte svake resultater vedrørende fristbrudd og løftebrudd ved poliklinikk for mage/tarm og ortopedi. Omfattende tiltaksplaner er utarbeidet og under implementering. Ved bruk av ekstern kompetanse (EY) har STHF fått innblikk i erfaringer fra andre sykehus, som til dels ligger til grunn i tiltakspakkene.

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.

2. Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

For at pasientene skal få rett tilbud på riktig nivå bør man styrke arbeidet med henvisningsrutiner i samarbeid med fastleger og andre med rett til å henvise, samt med kommunale helsetjenester og andre relevante aktører. Det er et mål å sikre system og rutiner for å ivareta brukernes innflytelse og medvirkning både på system- og individnivå. Psykisk helsevern og TSB skal, avhengig av pasientens behov, tilby sine tjenester i samhandling med kommunen. Dette er spesielt viktig overfor barn og unge og for pasienter med behov for koordinerte og samtidige tjenester. Videre må det legges til rette for å forebygge kriser, akuttinnleggelser og bruk av tvang.

Seks pakkeforløp for psykisk helse og rus innføres fra 1. januar 2019. Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene skal sørge for at praksis i spesialisthelsetjenesten blir endret i tråd med anbefalingene i pakkeforløpene. Målet er å sikre økt brukerinnflytelse, sammenhengende pasientforløp og oppfølging uten unødig ventetid. Pakkeforløpene er også et redskap for styrket ledelse og styring av virksomheten.

Helseforetaket skal fortsette å prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Helseforetaket skal bidra til at tjenestetilbudet er forutsigbart og at uønsket variasjon reduseres gjennom systematisk kvalitetsforbedring og styrket ledelse.

Mål 2019

- 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 avvsningsrater ved poliklinikkene innen psykisk helsevern. [Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.]

Gjennomsnittlig ventetid er redusert til under 40 dager for PHBU og PHV, og under 35 dager i TSB: PHBU: 31,0 dager, VOP: 37,5 dager og TSB 25,9 dager.

Avvsningsrater følges opp månedlig av HSØ, og Sykehuset Telemark er blant foretakene med laveste avvsningsratene i foretaksgruppen.

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

Mål 2019

- Det skal på regionnivå være høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Distriktpsikiatriske 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).]*

Gjennomsnittlig ventetid:

Psykisk helsevern for barn og unge (BUP): 31,0 dager (46,2 i fjor på samme tid, og 41,2 for hele 2018)

Psykisk helsevern for voksne (VOP): 37,5 dager (46,5 i fjor på samme tid, og 43,0 for hele 2018)

Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB): 25,9 dager (33,0 i fjor på samme tid, og 30,0 for hele 2018)

Somatikken har økt gjennomsnittlig ventetid fra 2018, både målt mot 1. halvår og målt mot hele 2018.

Målene om større reduksjon av gjennomsnittlig ventetid innenfor BUP/VOP/TSB enn i somatikken oppnådd, og ventetiden er bedre enn målet/kravet.

Kostnader per 1. tertial:

Kostnadsveksten innenfor BUP og TSB er henholdsvis på 14,6 % og 17,9 %.

VOP viser en vekst på 4,8 %, men det er lavere enn somatikken som har en vekst på 7,7 %.

Målet er ikke oppnådd innenfor VOP, men for BUP og TSB.

Poliklinisk aktivitet per 1. halvår:

BUP viser en vekst på 8,6 %, mens VOP og TSB viser henholdsvis en nedgang på 1,8 % og 8,8 %.

Somatikken viser en reduksjon på 0,1 %, noe som fører til at målet om aktivitetsvekst ikke innfris innenfor VOP og TSB.

2.2 Pakkeforløp psykisk helsevern

Mål 2019

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

2.3 Pakkeforløp tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Mål 2019

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

Punkt 2.2 og punkt 2.3 besvares samlet.

Det er utfordrende å oppgi status for mål/krav på dette området. Sykehuset har utviklet et verktøy internt for oppfølging våren 2019. Dette er distribuert til aktuelle medarbeider i juli og august, men man er p.t. usikker på kvaliteten og det arbeides med å kvalitetsskrie tallgrunlaget. Parallelt arbeides det med å få tilgang til NPR registreringen.

2.4 Forløpskoordinatorer innen psykisk helsevern og TSB

Annen oppgave 2019

- 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.

2.5 Tvangsbruk i psykisk helsevern

Mål 2019

- Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skal reduseres i 2019. [*Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette årlig.*]

Sykehusets uttrekk av data på dette området fra DIPS viser ingen reduksjon i første halvår 2019 sammenliknet med 2018. Det arbeides med tiltak på dette området for å redusere antall pasienter med tvangsmiddelvedtak.

Annen oppgave 2019

- 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».

Helseforetaket har utarbeidet en handlingsplan, som følges av avdelingene. Seksjoner i Psykiatrisk sykehusavdeling (PSA) har lokale handlingsplaner. Planlagt statusoppdatering for arbeidet er i oktober 2019.

2.6 Epikrise

Mål 2019

- Minst 50 % av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB. [*Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.*]

Tall hentet fra DIPS viser en bedring i måloppnåelse fra 42 % i januar. Siste måling, juli, viser en måloppnåelse på 55 %, som er over kravet.

3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Helseforetaket skal i 2019:

- styrke arbeidet med å utdanne, rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere.
- arbeide med IKT-standardisering for å understøtte informasjonssikkerhet, informasjonsdeling, mobile og brukervennlige løsninger.

3.1 Kvalitet og pasientsikkerhet

Kontinuerlig forbedring skal være målet for virksomhetenes arbeid innen alle områder. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er et viktig verktøy i dette arbeidet og skal implementeres på alle nivåer. Kvalitets- og pasientsikkerhetsmålinger, kvalitetsregistre, forskningsbasert kunnskap og pasienterfaringer må brukes aktivt i utformingen av tjenestetilbudet og i systematisk forbedringsarbeid. Fra 2019 innføres en prøveordning, hvor de regionale helseforetakene mottar ISF-refusjon per registrerte pasient i utvalgte medisinske kvalitetsregistre.

Det skal legges vekt på å etablere helhetlige og koordinerte pasientforløp mellom helseforetak og sykehus og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste, inkludert fastlegene. Rehabilitering skal være en del av pasientforløpet der dette er naturlig. Det må sikres god informasjonsoverføring i alle deler av forløpet. Det vises til Riksrevisjonens rapport (Dokument 3:2 (2017–2018)), om helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter til kommunehelsetjenesten.

Bemanning, utdanning, kompetanseutvikling, forskning, innovasjon og opplæring av pasienter og pårørende skal underbygge god og forsvarlig pasientbehandling.

Det viktigste arbeidet for å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet skjer lokalt. Med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring har ledere fått et verktøy som skal ligge til grunn for leder og styres oppfølging av arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Styret og ledelsen i Sykehuset Telemark HF har også et ansvar for å følge med på annen type informasjon om virksomheten, som for eksempel andre kvalitetsindikatorer fra Helsedirektoratet.

- Forbedringsområder og innsatsteam

Annen oppgave 2019

- 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.

Kvalitetssjef ved Sykehuset Telemark er lokal kontaktperson, som bidrar i det regionale innsatsteamet (RiT). Det har hittil vært avholdt tre RiT-møter, og det fjerde er berammet til slutten av august.

Oppdraget for RiT i 2019 er tredelt.

- A. Følge opp og mobilisere ressurser for å understøtte HFene i arbeidet med å nå målene for pakkeforløp kreft. Følgende pakkeforløp og helseforetak prioriteres i 2019:
 - Gynekologisk kreft, lungekreft og prostatakreft ved OUS
 - Lungekreft og prostatakreft ved SIHF
 - Gynekologisk kreft og lungekreft ved VVHF
- B. Være en arena for erfaringsdeling om forbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid, spesielt knyttet til uønskede hendelser, samt ta initiativ til at det etableres andre relevante arenaer ved behov.
- C. Følge opp og dele erfaringer vedrørende helseforetakenes arbeid knyttet til uønsket variasjon, som beskrevet under det første hovedkulepunktet i «Annen oppgave 2019» under pkt 3.1.1.

STHF har over tid gode resultater på pakkeforløpene samlet sett, men det er samtidig behov for å forbedre måloppnåelsen på de ovennevnte forløpene også hos oss.

Helse Sør-Øst har bevilget 1,1 millioner kroner til arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i STHF.

Ressurssituasjonen i kvalitetsavdelingen gjør at det er nødvendig å prioritere stramt mellom oppgaver og samarbeide godt med klinikkene.

3.1.1 Generelt kvalitetsarbeid

- HMS og pasientsikkerhet

Mål 2019

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

Resultatene fra ForBedring 2019 viser gode resultater for pasientsikkerhetsklime. 74 % av medarbeidere i STHF skårer 75 eller høyere på sikkerhetsklime. Dette er en forbedring fra 2018, da tallet var 69 %. For 2019 har Kvalitetsavdelingen og HR-avdelingen i fellesskap laget et samtaleverktøy for bruk i oppfølgingen av resultatene i ForBedringsundersøkelsen.

- Bruk av bredspektrede antibiotika

Mål 2019

- Helseforetak skal, som del av det langsiktige arbeidet med å redusere sykehusinfeksjoner, prioritere å oppnå 20 % reduksjon i bruk av bredspektrede antibiotika i 2019 sammenliknet med 2012. (Målet i 2020 er en reduksjon på 30 % 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.*]

Helseforetaket ligger godt an i dette arbeidet. Forbruket av bredspektrede antibiotika i STHF er redusert fra 17,45 DDD per 100 liggedøgn i 2012 til 13,97 DDD per 100

liggedøgn i 2019 (hittil). Dette tilsvarer en reduksjon på 19,93 %. Til sammenligning har Helse Sør-Øst samlet en reduksjon på 11,49 %. Det er i hovedsak bruk av Piperacilling og beta-lactamase inhibitorer som er redusert i STHF. Det største potensialet for videre reduksjon er blant tredje generasjons cephalosporiner (Cefotaxime). Det er etablert god struktur for arbeidet med blant annet antibiotikastyringsprogram, antibiotikateam og smittevernvisitter.

- Legemidler

Annen oppgave 2019

- 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.

Prosedyre for samstemming er etablert (ID 8372), men trenger å oppdateres med gjennomgang av reseptformidleren. Rutiner for samstemming er etablert, men det er behov for å sikre større grad av etterlevelse.

- Korridorpasienter

Mål 2019

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

Målsettingen om ingen korridorpasienter er ikke nådd. Per juni har er det registrert 1,8 % korridordøgn, som er den høyeste andelen siden 2016. Det viser seg at økte smitteutfordringer i sengeposter med få enerom medfører at pasienter uten smitte i større grad kan risikere å måtte ligge på korridor fordi smittepasienter beslaglegger flersengsrom, men dette er ikke på langt nær nok til å forklare økningen.

- Pasientsikkerhetsprogrammet

Annen oppgave 2019

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

Innsatsområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet fortsetter i klinikkene og koordineres fra Kvalitetsavdelingens side. Det er knyttet styrende dokumenter til alle områdene (ID 13232).

Fra sentralt hold er Pasientsikkerhetsprogrammet videreført i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Den nasjonale planen knyttes tett til ny strategiplan for STHF. Her blir relevante områder beskrevet og tiltak definert.

- Uønskede hendelser

Mål 2019

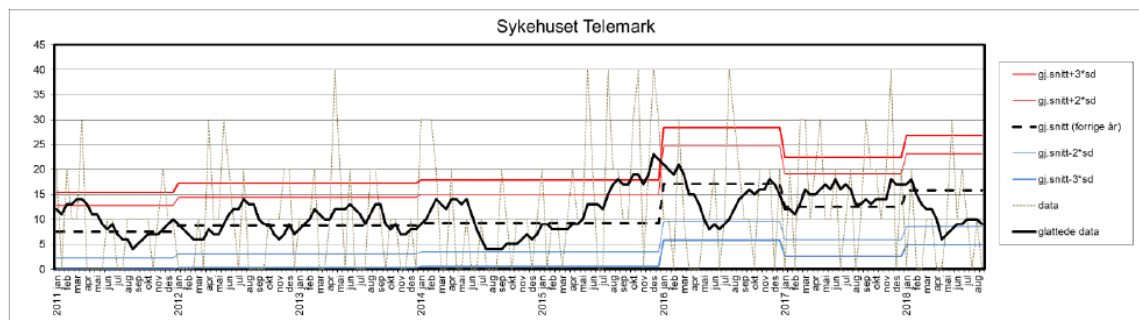
- Andel somatiske pasientopphold med pasientskade i 2019, målt med metoden GTT, skal reduseres på regionalt nivå sammenliknet med 2017. [*Datakilde er GTT-undersøkelsene – Helsedirektoratet. Dette publiseres årlig.*]

GTT gjennomføres for voksne somatiske inneliggende pasienter. For STHF var tallene til og med 2014 basert på journaler uten sykepleiedokumentasjon. Tallene er derfor svært lave fram til 2015, da klinisk dokumentasjon for sykepleie ble innført i DIPS.

Pasientskadene i 2016 viste en tydelig nedgang, for så å øke igjen i 2017 til 15,8 %, men tallet er fremdeles lavere enn for 2015. Tall for 2018 vil ikke foreligge før i oktober. Nylig utsendt informasjon fra Helsedirektoratet om utvikling i GTT-tall indikerer imidlertid at GTT-tallene for 2018 høyst sannsynlig vil være lavere enn i 2017.

De mest fremtredende skadetyperne over tid er legemiddelrelaterte feil og postoperative sårinfeksjoner. Det jobbes med forbedringsarbeid på disse områdene i flere kanaler, som pasientsikkerhetsprogrammet, legemiddelkomiteen, antibiotikastyringsprogrammet og handlingsplan smittevern.

SYKEHUSET TELEMARCK



Tabell: Andel sykehusopphold med minst én pasientskade og tilhørende 95 % konfidensintervall (KI).

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Estimat	7,5 %	8,8 %	8,8 %	9,2 %	9,2 %	17,1 %	12,5 %	15,8 %
95 % KI	(4,0-11,5)	(5,8-12,1)	(5,0-12,9)	(5,4-13,3)	(5,0-13,3)	(12,1-22,5)	(8,3-17,1)	(11,3-20,4)

Annen oppgave 2019

- 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.

Denne oppgaven er i prosess. Plan for arbeidet forankres i Kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalget (KPU) medio august. Det etableres en arbeidsgruppe med deltakere fra klinikker og stab, og denne utarbeider et saksunderlag med forslag til beslutning om hvilke områder det skal fokuseres på og hvilke tiltak som iverksettes. Det tas sikte på beslutning i slutten av november.

- Det skal innføres måltall for registrering av skadedata i Norsk pasientregister fra 2020. Helseforetaket skal i 2019 arbeide målrettet for å få opp registreringsandelen.

STHF ved Kirurgisk klinikk har gode rutiner for å sikre og få opp registreringsandelen til NPR. Rutinene fungerer og vi har allerede en god registreringsandel. Vi jobber nå med å forbedre og kvalitetssikre data og få registreringen inn i et system der vi følger opp månedlig.

3.1.2 Somatikk og rehabilitering

- Epikrise

Mål 2019

- Minst 70 % av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste. [*Datakilde skal være Helsedirektoratet. Dette publiseres tertialvis.*]

Sykehuset har ikke nådd målet. Tall hentet fra DIPS viser en måloppnåelse på 58 % i første halvår.

- Fødsel og fertilitet

Annen oppgave 2019

- 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.

Foreløpig er det OUS som har nasjonalt ansvar for den typen hormonbehandling. Det kan komme endringer i forbindelse med ny bioteknologilov, men disse vil nok ikke tre i kraft før tidligst 2020.

- Helseforetaket skal rapportere hvordan nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen er implementert, spesielt hvordan anbefalingen om utreisevurdering er fulgt opp.

Faglig retningslinjer for barselomsorgen er implementert i vårt daglige arbeid. Pasienter blir ikke sendt hjem før ammingen er etablert og det er laget avtaler med barselpoliklinikken eller evt. helsestasjonen. Noen velger å dra hjem tidlig. Da kommer de tilbake til nyfødtscreening og eventuelt til barselpoliklinikken. Ved usikkerhet rundt hjemmeforholdene tar vi kontakt med helsestasjon for tidlig hjemmebesøk. Det er i økende grad tilbud om hjemmebesøk av jordmor i kommunene og dette gjør det tryggere sende kvinner hjem, med små startproblemer.

- Organdonasjon

Annen oppgave 2019

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

STHF har et velfungerende system med en donoransvarlig. Arbeidet på området er videreført i 2019.

- Prehospitale tjenester

Annen oppgave 2019

- Sykehuset Telemark HF skal etablere legebemannet ambulanse i Grenlandsområdet med det formål å bedre den akuttmedisinske beredskapen.

Arbeid pågår. Rekruttering gjennomført og planlagt oppstart av legebemannet ambulanse er 15. oktober 2019.

3.1.3 Samhandling og brukervedvirkning

- Brukervedvirkning

Annen oppgave 2019

- 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 deltar i PasOp i regi av Folkehelseinstituttet. Det er videre etablert en lokal elektronisk brukerundersøkelse, hvor pasienter og pårørende kan gi tilbakemelding på nettet. Foreløpig er det relativt lav deltakelse på den lokale undersøkelsen. Dette følges opp jevnlig i KPU/ledergruppemøter og i klinikkene.

