

## Styremøte i styret for Sykehuset Telemark HF

**Tid:** 12. februar 2019, kl. 1230 – 1730  
**Sted:** Quality Airport Hotel Gardermoen AS  
**Møteleder:** Styreleder Per Anders Oksum

### Saksliste

Tentativ plan	Saksnr.	Sakstittel	Sakstype
1230 – 1235	001 - 2019	<b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b> V/Styreleder	<b>Beslutning</b>
1235 – 1240	002 - 2019	<b>Godkjenning av protokoll og B-protokoll fra styremøte 19. desember 2018</b> V/Styreleder	<b>Beslutning</b>
1240 – 1300	003 - 2019	<b>Driftsorienteringer fra administrerende direktør</b>	<b>Orientering</b>
1300 – 1400	004 - 2019	<b>Virksomhetsrapport per 3. tertial 2018</b> V/Administrerende direktør og fagdirektør	<b>Orientering</b>
1400 – 1445	005 - 2019	<b>Resultater per januar 2019</b> V/Administrerende direktør og fagdirektør	<b>Orientering</b>
1445 – 1530	006 - 2019	<b>Årlig melding 2018</b> V/Administrerende direktør	<b>Beslutning</b>
1530 – 1545		<b>Pause</b>	
1545 – 1645	007 - 2019	<b>Ambulanseplan 2035</b> V/Utviklingsdirektør og prosjektleder Knut Inge Skoland	<b>Beslutning</b>
1645 – 1655	008 - 2019	<b>Årlig erklæring om ledernes ansettelsesvilkår</b> V/Administrerende direktør	<b>Orientering</b>
1655 – 1700	009 - 2019	<b>Årsplan styresaker</b> V/Styreleder	<b>Orientering</b>
1700 – 1710		<b>Andre orienteringer</b> 1) Styreleder orienterer 2) Protokoll fra brukerutvalget 13. desember 2018 3) Protokoll fra styret i HSØ 13. desember 2018 4) Foreløpig protokoll fra ungdomsrådet 29. januar 2019 5) Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 31. januar 2019 6) Foreløpig protokoll fra styret i HSØ 31. januar 2019	<b>Orientering</b>

Tentativ plan	Saksnr.	Sakstittel	Sakstype
		7) Konsernrevisjonens foreløpige rapport om «Status på arbeidet med tilpasning til ny personvernforordning (GDPR) i foretaksgruppen og revisjonsguide 8) Revisjonsplan 2019 – Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst	
1710 – 1730		<b>TEMA: Styrets egenevaluering – lukket møte</b>  V/Styreleder	

Vararepresentanter møter kun etter særskilt innkalling.

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

Med vennlig hilsen

Per Anders Oksum  
Styreleder

Vedlegg: Saksdokumenter

Elektronisk kopi er sendt til:

Helse Sør-Øst RHF

Revisor Hans Christian Berger, PWC

Varamedlemmer

Direktørens stabs- og kliniksjefer

## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

### Sakstittel: Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak nr.	Saksansvarlig og saksaksbehandler	Sakstype	Møtedato
001-2019	Tone Pedersen, spesialrådgiver direktørens stab	Beslutning	12.02.2019

**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 4. februar 2019

Tom Helge Rønning  
Administrerende direktør

## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

**Sakstittel: Godkjenning av protokoll og B-protokoll fra styremøte 19.12.2018**

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
002-2019	Tone Pedersen, spesialrådgiver direktørens stab	Beslutning	12.02.2019

**Trykte vedlegg:** Protokoll fra styremøte 19.12.2018

**Utrykte vedlegg:**

### **Forslag til vedtak:**

Protokoll og B-protokoll fra styremøte 19. desember 2018 godkjennes.

Skien, den 4. februar 2019

Tom Helge Rønning  
Administrerende direktør



**PROTOKOLL FRA STYREMØTE I SYKEHUSET TELEMARK HF**

Tid: Onsdag 19. desember 2018 kl. 09.30 – 15.30

Sted: Direktørens møterom, Skien

**Følgende medlemmer møtte**

Per Anders Oksum      Styreleder  
Marit Kasin              Nestleder              Forfall  
Folke Sundelin  
Kari Dalen  
Kristian Bogen  
Ann Iserid Vik-Johansen  
Thor Severinsen  
Thor Helge Gundersen

**Fra brukerutvalget møtte**

Idar Grotle, leder  
Birte Helene Moen, nestleder

**Fra administrasjonen deltok**

Tom Helge Rønning, administrerende direktør  
Halfrid Waage, fagdirektør  
Tone Pedersen, styresekretær/spesialrådgiver stab (referent)

**I tillegg møtte (tilstede på hele eller deler av møtet)**

Gunnar Gausel, klinikkssjef Barne- og ungdomsklinikken  
Henrik Høyvik, klinikkssjef Medisinsk serviceklinikk  
Per Urdahl, klinikkssjef Medisinsk klinikk  
Lars Ødegård, klinikkssjef Psykiatrisk helsevern og rusbehandling  
Frank Hvaal, klinikkssjef Akutt- og beredskapsklinikken  
Kjetil Christensen, klinikkssjef Kirurgisk klinikk  
Elin Skei, klinikkssjef Service og systemledelse  
Annette Fure, utviklingsdirektør  
Mai Torill Hoel, HR-direktør  
Dana Tønnessen, økonomisjef  
Lars Kittilsen, kommunikasjonssjef

Styreleder ledet møtet

**Saker som ble behandlet:**

<b>084-2018</b>	<b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Møteinnkalling og saksliste godkjennes av styret.

<b>085-2018</b>	<b>Godkjenning av protokoll fra styremøte 24. oktober 2018</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 24. oktober 2018 godkjennes.

<b>086-2018</b>	<b>Driftsorienteringer fra administrerende direktør</b>
-----------------	---

- Evaluering av beredskapshåndteringen 31. august 2018
- Prosjekt DFS: Dokumentstyrings – og forbedringssystem. HELIKS
- Salg av Rjukan sykehus
- Akuttkjede-prosjektet
- Prevalens av HAI (helsetjenesteassosierte infeksjoner) var 3,8 % 7.november
- Tilsyn
- Elektronisk kurve- og medikasjonsløsning (Metavision)
- Parkeringstjenester ved Sykehuset Telemark
- Funn av legionella
- «Hjelp i eget hjem» har redusert innleggelser til DPS Akutt
- Sykehuset Telemark er nest best i landet på matglede
- Ny rekord i antall vaksinerte mot influensa for Sykehuset Telemark
- Sykehuset Telemark har passert 10.000 følgere på Facebook
- Varsel fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap om tilsyn i uke 3 i 2019

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

**087-2018****Virksomhetsrapport per november 2019****Oppsummering**

Administrerende direktør presenterte saken om virksomhetsrapporten i styremøtet.

Rapporteringen tar utgangspunkt i en del av de nasjonale og regionale styringsmålene, som er beskrevet i OBD 2018. Saken omhandler i hovedsak måloppnåelse for målene og forhold hvor det er vesentlige negative avvik fra målene.

Det registreres en liten økning i antall pasienter på venteliste, men betydelig reduksjon i gjennomsnitt ventetid for ventende pasienter i november. Antall pasienter som har ventet mer enn ett år viser en markant nedgang. Sykehuset er imidlertid ikke fornøyd med at antall korridorpasienter og fristbrudd har økt denne måneden.

Når det gjelder økonomi er samlet resultat i november positivt. Det er flere engangsforhold som påvirker resultatet blant annet ISF avregning for 2017, nedskrivning/ tap på salg av Rjukan, avvikling av IKT-prosjektet Heliks og effekt av ny ISF-pris for 2018. Sykehuset har et merforbruk når det gjelder bemanning. Årsverkene er færre i 2018 enn i 2017, men antall årsverk er høyere enn budsjettert. Det jobbes fortløpende med ytterligere tiltak for bemanningsreduksjoner.

Administrerende direktør orienterte om at helseforetaket er bedre enn landsgjennomsnittet på en rekke nasjonale kvalitetsindikatorer publisert i november. 86 av 120 indikatorer er relevante for STHF. Av disse er sykehuset blant den beste 1/3-delen på 33 indikatorer (38 %).

**Kommentarer i møtet**

Styret er tilfreds med at Sykehuset Telemark fortsatt er i en positiv utvikling på de medisinske parameterne og at prognosen for det økonomisk resultatet er oppjustert. Det ble påpekt effekten av sykehusets nettverk for pasientadministrativ kvalitetskontroll (PASK) sitt arbeid, samt at sykehuset høsten 2018 har iverksatt opplæring av merkantilt personell for å øke kompetansen og støtte opp om pasientlogistikken.

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret tar virksomhetsrapport november 2018 til orientering.

**088-2018****Utviklingsprogrammet****Oppsummering**

En fortsatt positiv økonomisk utvikling er nødvendig for å sikre tilstrekkelig handlingsrom for å videreutvikle sykehuset til beste for befolkningen i Telemark. Det er derfor av avgjørende

betydning at sykehuset evner å fortsette forbedringsarbeidet som er gjennomført de siste årene.

For ØLP-perioden (2019-2022) er det lagt til grunn at sykehuset må realisere over 200 millioner kroner i forbedringer for å nå det fastsatte resultatmålet. Dette er en krevende utfordring sett i lys av de omstillingene som er foretatt de to siste årene. Likevel er på mange måter utgangspunktet godt fordi sykehuset generelt har bra kontroll på driften, når det gjelder kvalitet og tilgjengelighet.

For å sikre at de fremtidige endringene understøtter det fremtidsbildet som er tegnet i utviklingsplan og idèfasearbeidet for utbygging, har sykehuset i høst lansert «Utviklingsprogrammet». Programmet tar utgangspunkt i omstillingsprosjektet 2016-2018 og arbeidet med fremtidige driftskonsepter, som ble utarbeidet i idèfasearbeidet.

### **Kommentarer i møtet**

Styret kommenterte at sykehuset har gjort et godt valg med hensyn til piloter og er fornøyd med at sykehuset har satt i gang et systematisk arbeid.. Det ble gitt innspill om at brukermedvirkning må inntas i prosjektet. Administrasjonen var enig i dette og tar det med i det videre arbeidet.

### **Styrets enstemmige**

## **VEDTAK**

Styret tar saken til orientering og understreker betydningen av å lykkes med utviklings- og forbedringsarbeidet fremover.

<b>089-2018</b>	<b>Budsjett 2019</b>
-----------------	----------------------

### **Oppsummering**

Administrerende direktør fremmet med denne saken forslag til budsjettmålsettinger for kvalitet, aktivitet, bemanning og økonomi. Saken er basert på styresak 019-2018 Økonomisk langtidsplan 2019-2022, samt budsjettskriv nr. 4, Forutsetninger for budsjett 2019 fra Helse Sør-Øst.

Driftsbudsjettet viser moderat til høy risiko. Risikoen er hovedsakelig knyttet til områdene vekst i medisinkostnader og behandlingshjelpemidler, samt uløst utfordring på ca. 30 millioner kroner i klinikkene.

Målsettingene innen kvalitet og pasientsikkerhet er utarbeidet i tråd med nasjonale og regionale føringer. Det vil fokuseres spesielt på tilgjengelighet, hvor klinikkene gjennom 2018 har lagt grunnlaget for å kunne være enda mer offensive i 2019. Prioriteringsregelen vil fortsatt bli vektlagt i resultatoppfølgingen. Tre generelle pakkeforløp innen psykisk helse og

rus innføres fra begynnelsen av 2019 og ytterligere tre spesifikke i løpet av februar.

Effekten av nye DRG-veker i 2019 er uavklart. Det er stor usikkerhet knyttet til DRG-grupper og Helse Sør-Øst RHF er i dialog med Helsedirektoratet for å få verifisert at effekten. På bakgrunn av dette er det besluttet å utsette budsjettleveransen fra helseforetakene fra 14. desember 2018 til 10. januar 2019. Denne utsettelsen påvirker ikke de interne budsjettprosessene og heller ikke fastsettelse av resultatkravene for foretakene, som ble vedtatt i styremøtet i HSØ RHF 13. desember 2018.

### **Kommentarer i møtet**

Styret konstaterer at den økonomiske rammen for 2019 er stram, men at risikoen er lavere enn for gjeldende budsjett (2018). I møtet fremmet administrerende direktør forslag til et nytt punkt 4 i forslag til vedtak. De ansattevalgte medlemmene vurderer at økonomien for 2019 er ytterligere forverret og fremmet alternativt forslag til punkt 1 i administrasjonens innstilling til vedtak. De ansattevalgte medlemmene har lagt ved en stemmeforklaring.

### **Protokolltilførsel fra de ansattevalgte styremedlemmene Severinsen, Vik-Johansen og Gundersen**

Ansattevalgte stemmer imot økonomisk driftsbudsjett og budsjett for bemanning (bemanningsreduksjoner). Vi støtter resten av budsjettets opplegg inklusive målsettingene for kvalitet og aktivitet.

Helse Sør-Øst bevilger for mye til OUS i henhold til behovsvurdering og andre regionssykehus' tildelinger. Omfordeling etter gjennomgang av inntektsmodellen er ikke gjennomført. Dette medfører at ST får for lav tildeling fordi rammene totalt er gitt. Det er også stor usikkerhet med hensyn til effekten av nye DRG-veker og DRG-grupper. Tildelingen av midler dekker ikke nødvendige kostnader for økt pasientbehandling, økt kvalitet og kortere ventetider. Videre må sykehuset dekke kostnadene til kostbare medikamenter, gjestepasienter, fritt behandlingsvalg, pasientreiser m.m. som sykehuset ikke har innflytelse på.

Sykehuset planlegger å redusere bemanningen med 55 årsverk, de fleste er kliniske stillinger. Med så stort press på hele organisasjonen øker risikoen for svikt i pasientbehandlingen. Belastningen på de ansatte er så stor at arbeidsmiljøet forringes flere steder, sykemeldinger kan øke og flere kan gå over på trygdeytelser. Sykehuset må også følge opp at nedskjæringer i årsverk ikke fører til økte EFO-kostnader. Arbeidspresset har også stor betydning for rekruttering og at vi kan beholde kompetente medarbeidere. Presset er svært stort på mange ledere.

### **Administrerende direktørs forslag til vedtak:**

1. Styret vedtar budsjettet for 2019 med målsettingene for kvalitet, aktivitet, bemanning og økonomi som beskrevet i saken.
2. Oppdrags- og bestillerdokumentet legges til grunn for leveransene i 2019

3. Styret godkjenner bruk av finansiell leasing som finansieringsform til anskaffelse av fem ambulanser. Søknaden sendes til Helse Sør-Øst RHF for godkjenning.
4. Administrerende direktør har fullmakt til å foreta mindre justeringer i forbindelse med kvalitetssikring og budsjettleveranse til RHF'et.

### **Alternativt forslag til punkt 1 i vedtaket fra de ansattevalgte styremedlemmene Severinsen, Vik-Johansen og Gundersen**

Styret vedtar et budsjett for 2019 med underskudd på 40 millioner kroner og uten bemanningsreduksjoner og med målsettinger for kvalitet og aktivitet som er beskrevet i saken.

### **Votering**

Administrerende direktørs forslag til vedtak ble vedtatt mot 3 stemmer (Thor Severinsen, Ann Iserid Vik-Johansen og Thor Helge Gundersen).

### **Styrets**

## **VEDTAK**

1. Styret vedtar budsjettet for 2019 med målsettingene for kvalitet, aktivitet, bemanning og økonomi som beskrevet i saken.
2. Oppdrags- og bestillerdokumentet legges til grunn for leveransene i 2019
3. Styret godkjenner bruk av finansiell leasing som finansieringsform til anskaffelse av fem ambulanser. Søknaden sendes til Helse Sør-Øst RHF for godkjenning.
4. Administrerende direktør har fullmakt til å foreta mindre justeringer i forbindelse med kvalitetssikring og budsjettleveranse til RHF'et.

<b>090-2018</b>	<b>Overordnet handlingsplan for helse-, miljø- og sikkerhet (HMS) Sykehuset Telemark 2019</b>
-----------------	---

### **Oppsummering**

Sykehusets HR-direktør presenterte overordnet handlingsplan for helse, miljø og sikkerhet (HMS) for 2019. Planen er en viktig del av det systematiske HMS-arbeidet ved Sykehuset Telemark. Mål og tiltak i den overordnede planen følges opp internt i helseforetaket og gjenspeiler tiltak i de lokale HMS-handlingsplanene.

Ny HMS-rådgiver er ansatt ved Sykehuset Telemark og starter sitt arbeid i uke to i 2019.

### **Kommentarer i møtet**

Det er relevant å få til en enda bedre sammenheng mellom HMS og pasientsikkerhet, samt at reelle tiltak iverksettes på disse områdene. Styret var opptatt av sykehusets meldekultur og hvordan lukking av avvik håndteres. Det ble også diskutert håndtering av situasjoner hvor

pasientrettighetsloven ikke samsvarer med andre lover som miljø- og arbeidsmiljøloven. Fagdirektør gav eksempel på en sak hvor det var utfordringer med pasientsikkerhet kontra IKT-sikkerhet.

Styret reiste spørsmål om forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten inngår som del av HMS-arbeidet ved sykehuset. Administrasjonen gav tilbakemelding om at denne forskriften er relevant og inngår, selv om den ikke er nevnt i saken.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Styret tar Overordnet handlingsplan for helse-, miljø- og sikkerhet (HMS) for Sykehuset Telemark HF 2019 del 1 og del 2 til orientering.

<b>091-2018</b>	<b>Valg av ansattevalgte styremedlemmer – oppnevning av valgstyre</b>
-----------------	---

### Oppsummering

Inneværende to-års valgperiode for de ansattvalgte styremedlemmer og varamedlemmer gjelder frem til og med 15. mars 2019. For kommende periode, fra 16.03.2019 til 15.03.2021 skal det velges ansatterepresentanter som styremedlemmer og varamedlemmer. Ut i fra gjeldende størrelse på styret skal de ansatte i Sykehuset Telemark velge tre medlemmer med tilhørende fem varamedlemmer til.

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

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Styret tar informasjon om valg av ansattvalgte representanter til orientering.
2. Styret oppnevner følgende valgstyre:
  - Ansatt representant Mona Børrestad
  - Ansatt representant Peter Johan Sundberg
  - Ansatt representant Heidi Øyen Flemmen
  - Ansatt representant Jim Tommy Lien Vibeto
  - Ansatt representant Arvid Fosse
  - Avdelingsleder HR Bjarne Lia
  - Spesialrådgiver direktørens stab Tone Pedersen
3. Valgstyret konstituerer seg selv med leder og nestleder.
4. Styret legger til grunn at den praktiske gjennomføringen av valget følger samordningen innen Helse Sør-Øst.

<b>092-2018</b>	<b>Styresaker i STHF – Status og oppfølging</b>
-----------------	---

### Oppsummering

Styret får to ganger per år fremlagt en oversikt over status og oppfølging av styresaker som har vært til behandling.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak til og med oktober 2018 til orientering.

<b>093-2018</b>	<b>Årsplan styresaker</b>
-----------------	---------------------------

### Kommentarer i møtet

Årsplanen endres når det gjelder dato for møtet i desember, fra 19. desember til 18. desember 2019.

Styret ba administrerende direktør vurdere om styremøte 24. april kan skyves frem, eventuelt vurdere å legge inn et styremøte i mars 2019 dersom møtet 24. april opprettholdes.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

<b>094-2018</b>	<b>Andre orienteringer</b>
-----------------	----------------------------

Andre orienteringer ble innledet av styreleder, som orienterte om sin møtedeltakelse utenom styremøtene.

### Andre orienteringer

1. Evaluering skarp hendelse 31.08.2018
2. Brev til HSØ - Vedlegg til idèfase - endring av prosjektomfang
3. Vedlegg til Idefase - endring av prosjektomfang
4. Protokoll fra ungdomsrådets møte 16.10.2018
5. Foreløpig protokoll fra ungdomsrådet 04.12.2018



6. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 01.11.2018
7. Protokoll fra styremøte i HSØ 18.10.2018
8. Protokoll fra ekstraordinært styremøte i HSØ 28.10.2018
9. Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 15.11.2018

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Styret tar saken til orientering.

<b>095-2018</b>	<b>Styrets årlige evaluering av administrerende direktørs arbeid og resultater - unntatt offentlighet</b>
-----------------	---

Styret gjennomførte evalueringen av administrerende direktørs arbeid og resultater i lukket møte, jf. offentleglova § 23, 1. ledd.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Styret utarbeider egen protokoll som er unntatt offentlighet.

### Temasak

- **TEMA: Prioriteringsregelen**

Fagdirektør gav i møtet informasjon om prioriteringsregelen hvor krav/mål er gitt til sykehuset i oppdrag og bestilling i 2016, 2017 og 2018. Sykehuset har prioritert dette området og har iverksatt flere tiltak i psykisk helsevern og TSB i 2018 for å nå mål.

### Kommentarer i møtet

Styret er fornøyd med at helseforetaket prioriterer psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i henhold til krav fra departementet og fra Helse Sør-Øst. Resultatmessig innfrir ikke sykehuset alle krav når akkumulerte tall legges til grunn, men styret syntes det er gledelig med måloppnåelse på dette området i oktober 2018.

### Møtet hevet kl. 15.30

### Førstkommende ordinære styremøte

Tirsdag 12. februar 2019 kl. 12.30-17.30 på Quality Airport hotel Gardermoen.

Skien, 19. desember 2018

---

Per Anders Oksum  
Styreleder

---

Marit Kasin  
Nestleder (*Sett*)

---

Folke Sundelin

---

Nils Kristian Bogen

---

Ann Iserid Vik-Johansen

---

Kari Dalen

---

Thor Helge Gundersen

---

Thor Severinsen

---

Tone Pedersen  
Styresekretær

## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

### Sakstittel: Driftsorienteringer fra administrerende direktør

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
003 -2019	Administrerende direktør Tom Helge Rønning	Orientering	12.02.2019

**Trykte vedlegg:**

**Utrykte 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 4. februar 2019

Tom Helge Rønning  
Administrerende direktør

## Driftsorienteringer fra administrerende direktør

### 1. Jurist/personvernombud

Det er besluttet å skille rollene som informasjonssikkerhetsansvarlig og personvernombud. Det er anbefalt fra Datatilsynet at rollene er adskilte og samtidig er det en erkjennelse at vi trenger mer ressurser og kraft til å møte de utfordringene som vi har innenfor disse områdene. Vi har også, i likhet med øvrige HF i regionen hatt en gjennomgang fra Konsernrevisjonen (jfr. vedlegg 7. Rapport status GDPR under Andre orienteringer), som viser at vi har en del arbeid igjen når det gjelder å etablere et robust system som tilfredsstillende kravene innenfor GDPR.

Knyttet til virksomhetsstyringen vår, er administrerende direktør også av den oppfatning av at vi bør styrke det juridiske området noe. Det vil derfor bli opprettet et lite juridisk team, bestående av to jurister. Helle Devik Haugseter vil få overført sin organisatoriske tilhørighet til teamet, samtidig som vi har lyst ut stilling som jurist/advokat. Personvernombudsfunksjonen vil bli lagt til en av de to juristene. Teamet vil bli organisert under økonomidirektør.

Når det gjelder kompetanse til ny jurist/advokat vil vi legge vekt på kompetanse innen helserett, personvernrett, arbeidsrett og kontraktsrett.

### 2. Innovasjonsmidler

Sykehuset Telemark er tildelt 1,3 millioner kroner i innovasjonsmidler fra HSØ til støtte for vårt akuttkjede-prosjekt. I konkurranse med over 100 prosjektskisser innen tjenesteinnovasjon, nådde vårt prosjekt opp etter vurdering innen relevans for satsningsområdene, prosjektets kvalitet, prosjektets gjennomførbarhet og potensial for overførbarhet til andre helseforetak. Tildelingen er en stor anerkjennelse for det arbeidet som pågår for å optimalisere arbeidet med den akuttmedisinske tjenesten i Telemark og vil sikre enda større kraft inn i den avsluttende fasen av prosjektet.

### 3. Sommerdrift kirurgi ved Notodden sykehus

For å utnytte ressursene på en hensiktsmessig måte, planlegger sykehuset å drifte de kirurgiske sengene på Notodden sammen med de medisinske sengene i fire uker i sommerferien i uke 27-30 (alternativt uke 28-31).

I den aktuelle perioden vil vi bemanne med helsepersonell som har kirurgisk kompetanse og medisinsk kompetanse. Anestesioverlege og LIS-medisin vil være i tilstedevakt i akuttmottak på Notodden 24/7 hele sommeren. Kirurgi vil bemanne akuttmottaket og akuttpoliklinikken med kirurgisk/ortopedisk overlege/LIS i tilstedevakt på dagtid.

Utenom ordinær arbeidstid vil overlege kirurgi være tilgjengelig som tilkallingsvakt/bakvakt. Ved behov for kirurgiske inngrep ut over polikliniske inngrep, vil disse, med bakgrunn i ferieavvikling for overlegene, bli utført i Skien i den aktuelle perioden. Sykehuset Telemark vurderer at behovet for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten i denne perioden dekkes, og pasientsikkerheten ivaretas på en god og forsvarlig måte.

Det jobbes samtidig aktivt med å øke den planlagte kirurgiske aktiviteten utenom lavdriftsperioden.

#### 4. Parkeringstjenester ved Sykehuset Telemark

Det ble i styremøtet i desember orientert om tvisten med den forrige leverandøren av parkeringstjenester ved sykehuset, APCO. Det var berammet rettsak 4. og 5. februar etter at reksmekling i november i fjor ikke førte frem.

Sykehuset inngikk forlik med APCO etter nye forhandlinger i slutten av januar. Saken er dermed avsluttet.

#### 5. Oppgradering til Windows 10

I forbindelse med at RHF'et planlegger en oppgradering til ny ikt-plattform, Windows 10 foregår det et større arbeid for å kartlegge konsekvensene og utarbeide en plan for gjennomføringen ved STHF. En del av dagens applikasjoner og utstyr vil ikke være kompatibelt uten en oppgradering. Dette medfører et betydelig arbeid lokalt for p forberede oss til konvertering tidlig i 2020.

Imidlertid er det allerede avdekket en større utfordring når det gjelder vårt radiologisystem fra AGFA (RIS/PACS). Systemet må oppgraderes til en helt ny versjon, noe som forventes å ha en betydelig kostnad. Det må også vurderes om en oppgradering medfører at det må gjennomføres en fullstendig anbudsrunde etter lov om offentlige anskaffelser. Det blir gitt ytterligere muntlig informasjon om saken i styremøtet.

#### 6. Tilsyn og revisjoner

Styret i HSØ har vedtatt Konsernrevisjonens plan for 2019. Planen ligger vedlagt under Andre orienteringer (jfr. vedlegg 8). Som en del av planen er Konsernrevisjonen i gang med revisjon av ABUP, hvor Sykehuset Telemark er ett av HF' ene som blir revidert innen temaet uønsket variasjon i helsehjelp. For øvrig er følgende revisjoner pågående eller under planlegging:

- Tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr – DSB – januar 2019. Gjennomført, sluttmøtet var 5. februar 2019.
- Forvaltningsrevisjon om helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer – Riksrevisjonen. Landsomfattende revisjon. Målet er å vurdere om helseforetakene sikrer sine IKT-systemer mot dataangrep, hvordan RHFene understøtter dette arbeidet og hvordan HOD følger opp. Revisjonen pågår nå i fase med informasjonsinnhenting.
- Tilsyn med utlokaliserede pasienter/pasient på feil avdeling (satellittpasienter). Gjennomføres av Fylkesmannen i Agder – planlagt høst 2019 for Sykehuset Telemark. Landsomfattende tilsyn, omfatter gastrokirurgi, ortopedi og indremedisin.

#### 7. Metavision

Tirsdag 5. februar ble MetaVision- ny elektronisk kurve - tatt i bruk i akuttmottaket, på nyfødt intensiv og på de somatiske sengepostene i Skien. Det betyr at cirka 1.000 helsefagarbeidere, sykepleiere, sekretærer og leger tar i bruk dataprogrammet, som skal gi økt pasientsikkerhet. Før jul ble elektronisk kurve tatt i bruk av 300 leger og sykepleiere på operasjon, intensiv -og postoperativ i Skien, samt ved Dagkirurgen i Porsgrunn.

Den siste oppstarten er stor og cirka 1.300 ansatte har nå vært gjennom en opplæring på MetaVision. Oppslutningen om klasseromskursene vært veldig god og ansatte var generelt godt rustet til å ta i bruk den nye løsningen. Alle lærer best på jobb, og nettopp derfor satset vi på omfattende oppstartstøtte den første tiden. I dagene etter oppstart har instruktører og prosjektmedarbeidere jobbet i to skift fra 7 til 17 på dagtid- og fra klokken 17 til 7 på kveld og natt. Administrerende direktør konstaterer at det legges ned en betydelig innsats fra prosjektet og ikke minst fagmiljøene i klinikkene for å gjennomføre implementeringen av elektronisk kurve.

Øvrige orienteringer kan gis muntlig i styremøtet.

## Saksframlegg til styremøtet ved Sykehuset Telemark HF

### Sakstittel: Virksomhetsrapport per 3. tertial 2018

Sak nr.	Saksansvarlig/saksbehandler	Sakstype	Møtedato
004-2019	Konst. økonomidirektør Dana Tønnessen og controller Marte Helen Helland	Orientering	12.02.2019

**Trykte vedlegg:** Virksomhetsrapport per desember 2018  
Risikovurdering per 3. tertial  
Oppfølging LGG

**Utrykte vedlegg:** Ingen

#### Har saken betydning for pasientsikkerheten?

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

#### Forslag til vedtak:

Styret tar virksomhetsrapport per 3. tertial 2018 til orientering.

Skien, den 5. februar 2019

Tom Helge Rønning  
Administrerende direktør

## Administrerende direktørs vurdering

Gjennom 2018 observeres en gradvis forbedring for flere medisinske parametere, blant annet for pakkeforløp og ventetider innen psykiatri. Samtidig tilsier risikovurderingen pr. 31 desember at det ikke er noen økt risiko for redusert kvalitet og pasientsikkerhet generelt. Vurderingen ved utgangen av året peker fremdeles på høy risiko for manglende måloppnåelse for økonomisk resultat og prioriteringsregelen.

Prioriteringsregelen er ikke fullt ut oppfylt, men iverksatte tiltak høsten 2018 viser effekt ved økt aktivitet og reduserte ventetider. Vi har fortsatt relativt mange vakanser i behandlerstillinger og det jobbes med ulike virkemidler for å forsøke å få fylt stillingene. Det er innført en mer målrettet lederoppfølging i de ulike seksjonene og økt grad av sekretærstyrte avtalebøker. Etablering av «ventelisteansvarlige» og innføring av avklaringssamtaler er andre eksempler på konkrete tiltak som videreføres i 2019.

Det regnskapsmessige resultatet for 2018 ble +4,6 millioner kr, som er 25,4 millioner kr dårligere enn styringsmålet. Dette representerer en resultatforbedring på + 7,9 millioner kroner i 3. tertial. Til tross for en positiv resultatutvikling for sykehuset, er utviklingen i klinikkresultatene negativ, med negative budsjettavvik for de fleste klinikkene.

En gjennomgang av transaksjoner med engangseffekt i årets regnskap viser at driftsresultatet gjenspeiler den reelle styringsfarten til 2019, som er nær balanse.

Arbeidet med forbedring av intern drift og effektivisering av arbeidsprosesser vil intensiveres i 2019, for å sikre resultatforbedringen som forutsatt.

## Sammendrag

Det er utarbeidet **risikovurdering** per tredje tertial. Den overordnede vurderingen er at det er høy risiko for manglende måloppnåelse innfor flere av indikatorene, men det vurderes at det ikke foreligger økt risiko for redusert kvalitet og pasientsikkerhet.

- Høy risiko for manglende måloppnåelse: økonomiske resultater og prioriteringsregelen
- Middels risiko for manglende måloppnåelse: kvalitet/tilgjengelighet, bemanning, aktivitet, strategisk posisjonering i markedet, informasjonssikkerhet og fritt behandlingsvalg

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

Gjennom siste året observeres kun små forbedringer i **medisinske parametere**. Gjennomsnittstall for året totalt viser 81 % andel nye pasienter inkludert i **pakkeforløp**. 77 % av pasientene i pakkeforløp behandles innen standard forløpstid, som er høyere enn i fjor (69 %), og innfrir målet om 70 %. Sykehuset Telemark HF scorer således fortsatt høyest på andel behandlet innen standard forløpstid innen foretaksgruppen

Antall pasienter på venteliste har vært stabilt gjennom hele 2018 med kun små variasjoner. Etter å ha økt måned for måned i lavdriftsperioden i sommer, er antall pasienter som har ventet mer enn 90 dager på det laveste i desember. Det registreres en liten økning i antall pasienter på venteliste og en økning i gjennomsnitt ventetid for ventende pasienter i desember.

Samlet **ventetid** (påstartet) er 53 dager i desember måned, 3 dager lavere enn desember 2017. Gjennomsnittlig ventetid for påstartet pasienter i somatikken er uendret på 55 dager, og ligger fortsatt over målsettingen. De andre tjenesteområdene har god utvikling i ventetid påstartet, og ligger under målsettingen om 35 dager: Psykiatri voksen 33 dager, TSB 28 dager og barne- og ungdomspsykiatri 26 dager. Andel **fristbrudd** påstartet pasienter er redusert, mens andel fristbrudd ventende øker siste måned. Andel fristbrudd påstartet pasienter er 1,3 % i desember, og andel fristbrudd ventende er 0,7 %. Antall og andel fristbrudd påstartet pasienter viser en svakt økende trend gjennom 2018.

**Prioriteringsregelen** for poliklinisk aktivitet er oppfylt for BUP, men ikke for VOP eller TSB, grunnet nedgang i antall terapeuter. Prioriteringsregelen for ventetider og kostnader er oppfylt for alle tjenesteområdene. Verdt å nevne er at ventetidene i november og desember isolert sett, er under 35 dager innenfor alle de tre tjenesteområdene BUP, VOP og TSB, og oppfylder målsettingen satt av HSØ. Det jobbes med rekruttering i vakante stillinger og ekstraordinære tiltak for å øke aktiviteten og holde ventetidene lave innen PHV og TSB også framover.

**Aktivitet i somatikken**, målt i antall «sørge for» ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk, legemidler), er som budsjettet i 2018 og 6 % høyere enn fjoråret. Aktiviteten knyttet til døgnpasienter har vært lavere enn budsjettet i 2018, men dette kompenseres av meraktivitet innen dag- og poliklinisk behandling samt betydelig flere ISF-poeng knyttet til legemidler. DRG-vekt («pleietyngde») har hittil i år vært moderat lavere enn budsjettet.

Sykehuset Telemark rapporterer et **driftsresultat** på +4,6 millioner kr. per desember, som er 25,4 millioner kr. svakere enn periodisert styringsmål. Regnskapet viser et driftsresultat på -2,1 mill. kr. i desember og det negative budsjettavviket øker således med 4,6 millioner kr.

Resultatet i desember skyldes resultatforverring i klinikkene på om lag 5 millioner kr, som følge av lavere aktivitet, samt en korrigering av for mye utbetalt refusjon fra HELFO for laboratorieanalyser innen medisinsk biokjemi. Kjøpt og salg av helsetjenester bidrar positivt med om lag 3 millioner kr i perioden.

Negativt driftsresultatresultat og budsjettavvik for året 2018 skyldes lavere polikliniske laboratorieinntekter som følge av takstendringer, lavere DRG-aktivitet i somatikken og mindre effekt av internt effektiviseringsarbeid enn lagt til grunn i budsjettet.

Det negative interne budsjettavviket er relatert til resultatene i klinikkene, delvis kompensert av positivt bidrag fra kjøp/salg av helsetjenester (lavere kostnader H-resepter og gjestepasienter).

Ledelse av **pasientsikkerhet** har vært et fokusområde for sykehuset og det er gjennomført totalt seks pasientsikkerhetsvisitter i løpet av året.

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.

## Innhold

Sammendrag.....	2
Risikovurdering per 3. tertial.....	6
Virksomhetsstyring ved Sykehuset Telemark .....	8
Oppdrag og bestilling 2018 .....	8
Sykehusets strategi 2016 -2019.....	8
Ledelsens gjennomgang (LGG) .....	8
GDPR (General Data Protection Regulation).....	8
Nytt kvalitetssystem .....	8
Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD 2018.....	9
Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen .....	9
Prioritere psykisk helsevern og TSB .....	11
Bedre kvalitet og pasientsikkerhet.....	11
Aktivitet.....	12
Somatikk.....	12
Psykisk helsevern og TSB .....	14
Prioriteringsregelen .....	15
Ventetider (i forhold til både samme periode forrige år og gjennomsnitt for hele forrige år).....	15
Polikliniske konsultasjoner.....	15
Kostnader per tjenesteområde (tertialvis rapportering).....	16
Bemanning .....	16
Økonomi .....	17
Klinikkene .....	18
Tertialvise forhold .....	21
Forskning.....	21
Pasientsikkerhetsprogrammet.....	21
Eksterne tilsyn og revisjoner .....	22
Uønskede hendelser og klagesaker.....	26

## Risikovurdering per 3. tertial

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

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 omtrent uendret siden forrige rapportering.

Risikomatrix 3. tertial 2018 STHF						
		Konsekvens				
		1	2	3	4	5
Sannsynlighet	5			6		
	4			8	2	
	3			4	1	
	2		3	5, 7		
	1					

Risikoområder	Sannsynlighet					Konsekvens					T3-17	T1-18	T2-18	T3-18
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5				
1 Kvalitet og tilgjengelighet			x							x				
2 Økonomi				x						x				
3 Bemanning		x						x						
4 Aktivitet somatikk og psykiatri			x						x					
5 Strategi - attraktivitet og konkurransesituasjon		x							x					
6 Prioriteringsregelen					x				x					
7 Informasjonssikkerhet - personvern - ny EU direktiv		x							x					
8 Fritt behandlingsvalg				x					x					

**1. Kvalitet og tilgjengelighet** – Uendret. Det er lange ventetider sett opp mot prioriteringsregelen og interne styringsmål, men noe nedgang siden forrige rapportering. Det registreres en svak økning i antall fristbrudd, og nedgang i direkte time.

**2. Økonomi** – Ingen endring. Sykehuset ender 2018 med et resultat på ca. 5 millioner, som er en forbedring på 5 millioner fra forrige rapportering, men 25 millioner under budsjett. Lavere aktivitet enn forventet, inntektstap etter omlegging av inntektssystem for laboratorietjenester, kombinert med forsinkelser i effektiviseringsarbeid har ført til at budsjettet ikke innfris. Kompenserende tiltak i 2018 har gitt effekt, men ikke tilstrekkelig for å nå resultatmålene for 2018 Sykehuset øker resultatforventningen i 2019 og går inn i driftsåret med en uløst budsjettutfordring på ca. 30 millioner.

**3. og 4. Produktivitet - aktivitet og bemanning** – Uendret. Sykehuset må forbedre produktiviteten på nivå med de beste helseforetakene i regionen, for å etablere en bærekraftig drift og skape handlingsrom til egen utvikling. Ressursbruken går ned og aktivitetsnivået er økende, men oppnådd omstillingshastighet er lavere enn forventet. Det rapporteres negative budsjettavvik på ca. 1 % for både bemanning og aktivitet i 2018 (lavere vekst dag- og døgnopphold og høyere vekst i poliklinikkene). Sykefraværet har vært noe høyere enn budsjettet og har forsinket omstillingsarbeidet. Organisasjonen har hatt spesielt fokus på løpende helsetjenester og at kvaliteten ikke påvirkes negativt av omstillingsarbeidet.

Brutto årsverk i 2018 er omtrent 1 % lavere enn året før og det er lagt opp til ytterligere reduksjoner 2 % i 2019. Det iverksettes tiltak i 2019 for å øke aktiviteten gjennom blant annet forbedret koordinering mellom klinikker, avdelinger og lokasjoner. Ny utfordring i 2019 er innføringen av forløpsfinansiering og TFG.

**5. Strategi – attraktivitet og konkurransesituasjon** – Uendret. Sykehuset må jobbe aktivt og mer bevisst med å tilpasse seg konkurransesituasjonen som er styrt av pasientrettighetene, for å holde kostnadene knyttet til FBV og gjestepasienter på et lavt nivå.

**6. Prioriteringsregelen** – Uendret. Prioriteringsregelen er ikke oppfylt. Lavt aktivitetsnivå i psykiatrien har påvirket ventetidene negativt. Nedgangen i aktivitet i psykiatrien skyldes i hovedsak et økende antall vakante terapeutstillinger.

**7. Informasjonssikkerhet og GDPR** – Redusert sannsynlighet fra forrige rapportering. Rutiner i forbindelse med ivaretagelse av personopplysninger iht nytt lovverk er i ferd med å bli etablert. Juridisk team opprettes. Inngåelse av databehandleravtaler og rutine for gjennomføring av egen ROS ved innføring av nye IKT-løsninger er i fokus.

**8. Fritt behandlingsvalg** – Uendret. FBV-ordningen medfører økende kostnader i forbindelse med behandlingsforløpets lengde, særlig innen psykiatri og TSB. Sykehuset er pliktig til å opplyse pasienten om alternative behandlingstilbud.

## **Virksomhetsstyring ved Sykehuset Telemark**

### **Oppdrag og bestilling 2018**

Det rapporteres ikke særskilt på Oppdrag og bestilling 2018 per 3. tertial 2018. Dette skyldes utarbeidelse av Årlig melding 2018, som er helseforetakets rapportering på det regionale helseforetakets oppdragsdokument for samme år, samt beslutninger i foretaksmøter. I den Årlige meldingen rapporterer Sykehuset Telemark HF på og kvitterer ut alle deloppdragene. Styret i Sykehuset Telemark behandler saken i styremøte 12. februar (styresak 006-2019).

### **Sykehusets strategi 2016 -2019**

Et av hovedtemaene på ADs ledersamling 28. – 29. januar 2019 var Sykehuset Telemarks strategi. I møtet ble disse momentene ble tatt opp: evaluering av måloppnåelse per 2018, tiltak for 2019 og innspill/ diskusjon av forbedringer til rullering av strategien på rammeverk og innhold. Diskusjon ble innledet i forbindelse med valg av områder og mål for ny strategiperiode. Styret vil få en orientering om det pågående strategiarbeidet i styremøte 10. april 2019.

### **Ledelsens gjennomgang (LGG)**

Ledelsens gjennomgang 2018 på foretaksnivå ble avholdt i august 2018. Det ble da vedtatt at oppfølging av vedtatte forbedringstiltak skal inngå i tertialrapporteringen. De ansvarlige for de ulike områdene, herunder miljøområdene har rapportert på hva i perioden etter LGG og på innfrielse av mål på områder med fastsatte måleparametre.

### **GDPR (General Data Protection Regulation)**

Sykehuset Telemark samarbeider med foretaksgruppen for å etterleve ny personvernlovgivning gjennom ny EU-forordning GDPR (General Data Protection Regulation), som trådte i kraft 20. juli 2018. Nytt lovverk er en skjerping av eksisterende lovgivning. STHF har kartlagt behandling av personopplysninger som er under sammenstilling, såkalt protokoll over behandlingsaktiviteter. Arbeidet er noe forsinket på grunn av sykehusets ressursituasjon på dette området. Dette er et krevende arbeide, som vil fortsette i 2019.

Konsernrevisjonen hadde en gjennomgang i oktober på sykehusets arbeid med GDPR, en såkalt rådgivningsrevisjon. Foreløpig rapport på status ble overlevert 20. desember. STHF vil sette i gang tiltak for å adressere svakheter som er påpekt, blant annet ferdigstille protokoll over behandlingsaktiviteter, revidere styringssystemet med oppdaterte dokumenter, malverk og rutine for personvernkonsekvensvurdering (DPIA). I tillegg skal STHF slutføre oversikt over risikovurderinger og databehandleravtaler.

Sykehuset Telemark har besluttet å skille rollen som informasjonssikkerhetsleder og personvernombud. Dette er også anbefalt av Datatilsynet.

### **Nytt kvalitetssystem**

Uenighet med leverandør om leveranser og kontrakt endte i forhandlinger som pågikk i nesten hele 2018. Forhandlingsresultatet medførte at forbedringsdelen av kontrakten ble avsluttet mens dokumentstyringsdelen ble videreført. STHF har derfor fortsatt behov for et nytt og moderne forbedringssystem.

## Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD 2018

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 2018	des.16	des.17	des.18	Kirurgi	Medisin	MSK	Smertepol	BUK (som.)	BUK (psyk.)	VOP/TSB
Gjennomsnitt ventetid i dager pasient påstartet	50 dager somatikk, 35 dager VOP/TSB, 30 dager BUP	61	56	53	68	43	41	53	29	26	33/28
Fristbrudd avviklede, antall pr mnd	0	56	30	34	1	32	1				
Antall som venter	reduksjon	7 819	7 665	7 266	4 581	1 896	181	131	155	72	232/16
Antall med ventetid over 1 år	reduksjon	332	89	53	52	1					
Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp (OA1)	70 %	69 %	79 %	81 %							
Andel innen definert forløpstid	70 %	71 %	69 %	77 %							
Antall passert tentativ tid	reduksjon	4 969	3 537	4 577	2 478	1 917	2	7	18	87	68

Kravet i OBD er at Innen 2021 skal gjennomsnittlig, samlet ventetid for alle tjenesteområder være under 50 dager. For 2018 skal gjennomsnittlig ventetid være under 57 dager innen somatikk og under 40 dager innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rus-behandling.

Tabellen ovenfor reflekterer de interne målsettingene for ventetid ved utgangen av året 2018 for PHV/TSB.

Ventetidene for somatikken er på samme nivå i november og desember, men reduseres innenfor PHV. TSB øker litt i desember. Ventetidene for BUP, VOP og TSB er nå innenfor målsettingene om 30 og 35 dager. Antall fristbrudd for avviklede pasienter er vesentlig lavere i desember enn i de foregående måneder, men trenden for året 2018 totalt viser en svak økning.

Antall passert tentativ tid ble betydelig redusert i oktober og november, men viser igjen en vekst i desember. Resultatene for denne parameteren varierer noe fra måned til måned, og trenden i 2018 er klar økning i antall løftebrudd (pasienter passert tentativ tid).

Antall pasienter som har ventet mer enn et år er kraftig redusert gjennom de to siste årene.

### **Pakkeforløp**

På bakgrunn av resultatene på kvalitetsparameterne er det igangsatt en prosess for å bedre forløpstidene innen lunge og prostata, særlig med tanke på tid fra ferdig utredet til start behandling.

For lunge og prostata er henholdsvis 56 % og 66 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid per 12 måneder.

Lunge opplever nå at de har god oversikt over eget forløp etter at dedikert forløpskoordinator er på plass. For prostata har det vært en positiv utvikling på dette måleparametret sammenlignet med samme tidsrom i fjor (34 %).

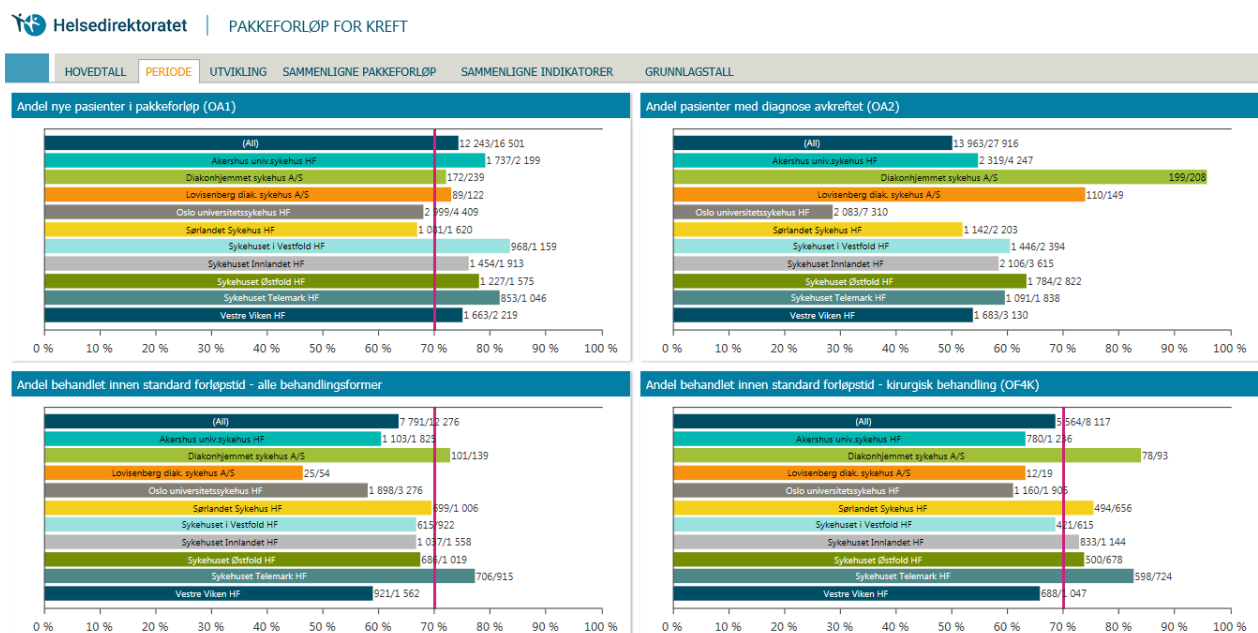
I urologisk miljø jobbes det kontinuerlig med å forbedre tidene på prostata pakkeforløp. Det har vært kapasitetsutfordringer med hensyn på operasjonsstuer til prostatapasientene.

Det er igangsatt tiltak og STHF har bl.a. tatt inn en ekstra robotpasient i etterkant av en nyreoperasjon en gang pr uke. Iverksatte tiltak har hatt tydelig effekt og sykehuset fortsetter med disse tiltakene inntil ventelisten er ytterligere redusert.

En annen flaskehals på dette området er MR- timer. Her opplever vi at pasienter må vente og sykehuset ser på muligheter for å øke kapasiteten.

På bryst har man igjen fått andel behandlet innen standard forløpstid over 70 %. Tall per 12 måneder 2018 viser 85 %. Innen tykk- og endetarmkreft er 86 % av pasientene inkludert i pakkeforløp. 71 % av pasientene er behandlet innen standard forløpstid – noe som er tilnærmet likt med samme periode i fjor (76 %).

Figuren nedenfor viser resultater for 12 måneder 2018:



Gjennomsnittstall per 12 måneder år viser 81 % andel nye pasienter inkludert i pakkeforløp, dette er noe høyere enn i tilsvarende periode i fjor (80 %). 77 % av pasientene i pakkeforløp behandles innen standard forløpstid, som er høyere enn ved tilsvarende periode i fjor (69 %), og innfrir målet om 70 %. Sykehuset Telemark HF scorer således fortsatt 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	des.16	des.17	feb.18	mar.18	apr.18	mai.18	jun.18	jul.18	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18
Antall tvangsinnleggelse psyk./1000 innbyggere	lavere enn 2017	0,19	0,09	0,12	0,14	0,16	0,18	0,16	0,17	0,20	0,15	0,15	0,10	0,09
Andel tvangsinnleggelse	lavere enn 2017	19,6 %	11,6 %	13,3 %	13,7 %	14,6 %	17,2 %	17,5 %	17,3 %	17,4 %	16,1 %	12,2 %	10,6 %	11,2 %
Antall pasienter i døgnbehandling som har minst ett tvangsmiddelvedtak	reduseres		6	8	9	4	8	9	14	12	9	8	13	9

Antall tvangsinnlagte i år er 304. Dette tilsvarer et snitt på 0,15 per 1000 innbyggere. Dette er 1,8 %-poeng høyere enn i fjor. Sett opp mot fjoråret så er det perioden mai til august som skiller seg ut med et høyt antall tvangsinnlagte. I desember isolert så var det 16 tvangsinnleggelse, noe som tilsvarer 0,09 per 1000 innbyggere. De to siste månedene har vært vesentlig lavere enn tidligere i år.

I 2018 er det er det 2063 innleggelse og 304 av disse er tvangsinnlagte, noe som gir en andel tvangsinnlagte på 14,7 %. Det har vært høy aktivitet og økt antall innleggelse i år målt mot fjoråret, så på tross av et høyere antall tvangsinnlagte har andelen gått ned med 0,2 % - poeng. I oktober, november og desember isolert sett er andelen tvangsinnlagte lavere enn tidligere i år, hhv nede på 12,2 %, 10,6 % og 11,2 %.

## Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	mål 2018	des.16	des.17	des.18	Kirurgi	Medisin	MSK	ABK	BUK	VOP/TSB
Sykehusinfeksjoner % (resultat fra nov mnd)	<3%	4,5 %	2,8 %	3,8 %	8,2 %	1,7 %			0,0 %	
Korridorpasienter - antall	0	85	50	51	23	28				
Korridorpasienter %	0,0 %	0,9 %	0,6 %	0,7 %	0,8 %	0,6 %				
Direkte time i %	100 %	83 %	84 %	78 %	72 %	79 %	96 %	100 %	91 %	93 %
Antall åpne dokumenter > 14 dager		4 550	4 920	4 669	1 059	1 797	85	10	974	744
Antall pasienter med åpne henvisningsperiode og uten ny kontakt	1 000	1 861	1 445	1 734	267	1 085	245	6	111	20
Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse	>30%		28 %	30 %		30 %				

Det er kun små endringer i resultatene for de fleste kvalitetsindikatorerne sammenlignet med desember 2017.

### Sykehusinfeksjoner

Prevalensmålingen for november viste 3,8 %. Tallet for målingen i februar var 2,9 %, i mai 3,4 % og september 4,0 %. Dette gir et gjennomsnitt på 3,5 %, og dette er en bedring i forhold til målingene i 2017 (gjennomsnitt 3,9 %).

Hoveddelen av de infeksjonene som ble påvist ved punktmålingen i september, 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. 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.

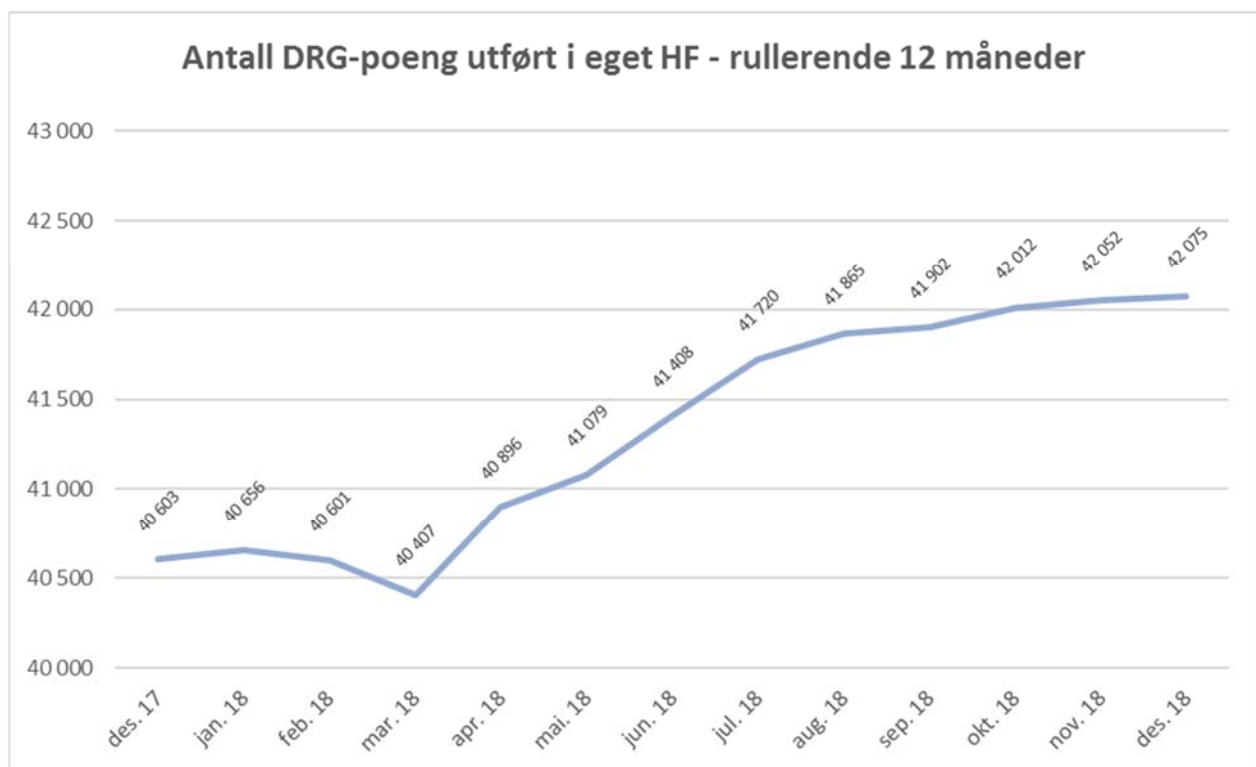
Det er også fokus på innsatsområde "blodbaneinfeksjoner" på sengeposter. Tavlemøter er under innføring på intensivavdelingen og på sengepostene.

## Aktivitet

### Somatikk

Sykehuset Telemark har lagt ny gruppe 2018 til grunn for rapporteringen av oppnådde DRG-poeng.

Det er beregnet en årseffekt på ca. +1 000 DRG-poeng i 2018 grunnet høyere vekt på sykehusets pasienter. Endelige, offisielle vekt forelå først etter at budsjettet for 2018 ble utarbeidet. Nye beregninger basert på disse endelige 2018-vektene, indikerer at års-effekten vil være noe lavere enn de nevnte 1.000 DRG-poengene.



Trenden «rullerende DRG-poeng siste 12 måneder» fortsetter å vise en moderat stigende tendens.

Antall «sørge for» ISF-poeng per 12 måneder (døgn, dag, poliklinikk, legemidler) er 15 poeng høyere enn budsjettet, og 6 % høyere enn fjoråret. Aktiviteten knyttet til døgnpasienter har vært lavere enn budsjettet i 2018, men dette kompenseres av meraktivitet innen dag- og poliklinisk behandling samt

betydelig flere ISF-poeng knyttet til legemidler. DRG-vekt («pleietyngde») har hittil i år vært moderat lavere enn budsjettet.

Antall «sørge for» ISF-poeng i desember måned (døgn, dag, poliklinikk, legemidler) var 194 poeng lavere enn budsjettet. Budsjett-avviket i desember skyldes lavere færre ISF-poeng knyttet til legemidler. DRG-indeks («pleietyngde») på døgnpasientene var noe høyere enn budsjettet i desember, og dette kompenserer for lavere antall polikliniske konsultasjoner.

DRG-poeng	faktisk 12 m 18	bud. 12 m 18	avvik 12 m 18	faktisk 12 m 17	endring 2017-2018	endring 2017-2018	Budsjett 2018	Faktisk 2017
Kirurgisk klinikk	19 257	19 700	-443	18 630	3 %	627	19 700	18 637
Medisinsk klinikk	19 570	19 300	270	18 315	7 %	1 255	19 300	18 336
Barne og ungdomsklinikken	2 700	2 920	-220	2 822	-4 %	-122	2 920	2 822
ABK	99	79	20	65	52 %	34	79	65
Medisinsk serviseklinik	464	501	-37	743	-38 %	-279	501	743
<b>Sum DRG-poeng behandlet i eget HF</b>	<b>42 090</b>	<b>42 500</b>	<b>-410</b>	<b>40 575</b>	<b>4 %</b>	<b>1 515</b>	<b>42 500</b>	<b>40 603</b>
- døgn	29 754	30 488	-734	28 651	4 %	1 103	30 487	28 677
- dagbehandling	4 618	4 720	-102	4 875	-5 %	-257	4 720	4 875
- poliklinikk	7 718	7 292	426	7 049	9 %	669	7 292	7 051
<b>Sum DRG-poeng behandlet i eget HF</b>	<b>42 090</b>	<b>42 500</b>	<b>-410</b>	<b>40 575</b>	<b>4 %</b>	<b>1 515</b>	<b>42 500</b>	<b>40 603</b>
DRG-poeng pasienter fra andre regioner beh. i eget HF	259	300	-41	269	-4 %	-10	300	269
DRG egne pasienter behandlet ved andre regioner/private	420	300	120	351	20 %	69	300	351
DRG kreftmidler og dyre biologiske legemidler (H-reseptor)	3 164	2 900	264	2 101	51 %	1 063	2 900	2 101
<b>Sum DRG-poeng i h.h.t. "sørge for"-ansvaret</b>	<b>45 415</b>	<b>45 400</b>	<b>15</b>	<b>42 758</b>	<b>6 %</b>	<b>2 657</b>	<b>45 400</b>	<b>42 786</b>

Sykehusopphold	faktisk 12 m 18	bud. 12 m 18	avvik 12 m 18	faktisk 12 m 17	endring 2017-2018	endring 2017-2018	Budsjett 2018	Faktisk 2017
<b>Opphold behandlet i eget HF</b>								
- døgn - inkl. Nordagutu	27 833	28 500	-667	27 924	0 %	-91	28 500	27 924
- dagbehandling	20 999	20 700	299	19 806	6 %	1 193	20 700	19 806
- poliklinikk	165 846	165 250	596	162 091	2 %	3 755	165 250	162 091

Polikliniske konsultasjoner	faktisk 12 m 18	bud. 12 m 18	avvik 12 m 18	faktisk 12 m 17	endring 2017-2018	Budsjett 2018	Faktisk 2017
Kirurgi	79 777	79 662	115	79 523	254	79 660	79 593
Medisin	69 124	67 753	1 371	66 663	2 461	67 760	66 593
BUK	8 705	9 700	(995)	8 007	698	9 700	8 007
ABK	1 280	1 205	75	1 210	70	1 200	1 210
MSK	6 960	6 930	30	6 688	272	6 930	6 688
<b>STHF</b>	<b>165 846</b>	<b>165 250</b>	<b>596</b>	<b>162 091</b>	<b>3 755</b>	<b>165 250</b>	<b>162 091</b>

Antall sykehusopphold er for 2018 2 % lavere enn budsjett og tilnærmet likt med i fjor. For 2018 ble det utført 0,4 % flere polikliniske konsultasjoner enn budsjettet og 2,4 % flere enn i fjor. Antall dagopphold er 1 % høyere enn budsjettet, og 6 % høyere enn i fjor.

**Kirurgisk klinikk** per desember viser et avvik på - 443 poeng, som er en forbedring på 14 poeng siden forrige periode. De endelige tallene vil fortsatt kunne endre seg noe frem til endelig lukking 4. februar. Det forventes at DRG-poengene blir ytterligere nedjustert med ca 50 poeng på grunn av høy DRG-avsetning for ikke ferdig kodete opphold. Årets avvik skyldes i hovedsak pasientmangel på Notodden og høyt sykefravær i januar og februar, hvor også kirurger var fraværende, spesielt i plastikkirurgi. Enkelte endringer i gruppering av DRG har ført til at noen opphold som tidligere ble ført på poliklinikk blir ført på dagopphold i 2018. Dette har bidratt til et fall i DRG-indeks for dagopphold på flere fagområder gjennom hele året.

Klinikken har igangsatt flere tiltak for å bremse den negative utviklingen. Ytterligere tiltak iverksettes utover i 2019.

Aktiviteten i **Medisinsk klinikk**, målt i DRG, har vært 300 poeng (+1,5 %) bedre enn budsjettet per 12 måneder. Antall døgnopphold ved Medisinsk klinikk per 12 måneder var 2,5 % flere enn

budsjettert og 3 % høyere enn i fjor. Den polikliniske aktiviteten har vært 2 % høyere enn budsjettert og 4 % høyere enn i fjor (konsultasjoner som tidligere ble rapportert som Raskere tilbake teller nå med i ISF-grunnlaget – disse var ikke med i fjor. Korrigert for dette er antall konsultasjoner i 2018 tilnærmet likt med i fjor). DRG-indeksen (som er en indikasjon på kompleksiteten blant pasientene) var per 11 måneder noe svakere enn plan, men moderat høyere enn fjoråret.

**Medisinsk serviceklinikk** har aktivitet som budsjettert målt i konsultasjoner, men lavere DRG-vekter gir lavere uttelling. Det har også vært en økning i avbestilte timer i Fertilitetsavdelingen, hvor det ikke alltid er mulig å fylle ledige timer på kort varsel. Ny inkubator gir muligheter for økt grad av overbooking, og dette har gitt positiv effekt på antall DRG-poeng.

I **Barne- og ungdomsklinikken** er årsaken til lavere aktivitet færre opphold på barneavdelingen samt lavere DRG-indeks på nyfødt intensiv. Færre polikliniske konsultasjoner enn budsjettert er delvis kompensert av høyere DRG-indeks.

### Psykisk helsevern og TSB

Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er antall sykehusopphold 2 % høyere enn budsjettert, men 6 % lavere enn i 2017. Kortere liggetid og lavt belegg fører til at antall liggedøgn er lavere enn både budsjett og fjoråret.

Innenfor voksenpsykiatrien er antall sykehusopphold 1 % lavere enn budsjettert. Beleggsprosenten og gjennomsnittlig liggetid er høyere, noe som fører til at antall liggedøgn er 13 % høyere enn budsjettert. Både antall sykehusopphold og liggedøgn er høyere enn i fjor, på tross av en reduksjon i antall senger.

TSB har i 2018 et lavere antall sykehusopphold, men høyere antall liggedager målt mot budsjett.

Døgnaktivitet liggedøgn	faktisk des.18	bud. des.18	avvik des.18	faktisk des.17	endring 2017-2018	endring 2017-2018	Budsjett 2018	Estimat 2018	Faktisk 2017
Voksenpsykiatri	33 119	29 400	3 719	30 590	8 %	2 529	29 400	32 500	30 590
Barne- og ungdomspsykiatri	2 197	2 900	-703	2 432	-10 %	-235	2 900	2 100	2 432
TSB / RUS	2 798	2 300	498	513	445 %	2 285	2 300	2 900	513
<b>STHF</b>	<b>38 114</b>	<b>34 600</b>	<b>3 514</b>	<b>33 535</b>	<b>14 %</b>	<b>4 579</b>	<b>34 600</b>	<b>37 500</b>	<b>33 535</b>

Døgnaktivitet utskrevne	faktisk des.18	bud. des.18	avvik des.18	faktisk des.17	endring 2017-2018	endring 2017-2018	Budsjett 2018	Estimat 2018	Faktisk 2017
Voksenpsykiatri	1 627	1 650	-23	1 518	7 %	109	1 650	1 650	1 518
Barne- og ungdomspsykiatri	97	95	2	103	-6 %	-6	95	97	103
TSB / RUS	330	400	-70	174	90 %	156	400	340	174
<b>STHF</b>	<b>2 054</b>	<b>2 145</b>	<b>(91)</b>	<b>1 795</b>	<b>14 %</b>	<b>259</b>	<b>2 145</b>	<b>2 087</b>	<b>1 795</b>

Antall ISF-berettigede polikliniske konsultasjoner innenfor PHV og TSB er samlet sett budsjettert til å øke med 3,8 % i 2018 sammenlignet med faktisk oppnådd i 2017. I 2018 leverer BUP 4,4 % over budsjett, mens VOP og TSB ligger henholdsvis 4,4 % og 7,3 % lavere enn budsjettert nivå. Avviket på raskere tilbake utgjør 63 % av totalavviket innfor VOP.

<b>Poliklinikk psykiatri</b>		faktisk des.18	bud. des.18	avvik des.18	faktisk des.17	endring 2017-2018	endring 2017-2018	Budsjett 2018	Estimat 2018	Faktisk 2017
<b>Antall ISF-konsultasjoner</b>										
Barne og ungdomsklinikken	BUP	27 451	26 300	1 151	25 586	7,3 %	1 865	26 300	27 451	25 586
Klinikk for psykisk helsevern	VOP	50 908	51 775	-867	51 579	-1,3 %	-671	51 775	50 908	51 579
Klinikk for psykisk helsevern	TSB	12 349	13 325	-976	12 778	-3,4 %	-429	13 325	12 349	12 778
Raskere tilbake psykiatri	VOP	497	2 000	-1 503	-		497	2 000	497	-
SUM		<b>91 205</b>	<b>93 400</b>	<b>(2 195)</b>	<b>89 943</b>	<b>1 %</b>	<b>1 262</b>	<b>93 400</b>	<b>91 205</b>	<b>89 943</b>
<b>ISF-poeng</b>										
Barne og ungdomsklinikken	BUP	8 969	8 200	769	7 856	14 %	1 113	8 200	8 969	7 857
Klinikk for psykisk helsevern	VOP/TSB	8 993	9 025	-32	9 198	-2 %	-205	9 025	8 993	8 967
Raskere tilbake psykiatri	VOP	76	297	-221	-		76	297	76	-
SUM		<b>18 038</b>	<b>17 522</b>	<b>516</b>	<b>17 054</b>	<b>6 %</b>	<b>984</b>	<b>17 522</b>	<b>18 038</b>	<b>16 824</b>

## Prioriteringsregelen

Ventetid	2017	2018	Endring
Somatikk	58,0	55,7	-4,0 %
BUP	44,3	41,2	-7,0 %
VOP	48,8	43,0	-12,0 %
TSB	35,8	29,9	-16,5 %

Aktivitet	2017	2018	Endring
Somatikk	162 091	165 846	2,3 %
BUP	25 586	27 451	7,3 %
VOP	51 579	51 405	-0,3 %
TSB	12 778	12 349	-3,4 %

Kostnader (i antall 1000)	2017	2018	Endring
Somatikk	2 038 939	2 112 377	3,6 %
BUP	103 005	109 726	6,5 %
VOP	448 458	473 191	5,5 %
TSB	47 170	64 958	37,7 %

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

Prioriteringsregelen for ventetider er oppfylt innenfor alle tjenestoområdene. Som tidligere nevnt er ventetidene under 35 dager innenfor BUP, VOP og TSB i oktober, november og desember måned.

Gjennomsnittlig ventetid for somatikken er redusert med 2,3 dager i år målt mot fjoråret.

Voksenpsykiatrien har redusert ventetiden med 5,8 dager, barne- og ungdomspsykiatrien har redusert sin ventetid med 3,1 dager og TSB har redusert sin ventetid med hele 5,8 dager. De relative endringene viser at ventetidene i voksenpsykiatri har gått ned med 12 %, innen TSB har det gått ned med 16,5 %, barne- og ungdomspsykiatrien har redusert med 7 %, mens nedgangen i somatikken er på 4 %.

Både BUP, VOP og TSB innfrir målet om ventetid under 35 dager i desember måned isolert sett.

### Polikliniske konsultasjoner

Prioriteringsregelen for poliklinisk aktivitet er oppfylt for BUP, men ikke for de andre tjenestoområdene.

Nedgangen i aktivitet i psykiatrien skyldes et høyt antall vakante polikliniske terapeutstillinger og noe nedgang i produktivitet som knyttet til ressurskrevende pasienter, samt nylig ansatte terapeuter som vil kunne behandle flere pasienter på sikt. Tallene for oktober, november og desember isolert sett viser en stor forbedring i forhold til de foregående månedene.

### **Kostnader per tjenesteområde (tertialvis rapportering)**

Kostnadene i somatikken øker med 3,6 % i 2018 sammenlignet med samme periode i 2017. Dersom prioriteringsregelen skal oppfylles må hvert av tjenesteområdene BUP, VOP og TSB ha en større økning.

Kostnadene knyttet til BUP øker med 6,5 %. Det er nå færre vakante behandlerstillinger enn i 2017.

For VOP øker kostnadene med 5,5 %. Dette skyldes i hovedsak kostnader til FBV, særlig knyttet til Vitalis i Kragerø. Kostnadene knyttet til Vitalis har full effekt i hele 2018, mens det i 2017 kun var kostnader fra april måned og utover.

Det er etablert nytt avrusningstilbud fra mars 2018, og dette forklarer den høye veksten i kostnader innenfor TSB.

Prioriteringsregelen målt i kostnader per tjenesteområde er oppfylt for alle tjenesteområdene.

### **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.

Økning i sykefravær fra 2017 til 2018 kan ha en sammenheng med et stort sykefravær ved inngangen i 2018 i forbindelse med sesong-influensa.

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 2.972 brutto månedsverk per desember. Det er 27 årsverk færre enn i fjor, men 32 årsverk høyere enn budsjettert. Eksternt finansierte og ikke budsjetterte årsverk utgjør 10 av disse. Ser vi bort i fra den nye avrusningsposten så er det en reduksjonen av brutto månedsverk på 60 sammenlignet med fjoråret. Det ble budsjettert med en nedgang på 58 årsverk i 2018.

Klinikkene la frem tiltak for å redusere bemanningen med 58 årsverk i 2018. Noen av disse kom sent i gang, og ga ikke full effekt i 2018. Det jobbes fortløpende med ytterligere tiltak for bemanningsreduksjoner, men som følge av høyere sykefravær og derav høyere vikar-innleie, så er ikke effekten så stor.

Andelen variabellønnede i 2018 er 8,7 %, og det er 0,4 % - poeng høyere enn i fjor.

## Økonomi

Resultatet hittil i år korrigert for endrete pensjonsforutsetninger viser et positivt driftsresultat på 4,6 millioner kroner, som er 25,4 millioner kroner dårligere enn budsjettert.

Regnskapet viser et driftsresultat på -2,1 mill. kr. i desember og det negative budsjettavviket øker således med 4,6 millioner kr.

Resultatet i desember skyldes resultatforverring i klinikkene på om lag 5 millioner kr, som følge av lavere aktivitet, samt en korrigerende av for mye utbetalt refusjon fra HELFO for laboratorieanalyser innen medisinsk biokjemi. Kjøpt og salg av helsetjenester bidrar positivt med om lag 3 millioner kr i perioden.

Negativt driftsresultatresultat og budsjettavvik for året 2018 skyldes lavere polikliniske laboratorieinntekter som følge av takstendringer, lavere DRG-aktivitet i somatikken og mindre effekt av internt effektiviseringsarbeid enn lagt til grunn i budsjettet.

Negativt driftsresultatresultat og budsjettavvik hittil i år skyldes lavere polikliniske laboratorieinntekter som følge av takstendringer, lavere DRG-aktivitet i somatikken og mindre effekt av internt effektiviseringsarbeid. Det negative budsjettavviket er relatert til resultatene i klinikkene, delvis kompensert av positivt bidrag fra kjøp/salg av helsetjenester (lavere kostnader H-resepter og gjestepasienter).

I resultatet er det hensyntatt en kompensasjon på 10 millioner kr. som følge av takstjusteringene for laboratorietjenester. Det rapporteres et inntektstap på ca. 10 millioner kr. utover bokført kompensasjon pr. desember, i hovedsak knyttet til med. genetik. Kompensasjonen etter inntektsomleggingen er ført på andre driftsinntekter. Det er i tillegg inntektsført 7,8 millioner kr knyttet til netto salg av laboratorietjenester mellom regioner.

De polikliniske inntektene for laboratoriemedisin per november viste seg å være 4 millioner kr for høye, grunnet en feil i oppsettet for uttrekk av data til HELFO, som førte til at det ble sendt inn krav for samme analyse flere måneder etter hverandre. Duplikatkontroll hos HELFO har heller ikke avdekket denne feilen, men på bakgrunn av høye refusjonsbeløp og størrelsen på xml-filer ble det igangsatt undersøkelser.

Lønnskostnadene er høyere enn budsjettert. Dette kan til en viss grad forklares med uløste innsparingskrav i klinikkene som er budsjettert som reduksjon i fast lønn (og årsverk) – det er vurdert at mulighetsrommet for effektivisering og innsparing er knyttet til reduserte personellkostnader. Utfordringen er dimensjonering av kapasiteten avsatt til ØH som har få muligheter til kostnadsreduksjoner når pasientstrømmene varierer og går ned. Lavere sykepengerefusjoner som følge av lavere langtidssykefravær bidrar også til negativt budsjettavvik.

Kostnaden i år vedr. lønnsoppgjøret for 2018 er estimert til 46 millioner kr, som gir et negativt budsjettavvik på 5 millioner kr.

Opprinnelig uløst utfordring i budsjett 2018 er teknisk innarbeidet i budsjettet på fast lønn, med negative beløp på konto for vikar i ledig stilling.