Det er behov for å fokusere mer på bruk av resultater fra både nasjonale og lokale brukerundersøkelser for å bedre pasientsikkerhet og kvalitet.

- Samarbeid med kommunehelsetjenesten

Betalingssatsen for kommunene for utskrivningsklare pasienter er 4 885 kroner i 2019.

Det vises til Dokument 3:2 (2017–2018) Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper i 2016, sak 2 Helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter til kommunehelsetjenesten. Riksrevisjonen har i sin rapport påpekt at informasjonen helseforetakene sender kommunehelsetjenesten om utskrivning av pasienter, ikke har en kvalitet som sikrer helhetlige og koordinerte pasientforløp.

Annen oppgave 2019

- 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.

Det er etablert rutiner som sikrer fortløpende dialog med kommunene og god faktureringspraksis.

- 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.

Sykehuset Telemark v/HR-avdelingen samarbeider med lokalt NAV om en felles tilnærming for oppfølging av sykemeldte arbeidstakere. Dette skal resultere i et program for å forebygge og følge opp sykemeldinger med målsetting om å redusere sykefraværet ved sykehuset. Implementering vil starte i løpet av høsten 2019.

3.2 Styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten

I Riksrevisjonens undersøkelse av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten påpeker Riksrevisjonen mangler ved styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet. Det vises også til at forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, § 6 d, slår fast at virksomhetens ledelse skal ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, og over områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten. Forskriften stiller også krav om å planlegge, gjennomføre, evaluere og eventuelt korrigere tiltak som kan minimalisere risikoen som er avdekket. I dette arbeidet er det av vesentlig betydning at styrene må ta en mer aktiv rolle i oppfølgingen av kvalitet og pasientsikkerhet.

Annen oppgave 2019

- 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.

Kulepunktene over besvares samlet:

Styreseminar om pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring ble gjennomført i mai. Det ble fokusert på «det store bildet» med Riksrevisjonens rapport, Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og Nasjonal handlingsplan pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

Det er planlagt en del 2 høsten 2019. Her vil det fokuseres på styringssystemet ved STHF, med virksomhetsstyringen og dens elementer, samt styrets rolle i pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

3.3 Beredskap og sikkerhet

Det vises til NATO-øvelsen Trident Juncture, Helseøvelsen 2018 og cyberhendelsen i Helse Sør-Øst RHF i 2018. Videre vises det til sikkerhetsloven og Helsedirektoratets nasjonale risiko- og sårbarhetsanalyse for helsesektoren i 2017 og 2018.

Annen oppgave 2019

- Helseforetaket skal evaluere og følge opp erfaringer og læringspunkter fra livedelen av Trident Juncture, Nasjonal helseøvelse 2018.

Sykehuset har evaluert og rapporten er fremlagt for Beredskapsråd for å følge opp erfaringer og læringspunkter.

- Helseforetaket skal implementere ny sikkerhetslov.

Formelt har STHF etablert sikkerhetsorganisasjon iht. ny sikkerhetslov. Det gjennomføres videre et HSØ regionalt arbeid for implementering av ny sikkerhetslov fra høst 2019 som sykehuset deltar aktivt i.

- Helseforetaket skal følge opp Helsedirektoratets nasjonale risiko- og sårbarhetsanalyse for helsesektoren, jf. oppdrag i 2018.

STHF gjennomførte risiko og sikringsanalyse i 2017 i henhold til Oppdrag og bestilling (OBD) 2017. Sikringsrisikoanalysen for STHF bygger på NS 5832 «Beskyttelse mot tilsiktede uønskede handlinger». Oppfølgende tiltak for å redusere sykehusets risikoprofil fra høy til middels ble vedtatt og gjennomført over 2 år i 2018 og 2019. Fremdrift på tiltakene er i henhold til vedtatt plan.

3.4 Innkjøp

- Helseforetakets bestillerfunksjon overfor Sykehusinnkjøp HF

Helseforetaket skal implementere rutine for anvendelse av ny «*Kravspesifikasjon IKT-tjenester og Informasjonssikkerhet for MTU*» i forbindelse med anskaffelser innenfor kategoriene medisinskteknisk utstyr og behandlingshjelpemidler.

Annen oppgave 2019

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

STHF deltar i regionalt arbeid på innkjøpsområdet hvor alle HF, HSØ og Sykehusinnkjøp (SIN) deltar. Workshop med funksjonsfordeling innenfor arbeidsdeling og rutiner ved anskaffelser og anskaffelsesplaner gjennomføres regelmessig. STHF har etablert faste møtearener med SIN for å sikre god fremdrift på anskaffelser og avklaring av arbeidsprosesser.

- Implementering av vedtatt innkjøp- og logistikkstrategi

Annen oppgave 2019

- 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.

STHF bidrar på ulike områder i arbeidet med å dokumentere og implementere felles arbeidsprosesser:

- STHF har implementert konseptene for vareforsyning - aktiv vareforsyning. STHF har hatt dette siden 1997.

- I 2019 har sykehuset implementert logistikk medarbeider (LMA) i Skien og på Notodden, etter gjennomført pilotperiode fra 2016 i Skien.
- STHF har i 2019 startet prosjekt vedrørende forsyningskonsepter i sykehus - vurdering av sykehus sentrallager funksjon contra avdelingspakket forsyning fra tredjepart regionalt, inkludert benchmarking med andre HF i regionen. Rapport fra dette prosjektet vil være avgjørende for fremtidige konseptvalg ved STHF.
- STHF deltar i regionalt arbeid for standardiserte arbeidsprosesser i ERP, som er et viktig arbeid for å optimalisere bruken av systemet.

3.5 Personell, utdanning og kompetanse

- Rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere

Det vises til tidligere stilte krav om å bygge opp om en heltidskultur for å redusere bruken av deltid og vikariater. Målet er flest mulig ansatte i hele faste stillinger, noe som også er et viktig bidrag for å øke pasientsikkerheten og kvaliteten i pasientbehandlingen. Det er et ledelsesansvar å sikre at det arbeides målrettet med å videreutvikle en heltidskultur, og med å utdanne, rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere. Det vises også til tidligere stilte krav om å sørge for at alle helseforetak har læreplasser innen helsefagarbeiderfaget. Det må også sikres at andelen stillinger for helsefagarbeidere opprettholdes. Dette er områder som helseforetakene har arbeidet godt med over flere år. Det er et langsiktig arbeid å utvikle heltidskultur, og beholde og utvikle medarbeiderne. Rapporteringen på arbeidet viser gode resultater. Det er viktig at helseforetaket satser på å fremme ledelse, og spesielt utviklingen av gode team, ledergrupper og at ledelse og koordinering av pasientforløp prioriteres. Arbeidet vil bli fulgt opp videre.

Sykehuset behandler fortløpende krav fra ansatte knyttet til økt stillingsprosent hos deltidsansatte, og tilstreber å lyse ut stillinger med størst mulig stillingsprosent. Sykehuset har fokus på kompetansestyring, og jobber med å etablere systemer for å sikre at alle ansatte innehar den kompetansen de må ha for en forsvarlig yrkesutøvelse. Kompetanseutvikling gjøres i samarbeid med de ansatte, for å sikre at den enkelte ansatte får det faglige påfyllet og utvikler den kompetansen som den enkelte har interesse for og evne til, og som arbeidsgiver har behov for.

Sykehuset tar inn helsefagarbeiderlæringer høsten 2019.

- ForBedring

Annen oppgave 2019

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

Forbedring er gjennomført etter planen våren 2019. Sykehuset har i 2019 utarbeidet et verktøy for hjelp til oppfølgingsarbeidet i etterkant av undersøkelsen.

- Bierverv

Det vises til krav i oppdrag og bestilling 2018 om oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes håndtering av bierverv. Av helsepersonelloven andre

ledd går det fram at arbeidsgiveren kan kreve at helsepersonell med autorisasjon eller lisens gir opplysninger om 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. Helseforetaket skal innføre krav om at dette skal gjøres.

Annen oppgave 2019

- 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.»

Ansatte ved STHF skal registrere bierverv under "Tilleggsopplysninger" i Personalportalen. Leder skal vurdere om dette biervervet er av en slik art at klinikksjef må vurdere om det foreligger en interessekonflikt.

- Fordeling av nye legestillinger

Oppretting av legestillinger skal fortsatt skje i tråd med behovene i henhold til de regionale helseforetakenes «sørge for»-ansvar, det helsepolitiske styringsbudskapet og de økonomiske rammer som er stilt til disposisjon. Gode lokale, regionale og nasjonale analyser av kompetansebehov framover skal legges til grunn for de regionale helseforetakenes fordeling av leger til helseforetakene og mellom spesialiteter. De regionale helseforetakene skal særlig vurdere behovet for legestillinger til spesialiteter der utdanningskapasiteten i dag anses å være for lav og spesialiteter der behovet for legespesialister vil endre seg i årene fremover som en følge av befolkningsutvikling, sykdomsutvikling og organisatoriske endringer i helsetjenesten.

Annen oppgave 2019

- Helseforetaket skal bidra til at Legestillingsregisteret i Helsedirektoratet til enhver tid er oppdatert.

Legestillingsregistret oppdateres ved endring i ansettelsesforhold eller ved nyansettelser. STHF mottar sender jevnlig fra Sykehuspartner uttrekslister fra Personalportalen for kvalitetskontroll og oppdatering.

- LIS

Annen oppgave 2019

- 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 prosedyrelistene.

STHF har levert inn søknad om godkjenning som utdanningsinstitusjon for 28 spesialiteter innen tidsfristen 1. mars 2019. Det pågår et arbeid med å oppdatere og komplettere søknadene. Opplæring i bruk av Kompetanseportalen (Dossier) for registrering av læringsaktiviteter og læringsmål pågår.

- Grunnutdanning

Grunnutdanning omfatter studier ved videregående skoler, høyskoler og universiteter hvor studentene har helseforetakene som praksisarena. Fylkeskommunene har ansvar for de videregående skolene. Fylkenes opplæringskontor skal i samarbeid med praksisarenaene sikre læreplasser i de yrkesfaglige utdanningene.

Sykehuset har til enhver tid flere lærlinger fra ulike yrkesfag engasjert ved sykehuset. Plasser tildeles i samarbeid med fylkeskommunen.

- Praksisplasser

Annen oppgave 2019

- 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 har samarbeidsavtale med Universitetet i Sør-Øst Norge (USN). Avtalen innebærer at STHF stiller et antall praksisplasser til rådighet for USN. Antallet plasser bygger på en vurdering av sykehusets kapasitet og USN sine behov for plasser.

- Utdanning helsepersonell

Annen oppgave 2019

- 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 har ansatt praksiskoordinatorer knyttet til sykepleier- og helsefagarbeiderutdanning. Sykehuset tar imot det antall LIS1 som Helsedirektoratet har besluttet. LIS1 gjennomfører 12 måneders tjeneste ved sykehus. Sykehuset samarbeider også med flere universitet og høyskoler om å utdanne psykologer, barnevernspedagoger, bioingeniører, radiografer, sosionomer osv.

- Videreutdanning

Videreutdanning omfatter bl.a. ulike studier ved fagskoler, høyskoler og universiteter hvor studentene har helseforetakene som praksisarena (og arbeidsplass). Høyskoler og universiteter som tilbyr videreutdanning skal i forkant inngå avtaler med helseforetakene om praksisplasser. Eventuell uenighet skal søkes løst i samarbeidsorganet. Spesialistutdanning for leger skal ivaretas i samsvar med den nye spesialistforskriften.

Alle legespesialiteter har fagansvarlige som kvalitetssikrer og følger opp spesialisingsløpene for leger. Sykehuset tilbyr spesialisering innenfor 28 legespesialiteter.

Sykehuset samarbeider med USN om praksisplasser i forbindelse med spesial- og videreutdanning for sykepleiere. Samarbeidet mellom STHF og USN er formalisert i en samarbeidsavtale.

- Inkluderingsdugnad

Regjeringen lanserte 20. juni 2018 en inkluderingsdugnad, hvor hovedmålsettingen er økt yrkesdeltakelse. I inkluderingsdugnaden er det et mål om at minst 5 % av nyansatte skal være personer med nedsatt funksjonsevne eller med «hull i CVen».

Sykehuset har fokus på at søkere med "hull i CV-en" skal vurderes ut fra sin personlige kompetanse på lik linje ved andre ansatte i forbindelse med rekruttering.

3.6 Forskning og innovasjon

- Kliniske behandlingsstudier

Mål 2019

- Antall nye kliniske behandlingsstudier er økt med 5 % i 2019 sammenliknet med 2017. [Datakilde skal være CRISTin. Dette publiseres årlig.]

Antall kliniske behandlingsstudier for 2017 var 13. Tilsvarende var det registrert 12 studier for 2018 og 12 hittil i 2019. Økning på 5 % fra 2017 innebærer 14 studier i 2019. Prosent endring vil først kunne beregnes ved utgangen av året.

- Samarbeid med næringslivet

Utvikling av ny teknologi og mer presis diagnostikk og behandling gjennom innovasjon og næringslivssamarbeid er sentralt for å skape en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i fremtiden. Et tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og næringslivet om forskning, innovasjon og innovative anskaffelser er viktig for å få dette til.

STHF samarbeider med privat aktør om et pilotprosjekt for hjemme-dialysepasienter i Telemark. Den digitale løsningen omfatter selvrapporing, elektronisk bestilling av væsker og utstyr, samt meldings-/videoløsning for dialog mellom pasient og dialysesykepleier.

3.7 IKT-utvikling og digitalisering

Innbygger og pasient skal ha tillit til at personopplysninger behandles på en trygg og sikker måte. Helseforetaket skal prioritere ivaretagelse av informasjonssikkerhet og personvern gjennom oppfølging av krav til teknologi, prosesser og kultur. Det er viktig å bygge på tidligere erfaringer når det gjelder IKT-sikkerhet og personvern.

Regjeringen har som mål at flere helsetjenester digitaliseres. De regionale helseforetakene er pålagt å samarbeide med Direktoratet for e-helse for å sikre forutsigbarhet i arbeidet med utvikling av digitale innbyggertjenester på helsenorge.no. Regionenes bruk av etablerte nasjonale e-helseløsninger skal økes for å sikre et likeverdig tilbud.

Det er et politisk mål å legge til rette for gode digitale helseløsninger slik at pasienter kan behandles og følges opp hjemme. Det pågår flere prosjekter på dette området i landets helseforetak. Det er behov for å løfte erfaringer og lære av hverandre.

3.7.1 Regionale IKT-prosjekter

Helseforetaket skal bidra til standardisering og modernisering av IKT-infrastruktur gjennom:

- lokal forankring av mandat og beslutninger
- å bidra til å definere de funksjonelle kravene
- å bidra med nødvendige fagressurser i henhold til programmets gjennomføringsplan
- å sette av ressurser til helseforetakets forberedelser og tilrettelegging av programmets leveranser (budsjett, nødvendige lokale IKT-tiltak, mottaksprosjekt etc.)

Helseforetaket skal koordinere og prioritere alle bestillinger på en hensiktsmessig måte til Sykehuspartner HF før dette kommuniseres til Sykehuspartner via ett kontaktpunkt. Formålet er at helseforetakene selv skal prioritere egne bestillinger, og for å unngå at det blir sendt tilnærmet like bestillinger.

Helseforetaket skal delta i utarbeidelsen av regionalt vedtatt samhandlingsmodell og -arkitektur for IKT og MTU.

I det videre saneringsarbeidet vil det være nødvendig å se på porteføljene på tvers av helseforetakene og søke å dekke samme funksjonsområde med den samme applikasjonen. Helseforetaket skal bidra til å redusere variasjonen av utvalgte applikasjoner med inntil 25 % innen januar 2020.

De utvalgte applikasjonene knyttes til tre kategorier:

1. Applikasjoner som kan erstattes med foreslåtte standardiserte applikasjoner.
2. Applikasjoner som noen helseforetak har beholdt, mens andre har sanert.
3. Applikasjoner som kun benyttes på ett helseforetak.

Helseforetaket skal fortløpende, og spesielt i forbindelse med migrering til Windows 10, aktivt bidra til å identifisere applikasjoner og tjenester som ikke skal videreføres på ny plattform.

Annen oppgave 2019

- 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.

STHF benytter felles prosjektstyringsverktøy for alle IKT prosjekter, både regionale og lokale. Sykehuset arbeider i tråd med de regionale prosjektene for innføring av løsningene ved STHF. Belastningen av de regionale programmene på en lokal mottaksorganisasjon er imidlertid stor og det kan bli ressursutfordringer i tiden

fremover. STHF har ikke initiert konkurrerende aktiviteter til de regionale programmene eller løsningene.

3.7.2 Dataansvar og informasjonssikkerhet

Helseforetaket er selvstendig ansvarlig for at det føres protokoll over hvilke personopplysninger de behandler (behandlingsaktiviteter). Sykehuspartner HF skal i løpet av 2019, i samarbeid med Regionalt Sikkerhetsfaglig Råd (RSR), utarbeide og implementere en regional mal og standard for protokollen, slikt at hvert enkelt foretak kan fylle ut sine behandlinger.