<b>Regnskapsresultat pr. desember 2018</b>	<b>regnskap desember</b>	<b>budsjett desember</b>	<b>avvik desember</b>	<b>Budsjett 2018</b>	<b>Prognose 2018</b>	<b>avvik 2018</b>
Basisramme	2 281 154	2 327 304	-46 150	2 327 304	2 281 154	-46 150
Kvalitetsbasert finansiering	16 353	16 353	-	16 353	16 353	-
ISF dag- og døgnbehandling	770 153	767 321	2 833	767 321	772 499	5 179
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	164 108	155 524	8 583	155 524	165 072	9 548
ISF poliklinisk PHV/TSB	43 525	41 248	2 277	41 248	43 362	2 114
ISF fritt behandlingsvalg	-	-	-	-	-	-
ISF pasientadm. biologiske legemidler	69 533	62 971	6 563	62 971	70 648	7 677
Utskrivningsklare pasienter	11 124	8 192	2 932	8 192	10 192	2 000
Gjestepasienter andre regioner	10 372	10 623	-251	10 623	11 123	500
Gjestepasienter konserninterne	52 497	47 305	5 192	47 305	50 305	3 000
Polikliniske inntekter	81 784	103 847	-22 064	103 847	85 847	-18 000
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	51	-	51	-	51	51
Andre øremerkede tilskudd	8 879	8 402	476	8 402	8 902	500
Andre driftsinntekter	255 235	234 799	20 435	234 799	249 799	15 000
<b>SUM DRIFTSINNTEKTER</b>	<b>3 764 766</b>	<b>3 783 889</b>	<b>-19 122</b>	<b>3 783 889</b>	<b>3 765 307</b>	<b>-18 582</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	41 750	33 175	-8 575	33 175	43 475	-10 300
Kjøp av private helsetjenester	94 572	98 312	3 740	98 312	95 312	3 000
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	419 738	430 448	10 711	430 448	421 448	9 000
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	21 340	14 147	-7 194	14 147	19 647	-5 500
Konserninterne gjestepasientkostnader	227 966	223 478	-4 488	223 478	227 478	-4 000
Lønn til fast ansatte	1 734 472	1 720 522	-13 951	1 720 522	1 734 522	-14 000
Overtid og ekstrahjelp	96 597	91 702	-4 896	91 702	98 702	-7 000
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	320 363	367 902	47 538	367 902	320 373	47 529
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-91 131	-103 528	-12 396	-103 528	-94 528	-9 000
Annen lønn	283 080	285 977	2 897	285 977	279 977	6 000
Avskrivninger	100 177	103 000	2 823	103 000	100 400	2 600
Nedskrivninger	4 160	-	-4 160	-	4 200	-4 200
Andre driftskostnader	518 793	497 961	-20 832	497 961	520 908	-22 947
<b>SUM DRIFTSKOSTNADER</b>	<b>3 771 878</b>	<b>3 763 095</b>	<b>-8 783</b>	<b>3 763 095</b>	<b>3 771 913</b>	<b>-8 818</b>
<b>DRIFTSRESULTAT</b>	<b>-7 111</b>	<b>20 794</b>	<b>-27 905</b>	<b>20 794</b>	<b>-6 606</b>	<b>-27 400</b>
Finansinntekter	14 008	11 386	2 622	11 386	13 886	2 500
Finanskostnader	2 290	2 180	-110	2 180	2 280	100
<b>FINANSRESULTAT</b>	<b>11 718</b>	<b>9 206</b>	<b>2 512</b>	<b>9 206</b>	<b>11 606</b>	<b>2 400</b>
<b>(ÅRS)RESULTAT</b>	<b>4 607</b>	<b>30 000</b>	<b>-25 393</b>	<b>30 000</b>	<b>5 000</b>	<b>-25 000</b>

## Klinikkene

Klinikkresultatene samlet viser vesentlige negative avvik, og kirurgisk klinikk, medisinsk klinikk og akutt og beredskapsklinikken har de største avvikene. Det er også betydelige avvik i andre klinikker. Resultatene forverres også i desember for de fleste klinikkene. Lavere aktivitet, høyere kostnader enn budsjettert og dårligere effekt av forbedringstiltak er hovedårsak til de dårlige resultatene.

**Kirurgisk klinikk** har et akkumulert budsjettavvik på – 13,1 millioner kroner per desember, som er en forbedring på 0,1 millioner fra forrige periode. Desember har hatt god aktivitet og lavere lønnskostnader enn budsjettert. Det akkumulerte avviket skyldes i hovedsak høye variable lønnskostnader, uløst budsjettutfordring på 3,6 millioner, sviktende aktivitet på Notodden, lav aktivitet på flere områder i januar og februar ifm høyt sykefravær, samt mindre ø-hjelp enn forventet. Aktivitetsforbedrende og kostnadsreducerende tiltak på flere fagområder er allerede iverksatt, og har gitt en effekt. Ytterligere tiltak igangsettes i 2019. Klinikken har et negativt avvik på lønnskostnader på 5,4 millioner kroner. 0,9 millioner gjelder etterbetaling av tillegg fra 2016 og 2017 som ikke ble avsatt for ved årsskiftet, og 1,2 millioner gjelder overskridelser i forbindelse med sommeravviklingen i

august, og det resterende gjelder overforbruk av variable lønnskostnader på sengepostene. Det er igangsatt tiltak for å forbedre ressursplanlegging.

Resultater pr. klinikk vises i tabellen under:

BUDSJETTAVVIK desember 2018	lønn	andre driftskostnader	driftsinntekter	Sum	herav effekt forbedringstiltak	herav øvrig drift
Kirurgi	-5 443	-2 995	-4 651	-13 089	-4 547	-8 541
Medisin	-16 249	-9 450	12 969	-12 731	-2 280	-10 451
Barne- og ungdomsklinikken	-2 881	-3 220	-116	-6 217	-300	-5 917
Akutt og beredskap	-6 028	-7 938	1 056	-12 909	-5 961	-6 948
Medisinsk serviceklinikk	6 382	-3 669	-4 732	-2 018	-700	-1 318
Psykatri og rus	-2 016	-4 521	2 561	-3 976	-	-3 976
Service og systemledelse	-798	-6 657	1 803	-5 652	-	-5 652
<b>SUM klinikker</b>	<b>-27 032</b>	<b>-38 448</b>	<b>8 890</b>	<b>-56 591</b>	<b>-13 788</b>	<b>-42 803</b>
Administrasjon	7 491	1 762	-3 448	5 806	-	5 806
Kjøp og salg av helsetjenester		15 340	12 857	28 197		28 197
- biol.legemidler og kreftmidler		18 982	2 421	21 403		21 403
- somatikk		1 547	4 172	5 719		5 719
- psykiatri og TSB		-5 189	6 264	1 075		1 075
Felles poster	-7 416	-4 116	8 727	-2 805	-15 000	12 195
<b>BUDSJETTAVVIK desember 2018</b>	<b>-26 957</b>	<b>-25 462</b>	<b>27 027</b>	<b>-25 393</b>	<b>-28 788</b>	<b>3 395</b>
BUDSJETTAVVIK november 2018	-18 353	-28 325	25 873	-20 806	-26 346	5 540
BUDSJETTAVVIK oktober 2018	-13 122	-21 002	9 817	-24 307	-23 790	-517
BUDSJETTAVVIK september 2018	-12 802	-19 430	2 721	-29 511	-21 989	-7 523
BUDSJETTAVVIK august 2018	-10 293	-24 389	11 420	-23 262	-18 813	-4 449
BUDSJETTAVVIK juli 2018	-11 818	-21 818	12 554	-21 083	-21 193	111
BUDSJETTAVVIK juni 2019	-10 114	-24 113	11 357	-22 869	-19 721	-3 148
BUDSJETTAVVIK mai 2018	-9 320	-19 469	1 966	-26 823	-18 248	-8 575
BUDSJETTAVVIK april 2018	-6 923	-9 988	-4 671	-21 583	-12 854	-8 729
Budsjetttavvik mars 2018	-8 296	-1 775	-8 974	-19 045	-9 568	-9 477
Budsjetttavvik februar	-3 447	2 919	-14 669	-15 197	-6 356	-8 842
Budsjetttavvik januar	-3 255	2 874	-8 191	-8 573	-3 027	-5 546

**Medisinsk klinikk** har et negativt avvik på -12,7 millioner kroner for 2018 som i all hovedsak er knyttet til lønn og varekostnader. Noe av lønns-merkostnadene var knyttet til klinikkens uløste utfordringer i 2018-budsjettet. Klinikken er i ferd med å iverksette konkrete tiltak for å «lukke» denne uløste utfordringen. Klinikken har hatt sykemeldinger på leger i indremedisinske avdelinger – dette genererer høyere vikarutgifter enn budsjettet. Det har i starten av året vært et forholdsvis høyt sykefravær blant ansatte på sengeposter grunnet influensa, samt i perioder VRE-utbrudd som har gitt merkostnader utover budsjettet nivå. Budsjett-overskridelsene knyttet til varekostnader (-8 millioner kroner) refererer seg til høyere forbruk av dyre legemidler innen kreftbehandling. Høyere poliklinisk aktivitet kompenserer deler av merkostnadene. De pasientrelaterte inntektene er betydelig høyere enn budsjettet i år (+12,6 millioner kroner). 8 millioner kroner av dette skyldes høyere poliklinisk aktivitet enn budsjettet, mens ca. 4,5 millioner kroner refererer seg til økt enhetspris i 2018.

**Barne- og ungdomsklinikken** har stort negativt avvik i 2018 grunnet lavere ISF inntekter i barne- og ungdomsmedisin (kombinasjon av færre innleggelser og lavere vekter) og høyere medikamentkostnader. Gode inntekter og vakanser i BUP kompenserer bare delvis for merforbruk på lønn i barne- og ungdomsmedisin.



**Akutt og beredskapsklinikken** har et negativt resultat for 2018 på 12,9 millioner kroner. Det er en endring fra forrige måned på 1,9 millioner kroner.

ABK er rammefinansiert, og økt aktivitet gir ingen økte inntekter – økt aktivitet gir økte kostnader som ikke er budsjettert.

Hovedårsaker til resultatet kan oppsummeres som følger:

- Ekstraordinære kostnader private ambulanser (aktivitet/KLP/lønn og prisregulering) 2 millioner kroner
- Ikke innfridde poster i sparepakke 2 (sommerstengt Notodden/Porsgrunn. Overgrepsmottak. FOVA), ikke gjennomførte tiltak på STHF-nivå 2,5 millioner kroner.
- Økt aktivitet (intensiv + 15 %, akuttmottak + 5 %, ambulanse + 6 %) og planlagt økt aktivitet for kirurgiske inngrep ORT/URO i Skien, 5,5 millioner kroner.
- Uforutsette forhold i Prehospital avdeling (VRE-utbrudd/pålagt PLIVO/ny innkjøpsavtale på ambulansetøy) 1,5 millioner kroner.
- Forhøyet fravær (5 % til 7 %) 1,5 millioner kroner.

Resultatet i **Medisinsk service klinikk** har gjennom året vært preget av lavere inntekter innen medisinsk genetikk, som følge av omlegging av finansieringsordning fra 1. januar 2018. Inntektstapet er nå kompensert gjennom tilførte midler; kompensasjon fra HSØ for tapte inntekter, samt tildeling tilsvarende netto inntekter av salg av laboratorietjenester til andre regioner. I tillegg har aktiviteten har vært god de siste månedene, og inntektene høyere enn forventet. Innen radiologi er kostnadene med innleie av radiologer til dels dekket inn ved lavere lønnskostnader, mens fertilitetsavdelingen har oppnådd færre DRG-poeng enn budsjettert som følge av lavere vekter, og samtidig er varekostnadene høyere enn budsjettert.

**Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling** leverte et negativt budsjettavvik på 4,0 millioner kroner i 2018. Klinikken resultat har de siste månedene vært preget av høy aktivitet og dyr drift på akuttseksjonene, samt innleie av 3 leger fra private byråer. I desember måned isolert, leverte klinikken et negativt budsjettavvik på 3,0 millioner. Den polikliniske aktiviteten tok seg opp på slutten av året, og sammen med en økt ISF-pris så ble ISF-inntektene 0,4 millioner bedre enn budsjettert.

**Service- og Systemledelse** avsluttet 2018 med et negativt avvik på 5,6 millioner kroner, en forverring i forhold til forrige måned, men en stor forbedring sammenlignet med opprinnelig estimat som var på minus 10 millioner kroner. I tillegg til effektivering av uløste merverdikrav 2018, var det stram styring og implementering av ny taxiavtale som ga kostnadsreduksjon. Budsjettavvik knyttet til behandlingshjelpemidler, som er fra pasientstyrt aktivitet og ikke mulig å påvirke, var på -7,3 millioner kroner, noe klinikken ikke klarte å kompensere med positive avvik i andre avdelinger.

**Administrasjonen** har et positivt budsjettavvik på 5,8 millioner kroner per desember. Lavere kostnader dekker opp for manglende inntekter.

**Felles:** Positivt avvik på inntekter har sammenheng med risikobufferen i budsjettet, som i stor grad oppveier for manglende effekt av budsjettert innsparing.

## **Tertialvise forhold**

### **Forskning**

I 2018 har forskere ved STHF vært medforfattere på 56 vitenskapelige publikasjoner og to av våre ansatte ble kreditert PhD-grad. Vi har publisert flere artikler og flere artikler i høyere rangerte tidsskrifter enn tidligere år. Vi fikk tildelt 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. Prosjektleder, en postdoktor, en PhD-kandidat og en prosjektmedarbeider ved STHF er tilknyttet CPpain-prosjektet. I tillegg har vi fått eksterne forskningsmidler fra ALS-Norge til et nytt prosjekt om genetisk kartlegging av ALS-pasienter i Norge.

De interne forskningsmidlene for 2019 er fordelt til 9 prosjekter hvorav 3 er videreføring av pågående PhD-prosjekter, 4 er PhD-prosjekter som skal startes opp i løpet av 2019 og 2 fikk midler til videre planlegging av PhD-prosjekter med oppstart i 2020. Vi samarbeider med utdanningsinstitusjonene UiO og USN om å få på plass en akademisk toppstilling på hvert sted i løpet av 2019.

Forskningsavdelingen jobber fortsatt med infrastruktur for forskning og tilpasninger til ny personvernforordning. En ny rådgiver for forskning er ansatt og skal sammen med en prosjektgruppe jobbe videre med tiltak for å imøtekomme nye krav til personvern innen forskning.

STHF deltar nå i seks sponsor-initierte kliniske studier. Avdeling for arbeidsmedisin er med på en stor søknad om EU-midler og forskningsmiljøet rundt Telemarkstudien ekspanderer stadig.

Prosjektet «Akuttkjeden i Telemark» mottok 1,3 millioner i regionale midler til tjenesteinnovasjonstiltak. Ansvaret for innovasjon flyttes fra FoU-avdelingen til utviklingsavdelingen og FoU-avdelingen skifter navn til forskningsavdelingen.

### **Pasientsikkerhetsprogrammet**

Sykehuset Telemark har opprettholdt innsatsen på innføringen av alle nye og opprinnelige innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet i år. 13 av 16 innsatsområder er innført. Sykehuset innrapporterer tertialvis regionalt på arbeidets progresjon.

Innsatspakken trygg kirurgi er innført på alle tre lokasjoner. Innsatspakkene behandling av hjerneslag, urinveisinfeksjoner, infeksjon ved SVK, trykksår, fall, forebygging av selvmord, tidlig oppdagelse av forverret tilstand, og forebygging av underernæring er alle innført med en måloppnåelse på 100 prosent. Sykehuset har hatt en utfordring i implementeringen av innsatspakken; forebygging av underernæring men har nå implementert denne 100 prosent ved sykehuset i Skien. Noe videre arbeide er pågående på Notodden. Ved innsatspakken tidlig oppdagelse og behandling av sepsis, er den implementert i akuttmottak både i Skien og på Notodden, samt også på medisinsk sengepost ved sykehuset i Skien. Medisinsk sengepost på Notodden var på læringsnettverk for tidlig oppdagelse av sepsis på sengepost i regional regi desember i år, og er således i startfasen med implementeringen av dette innsatsområdet. Læringsnettverket er ferdig i september 2019.

Ledelse av pasientsikkerhet har vært et fokusområde for sykehuset og det er gjennomført totalt seks pasientsikkerhetsvisitter i løpet av året. Tilbakemeldingene fra seksjonene som har hatt visitter er

gjennomgående positive og gode. Oppfølgingen av pasientsikkerhetsvisittene er gjennomgått og diskutert i foretakets Kvalitet og pasientsikkerhetsutvalg (KPU).

Sykehuset opplever et utfordringsbilde ved breddingen av de ulike innsatsområdene i en travel klinisk, og økonomisk utfordrende hverdag. Det er derfor knyttet spenning til de nye innsatsområdene som er planlagt annonsert for 2019. Sykehusets store innsats på pasientsikkerhetsområdet opprettholdes også det kommende år.

### 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.

Nedenfor følger en tabell som kortfattet viser status for tilsyn tredje tertial 2018 med status for oppfølging.

	Tilsyns-organ	Enhet i organisasjonen	Tema	Funn	Handlingsplan/tiltak	Status	Sak
Okt 2017 – jan 2018	Konsern - revisjon	STHF	Om det er etablert en hensiktsmessig, overordnet styrings- og forvaltningsmodell for GAT i hele foretaksgruppen, og om denne fungerer etter hensikten.	3 anbefalinger	Presentert i egen styresak 23.05.2018	Oppfølging pågår. Oppfølging i samarbeid med HSØ for å se i sammenheng med felles regional standard.	
Okt. 2018	Fylkesmannen i Telemark	Medisinsk klinikk, Avdeling Øvre Telemark	Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A – Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse	Bare mottatt foreløpig rapport.		Oppfølging av avvikene pågår i samarbeid med Avdeling B.	

	Tilsynsorgan	Enhet i organisasjonen	Tema	Funn	Handlingsplan/tiltak	Status	Sak
		Avdeling B	se som motsetter seg helsehjelpen				
Okt. 2018	Fylkesmannen i Telemark	Medisinsk klinikk, Avdeling B	Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A – Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen	2 avvik: 1) Manglende system for vurdering av samtykkekompetanse 2) Det sikres ikke at det blir fattet vedtak når det gis tvungen somatisk helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse	Frist for tilbakemelding til FM 22.02.19	Oppfølging av avvikene pågår i samarbeid med Avdeling Øvre Telemark.	18/02103
Aug. 2016	Landsomfattende tilsyn: Fylkesmannen i Telemark, Vestfold og Agder	Akutt-mottaket	Forsvarlig utredning og behandling av sepsis	1 avvik vedr mangelfull dokumentasjon av nødvendige tidsangivelser	Oppfølging av tilsynet avsluttet. Fokus på tidlig og god behandlingss tart ved mistanke om sepsis opprettholdes .	Fylkesmannen avsluttet oppfølging av tilsynet november 2018.	16/00435
Vår 2018	Arbeids-tilsynet	Avd. for pre-hospitale tjenester	Temaet for tilsynet var følgende: - Risikovurderinger	Foreløpig rapport foreligger med varsel om	Risikovurdering på de tre lokasjoner under ferdigstillelse	Lukkefrist 01.03.2019	18/00479

	Tilsynsorgan	Enhet i organisasjonen	Tema	Funn	Handlingsplan/tiltak	Status	Sak
		, ambulan setjenesten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Smittevern og hygiene</li> <li>- Ergonomi (løft, hjelpemidler etc)</li> <li>- Vold og trusler</li> <li>- Stasjonene (utforming, innhold, hvilerom, garderober, oppholdsrom etc)</li> <li>- Bruk av BHT</li> </ul>	<p>pålegg på 5 områder:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ergonomi/m anuelt arbeid</li> <li>2) Vold og trusler</li> <li>3) Smitte og smittevern</li> <li>4) Plan for bruk av BHT</li> <li>5) Arbeidsbelastning (Skien)</li> </ol>	. Plan for oppfølging oversendes Arbeidstilsynet innen fristen		
Feb. 2018	Statens strålevern	Nukleær - medisinsk avdeling	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medisinsk strålebruk</li> <li>2. Radioaktivt utslipp og avfall</li> </ol>	<p>Avvik med tema strålevern:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1: Årlig opplæring</li> <li>2: Risikovurdering</li> <li>3: Strålevern-organisering</li> <li>4: Oppbevaring av strålekilder</li> </ol> <p>Avvik med tema radioaktivt utslipp og avfall:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1: Systemet for internkontroll</li> </ol>	Oppfølging pågår.	<p>Frist for å svare Statens strålevern overholdt. Statens strålevern har lukket de fleste avvikene, men dialog om noen mindre forhold. Dokumentasjon oversendt uke 35.</p> <p>Avvik lukket. Tilsyn avsluttet.</p>	

	Tilsynsorgan	Enhet i organisasjonen	Tema	Funn	Handlingsplan/tiltak	Status	Sak
				<p>sikrer ikke forsvarlig håndtering av radioaktivt avfall</p> <p>2: Risiko-vurderingen omfatter ikke risiko for ytre miljø i forbindelse med radioaktiv forurensning og radioaktivt avfall. Vurderingen må foreligge skriftlig.</p>			
Sept 2018	DNV	ST	ISO 14001: 2015 Miljøledelse - resertifisering	<p>Funn:</p> <p>Kategori 1 avvik: 1</p> <p>Kategori 2 avvik: 5</p> <p>Observasjoner: 17</p> <p>Forbedringsmuligheter: 12</p>	Handlingsplan oversendt DNV. Kategori 1 avviket lukket.	Revisjon gjennomført uke 36	
Mars 2018	Skagerak Energi	STHF		4 avvik vedr dokumentasjon og rutiner knyttet til eksplosjonsområder i fyrrommet	Oppfølging pågår	Dialog om ny lukkefrist	

	Tilsynsorgan	Enhet i organisasjonen	Tema	Funn	Handlingsplan/tiltak	Status	Sak
Des 2018	Brannvesenet	Skien	Brannsikkerhet	To avvik: 1) Internkontroll 2) Rutinesvikt ved utskiftning av låssylindere og blokkering av branddør		Avvik 2 lukket. Arbeidet med avvik 1 pågår.	
Sept 2018	Luftfartstilsynet		Skien helikopterplass	5 funn/avvik	Samtlige funn lukket	Tilsyn avsluttet	

### Uønskede hendelser og klagesaker

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

Hendelser som har ført til eller kunne ført til betydelig pasientskade skal etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 meldes til Meldeordningen i Helsedirektoratet. Alvorlige pasientrelaterte hendelser skal i tillegg varsles til Statens helsetilsyn etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.

Sykehuset har i flere år arbeidet systematisk med hendelsesanalyse etter alvorlige hendelser. Høsten 2018 evaluerte sykehuset sin metodikk for hendelsesanalyser. Blant annet må det i større grad sikres at relevant informasjon innhentes fra pasient og pårørende. I tillegg må det vurderes hvordan oppfølgingen av hendelsesanalysene best kan settes i system.

Frem til at sykehuset har et nytt og mer funksjonelt forbedringssystem på plass vil det være behov for manuell oppfølging av uønskede hendelser og klagesaker for å statistikk, analyse og rapportering.

	Pasient-hendelser	Pasienthendelser meldt til Helsedirektoratet (§ 3-3)	Pasienthendelser varslet til Statens helsetilsyn (§ 3-3a)
Resultat 2016	1039	462	25
Resultat 2017	923	347	19
1. tertial 2018	299	168	9
2. tertial 2018	291	130	6
3. tertial 2018	344	162	7
Resultat 2018	934	403	22

Det er mottatt totalt 127 pasientklager 2. tertial 2018. I denne sammenheng omfatter klagesaker klage fra pasient/pårørende (inkl. Pasient- og brukerombudet), hendelsesbaserte tilsynssaker og krav om erstatning til Norsk pasientskadeerstatning.

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

	Klage fra pasient /påørende inkl. pasient- og brukerombudet	Hendelsesbaserte tilsyns-saker	Krav om erstatning til NPE	Annet	Sum total
Resultat 2016	157	51	121	12	333
Resultat 2017	133	29	122	13	280
1. tertial 2018	37	19	41	6	103
2. tertial 2018	45	12	41	2	100
3. tertial 2018	56	14	49	8	127
Resultat 2018	138	45	131	16	330



# Virksomhetsrapport

Desember 2018

## Innhold

1. Hovedmål

2. Pasient

3. Bemanning

4. Aktivitet

5. Kvalitetsindikatorer

6. Økonomi

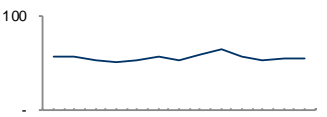
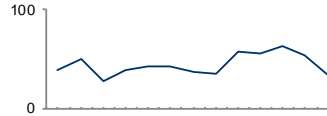
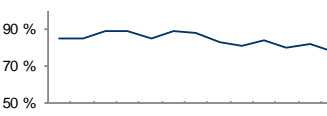

7. Klinikker

# Oppsummering

**Desember 2018**

Sykehuset Telemark	Faktisk HIÅ	Budsjett HIÅ	Avvik HIÅ	HIÅ 2017	Årsestimat	Årsbudsjett	Avvik
<b>Kvalitet per måned</b>							
Ventetid påstartet, denne periode	53			56			
Ventetid ventende, denne periode	61			63			
Antall fristbrudd påstartet, denne periode	34			30		0	
Antall fristbrudd venter, denne periode	50			63		0	
<b>Aktivitet</b>							
<b>ISF-poeng somatikk</b>							
"Sørge for" (døgn, dag og polkl.)	42 251	42 500	-249	40 686	42 251	42 500	-249
Legemidler	3 164	2 900	264	2 274	3 164	2 900	264
Totalt antall ISF poeng "sørge for"	45 415	45 400	15	42 960	45 415	45 400	15
Utført eget HF/Sykehus	42 090	42 500	-410	40 603	42 090	42 500	-410
<b>ISF-poeng Psyk</b>							
Voksenpsykiatri og TSB	9 053	9 322	-269	9 198	9 053	9 322	-269
Barne- og ungdomspsykiatri	8 984	8 200	784	7 856	8 984	8 200	784
<b>Polikliniske konsultasjoner</b>							
Somatikk	165 846	165 250	596	162 000	165 846	165 250	596
VOP	51 405	53 775	-2 370	51 579	51 405	53 775	-2 370
BUP	27 451	26 300	1 151	25 586	27 451	26 300	1 151
TSB	12 349	13 325	-976	12 778	12 349	13 325	-976
<b>Bemanning</b>							
Brutto månedsveverk	2 972	2 940	-31	2 995	2 972	2 940	32
Innleie helsepersonell	18 456	14 147	-4 309	18 699	14 147	14 147	-
Lønn til fast ansatte	1 582 918	1 720 522	137 604	1 687 156	1 720 521	1 720 521	-
Overtid og ekstrahjelp	89 384	91 702	2 317	97 036	91 701	91 701	-
Sykefravær (forrige måned)	6,93			6,70			
<b>Økonomi (hele tusen)</b>							
Driftsinntekter	3 764 766	3 783 889	-19 122	3 639 004	3 765 307	3 783 889	-18 582
Driftskostnader	3 771 878	3 763 095	-8 783	3 656 442	3 771 913	3 763 095	-8 818
Netto finansresultat	11 718	9 206	2 512	8 583	11 606	9 206	2 400
Pensjon	-	-	-	-	-	-	-
Årsresultat	4 607	30 000	-25 393	-8 856	5 000	30 000	-25 000

## Regionale hovedmål

Hovedmål	Mål 2018	Utvikling siste	Status	Resultat	Resultat
		12 mnd	2016	2017	des.18
Gjennomsnitt ventetid somatikk redusert til 60 dager. Ordinært avviklede pasienter.	60		62	57	55
Pasienten opplever ikke fristbrudd (påstartet)	Antall brudd		56	30	34
	Andel av med frist		1,9 %	1,0 %	1,3 %
Pasienten får bekreftelse og tidspunkt for behandling i samme brev	100%		76 %	84 %	78 %
Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer	Årsresultat		-75,6 mill	-8,9 mill	4,6 mill
	Budsjettavvik		-90,6 mill	16,1 mill	-25,4 mill
Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3%	3%	Siste måling november 2018	4,5 %	2,8 %	3,8 %
Alle medarbeider involveres i oppfølging av medarbeider-undersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet	100%	Siste måling vår 2018	87 %	87 %	86 %
Korridorpasienter	0 %		0,9 %	0,6 %	0,7 %

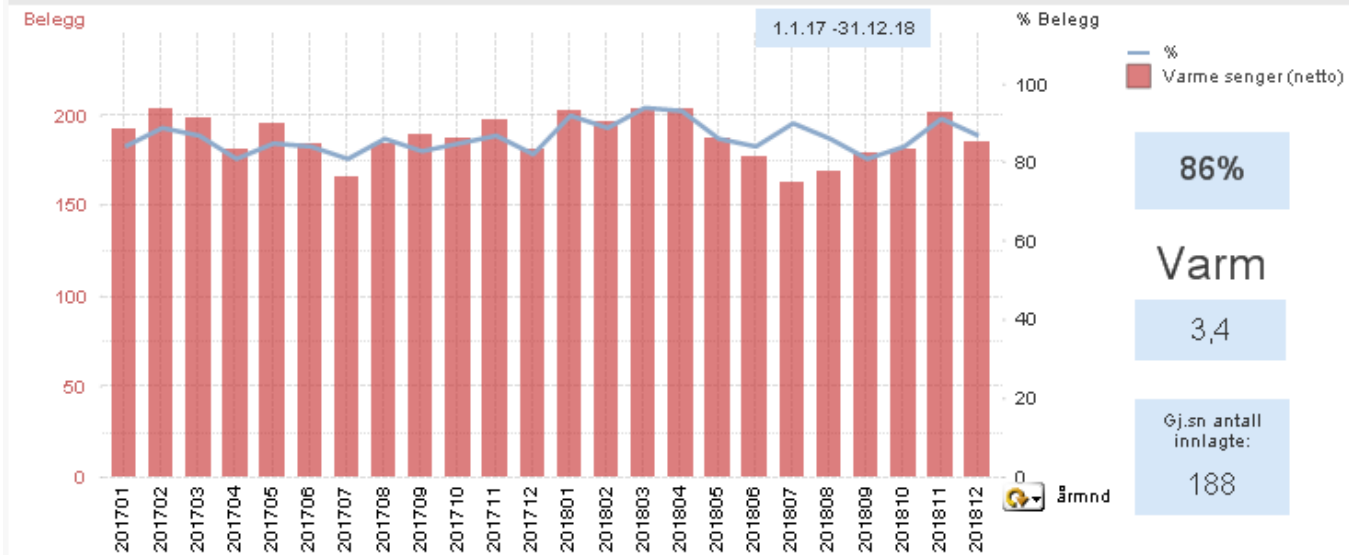
Prioriteringsregelen - status hittil i år	Antall dager		% endring hittil i år 2017-2018						
	Ventetider påstartet		Ventetider påstartet		Polikliniske konsultasjoner		Bemanning		
	Oktober 2018	jan-des '18	jan-des '17	Somatikk	Psykiatri/TSB	Somatikk	Psykiatri/TSB	Somatikk	Psykiatri/TSB
STHF	55	58						-1 %	
SOMATIKK	56	58	-4 %		2 %			-2 %	
BUP	41	44		-7 %		7,3 %			3 %
VOP	43	49		-12 %		-0,3 %			-3 %
TSB	30	36		-16 %		-3,4 %			49 %
<b>Endring pr klinikk</b>	<b>0</b>	<b>0</b>							
(01) Kirurgisk klinikk	64	66	-2 %		0 %			-2 %	
(02) Medisinsk klinikk	44	45	-4 %		4 %			-2 %	
(03) Barne- og ungdomsklinikken, somatikk	46	62	-26 %		9 %			-3 %	
(303) Avdeling for barn og unges psykiske helse	41	44		-7 %		7 %			1 %
(06) Akutt og beredskap	65	103	-37 %		6 %			-1 %	
(07) Medisinsk Serviceklinikk	71	75	-4 %		4 %			-3 %	
(09) Klinikk for psykisk helsevern, VOP	43	49		-12 %		0 %			-3 %
(09) Klinikk for psykisk helsevern, TSB	30	36		-16 %		-3 %			49 %
(13) Service og systemledelse								-1 %	
(15) Administrasjon								6 %	
<i>Fotnote: Påstartet = Avviklet</i>									
<i>Fotnote: Ventetid KPR i 2017 er uten LAR pga feilføringer</i>									
<i>Fotnote: Kostnadene er eks. avskrivninger, legemidler og pensjon</i>									

Senger i bruk per somatisk sengepost.  
Tekniske poster utelatt.  
Tatt ut 7/1-19.

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

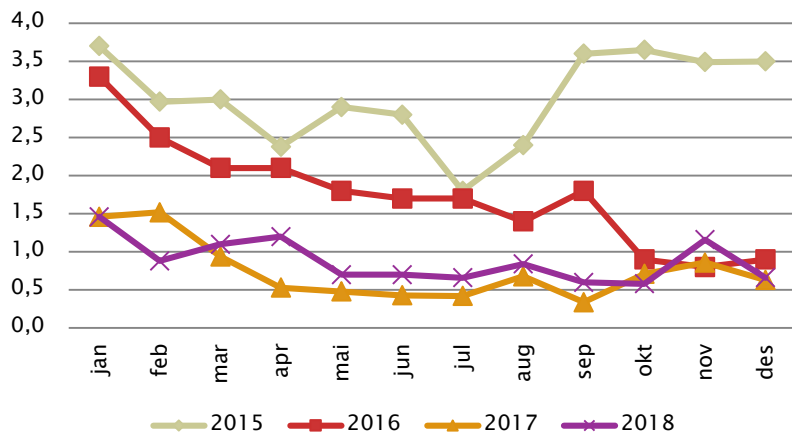
Senger i bruk per post						1.12.18 -31.12.18
Post	Postopphold	Varme senger 2016	Varme senger (netto)	Senger	%	Vakt
	2805	-		212	87%	
Kirurgisk post 1 Skien	630	-		23	104%	0,0
Blod-kreft post Skien	158	-		18	93%	0,0
Lunge-geriatri Skien	166	-		20	91%	0,0
Ortopedisk post Skien	282	-		21	89%	0,0
Infeksjon post Skien	92	-		10	87%	0,0
Hjerte-nyre-hormon Skien	324	-		26	86%	0,0
Gastro post Skien	328	-		25	84%	0,0
Nevrologi-slag-rehab Skien	231	-		19	83%	0,0
Mage-Tarm post Skien	129	-		12	81%	0,0
Medisinsk post Notodden	275	-		26	80%	0,0
Kirurgisk post Notodden	190	-		13	70%	0,0

### Belegg og vakt (188,1 - 0,0)

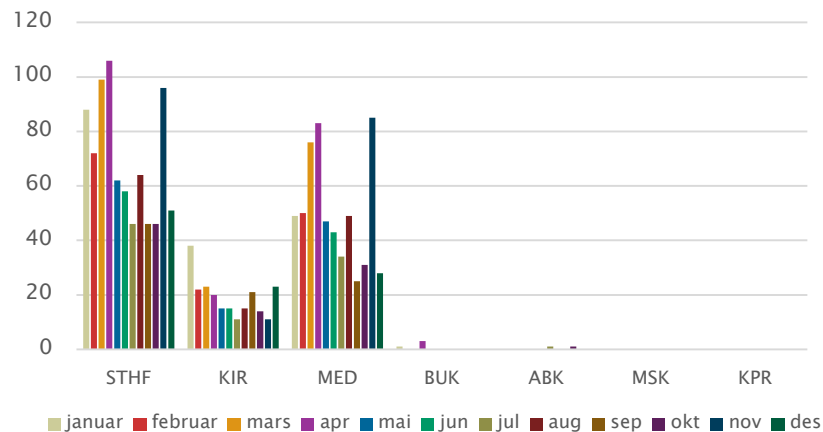


Senger i bruk for somatiske  
sengeposter.  
Tekniske poster utelatt.  
Tatt ut 7/1-19.

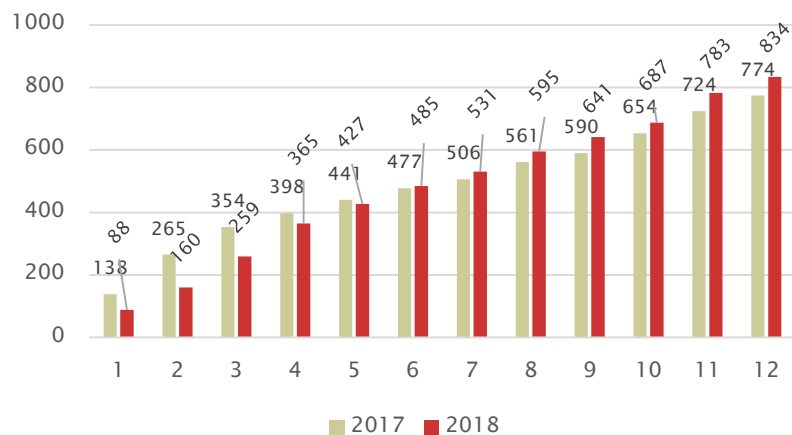
### Andel Korridorpasienter STHF



### Antall korridorpasienter per klinikk 2018



### Antall Korridorpasienter akkumulert STHF 2017-2018



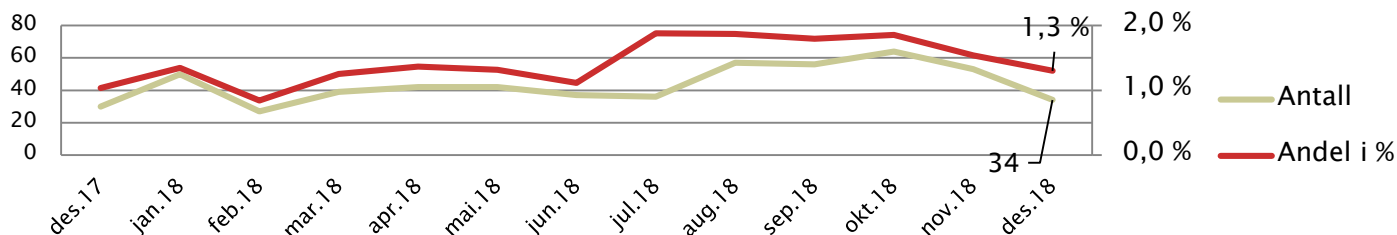
Andel korridorpasienter - somatikk	November	Desember	HIA 2018	HIA 2017	HIA 2016
Kirurgisk klinikk	11	23	228	264	373
Medisinsk klinikk	85	28	600	499	1392
Barne og ungdomsklinikk	3	0	4	4	44
Akutt og beredskaps klinikk	0	0	2	0	6
Medisinsk teknisk klinikk	0	0	0	7	65
Psykiatrisk klinikk	0	0	0	0	56
<b>Sykehuset Telemark</b>	<b>99</b>	<b>51</b>	<b>834</b>	<b>774</b>	<b>1936</b>

# Pasient

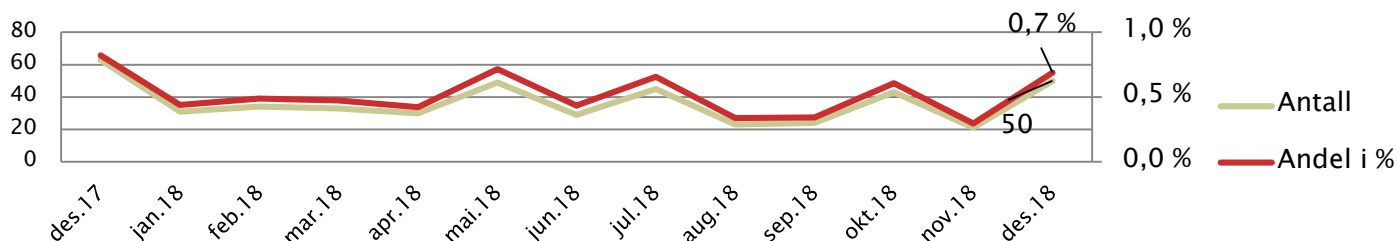


## Utvikling over tid for aktivitet i hele STHF alle omsorgsnivåer

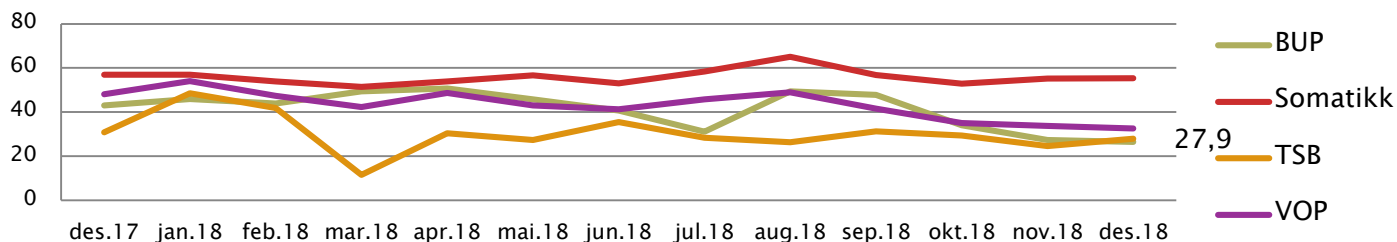
### 1. Antall/andel fristbrudd påstartet STHF.