Helseforetaket skal bidra å redusere digitale sårbarheter innenfor infrastrukturområdet ved å:

- redusere antallet lokale gamle (legacy-) domener.
- migrere tjenester fra lokale datarom til godkjente datasentre.
- etterleve regionale sikkerhetsprinsipper.

Helseforetaket skal sørge for at implementering av evt. lokalt anskaffet utstyr innfrir regionale krav til informasjonssikkerhet, støttes av underliggende infrastruktur og understøtter regionale strategier.

Annen oppgave 2019

- Helseforetaket skal implementere endringene fra regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet («ISMS») i eget lokalt styringssystem, herunder lokale prosesser og rutiner.

Sykehuset Telemark er i gang med å implementere endringene fra ISMS i eget lokalt styringssystem. Dette arbeidet ferdigstilles i løpet av høsten 2019.

- Helseforetaket skal implementere regionale risikoakseptkriterier, herunder identifisere risikonivå mht. tilgjengelighet, integritet og konfidensialitet lokalt.

Sykehuset implementerer regionale risikoakseptkriterier lokalt.

3.8 Bygg og eiendom

Helseforetakenes bygningsmasse representerer store verdier og er viktig for kjernevirksomheten. God eiendomsforvaltning krever langsiktig planlegging. De regionale helseforetakene skal i 2019 arbeide videre med å legge til rette for en husleieordning med sikte på en mer effektiv arealutnyttelse og verdibevaring. Husleieordningen vil bygge på et felles sett av prinsipper slik at det blir mulig å sammenligne helseforetakene innbyrdes.

Forskrift om forbud mot bruk av mineralolje til oppvarming av bygninger gjelder fra 1. januar 2020. Her er sykehusbygninger med døgnkontinuerlig pasientbehandling unntatt frem til 1. januar 2025. For øvrige bygninger i spesialisthelsetjenesten gjelder forbudet fra 1. januar 2020, med mindre en søker og får innvilget unntak dersom særlige grunner

foreligger. De regionale helseforetakene skal planlegge og gjennomføre utfasing av oljefyring slik at spesialisthelsetjenesten overholder forbudet.

Annen oppgave 2019

- De regionale helseforetakene skal arbeide videre med å legge til rette for en felles husleieordning med sikte på en mer effektiv arealutnyttelse og verdibevaring, herunder utarbeide en veileder for felles prinsipper for ordningen. Helseforetaket skal bidra i dette arbeidet i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF.

Sykehuset Telemark er ikke involvert i det regionale arbeidet. Det vil legges til rette for intern husleie når den regionale løsningen er vedtatt.

- Helseforetaket skal planlegge og gjennomføre utfasing av oljefyring i sine bygg slik at forbudet mot bruk av mineralolje til oppvarming av bygninger gjeldende fra 1.1.2020 etterleves. For sykehusbygninger med døgnkontinuerlig pasientbehandling skal utfasing skje innen 1.1.2025.

STHF hadde mineralolje som energikilde på en bygning igjen i Skien. Utskifting av denne i 2019 er i henhold til plan. De siste årene har Sykehuset Telemark systematisk lagt om til mer miljøvennlige og energisparende oppvarmingsløsninger der det har vært mulig. I dag varmes for eksempel både sykehuset i Notodden og det meste av sykehuset i Skien opp ved hjelp av CO₂-nøytral fjernvarme fra anlegg som benytter flis fra skogbruket som energikilde.

4. Tildeling av midler og krav til aktivitet

4.1 Økonomiske krav og rammer

4.1.1 Drift og investering

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Det er et mål at det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer. Sykehuset Telemark HF skal sikre at gevinster av utviklingsarbeid og investeringer er realisert, både når det gjelder kvalitet og økonomi.

Mål 2019

- Sykehuset Telemark HF skal benytte midlene som er stilt til rådighet på en effektiv måte og slik at de kommer pasientene til gode. Sykehuset Telemark HF skal i 2019 basere sin virksomhet på de tildelte midler.

Sykehuset Telemark rapporterer et positivt driftsresultat på 4 millioner kroner pr. 1. halvår 2019, som er 11 millioner kroner svakere enn periodisert budsjett.

Budsjettavviket hittil i år er relatert til resultatene i klinikkene, som oppnår svakere DRG-resultater enn budsjettet og har utfordringer i arbeidet med forbedringstiltak, som ikke følger den planlagte fremdriften. Det rapporteres om mer ressurstrengende pasienter på sengepostene og en vridning fra døgn til dagbehandling som ikke gir uttellingen i DRG-poeng som er lagt til grunn i budsjettet.

4.1.2 Resultat

Kravet til økonomisk resultat 2019 er fastsatt av styret i Helse Sør-Øst RHF.

Resultatkravet er basert på helseforetakets innspill til økonomisk langtidsplan, endrede forutsetninger som følge av statsbudsjettet for 2019 samt konkret vurdering av situasjon og risiko for helseforetaket knyttet til årsbudsjettet for 2019.

Mål 2019

- Årsresultat 2019 for Sykehuset Telemark HF skal være på minst 30 millioner kroner.

Resultatprognosen for året opprettholdes til balanse i forhold til budsjettet styringsmål. Estimativurdering er forbundet med moderat risiko.

- Prioriteringsregelen

Mål 2019

- Sykehuset Telemark HF 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 budsjettet aktivitet er også vedlagt.

Dette er kommentert under punkt 2.1 prioritering av PHV/TSB.

4.1.3 Likviditet og investeringer

Tilgjengelig likviditet til investeringer i 2019 videreføres på nivå med 2018, pris- og lønnsjustert til i alt 51,1 millioner kroner for Sykehuset Telemark HF, forutsatt et resultat i henhold til resultatkrav for 2019.

Investeringer skal budsjetteres innenfor helseforetakets tilgjengelige investeringsmidler i 2019, det vil si likviditetstildelingen for 2019 med tillegg av budsjettert bruk av oppspart likviditet, og eventuelle salgs-/gavemidler. I tråd med forutsetningene fra økonomisk langtidsplan skal egenkapitaltilskudd til pensjonsinnretningene, samt netto likviditet fra lokale IKT-investeringer gjennomført av Sykehuspartner HF, salderes innenfor helseforetakets tilgjengelig investeringsmidler.

Annen oppgave 2019

- 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.

Kulepunktene over besvares samlet:

Likviditetsbeholdningen ved utgangen av juni er på 218 millioner kroner, noe som er 81 millioner kroner høyere enn budsjettert. Estimert likviditetsbeholdning ved utgangen av året er 19 millioner kroner høyere enn budsjettert.

Investeringene per juni er 47 millioner kroner lavere enn budsjettert. Investeringsnivået for året forventes å bli 10 millioner kroner lavere enn budsjettert.

4.1.4 Overføring av likviditet - driftskreditt

Utbetalingene til helseforetaket skjer innen den syvende arbeidsdag i hver måned. Månedlig overføring utgjør normalt 1/12 av samlet likviditetsoverføring. Enkelte tilskudd mv vil bli utbetalt i sin helhet i januar 2019.

Helse Sør-Øst RHF skal forespørres i god tid dersom det er behov for driftskreditt ut over gjeldende ramme, og det skal fremlegges tilstrekkelig underbyggende dokumentasjon for dette behovet.

Mål 2019

- Sykehuset Telemark HF skal styre innenfor tilgjengelig driftskredittramme fastsatt av Helse Sør-Øst RHF.

Annen oppgave 2019

- 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

RHF's «sørge for»-ansvar oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.

Kulepunktene over besvares samlet:

Det kan bli aktuelt å måtte be om utvidelse av driftskredittrammen i perioden fra reguleringspremien til KLP forfaller, ca. 1. oktober, og fram til likviditetsutbetalingen fra HSØ kommer i begynnelsen av desember.

4.1.5 Økonomisk handlingsrom

Mål 2019

- Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer. Sykehuset Telemark HF skal derfor sikre at gevinster av utviklingsarbeid og investeringer er realisert, både når det gjelder kvalitet og økonomi.

Sykehuset Telemark har hatt en god resultatutvikling i år og gjennomføringen av årets investeringsplan går som planlagt. Klinikkene følger opp gevinstrealiseringen som en del av det interne forbedringsarbeidet.

4.1.6 Investerings- og utbyggingsprosjekter

Annen oppgave 2019

- 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 RHF's prosjektorganisasjon. Videre har helseforetaket ansvar for å sikre medvirkning fra ansatte og bruker i alt arbeidet som omfatter investerings- og utbyggingsprosjektene.

Lokal prosjektorganisasjon har vært etablert siden idéfase. Etter overtagelse av prosjektledelse fra Sykehusbygg, har lokal organisasjon ansvar for virksomhets- og organisasjonsutvikling. Virksomhetsmodeller og driftskonsepter er ferdig utarbeidet i samarbeid med ansatte, brukere og tillitsvalgte. Planer for bemanningsplanlegging og gevinstrealisering er under ytterligere konkretisering i hht gjeldende veileder for tidligfaseplanlegging.

4.1.7 Evalueringer i etterkant av alle investeringsprosjekter

Det vises til NOU 2016: 25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten* (Kvinnsland-utvalget) og omtalen av utvalgets arbeid i Prop. 1 S (2017–2018). Her foreslås det blant annet at Sykehusbygg HF skal få en mer sentral rolle. For å sikre gode og effektive sykehusbygg må det gjennomføres gode driftsmessige analyser i forkant av utbygginger, og det må kunne vurderes i etterkant om planlagte driftsgevinster blir realisert. Det bør derfor gjennomføres evalueringer i etterkant av alle investeringsprosjekter hvor det minimum vurderes gevinstrealisering og logistikk i

bygget. Valgte driftskonsepter og dimensjonering skal også evalueres. Det er byggherre som er ansvarlig for evalueringene, mens Sykehusbygg HF må være ansvarlig for å håndtere kunnskapsdelingen. Evalueringskriterier må rettes inn mot brukerne og virksomhetens krav. Helseforetaket har ansvar for at vedtatte veiledere og standarder tas i bruk.

Ved STHF er Sykehusbygg kun involvert i investeringsprosjekt Utbygging somatikk Skien. Byggherre er HSØ. Vedtatte veiledere og standarder ligger til grunn i prosjektet.

4.2 Aktivitetskrav

Aktivitet i 2019	Somatikk	VOP	BUP	TSB
ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk og pasientadm. legemidler) i henhold til "sørge for"-ansvaret	46 746	7 502	9 150	1 575
Pasientbehandling				
Antall utskrivninger døgnbehandling	28 200	1 650	95	400
Antall liggedøgn døgnbehandling	98 000	32 500	2 100	3 200
Antall oppholdsdager dagbehandling	21 820	0	0	0
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	169 400	52 650	28 100	12 650

Mål 2019

- Sykehuset Telemark HF 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.

5. Oppfølging og rapportering

Helse Sør-Øst RHF vil i oppfølgingsmøtene med helseforetaket følge opp *Mål 2019* og eventuelt andre kvalitetsindikatorer ved behov. I Årlig melding 2019 skal helseforetaket rapportere på *Mål 2019* og *Andre oppgaver 2019*. Frist for innsendelse av styrets årlig melding er 1. mars 2020.

VEDLEGG

A. Detaljert økonomitabell

SYKEHUSET TELEMARKE HF	2019
Basisramme 2018 inkl. KBF	2 342 438
<i>Nye forhold inn mot 2019</i>	
KBF 2018 tilbakelegging av uttrekk basis	15 049
KBF 2018 uttrekk av KBF- bevilgning	-16 355
Inntektsmodell 2019, fra ØLP 2019-2022	-45 256
RNB 2018 - pensjon, som i ØLP 2019-22	-46 289
Ervervet hjerneskade barn og unge	409
Etablering av rustilbud ST	-2 000
Basisramme 2019 før statsbudsjettet	2 247 996
<i>Endringer som følge av Prop 1S 2019</i>	
Prisomregning	55 901
Økt aktivitet, alle tjenesteområder	26 826
<i>Avbyråkratiseringsreformen ABE</i>	
# uttrekk basisramme ABE	-12 177
# ABE lagt tilbake	12 096
<i>Kvalitetsbasert finansiering, KBF</i>	
# uttrekk basisramme KBF	-15 693
# bevilget sfa score på kvalitetsparametere	16 741
<i>Legemidler</i>	
Legemidler i basis 2018, gjenstående basis	5 973
<i>Andre forhold fra Prop. 1</i>	
Overføring fra basis til ISF- PHV	-3 860
Overføring fra basis til ISF- TSB	-614
Utskrivingsklare pasienter - PHV	-4 631
Utskrivingsklare pasienter - TSB	-736
Komp. for manglende prisjustering av egenandeler	2 220
Nasjonale inntektsmodell	6 028
Barn som pårørende mot økt egenandel	827
<i>Nye forhold fra Helse Sør-Øst RHF</i>	
Inntektsmodellen - innføring av nye elementer	7 222
PET - netto fordeling av 20 mnok	1 328
Endret fin.ordning lab/rad-fordeling av 215 mnok	14 448
Endret fin.ordning lab/rad-tilbakeføring av IM effekt	21 492
Dyre legemidler-aktivitetsavhengig del private ideelle	332
Basisramme 2019 inkl. KBF	2 381 718
Strategiske forskningsmidler, fra post 72	1 802
Nasjonale kompetansetjenester, øvrige	0
<i>Statlige tilskudd, post 70</i>	4 770
Turnustjeneste	1 007
Medisinsk undersøkelse på barnehusene	0

Omlegging av arbeidsgiveravgift	3 762
Bedre psykisk helsehjelp i barnevernet	0
Sum faste inntekter	2 388 290
<i>ISF- refusjoner</i>	
herav somatikk	1 043 698
herav psykisk helsevern og TSB	50 070
Sum ISF- refusjoner	1 093 768
Sum inntekter	3 482 057

B. Detaljert aktivitetstabell

SOMATIKK

Antall pasientbehandlinger

TOTAL AKTIVITET	2019
Antall utskrivninger døgnbehandling(Total)	28 200
Antall liggedøgn døgnbehandling (Total)	98 000
Antall oppholdsdager dagbehandling (Total)	21 820
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner (Total)	169 400

Fordeling av antall ISF-poeng

DØGNBEHANDLING	2019
Fordeling av antall ISF-poeng	
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF (Døgnbehandling)	30 676
Pasienter bosatt i egen region behandlet ved private institusjoner iht. avtale (Kun RHF) (Døgnbehandling)	0
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner (Døgnbehandling)	400
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF (Døgnbehandling)	230
Sum ISF-poeng (Døgnbehandling)	31 306
Andel ISF-poeng (Døgnbehandling) i % av totalen	71,1 %

DAGBEHANDLING	2019
Fordeling av antall ISF-poeng	
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF (Dagbehandling)	4 904
Pasienter bosatt i egen region behandlet ved private institusjoner iht. avtale (Kun RHF) (Dagbehandling)	0
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner (Dagbehandling)	0
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF (Dagbehandling)	0
Sum ISF-poeng (Dagbehandling)	4 904
Andel ISF-poeng (Dagbehandling) i % av totalen	11,1 %
Sum ISF-poeng (Døgnbehandling og dagbehandling) for pasienter bosatt i egen region (iht. "sørge for"-ansvaret)	35 980
Sum ISF-poeng (Døgnbehandling og dagbehandling) for pasienter bosatt i egen og andre regioner	36 210

POLIKLINISK VIRKSOMHET	2019
Fordeling av antall ISF-poeng (Poliklinisk virksomhet)	
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF (Poliklinisk virksomhet)	7 766

Pasienter bosatt i egen region behandlet ved private institusjoner iht. avtale (Kun RHF) (Poliklinisk virksomhet)	0
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner (Poliklinisk virksomhet)	0
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF (Poliklinisk virksomhet)	70
Sum ISF-poeng (Poliklinisk virksomhet)	7 836
Andel ISF-poeng (Poliklinisk virksomhet) i % av totalen	17,8 %
Sum ISF-poeng (Poliklinisk virksomhet) for pasienter bosatt i egen region (iht. "sørge for"-ansvaret)	7 766
Sum ISF-poeng (Poliklinisk virksomhet) for pasienter bosatt i egen og andre regioner	7 836

PASIENTADMINISTRERTE LEGEMIDLER (H-RESEPTER)	2019
Fordeling av ISF-poeng knyttet til pasientadministrerte legemidler	
Sum ISF-poeng pasientadministrerte legemidler, som inngår i ISF-ordningen tidligere år, for pasienter bosatt i eget opptaksområde, uavhengig av hvem som har utstedt resept (iht. "sørge for"-ansvaret)	2 800
Sum ISF-poeng pasientadministrerte legemidler, som inngår i ISF-ordningen fra og med inneværende år, for pasienter bosatt i eget opptaksområde, uavhengig av hvem som har utstedt resept (iht. "sørge for"-ansvaret)	200
Sum ISF-poeng pasientadministrerte legemidler (H-resept)	3 000

TOTALT ANTALL ISF-POENG	2019
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag og poliklinikk) iht. "Sørge for"-ansvaret (Pasienter bosatt i egen region)	43 746
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag og poliklinikk) iht. "Sørge for"-ansvaret for aktivitet utført i eget helseforetak	43 346
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag og poliklinikk) (pasienter bosatt i egen og andre regioner)	44 046
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag og poliklinikk) for aktivitet utført i eget helseforetak	43 646
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk, pasientadministrerte legemidler) iht. "Sørge for"-ansvaret (pasienter bosatt i egen region/opptaksområde)	46 746
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk for pasienter bosatt i egen og andre regioner og pasientadministrerte legemidler for pasienter bosatt i eget opptaksområde)	47 046