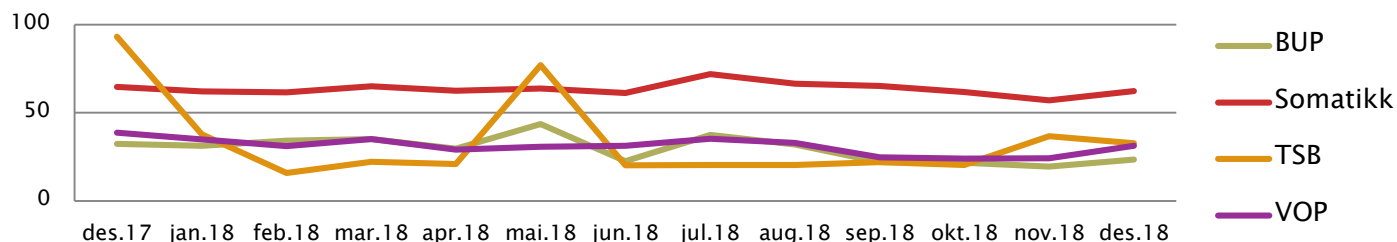
### 2. Antall/andel fristbrudd ventende STHF.



### 3. Gjennomsnittlig ventetid påstartet STHF



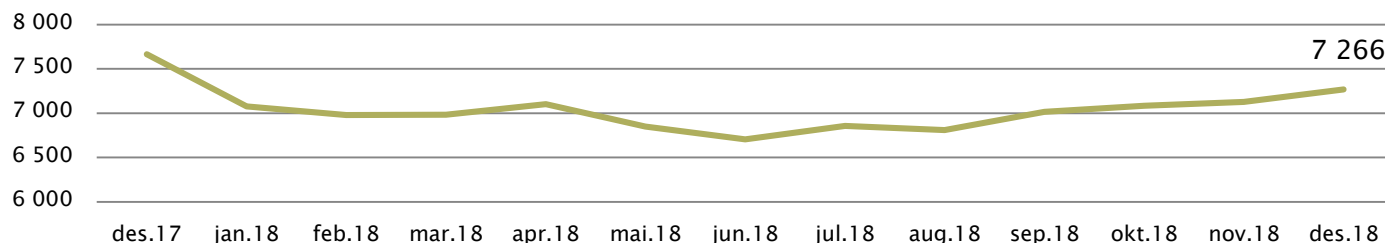
### 4. Gjennomsnittlig ventetid ventende STHF.



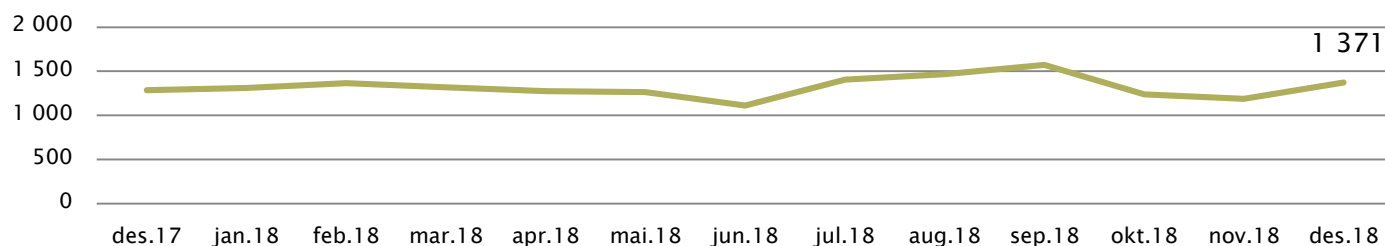
Paul Husmo, husp@sthf.no tlf:35 08 03 02

## Utvikling over tid for aktivitet i hele STHF alle omsorgsnivåer

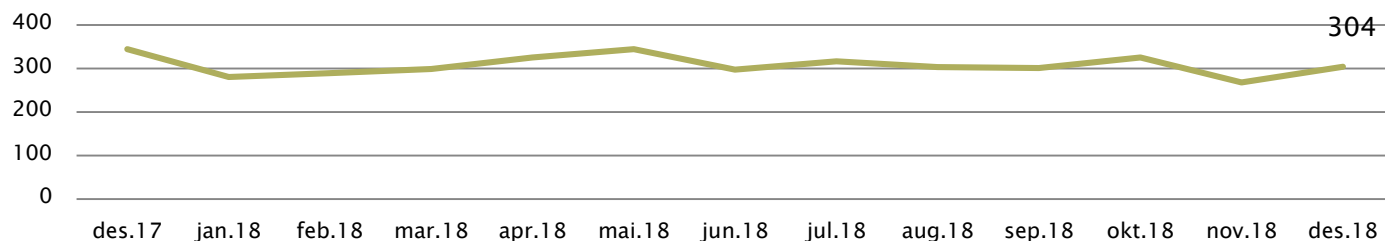
**5. Antall som venter på STHF.**



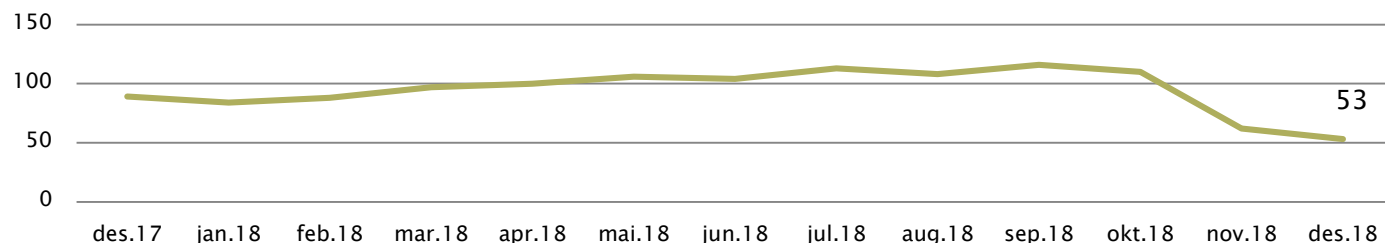
**6. Antall ventende som har ventet mer enn 3 måneder STHF.**



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

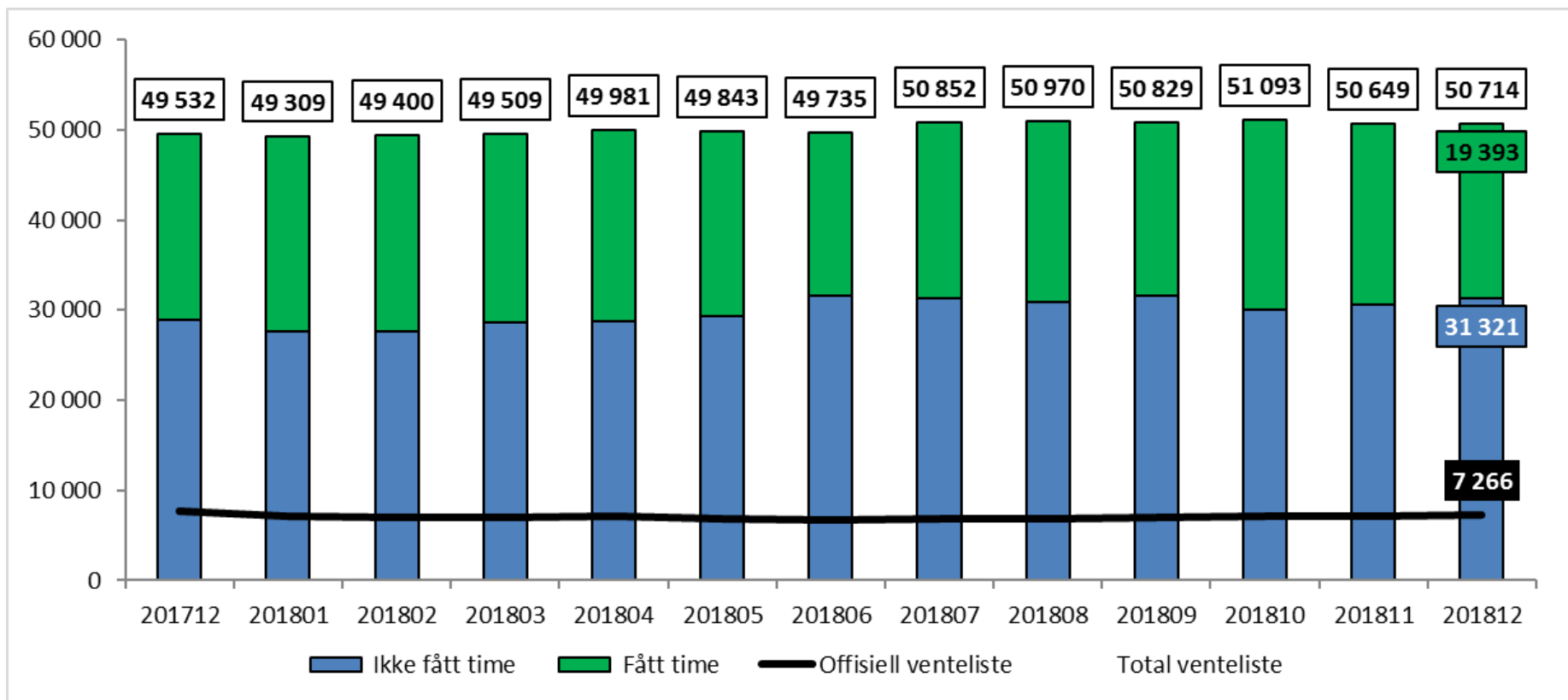


**8. Antall ventende som har ventet mer enn et år STHF.**

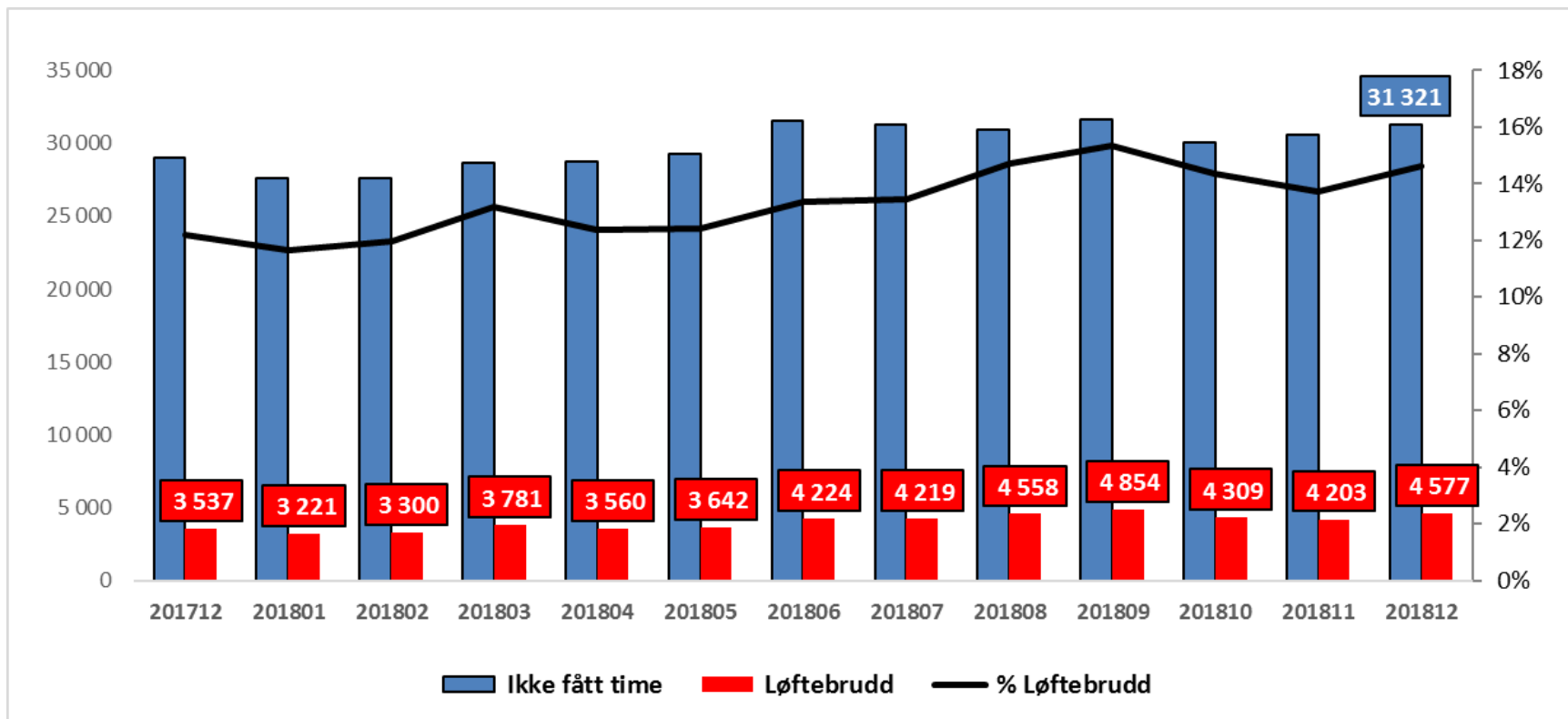


Paul Husmo, husp@sthf.no tlf:35 08 03 02

## Utvikling i «offisiell venteliste» vs «total venteliste», samt andelen av pasienter som har fått tildelt time.



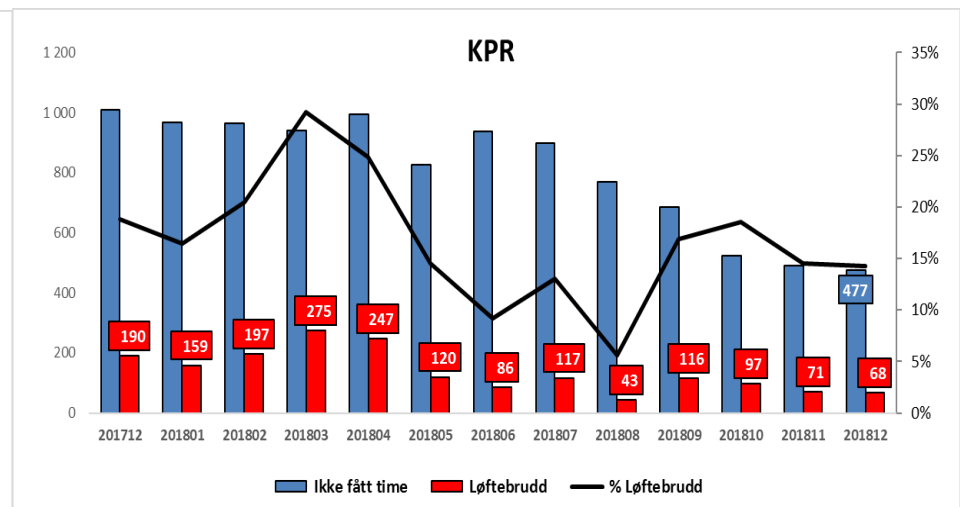
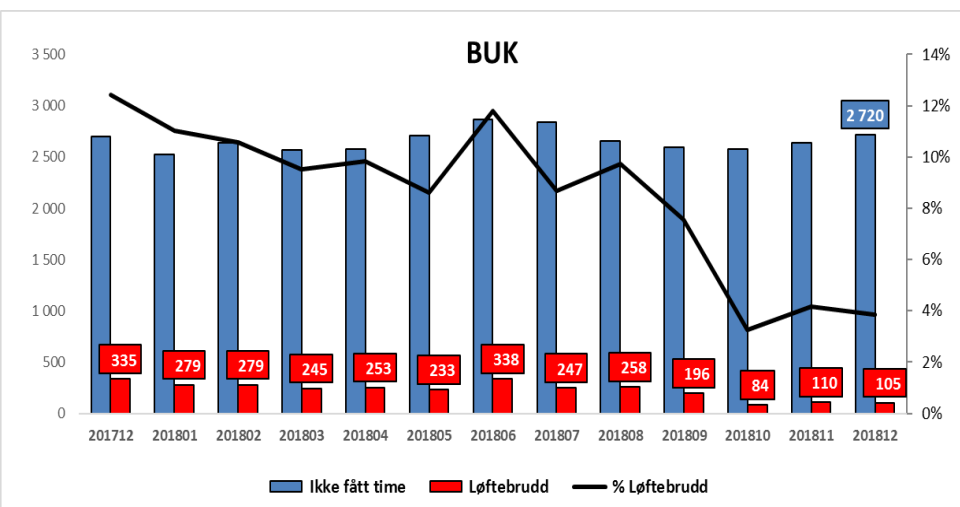
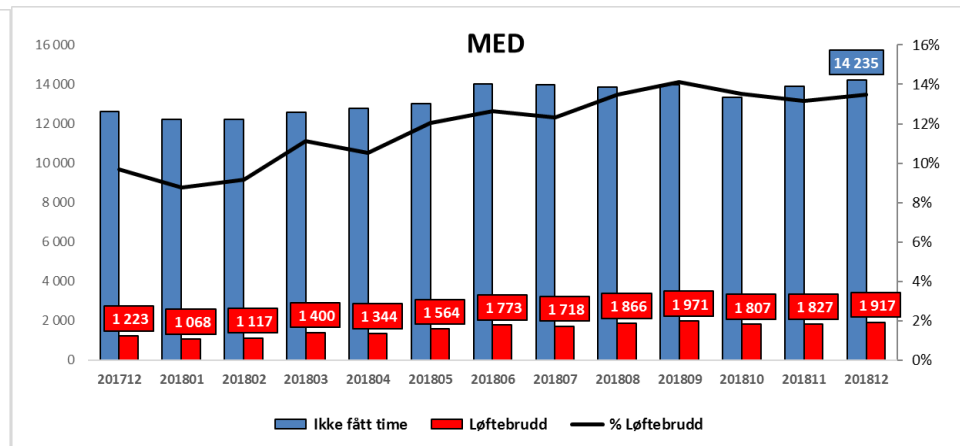
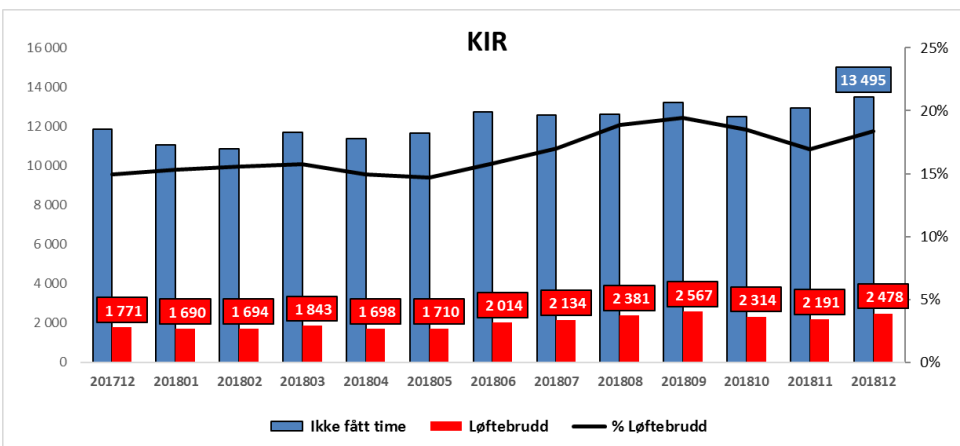
# Antall / Andel «passert tentativ tid» = Løftebrudd (av pasientene som ikke har fått time-innkalling, blå søyle fra forrige graf)



Tentativ tid er den datoen som behandler setter opp på kontakten til pasienten, som indikasjon for når pasienten skal få time. Dersom denne datoen er passert, så kalles dette for «løftebrudd» (rød søyle). Vi regner denne i andel av alle kontakter som er satt opp, der pasientene foreløpig ikke har fått innkallelse (blå søyle).

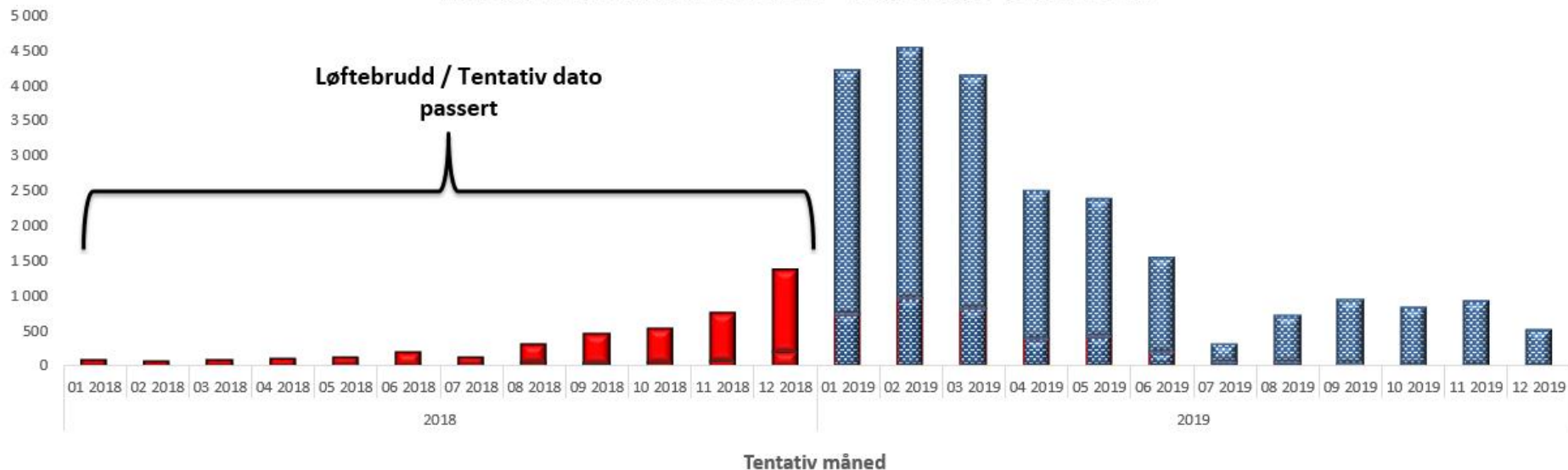
# Antall / Andel Løftebrudd fordelt pr Klinik

## Utvikling



# Status pr 1. jan; kontaktene fordelt etter tentativ måned. (Når skal pasienten ha time?)

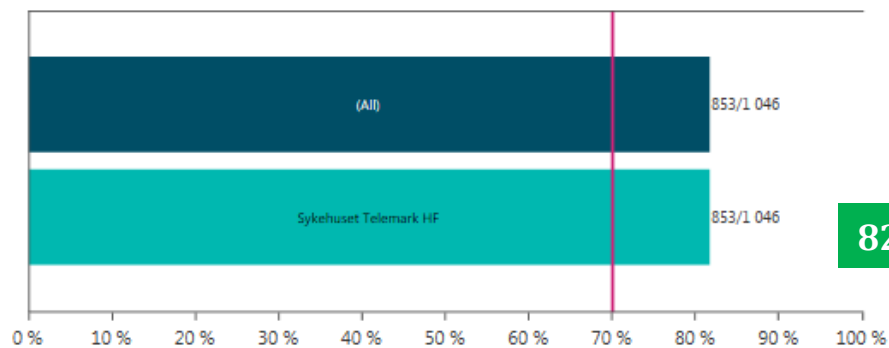
Alle kontakter uten tildelt time - fordelt etter tentativ frist



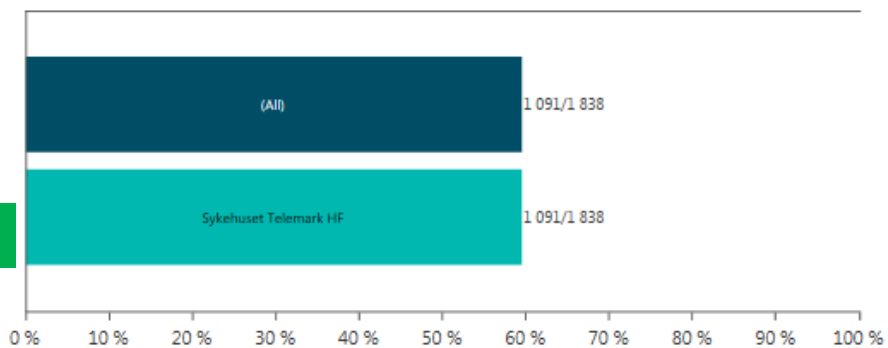
# Pakkeforløp Kreft

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

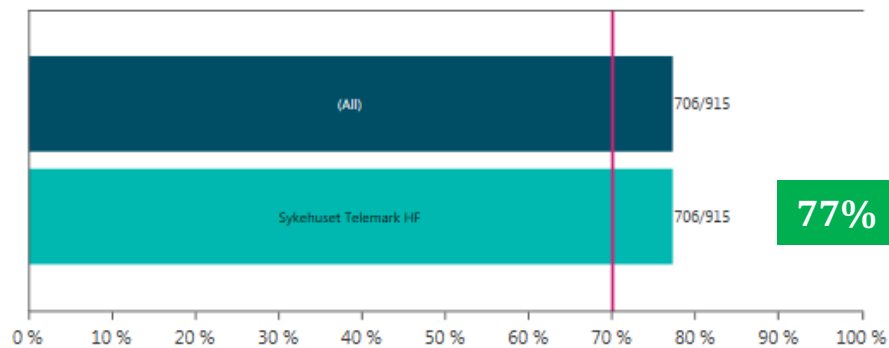
Andel nye pasienter i pakkeforløp (OA1)



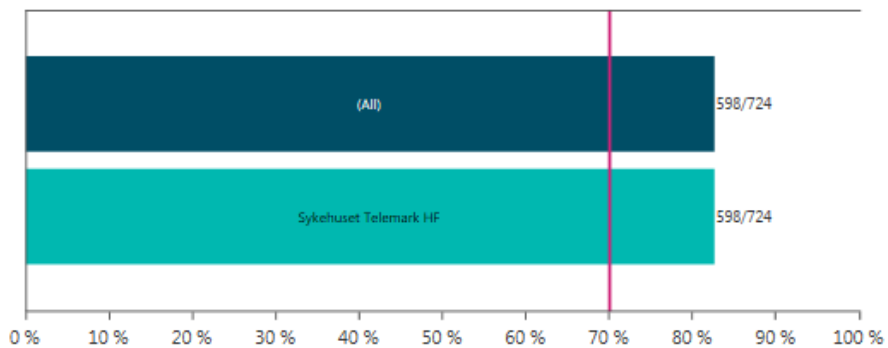
Andel pasienter med diagnose avkrefet (OA2)



Andel behandlet innen standard forløpstid - alle behandlingsformer



Andel behandlet innen standard forløpstid - kirurgisk behandling (OF4K)



Kilde: NPR

Periode: des-17 til nov-18

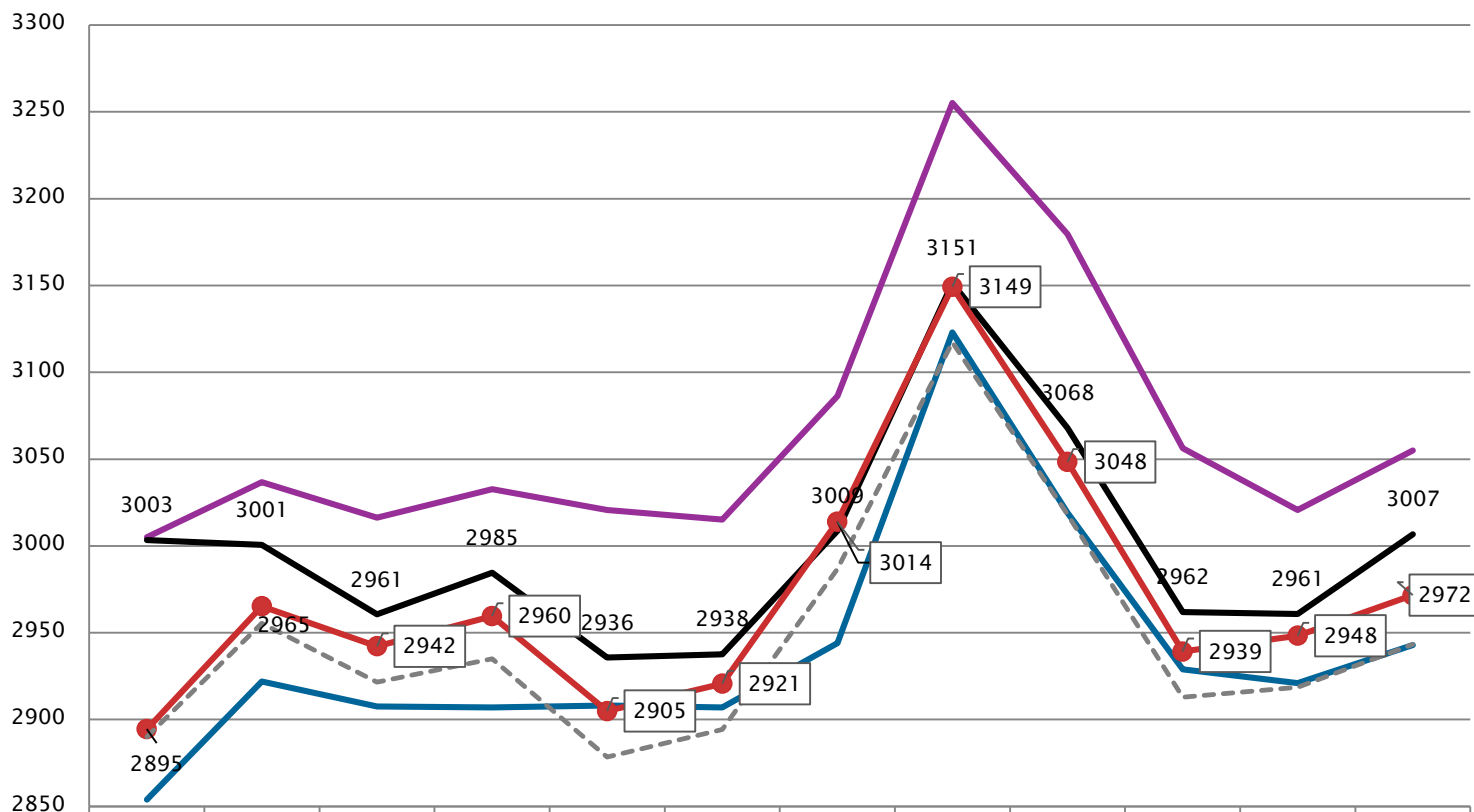
Oppdaterte tall finnes på :

<https://statistikk.helsedirektoratet.no>

# Bemanning



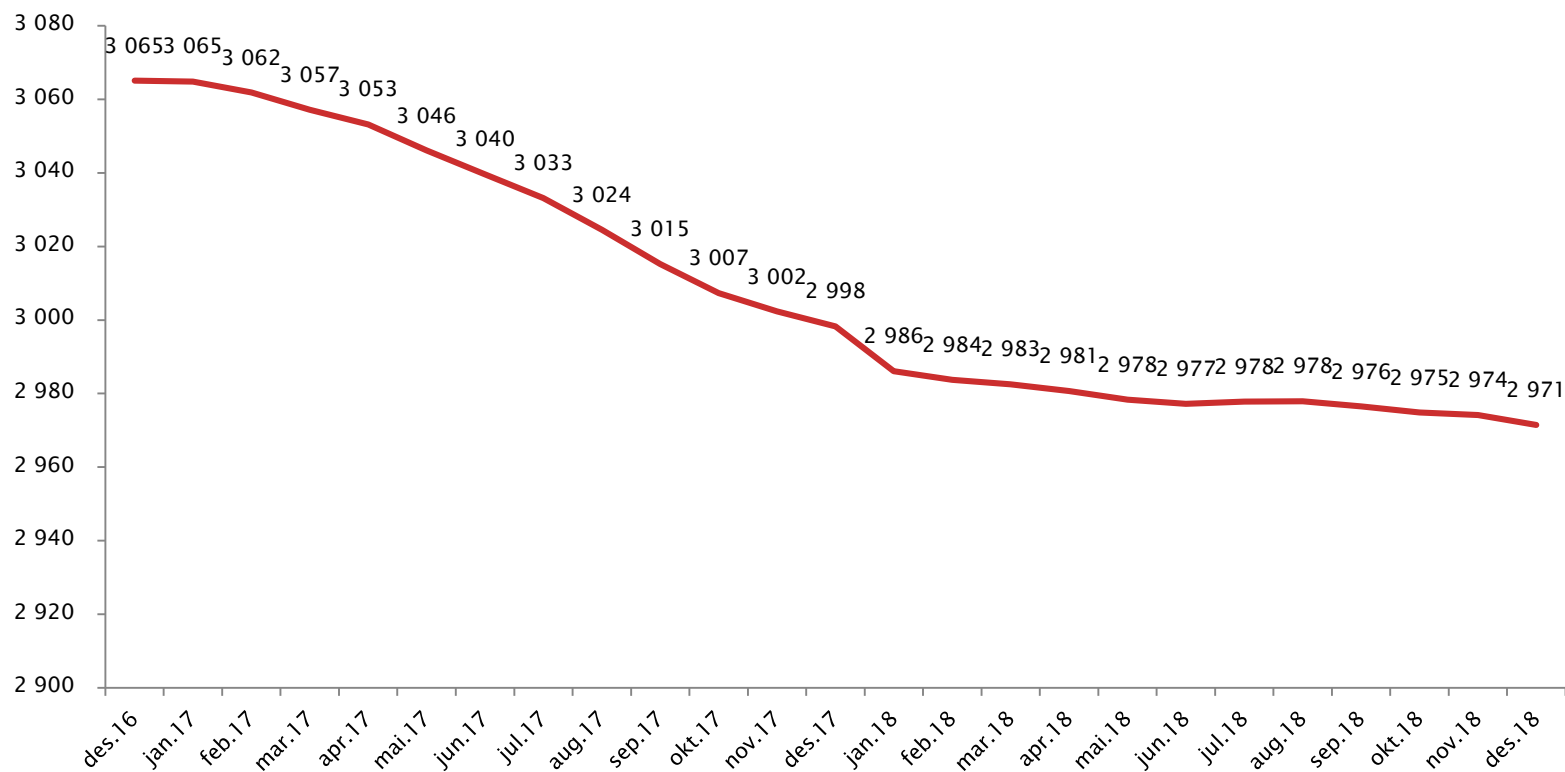
## Antall årsverk



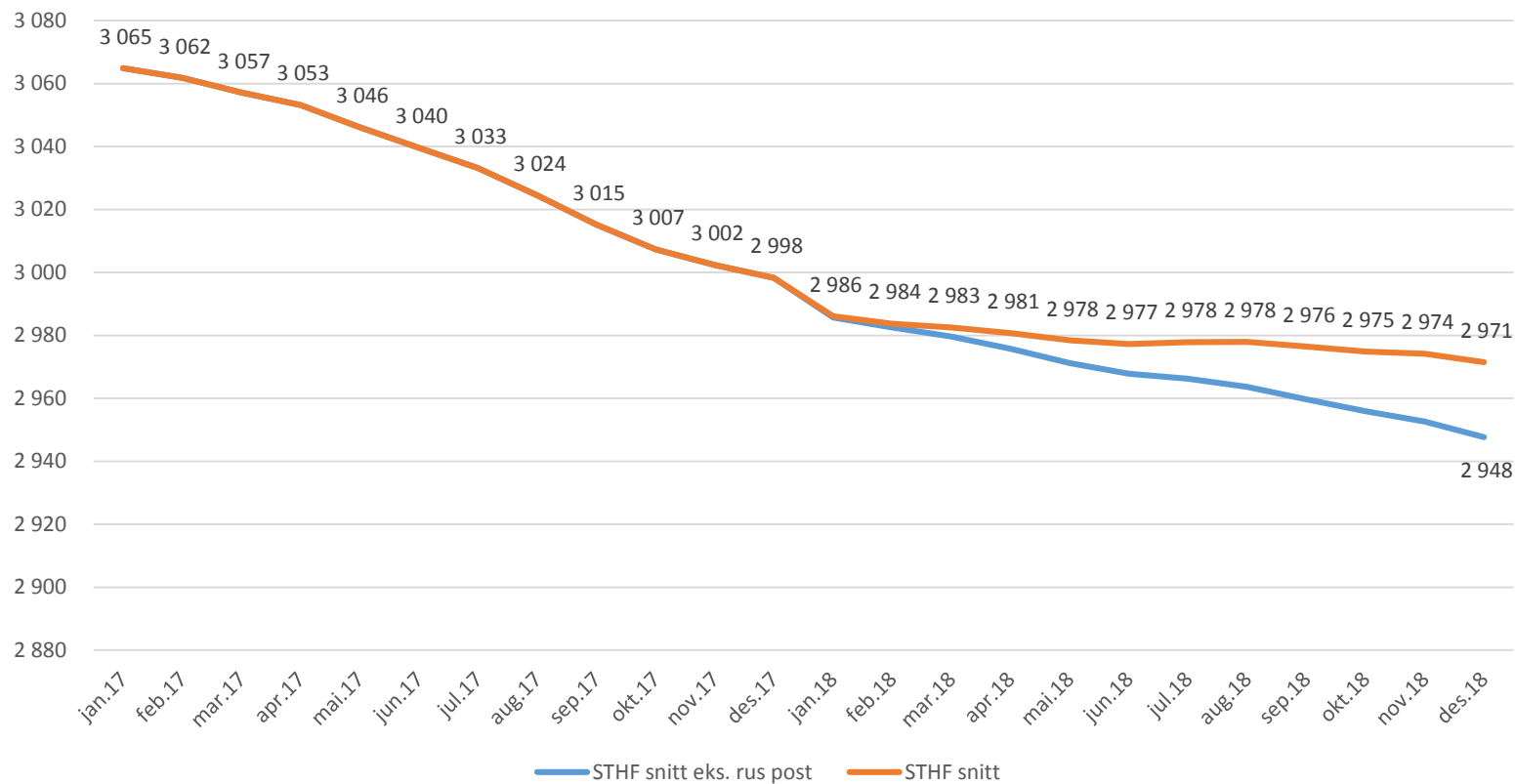
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
STHF budsjett 2018	2854	2922	2908	2907	2908	2907	2944	3123	3019	2929	2921	2943
Faktisk 2016	3005	3037	3016	3033	3021	3015	3086	3255	3180	3056	3021	3055
Faktisk 2017	3003	3001	2961	2985	2936	2938	3009	3151	3068	2962	2961	3007
Faktisk 2018	2895	2965	2942	2960	2905	2921	3014	3149	3048	2939	2948	2972
Faktisk 2018 eks avrusning	2890	2955	2921	2935	2878	2894	2987	3117	3018	2913	2919	2943

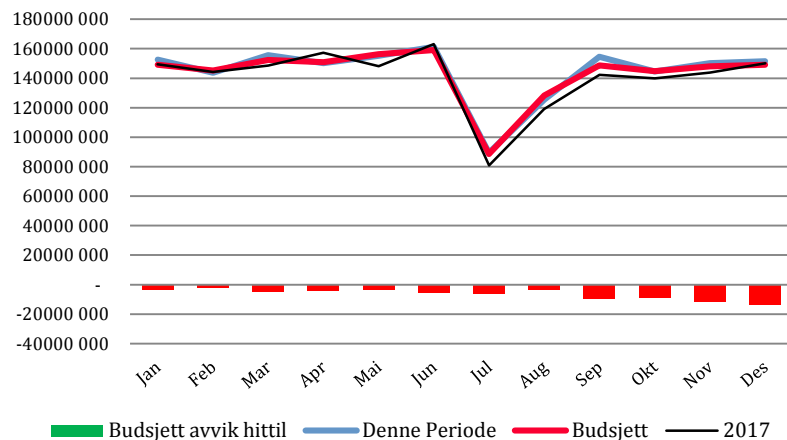
Brutto månedsverk

Glidende 12 mnd

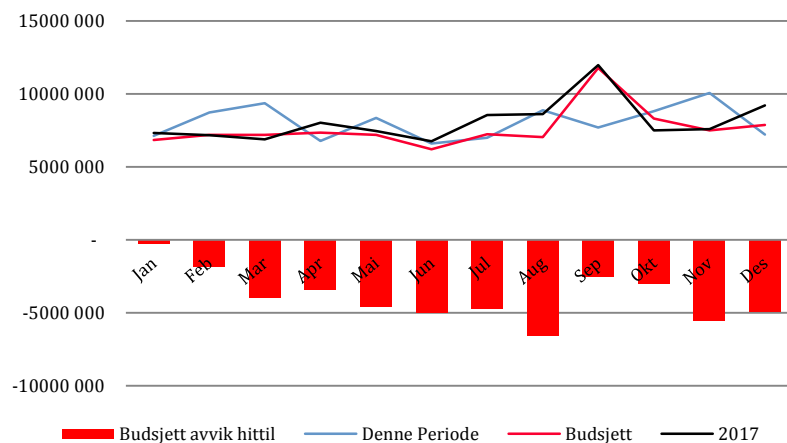


Brutto månedsverk 12 mnd snitt

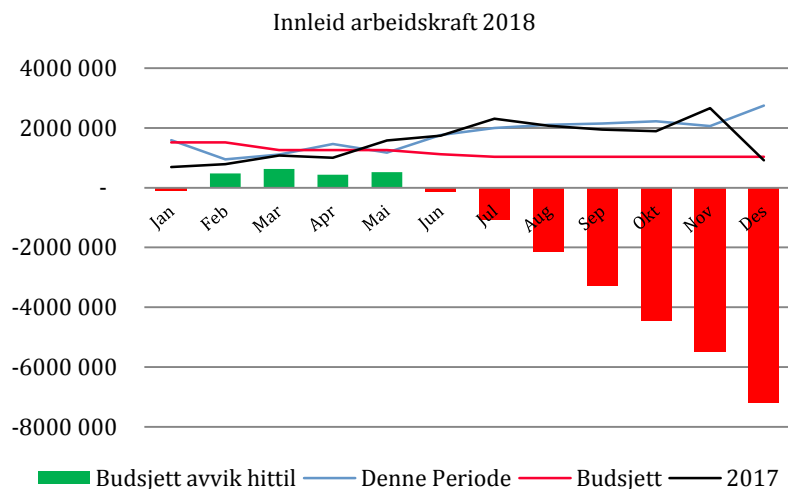


**Fastlønn 2018**


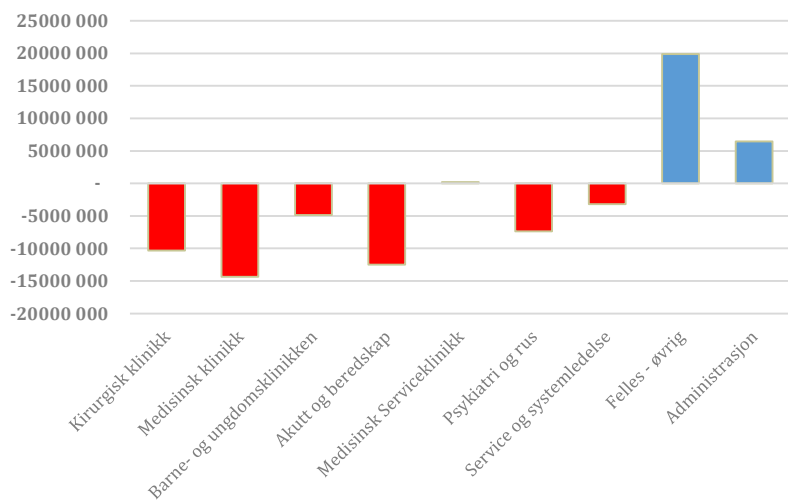
201812	Fastlønn hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
STHF totalt	1 734 472 303	1 720 521 644	-13 950 659	-1 %
Kirurgisk klinikk	286 754 308	280 258 986	-6 495 322	-2 %
Medisinsk klinikk	330 719 157	321 291 873	-9 427 284	-3 %
Barne- og ungdomsklinikken	129 013 346	127 591 720	-1 421 626	-1 %
Akutt og beredskap	255 330 334	248 652 491	-6 677 844	-3 %
Medisinsk Serviceklinikk	162 729 595	171 476 631	8 747 036	5 %
Psykatri og rus	317 146 082	325 246 474	8 100 392	2 %
Service og systemledelse	143 413 277	142 120 928	-1 292 349	-1 %
Felles - øvrig	46 891 348	37 192 477	-9 698 871	-26 %
Administrasjon	62 474 855	66 690 064	4 215 210	6 %

**Variabel lønn 2018**


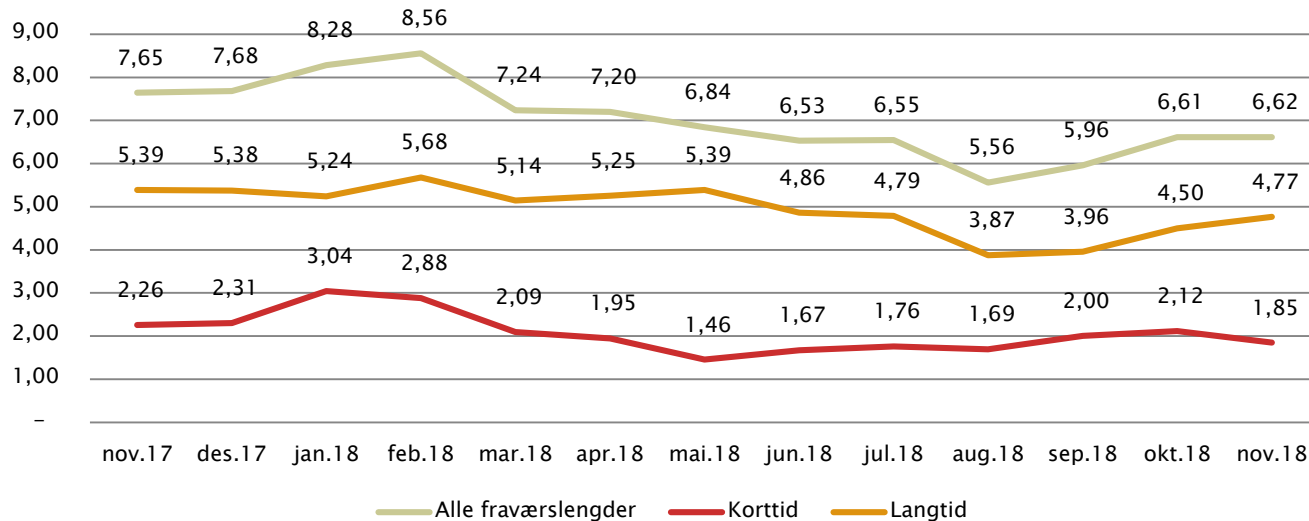
201812	Variabel lønn hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	96 597 304	91 701 723	-4 895 580	-5 %
Kirurgisk klinikk	20 389 355	16 668 390	-3 720 965	-22 %
Medisinsk klinikk	22 242 140	17 399 905	-4 842 235	-28 %
Barne- og ungdomsklinikken	3 686 584	1 489 061	-2 197 523	-148 %
Akutt og beredskap	15 774 741	11 075 423	-4 699 318	-42 %
Medisinsk Serviceklinikk	9 589 995	5 693 540	-3 896 454	-68 %
Psykatri og rus	15 369 689	2 915 826	-12 453 863	-427 %
Service og systemledelse	4 967 005	3 052 149	-1 914 856	-63 %
Felles - øvrig	-95 087	26 503 061	26 598 148	100 %
Administrasjon	4 672 881	6 904 367	2 231 485	32 %



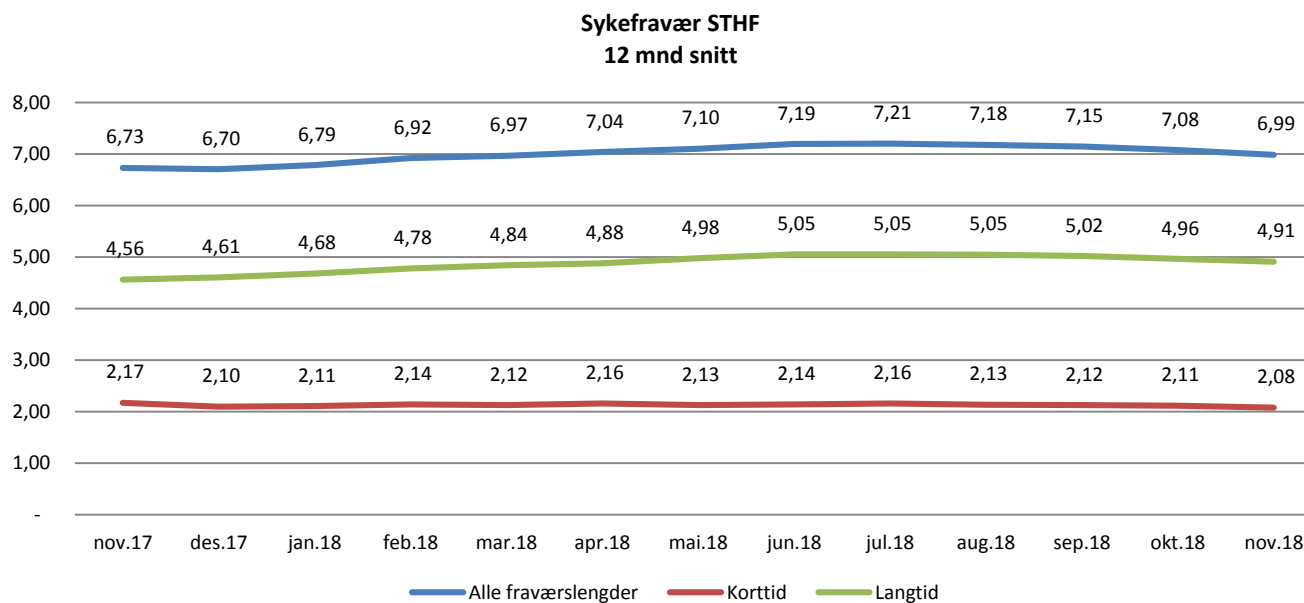
201812	Innleid arbeidskraft hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	21 340 444	14 146 706	-7 193 739	-51 %
Kirurgisk klinikk	1 727 446	1 635 712	-91 734	-6 %
Medisinsk klinikk	71 654	-	-71 654	0 %
Barne- og ungdomsklinikken	3 561 339	2 334 720	-1 226 619	-53 %
Akutt og beredskap	1 109 574	-	-1 109 574	0 %
Medisinsk Serviceklinikk	9 271 885	4 608 000	-4 663 885	-101 %
Psykiatri og rus	5 598 547	2 570 001	-3 028 545	-118 %
Service og systemledelse	-	-	-	0 %
Felles - øvrig	-	2 998 272	2 998 272	100 %
Administrasjon	-	-	-	-

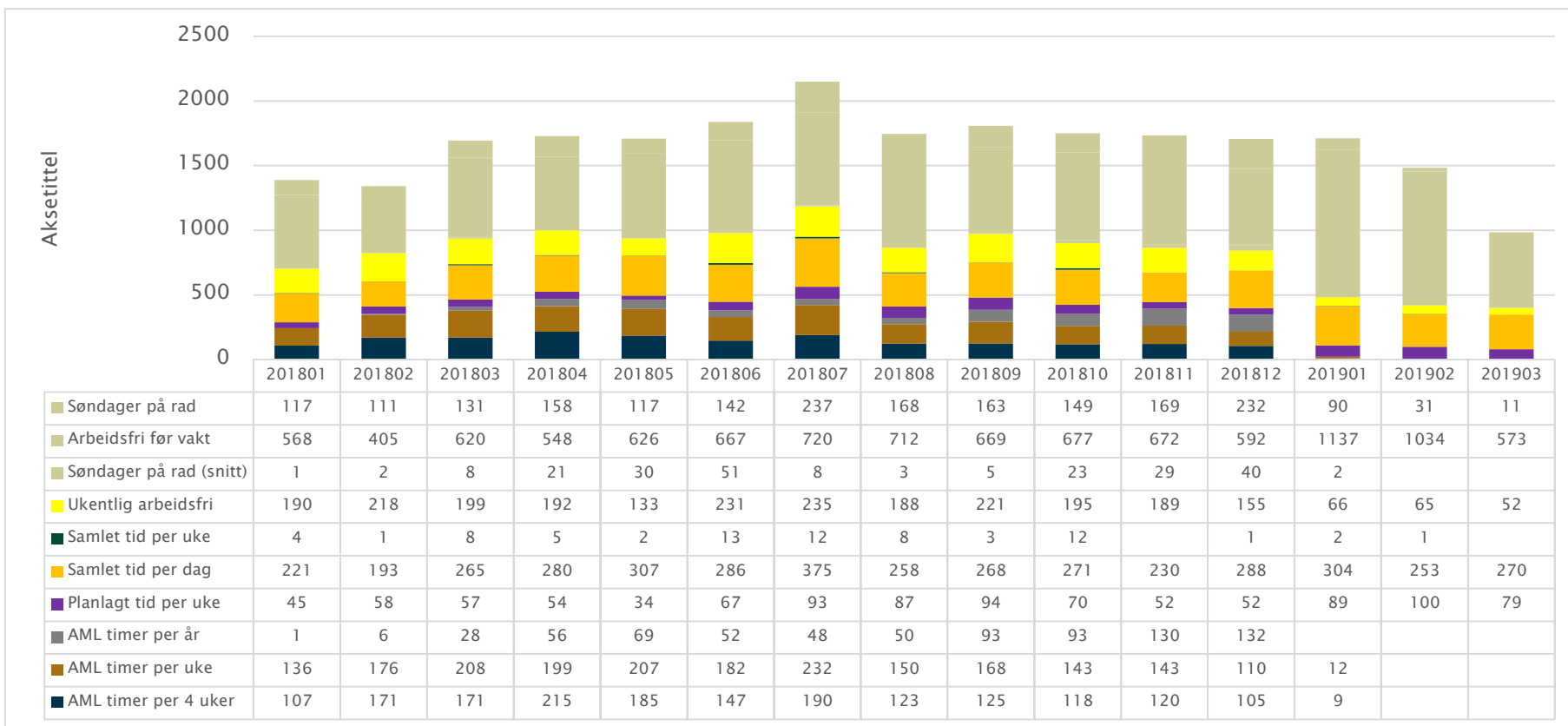


201812	Sum fastlønn, variabelønn og innleid arbeidskraft hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	1 852 410 051	1 826 370 073	-26 039 978	-1 %
Kirurgisk klinikk	308 871 110	298 563 089	-10 308 021	-3 %
Medisinsk klinikk	353 032 951	338 691 779	-14 341 173	-4 %
Barne- og ungdomsklinikken	136 261 269	131 415 501	-4 845 768	-4 %
Akutt og beredskap	272 214 649	259 727 914	-12 486 735	-5 %
Medisinsk Serviceklinikk	181 591 474	181 778 171	186 697	0 %
Psykiatri og rus	338 114 318	330 732 301	-7 382 017	-2 %
Service og systemledelse	148 380 282	145 173 078	-3 207 205	-2 %
Felles - øvrig	46 796 261	66 693 810	19 897 549	30 %
Administrasjon	67 147 736	73 594 431	6 446 695	9 %

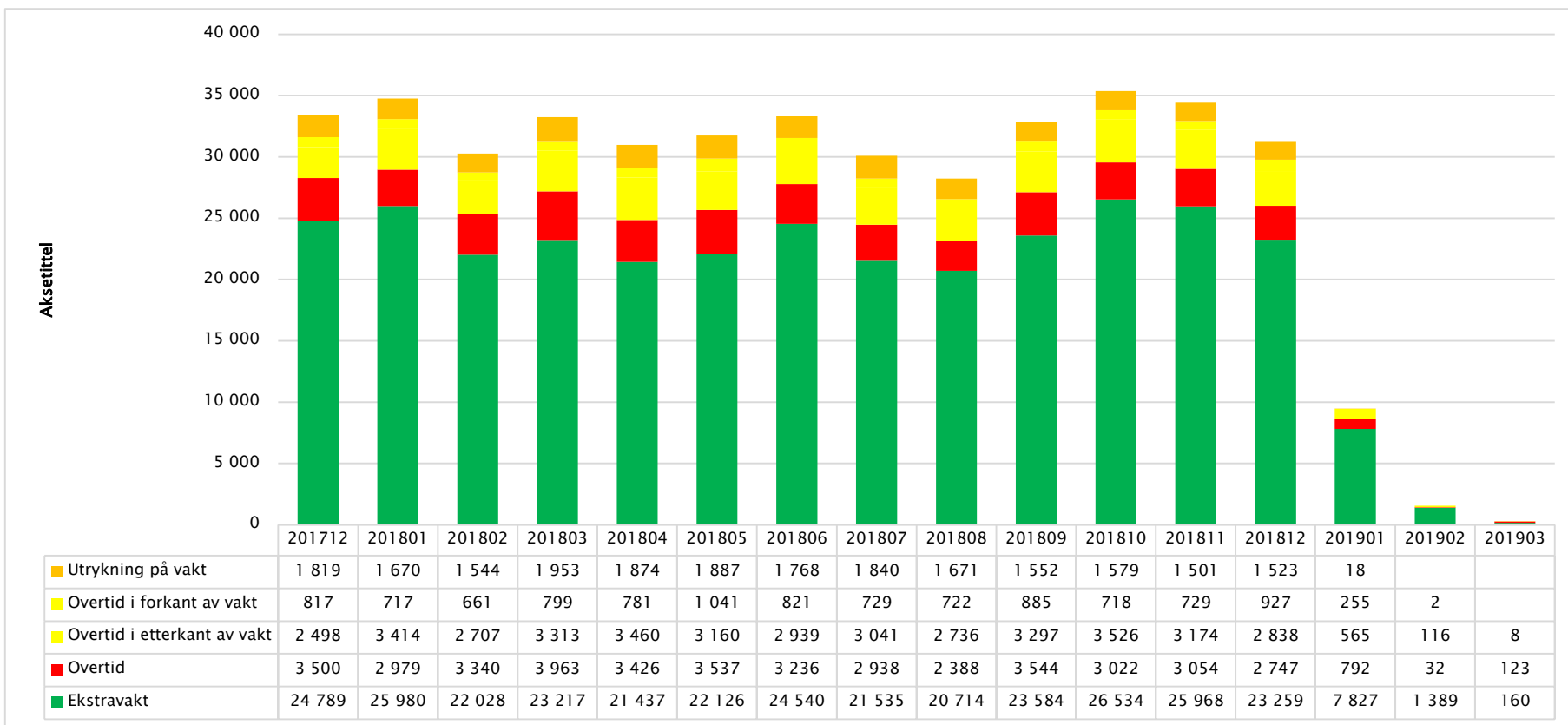
**Sykefravær STHF**


Sykefraværsprosent	jan.17	feb.17	mar.17	apr.17	mai.17	jun.17	jul.17	aug.17	sep.17	okt.17	nov.17	des.17	jan.18	feb.18	mar.18	apr.18	mai.18	jun.18	jul.18	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18
Alle ansvarssteder	7,38	6,88	6,72	6,33	6,17	5,47	6,32	5,90	6,39	7,37	7,65	7,68	8,28	8,56	7,24	7,20	6,84	6,53	6,55	5,56	5,96	6,61	6,62
(01) Kirurgisk klinikk	6,83	7,17	6,00	6,06	5,30	4,18	4,45	4,78	5,18	7,02	7,64	8,28	9,08	7,45	7,00	7,76	6,80	5,70	6,16	6,48	6,07	7,03	6,73
(02) Medisinsk klinikk	7,45	6,21	6,99	6,50	6,38	5,84	6,48	5,69	6,34	6,80	7,25	6,84	6,91	7,51	6,34	6,46	6,00	5,15	5,07	3,64	4,18	5,77	6,23
(03) Barne- og ungdomsklinikken	9,59	8,72	8,54	6,71	6,13	5,80	9,17	5,77	8,45	6,88	8,09	6,84	8,71	10,73	6,78	6,52	6,47	6,22	6,69	6,53	4,92	5,33	5,46
(06) Akutt og beredskap	4,01	4,39	4,47	5,33	5,65	4,68	6,26	5,34	5,55	6,71	6,91	7,86	7,67	8,59	7,39	7,54	7,80	7,22	7,20	4,82	5,85	6,81	6,21
(07) Medisinsk Serviceklinikk	9,39	7,79	6,51	6,43	6,35	5,83	5,96	5,96	5,15	7,29	6,98	5,63	7,72	7,76	5,81	6,07	5,16	5,56	5,38	3,69	5,12	5,93	7,09
(09) Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling	7,64	7,24	7,29	6,33	5,86	5,95	7,30	7,76	8,03	8,84	9,26	8,68	9,32	9,49	8,12	8,05	7,78	7,79	7,46	7,07	6,91	6,98	7,01
(13) Service og systemledelse	9,29	8,13	8,35	7,99	8,52	6,87	6,51	6,27	7,28	8,92	8,70	9,88	10,46	11,20	10,13	8,27	8,58	8,88	8,29	7,49	9,24	8,87	8,79
(15) Administrasjon	6,44	7,44	6,43	4,91	5,08	3,66	4,01	3,75	4,16	4,50	3,84	4,48	4,68	4,40	4,08	4,63	3,43	4,15	4,91	4,29	4,84	4,19	2,77

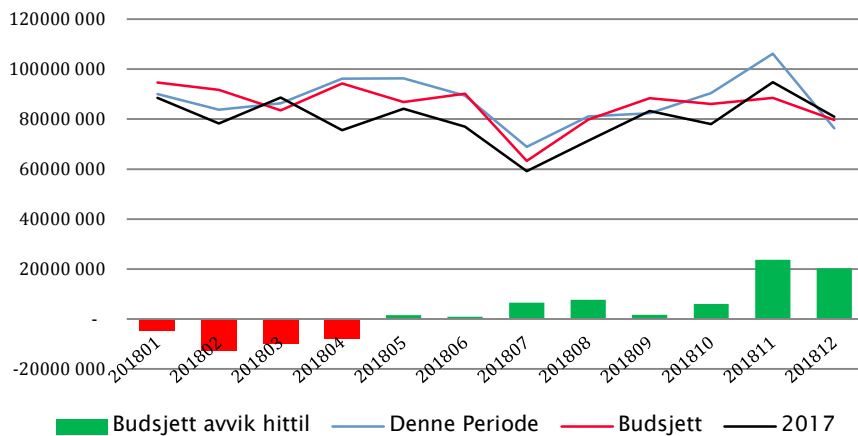








# Aktivitet

**ISF 2018**


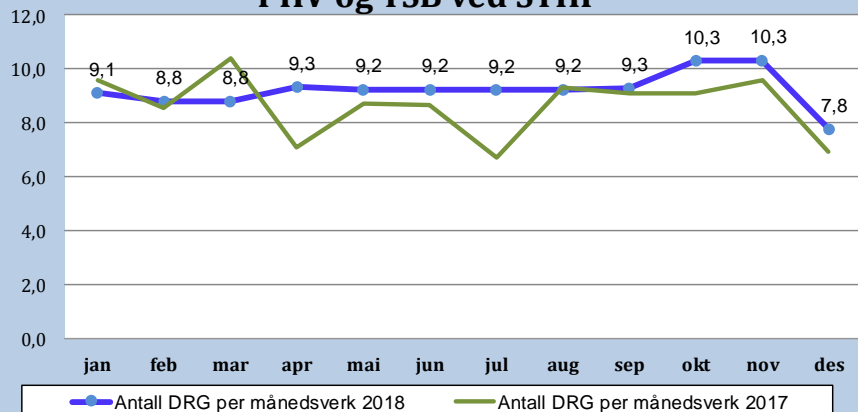
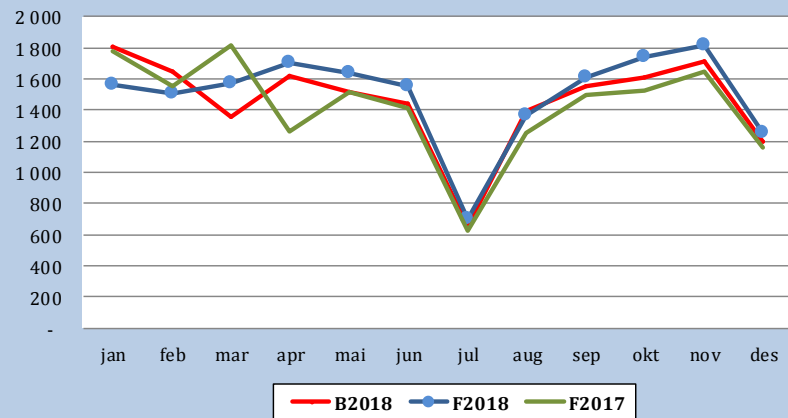
Graf og tabell viser summen av følgende linjer.

ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	2 833
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	8 583
ISF-refusjon kommunal medfinansiering	-
ISF refusjon poliklinisk PHV/TSB	2 277
IFS - refusjon pasientadministrative kreftlegen	6 563
	<b>20 255</b>

	201812			201812		
	Denne Periode			Hittil		
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett
Alle Ansvarssteder	76 321 152	79 695 735	-3 374 583	1 047 318 888	1 027 063 400	20 255 488
Kirurgisk klinikk	32 484 464	32 727 341	-242 877	423 236 540	427 772 314	-4 535 774
Medisinsk klinikk	34 471 908	34 554 703	-82 795	431 863 618	419 773 686	12 089 932
Barne- og ungdomsklinikken	5 835 380	6 347 340	-511 960	80 977 444	82 709 851	-1 732 407
Akutt og beredskap	114 267	134 627	-20 359	2 175 476	1 721 920	453 555
Medisinsk Serviceklinikk	659 235	653 591	5 644	10 200 563	10 870 028	-669 466
Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling	1 490 568	1 499 897	-9 329	21 662 044	21 245 000	417 044
Felles - øvrig	1 245 553	3 778 236	-2 532 683	77 075 752	62 970 600	14 105 152

**DRG-poeng PHV og TSB utført ved STHF**

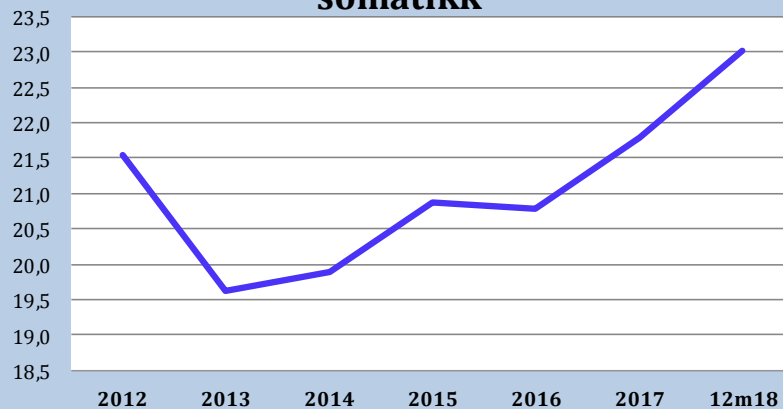
	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2017	Budsjett 2018	Korrigert ISF avvik - ny pris
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%			
DPS nedre Telemark	479	495	(16)	-3 %	6 858	7 016	(158)	-2 %	7 157	7 016	32 864
DPS øvre Telemark	119	127	(8)	-6 %	1 870	1 801	69	4 %	1 821	1 801	272 740
Psykiatrisk sykehusavdeling	19	15	4	29 %	249	208	41	20 %	220	208	110 342
Raskere tilbake PHV og TSB (underlagt Medisinsk klinikk)	-	21	(21)	-100 %	76	297	(221)	-74 %	-	297	(516 684)
<b>Klinikk for PHV og TSB + Raskere tilbake</b>	<b>617</b>	<b>658</b>	<b>(41)</b>	<b>-6 %</b>	<b>9 053</b>	<b>9 322</b>	<b>(270)</b>	<b>-3 %</b>	<b>9 198</b>	<b>9 322</b>	<b>(100 738)</b>
Avdeling for barn og unges psykiske helse - ABUP	638	538	100	19 %	8 984	8 200	784	10 %	7 857	8 200	2 374 659
<b>Barne- og ungdomsklinikken</b>	<b>638</b>	<b>538</b>	<b>100</b>	<b>19 %</b>	<b>8 984</b>	<b>8 200</b>	<b>784</b>	<b>10 %</b>	<b>7 857</b>	<b>8 200</b>	<b>2 374 659</b>
<b>SUM DRG psykisk helsevern og TSB på STHF</b>	<b>1 255</b>	<b>1 196</b>	<b>59</b>	<b>5 %</b>	<b>18 036</b>	<b>17 522</b>	<b>514</b>	<b>3 %</b>	<b>17 055</b>	<b>17 522</b>	<b>2 273 920</b>

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

**DRG-poeng PHV og TSB ved STHF**


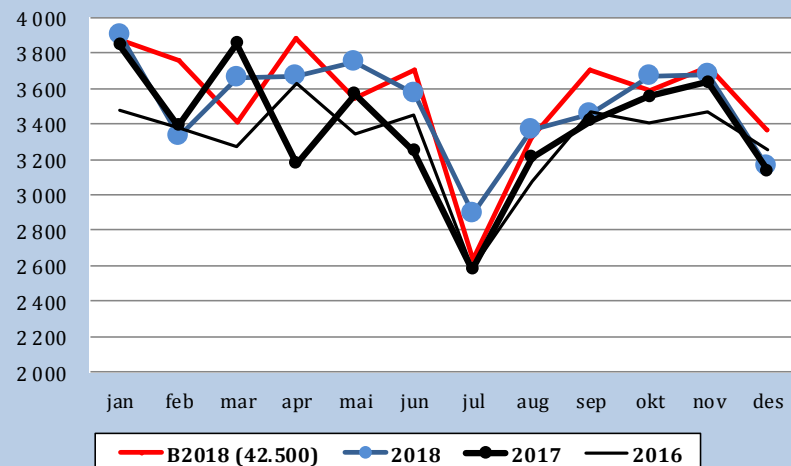
## DRG-poeng, utført ved STHF

	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2017	Budsjett 2018	ISF budsj.-avvik (1000 kr)
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%			
Avdeling for endo/mamma,ortopedi og gastrokirurgi	612	633	-22	-3 %	8 230	8 268	-38	0 %	7 857	8 268	-819
Avdeling for ØNH, urologi og plastikkirurgi	421	428	-7	-2 %	5 538	5 613	-75	-1 %	5 419	5 613	-1 633
Avdeling for fødselshjelp og kvinnesykdommer	215	240	-26	-11 %	2 947	3 124	-177	-6 %	2 895	3 124	-3 852
Avdeling for Kirurgi, Notodden	185	205	-20	-10 %	2 495	2 695	-200	-7 %	2 459	2 695	-4 351
<b>Kirurgisk klinikk</b>	<b>1 433</b>	<b>1507</b>	<b>-75</b>	<b>-5 %</b>	<b>19 210</b>	<b>19 700</b>	<b>-491</b>	<b>-2 %</b>	<b>18 631</b>	<b>19 700</b>	<b>-10 655</b>
Avdeling Medisin B (lunge, Kragerø, ger.,mage/tarm)	445	452	-7	-2 %	5 623	5 432	191	4 %	5 242	5 432	4 144
Avdeling blod, kreftsykdommer og palliasjon	233	250	-17	-7 %	3 048	3 000	48	2 %	3 082	3 000	1 039
Avdeling Medisin A (hjerne,nyre,hormon)	366	346	20	6 %	4 358	4 236	122	3 %	3 976	4 236	2 651
Avdeling for nevrologi og rehabilitering	211	255	-44	-17 %	3 029	3 113	-83	-3 %	2 677	3 113	-1 803
Avdeling Medisin Øvre Telemark	258	286	-28	-10 %	3 538	3 519	19	1 %	3 338	3 519	403
<b>Medisinsk klinikk</b>	<b>1 513</b>	<b>1590</b>	<b>-76</b>	<b>-5 %</b>	<b>19 596</b>	<b>19 300</b>	<b>296</b>	<b>2 %</b>	<b>18 316</b>	<b>19 300</b>	<b>6 435</b>
BUK	177	234	-57	-24 %	2 699	2 920	-222	-8 %	2 822	2 920	-4 811
Akutt og beredskap	5	6	-1	-14 %	99	79	20	25 %	65	79	429
MSK	30	30	-0	0 %	464	501	-36	-7 %	743	501	-790
Ernæringspoliklinikk	1	-	1		6	-	6		0	0	125
Ufordelt	3	-	3		17	-	17		-2	0	
<b>SUM DRG utført ved STHF</b>	<b>3 161</b>	<b>3 367</b>	<b>-206</b>	<b>-6 %</b>	<b>42 090</b>	<b>42 500</b>	<b>-410</b>	<b>-1 %</b>	<b>40 575</b>	<b>42 500</b>	<b>-9 268</b>

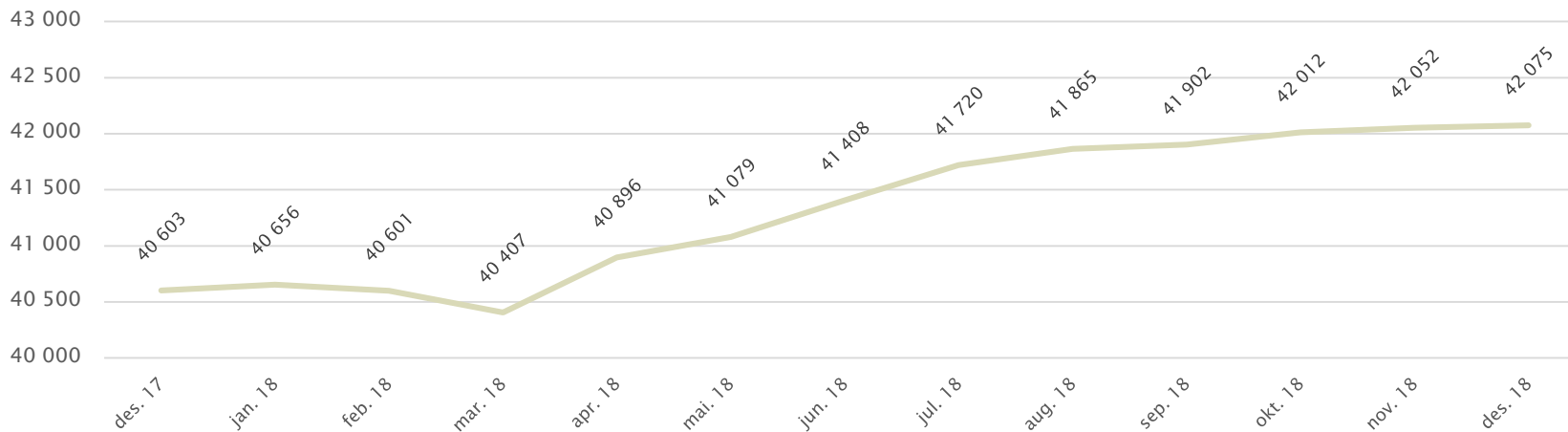
### DRG-poeng per brutto månedsverk somatikk