PSYKISK HELSEVERN

PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE (VOP)	2019
Psykisk helsevern for voksne (VOP) Sum DPS og sykehus	
Antall utskrivninger døgnbehandling(VOP)	1 650
Antall liggedøgn døgnbehandling (VOP)	32 500
Antall oppholdsdager dagbehandling (VOP)	0
Antall polikliniske konsultasjoner (VOP)	52 650
Kjøp fra private institusjoner (VOP)	
Antall utskrivninger døgnbehandling(VOP Private)	0
Antall liggedøgn døgnbehandling (VOP Private)	0
Antall oppholdsdager dagbehandling (VOP Private)	0
Antall polikliniske konsultasjoner private (VOP Private)	0
PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE (BUP)	2019
Antall utskrivninger døgnbehandling(BUP)	95
Antall liggedøgn døgnbehandling (BUP)	2 100
Antall oppholdsdager dagbehandling (BUP)	0

Antall polikliniske konsultasjoner (BUP)	28 100
Kjøp fra private institusjoner	
Antall utskrivninger døgnbehandling(BUP Private)	0
Antall liggedøgn døgnbehandling (BUP Private)	0
Antall oppholdsdager dagbehandling (BUP Private)	0
Antall polikliniske konsultasjoner (BUP Private)	0

TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING (TSB)	2019
Antall utskrivninger døgnbehandling(TSB)	400
Antall liggedøgn døgnbehandling (TSB)	3 200
Antall oppholdsdager dagbehandling (TSB)	0
Antall polikliniske konsultasjoner (TSB)	12 650
Kjøp fra private institusjoner	
Antall utskrivninger døgnbehandling(TSB Private)	0
Antall liggedøgn døgnbehandling (TSB Private)	0
Antall oppholdsdager dagbehandling (TSB Private)	0
Antall polikliniske konsultasjoner (TSB Private)	0

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2019 fra Helse Sør-Øst RHF

Sak nr.	Saksbehandler	Sakstype	Møtedato
053-2019	Tom Helge Rønning, administrerende direktør Tone Pedersen, spesialrådgiver	Etterretning	25.09.2019

Trykte vedlegg:

- 1_Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling - august 2019
- 2_Protokoll fra foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF 11. juni 2019
- 3_Oppdragsdokument 2019 - tilleggsdokument til Helse Sør-Øst RHF

Utrykte vedlegg:

- Ingen

Ingress:

For å sikre god dokumentasjon og kvalitet i overleveringen av styringskrav gitt etter at Oppdrag og bestilling 2019 ble overlevert 13. februar 2019, har Helse Sør-Øst RHF utarbeidet et tilleggsdokument (vedlegg 1).

Forslag til vedtak:

Styret tar tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2019 – august 2019 til etterretning.

Skien, den 16. september 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Hva saken gjelder

Tilleggsdokumentet til Oppdrag og bestilling 2019 omfatter styringsbudskap som Sykehuset Telemark HF har mottatt fra Helse Sør-Øst RHF etter at oppdrag og bestilling til helseforetakene/sykehusene ble utarbeidet. Tilleggsdokumentet er lagt ved som vedlegg til denne saken. Det vises i denne sammenheng til protokoll fra foretaksmøte 11. juni 2019 for Helse Sør-Øst RHF og Oppdragsdokument 2019 -tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 114 S (2018-2019), jfr. vedlegg 2 og 3.

Styringsbudskapene fra tilleggsdokument til oppdragsdokumentet fra Helse Sør-Øst supplerer, sammen med protokoller fra foretaksmøter i løpet av året, det helhetlige oppdraget styret for Sykehuset Telemark HF har ansvar for å gjennomføre.

Tilleggsdokument til Oppdrag og bestilling 2019 er sendt som et likelydende brev til alle helseforetak og de fem private ideelle sykehusene. Noen av styringsbudskapene i tilleggsdokumentet gis som informasjon til flere, mens samme styringsbudskap gis som Annen oppgave 2019 til noen mottagere.

Følgende styringskrav fra tilleggsdokumentet omfatter Sykehuset Telemark HF:

3.1.1g Avlevering av arkiv til Norsk helsearkiv

- *Informasjon*

Alle helseforetak skal inngå forpliktende avleveringsavtaler med Norsk helsearkiv om avlevering av fysisk pasientarkivmateriale. Avtalene skal blant annet angi tidspunkt for avleveringer. Det vises til Forskrift om Norsk helsearkiv og Helsearkivregisteret (helsearkivforskriften). Det forutsettes at minst ett helseforetak i Helse Sør-Øst skal starte arbeidet innen utgangen av 2019.

Helse Sør-Øst RHF vil komme tilbake med nærmere informasjon om gjennomføringen av dette oppdraget.

3.1.3b Samarbeid med kommunehelsetjenesten

- *Informasjon*
- *Annen oppgave 2019 til Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF, Sørlandet sykehus HF, Vestre Viken HF, Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus*

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.

Oppfølging av de nye styringskravene i Sykehuset Telemark HF

Styringskraven vurderes av Sykehuset Telemark HF og operasjonaliseres i virksomhetsplanleggingen for 2019.

Administrerende direktørs anbefaling

Saken legges frem for styret i Sykehuset Telemark HF for å gjøre styret kjent med nye oppdrag fra eier og hvordan administrerende direktør følger dette opp. Med henvisning til tilleggsdokumentet, anbefaler administrerende direktør at styret tar Helse Sør-Østs nye styringsbudskap til Sykehuset Telemark HF til etterretning.

Helseforetakene i Helse Sør-Øst
Private ideelle sykehus som har avtale med Helse Sør-Øst RHF

Vår referanse:
19/00174-28

Deres referanse:

Dato:
23.08.2019

Saksbehandler:
Jostein F. Jensen, +47 909 72 605

Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2019 - august 2019

Det vises til Oppdrag og bestilling 2019 til det enkelte helseforetak og private ideelle sykehus med som har avtale med Helse Sør-Øst RHF. Det fremgår av dette at det vil bli utarbeidet et tilleggsdokument til oppdrag og bestilling med nye styringsbudskap fra Helse Sør-Øst RHF etter foretaksmøtene for helseforetakene i februar 2019.

Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling sendes som et likelydende brev til alle helseforetak og de fem private ideelle sykehusene. Noen av styringsbudskapene i tilleggsdokumentet gis som informasjon til flere, mens samme styringsbudskap gis som *Annen oppgave 2019* til noen mottagere.

På samme måte som for styringsbudskap gitt i oppdrag og bestilling skal årlig melding 2019 inneholde rapporter med iverksatte/planlagte tiltak for tilleggsdokumentets *Mål 2019* og *Annen oppgave 2019*.

Tilleggsdokumentet omfatter styringsbudskap som Helse Sør-Øst RHF har mottatt fra Helse- og omsorgsdepartementet etter at oppdrag og bestilling til helseforetakene/sykehusene ble utarbeidet. Det vises i denne sammenheng til protokoll fra foretaksmøte 11. juni 2019 for Helse Sør-Øst RHF og «*Oppdragsdokument 2019 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 114 S (2018-2019)*».

For alle de nye styringsbudskapene forutsettes at det enkelte helseforetak/sykehus gjør seg kjent med innholdet og følger opp det som er relevant gjennom innarbeidelse i virksomhetsplanlegging og rapportering på lik linje med styringsbudskapene som inngår i Oppdrag og bestilling 2019.

Styringsbudskapene nedenfor er organisert under egne overskrifter. Disse samsvarer så lang det er mulig med temaoverskriftene i Oppdrag og bestilling 2019.

3.1.1g Avlevering av arkiv til Norsk helsearkiv

- *Informasjon*

Alle helseforetak skal inngå forpliktende avleveringsavtaler med Norsk helsearkiv om avlevering av fysisk pasientarkivmateriale. Avtalene skal blant annet angi tidspunkt for avleveringer. Det vises til Forskrift om Norsk helsearkiv og Helsearkivregisteret (helsearkivforskriften). Det forutsettes at minst ett helseforetak i Helse Sør-Øst skal starte arbeidet innen utgangen av 2019.

Helse Sør-Øst RHF vil komme tilbake med nærmere informasjon om gjennomføringen av dette oppdraget.

3.1.3b Samarbeid med kommunehelsetjenesten

- *Informasjon*
- *Annen oppgave 2019 til Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF, Sørlandet sykehus HF, Vestre Viken HF, Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus*

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.

2.9 Regionalt behandlingstilbud til overgripere

- *Informasjon*
- *Annen oppgave 2019 til Oslo universitetssykehus HF*

I eget brev fra Helse Sør-Øst RHF, datert 2. april 2019, er Oslo universitetssykehus HF gitt i oppdrag å etablere et regionalt behandlingstilbud til pasienter som har begått eller står i fare for å begå seksuelle overgrep. Behandlingstilbudet skal baseres på helseforetakets prosjektskisse datert 19. desember 2017 og skal være tilgjengelig fra 1. januar 2020.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF



Tore Robertsen
eierdirektør



Jostein F. Jensen
spesialrådgiver

Vedlegg:

- Protokoll fra foretaksmøte 11. juni 2019 for Helse Sør-Øst RHF.
- Oppdragsdokument 2019 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 114 S (2018-2019)

Foretaksmøte 11. juni 2019

Protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF

**Behandling av årlig melding 2018,
godkjenning av årsregnskap og
årsberetning 2018 mv.**



PROTOKOLL FRA FORETAKSMØTE I HELSE SØR-ØST RHF

Tirsdag 11. juni 2019 kl. 14.45 ble det avholdt foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF i R5, Akersgata 59 i Oslo.

Dagsorden

- Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres
- Sak 2 Dagsorden
- Sak 3 Årlig melding 2018, jf. lov om helseforetak § 34, vedtektene §§ 7 og 15
- Sak 4 Godkjenning av årsregnskap og årsberetning 2018, jf. lov om helseforetak § 43, vedtektene § 7
- Sak 5 Godkjenning av revisors godtgjørelse, jf. lov om helseforetak § 44
- Sak 6 Endring av driftskreditrammen
- Sak 7 Finansiering av metodevurderinger i Statens legemiddelverk
- Sak 8 Avlevering av fysisk arkiv til Norsk helsearkiv
- Sak 9 Samarbeid om innkjøp mellom de regionale helseforetakene og Forsvaret
- Sak 10 Fremtidig løsning for nød- og beredskapskommunikasjon
- Sak 11 Fremtidig rolle for Nasjonal IKT HF

Fra Helse- og omsorgsdepartementet møte

Helseminister Bent Høie

Fra styret møte

Styreleder Svein Ingvar Gjedrem
Nestleder Anne Cathrine Frøstrup

Kirsten Brubakk

Fra administrasjonen møte

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Eierdirektør Tore Robertsen

Også til stede

Statssekretær Anne Grethe Erlandsen
Ekspedisjonssjef Målfrid Bjærum
Ekspedisjonssjef Espen Aasen

Avdelingsdirektør Astri Knapstad
Underdirektør Kari Grette
Seniorrådgiver Mikkel Hovden Aas

Riksrevisjonen var varslet i samsvar med lov om Riksrevisjonen § 13 og møte ved Frode Linna og Tove Myklebust.

Revisor for Helse Sør-Øst RHF, PwC, var varslet i samsvar med lov om helseforetak § 18 og møte ved statsautorisert revisor Hans-Christian Berger.

Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres

Helseminister Bent Høie ønsket, som øverste eiermyndighet og møteleder, velkommen. Han spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Foretaksmøtet vedtok:

Innkallingen er godkjent. Foretaksmøtet er lovlige satt.

Styreleder Svein Ingvar Gjedrem og helseminister Bent Høie ble valgt til å godkjenne protokollen.

Sak 2 Dagsorden

Helseminister Bent Høie spurte om det var merknader til dagsorden. Det var ingen merknader til dagsorden.

Foretaksmøtet vedtok:

Dagsorden er godkjent.

Sak 3 Årlig melding 2018, jf. lov om helseforetak § 34, vedtektene §§ 7 og 15

Lov om helseforetak § 34 pålegger de regionale helseforetakene å utarbeide en årlig melding om virksomheten. I vedtektene § 15 slås det fast at det skal fremgå av den årlige meldingen etter § 34 i lov om helseforetak, hvorvidt pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøtet eller satt som vilkår knyttet til bevilgningen, er oppfylt. Vilkår knyttet til bevilgningen fremgår av oppdragsdokumentet til Helse Sør-Øst RHF for 2018.

Helse Sør-Øst RHF redegjorde for årlig melding 2018 og for styrets videre arbeid på utvalgte områder i 2019. Foretaksmøtet viste til årlig melding fra Helse Sør-Øst RHF av 15. mars 2019 og supplerende informasjon av 10. mai 2019. Foretaksmøtet la til grunn at Helse Sør-Øst RHF har oppfylt sørge for-ansvaret. Foretaksmøtet merket seg styrets konklusjon om at styringskrav gitt i oppdragsdokumentet og foretaksmøte for 2018 er ivarettatt og at sørge for-ansvaret som Helse Sør-Øst RHF er pålagt gjennom lovverket samlet sett er oppfylt for 2018.

I oppdragsdokumentet for 2018 er det satt som mål at gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal reduseres sammenliknet med 2017 og være under 50 dager innen 2021. Samlet for alle tjenesteområder var ventetiden i Helse Sør-Øst 58 dager i 2018. Dette er en økning på to dager fra 2017, dvs. at målet ikke er nådd. Foretaksmøtet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF innretter driften slik at målet for ventetid nås i 2019. Foretaksmøtet merket seg at andelen fristbrudd i Helse Sør-Øst var 1,7 pst. i 2018. Tilsvarende tall i 2017 var 1,6 pst.

Prioriteringsmålet om at det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for somatikk på regionnivå ble videreført i 2018. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skulle prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold). Foretaksmøtet viste til at kravet om høyere vekst i kostnader ble

innfridd for psykisk helsevern for barn og unge og for TSB, men ikke for psykisk helsevern for voksne. Målet om prosentvis større reduksjon i gjennomsnittlig ventetider er nådd for psykisk helsevern for voksne og for barn og unge. For TSB ble også målet nådd ettersom ventetiden i somatikk økte mens ventetiden for TSB var uendret. Ventetiden innen TSB er generelt lav. Kravet om større økning i poliklinisk aktivitet er innfridd for psykisk helsevern for voksne, men økningen i aktivitet innen psykisk helsevern for barn og unge var marginalt lavere enn for somatikk. For TSB ble aktivitetsmålet ikke innfridd. Foretaksmøtet viste til at prioriteringsmålet har ført til en betydelig økt oppmerksomhet om psykisk helsevern og TSB og at prioriteringsmålet ble delvis oppnådd, men at det fortsatt er rom for forbedringer.

I oppdragsdokumentet for 2018 er det satt som mål at det skal være færre tvangsinnleggelses i psykisk helsevern i 2018 enn i 2017. Videre er det satt som mål at skal det være færre pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) i 2018 enn i 2017. Resultatene (jf. nasjonale kvalitetsindikatorer for 2018) viser at omfanget av tvangsinnleggelses og antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i Helse Sør-Øst økte fra 2017 til 2018. Foretaksmøtet merket seg at det i 2018 er utarbeidet en prosjektrapport om redusert bruk av tvangsmidler i Helse Sør-Øst hvor tiltakene skal innføres i 2019. Departementet vil følge med videre på utviklingen.

Det ble innført pakkeforløp for kreft i 2015. I Helse Sør-Øst ble 74 pst. av pasientene inkludert i pakkeforløp i 2018. Med dette var målet om 70 pst. oppnådd. Resultatene fra andre tertial 2018 viser 67 pst. av pasientene ble behandlet innenfor standard forløpstid for hele helseregionen. Målet om minst 70 pst. gjennomførte pakkeforløp innen maksimal anbefalt forløpstid er dermed ikke nådd for andre tertial 2018. Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF om å følge opp resultatene videre i 2019.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet tar årlig melding 2018 med supplerende opplysninger fra Helse Sør-Øst RHF til etterretning.

Sak 4 Godkjenning av årsregnskap og årsberetning 2018, jf. lov om helseforetak § 43, vedtektene § 7

I samsvar med lov om helseforetak § 43 og vedtektene § 7 ble styrets årsregnskap og årsberetning for 2018 fremlagt til godkjenning i foretaksmøtet. Helse Sør-Øst RHF redegjorde for årsregnskap og årsberetning for 2018. Statsautorisert revisor Hans-Christian Berger redegjorde for revisjonsberetningen for 2018.

I foretaksmøtet 16. januar 2018 ble det fastsatt følgende resultatkrav for foretaksgruppen i Helse Sør-Øst for 2018:

Foretaksmøtet la til grunn at de regionale helseforetakene:

- *innretter virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som følger av Prop. 1 S (2017–2018), foretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2018, slik at sørge-for-ansvaret oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.*

Regnskapsført årsresultat for 2018 for foretaksgruppen Helse Sør-Øst viser et positivt resultat på 1 767,6 mill. kroner. I resultatet inngår nedskrivninger av eiendeler med 196,3 mill. kroner, samtidig som det er resultatført netto gevinst ved salg av anleggsmidler på

65,5 mill. kroner. Helse Sør-Øst har investert for 3 869,7 mill. kroner i 2018 og holdt seg innenfor vedtatt ramme for driftskreditt. Den samlede ressursbruken til drift og investeringer er gjennomført innenfor vedtatte rammer og resultatkrav for 2018. Foretaksmøtet var tilfreds med at resultatkravet som ble stilt for 2018 dermed er oppfylt.

Foretaksmøtet viste til at Helse Sør-Øst står overfor store investeringsoppgaver i årene fremover. Foretaksmøtet har merket seg at resultatet for 2018 var bedre enn budsjettert og at det samlet sett er god kontroll med økonomien i foretaksgruppen. Årsresultatet for 2018 bidrar til økonomisk handlingsrom for de investeringene som planlegges framover. Foretaksmøtet viste til at det er positivt at Helse Sør-Øst RHF legger opp til en styring og drift som gir nødvendig grunnlag for en bærekraftig utvikling av tilbudet i regionen.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet godkjenner styrets fremlagte årsregnskap og årsberetning for 2018.

Sak 5 Godkjenning av revisors godtgjørelse, jf. lov om helseforetak § 44

Lovpålagt revisjonshonorar omfatter honorar for nødvendig arbeid i forbindelse med avgivelse av revisjonsberetning for 2018. Av foretaksgruppens samlede revisjonshonorar på kr 3 437 000 ekskl. mva. utgjør honoraret for revisjon av Helse Sør-Øst RHF kr 218 000 ekskl. mva. Dette innebærer en reduksjon på kr 1 557 000 ekskl. mva. fra 2017 for foretaksgruppen samlet sett og forklares hovedsakelig med redusert omfang av merarbeid i forbindelse med revisjonen.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet godkjenner godtgjørelse på kr 3 437 000 ekskl. mva. til ekstern revisor for lovpålagt revisjon av foretaksgruppen for 2018, herunder godtgjørelse på kr 218 000 ekskl. mva. for revisjon av Helse Sør-Øst RHF.

Sak 6 Endring av driftskredittrammen

Foretaksmøtet viste til Prop. 114 S (2018–2019) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2019*. Her er det foreslått å redusere de regionale helseforetakenes ramme for driftskreditt med 1 200 mill. kroner, fra 4 492 mill. kroner til 3 292 mill. kroner ved utgangen av 2019. Endringen skyldes en tilsvarende økning i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene som følge av økte pensjonskostnader på 1 200 mill. kroner for 2019.

Helse Sør-Øst RHF sin andel av denne justeringen utgjør 647 mill. kroner. Med forbehold om Stortingets godkjenning justeres Helse Sør-Øst RHF sin ramme for driftskreditt for 2019 fra 2 422 mill. kroner til 1 755 mill. kroner.

Foretaksmøtet vedtok:

Driftskredittrammen for Helse Sør-Øst RHF reduseres med 647 mill. kroner fra 2 422 mill. kroner til 1 755 mill. kroner.

Sak 7 Finansiering av metodevurderinger i Statens legemiddelverk

Foretaksmøtet viste til brev av 28. juni 2017 Oppdragsdokument 2017 – tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 129 S (2016–2017) til de regionale helseforetakene der det framgår at:

"De regionale helseforetakene skal: (...) Sørge for tilstrekkelig kapasitet til å gjennomføre metodevurderinger. Departementet viser i denne sammenheng til at det i statsbudsjettet for 2016 ble understreket at dersom behovet for metodevurderinger overstiger det antall metodevurderinger som da ble lagt til grunn for SLVs og FHI's bevilgninger og rammer, kan disse finansieres over regionale helseforetaks egne rammer. (...)"

Foretaksmøtet vedtok:

De regionale helseforetakene skal finansiere behovet for merkapasitet i Statens legemiddelverk knyttet til å gjennomføre metodevurderinger i spesialisthelsetjenesten. Statens legemiddelverk skal øke kapasiteten sin til metodevurderinger for systemet nye metoder med 10 årsverk. I 2019 skal de regionale helseforetakene finansiere ev. påløpte lønnskostnader, opp til 2,6 mill. kroner, til dette formålet. I 2020 skal de regionale helseforetakene finansiere 13 mill. kroner. Fordelingen av kostnadene mellom de regionale helseforetakene skal følge den nasjonale inntektsmodellen.

Sak 8 Avlevering av fysisk arkiv til Norsk helsearkiv

Foretaksmøtet viste til Forskrift om Norsk helsearkiv og Helsearkivregisteret (helsearkivforskriften) og ba om at alle helseforetak inngår forpliktende avleveringsavtaler med Norsk helsearkiv om avlevering av fysisk pasientarkivmateriale. Avtalene skal blant annet angi tidspunkt for avleveringer. Foretaksmøtet ba videre de regionale helseforetakene om å starte arbeidet med avlevering til Norsk helsearkiv fra minst ett helseforetak i hver helseregion innen utgangen av 2019.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet ber de regionale helseforetakene sørge for at alle helseforetak inngår forpliktende avleveringsavtaler med Norsk helsearkiv om avlevering av fysisk pasientarkivmateriale. Minst ett helseforetak i hver helseregion skal starte arbeidet med avlevering innen utgangen av 2019.

Sak 9 Samarbeid om innkjøp mellom de regionale helseforetakene og Forsvaret

Foretaksmøtet viste til innspill fra de regionale helseforetakene om mulig samarbeid om innkjøp mellom Sykehusinnkjøp HF og Forsvaret, og som fremgår av brev av 5. juni 2019 fra Helse Sør-Øst RHF. Foretaksmøtet ønsket at det skal etableres et gjensidig forpliktende samarbeid knyttet til innkjøp for å realisere både de samfunnsmessige gevinster og de koordineringsfordeler som ligger i dette for begge sektorer. Samarbeidet etableres i tråd med anbefalinger om prosesser og framdriftsplaner slik det fremkommer i brevet.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet ber de regionale helseforetakene om å etablere et samarbeid med Forsvaret på innkjøpsområdet.

Sak 10 Fremtidig løsning for nød- og beredskapskommunikasjon

Regjeringen har bestemt at det skal startes et arbeid med å utvikle og anskaffe en ny løsning for nød- og beredskapskommunikasjon. Arbeidet skal også sikre en god overgang fra dagens Nødnett. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har fått i oppdrag fra Justis- og beredskapsdepartementet å utarbeide en konseptvalgutredning (KVU). Arbeidet skal gjennomføres i samarbeid med Nasjonal kommunikasjonsmyndighet (Nkom) og aktuelle aktører. De regionale helseforetakene og Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO) deltar for helsetjenesten.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet ber de regionale helseforetakene delta i DSB og Nkom sitt arbeid med KVU, i samarbeid med andre sentrale aktører i helsetjenesten. HDO deltar i arbeidet på vegne av de regionale helseforetakene der det er hensiktsmessig.

Sak 11 Fremtidig rolle for Nasjonal IKT HF

Foretaksmøtet viste til krav i januar 2014 om at de regionale helseforetakene skulle etablere et felles helseforetak, Nasjonal IKT HF, for strategisk samarbeid på IKT-området.

I foretaksmøtet i januar 2019 ble de regionale helseforetakene bedt om å vurdere hvordan samarbeidet mellom de regionale helseforetakene innen IKT-området bør organiseres, herunder å vurdere rollen til Nasjonal IKT HF. Oppdraget må ses i sammenheng med de store endringene i organiseringen av e-helseområdet de siste årene.

Styrene i de regionale helseforetakene har sluttet seg til en anbefaling om å igangsette en styrt avvikling av Nasjonal IKT HF. Det er i vurderingene lagt vekt på endringer i aktørbildet og nye samarbeidsformer mellom de regionale helseforetakene. Disse to forholdene har medført at det blir færre oppgaver til Nasjonal IKT HF.

Foretaksmøtet sluttet seg til anbefalingene.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet slutter seg til anbefalingen om å gjennomføre en styrt avvikling av Nasjonal IKT HF. I den forbindelse ber foretaksmøtet de regionale helseforetakene om å:

- *videreføre det interregionale samarbeidet på IKT-området på en hensiktsmessig måte*
- *sikre at opparbeidet kunnskap og kompetanse ikke går tapt, og at pågående oppgaver videreføres på en hensiktsmessig måte*
- *sikre god ivaretagelse av medarbeidere*

Møtet ble hevet kl. 15.55.

Oslo, 11. juni 2019

Bent Høie

Svein Ingvar Gjedrem

Protokollen er elektronisk godkjent og har derfor ikke håndskrevne signaturer



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse Sør-Øst RHF
Helse Vest RHF
Helse Midt-Norge RHF
Helse Nord RHF

Deres ref

Vår ref

Dato

18/3392-23

21. juni 2019

Oppdragsdokument 2019 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 114 S (2018-2019)

Det vises til oppdragsdokument 2019 til de regionale helseforetakene av 16. januar 2019. Med forbehold om Stortingets behandling 21. juni 2019 av Prop. 114 S (2018-2019), jf. Innst. 391 S (2018-2019), sender departementet ut et tilleggsdokument til oppdragsdokumentet 2019. Det vises også til utbetalingsbrev for juli.

2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Andre oppgaver 2019:

Utredningsoppdrag:

- Det skal etableres en arbeidsgruppe bestående av representanter fra brukerorganisasjonene på rusfeltet, representanter fra private tilbydere med avtale innen TSB og de regionale helseforetakene. Arbeidet ledes av Helse Midt-Norge RHF og får følgende mandat:
 - Utarbeide et grunnlag for felles praksis for rettighetsvurderinger for å sikre at pasientrettighetene til rusavhengige blir ivarettatt på en enhetlig og omforent måte i alle helseforetak.
 - Sikre at alle pasienter på en klar og tydelig måte blir orientert om deres rett til fritt behandlingsvalg og derved mulighet for også å kunne velge en institusjon innen ordningen med fritt behandlingsvalg.

Arbeidsgruppen skal legge berørte retningslinjer og lovverk til grunn for sitt arbeid. Formålet med arbeidet er å forhindre at like lidelser gis ulik rett til nødvendig helsehjelp og unngå at det utvikler seg ulik praksis. Helsedirektoratets prioriteringsveileder skal legges til grunn for arbeidet. Arbeidet skal leveres innen 1. mars 2020.

3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Andre oppgaver 2019:

- 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.
- Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre et forprosjekt for en felles journal- og samhandlingsløsning. Tiltaket omfatter kommunene utenfor Midt-Norge og samhandling med spesialisthelsetjenesten. Forprosjektet skal levere sine anbefalinger januar 2020. Anbefalingene skal deretter kvalitetssikres i tråd med statens prosjektmodell (KS2). Samhandling mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten er en sentral del av tiltaket. Det er avgjørende med en god prosess og godt samarbeid mellom Direktoratet for e-helse, KS og kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten i forprosjektet. De regionale helseforetakene skal bidra i Direktoratet for e-helses arbeid med forprosjekt for en felles journal- og samhandlingsløsning.

Utredningsoppdrag:

- De regionale helseforetakene skal utrede mulige løsninger for sporing av implantater (medisinsk utstyr i risikoklasse 3), enten gjennom videreutvikling av pasientjournal, Kjernejournal eller ved etablering av et nasjonalt behandlingsregister. Tekniske løsninger og kostnader, samt tidsperspektiv for implementering må konkretiseres. Det må legges til grunn felles standarder for enhetlig og strukturert produktinformasjon om medisinsk utstyr for å understøtte effektiv dokumentasjon, informasjonsdeling, sporing og overvåking av implantater. Utredningen skal ledes av Helse Vest RHF, og skal skje i samarbeid med Direktoratet for e-helse og Statens legemiddelverk.
- De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Midt-Norge RHF, følge opp Helsedirektoratets rapport fra november 2018 om lipødembehandling, og vurdere om det bør etableres et kirurgisk behandlingstilbud i Norge til pasientgruppen. Helsedirektoratet anbefaler at fagmiljøene innen plastikkirurgi vurderer utredning og behandlingsmetoder, og hvilke kriterier som skal legges til grunn for kirurgisk behandling. I tråd med direktoratets anbefaling bør et samarbeid med fagmiljøer i Sverige vurderes. Erfaringene fra Universitetssykehuset Nord-Norge med lipødembehandling og fra St. Olavs hospital om kirurgisk behandling av lymfødem tas med i vurderingen. Utredningen skal leveres innen 1. mars 2020.

Forskning og innovasjon

- De regionale helseforetakene skal legge til rette for at alle vitenskapelige artikler som utgår fra forskningsmidler utlyst i de regionale helseforetakene fra og med 1. januar 2021 skal være åpent tilgjengelige.

Dette erstatter følgende i oppdragsdokument 2019: De regionale helseforetakene skal legge til rette for at alle vitenskapelige artikler som utgår fra forskning i de regionale helseforetakene skal være åpent tilgjengelige etter 1. januar 2020, i henhold til føringer i veileder fra Norges forskningsråd. Endringen er gjort i lys av at veilederen for Plan S utsetter fristen for implementering av planen med ett år.

Personell, utdanning og kompetanse

- Rapporter i oppfølgingsmøter med de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet i mai 2019 viser at det er utfordringer knyttet til den nasjonale samordningen av legenes spesialistutdanning (jf. Spesialistforskriftens § 4, d). De regionale helseforetakene skal iverksette tiltak i 2019 for å styrke den nasjonale samordningen og harmoniseringen av legenes spesialistutdanning, herunder vurdere å etablere organisatoriske løsninger som kan ivareta dette tilfredsstillende på permanent basis. Arbeidet skal ledes av Helse Sør-Øst RHF.

4. Oppfølging og rapportering

Det skal rapporteres på pkt. 2, 3 og 6 i Årlig melding 2019.

5. Oppdrag i forbindelse med Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP)

- Tiltak for klart språk

De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF og i samarbeid med Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse, iverksette tiltak for å gjøre innkallinger til time og brev om rett til helsehjelp lettere å forstå for pasientene. Tiltakene skal redusere omfanget av oppklarende henvendelser, manglende oppmøte og avlyste konsultasjoner pga. utilstrekkelige forberedelser som er knyttet til kommunikasjonssvikt. De regionale helseforetakene skal identifisere andre områder i kommunikasjonen med pasienter som kan forbedres med klart språk. Det skal etableres rutiner og systemer som sikrer at all slik kommunikasjon skrives i et klart språk. Det skal orienteres om status for arbeidet i Årlig melding 2019.

- Forprosjekt for gjennomgang av lærings- og mestringstjenestene

De regionale helseforetakene skal gjennomføre et forprosjekt for gjennomgang og revisjon av lærings- og mestringstjenestene i spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende oppdrag vil bli gitt til Helsedirektoratet som skal gjennomføre et forprosjekt for gjennomgang av oppgavedeling og samhandling mellom lærings- og mestringstjenestene i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De to forprosjektene skal koordineres og ansvaret for koordineringen legges til Helse Sør-Øst RHF. Arbeidet skal gjennomføres, og legges fram for Helse- og omsorgsdepartementet, innen medio mai 2020.

- Framskrivninger

Helse- og omsorgsdepartementet har i foretaksmøtene i 2016, 2017 og 2018 stilt krav til de regionale helseforetakenes bruk og samordning av framskrivninger. Dette arbeidet skal videreføres med følgende presiseringer:

- Planlegging av framtidige tjenestetilbud skal gjøres med støtte i framskrivninger av befolkningens behov for helsetjenester. Framskrivningene skal gjennomføres med felles framskrivningsmodell.
- Anslag på sentrale forutsetninger skal samordnes på tvers av de regionale helseforetakene og innrettes i tråd med overordnede prioriteringer. Dette vil bl.a. være forutsetninger knyttet til demografi, sykdomsbyrde, nye arbeidsformer, ny diagnostikk og behandling, oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, teknologisk utvikling etc. Det skal gjøres lokale tilpasninger i

forutsetningene der det enkelte regionale helseforetak mener dette er relevant og nødvendig.

- Det skal gjøres særskilte analyser innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for å videreutvikling framskrivningsmodellen for disse tjenesteområdene. Analysene skal ta utgangspunkt i anbefalinger fra Helsedirektoratet om ansvars- og oppgavefordeling mellom psykisk helsevern og kommunene.
- De regionale helseforetakene skal etablere ett felles fagnettverk/kompetansemiljø som utvikler og forvalter disse framskrivningsmodellene. Helse Sør-Øst RHF skal lede dette nettverket/miljøet.
- De regionale helseforetakene skal bistå Helsedirektoratet i en vurdering av hvordan et felles framskrivningsverktøy for helseforetak og kommuner kan etableres med bruk av data fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det forutsettes av relevante aktører involveres i arbeidet, og det skal leveres en rapport om arbeidet innen 1. november 2020.

6. Private ideelle aktører

- Regjeringen er opptatt av å styrke de ideelle virksomhetene. Det er behov for en klar målsetting og at de regionale helseforetakene utarbeider strategier for bruk av ideelle.
 - De regionale helseforetakene skal stille samme faglige krav til ideelle og kommersielle aktører som leverer tjenester til det offentlige.
 - De regionale helseforetakene skal inkludere ideelle aktører i sitt plan- og utviklingsarbeid. Dialogen med de ideelle må innrettes slik at den ikke medfører brudd på anskaffelsesreglene, særlig prinsippet om likebehandling, og slik at verken ideelle, deres paraplyorganisasjoner eller regionale helseforetak bryter konkurranselovens forbud mot konkurransebegrensende samarbeid.
 - De regionale helseforetakene skal ikke bygge opp og utvikle konkurrerende tilbud til eksisterende tilbud hos private, ideelle aktører.

Med hilsen



Bent Høie

1 vedlegg

Kopi

Riksrevisjonen

Vedlegg 1 Tildeling av midler

Kap. 732, postene 72-75 Basisbevilgningene til de regionale helseforetakene

Postene 72-75 Økte pensjonskostnader

I Prop. 1 S (2018–2019) ble det lagt til grunn en pensjonskostnad på 11 800 mill. kroner. Oppdaterte beregninger fra pensjonsleverandørene gir et nytt anslag for pensjonskostnaden for 2019 på 13 000 mill. kroner, noe som er 1 200 mill. kroner høyere enn tidligere forutsatt. Dette forklares hovedsakelig ved tre forhold: endringer i de økonomiske forutsetningene som ligger til grunn for beregning av pensjonskostnaden, mindre pensjonsmidler enn forutsatt grunnet uventet svak avkastning i finansmarkedet høsten 2018 og noe økende bestand. Det vises for øvrig til foretaksmøtene 11. og 12. juni 2019 og sak om endring av driftskreditrammen. På denne bakgrunn økes basisbevilgningene med 1 200 mill. kroner:

Kap 732, post 72 økes med 647 mill. kroner

Kap 732, post 73 økes med 227 mill. kroner

Kap 732, post 74 økes med 172 mill. kroner

Kap 732, post 75 økes med 154 mill. kroner

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Årsplan styresaker

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
054-2019	Tone Pedersen, spesialrådgiver	Orientering	25.09.2019

Trykte vedlegg: Oppdatert styrets årsplan 2019

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 2019 for styret arbeidstidfester styremøter og styreseminar (jfr. vedtatt møteplan styresak 54-2018) 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 16. september 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2019

Ajourført per 17. september 2019

Dato og sted	Saker til beslutning	Saker til orientering	Temasaker
Styremøte 12. februar Kl. 12.30 – 17.30 Quality Airport hotel Gardermoen	<ul style="list-style-type: none">Ambulanseplan 2035Årlig erklæring om ledernes ansettelsesvilkårÅrlig melding 2018	<ul style="list-style-type: none">Virksomhetsrapport per 3. tertial 2018Foreløpig resultater per januar 2019Elektronisk kurveÅrsplan styresakerAndre orienteringerDriftsorienteringer fra AD	<ul style="list-style-type: none">Styrets egnevaluering – lukket møte
Styremøte 10. april kl. 09.30-16.30 Dir. møterom, Skien	<ul style="list-style-type: none">Beretning og årsregnskap 2018Protokoll fra foretaksmøte og oppdragsdokument 2019Økonomisk langtidsplan 2020-2022Styrende dokumenter for Sykehuset Telemark HF i 2019Kjøp av MR maskinerRevisjon av intern delegering av fullmakter ved Sykehuset Telemark	<ul style="list-style-type: none">Resultater per mars 2019Mandat for konseptfase Utbygging somatikkMåloppnåelse STHFs strategiForbedringsarbeid i Kirurgisk klinikk	<ul style="list-style-type: none">Styrets egnevaluering – lukket møte
Styremøte 22. mai kl. 09.30-15.30 Notodden sykehus Psykiatri 2 høyre side Bygg N6-2.etg.	<ul style="list-style-type: none">Møteplan for styret 2020BiervervProtokoll fra foretaksmøte 20. mai	<ul style="list-style-type: none">Virksomhetsrapport per 1. tertialÅrsrapport overordnet HMS-handlingsplan STHF 2018Sluttrapport og evaluering HELIKS	<ul style="list-style-type: none">Innspill fra Notodden kommune. utfordringer i den kommunale tjenesten. Samhandling og forventninger til helseforetaket<ul style="list-style-type: none">Beredskap ved Notodden sykehusStyrets egnevaluering – lukket møte
Styremøte 19. juni kl. 09.30-15.30 Dir. møterom, Skien	<ul style="list-style-type: none">Oppnevning av medlemmer til brukerutvalget og valg av leder og nestleder for perioden 06.2019-05.2021Konsernrevisjonens rapport om <i>Likeverdig og forutsigbar helsehjelp</i>,	<ul style="list-style-type: none">Virksomhetsrapport per maiÅrsmelding 2018 Pasient- og brukerombudetStyresaker i STHF - status og oppfølging	<ul style="list-style-type: none">Status/orientering om ny spesialist utdanning for leger

Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2019

Ajourført per 17. september 2019

Dato og sted	Saker til beslutning	Saker til orientering	Temasaker
	<i>psykisk helsevern for barn og unge ved Sykehuset Telemark HF</i>		<ul style="list-style-type: none">Styrets egnevaluering – lukket møte
Styremøte 25. september kl. 09.30-17.00 Dir. møterom,	<ul style="list-style-type: none">Konsernrevisjonens revisjonsplan 2020Tilleggsdokument til OBD 2019	<ul style="list-style-type: none">Virksomhetsrapport per 2. tertialStatus pasientsikkerhet ved STHFMåloppnåelse OBD 2019 første halvår 2019ForBedring 2019 – gjennomføring av tiltak	<ul style="list-style-type: none">Brukerutvalgets møte med styret ved STHFOrientering om psykiatrien – sikkerhetspsykiatri, pasienttilbud og videre utviklingStyrets egnevaluering – lukket møte
Styremøte 23. oktober kl. 09.30-15.30 Dir. møterom, Skien	<ul style="list-style-type: none">STHFs strategi 2020-2023Brukerutvalgets mandat	<ul style="list-style-type: none">Virksomhetsrapport per septemberStatus budsjett 2020Ledelsens gjennomgang (LGG) 2019	<ul style="list-style-type: none">Styrets årlige evaluering av administrerende direktørs arbeid og resultater – lukket møteStyrets egnevaluering – lukket møte
Styremøte 18. desember kl. 09.30-15.30 Dir. møterom, Skien	<ul style="list-style-type: none">Budsjett 2020Overordnet handlingsplan for helse-, miljø- og sikkerhet (HMS) Sykehuset Telemark 2020	<ul style="list-style-type: none">Virksomhetsrapport per novemberForskning ved STHFInterne revisjoner: resultater 2018 - 2019 og tema 2020STHFs meldinger om hendelser som har eller kunne ha ført til alvorlig personskade (spesialist-helsetjenesteloven § 3-3a)Styresaker i STHF - status og oppfølging	<ul style="list-style-type: none">Årsplan styresakerAndre orienteringer

Faste styresaker i hvert styremøte:

- Innkalling og saksliste
- Godkjenning av protokoll og eventuelt B-protokoll fra forrige (tidligere) styremøte
- ADs driftsorienteringer
- Andre orienteringer
- Årsplan styresaker

Foretaksmøter og styreseminar:

Foretaksmøte med påfølgende felles styreseminar i regi av Helse Sør-Øst RHF 13. feb. Quality Airport hotel Gardermoen
Foretaksmøte 20. mai kl. 13.00 – 14.30 Møtesenteret, Grev Wedels plass 5, Oslo. Møterom Peer Gynt
Styreseminar 22. mai kl. 16.00 – 18.00 Tema: <ul style="list-style-type: none">• Kort orientering om status i konseptfasearbeidet utbygging somatikk Skien v/Administrerende direktør• Styrets ansvar for oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet inkludert internkontroll og risikostyring v/Fagdirektør
Styreseminar 25. september kl. 17.00 – 20.00 Tema: <ul style="list-style-type: none">• Orientering om revisjon av sykehusets strategi for perioden 2020 – 2022. Innspill fra styret til prosessen• Styrets ansvar for oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet inkludert internkontroll og risikostyring – del II v/Fagdirektør
Styreseminar 18. desember kl. 16.00 – 20.00 Tema: <ul style="list-style-type: none">• Årlig egnevaluering av styrets arbeid og arbeidsform

Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2019

Ajourført per 17. september 2019

Saker til behandling hvor møtetidspunkt ikke er fastsatt:

- Konseptrapport for nytt bygg for sikkerhetspsykiatri
- Benchmarking (HSØ gjør et arbeid med dette i samarbeid med HOD)

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Helse Sør-Øst RHF, Hamar
Dato:	20. juni 2019
Tidspunkt:	Kl 09:15-15:45

Følgende styremedlemmer møtte:

Svein I. Gjedrem	Styreleder		
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder		
Kirsten Brubakk		Til kl 1230	Fra 1230 varamedlem Irene Kronkvist
Christian Grimsgaard			
Bushra Ishaq			Til kl 1500
Vibeke Limi			
Einar Lunde			
Geir Nilsen			
Lasse Sølvberg			
Sigrun E. Vågeng			

Fra brukerutvalget møtte:

Rune Kløvtveit			
Nina Roland		Til kl 1500	

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus (til kl 1420, deretter var direktør medisin og helsefag Jan Frich fungerende administrerende direktør)
Eierdirektør Tore Robertsen
Konserndirektør Atle Brynstad, direktør medisin og helsefag Jan Frich, økonomidirektør Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø og kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande

Saker som ble behandlet:

047-2019	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

048-2019	Godkjenning av protokoll fra styremøte 25. april og protokoll fra ekstraordinært styremøte 6. juni 2019
-----------------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll styremøte 25. april 2019 og fra ekstraordinært styremøte 6. juni 2019 godkjennes.

049-2019	Revidert skisseprosjekt for protonsentere ved Radiumhospitalet, Oslo universitetssykehus HF
-----------------	--

Oppsummering

I styresak 116-2018 ble skisseprosjekt for protonsentere ved Oslo universitetssykehus HF, Radiumhospitalet godkjent for videreføring til forprosjekt. Styret ba om at det i forprosjektet ble bekreftet at prosjektet tilpasses opprinnelig kostnadsramme på 1 841 millioner kroner (P85, prisnivå oktober 2017).

I vinter ble det gjort nye behovs- og kapasitetsvurderinger, og denne saken er en oppfølging av styrets vedtak i sak 026-2019 hvor det ble besluttet å redusere kapasiteten med ett behandlingsrom ved protonsentere.

I saken presenteres et revidert skisseprosjekt for protonsentere etter at redusert kapasitet er innarbeidet, det vil si et konsept basert på to behandlingsrom og ett forskningsrom med samme type utstyr (Gantry).

Det gis i saken et grunnlag for tilbakemelding til Helse- og omsorgsdepartementet om redusert behov for lån og tilskudd.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Revidert skisseprosjekt for protonsenderet ved Oslo universitetssykehus HF, Radiumhospitalet godkjennes.
2. Styret ber administrerende direktør informere Helse- og omsorgsdepartementet om at grunnlaget for lån og tilskudd til protonsenderet reduseres med 180 millioner kroner, til 1 711 millioner kroner (P85, prisnivå januar 2018).
3. Styret ber om at det fortsatt arbeides med nødvendig tilpasning til kostnadsrammen på 1 711 millioner kroner (P85, prisnivå januar 2018) og at kostnader til ikke- byggnær IKT innarbeides innenfor rammen. Endelig styringsramme (P50) fastsettes ved behandling av forprosjektet.
4. Styret forutsetter at Oslo universitetssykehus HF arbeider videre med å konkretisere driftskonsept og økonomiske konsekvenser av den samlede utbyggingen på Radiumhospitalet (klinikkbygg og protonsender) og at det legges frem oppdaterte økonomiske bærekraftsanalyser som en del av forprosjektet.

050-2019	Oslo universitetssykehus HF – oppfølging av konseptfase Aker og Gaustad
----------	---

Det ble innledningsvis vist til protokoll datert 18. juni 2019 fra drøftinger mellom Helse Sør-Øst RHF og de konserntillitsvalgte.

Oppsummering

Denne saken er en oppfølging av vedtakspunkt 6 i styresak 006-2019, *Oslo universitetssykehus HF – konseptrapport videreutvikling av Aker og Gaustad*.

Konseptrapporten er oppdatert med skisseprosjekt for barnevirkosomhet, fødselshjelp og gynekologi og rapport fra ekstern kvalitetssikring foreligger.

I saken redegjøres det også for hvordan kapasitetsberegningene for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er kvalitetssikret.

Virksomhetsinnhold og driftskonsepter for Aker og Gaustad er ytterligere belyst av Oslo universitetssykehus HF. Dette gjelder spesielt fagområdene traume- og akuttmedisin, fødselshjelp, nyfødtintensiv og kreft.

Videre beskrives det hvilke vurderinger som er gjort vedrørende utnyttelse av tomten på Aker og mulighetene for å redusere behovet for tomteerverv.

I saken redegjøres det i tillegg for vurdering av Ullevål som alternativ lokalisering til Gaustad, med samme virksomhetsinnhold. Det foreligger rapport fra ekstern kvalitetssikring av dette arbeidet.

Kommentarer i møtet

Styret drøftet utfordringene med involvering i prosessene i Oslo universitetssykehus HF. Styret ønsket derfor en ytterligere forsterkning av vedtakspunkt 9 om organisasjonsutviklingsprosjektet i Oslo universitetssykehus HF. Videre var styret opptatt av hvordan styret i det regionale helseforetaket kan forsikres om at det blir gjennomført gode prosesser med bred involvering av ansatte, tillitsvalgte og brukere ved Oslo universitetssykehus HF.

Styret pekte på at dette er et stort og komplekst prosjekt med risiko og la vekt på risikoreducerende tiltak i det videre arbeidet.

Styremedlem Brubakk viste til at Norsk Sykepleierforbund støttet målbildet om et samlet regionsykehus og et lokalsykehus, med bakgrunn i behovet for å bruke kompetanse på best mulig måte. Samtidig pekte Brubakk på Gaustad og Ullevål som lokalisering for målbildet.

Styremedlemmene Grimsgaard og Sølvberg pekte på behov for å utsette saken for å få ytterligere belyst alternativ lokalisering.

Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF støtter uttalelsen fra brukerutvalget i Oslo universitetssykehus HF og står dermed bak de anbefalingene som nå foreligger. Brukerutvalget stoler på at kompetente, høyt utdannede fagmiljøer er i stand til å utvikle pasientbehandling av høy standard i ny og samlet bygningsmasse, selv om ulike miljøer må tilpasse seg hverandres arbeidskulturer.

Styremedlemmene Grimsgaard og Sølvberg fremmet følgende forslag til vedtak:

1. *Saken utsettes*
2. *Styret ber om at alternativ lokalisering utredes jfr pkt 5 i styrevedtak 072-2017. Nullalternativet skal gjennomgås og optimaliseres i forhold til prosjektets målsetting. Styret ber om at det parallelt jobbes med avklaringer i forhold til gjennomføringsrisikoen og uavklarte forhold i prosjektet.*

Votering:

Forlaget fikk 2 stemmer og ble dermed ikke vedtatt

Styremedlem Brubakk fremmet følgende forslag til vedtak:

- *Styret ber om at fremtidig virksomhetsmodell for OUS utvikles i aksene Rikshospitalet - Ullevål; sammen med et spesialisert kreftsykehus.*
- *Høy alder og dårlig funksjonalitet på deler av dagens bygningsmasse, samt økt kapasitetsbehov i hovedstaden gjør at det nødvendig å finne nye løsninger. Imidlertid forutsetter dette at en overordnet virksomhetsplan ligger til grunn og at faglige avhengigheter ivaretas i en ny sykehusstruktur*
- *Styret er svært bekymret for tilbakemeldingen om manglende reell involvering og medvirkning fra fagpersoner og tillitsvalgte i OUS. Manglende mobilisering av ansatte og lite reelle prosesser i de faglige fokusgruppene er en trussel for gjennomføring av prosjektet. Styret forventer derfor en reetablering av organisasjonsutviklingsprosjektet der blant annet faglige innspill etterspørres, og spørsmål knyttet til virksomhetsinnhold, faglige avhengigheter, nye arbeidsmetoder, bruk av ny teknologi og sammenhengende pasientforløp blir drøftet*

Votering:

Forlaget fikk 1 stemme og ble dermed ikke vedtatt

Styrets endelige**VEDTAK**

Foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF stadfestet i juni 2016 målbildet for videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. I tillegg skal det etableres en regional sikkerhetsavdeling (RSA) til erstatning for nåværende virksomhet på Dikemark.

Utviklingen av Oslo universitetssykehus HF er tatt videre i henhold til målbildet, både ved forberedelsene til bygging på Radiumhospitalet og ferdigstilling av oppdatert konseptrapport for Aker og Gaustad. Styret vektlegger betydningen av framdrift i disse prosjektene for å erstatte gammel og uhensiktsmessig bygningsmasse, samt øke kapasiteten. Styret understreker betydningen av samling av regionsfunksjonene. Dette vil gi én dør inn for de aktuelle pasientgruppene, bedre utnyttelse av verdifull kompetanse og kostbart utstyr, samt økonomisk bærekraft. Det er viktig med løsninger i Oslo som sikrer best mulig bruk av helsepersonell som det også er behov for i andre deler av regionen og landet forøvrig.

1. Konseptrapport for Aker og Gaustad godkjent i sak 006-2019 er oppdatert med skisseprosjekt for barneverksamhet, fødselshjelp og gynekologi. Rapporten godkjennes og skal legges til grunn for det videre arbeidet.
2. Styret tar kvalitetssikringen av kapasitetsberegninger for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved Aker til etterretning. Styret for Oslo universitetssykehus HF har anbefalt at spesialisthelsetjenesteansvaret for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for Groruddalen (bydelene Alna, Grorud og Stovner), overføres samlet fra Akershus universitetssykehus HF til Aker sykehus, Oslo universitetssykehus HF i etappe 1. Styret godkjenner at dette legges til grunn for det videre arbeid.
3. I tråd med vedtak i sak 006-2019 har Oslo universitetssykehus HF ytterligere beskrevet virksomhetsinnhold og driftskonsepter for Aker og Gaustad. Styret mener at rapportene fra dette arbeidet er et viktig grunnlag for videreutviklingen av Oslo universitetssykehus HF. Samtidig er det langt frem til nye bygg skal stå klare, og det kan dermed brukes mer tid på å vurdere endelig fordeling av somatisk virksomhet mellom Aker og Gaustad. Styret ber på denne bakgrunn administrerende direktør om å gjennomføre et arbeid, som inkluderer interregional og internasjonal deltakelse, for å kvalitetssikre og ytterligere konkretisere driftskonseptene og den faglige fordelingen av akuttmedisin og akuttkirurgi mellom Aker og Gaustad. Basert på anbefalinger fra styret ved Oslo universitetssykehus HF ber styret om at det i arbeidet legges til grunn følgende forutsetninger for virksomhetsinnhold og driftskonsepter for traume- og akuttmedisin:
 - Opptaksområdet for lokalsykehuset på Gaustad økes fra 170 000 til minst 200 000 innbyggere.
 - Medisinsk beredskap styrkes ved at en større andel av toksikologiske og infeksjonsmedisinske pasienter behandles ved Gaustad. Dette kommer i tillegg til økt opptaksområde.

- Kirurgiske pasienter fordeles slik at traumevirksomheten på Gaustad understøttes, samtidig som det skal være bredere tilstedeværelse av kirurgiske spesialiteter på Aker enn det som er beskrevet i den overordnede virksomhetsbeskrivelsen per nå.

I etappe 1 skal flytting av trykktank og høysmitteisolater fra Ullevål til Gaustad innarbeides.

4. Styret tar til etterretning at en god bygningsmessig utnyttelse av tomten på Aker uten vesentlig erverv av tomteareal, hindres av bestemmelsene om vern og fredning for eksisterende bygninger sentralt plassert på tomten. Styret ber om at det arbeides videre med avklaringer rundt dette forholdet, jf vedtaks punkt 11.
5. Styret tar rapporten om Ullevål som alternativ lokalisering til Gaustad til orientering og konstaterer at Ullevål-alternativet også kan gi tilfredsstillende bygningsmessig funksjonalitet og kapasitet, men innebærer mer nybygg og dermed gjennomføring over lenger tid og til vesentlig høyere kostnader. Ullevål-alternativet er dermed ikke bærekraftig.
6. Det videre arbeidet skal baseres på et økonomisk styringsmål på 32 618 millioner kroner (P50, prisenivå januar 2018) for byggeprosjektene. Rammen inkluderer universitetsarealer på 1 715 millioner kroner, kostnader til ikke bygnær IKT på 1 382 millioner kroner og eventuelt tomtekjøp. Mandat for forprosjektet skal legges fram for styret i forbindelse med godkjenning av oppstart av forprosjekt. Oppstart av forprosjekt forutsetter lån over statsbudsjettet. Endelig økonomisk styringsmål fastsettes ved godkjenning av mandat for og oppstart av forprosjektet.
7. Utbyggingen ved Aker og Gaustad skal skje parallelt, men trinnvis, for å redusere gjennomføringsrisiko, oppnå at deler av bygningsmassen kan tas i bruk tidligere og styrke økonomisk bærekraft. Styret skal forelegges plan for trinnvis utbygging i forbindelse med godkjenning av oppstart av forprosjekt.
8. Risiko ved bygging tett på sykehus i drift på Gaustad må styres gjennom tiltak som reduserer risiko.
9. Styret viser til vedtaks punkt 9 i sak 006-2019 om et eget organisasjonsutviklingsprosjekt ved Oslo universitetssykehus HF. Styret forutsetter at Oslo universitetssykehus HF prioriterer dette viktige arbeidet og sørger for bred involvering av ansatte, tillitsvalgte, verneombud og brukere. Dette skal skje i samsvar med Helse Sør-Østs 12 prinsipper for medvirkning. Styret ber om at det blir fremlagt en plan for organisasjonsutviklingsprosjektet ved Oslo universitetssykehus HF og at styret holdes orientert om fremdrift og resultater i prosjektet.
10. Oslo universitetssykehus HF må realisere økonomiske resultater før bygging og etter innflytting, som minst er på nivå med det som er lagt til grunn i foretakets oppdaterte innspill til økonomisk langtidsplan 2020-2023.
11. Styret understreker at arbeidet med desentralisering av tjenester som representerer overføring av oppgaver fra Oslo universitetssykehus HF til øvrige helseforetak i regionen må følges opp. Det samme gjelder overføring av oppgaver fra Oslo universitetssykehus HF til de private ideelle sykehusene i Oslo. Dette skal understøtte helhetlige pasientforløp og styrke egendekningen til de private ideelle sykehusene.

Votering

Vedtatt mot 3 stemmer

Protokolltilførsel fra styremedlem Brubakk:

Manglende reell involvering og medvirkning fra fagpersoner og tillitsvalgte øker risikoen på et allerede stort og komplekst prosjekt og utgjør en trussel for å kunne realisere fremtidens OUS. Det er oppsiktsvekkende at bekymringen til 20 000 ansatte ikke legges til grunn for beslutningen. Det forventes derfor en reetablering av organisasjonsutviklingsprosjektet der blant annet faglige innspill etterspørres, og spørsmål knyttet til virksomhetsinnhold, faglige avhengigheter, nye arbeidsmetoder, bruk av ny teknologi og sammenhengende pasientforløp blir drøftet

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Sølvberg og Grimsgaard:

Ansatte i Oslo universitetssykehus har pekt på en rekke mangler og uavklarte forhold i de fremlagte planene og at prosjektet er beheftet med betydelig risiko. De har bedt om at prosjektet stanses. Disse representantene deler denne vurdering, det vises til anmerkningene om risiko i prosjektet vedtatt i sak 072-2017. I tillegg vil representantene fremheve at det regionale foretakets samlede likviditet vil kunne rammes selv med mindre endringer i de valgte forutsetningene, og at kapasiteten i hovedstadsområdet allerede er presset. Det bemerkes særlig at forventet vekst i dagens aktivitet ved Rikshospitalet ikke er hensyntatt. Disse forholdene bidrar til økt risiko. Den samlede risikoen gjør det ikke forsvarlig å støtte administrasjonens forslag til vedtak

051-2019	Virksomhetsrapport for første tertial 2019
-----------------	---

Oppsummering

Virksomhetsrapporten per første tertial 2019 omhandler status for styringsmålene 2019 for drift. I tillegg inneholder rapporten risikovurdering med tilhørende tiltaksliste. Videre er temaene «Kommunikasjon og omdømme» og «Bemanning og innleie» omtalt i eget kapittel.

Kommentarer i møtet

Styret var fornøyd med den nye formen på virksomhetsrapporten. Det ble vist spesielt til at fremstillingen av risikovurderingen var vesentlig forbedret og særlig at beskrivelsen av tiltak for å nå målene er mer konkrete enn ved tidligere rapporter. Styret ønsket at det i senere rapporter også ble gitt en status for operasjonell risiko i helseforetakene og de tiltak helseforetakene iverksetter.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport for første tertial 2019 til etterretning.

052-2019	Virksomhetsrapport per mai 2019
-----------------	--

Oppsummering

Saken presenterer status for virksomheten per mai 2019. Målekortet gir en oversikt over status for hovedmålene for mai og hittil i år.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per mai 2019 til etterretning.

053-2019	Status og rapportering regional IKT-prosjektportefølje per første tertial 2019
-----------------	---

Oppsummering

Denne saken omfatter de styrevedtatte prosjektene i den regionale IKT-prosjektporteføljen. Det rapporteres på fremdrift, økonomi, kvalitet og risiko for hvert prosjekt. Rapporteringen per prosjekt avsluttes når den aktuelle IKT-løsningen er innført ved de helseforetak som omfattes av prosjektet. Oppgraderinger av løsningen etter at den er satt i drift inngår ikke i rapporteringen. Dersom det er behov for vesentlig utviklingsarbeid før løsningen er satt i drift, og som krever økt kostnadsramme, vil det bli fremlagt sak for styret om dette. Rapporteringen vil da bli tilpasset ny styrevedtatt kostnadsramme.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status per første tertial 2019 for gjennomføringen av de styregodkjente prosjektene i regional IKT-prosjektportefølje til etterretning.

054-2019	Prosjekt regional EPJ modernisering
-----------------	--

Oppsummering

Alle helseforetak i Helse Sør-Øst har i dag DIPS Classic som pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal (PAS/EPJ). DIPS AS har i flere år arbeidet med en overgang fra DIPS Classic til DIPS Arena og Helse Sør-Øst har fulgt og deltatt i utviklingen. DIPS Arena har vært i produksjon i regionen siden oktober 2014 da Oslo universitetssykehus HF ved innføringen av elektronisk pasientjournal fra DIPS tok i bruk deler av DIPS Arena. Utviklingen av en komplett DIPS Arena-versjon og overgangen fra DIPS Classic til DIPS Arena har tatt lenger tid enn planlagt. Leverandøren DIPS AS har stoppet videreutvikling av DIPS Classic og utvikler all ny funksjonalitet i DIPS Arena. Diakonhjemmet Sykehus har nå som første sykehus tatt i bruk DIPS Arena for alle funksjonsområder. Helse Vest og Helse Nord har pågående prosjekter for å gjennomføre overgangen fra DIPS Classic til DIPS Arena i sine regioner.

En overgang fra DIPS Classic til DIPS Arena er i tråd med oppdatert Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022 og plan for e-helse 2019-2022 (Direktoratet for e-helse, oppdatert versjon 2019) hvor det er forutsatt en videreutvikling av eksisterende elektroniske journalløsninger i Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst. Denne saken legges frem for å behandle hvordan overgangen fra DIPS Classic til DIPS Arena skal startes i Helse Sør-Øst.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret godkjenner gjennomføring av prosjektet Regional EPJ modernisering innenfor en kostnadsramme for 2019 på 44 millioner kroner. Denne delen av prosjektet omfatter fastlegging av innholdet i den regionale løsningen for psykisk helsevern og rusbehandling. Disse aktivitetene inngår som en del av det definerte innholdet i prosjektets fase 1.
2. Styret ber om at prosjektet legges frem for ny behandling før det videreføres ut over aktivitetene beskrevet i vedtaks punkt 1.
3. Styret konstaterer at kostnadsrammen for å gjennomføre hele fase 1 av prosjektet er på 166 millioner kroner (P85).

055-2019	Økonomisk langtidsplan 2020-2023
----------	----------------------------------

Det ble innledningsvis vist til protokoll datert 18. juni 2019 fra drøftinger mellom Helse Sør-Øst RHF og de konserntillitsvalgte.

Oppsummering

Formålet med økonomisk langtidsplan er å legge til rette for effektiv ressursutnyttelse i foretaksgruppen. Foretaksgruppens økonomiske langtidsplan skal gi en samlet fremstilling av foretaksgruppens økonomiske bæreevne for investeringer. Som en del av dette skal planen vise forventet utvikling i pasientbehandling og medisinskfaglige prioriteringer, samt forventet utvikling i ressursbruk og økonomisk resultat. For de driftsrelaterte delene av planen er hovedvekten lagt på årene 2020-2023, for investeringsdelen går planen lenger fram.

I styresak 016-2019 *Økonomisk langtidsplan 2020-2023 - planforutsetninger*, la styret premisser for helseforetakenes arbeid med sine innspill til den regionale økonomiske langtidsplanen.

Saksfremstillingen er utarbeidet på grunnlag av helseforetakenes innspill til økonomiske langtidsplaner. Alle helseforetakene har styrebehandlet sine økonomiske langtidsplaner basert på inntektsforutsetninger og øvrige krav og føringer gitt av styret i styresak 016-2019.

I sakens vedlegg *plandokument* utdypes enkelte av de forholdene som er omtalt i saksfremstillingen, og det redegjøres blant annet nærmere for innspillene fra hvert enkelt helseforetak.

Kommentarer i møtet

Styret viste til at det fortsatt må arbeides med å utvikle nye måter å tilby helsetjenester på, som for eksempel helgepoliklinikk. Dette gjelder også for psykisk helsevern. Videre ble det pekt på at den generelle samfunnsutviklingen sannsynligvis vil innebære et økende behov innenfor psykisk helsevern, spesielt i storbyer.

Styret var opptatt av at bemanningsplanleggingen i større grad må ta hensyn til sesongvariasjonene. Styret pekte også på at det i de langsiktige beregningene legges opp til en nedgang i bemanningen, mens faktiske tall viser en økning.

Styret etterlyste et bedre grunnlag for å få frem en mer realistisk prognose for inntektene. Her må det være dialog med eier.

Dersom den videre dialogen med de to private ideelle sykehusene og Oslo universitetssykehus HF om innføringen av inntektsfordelingsmodellen internt i Oslo tilsier det, ber styret om å bli holdt orientert.

Styremedlemmene Grimsgaard og Sølvsberg fremmet følgende forslag til vedtak:

I planforslaget legges det opp til et høyt investeringsnivå basert på vesentlig driftseffektivisering opp til 13 % i Sykehuset Innlandet. Det årlige investeringsnivået i perioden 2022-28 ligger på omlag 10 milliarder. Dette nivået er langt over det som har vært samlet investeringsnivå nasjonalt tidligere. Den forutsatte produktivitetsveksten vil være beheftet med høy risiko. I vedtaket er det også lagt opp til at inntektsmodellen skal innføres i Oslo, med bakgrunn i et utredningsarbeid som regionen har gjennomført.

Forslag

- 1. Administrasjonen bes komme tilbake med et justert framlegg hvor investeringsnivået tilpasses lavere og mer realistisk grad av driftseffektivisering*
- 2. Administrasjonen bes om å fremme egen sak om innføring av inntektsmodellen i Oslo*

Votering:

Forslaget fikk 2 stemmer og ble dermed ikke vedtatt

Styrets

VEDTAK

1. Styret forutsetter at helseforetakene i planperioden planlegger og utvikler sin virksomhet i tråd med *Regional utviklingsplan 2035* og at det arbeides målrettet med tiltak innenfor de fem prioriterte satsningsområdene
 - Nye arbeidsformer – bedre bruk av teknologi og mer brukerstyring
 - Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte helsetjenester
 - Redusere uønsket variasjon
 - Mer tid til pasientrettet arbeid
 - Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste.
2. Helseforetakenes arbeid med kvalitet og tilgjengelighet i pasientbehandlingen skal gis høy prioritet gjennom hele økonomiplanperioden slik at kravene fra eier i de årlige oppdragsdokumentene blir ivaretatt på en god måte.
3. Administrerende direktør skal påse at helseforetakenes aktivitetsbudsjetter inn mot 2020 og senere år oppfyller prioriteringsregelen hvor kravet er høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling hver for seg enn innen somatikk.

4. Helseforetakene skal arbeide videre med analyser av bemanningsbehov og nødvendig kompetansetilpasning for å bedre ressursutnyttelsen og gi et best mulig tilbud til pasientene.
5. Styret konstaterer at det i økonomisk langtidsplan er tatt høyde for fullføring av store byggeprosjekter i gjennomføringsfase og videreføring av satsing på regionale IKT-prosjekter. Styret understreker at oppstart av planleggingsaktiviteter og investeringsprosjekter skal fremmes for styret som egne beslutningssaker i henhold til etablert fullmaktsstruktur.
6. For å opprettholde økonomisk bæreevne og redusere risiko skal det utredes trinnvis utbygging ved alle store byggeprosjekter.
7. Helseforetakene må arbeide videre med realistiske og konkrete risikoreduserende tiltak som anses nødvendig for å oppnå tilstrekkelig resultatutvikling slik at investeringsplanene kan realiseres som forutsatt. Dette innebærer effektivisering i forkant og gevinstrealisering i etterkant av en investering, samt at helseforetakene etablerer organisasjonsutviklingsprosjekter i tilknytning til investeringsprosjektene.
8. Regional inntektsmodell for tjenesteområdet somatikk innføres i Oslo sykehusområde fra 2020. Som en konsekvens innføres det også et gjestepasientoppgjør for somatiske tjenester internt i sykehusområdet, der prisen avhenger av hvor stort volum innenfor den enkelte DRG som behandles på et annet helseforetak/sykehus. Et volum under 50 % gir en pris tilsvarende 80 prosent av ISF-pris, mens et volum over 50 % gir en pris tilsvarende 100 prosent av ISF-pris. Det brukes historiske data for å predikere pasientmobilitet påfølgende år og det korrigeres for planlagte endringer i oppgave- og funksjonsfordelinger i sykehusområdet. Den predikerte pasientmobiliteten og tilhørende oppgjør avregnes ikke for 2020.
9. Styret godkjenner økonomisk langtidsplan 2020-2023 for Helse Sør-Øst med de presiseringer og forutsetninger som fremgår av vedtaket.

Votering:

Forslaget ble vedtatt mot 1stemme

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Sølvberg og Kronkvist:

Representantene Sølvberg og Kronkvist viser til drøftingsprotollen fra de konserntillitsvalgte på sak 55/19 Økonomisk langtidsplan 2020-2023.

Stemmeforklaring fra styremedlem Grimsgaard

Administrasjonens forslag til økonomisk langtidsplan legger opp til et særlig høyt investeringsnivå sammenlignet med tidligere nivå, basert på forventninger om at tiltak skal gi betydelige driftseffektiviseringer. Tiltakene er beheftet med høy risiko, og vil neppe la seg realisere fullt ut. Selv med mindre endringer i forutsetningene vil regionen nærme seg likviditetsgrensen. Dette medlemmet har derfor fremmet forslag om at det legges frem en plan med lavere investeringsnivå og lavere forventet driftseffektivisering. Det bør skisseres hvilke prosjekter som må nedprioriteres som følge av vedtaket om å gå i gang med utbyggingen på Gaustad og Aker.

Det har vært gjennomført ulike justeringer av inntektene til sykehusene de siste årene. Gjennomgående har endringene svekket sykehusenes inntektsforutsetninger unntatt Oslo Universitetssykehus. I styresak 108-2018 ble dette sykehusets årlige inntektsforutsetninger bedret med 100 millioner årlig. I framlegget til økonomisk langtidsplan vil forutsetningene styrkes med ytterligere 86 millioner. De samlede endringene i inntektsforutsetningene mellom sykehusene er betydelige, og burde være bedre fremstilt for styret i det

regionale helseforetaket i selvstendige saksfremlegg. Oslo universitetssykehus har ikke klart å gjennomføre en produktivitetsvekst som øvrige sykehus etter fusjonen, og bedre driftsresultater skyldes i hovedsak at regionen har gjort endringer som har styrket inntektsforutsetningene. Dette belaster økonomien i de øvrige sykehusene i regionen. Disse enhetene er allerede blant landets mest effektive, og driften er gjennomgående meget krevende.

056-2019	Nye styringsbudskap i protokoll fra foretaksmøte 11. juni 2019
----------	--

Oppsummering

Helse- og omsorgsdepartementet gjennomførte 11. juni 2019 foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF. Denne saken legges frem for styret i Helse Sør-Øst RHF for å gjøre styret kjent med nye oppdrag fra eier og hvordan administrerende direktør følger opp disse.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar Helse- og omsorgsdepartementets protokoll fra foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 11. juni 2019 til etterretning.
2. Styringsbudskapene følges opp av Helse Sør-Øst RHF og ved å integreres i tilleggskokument for oppdrag og bestilling 2019 til helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst.

057-2019	Årsplan styresaker
----------	--------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

058-2019	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
----------	--

I tillegg til den skriftlige orienteringen som var utsendt, ble det orientert muntlig i møtet om hjemtransport av pasienter på natten, jf medieoppslag siste uke.

Kommentarer i møtet

Til punktet om «Forskning og innovasjon til pasientens beste» - Nasjonal rapport fra spesialisthelsetjenesten 2018 uttrykte styret tilfredshet med den fremlagte rapporten og ba om at omfanget av kliniske studier ble presentert i senere rapporter.

Til den muntlige orientering om hjemtransport av pasienter ba styret om at administrerende direktør kom tilbake til dette på egnet måte.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Andre orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra møte i brukerutvalget 28. mai 2019
3. Protokoll fra foretaksmøter i helseforetakene i Helse Sør-Øst 20. mai 2019
4. Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget 23. april 2019
5. E-post fra Poul Wisborg
6. Uttalelse fra anestesilegene ved OUS, Ullevål
7. Uttalelse fra anestesisykepleierne ved OUS, Ullevål
8. Uttalelse fra legene ved akuttmedisinsk avdeling ved OUS, Ullevål
9. E-post fra overlege anesthesi Erik Høiskar, klinikktilitsvalgt OF/DNLF, Akuttklinikken
10. Protokoll datert 18. juni 2019 fra drøftinger mellom Helse Sør-Øst RHF og de konserntillitsvalgte

Temasak

- Tilgang på kvalifisert personell v/direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø. **(Saken ble utsatt)**

Møtet hevet kl 15:30

Hamar, 20. juni 2019

Svein I. Gjedrem
styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
nestleder

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Vibeke Limi

Einar Lunde

Geir Nilsen

Lasse Sølvberg

Sigrun E. Vågeng

Tore Robertsen
styresekretær

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Sykehuset Innlandet, Sanderud
Dato:	22. august 2019
Tidspunkt:	Kl 09:30-16:00

Følgende styremedlemmer møtte:

Svein I. Gjedrem	Styreleder		
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder		
Kirsten Brubakk			
Christian Grimsgaard		Forfall	Vara Irene Kronkvist
Bushra Ishaq		Til kl 12:00	
Vibeke Limi			
Einar Lunde			
Geir Nilsen			
Lasse Sølvberg			
Sigrun E. Vågeng			

Fra brukerutvalget møtte:

Knut Magne Ellingsen	vara for Rune Kløvtveit
Nina Roland	

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Eierdirektør Tore Robertsen
Direktør medisin og helsefag Jan Frich, økonomidirektør Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø og kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande

Saker som ble behandlet:

059-2019	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

060-2019	Godkjenning av protokoll fra styremøte 20. juni 2019
-----------------	---

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 20. juni 2019 ble godkjent.

061-2019	Virksomhetsrapport per juli 2019
-----------------	---

Oppsummering

Saken presenterer status for virksomheten per juli 2019.

Det gjøres oppmerksom på at rapporteringen for juni og juli i noen grad må ses i sammenheng. I likhet med tidligere år ble avslutningen per juni delvis basert på avsetninger i henhold til erfaringstall på grunn av ferieavvikling, mens det per juli er en ordinær månedsavslutning. Saksframlegget omtaler derfor i hovedsak forhold per juli.

Målekortet gir som tidligere en oversikt over status for hovedmålene siste periode (juli) og hittil i år.

Kommentarer i møtet

Styret ber om at administrerende direktør følger opp den negative utviklingen for kvalitetsindikatorer for de private ideelle sykehusene i Oslo. Dette gjelder særlig ventetider ved Lovisenberg Diakonale Sykehus AS. Styret mener også at det kan være hensiktsmessig å invitere styrene for de private ideelle sykehusene til møte med styret i Helse Sør-Øst RHF for å drøfte deres oppgaver i Oslo sykehusområde og deres oppgaveløsning.

Styret er urolig for utviklingen i Sykehuspartner HF. Dette gjelder særlig forholdet mellom ressursbruk og oppnådde resultater.

For Oslo universitetssykehus HF merker styret seg at utviklingen innen pakkeforløp kreft ikke er i tråd med kravet og ber om at administrerende direktør følger opp dette særskilt i dialogen med helseforetaket. Det er ønskelig med en milepælsplan fra Oslo universitetssykehus HF for arbeidet med måloppnåelse innen pakkeforløp for kreft. Styret er også urolig for det økonomiske resultatet i Oslo universitetssykehus HF de senere månedene og ber om at det følges opp.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar virksomhetsrapport per juli 2019 til etterretning.

062-2019	Tertialrapport 1. tertial 2019 for prosjekt nytt sykehus i Drammen
-----------------	---

Oppsummering

Styresaken redegjør for status per 1. tertial 2019 for prosjekt nytt sykehus i Drammen, jfr. styresak 017-2019, hvor forprosjektrapport og start av gjennomføring ble godkjent.

Saken omhandler en kort beskrivelse av status for prosjektet og en vurdering av risikoområder og eventuelle avvik.

Tertialrapport 1. tertial 2019 for prosjekt nytt sykehus i Drammen er vedlegg til saken. Denne ble behandlet i prosjektstyret 22. mai 2019.

Kommentarer i møtet

Styret legger til grunn at det i alle store byggeprosjekter er utviklet en «kuttliste» dersom det blir kostnadsoverskridelser. Styret viser til at prosjekt Nytt sykehus i Drammen er et krevende prosjekt. Styret legger til grunn at kommunene bidrar som forutsatt til finansiering av infrastruktur. Denne forutsetningen er avgjørende for at det ikke skal gå ut over pasienttilbudet i Vestre Viken.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar tertialrapport 1. tertial 2019 for prosjekt nytt sykehus i Drammen til orientering.

063-2019	Tertialrapport 1. tertial 2019 for regionale byggeprosjekter
-----------------	---

Oppsummering

Denne styresaken har som formål å redegjøre for status per 1. tertial 2019 for de regionale byggeprosjektene i Helse Sør-Øst.

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

Tertialrapport 1. tertial 2019 for prosjekt nytt sykehus i Drammen fremlegges styret i egen sak.

Kommentarer i møtet

Styret ber om at tertialrapport for prosjekt nytt sykehus i Drammen for ettertiden innarbeides i tertialrapport for regionale byggeprosjekter.

Styret ble orientert om fremdriften for etableringen av regional sikkerhetsavdeling (RSA) på Ila. Styret drøftet også fremtidige strategier for beslutningsprosesser om lokalisering og tomtekjøp.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status per første tertial 2019 for regionale byggeprosjekter til orientering.

064-2019	Status og rapportering første tertial 2019 for programmene STIM og ISOP, Sykehuspartner HF
-----------------	---

Oppsummering

Saken omfatter programmet for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM) og programmet for informasjonssikkerhet og personvern (ISOP) som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF. Det rapporteres på fremdrift, kvalitet, økonomi og risiko for hvert prosjekt i de to programmene.

Programmene gjennomføres og styres av Sykehuspartner HF og virksomhetsrapport for STIM og ISOP per første tertial 2019 ble behandlet av styret i Sykehuspartner HF den 28. mai 2019 (sak 031-2019).

Rapporten som er vedlagt styresaken er hentet fra Sykehuspartner HF's totale virksomhetsrapportering for første tertial 2019 til eget styre. Fra og med 2. tertial 2019 vil Sykehuspartner HF ha egen rapportering for STIM og ISOP og formatet på rapporten vil harmoniseres med Helse Sør-Øst RHF sin tertialrapportering for den regionale IKT-prosjektporteføljen.

Kommentarer i møtet

Styret legger til grunn at det er en god og strukturert eieroppfølging av Sykehuspartner HF og øvrige helseforetak i arbeidet med STIM-programmet. Styret er opptatt av at Sykehuspartner HF får bistand og støtte til nødvendig prioritering av prosjektene. Styret er videre opptatt av at Sykehuspartner HF henter inspirasjon og læring fra andre regioner og offentlig virksomhet som har vært gjennom tilsvarende prosesser. Styret understreker at Sykehuspartner HF skal ha ansvaret for IKT-infrastrukturen og at det skal skje i et godt samspill med leverandørmarkedet. Styret ber om at strategi for bruk av leverandørmarkedet fremmes for behandling i styret inneværende høst. Styret slutter seg til administrerende direktørs ønske om endret rapportering for programmene STIM og ISOP.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar status per første tertial 2019 for programmene STIM og ISOP som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF til orientering.

065-2019	Vestre Viken HF, nytt sykehus i Drammen – fullmakt til makeskifte av eiendom og pantsettelse for gjennomføring av oppgjør
-----------------	--

Oppsummering

Helse Sør-Øst RHF har siden høsten 2015 ledet arbeidet med å avklare forutsetninger for å gjennomføre tomteerverv til nytt sykehus i Drammen på Brakerøya. Wikborg Rein Advokatfirma AS (WR) bistår i arbeidet.

Denne saken redegjør for Vestre Viken HF sin anmodning til Helse Sør-Øst RHF om å få selge en del av eiendommen gnr. 113 bnr. 285 i Drammen kommune, som ledd i makeskifte med Bane Nor Eiendom AS.

Makeskiftet innebærer i realiteten overdragelse av fast eiendom som Vestre Viken HF nå eier, og i den forbindelse også behov for å tinglyse en sikringsobligasjon som formelt sett innebærer en pantsettelse av samme eiendom. Styret i Vestre Viken HF har derfor bedt om foretaksmøtets samtykke til pantsettelse og salg av fast eiendom tilhørende Vestre Viken HF, jf. helseforetaksloven § 31 første ledd.

Før vedtak kan fattes av foretaksmøtet i Vestre Viken HF, skal saken forelegges Helse- og omsorgsdepartementet etter anmodning fra styret i Helse Sør-Øst RHF, jf. helseforetaksloven § 31 andre ledd.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF oversender Vestre Viken HF sin anmodning om samtykke til salg av del av eiendommen gnr. 113 bnr. 285 i Drammen kommune til foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF for behandling. Salget er ledd i makeskifte av eiendom med Bane Nor Eiendom AS.
2. Styret i Helse Sør-Øst RHF oversender Vestre Viken HF sin anmodning om samtykke til å godkjenne pantsettelse av eiendommen gnr. 113 bnr. 285 i Drammen kommune til foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF for behandling. Eiendommen er tilhørende Vestre Viken HF og skal pantsettes til fordel for oppgjørsansvarlig Wikborg Rein Advokatfirma AS med beløp stort kroner 60 millioner kroner som ledd i oppgjøret med Bane Nor Eiendom AS.

066-2019	Strategi og plan for økt bruk av private ideelle institusjoner
----------	--

Oppsummering

I foretaksmøtet 15. januar 2019 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å øke bruken av private ideelle tjenesteleverandører. Videre ble de regionale helseforetakene bedt om å vedta en strategi og plan for gjennomføring av kravet innen 15. august 2019.

Denne saken omhandler strategi og plan for økt bruk av private ideelle institusjoner. Videre redegjøres det i saken for den uklare rettstilstanden innen området og den ulike markedssituasjon innen de enkelte tjenestoområdene. Strategi og plan for økt bruk av private ideelle institusjoner følger som vedlegg til saken.

Kommentarer i møtet

Styret understreket at det ved inngåelse av avtaler med private leverandører skal stilles vilkår om ordnede lønns- og arbeidsforhold for ansatte. Den fremlagte strategien omfatter ikke hvordan forvaltningen og oppfølgingen av avtaler skal skje. Styret understreker også at avtaler som skal inngås med private ideelle leverandører må være i samsvar med gjeldende juridiske rammeverk. Det forutsettes at det er god dialog med private aktører når disse planlegger etablering av nye behandlingstilbud og/eller økt kapasitet i regionen.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret godkjenner strategi og plan for økt bruk av private ideelle institusjoner med de tillegg som kom frem i møtet.
2. På bakgrunn av den uklare rettstilstanden og ulik markedssituasjon innen de enkelte tjenestoområdene ber styret om at håndteringen av private ideelle institusjoner vurderes konkret i den enkelte anskaffelse.
3. Styret skal holdes orientert om utviklingen.

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Brubakk, Kronkvist og Sølvberg:

Representantene er enige i at det utredes muligheter for å reservere private ideelle tilbydere til å oppfylle Helse Sør-Østs «sørge for-ansvar», dersom vi ikke har tilbudet selv eller har behov for flere plasser.

Representantene mener at private tilbydere skal være ett supplement til det offentlige tilbudet og at det skal bygges opp offentlige tilbud i spesialisthelsetjenesten.

067-2019	Tilleggsdokument til oppdragsdokumentet 2019 fra Helse- og omsorgsdepartementet
----------	---

Oppsummering

Helse Sør-Øst RHF mottok 21. juni 2019 *Oppdragsdokument 2019 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 114 S (2018-2019)* fra Helse- og omsorgsdepartementet. I tilleggsdokumentet vises det til oppdragsdokument 2019 til de regionale helseforetakene av 16. januar 2019. Videre tas det forbehold om Stortingets behandling 21. juni 2019 av Prop. 114 S (2018-2019), jf. Innst. 391 S (2018-2019), ved utsendelse av tilleggsdokument til oppdragsdokumentet 2019.

Denne saken legges frem for styret i Helse Sør-Øst RHF for å gjøre styret kjent med nye oppdrag fra eier og hvordan administrerende direktør følger opp disse.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar Helse- og omsorgsdepartementets *Oppdragsdokument 2019 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 114 S (2018-2019)* til etterretning.
2. Styringsbudskapene følges opp av Helse Sør-Øst RHF og ved å integreres i tilleggsdokument for oppdrag og bestilling 2019 til helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst.

068-2019	Årsplan styresaker
----------	--------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

058-2019

Driftsorienteringer fra administrerende direktør

Administrerende direktør orienterte muntlig om følgende:

- Orientering om sak hvor Statens helsetilsyn har omgjort et vedtak fattet av Fylkesmannen.
- Organtransplantasjon

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Andre orienteringer

1. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 18. og 19. juni 2019
2. Foreløpig protokoll fra møte i Revisjonsutvalget 18. juni 2019
3. Brev fra Østre Toten kommune
4. Brev fra Søndre Land kommune

Temasak

- Presentasjon av Sykehuset Innlandet HF
v/styreleder Anne Enger og administrerende direktør Alice Beathe Andersgaard,
Sykehuset Innlandet HF
- Tilgang på kvalifisert personell
v/direktør personal og kompetanseutvikling, Svein Tore Valsø

Møtet hevet kl 15:35

Sanderud, 22. august 2019

Svein I. Gjedrem
styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
nestleder

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Vibeke Limi

Einar Lunde

Geir Nilsen

Lasse Sølvberg

Sigrun E. Vågeng

Tore Robertsen
styresekretær