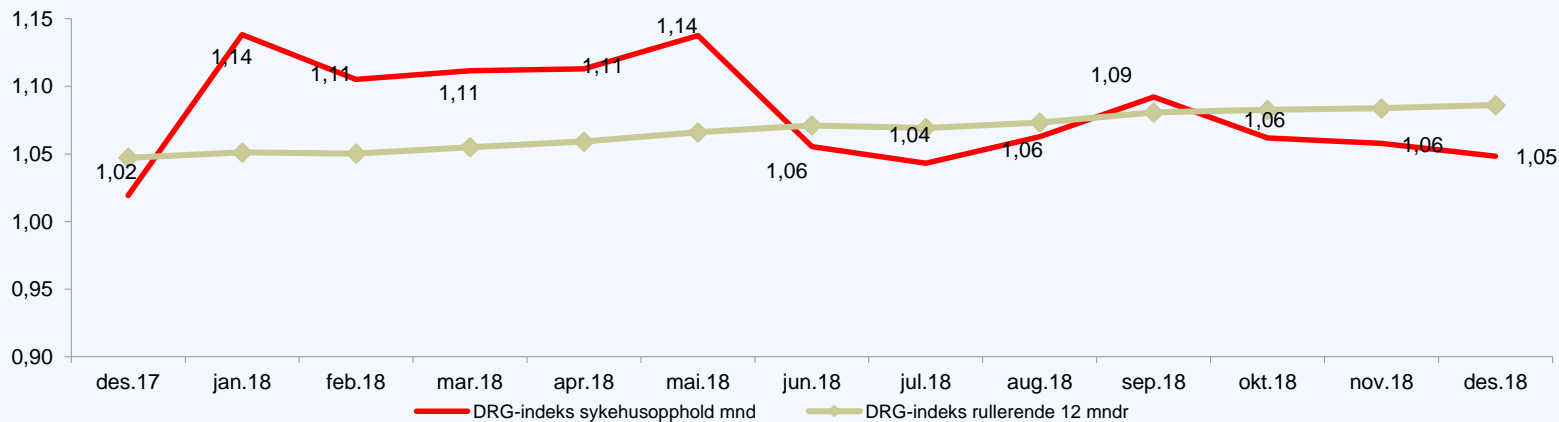
### STHF - DRG-poeng utført ved STHF



Antall DRG-poeng utført i eget HF - rullerende 12 måneder

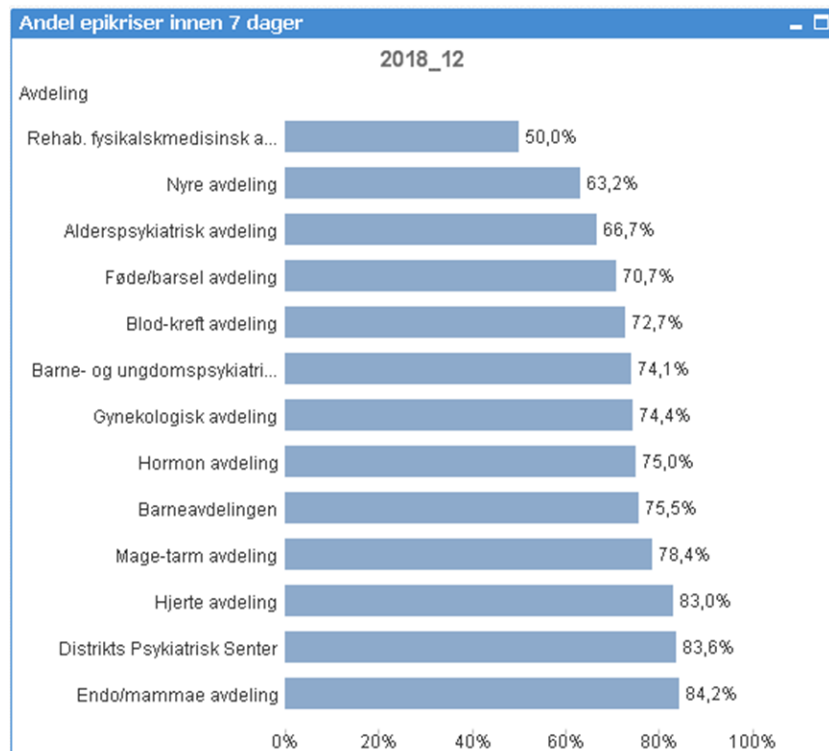


DRG-indeks sykehusopphold døgn per måned og rullerende 12 måneder



# Kvalitetsindikatorer

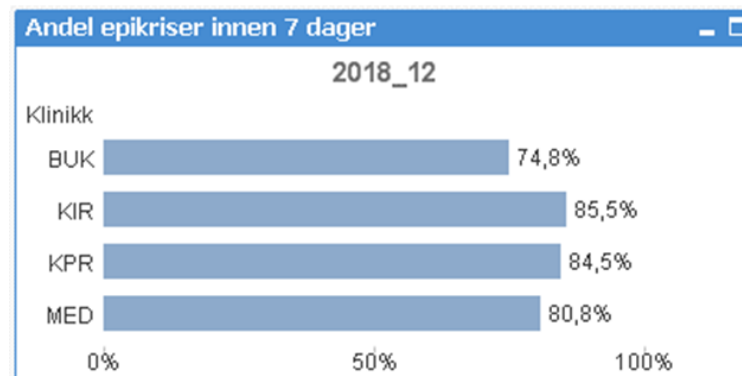
Andel epikriser sendt innen 7 dager Klinikker	Måned											
	jan.18	feb.18	mar.18	apr.18	mai.18	jun.18	jul.18	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18
BUK	71 %	65 %	69 %	67 %	61 %	70 %	80 %	74 %	74 %	70 %	71 %	75 %
Kir. K	82 %	85 %	83 %	85 %	85 %	86 %	85 %	82 %	84 %	84 %	82 %	86 %
KPR	76 %	73 %	74 %	77 %	80 %	81 %	82 %	79 %	81 %	77 %	81 %	84 %
Med. K	82 %	82 %	82 %	78 %	86 %	80 %	86 %	84 %	82 %	84 %	82 %	81 %
MSK	82 %	87 %	72 %	80 %	75 %	77 %	72 %	-	-	-	-	-
STHF	<b>80 %</b>	<b>81 %</b>	<b>80 %</b>	<b>80 %</b>	<b>83 %</b>	<b>81 %</b>	<b>84 %</b>	<b>82 %</b>	<b>82 %</b>	<b>82 %</b>	<b>81 %</b>	<b>83 %</b>



Tatt ut 7/1-19 for  
1/12-18 – 31/12-18

For somatikk gjelder tallene inneliggende, mens det for psykiatri og rus gjelder alle omsorg.

Bare avdelinger med 85% eller lavere er med.





Direkte time	nov.17	des.17	jan.18	feb.18	mar.18	apr.18	mai.18	jun.18	jul.18	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18
ABK	100 %	0 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	-	100 %	100 %	100 %	100 %
BUK	88 %	93 %	80 %	82 %	85 %	87 %	91 %	91 %	88 %	89 %	90 %	93 %	91 %
Kirurgisk klinikk	87 %	89 %	90 %	90 %	88 %	92 %	93 %	89 %	85 %	84 %	76 %	77 %	72 %
KPR	80 %	78 %	95 %	88 %	93 %	93 %	92 %	93 %	92 %	94 %	93 %	96 %	93 %
Medisinsk klinikk	81 %	81 %	88 %	88 %	80 %	85 %	81 %	72 %	73 %	81 %	81 %	82 %	79 %
MSK	92 %	89 %	98 %	98 %	92 %	87 %	93 %	88 %	71 %	100 %	88 %	96 %	96 %
STHF	<b>84 %</b>	<b>85 %</b>	<b>89 %</b>	<b>89 %</b>	<b>85 %</b>	<b>89 %</b>	<b>88 %</b>	<b>83 %</b>	<b>81 %</b>	<b>84 %</b>	<b>80 %</b>	<b>82 %</b>	<b>78 %</b>

Gjennomsnittstid (døgn) fra mottak av henvisning til vurdering av henvisning er fullført.	des.17	jan.18	feb.18	mar.18	apr.18	mai.18	jun.18	jul.18	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18
ABK	4,98	17,39	25,09	1,15	45,61	0,98	1,16	3,25	21,52	4,07	4,01	17,93	2,46
BUK	4,47	5,49	4,91	4,97	4,07	4,24	4,71	3,40	3,15	4,73	4,21	4,76	4,82
Kirurgisk klinikk	1,60	1,49	1,79	2,40	1,60	2,77	1,45	1,31	1,36	1,36	1,33	1,50	1,53
KPR	4,40	7,50	4,62	6,91	4,51	5,61	11,46	5,91	4,25	6,72	9,27	4,80	5,58
Medisinsk klinikk	8,20	5,02	5,82	5,10	6,09	7,10	7,88	14,13	7,58	8,06	5,77	6,98	8,32
MSK	3,64	6,04	4,17	1,41	1,77	3,86	2,75	9,93	4,69	1,78	2,07	2,20	2,06
STHF	4,46	3,78	4,07	3,79	4,14	4,60	4,60	6,63	4,34	4,42	3,72	4,21	4,57

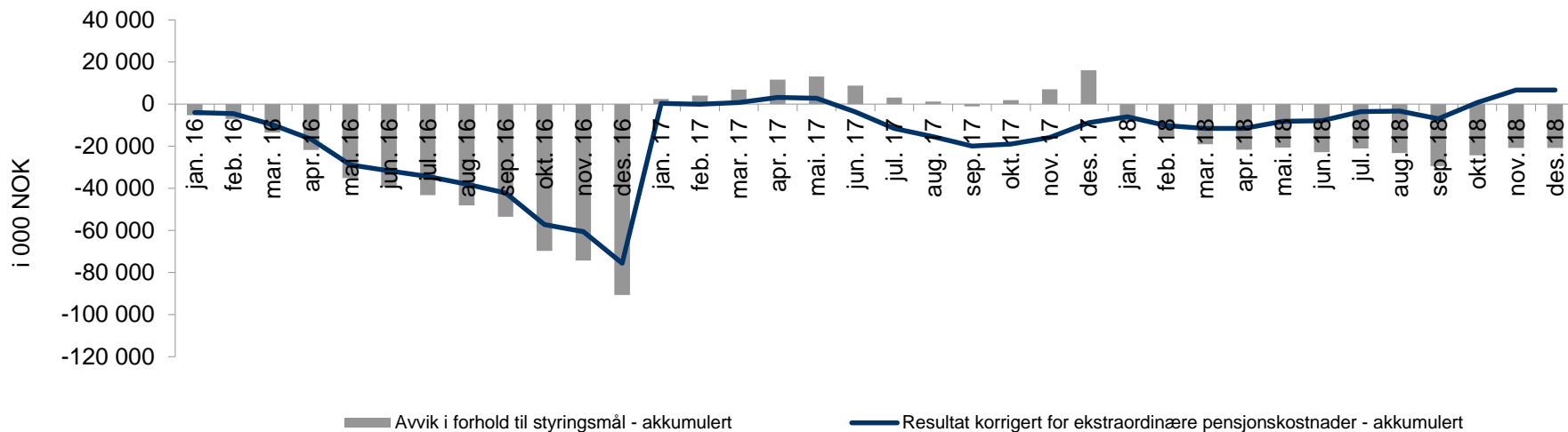
Antall henvisninger vurdert.	des.17	jan.18	feb.18	mar.18	apr.18	mai.18	jun.18	jul.18	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18
ABK	58	60	69	63	72	55	75	21	85	58	78	85	81
BUK	326	334	356	337	317	326	300	190	199	336	338	355	314
Kirurgisk klinikk	2454	2870	2610	2 724	2 907	2829	3022	2177	2854	2845	3116	3009	2338
KPR	322	339	305	332	322	292	327	279	271	361	397	407	323
Medisinsk klinikk	1945	2471	2304	2 241	2 439	2158	2404	1626	2228	2321	2647	2565	1944
MSK	302	373	234	182	197	225	203	84	223	240	242	264	167
STHF	5 407	6 447	5 878	5 879	6 254	5 885	6 331	4 377	5 860	6 161	6 818	6 685	5 167
Antall henvisninger vurdert innen 10 virkedager	5 347	6 380	5 826	5 812	6 170	5 782	6 257	4 254	5 773	6 102	6 752	6 609	5 094
Andel vurdert innen 10 virkedager	98,9 %	99,0 %	99,1 %	98,9 %	98,7 %	98,2 %	98,8 %	97,2 %	98,5 %	99,0 %	99,0 %	98,9 %	98,6 %

8b - Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle		des.17	jan.18	feb.18	mar.18	apr.18	mai.18	jun.18	jul.18	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18
Totalt antall dokumenter som er mer 14 dager gamle (uansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	4 920	4 489	4 431	5 142	5 200	4 920	4 527	3 945	3 755	4 297	4 540	4 303	4 669
	ABK	20	23	25	27	9	6	6	7	9	9	9	12	10
	BUK	746	617	689	962	945	1 020	1 091	866	732	861	930	826	974
	KIR	1 677	1 657	1 651	1 949	1 977	1 586	1 318	1 112	1 023	1 128	914	1 028	1 059
	KPR	971	754	674	761	783	800	591	457	500	654	710	743	744
	MED	1 227	1 192	1 117	1 415	1 454	1 464	1 475	1 473	1 457	1 606	1 721	1 642	1 797
	MSK	279	246	275	28	32	44	46	30	34	39	40	52	85
Herav: antall legedokumenter som er mer enn 14 dager gamle (uansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	1 938	1 927	1 820	2 114	2 146	1 794	1 532	1 343	1 448	1 763	1 901	1 800	1 881
Herav: antall sykepleiedokumenter som er mer enn 14 dager gamle (uansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	1 417	1 425	1 441	1 469	1 553	1 517	1 491	1 391	1 247	1 280	1 212	1 300	1 367
Antall dokumenter som det normalt tar mer enn 14 dager å få ferdigstilt	STHF	767	327	165	167	173	105	52	86	176	204	206	268	258
	BUK	3	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
	KIR	712	279	126	129	135	67	14	49	137	159	161	217	209
	KPR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	MED	43	40	32	38	38	38	38	38	39	44	45	51	49
	MSK	9	7	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8c - Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt.		des.17	jan.18	feb.18	mar.18	apr.18	mai.18	jun.18	jul.18	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	STHF	1 445	1 271	1 600	1 168	1 369	1 478	1 843	1 808	1 928	1 989	1 851	1 720	1 734
	ABK	24	35	25	39	9	10	35	7	6	6	8	26	6
	KPR	64	59	84	169	110	121	154	81	30	31	41	46	20
	BUK	170	208	148	219	186	238	364	304	81	151	114	140	111
	MSK	67	60	39	56	70	98	79	73	101	209	210	221	245
	KIR	579	417	687	444	699	743	991	1 080	300	218	285	233	267
	MED	541	492	617	241	295	268	220	263	1 410	1 374	1 193	1 054	1 085
Hvorav pasienter registrert på avdelinger som er omorganisert og lukket.	ååMEDKIR			1	-	1	4	12	12	1	-	-	-	-
	ååPRE	13	18	22	19	17	14	17	17	3	2	-	-	-
	ååAKP	46	23	46	14	20	46	61	62	9	-	-	-	-
	ååKIR	1	1	1	1	1	1	1	1	17	-	-	-	-
	ååNYHO	20	15	23	29	30	36	47	54	56	-	-	-	-
	ååMED			4	5	5	4	4	3	69	1	-	-	-

# Økonomi

STHF:Desember 2018	Denne periode faktisk	Denne periode budsjett	Denne periode Avvik	Hittil faktisk	Hittil budsjett	Hittil avvik	Hele året estimat november	Hele året budsjett	Avvik budsjett
Basisramme	217 066	221 062	-3 997	2 281 154	2 327 304	-46 150	2 281 154	2 327 304	-46 150
Kvalitetsbasert finansiering	1 363	1 363	-	16 353	16 353	-	16 353	16 353	-
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	60 307	60 930	-623	770 153	767 321	2 833	772 499	767 321	5 179
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	11 877	12 172	-295	164 108	155 524	8 583	165 072	155 524	9 548
ISF-refusjon kommunal medfinansiering	3 034	2 816	219	43 525	41 248	2 277	43 362	41 248	2 114
IFS - refusjon pasientadministrative biologiske legemidler	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IFS - refusjon pasientadministrative kreftlegemidler	1 103	3 778	-2 675	69 533	62 971	6 563	70 648	62 971	7 677
Utskrivningsklare pasienter	1 598	683	915	11 124	8 192	2 932	10 192	8 192	2 000
Gjestepasienter	71	885	-814	10 372	10 623	-251	11 123	10 623	500
Konserninterne gjestepasientinntekter	4 274	3 661	612	52 497	47 305	5 192	50 305	47 305	3 000
Polikliniske inntekter	1 989	7 305	-5 315	81 784	103 847	-22 064	85 847	103 847	-18 000
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	-	-	-	51	-	51	51	-	51
Andre øremerkede tilskudd	707	700	7	8 879	8 402	476	8 902	8 402	500
Andre driftsinntekter	27 891	18 753	9 138	255 235	234 799	20 435	249 799	234 799	15 000
<b>SUM DRIFTSINTEKTER</b>	<b>331 280</b>	<b>334 108</b>	<b>-2 828</b>	<b>3 764 766</b>	<b>3 783 889</b>	<b>-19 122</b>	<b>3 765 307</b>	<b>3 783 889</b>	<b>-18 582</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	3 037	2 758	-278	41 750	33 175	-8 575	43 475	33 175	-10 300
Kjøp av private helsetjenester	8 466	9 064	598	94 572	98 312	3 740	95 312	98 312	3 000
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	35 984	38 280	2 295	419 738	430 448	10 711	421 448	430 448	9 000
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	2 750	1 038	-1 711	21 340	14 147	-7 194	19 647	14 147	-5 500
Konserninterne gjestepasientkostnader	18 836	17 593	-1 243	227 966	223 478	-4 488	227 478	223 478	-4 000
Lønn til fast ansatte	151 555	149 059	-2 496	1 734 472	1 720 522	-13 951	1 734 522	1 720 522	-14 000
Overtid og ekstrahjelp	7 213	7 877	664	96 597	91 702	-4 896	98 702	91 702	-7 000
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	27 736	31 861	4 126	320 363	367 902	47 538	320 373	367 902	47 529
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-4 635	-8 629	-3 995	-91 131	-103 528	-12 396	-94 528	-103 528	-9 000
Annen lønn	29 170	26 320	-2 850	283 080	285 977	2 897	279 977	285 977	6 000
Avskrivninger	8 143	8 418	275	100 177	103 000	2 823	100 400	103 000	2 600
Nedskrivninger	4 160	-	-4 160	4 160	-	-4 160	4 200	-	-4 200
Andre driftskostnader	42 048	48 736	6 688	518 793	497 961	-20 832	520 908	497 961	-22 947
<b>SUM DRIFTSKOSTNADER</b>	<b>334 463</b>	<b>332 375</b>	<b>-2 088</b>	<b>3 771 878</b>	<b>3 763 095</b>	<b>-8 783</b>	<b>3 771 913</b>	<b>3 763 095</b>	<b>-8 818</b>
<b>DRIFTSRESULTAT</b>	<b>-3 182</b>	<b>1 733</b>	<b>-4 915</b>	<b>-7 111</b>	<b>20 794</b>	<b>-27 905</b>	<b>-6 606</b>	<b>20 794</b>	<b>-27 400</b>
Finansinntekter	1 298	949	350	14 008	11 386	2 622	13 886	11 386	2 500
Finanskostnader	203	182	21	2 290	2 180	110	2 280	2 180	-100
<b>FINANSRESULTAT</b>	<b>1 095</b>	<b>767</b>	<b>328</b>	<b>11 718</b>	<b>9 206</b>	<b>2 512</b>	<b>11 606</b>	<b>9 206</b>	<b>2 400</b>
<b>ORDINÆRT RESULTAT</b>	<b>-2 087</b>	<b>2 500</b>	<b>-4 587</b>	<b>4 607</b>	<b>30 000</b>	<b>-25 393</b>	<b>5 000</b>	<b>30 000</b>	<b>-25 000</b>
Pensjonskostnader	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>(ÅRS)RESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER</b>	<b>-2 087</b>	<b>2 500</b>	<b>-4 587</b>	<b>4 607</b>	<b>30 000</b>	<b>-25 393</b>	<b>5 000</b>	<b>30 000</b>	<b>-25 000</b>

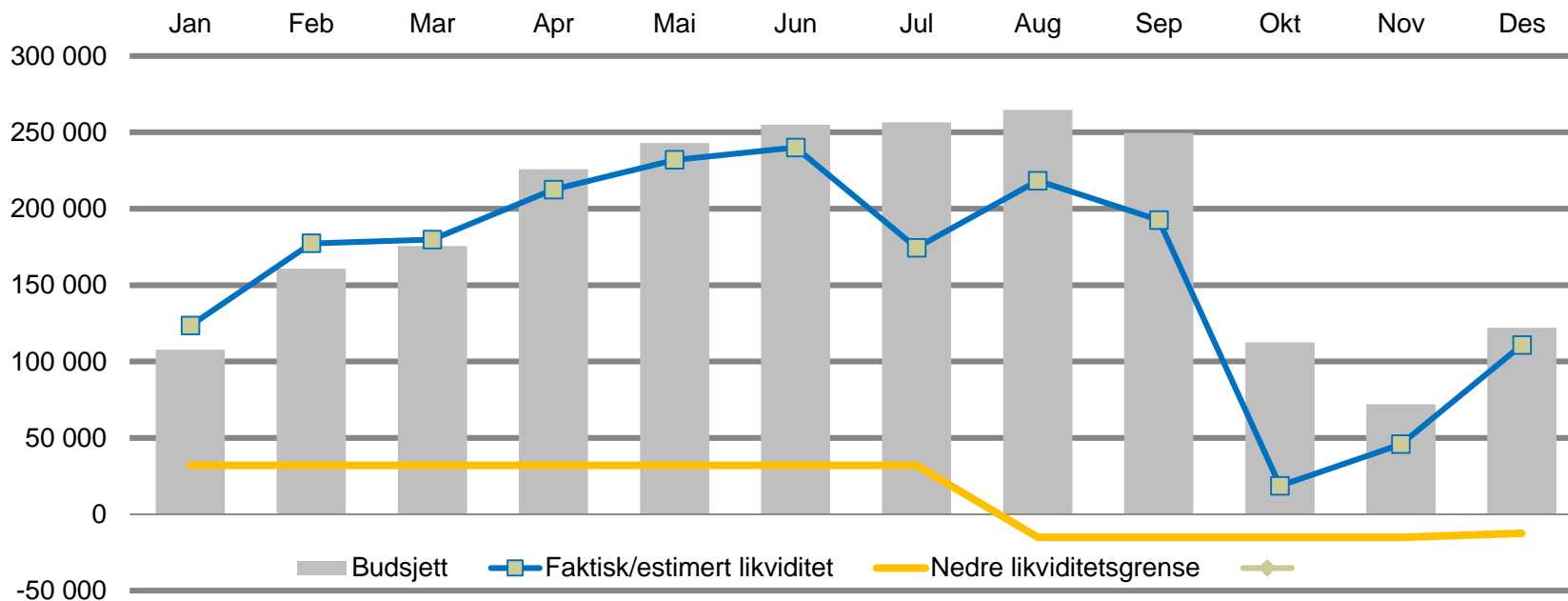
## Driftsresultat og budsjettavvik 2016 til 2018 - foretak og klinikker



2018, tall i 1000	Hittil i år	Hittil i år	Denne periode, resultat.											
			Resultat	Budsjettavvik	Des. 18	Nov. 18	Okt. 18	Sept. 18	August 18	Juli 18	Juni 18	Mai 18	Apr 18	Mar 18
Kirurgisk klinikk	(13 088)	(13 088)	114	923	(1 633)	(2 200)	(2 263)	1 436	(747)	564	(2 452)	(981)	(2 175)	(3 674)
Medisinsk klinikk	(12 731)	(12 731)	(454)	2 402	(2 379)	(3 457)	(49)	(956)	(3 135)	1 176	66	(1 710)	(3 157)	(1 080)
Barne- og ungdomsklinikken	(6 217)	(6 217)	(1 387)	588	(1 267)	(343)	(1 348)	102	(506)	(204)	222	(41)	(235)	(1 799)
Akutt og beredskap	(12 909)	(12 909)	(1 923)	(2 329)	487	(396)	(394)	(787)	(1 506)	(1 262)	(460)	(1 480)	(2 175)	(684)
Medisinsk Serviceklinikk	(2 018)	(2 018)	(356)	1 147	4 483	(1 722)	(1 071)	576	(471)	686	(20)	187	(2 643)	(2 814)
Psykatri og rus	(3 975)	(3 975)	(2 912)	(1 043)	(439)	(459)	1 150	(490)	(2 021)	611	747	212	609	60
Service og systemledelse	(5 652)	(5 652)	(1 488)	3 237	136	1 089	(2 561)	(1 471)	(787)	(994)	186	(1 692)	(584)	(723)
Administrasjonen	5 806	5 806	72	2 313	1 455	(943)	842	638	360	189	155	209	362	162
Felles - øvrig	55 393	25 393	6 246	(1 236)	6 860	4 683	6 014	5 236	9 096	2 666	1 520	3 947	5 873	4 477
<b>Totalt STHF</b>	<b>4 607</b>	<b>(25 393)</b>	<b>(2 087)</b>	<b>6 002</b>	<b>7 703</b>	<b>(3 749)</b>	<b>322</b>	<b>4 284</b>	<b>283</b>	<b>3 431</b>	<b>(36)</b>	<b>(1 349)</b>	<b>(4 125)</b>	<b>(6 073)</b>

## Likviditet og investeringer.

Tall i tusen



Investeringer - tall i 1000	Regn. 2018	Bud. 2018
Bygg & anlegg	4 745	10 000
MTU	40 941	65 000
Annet utstyr, biler m.m.	6 576	5 000
IKT-investeringer - lån til Sykehuspartner	6 060	7 250
Tilbakebetalt lån fra Sykehuspartner	-10 956	-4 495
<b>SUM</b>	<b>47 366</b>	<b>82 755</b>

## *Risikovurdering per 3. tertial 2018*

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 konsekvens beskrivelse.

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 omtrent uendret siden forrige rapportering.

<b>Risikomatrise 3. tertial 2018 STHF</b>						
		<b>Konsekvens</b>				
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Sannsynlighet</b>	<b>5</b>			<b>6</b>		
	<b>4</b>			<b>8</b>	<b>2</b>	
	<b>3</b>			↓ <b>4</b>	<b>1</b>	
	<b>2</b>		<b>3</b>	↓ <b>5, 7</b>		
	<b>1</b>					

Risikoområder	Sannsynlighet					Konsekvens								
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	T3-17	T1-18	T2-18	T3-18
1 Kvalitet og tilgjengelighet			x						x					
2 Økonomi				x					x					
3 Bemanning		x					x							
4 Aktivitet somatikk og psykiatri			x					x						
5 Strategi - attraktivitet og konkurransesituasjon		x						x						
6 Prioriteringsregelen					x			x						
7 Informasjonssikkerhet - personvern - ny EU direktiv		x						x						
8 Fritt behandlingsvalg				x				x						

**1. Kvalitet og tilgjengelighet** – Uendret. Det er lange ventetider sett opp mot prioriteringsregelen og interne styringsmål, men noe nedgang siden forrige rapportering. Svak økning i fristbrudd, og nedgang i direkte time.

**2. Økonomi** – Ingen endring. Sykehuset ender 2018 med et resultat på ca. 5 millioner, som er en forbedring på 5 millioner fra forrige rapportering, men 25 millioner under budsjett. Lavere aktivitet enn forventet, inntektstap etter omlegging av inntektssystem for lab.tjenester, kombinert med forsinkelser i effektiviseringsarbeid har ført til at budsjettet ikke innfris. Kompenserende tiltak i 2018 har gitt effekt, men ikke tilstrekkelig for å nå resultatmålene for 2018 Sykehuset øker resultatforventningen i 2019 og går inn i driftsåret med en uløst budsjettutfordring på ca. 30 millioner.

**3. og 4. Produktivitet - aktivitet og bemanning** – Uendret. Sykehuset må forbedre produktiviteten på nivå med de beste helseforetakene i regionen, for å etablere en bærekraftig drift og skape handlingsrom til egen utvikling. Ressursbruken går ned og aktivitetsnivået er økende, men oppnådd omstillingshastighet er lavere enn forventet. Det rapporteres negative budsjettavvik på ca. 1 % for både bemanning og aktivitet i 2018 (lavere vekst dag- og døgnopphold og høyere vekst i poliklinikkene). Sykefraværet har vært noe høyere enn budsjettet og har forsinket omstillingsarbeidet. Organisasjonen har hatt spesielt fokus på løpende helsetjenester og at kvaliteten ikke påvirkes negativt av omstillingsarbeidet.

Brutto årsverk i 2018 er omtrent 1 % lavere enn året før og det er lagt opp til ytterligere reduksjoner 2 % i 2019. Det iverksettes tiltak i 2019 for å øke aktiviteten gjennom blant annet forbedret koordinering mellom klinikker, avdelinger og lokasjoner. Ny utfordring i 2019 er innføringen av forløpsfinansiering og TFG.

**5. Strategi – attraktivitet og konkurransesituasjon** – Uendret. Sykehuset må jobbe aktivt og mer bevisst med å tilpasse seg konkurransesituasjonen som er styrt av pasientrettighetene, for å holde kostnadene knyttet til FBV og gjestepasienter på et lavt nivå.

**6. Prioriteringsregelen** – Uendret. Prioriteringsregelen er ikke oppfylt. Lavt aktivitetsnivå i psykiatrien har påvirket ventetidene negativt. Nedgangen i aktivitet i psykiatrien skyldes i hovedsak et økende antall vakante terapeutstillinger.

**7. Informasjonssikkerhet og GDPR** – Redusert sannsynlighet fra forrige rapportering. Rutiner i forbindelse med ivaretagelse av personopplysninger iht nytt lovverk er i ferd med å bli etablert. Juridisk team opprettes. Inngåelse av databehandleravtaler og rutine for gjennomføring av egen ROS ved innføring av nye IKT-løsninger er i fokus.



**8. Fritt behandlingsvalg** – Uendret. FBV-ordningen medfører økende kostnader i forbindelse med behandlingsforløpets lengde, særlig innen psykiatri og TSB. Sykehuset er pliktig til å opplyse pasienten om alternative behandlingstilbud.

**Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 3. tertial 2018**

	K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
<b>1</b>	<b>Kvalitet og tilgjengelighet</b>							
	K 3 →		Ventetid	Økte ventetider reduserer sykehusets attraktivitet, og kan være et tegn på lav lønnsomhet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internsertifisering av sekretærer etter modell fra OUS gjennomføres fra høsten 2018.</li> <li>• Bedre utnyttelse av kapasitet mellom klinikker og avdelinger (KIR / ABK)</li> </ul>	Redusere unødig ventetid og administrative feil. Bidrar til økt kompetanse og felles praksis.	Klinikksjefer og ledere	Runde 1 gjennomført. Runde 2 planlagt uke 9 - 12
	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"> <li>• Fokus på lengre planleggingshorisont. Sekretærstyrt timebok.</li> <li>• Kontinuerlig rydding i ventelister for å unngå fristbrudd, langventere, unødig ventetid og løftebrudd.</li> <li>• Det er planlagt økt poliklinisk aktivitet og dagbehandling med sikte på å redusere ventelister og unngå fristbrudd, med støtte fra EY (utviklingsprosjektet).</li> </ul>	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 breidspektret 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. Samlet ligger klinikkene på 78 % pr. desember.	Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning. Reduserer fristbrudd og løftebrudd.	Klinikksjefer og ledere	Løpende
	S 2 →							
	K 1 →		Korridorpasienter		Korridorpasienter er på et stabilt lavt nivå etter at tiltak har blitt gjennomført. Noe økning siden desember 2017.	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 3. tertial 2018**

	K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
<b>2 Økonomi</b>								
	K	3 ↓	Økonomisk handlingsrom	<ul style="list-style-type: none"> <li>• STHF må skape økonomisk handlingsrom for å sikre nødvendige investeringer.</li> <li>• Styring og kontroll med ressursbruken er viktig for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen</li> <li>• Sykehuset ender med et resultat i 2018 på 5 millioner, som er 25 millioner lavere enn budsjettet.</li> </ul>	Det jobbes kontinuerlig med gjennomgang av egen drift og identifisering av tiltak både på inntekt- og kostnadssiden. Iverksatt utviklingsprosjekt med støtte fra EY.  Uløst budsjettutfordring for 2019 er 33 millioner kroner. Klinikkene følger opp sine respektive tiltaksplaner jevnlig, og det er et kontinuerlig fokus på kostnadseffektivisering. Det forventes økonomiske effekter fra utviklingsprosjektet som startet opp høsten 2018.	Sikre økonomisk handlingsrom i henhold til budsjettet resultatbane og investerings-program.	Kliniksjefer og stab	Løpende
	S	5 →						
<b>3 Bemanning</b>								
	K	2 →	Årsverk, variabel lønn og innleie	Økte årsverk, variabel lønn og innleie utover budsjett er kostnadsdrivende, og et mulig tegn på ineffektiv planlegging og drift. Lønnskostnader er sykehusets største kostnadspost. God kostnadskontroll og planlegging på dette området kan derfor forbedre økonomien betydelig.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det arbeides med omstilling, nedbemanning og bedre ressursutnyttelse.</li> <li>• Uløst budsjettutfordring for 2019 utgjør 30 årsverk.</li> </ul>	Sikre økonomisk bæreevne og effektiv drift.	Kliniksjefer og ledere	Løpende
	S	2 →						
	K	2 →	Sykefravær	Høyt sykefravær er kostnadsdrivende og en belastning for kontinuerlig drift på de ulike seksjonene. Et høyt sykefravær kan også være et tegn på et problematisk arbeidsmiljø. I 2018 ligger STHF tett inn mot målsetningen - 6,9 % mot budsjettet 6,5 %.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spesielt fokus på avdelinger i omstilling og tiltak for å redusere sykefraværet.</li> <li>• Følge opp avdelinger med høyt sykefravær</li> <li>• Samarbeid med NAV for å redusere sykefraværet</li> <li>• Sykefraværet ligger pr. november på 7 %. STHF vil ikke nå målsetningen for 2018.</li> </ul>	Redusert sykefravær og tilhørende kostnader.	HR-enhet / ledere	Løpende
	S	2 →						
	K	3 →	AML-brudd	AML-brudd er lovbrudd. Det er gjerne overtidsarbeid som fører til AML-brudd hos STHF. En høy andel AML-brudd kan derfor ses i sammenheng med en juridisk, økonomisk og arbeidsmiljørelatert risiko. Andelen AML-brudd har vært økende gjennom 2018.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forbedre arbeidet med tjenesteplaner og vaktplaner, som i minst mulig grad gir rom for AML brudd.</li> <li>• Prosjekt "bemanningsplanlegging og ressursstyring".</li> </ul>	Bemanningsplanlegging og drift skal utføres iht arbeidsmiljøloven.	HR-enhet / ledere	Løpende
	S	3 →						

**Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 3. tertial 2018**

K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
K 2 →	S 2 →	Kompetanse og rekruttering	Kompetansemangel vil ha en negativ effekt på pasienttilbud og kvalitet.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Følge opp STHFs vedtatte strategi for å rekruttere og beholde spesialistkompetanse ved STHF.</li> <li>Ulike kanaler benyttes og tiltak iverksettes for å skaffe spesialister (blant annet deltakelse på messer, annonsering, rekrutteringsbyrå). Spesielt fokus på spesialiteter med rekrutteringsutfordring (overleger til radiologi og BUP)</li> </ul>	Riktig kompetanse på rett sted og til rett tid	HR-enhet / ledere	Løpende
K 2 →	S 2 →	Ressursplanlegging	Mangelfull ressursplanlegging kan føre til dårlig ressursutnyttelse, høyere variable lønnskostnader og lavere aktivitet. Pasienten vil kunne oppleve lengre ventetider og flere fristbrudd.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Det er utarbeidet en handlingsplan for ressursstyring, og etablert en arbeidsgruppe som følger opp konsernrevisjonens anbefalinger, slik at tiltak gjennomføres.</li> <li>Riktig effektivitetsnivå ved tverrfaglig arbeid, for eksempel tidsbruk på møter, antall deltagere etc.</li> <li>Omstillingsprosjektet 2016 – 2018: Delprosjektet Drift Skien/Porsgrunn/Notodden - tiltak for god kapasitetsutnyttelse.</li> <li>Omdisponering av operasjonsteam fra Notodden til Skien iht pasienttilgang.</li> </ul>		HR-enhet / analyse / klinikker	Løpende
<b>4 Aktivitet somatikk og psykiatri</b>							
K 2 ↓	S 3 →	Sviktende pasientgrunnlag Ø-hjelp	ØH-tilbudet må opprettholdes, men er kostnadskrevenende.	<p>Bedre utnyttelse av tilgjengelig arbeidstid i operasjonsplanlegging.</p> <p>Koordinere sommeravvikling Notodden med Skien Porsgrunn for å opprettholde ØH-tilbud og spare kostnader</p>	<p>Mer effektiv pasientbehandling.</p> <p>Kostnadsreduksjoner</p>	<p>Klinikkssjef/ledere KIR/ABK</p> <p>Klinikkssjef / ledere</p>	<p>Løpende</p> <p>Sommer 2019</p>
<b>5 Strategi - attraktivitet og konkurransesituasjon</b>							
K 3 →	S 2 →	Strategi - attraktivitet og konkurranse-situasjon	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.	<p>Det er et kontinuerlig fokus på å innfri kvalitetskravene og redusere ventetider.</p> <p>Opprettholde dialogen med lokale fastleger.</p>	STHF skal fremstå som attraktivt for pasienten	Klinikker	Løpende
<b>6 Prioriteringsregelen</b>							
K 3 →	S 5 →	Aktivitet og ventetider	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prioriteringsregelen er ikke oppfylt med lavere vekst i aktivitet eller kostnader i PHV/TSB enn i somatikk.</li> </ul>	<p>Økt aktivitet og reduserte ventetider innen PHV/TSB krever økt produktivitet og alle behandlerstillinger besatt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rekruttere og beholde medarbeidere</li> <li>Oppfølging medarbeidere</li> </ul>	<p>Større vekst i aktivitet og reduserte ventetider:</p> <p>Flere pasienter får behandling.</p>	Klinikkssjefer og ledere	Løpende

**Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 3. tertial 2018**

K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prioriteringsregelen er ikke oppfylt med mindre reduksjon i ventetider innen PHV/TSB enn i somatikken.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planlegging – logistikk</li> <li>• Effektivisere teamsamarbeid – flerfaglig arbeidsform</li> <li>• Samarbeid med 1. linje og avtalespesialister               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Riktige/riktigere henvisninger</li> <li>o Spesialist ut til fastlegekontor</li> <li>o Samarbeid med avtalespesialister</li> </ul> </li> </ul> 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
<b>7 Informasjonssikkerhet</b>							
K 4 →	S 3 →	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"> <li>• Mandat for Årsplan internkontroll informasjonssikkerhet er vedtatt i adm. dir. møte.</li> <li>• Bevisstgjøring av bla. taushetsplikt gjennom DIPS superbrukerdag og artikler på intranettet</li> <li>• Tilgangsstyring: full gjennomgang, justering og dokumentere dette overfor Datatilsynet. Årlig revisjon.</li> <li>• Loggkontroll: intensivert loggkontroll gjennomføres for å svare opp Datatilsynet.</li> <li>• Det må konkretiseres planer for hvordan og når vi innfører statistisk logganalyse (Mønstergjenkjenningssprosjektet).</li> </ul>	Avklart rollefordeling mellom HF og sykehus	Ads ledergruppe	

**Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 3. tertial 2018**

	K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist	
	K	3	→	Ny personvern-lovgivning fra mai 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykehuset Telemark skal påse at krav som følge av EUs personvernforordning (GDPR) ivaretas.</li> <li>• 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.</li> <li>• Statistisk logganalyse gir helseforetakene verktøy som gir mulighet for systematisk gjennomgang av logger.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GDPR er etablert.</li> <li>• Sykehusets informasjonssikkerhetsleder deltar i regionalt arbeid for revidering av styringssystemet - ok fremdrift</li> <li>• Rutiner for manuell logganalyse er innført ved sykehuset.</li> </ul> Når regionalt prosjekt for logganalyse er klar for iverksettelse vil sykehuset gjennomføre dette.	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Opprettelse av juridisk team og ansettelse av jurist.</li> </ul>	Oppfylle krav i ny personlov. Styrke juridisk kompetanse og saksbehandling.	SSL
	S	3	→						
<b>8 Fritt behandlingsvalg</b>									
	K	3	→	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"> <li>• Sykehuset er pliktig til å informere om alternative behandlingsinstitusjoner, men henviser ikke selv pasienter unødig.</li> <li>• Opprettholde dialog med fastleger for å påvirke henvisningspraksis.</li> <li>• Sykehuset må kunne vise til et godt behandlingsforløp for å fremstå som attraktive hos pasientene.</li> </ul>	Redusere gjestepasientkostnader	Klinikksjefer og ledere	Løpende	
	S	4	→						

Måloppnåelse/status vedtatte tiltak etter Ledelsens gjennomgang (LGG) 2018  
 Vedlegg 4 til LG-sak 011-2019 Virksomhetsrapport per 3. tertial 2018

Nr.	Område/Mål	Ansv.	Tiltak	Måloppnåelse/status
1.	<b>Oppfølging etter forrige LGG og tiltaksplan</b>	Tom Helge	Oppfølging av vedtatte forbedringstiltak skal inngå i tertialrapporteringen.	Inngår i virksomhets-rapport per 3. T 2018
2.	<b>Risikostyring</b>	Dana	I det løpende forbedringsarbeidet jobbes det med å videreutvikle og forbedre verktøy for og implementering av risikostyring, samt å gjøre en vurdering av om de rette risikoelementene er tatt med.	Det er jobbet med ny arbeidsform for å vurdere og utarbeide risikomomenter og dette benyttes av controllerne. Det foretas klinikkvise vurderinger og alt aggregeres på et overordnet nivå.
3.	<b>Vurdering av måloppnåelse</b>			
3.1	<b>Lederavtaler og fullmakter</b>	Dana	I det løpende forbedringsarbeidet jobbes det med å videreutvikle og forbedre lederavtaler og fullmakter.	Lederavtalene gjennomgås og revideres etter behov, i takt med videreutviklingen av intern styring og kontroll. Samme tilnærming benyttes for fullmaktene og delegeringsreglementet. Det er utarbeidet nye rutiner for økonomistyring og utøvelse av fullmakter knyttet til gjennomføring av årets investeringsplan.
3.2	<b>STHF strategi</b>	Annette	Etter midtveisevalueringen av måloppnåelse for strategi 2016-2019 (temasak i ledergruppens møte 24. april 2018) er det identifisert behov for endringer for kommende strategiperiode. Dette gjelder bl.a. å redusere antall mål, være mer tydelig på ambisjonsnivå/målbarhet for de enkelte overordnede målene, samt at konkrete mål og tiltak defineres innenfor det som er mulig med STHFs økonomiske forutsetninger.	Strategiprosess for 2019 innledes på ADs ledersamling 28-29 januar 2019. Arbeidet inkluderer evaluering av måloppnåelse per 2018, en diskusjon rundt forbedringer til neste strategiperiode vedr. rammeverk og innhold, samt oppstart diskusjon for valgt av områder og mål til Strategi 2020-2022.
3.3	<b>Oppdrag og bestilling (OBD)</b>	Tom Helge	Ny status for arbeidet skal utarbeides per 2. tertial 2018.	Gjennomført. Status inngår i virksomhetsrapport per 2. T 2018
3.4	<b>Lover, forskrifter, nasjonale retningslinjer og andre myndighetskrav</b>	Mai Torill og Halfrid	Tydeliggjøring av ansvarsforholdet mellom stabsfunksjoner og linjeledelse mht. oppdateringer i regelverk og	Arbeidet er påbegynt. Frist for ferdigstilling: 01.05.2019

Måloppnåelse/status vedtatte tiltak etter Ledelsens gjennomgang (LGG) 2018  
 Vedlegg 4 til LG-sak 011-2019 Virksomhetsrapport per 3. tertial 2018

Nr.	Område/Mål	Ansv.	Tiltak	Måloppnåelse/status
			faglig normerende dokumenter. Vurdere publisering av lovendringer på intranett.	Arbeidet koordineres av kvalitet og jus
3.5	<b>Samhandling med kommunene</b>	Tom Helge	<p>De fleste sakene besluttes i samarbeidsutvalget, men noen få går videre til det overordnede samarbeidsutvalget. Samarbeidsutvalget setter også opp ønskede saker på agendaen og gjennomgang av referat med beslutninger tas opp på neste møte for å sikre oppfølging. Arbeidet med å sikre god implementering av alle samarbeidsavtalene er fortsatt en utfordring. Det må jobbes kontinuerlig med dette for at avtaleverket skal bli «levende» og nyttige redskaper for samhandlingen.</p> <p>Alle evaluerings/ erfaringsmøter som er etablert er en fin basis for å sikre kontinuerlig forbedring innen samhandlingsfeltet sammen med den organisatoriske strukturen.</p>	<p>Det har vært avholdt regelmessige møter mellom administrerende direktør og rådmennene i de 18 Telemarkskommunene. Det er avholdt et felles møte for hele Telemark mellom rådmenn og administrerende direktør, som ble positivt evaluert. Regelmessige møter har også vært avholdt på klinikk-sjef og kommunalsjefsnivå. På det kliniske/utøvende nivå har det vært avholdt møter ved definerte behov.</p>
3.6	<b>Samhandling med fastlegene</b>	Halfrid	Vurdere innretning på og omfang av PKO	<p>Sykehuset Telemark HF har praksiskoordinator (PKO) i 20 % stilling, samt en praksis-konsulent knyttet til Medisinsk klinikk og en som jobber inn mot Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling (KPR). PKO jobber med tema som henvisninger, avvisninger og fristbrudd. De jobber også i samarbeid med samhandlingskoordinator, med å etablere en samarbeidsarena for leger i Telemark etter modell av «Møteplass Oslo». Praksiskoordinator bidrar også inn i utvalgte prosjekter, bla Akuttkjedeprosjektet. Det er</p>



Måloppnåelse/status vedtatte tiltak etter Ledelsens gjennomgang (LGG) 2018  
 Vedlegg 4 til LG-sak 011-2019 Virksomhetsrapport per 3. tertial 2018

Nr.	Område/Mål	Ansv.	Tiltak	Måloppnåelse/status
				den enkelte klinikk som vurderer behovet for praksiskonsulent.
<b>4.</b>	<b>Tilgjengelige ressurser</b>			
<b>4.1</b>	<b>Opplæring, kompetanse og rekruttering, inkl. dokumentasjon</b>	Mai Torill	Evaluere systemet med obligatoriske e-læringskurs	Planlegges høsten 2019.
<b>4.2</b>	<b>IKT tilknyttet HR området</b>	Mai Torill	Ingen forslag til oppfølgingspunkt.	
<b>4.3</b>	<b>Helse- miljø og sikkerhet – inkl. ytre miljø</b>	Halfrid	Det skal utarbeides en overordnet plan som omfatter alle områder innenfor HMS for å se disse i en helhetlig sammenheng.	Spesialrådgiver HMS er ansatt fra 01.01.2019. Utarbeidelse av helhetlig plan for HMS er en prioritert oppgave.
<b>4.4</b>	<b>IKT- Informasjons- og kommunikasjonsteknologi</b>	Elin	<p>Sykehusets vedtatte IKT områdeplan for 2018-2022 beskriver teknologiutvikling og konkret prioritering for 2018.</p> <p>For 2018 var store regionale IKT prosjekter prioritert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elektronisk kurve og medikasjon</li> <li>- Digital samhandling prosjekter - som digitale innbyggertjenester med digitalt innsyn i logg og journal, samt HF-HF kommunikasjon</li> <li>- Innføring av løsning for medikamentell kreftbehandling (CMS)</li> </ul> <p>Behovet for oppgradering av teknisk infrastruktur i sykehuset er betydelig.</p>	<p>Alle store regionale IKT prosjekter fulgte vedtatte fremdriftsplaner.</p> <p>Dette blir delvis forbedret som en del av arbeidet med prosjekt elektronisk kurve og medikasjon.</p> <p>I tillegg vil regionalt program for standardisering og infrastrukturmodernisering (STIM), som ble etablert høsten 2018, gjennomføre</p>

Måloppnåelse/status vedtatte tiltak etter Ledelsens gjennomgang (LGG) 2018  
 Vedlegg 4 til LG-sak 011-2019 Virksomhetsrapport per 3. tertial 2018

Nr.	Område/Mål	Ansv.	Tiltak	Måloppnåelse/status
			<p>Sykehuset har generelt god oppetid på kliniske IKT system (PAS-EPJ, LAB, RAD).</p> <p>Sykehusets regionale IKT system for økonomi-innkjøp-logistikk har etter oppgradering i juni/juli 2018 vist god stabilitet.</p> <p>Lokale sykehus aktiviteter i 2018: Egenutviklede løsninger</p> <p>Planlagt innføring av nytt dokumentasjons- og forbedringssystem (Heliks)</p> <p>Sikre bedre brukeropplæring av systemet og arbeidsflyt</p> <p>Beslutte styringsmodell for IKT prosjekter</p>	<p>oppgradering til Windows 10 og videre utrulling av trådløst nett.</p> <p>I samarbeid med SVAR, er det utviklet og publisert støtteløsninger for prosess og ledelse.</p> <p>Det er etablert kontinuerlig drift og forvaltning av BI Helse (Sykehusets analyseplattform)</p> <p>Dette ble redusert i omfang og funksjonalitet. Og besluttet å ikke ta i bruk forbedringsdelen av løsningen.</p> <p>Modell for kompetanse og brukeropplæring i sentrale IKT-løsninger (DIPS-Metavision etc.) fullføres 1.kvartal 2019.</p> <p>Prosess for endret av porteføljestyling i sykehuset medfører endring av modell, fullføres 1.kvartal 2019</p>
4.5	<b>Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)</b>	Elin	<p>Sykehusets MTU/BHM utstyr registreres i Merida.</p> <p>Sykehuset måler på vedlikeholdsoppfølging og alder på MTU.</p>	<p>Måling på periodisk vedlikehold og alder pr 31.12.2018 viser:</p> <p>PA1 MTU - 65,4% (80%)          PA2 MTU - 91,5% (85%)          PA1 BHM - 85,5% (80%)</p>

Måloppnåelse/status vedtatte tiltak etter Ledelsens gjennomgang (LGG) 2018  
 Vedlegg 4 til LG-sak 011-2019 Virksomhetsrapport per 3. tertial 2018

Nr.	Område/Mål	Ansv.	Tiltak	Måloppnåelse/status
			<p>PA1; andel planlagt vedlikehold gjennomført iht. plan pr tidsintervall (3 mnd).</p> <p>PA2; andel planlagt vedlikehold totalt gjennomført iht. plan, Samt andel utstyr i de 3 alderskategoriene.</p> <p>Normtall for andel og alder på utstyr i sykehus i 3 kategorier.</p> <p>Systemet for håndtering og oppfølging av utstyret er det god kontroll på.</p> <p>Sykehusets utstyrspark er aldrende. Pga. sykehusets økonomi har kun kritisk utstyr iht. sikre driftsstabilitet blitt prioritert. Det er uløst betydelige havarier i 2018.</p>	<p>PA2 BHM - 97,7% (85%)</p> <p>Pga høy drifts- og prosjekt aktivitet i 2018, har sykehuset et etterslep på PA1 på MTU, endring med 20% på et år (85%-65%).</p> <p>Alder på utstyr        38% (60% 0-4,99 år)        37% (30% 5-10 år)        25% (&gt;10% &gt;10 år)</p> <p>Sykehuset har pr 1.11.2018 5.447 MTU enheter i sykehuset, med en gjennomsnittsalder på 9,6 år</p> <p>Ikke tilstrekkelig investeringer i MTU har medført en årlig økning i utstyrets gjennomsnittlig alder. MTU er høyt prioritert for investeringer i 2019.</p>
4.6	<b>Beredskap</b>	Frank	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Øvelse i Proaktiv stabsmetodikk gjennomføres 20/9 og 4/10.</li> <li>• Sykehuset skal drøfte organiseringen av beredskaps arbeidet i løpet av høsten 2018.</li> <li>• Det arbeidet med følgende krav i henhold til oppdrag og bestilling 2018           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sykehuset Telemark skal gjennomføre nødvendige oppdateringer i egne beredskapsplaner og rutiner i tråd med revidert Nasjonal helseberedskapsplan.</li> <li>○ Sykehuset Telemark skal delta i arbeidet med å forberede implementering av ny sikkerhetslov.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Sykehuset Telemark har gjennomført nødvendige oppdateringer i helseforetakets beredskapsplaner og rutiner i tråd med revidert Nasjonal beredskapsplan.</p> <p>Sykehuset Telemarks beredskapsleder har på vegne av helseforetaket deltatt i arbeidet med å forberede implementering av ny sikkerhetslov.</p>

Måloppnåelse/status vedtatte tiltak etter Ledelsens gjennomgang (LGG) 2018  
 Vedlegg 4 til LG-sak 011-2019 Virksomhetsrapport per 3. tertial 2018

Nr.	Område/Mål	Ansv.	Tiltak	Måloppnåelse/status
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementering av beredskapsplanverket – styrke informasjonen om gjeldende delplaner.</li> </ul>	
4.7	<b>Informasjonssikkerhet og GDPR</b>	Elin	<p>Årsplan internkontroll 2018 inneholdt følgende 7 hovedpunkt</p> <p><i>1.Etableringsaktiviteter (4 tiltak)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-kartlegge status og foreslå prioriterte tiltak</li> <li>-tilnærming til ISO 27001</li> <li>-bidra til felles regional utarbeidelse av malverk, verktøy, årshjul/-planer</li> <li>-etablere rammeverk for dokumentasjon og/eller integrere eksisterende</li> </ul> <p><i>2.Ledelsens styring og oppfølging (7 tiltak)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-lage saksgrunnlag for LGG</li> <li>-gi innspill til virksomhetsstyring og rapportering</li> <li>-forberede saker til diskusjon med periodiske møter med AD</li> <li>-gjennomgå og oppdatere eksisterende styrende dokumenter, utarbeide nye ved behov</li> <li>-gi innspill til regional standard databehandleravtale iht. GDPR, oppdatere med ny mal</li> <li>-ferdigstille første oversikt over databehandlinger</li> <li>-forberede sak for håndtering av ny personvernforordning</li> </ul> <p><i>3.Risikovurdering og -håndtering (7 tiltak)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-bistå FOU med kartlegging, risikovurdering og rutiner for helseforskning/kvalitetsregistre</li> <li>-følge opp og delta i regionalt arbeid for DPIA</li> </ul>	<p>1. Regionalt malverk, verktøy, årshjul/-planer er gjennomført.</p> <p><i>Gjenstående arbeid:</i> Sikre etterlevelse av eksisterende rutiner for dokumentasjon i P360/TQM, arbeid pågår.</p> <p>2. Administrative rutiner er gjennomført iht. valgte tiltak.</p> <p><i>Gjenstående arbeid:</i> Regionale dokumenter er ferdigstilt, eksisterende dokumenter oppdateres i STHF styringssystem.</p> <p>Oversikt over data-behandlinger; initial kartlegging ferdig, sammenstilling pågår.</p> <p>3. Det er gjennomført risikovurdering og -håndtering på FOU med forslag til tiltak inkl. nye rutiner, deltakelse i regionalt arbeid for DPIA og RSR er gjennomført.</p>

Måloppnåelse/status vedtatte tiltak etter Ledelsens gjennomgang (LGG) 2018  
 Vedlegg 4 til LG-sak 011-2019 Virksomhetsrapport per 3. tertial 2018

Nr.	Område/Mål	Ansv.	Tiltak	Måloppnåelse/status
			<p>-adoptere ISO 27002, evaluere og prioritere relevante tiltak</p> <p>-utarbeide/oppdatere prosedyre for risikovurdering, forankring hos ansvarlig ledelse</p> <p>-etablere systematisk oppfølging mot risikoeiere og tiltaksleverandører slik at restrisiko blir innenfor akseptkriterier</p> <p>-gi innspill og evaluere innspill til mandat for Regional Sikkerhetsfaglig Råd</p> <p>-avstemme kritikalitetsnivå med systemeiere, gi innspill til tjenesteavtale med SP og andre</p> <p><i>4.Overvåkning og hendelses-håndtering (3 tiltak)</i></p> <p>-forberede innføring av mønstergjenkjenning</p> <p>-bidra til at delplan svikt i IKT blir revidert og testet</p> <p>-håndtere registrerte avvik og formalisere saksbehandling</p> <p><i>5.Måling, evaluering og revisjon (7 tiltak)</i></p> <p>-kartlegge og gi innspill til fremtidige intern revisjoner</p> <p>-bidra til å enkelt kunne måle sikkerhetskultur</p> <p>-utarbeide forslag til systematiske målinger</p> <p>- planlegge og innføre systematisk gjennomgang av tilgangsstyring og loggkontroll på: DIPS, PACS/RIS, AMIS</p> <p>-planlegge og innføre systematisk gjennomgang av helseforskning og REK-godkjente prosjekter</p> <p>-få etablert rutiner for kontroll av leverandør tilganger</p>	<p><i>Gjenstående arbeid:</i></p> <p>Ferdigstille lokal ROS-prosedyre og risikonotat.</p> <p>Klargjøre rutiner for oppfølging av risiko og dokumentering av dette.</p> <p>Avstemme kritikalitetsnivå og innspill tjenesteavtale med SP/leverandører gjenstår.</p> <p>4. IKT mønster gjenkjenning følger fremdriftsplan.</p> <p>Delplan beredskap er revidert, men ikke testet. (IKT-beredskapsøvelse 25.01.19.)</p> <p>Oppfølging av IKT avvik gjennomføres.</p> <p>5. Innspill til revisjonstema er gjennomført.</p> <p>Systematisk tilgangs-styring og loggkontroll er delvis gjennomført</p> <p>- DIPS og AMIS, utvidet stikkprøve kontroll – ingen avvik</p> <p>Planlegging av systematisk gjennomgang av helseforskning er foretatt (første gang i 2019)</p> <p><i>Gjenstående arbeid:</i></p> <p>Måling av sikkerhetskultur er ikke gjennomført.</p> <p>Rutiner for kontroll av leverandør tilganger avventer pågående arbeid fra Sykehuspartner.</p>

Måloppnåelse/status vedtatte tiltak etter Ledelsens gjennomgang (LGG) 2018  
 Vedlegg 4 til LG-sak 011-2019 Virksomhetsrapport per 3. tertial 2018

Nr.	Område/Mål	Ansv.	Tiltak	Måloppnåelse/status
			<p><i>6.Kompetanse- og kulturutvikling (4 tiltak)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-oppdatere materiell for obligatorisk opplæring av nytilsatte</li> <li>-gjennomføre GDPR fagmøter internt</li> <li>-utarbeide årsplan for kompetanse og bevisstgjøring</li> <li>-innføre ny e-læring (PiiP)</li> </ul> <p><i>7.Kommunikasjon (4 tiltak)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dokumentere gjennomførte internkontroll aktiviteter</li> <li>-dokumentere etterlevelse av sikkerhetstiltak</li> <li>-utarbeide saksnotat til LGG</li> <li>-avklare hvordan ekstern kommunikasjon skal foregå</li> </ul> <p><b>Årsplan GDPR 2018 – 5 faser:</b></p> <p><i>Fase 1 Behov</i>          Organisering av prosjekt arbeidet med mandat, prosjektleder, prosjekt- og styringsgruppe.</p> <p><i>Fase 2 Planlegge;</i>          Innledende kartlegging (GAP-analyse), identifisere behov for mer omfattende kartlegging og utarbeidelse av prosjektplan</p> <p><i>Fase 3 Kartlegge;</i>          Systematisk gjennomgang av aktuelle artikler og krav i GDPR for å kartlegge krav i forordningen, parallelt med arbeid med identifiserte behov for endringer, for å sikre etterlevelse. Klargjøres hvilke endringer som må gjøres i IKT-systemer. Arbeidet munner ut i en implementeringsplan.</p>	<p>6. Opplæringsmateriell for nytilsatte og e-læring er oppdatert/implementert. GDPR fagmøter er gjennomført på forespørsel.</p> <p><i>Gjenstående arbeid:</i>          Årsplan fullføres i 2019.</p> <p>7. Internkontroll aktiviteter dokumenteres / følges i sykehusets IKT systemer og rutiner.          Rapportering i LGG og valg av metode for ekstern kommunikasjon er gjennomført.</p> <p><i>Fase 1</i> Mandat vedtatt, prosjektet organisert med arbeids- og styringsgruppe.</p> <p><i>Fase 2</i> Det er ikke utført en formell GAP-analyse. Kartleggingen har avdekket forbedrings- potensialer i rutiner og internkontroll. Avvikene inngår i en gap-analyse, rapport for videre arbeid.</p> <p><i>Fase 3</i> Kartleggingen er i hovedsak gjennomført og sammenstilling pågår. Oppfølgingsaktivitet i linja antas være på prosedyrenivå og ikke kreve store ressurser. Konsernrevisjonen gjennomførte en rådgivningsrevisjon i</p>

Måloppnåelse/status vedtatte tiltak etter Ledelsens gjennomgang (LGG) 2018  
 Vedlegg 4 til LG-sak 011-2019 Virksomhetsrapport per 3. tertial 2018

Nr.	Område/Mål	Ansv.	Tiltak	Måloppnåelse/status
			<p><i>Fase 4 Operasjonalisere;</i>            Utarbeide/videreutvikle nødvendige prosedyrer, retningslinjer, prosesser og verktøy for å sikre at vi etterlever GDPR. Verktøy og prosesser som Risiko- og sårbarhetsvurderinger (ROS) og personvern-konsekvensvurderinger (DPIA), for å ivareta krav om innebygget personvern.            Ansvar og eierskap, opplæring og bevisstgjøring. Kompetanse og bevissthet gjennom opplæring, veiledning og informasjon.</p> <p><i>Fase 5: Drift (etterlevelse);</i>            Nødvendige justeringer i IKT-systemer fortsetter i daglig drift.            Lederlinjen, fagpersoner og stabsfunksjoner utfører fastsatte kontrolloppgaver i daglig drift for å bekrefte etterlevelse.            Det gjennomføres systematisk evalueringer og/eller interne revisjoner.</p>	<p>oktober, anbefalinger tas til følge.</p> <p><i>Fase 4</i> Ved nyanskaffelser vil prosjektveiviseren, risikovurdering og personvern-konsekvensvurdering ivareta krav til håndtering av personvern opplysninger. Sykehuset har løpende oppdatert informasjon om håndtering av person opplysninger (nettside, samtykkemaler etc.). Det gjenstår noe arbeid for å sikre at sykehusets rutiner er i samsvar med lovkrav. SP har gitt signal om at det jobbes for å tilby en løsning for en regional oversikt/støtte for behandlingsaktiviteter (behandling av personopplysninger).</p> <p><i>Fase 5</i> Linja v/klinikksejfer og systemeiere er ansvarlig for etterlevelse. Overlevering til linja er forskjøvet til Q1 2019. Etterlevelse er fast punkt i årsplan internkontroll.</p>
5.	<b>Brukermedvirkning og samvalg på system, og individ nivå</b>	Halfrid	Implementere pasientsikkerhetsprogrammet pakke «Trygg utskrivning» hvor det er fokus på at pasienten er en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår seg. Sikre på at samvalg som metodikk er kjent og etterleves. Avklare ansvarsforhold på systemnivå for brukermedvirkning.	Innsatspakken Trygg Utskriving er gjort kjent i alle relevante avdelinger ved STHF. Det pågår et arbeid på avdelingsnivå for å kartlegge og sikre at pasienten er en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår seg. Heliks ID 8928 og 9513 er styrende i denne sammenheng. Pasientsikkerhetsprogramm

Måloppnåelse/status vedtatte tiltak etter Ledelsens gjennomgang (LGG) 2018  
 Vedlegg 4 til LG-sak 011-2019 Virksomhetsrapport per 3. tertial 2018

Nr.	Område/Mål	Ansv.	Tiltak	Måloppnåelse/status
				<p>et er tema i kommende internrevisjon for å sikre at metodikk er kjent og etterleves.</p> <p>Når det gjelder medvirkning og samvalg ble det i 2017 spesielt fokusert på pasienter med nyresykdom. I 2018 er temaet tatt inn som et element i kursopplegget for LIS-veiledningen (kommunikasjon og veiledning).</p> <p>Det er ikke gjort noen endeling avklaring av ansvaret for brukermedvirkning på systemnivå.</p>
<b>6.</b>	<b>Kvalitet og pasientsikkerhet</b>			
<b>6.1</b>	<b>Pasientsikkerhetsprogrammet</b>	Halfrid	Opprettholde aktivitetene ved overføring til linja jfr. styresak. Vurdere mulighet for forbedre måleverktøy og analyse.	Sykehuset Telemark har opprettholdt innsatsen på innføringen av alle de nye og opprinnelige innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet i 2018. 13 av 16 innsatsområder er innført og overført til linja. Sykehuset innrapporterer tertialvis regionalt på arbeidets progresjon. Må ha noe videre fokus på områdene samstemming av legemiddellister, trygg utskriving, og forebygging av underernæring. Avventer resultater fra regionalt prosjekt for videreutvikling av GTT undersøkelsen innen somatikk som måle og analyseverktøy.
<b>6.2</b>	<b>Uønskede hendelser</b>	Halfrid	Fortsette fokus på meldekultur for å redusere uønsket variasjon. Det er behov for økt fokus på	Metodikken for hendelsesgjennomgang av uønskede hendelser er



Måloppnåelse/status vedtatte tiltak etter Ledelsens gjennomgang (LGG) 2018  
 Vedlegg 4 til LG-sak 011-2019 Virksomhetsrapport per 3. tertial 2018

Nr.	Område/Mål	Ansv.	Tiltak	Måloppnåelse/status
			<p>ledelsens oppfølging inkl. læring av hendelser.</p> <p>Vurdere manuell føring i henhold til det nasjonale klassifikasjonssystemet.</p>	<p>evaluert. Revidert metodikk vil omfatte systematiske forbedringer både innen gjennomføring og oppfølging av analysene herunder tiltak for å sikre informasjon og læring på tvers i virksomheten. Ledelse av pasientsikkerhet og HMS skal også fremmes ved systematisk oppfølging av berørte pasienter/pårørende og ansatte fra ansvarlige linjeledere.</p> <p>Frist: 01.06.2019</p> <p>For å gi bedre oversikt over STHFs uønskede hendelser, klagesaker og tilsynssaker samt sikre grunnlag for analyse vil kvalitetsavdelingen sørge for manuell oversikt. Målsettingen er at sakene blir kodet i henhold til standardiserte nasjonale og regionale klassifikasjonssystem. Klassifiseringen vil omfatte hendelser fra og med 01.01.2019.</p>
6.3	Hendelsesbaserte tilsyn/klagesaker	Halfrid	<p>Vurdere innføring av manuelle registreringsrutiner for bedre oversikt og læring på tvers. Klinikkvise KPU skal rapportere til overordnet KPU aktuelle saker (blant annet som involverer flere klinikker) til læring på tvers 1- 2 ganger i året.</p>	Se utfyllende kommentar i pkt 6.2.
6.4	Kvalitetsindikatorer	Halfrid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Årlig sak til ledergruppen og til styret (på starten av hvert år) om status for arbeidet med Kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer.</li> <li>• Hver klinikk skal hvert år ha en temasak i ledermøte hvor det orienteres om klinikkens oppslutning om kvalitetsregistre og</li> </ul>	<p>Temasak lagt fram i ledermøtet 14.01.2019.</p> <p>Klinikkvise temasaker er planlagt for kommende ledermøter.</p>

Måloppnåelse/status vedtatte tiltak etter Ledelsens gjennomgang (LGG) 2018  
 Vedlegg 4 til LG-sak 011-2019 Virksomhetsrapport per 3. tertial 2018

Nr.	Område/Mål	Ansv.	Tiltak	Måloppnåelse/status
			forbedringsarbeid knyttet til kvalitetsindikatorer	
<b>7.</b>	<b>Status kontroll med styrende dokumenter</b>			
<b>7.1</b>	<b>HELIKS - dokumentstyring</b>	Halfrid	<ul style="list-style-type: none"> <li>Økt fokus på leders ansvar</li> <li>Dokumentforum bidrar til gevinstrealisering</li> <li>Superbrukerne tar ansvar for oppfølging og support i egen klinikk</li> </ul> Systemdokumentasjon er under utarbeidelse. Frist ferdigstillelse: 1. oktober.	Systemdokumentasjon er utarbeidet og ligger i HELIKS. Dokumentforum er etablert.
<b>7.2</b>	<b>Public 360</b>	Elin	<p>Public 360 brukes som administrativt arkiv og dokumentasjonssystem i sykehuset. Bruken av Public 360 er iht. lover, forskrifter og sykehusets rutiner på området. P360 fungerer bra som administrativt arkivsystem.</p> <p>Sikre bedre opplæring for aktuelt personell i sykehuset og vurdere å ta i bruk flere av systemets funksjoner.</p> <p>Sikre at arkivmedarbeidere har god kjennskap til sykehusets organisasjon.</p>	<p>Sykehuset har et godt internt tilbud om opplæring både en til en, og avdelings-/klinikkvis. Det oppleves å være stor etterspørsel etter P360 opplæring i 2018.</p> <p>Sykehuset deltar aktivt i regionalt forvaltnings-forum og arkivfaglig nettverk, der det vurderes å ta i bruk flere av systemets muligheter.</p> <p>Kompetansebygging for nye medarbeidere i fagområdet pågår, etter pensjonsavgang på begge erfarne medarbeidere (2).</p>
<b>8.</b>	<b>Interne revisjoner</b>	Halfrid	Ingen forslag til oppfølgingspunkt.	Elektronisk egenvurdering breddes som internrevisjonsmetode i hele STHF. Plan for internrevisjon felles for 2018-2019.
<b>9.</b>	<b>Eksterne revisjoner / eksterne tilsyn</b>	Halfrid	Varsel og oppfølging av eksterne revisjoner og tilsyn skal journalføres i P360 i samsvar med ID 12928 Eksterne tilsyn og revisjoner skal arkiveres i P360.	Det er ikke gjort en systematisk gjennomgang av etterlevelse av gjeldende prosedyre, men det er ikke signaler om at dette er et problem per i dag.
<b>10.</b>	<b>Forskning og innovasjon</b>	Halfrid	Nye PhD prosjekter må i gang. Klinikkerne må i samarbeid med	De interne forskningsmidlene ble

Måloppnåelse/status vedtatte tiltak etter Ledelsens gjennomgang (LGG) 2018  
 Vedlegg 4 til LG-sak 011-2019 Virksomhetsrapport per 3. tertial 2018

Nr.	Område/Mål	Ansv.	Tiltak	Måloppnåelse/status
			<p>FoU-avdelingen rekruttere forskningsinteresserte medarbeidere og legge til rette for forskning og frigjøre tid. Formalisere organiseringen av forskningsgrupper som rapporterer i linja.</p> <p>I budsjettprosessen for 2019 må det være et mål å øke andelen som brukes til forskning, slik at vi ligger på samme nivå som andre HF – både i ressursbruk og resultat.</p>	<p>fordelt til 4 nye PhD-prosjekter som igangsettes i 2019 og tre prosjekter fikk forskningsmidler til videre planlegging av PhD-prosjekter med oppstart i 2020. Tre nye postdok/PhD-prosjekter gjennomføres med forskningsmidler som er testamentert til STHF. Vi har derfor nådd målsetningen med å rekruttere nye forskere til nye PhD-prosjekter. Det planlegges en egen utlysning av forskningsmidler for etablering av forskningsgrupper i 2019. Målet er at alle forskningsprosjekter skal være tilknyttet en forskningsgruppe i løpet av 2019. Som et resultat av flere vitenskapelige artikler og flere avlagte doktorgrader de siste årene har de interne søkbare forskningsmidlene økt med 500 000.</p> <p>Eksterne midler:</p> <p>Vi har mottatt 500 000 i strategiske forskningsmidler fra HSØ, 0,4 millioner kroner fra ALS-Norge og 1,3 millioner kroner fra regionale midler til tjenesteinnovasjonstiltak.</p>
<b>MILJØMÅL</b>				
1.	<b>Redusere bruk av bredspektrede antibiotika og avfallsstoffer fra legemiddelbruk med 30 % innen 2020 i relasjon til forbruket i 2012.</b>	Halfrid	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antibiotikastyringsprogram har vært hovedfokus fra 2016. Følger nasjonale anbefalinger og program-mal fra HSØ. Tverrfaglig antibiotikateam leder arbeidet. Kontaktpersoner i</li> </ul>	Forbruk bredspektrede antibiotika 2018 er redusert med 18,4 % i forhold til 2012 (tall tom 2. tertial 2018). Tall for hele 2018 er ikke tilgjengelig enda.

Måloppnåelse/status vedtatte tiltak etter Ledelsens gjennomgang (LGG) 2018  
 Vedlegg 4 til LG-sak 011-2019 Virksomhetsrapport per 3. tertial 2018

Nr.	Område/Mål	Ansv.	Tiltak	Måloppnåelse/status
			avdelingene er utpekt for fagområdene. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Restriktive tiltak mot bruk av Tazocin og Meronem.</li> <li>• Elektronisk kurve innføres</li> <li>• Arbeidet i antibiotikateamet intensiveres ut mot avdelingene med undervisning om eget forbruk, lokale resistensdata, audit med feedback og individuelle tilbakemeldinger. Ideelt sett burde infeksjonsmedisiner/mikrobiologi hatt mer tid til lokal veiledning på seksjonsnivå.</li> </ul>	
2.	<b>Øke kompetanse for energisparing blant sykehusets ansatte som kan gi redusert energiforbruk</b>	Elin	Lokale tiltak <ul style="list-style-type: none"> <li>• Holdningskampanje i energisparing for ansatte</li> <li>• Fokus på å slå av lys og evt. PCer i flere seksjoner</li> </ul>	Energiforbruk 2018: 43,3 GWh (2017 43,9 GWh)
3.	<b>Øke andel sortert avfall av total avfallsmengde relatert til sykehusets drift (ikke byggeprosjekt)</b>		Lokale tiltak <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informasjon og bevisstgjøring vedrørende avfallshåndtering ut til brukerne</li> </ul> I andre halvdel 2017 og i 2018 etter avklaring om ny avfallsleverandør <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riktig avfallshåndtering - Fokus på smitteavfall</li> <li>• Uttesting av rensing blodvæske på operasjon, kun</li> </ul>	Andel sortert avfall 2018: Sorteringsgrad 49,2% Denne er vi ikke i mål på, fortsetter i 2019. Liten økning fra 2017, 3%. Fortsatt 17% mindre enn 2016. Fungerer bra (Operasjon Porsgrunn, Røntgen og intensiven Skien). Planlegger

Måloppnåelse/status vedtatte tiltak etter Ledelsens gjennomgang (LGG) 2018  
 Vedlegg 4 til LG-sak 011-2019 Virksomhetsrapport per 3. tertial 2018

Nr.	Område/Mål	Ansv.	Tiltak	Måloppnåelse/status
			<p>restfraksjonen håndteres som avfall.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduksjon av engangspapp</li> <li>• Sortering av plast på utvalgte seksjoner</li> <li>• Mange ønsker flere sorteringsmuligheter, spesielt plast (utfordring med håndtering av industriavfall)</li> <li>• Redusere matavfall – tilpasse porsjonsstørrelser, reduserte kantinepriser på slutten av dagen</li> </ul>	<p>å ta det i bruk på flere avdelinger 1.halvår 2019.</p> <p>Denne er vi ikke i mål på, fortsetter i 2019.</p>
4.	<p><b>Sykehusets CO<sup>2</sup> utslipp er redusert gjennom valg av mer miljøvennlig transportalternativer</b></p>	Elin	<p>Lokale tiltak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anskaffe el-bil ved utskifting av tjenestebil, så sant grunnbehov for kapasitet kan dekkes.</li> <li>• Lync-møter</li> <li>• Møte og reiserestriksjoner</li> <li>• Akuttkjedeprojektet</li> <li>• Flere satellittstasjoner for dialyse</li> <li>• Ny taxiavtale for pasientreiser – fokus på kjøreruter</li> <li>• Ambulant team i psykiatrien benytter el-sykler på hjemmebesøk hos pasienter i Porsgrunn</li> <li>• Deltar i arrangementer som «Bilfri dag» og «Sykle til jobben»</li> </ul>	<p>Forbruk drivstoff eide/leasede kjøretøy 2018: 254 450L / 49 138L.</p> <p>Km flyreiser 2018</p> <p>Km ansatte egne kjøretøy 2018 – delt på fossilbil og el-bil</p> <p>SSL har ikke oppgitt måloppnåelse på de to siste punktene.</p>

Måloppnåelse/status vedtatte tiltak etter Ledelsens gjennomgang (LGG) 2018  
 Vedlegg 4 til LG-sak 011-2019 Virksomhetsrapport per 3. tertial 2018

Nr.	Område/Mål	Ansv.	Tiltak	Måloppnåelse/status
5.	<b>Papirforbruk skal reduseres i 2018-19 til samme nivå som 2012-15</b>		Lokale tiltak <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sikkerprint og dobbeltsidig utskrift</li> <li>• Holdningskampanje</li> <li>• IHR reduserer papirremitter</li> <li>• Digitale møtereferater, planer, etc</li> <li>• Mindre bruk av brosjyrer – info til pasienter ligger nå i betydelig grad på sykehusets nettsider</li> <li>• Digital lagring av det meste</li> <li>• Tatt i bruk Admincontrol – reduserer møtepapirer</li> <li>• Innføring av elektronisk kurve medikasjon fra høst 2018-2019</li> </ul> Utfasing av papirutskrift (journal kopi, pasientbrev) i forbindelse med DIS og HelseNorge.no	Det er valgt å rapportere på forbruk av 3 artikler i 2018. Dette er høyvolum artikler som vanlig kopipapir og konvolutter i C5 uten og med vindu. Disse artiklene vil man mest sannsynlig se effekt på ved innføring av elektroniske metoder.  Forbruk 2018:  Kopipapir 10954pk  Konvolutter C5 m/vindu 249150 stk  Konvolutter C5 u/vindu 65290 stk  Forbruket er ca 20% høyere enn i 2017. Dette er estimerte tall pga bytte av lagersystem og data kun fra april 2017.

## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

### Sakstittel: Resultater per januar 2019

Sak nr.	Saksansvarlig og saksaksbehandler	Sakstype	Møtedato
005-2019	Kons. økonomidirektør Dana Tønnessen Tone Pedersen, spesialrådgiver direktørens stab	Orientering	12.02.2019

**Trykte vedlegg:**

**Utrykte vedlegg:**

**Ingress:**

Sykehuset Telemark rapporterer resultater per januar til Helse Sør-Øst 11. februar 2019. Det er for kort tid til å utarbeide virksomhetsrapport per januar fra rapporteringen til styrets møte 12. februar 2019. Styret vil derfor få en orientering om resultatene i møtet.

**Forslag til vedtak:**

Styret tar saken til orientering.

Skien, den 4. februar 2019

Tom Helge Rønning  
Administrerende direktør

## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

### Sakstittel: Årlig melding 2018 for Sykehuset Telemark HF

Sak nr.	Saksbehandler	Sakstype	Møtedato
006 - 2019	Administrerende direktør Tom Helge Rønning Spesialrådgiver Tone Pedersen	Beslutningssak	12.02.2019

**Trykte vedlegg:**

1. Forslag til Årlig melding 2018 for Sykehuset Telemark HF
2. Protokoll fra drøftingsmøte 25. januar 2019

### Saksgang:

Hovedverneombud og tillitsvalgte 25. januar 2019  
Administrerende direktørs ledergruppe 28. januar 2019  
Brukerutvalget 31. januar 2019  
Styret i Sykehuset Telemark HF 12. februar 2019

### Ingress:

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

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

Som vedlegg til saken følger administrerende direktørs forslag til Årlig melding 2018 for STHF.

### Forslag til vedtak:

1. Styret gir sin tilslutning til det fremlagte forslaget til Årlig melding 2018 for Sykehuset Telemark HF.
2. Styreleder og administrerende direktør gis fullmakt til å utforme endelig dokument basert på styrets innspill i møtet.
3. Årlig melding 2018 sendes Helse Sør-Øst RHF for videre behandling innen fristen 1. mars 2019.

Skien, 4. februar 2019

Tom Helge Rønning  
Administrerende direktør



Årlig melding 2018 ligger som vedlegg til saken. STHF har benyttet mal utarbeidet av HSØ i utarbeidelsen av meldingen.

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

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

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

Frist for oversending av styrebehandlet Årlig melding 2018 fra Sykehuset Telemark HF til HSØ RHF er 1. mars 2019. Meldingen skal behandles i foretaksmøte innen utgangen av juni 2019, jmfør § 6 i vedtektene for STHF og § 34 i helseforetaksloven.

Det er et krav at Årlig melding fra Helse Sør-Øst RHF også skal omfatte de underliggende helseforetak. For å få til dette uten å gi kortere frist for innsending av Årlig melding, er det innført en praksis med å avgi egen rapport for oppfølging av oppgavene helseforetaket er pålagt. Frist for tilbakemelding på alle relevante opplysninger, som skal inngå i Årlig melding for Helse Sør-Øst RHF, var 20. januar 2010. Rapporten, som tilsvarende del II: rapporteringer i Årlig melding 2018, skal ikke styrebehandles før innsendelse er sendt til HSØ innen fristen.

Det ligger et omfattende arbeid bak Årlig melding 2018, hvor klinikker og administrerende direktørs stab har bidratt for å gi en sammenstilling av virksomheten. De tillitsvalgte, hovedverneombudet og brukerutvalget har hatt anledning til å gi innspill i prosessen.

# SYKEHUSET TELEMAR HF

## ÅRLIG MELDING 2018

til Helse Sør-Øst RHF

Skien 5. februar 2019

Behandlet av:

- Hovedverneombud og tillitsvalgte 25. januar 2019
- Administrerende direktørs ledergruppe 28. januar 2019
- Brukerutvalget 31. januar 2019
- Styret i Sykehuset Telemark HF 12. februar 2019

## **Innhold**

---

<b>DEL I: INNLEDNING OG SAMMENDRAG</b>	<b>4</b>
<b>1. INNLEDNING</b>	<b>4</b>
1.1. Sykehuset Telemark HF's oppgaver og organisering	4
1.3. Mål for Sykehuset Telemark HF i 2018	7
1.4. Virksomhetsstyring - styrets arbeid, herunder intern styring og kontroll	7
1.5. Medvirkning fra brukere og ansatte	10
<b>2. SAMMENDRAG</b>	<b>13</b>
2.1. Positive resultater og uløste utfordringer	13
2.2. Evaluering av egen virksomhet og organisering	17
<b>DEL II: RAPPORTERINGER</b>	<b>20</b>
<b>3. RAPPORTERING FOR STYRINGSBUDSKAP 2018</b>	<b>20</b>
<b>3.0. Innledning</b>	<b>20</b>
3.0.1 Helseforetakenes utviklingsplaner	20
<b>3.1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen</b>	<b>20</b>
3.1.1 Ventetid og fristbrudd	20
3.1.2 Kreftbehandling	22
3.1.3 Samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester	23
3.1.4 Helseforetakenes kjøp av helsetjenester fra private leverandører	23
3.1.5 Avtalespesialister	23
<b>3.2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling</b>	<b>24</b>
3.2.1 Høyere vekst	24
3.2.2 Tvang	26
3.2.3 Pakkeforløp	27
3.2.4 Avvisning av pasienter ved distriktpsykiatriske sentre	27
3.2.5 Utskrivningsklare pasienter	28
3.2.6 Avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling	28
3.2.7 Tilbud til barn og unge	28
3.2.8 Tilbud til innsatte i fengsel	29
<b>3.3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet</b>	<b>29</b>
3.3.1 Pasientsikkerhetsprogrammet	29
3.3.2 Infeksjoner og resistens	30
3.3.3 Uønskede hendelser	32
3.3.4 Kvalitetsindikatorer	33
3.3.5 Helse- og kvalitetsregistre	34
3.3.6 Legemiddelbruk, -forsyning og -håndtering	35
3.3.7 Korridorpasienter	35
3.3.8 Timeavtale	36
3.3.9 Kvalitets- og fagutvikling	36
3.3.10 Forskning og innovasjon	38
3.3.11 Omlegging av «Raskere tilbake»-ordningen	39
3.3.12 Samhandling med kommunehelsetjenesten	40
3.3.13 Brukermedvirkning	41
<b>3.4. Bemanning, kompetanse, ledelse og organisering</b>	<b>41</b>
3.4.1 ForBedring	41

3.4.2	Sykefravær	42
3.4.3	Kompetanseutvikling	42
3.4.4	Legers spesialistutdanning	44
3.4.5	Spesialsykepleiere	44
3.4.6	Læringer	44
3.4.7	Vaksine	45
<b>3.5.</b>	<b>Nasjonal samordning</b>	<b>45</b>
3.5.1	Oppgjørskontroll- og samkjøringsprosjektet	45
<b>3.6.</b>	<b>E-helse - Modernisering og digitalisering</b>	<b>45</b>
3.6.1	Informasjonssikkerhet og personvern	45
3.6.2	Gjennomføring av IKT-prosjekter	46
3.6.3	Innføring av regionale løsninger	46
<b>3.7.</b>	<b>Økonomiske krav og rammer og krav til aktivitet</b>	<b>47</b>
3.7.1	Drift og investering	47
3.7.2	Resultat	48
3.7.3	Likviditet og investeringer	49
3.7.4	Overføring av likviditet – driftskreditt	49
3.7.5	Økonomisk handlingsrom	49
3.7.6	Krav til aktivitet	49
<b>3.8.</b>	<b>Øvrige krav</b>	<b>51</b>
3.8.1	Beredskap og sikkerhet	51
3.8.2	Redningshelikoptertjeneste	51
3.8.3	Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser	51
3.8.4	Arbeidslivskriminalitet	52
<b>4.</b>	<b>ANDRE RAPPORTERINGER</b>	<b>52</b>
4.1.	Oppfølging av andre oppdrag	52
<b>5.</b>	<b>UTVIKLINGSTRENDER OG RAMMEBETINGELSER</b>	<b>52</b>
<b>6.</b>	<b>STRATEGIER OG PLANER FOR SYKEHUSET TELEMARKE HF</b>	<b>52</b>

## DEL I: INNLEDNING OG SAMMENDRAG

### 1. INNLEDNING

#### 1.1. Sykehuset Telemark HF's oppgaver og organisering

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

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

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

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

Sykehuset Telemark og Sykehuset i Vestfold er i samme sykehusområde og samhandler om flere fagområder – blant annet om psykiatri, karkirurgi og mikrobiologi.

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

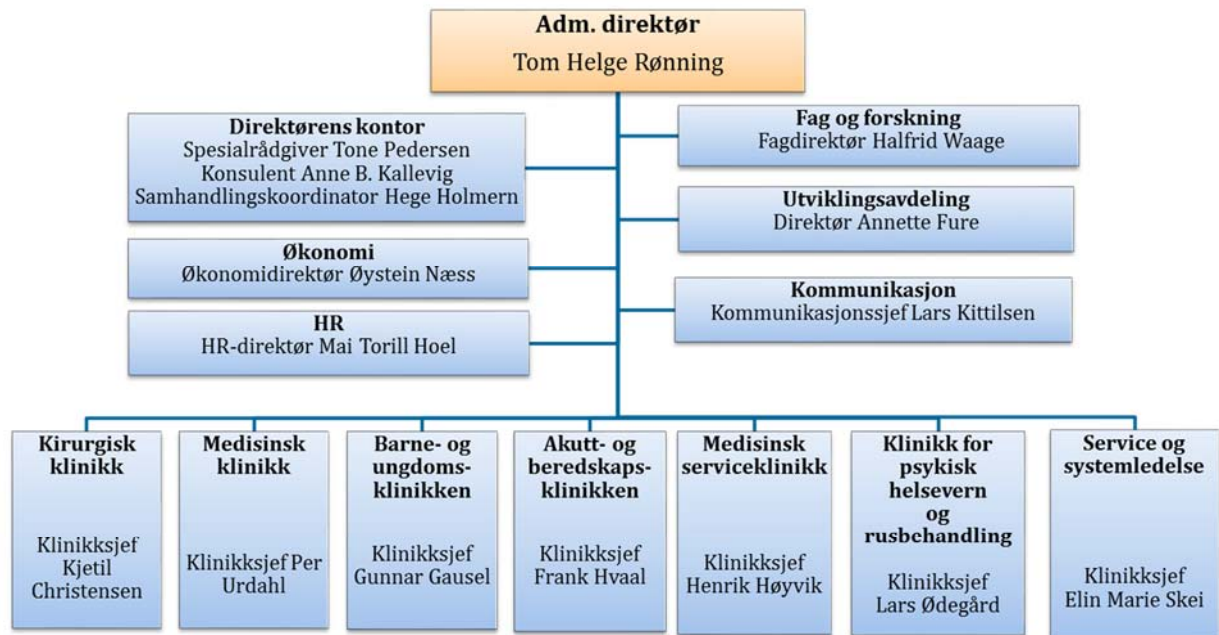
Sykehuset har lokaliteter i Tinn, Seljord, Sauherad, Notodden, Skien, Porsgrunn, Bamble og Kragerø. Hovedadministrasjonen ligger i Skien.

Fritt sykehusvalg, fritt behandlingsvalg og flere spesialfunksjoner fører til at det kommer pasienter til sykehuset fra andre deler av landet.

Budsjettet er på om lag 3,8 milliarder kroner og antall budsjetterte årsverk utgjør 2.915.

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

Sykehusets organisering ved utløpet av året:



## 1.2. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Sykehuset Telemarks strategiske rammeverk gjelder for perioden 2016–2019. Arbeidet med å rullere strategien startet opp i 2018 og i løpet av 2019 skal revidert strategi for perioden 2020–2022 være klar. Strategien bygger på våre kjerneverdier **kvalitet, respekt og trygghet**. Fundamentet for strategien er krav, føringer og prioriteringer i styrende dokumenter, brukermedvirkning, faglige forutsetninger samt økonomiske rammebetingelser.

De strategiske målene skal være førende for sykehusets arbeid og prioriteringer i perioden, slik at vårt tjenestetilbud utvikles fremtidsrettet og i tråd med befolkningens behov i Telemark. I strategien er tre medisinske satsningsområder trukket frem; **kreft, rus og avhengighet og akuttkjeden**. I strategien har STHF lagt til grunn tre suksessfaktorer; **brukermedvirkning og samarbeid, ledelse- og kompetanseutvikling, samt planlegging og ressursforvaltning**.

Under presenteres oppbygning og innhold for strategi 2016–2019:



**Sykehuset visjon er: *Pasientens helsetjeneste*. I dette ligger;**

- Pasienten har makt.
- Våre pasienter og brukere møtes med omsorg og respekt og de opplever god og likeverdig kommunikasjon. For å skape pasientens helsetjeneste har vi endret og tilrettelagt systemene våre på en slik måte at pasientene våre får rask og riktig diagnostikk og tidlig får klargjort sine behandlingsalternativ. - Pasienten er en aktiv og likeverdig partner i vurderingen av egen behandling og settes derved i stand til samvalg.
- Vi er tilgjengelige for pasienten ved å ha tilpassede åpningstider og det er enkelt å komme i kontakt med sykehuset via telefon eller nett. Det er forutsigbarhet i timetildeling og godt planlagte pasientforløp slik at pasientene får vite når de får time (selv om denne er langt frem i tid) og utrednings- og behandlingsforløpene gjennomføres på kortest mulig tid. Pasienten møtes i estetiske og rolige omgivelser.
- Sykehuset Telemark skal være et attraktivt og foretrukket sykehus.

**Sykehusets mål er: *Sykehuset Telemark er et attraktivt sykehus*. Dette innebærer;**

- Gjennom samarbeid skaper vi trygghet og gode resultater.
- Pasientene velger Sykehuset Telemark fordi de opplever god tilgjengelighet og et helhetlig og moderne behandlingstilbud. All pasientbehandling skal være kunnskapsbasert. Pasientene og deres pårørende opplever sømløs samhandling

mellom alle aktørene i behandlingsforløpet og de opplever profesjonalitet, empati og god service i møtet med sykehuset.

- Vi er attraktive for medarbeidere ved at vi har gode fagmiljøer som arbeider kunnskapsbasert og som benytter moderne behandlingsmetoder og teknologi. Våre gode fagmiljøer tiltrekker seg dyktige fagpersoner og skaper godt omdømme.
- Vi har gode areal- og utstyrsløsninger som fremmer god logistikk, kvalitetsforbedringer og godt smittevern.

Sykehuset startet høsten 2018 opp arbeidet med å rullere strategien. Arbeidet planlegges ferdigstilt høsten 2019.

### **1.3. Mål for Sykehuset Telemark HF i 2018**

Sykehuset har også i 2018 hatt fokus på omstilling og endring for å legge til rette for en fremtidsrettet tilpasning av sykehusets drift. Vi har jobbet mye med omstilling de siste årene, men vi ser nå tydelige tegn på at det blir mer krevende å identifisere nye tiltak for å løse utfordringene våre. Omstilling medfører nedskjæring av stillinger som er krevende for organisasjonen. For å øke endringstakten startet sykehuset opp et utviklingsprogram høsten 2018. Programmet handler ikke kun om økonomi, men også kvalitet og pasientsikkerhet, arbeidsmiljø og ressursbruk. I programmet skal sykehuset blant annet se på interne arbeidsprosesser, organisering, hvordan medarbeiderne samarbeider og hvordan sykehuset bruker ny teknologi. Endrings- og utviklingsarbeid er viktig fordi sykehuset må, i større grad enn vi har sett til nå, ha fokus på forberedelse til å levere morgendagens helsetjeneste. Utviklingsprogrammets delprosjekter vil inngå som aktiviteter i blant annet sykehusets forbedringsarbeid, innfrielse av mål/krav i oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst, innfrielse av mål i sykehusets strategi samt som ledd i Utviklingsplan 2035.

Sykehuset avsluttet i februar 2018 sitt arbeide med idefase for utbygging av somatikk Skien og behandlet den endelige rapporten i styret. I juni vedtok styret i HSØ å videreføre arbeidet til konseptfase. Sykehuset avventer mandat fra Helse Sør-Øst RHF til å gå videre med konseptfasen.

Status på måloppnåelse følges blant annet opp i månedlige oppfølgingsmøter mellom administrerende direktør og klinikk- og stabssjefer, i ledermøter og av styret i styremøter.

### **1.4. Virksomhetsstyring - styrets arbeid, herunder intern styring og kontroll**

#### **Nytt kvalitetssystem**

I 2011 besluttet leverandøren av dokumentstyrings- og forbedringssystemet til STHF med flere at systemet skulle legges ned, da det var utdatert. Etter flere regionale prosjektrunder, etablerte Sørlandet sykehus HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuspartner HF, Sunnaas sykehus HF og Betanien hospital et lokalt samarbeidsprosjekt. Målet var å innføre et nytt helhetlig kvalitetssystem. Det nye systemet skulle være et felles, helhetlig og standardisert system for dokumentstyring og



forbedringsarbeid. Sykehuspartner inngikk kontrakt med leverandøren Computas på vegne av de fem prosjektpartnerne i 2016. Kontrakten inneholdt opsjoner for resterende helseforetak og private ideelle sykehus/stiftelser med driftsavtaler i Helse Sør-Øst RHF. Alle prosjektpartnerne inngikk avtale med Sykehuspartner om implementering, forvaltning og drift av systemet HELIKS. Til tross for at basissystemet skulle være ferdig utviklet, ble det behov for omfattende utvikling. Dette førte til at prosjektleveransene ble delt opp og store forsinkelser. Sykehuset Telemark tok sammen med Sunnaas sykehus dokumentstyringsdelen av systemet i bruk i begynnelsen av 2018. Betanien Hospital vil ta systemet i bruk i 2019. Uenighet med leverandør om leveranser og kontrakt endte i forhandlinger som pågikk i nesten hele 2018. Forhandlingsresultatet medførte at forbedringsdelen av kontrakten ble avsluttet mens dokumentstyringsdelen ble videreført. STHF har derfor fortsatt behov for et nytt og moderne forbedringssystem.

Dokumentstyringssystemet skal dokumentere hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lovgivningen. Det nye systemet understøtter kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Dokumentstyringssystemet skal støtte opp om en enhetlig ledelse i helseforetaket. Det er et kontinuerlig arbeid å sikre at dokumentstyringssystemet fungerer hensiktsmessig og etterleves.

Ved oppstart var det blitt konvertert ca. 4.200 dokumenter inn i det nye systemet. Det er gjennomført et omfattende og viktig ryddearbeid i dokumentene.

Uønskede hendelser, klage- og tilsynssaker, interne og eksterne revisjoner er viktige kilder for å ha oversikt over om tjenestene utføres på en forsvarlig måte, i samsvar med lovkrav og sykehusets egne målsetninger. Frem til sykehuset har et nytt og mer funksjonelt forbedringssystem på plass, vil det være behov for manuell oppfølging av uønskede hendelser for statistikk, analyse og rapportering.

### **Hendelsesanalyser**

Sykehuset har i flere år arbeidet systematisk med hendelsesanalyse etter alvorlige hendelser. Høsten 2018 evaluerte sykehuset sin metodikk for hendelsesanalyser. Blant annet må det i større grad sikres at relevant informasjon innhentes fra pasient og pårørende. I tillegg må det vurderes hvordan oppfølgingen av hendelsesanalysene best kan settes i system.

### **Interne revisjoner**

Internrevisjon er en sentral del av foretakets virksomhetsstyring. Det er et internkontrollkrav at hele virksomheten Sykehuset Telemark skal ha styring og kontroll med kvaliteten på alle områder for tjenester, drift og forvaltning slik at resultater sikres og mål blir nådd. Internrevisjonen skal undersøke om foretaket har oversikt over områder hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av krav og områder hvor det er behov eller muligheter for vesentlig kvalitetsforbedring.

Som i 2017 gjennomføres internrevisjon 2018–2019 som en elektronisk egenvurdering på seksjonsnivå med ordinær systemrevisjon på utvalgte enheter i etterkant. I internrevisjonen inngår faste årlige revisjonstemaer, som er satt opp på bakgrunn av lovpålagte internkontrollkrav, samt oppfølging av tilsyn og eksterne revisjoner. Det kan

også være temaer og områder som gis særskilt fokus på bakgrunn av stor risiko som er avdekket i sykehusets eget systematiske forbedringsarbeid. Ledergruppen og styrte orienteres løpende om relevante utfordringer og resultater.

### **Risikostyring**

Styring av risiko skal bidra til å sikre måloppnåelse i henhold til sykehusets strategi og sykehusets oppdrag (OBD) fra Helse Sør-Øst RHF. Risikostyring skal videre bidra til å avdekke og forhindre uønskede hendelser før de skjer og gi grunnlag for beslutningstaking og ansvarstildeling på ulike ledelsesnivå i sykehuset. Risikoen skal vurderes på alle lovpålagte områder, og ved aktiviteter som kan medføre uønskede hendelser med konsekvens for pasienter, ansatte/HMS og økonomi. Gjennom å avdekke risikoen vil sykehuset identifisere hvilke forhold som kan hindre måloppnåelse.

### **GDPR (General Data Protection Regulation)**

Sykehuset deltar i et samarbeid på regionalt nivå for å etterleve ny personvernlovgivning gjennom ny EU forordning GDPR som trådte i kraft 20. juli i år. Sykehuset har gjennom kartlegging av virksomheten fått oversikt over behandling av personopplysninger. Dette er under sammenstilling til første versjon, såkalt protokoll over behandlingsaktiviteter. Arbeidet er forsinket i forhold til fremdriftsplan, samlet oversikt er planlagt ferdigstilt 1. kvartal 2019.

Konsernrevisjonen hadde en rådgivningsrevisjon på sykehuset i oktober på arbeidet med GDPR. Konsernrevisjonens anbefalinger følges opp i sykehusets videre arbeid.

Sykehuset Telemark har besluttet å skille rollen som informasjonssikkerhetsleder og personvernombud. Dette er også anbefalt av Datatilsynet.

### **Oppfølging internt i STHF – styre, råd og utvalg**

Oppfølging av risiko, avvik, måloppnåelse, tiltak mv. skjer blant annet i månedlige oppfølgingsmøter med klinikksjefer og stabsdirektører, i møter internt i den enkelte klinikk og stab, i styremøter, ledermøter, i arbeidsmiljøutvalgets møter, brukerutvalgets møter og i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget (KPU).

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

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

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

Arbeidsmiljøutvalget (AMU) skal virke for gjennomføring av et fullt forsvarlig arbeidsmiljø i STHF. Utvalget skal delta i planleggingen av verne- og miljøarbeidet, og nøye følge utviklingen i spørsmål som angår arbeidstakernes sikkerhet, helse og velferd. Administrerende direktør har dialogmøter med de hovedtillitsvalgte, samt hovedverneombudet omlag hver 14 dag, i tillegg til drøftingsmøter.

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

Styret er STHFs øverste beslutningsnivå. Styret skal settes i stand til å ta kvalitativt gode beslutninger og å etterspørre og få nødvendig informasjon, samt stille de krav til administrasjonen som styret til enhver tid finner nødvendig for å nå overordnede mål og krav.

#### *Sentrale saker behandlet av styret*

Styret har avholdt åtte møter i 2018 i tillegg til styreseminar. Viktige saker har vært:

- 3-3a hendelser
- Ulike tilsyn
- IKT-sikkerhet og GDPR (personvernforordningen, på engelsk General Data Protection Regulation)
- Ambulanseplan 2035
- Prioriteringsregelen
- Prosjekt Utbygging somatikk Skien
- Utskifting av lab-linje
- Helse, miljø og sikkerhet -handlingsplan
- Oppdrag og bestilling 2018, samt tilleggsdokument
- Årsberetning og årsregnskap 2017
- Årlig melding 2017
- Status innsparingstiltak
- Økonomisk langtidsplan 2019-2022
- Budsjett 2019
- Virksomhetsrapport månedlig og per tertial
- Instruks for styret og administrerende direktør

### **1.5. Medvirkning fra brukere og ansatte**

Samarbeid med tillitsvalgte og hovedverneombudet blir i hovedsak gjennomført i overensstemmelse med prinsippene for medvirkning. Det er utfordrende å gjennomføre dette på alle nivå i sykehuset. Sykehuset har egen retningslinje, som ble revidert i 2017, for organisasjonsendringer og omstillingsprosesser som er utviklet i samarbeid med tillitsvalgte og verneombud. Tillitsvalgte og verneombud deltar i styringsgrupper og prosjektgrupper som gjelder utviklingsarbeid og organisasjonsendringer.

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

Sykehuset Telemark har avtale om frikjøp av foretakstillitsvalgte og hovedtillitsvalgte som til sammen utgjør seks årsverk. De største arbeidstakerorganisasjonene har også

klinikktilitsvalgte. Hovedverneombudet er frikjøpt i full stilling. Sykehuset jobber kontinuerlig med skoloring av sine lokale verneombud.

Vernetjenesten er organisert med verneombud i definerte verneområder, og med et klinikkverneombud i hver klinikk. Leders HMS-ansvar og kravet om involvering av verneombudet i arbeidsmiljøsaker inngår i lederavtalene på alle nivåer.

Hovedverneombudet deltar på møter med øverste ledelse på lik linje med foretakstillitsvalgte, samt i separate møter ved behov.

### **Brukerutvalget ved Sykehuset Telemark HF**

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

Brukerutvalget legger prinsipper for brukermedvirkning til grunn for sitt arbeid. Prinsippene er vedtatt av Helse Sør-Øst og styret i Sykehuset Telemark HF. Medlemmene av utvalget er valgt fra ulike brukerorganisasjoner i Telemark.

Brukerutvalget ved STHF har gjennomført sju møter og behandlet 55 saker i 2018. Møtene har vært lagt til direktørens møterom ved Sykehuset Telemark i Skien.

### **Deltakelse og medvirkning:**

- Leder og nestleder i brukerutvalget har møte- og talerett i styret ved STHF. Brukerutvalget har vært representert i styremøtene i hele 2018.
- Brukerutvalgets leder og nestleder møter fast i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget ved STHF.
- Brukerutvalgets medlemmer har engasjert seg i prosjekter og arbeider der brukermedvirkning har vært etterspurt (ca. 25 ulike prosjekter og utvalg).
- Brukerutvalget har vært representert på regional samling mellom ledere og nestledere i brukervalg i HSØ og helseforetakene høsten 2018, og HSØ årlige rehabiliteringskonferanse.
- Felles møte med styret i STHF 25. september 2018

### **Sammensetning av utvalget ved utgangen av 2018:**

Idar Grotle, A-larm, leder

Birte Helene Moen, FFO Telemark / NRF, nestleder

Thyra Giæver, FFO Telemark, MS

Björg T. Lønnberg, SAFO (NFU)

Vidar Bersvendsen, FFO Telemark /LHL

Rita Andersen, FFO Telemark /LHL

John Arne Rinde, Pensjonistforbundet i Telemark

Hanne Kittilsen, Kreftforeningen

Gunn Ingeborg Kval-Engstad, FFO Telemark Ryggmargsbrokk- og hydrocephalusforening

### **Noen saker som har opptatt brukerutvalget i 2018:**

- Kvalitet, pasientsikkerhet, korridorpasienter, ventetider, fristbrudd , sykehusinfeksjoner
- Regnskap og budsjett
- Utviklingsplan 2035
- Elektronisk kurve
- Ambulanseplan 2035
- Diverse orienteringer

### **Ungdomsrådet ved Sykehuset Telemark**

Ungdomsrådet ved STHF består av ungdommer som har erfaring som pasienter og/eller pårørende i sykehus. Ungdomsrådet har to koordinatore.

Rådet gjennomførte seks møter og én helgesamling, og det behandlet 32 saker i 2018.

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

### **Deltakelse og medvirkning:**

- Regional samling med ungdomsrådene i HSØ
- Møte med mulighet til å gi innspill til ny nasjonal helse- og sykehusplan
- Lokal implementeringskonferanse – Pakkeforløp for psykisk helse og rus

### **Sammensetning av rådet ved utgangen av 2018:**

Guro Helene Sødal, leder

Hanna A.W. Thorsen, nestleder

Preben Myhre

Ada-Marie Riis

Oda Skretteberg

Amalie T.J. Hardi

Niclas Lindquist Haugen

Karoline Sørensen Håstul

### **Noen saker som har opptatt ungdomsrådet i 2018:**

- Presentasjon av ungdomsrådet rundt på sykehuset
- Eget samlingsrom/ungdoms-rom sentralt på sykehuset
- Endring av øvre aldersgrense i ungdomsrådet
- Fleksible åpningstider på poliklinikk, ut over ordinær skoletid
- SMS varsling ved legevisitt
- Romsammensetning (aldersrom)
- Aktivitør
- Større variasjon og mer spennende mat for unge
- Bedre overgang fra barn til voksen avdeling
- Beholde sykehusklavnene
- Ledelinjer og bedre skilting på sykehuset
- Oppfølging og møtemoral i UR

## **2. SAMMENDRAG**

### **2.1. Positive resultater og uløste utfordringer**

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

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

Det ble i 2016 nedlagt et omfattende arbeid med å utarbeide en utviklingsplan i et 2030-perspektiv (U30). I planen beskrives forventet behandlingsbehov frem mot 2030, samt modeller for hvordan disse tjenestene best kan gis, både med vurdering av kapasitet, kompetanse og bygningsmasse.

Etter godkjenning av STHF Utviklingsplan 2030 utga Helse Sør-Øst dokumentet «Utviklingsplaner for helseforetakene – Strategier, planer og regionale føringer». Her nevnes spesielt noen fagområder som særlig viktige, som har stor grenseflate mot primærhelsetjenesten og kommunene. Disse områdene er psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, rehabilitering, habilitering, hjerneslag, kreftkirurgi og prehospitaltjenester.

STHF Utviklingsplan 2030 beskriver ikke alle disse områdene i tilstrekkelig grad. STHF har derfor utarbeidet delrapporter til STHF Utviklingsplan for å beskrive disse fagområdene i henhold til HSØs regionale føringer.

Sykehuset Telemark har arbeidet med Ambulanseplan 2035. Styret i Sykehuset Telemark behandlet i 2014 sak 51; Videreføring av driftsmodell for ambulansedriften ved Sykehuset Telemark HF. Styret vedtok der å videreføre ordningen med private ambulansetjenester for syv av Sykehuset Telemarks tolv ambulansestasjoner. Anbudsperioden var på fem år, fra 1. april 2015 til 1. april 2020, med opsjon på årlig forlengelse i inntil tre år.

Styret ba videre om å få en prinsipiell styresak for ambulansedriften ved Sykehuset Telemark HF til behandling i god tid før avtaleperioden for ambulansestasjonene utløper i 2020.

For å kunne fremme en anbefaling for ambulansedriften og eventuelt nye driftsavtaler med private aktører har det vært nødvendig å vurdere ambulansetjenesten i Telemark i sin helhet. Det ble derfor startet et arbeid med å lage og iverksette en overordnet og

langsiktig plan for alle områder som omfatter de prehospitale tjenestene i Telemark. Herunder inngår bil- og båt- ambulansetjeneste, samt ulike avtaler med kommunale- og frivillige akutthjelpere/first respondere. Pasientreiser er ikke en del av denne planen. Arbeidet ble organisert i prosjekt "Ambulanseplan 2035".

Det er en utfordring at antall ambulanseoppdrag er økende. Data viser at sykehusets ambulanseoppdrag i Telemark fra 2010 til og med 2018 har økt med over 45 prosent, en gjennomsnittlig vekst på 5 prosent hvert år. I år er veksten i antall oppdrag på seks prosent i forhold til 2017. Veksten er fordelt utover stort sett hele fylket, men størst er veksten i de mest befolkede områdene.

Utkast til Ambulanseplan 2035 har høsten 2018 vært ute på høring og styret i STHF får saken til behandling i februar 2019.

Sykehuset har startet innføringen av Elektronisk kurve- og medikasjonsløsning (Metavision), som er et viktig bidrag til kvalitet og pasientsikkerhet. Løsningen skal innføres stegvis på avdelingene ved sykehuset og de første enhetene tok Metavision i bruk 20. november. Sykehuset er godt fornøyd med oppstarten, og vi opplever at det så langt har gått veldig bra. Utrullingen skal i henhold til plan være ferdig juni 2019.

### **Rekruttering og kompetanse**

Det arbeides med gradvis endring for å sikre riktig og tilstrekkelig kompetanse. Sykehuset Telemark har fremdeles utfordringer med å rekruttere og beholde overleger, spesielt innen spesialitetene barne- og ungdomspsykiatri, psykiatri, radiologi og psykologspesialister. Sykehuset har også utfordringer med å rekruttere og utdanne tilstrekkelig med spesialsykepleiere innenfor enkelte områder.

Sykehuset Telemark HF har fremdeles mange sykepleiere i deltidsstillinger.

Det er gledelig at en sykepleier fikk doktorgrad (om barn og smertelindring) i år. Dette er sykehusets første sykepleier som har disputert.

Sykehuset arbeider med modeller for bedre ressursstyring og aktivitetsstyrt bemanning. Dette er en del av oppfølgingen av anbefalingene gitt i Riksrevisjonens rapport om styring av pleieressursene i helseforetakene ([Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene](#)).

Sykehuset har gjennom året startet arbeidet med innføring av ny utdanningsordning for LIS. Kullet med LIS 1 (tidligere turnuskandidater) er igangsatt etter den nye ordningen i sommer og planleggingen av LIS 2 og 3, med implementering 1. mars 2019 er godt i rute. Den nye spesialistutdanningen for leger har krevd en stor innsats for å følge opp de nye planene og vil kreve økt del av arbeidstiden til opplæringsaktiviteter.

### **Tilgjengelighet og kvalitetsarbeid**

Sykehuset har hatt en bra utvikling i reduksjon av ventetider og har nådd målsettingen om at gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenlignet med 2017 for alle tjenesteområdene.

Antall pasienter som har ventet mer enn ett år er redusert betydelig både i 2017 og i 2018. Det er fremdeles noen titalls pasienter innen plastikkirurgi (postbariatri) som er registrert med ventetid over ett år, men pågående tiltak forventes å føre til at den positive utviklingen skal fortsette.

Situasjon vedrørende fristbrudd er relativt stabil og har gjennom hele 2018 ligget på omkring én prosent. Den største utfordringen er innen mage-tarm, dvs. koloskopier hvor sykehuset har et høyt antall henvisninger.

Innenfor somatikken har antall pasienter med passert planlagt tid økt gjennom 2018. Det er en ikke ønsket utvikling og vi må sørge for å etablere god og langsiktig planlegging av aktivitet for å redusere antallet. Som konkret aktivitet har vi i løpet av annet halvår 2018 etablert et nettverk for pasientadministrative saker (PASK) som skal jobbe målrettet med ventelistene. I tillegg er det satt i gang et sertifiseringsprogram for merkantilt personell etter modell fra OUS.

Andel pasienter som får beskjed om time som et direkte svar på henvisningen (direkte time) har samlet sett vært relativt uendret gjennom 2018. Imidlertid har andelen falt en god del i Kirurgisk klinikk, samtidig som den har økt betydelig i Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling. Resultatene er relatert til planlegging av timer og aktivitet og vil få økt fokus innen kirurgi i 2019.

Korridorpasienter har holdt seg lavt gjennom hele året, og fokuset på dette området vil fortsette.

Sykehusinfeksjoner, målt ved prevalens, skal i henhold til føringer fra Helse Sør-Øst være under tre prosent. Målingene de siste årene viser en nedadgående trend og i november 2017 ble prevalensen målt til 2,8 prosent. I 2018 viser imidlertid målingene en liten økning igjen i sykehusinfeksjoner. Gjennomsnitt for målingene i år viser 3,5 prosent. Det vil være et høyt fokus på infeksjonsområdet også videre, ikke minst på å holde postoperative sårinfeksjoner på et lavt nivå.

Når det gjelder kreftpakkeforløpene har Sykehuset Telemark en høy andel kreftpasienter som registreres i pakkeforløp. Målet om at 70 prosent av pakkeforløpene skal være gjennomført innenfor de definerte forløpstidene er oppfylt med god margin i 2018 og vi er samlet sett helt på topp i landet. Imidlertid er det fremdeles utfordringer innen forløpene for prostatakreft, gyn-kreft og til dels lungekreft.

Det landsomfattende tilsynet om forsvarlig utredning og behandling av sepsis i akuttmottak fra Fylkesmannen i Telemark, Vestfold og Agder ble avsluttet i november 2018. Sykehuset opprettholder fokus på tidlig og god behandlingsstart ved mistanke om sepsis.

## **Samhandling med kommunene**

Det har også i 2018 vært avholdt regelmessige møter mellom administrerende direktør, rådmennene og tillitsvalgte i de 18 Telemarkskommunene. I 2018 ble det avholdt et felles møte for hele Telemark mellom rådmenn og administrerende direktør, som ble



positivt evaluert. Regelmessige møter har også vært avholdt på klinikk-sjef og kommunalsjefsnivå. På det kliniske/utøvende nivå har det vært avholdt møter ved definerte behov.

Eksempler på samhandling i 2018:

- Likemanns prosjektet med ti samhandlende aktører innen rus og avhengighet. Gode erfaringer med null tilbakefall hos deltakere i prosjektet
- Akuttkjede-prosjektet med deltakelse fra kommunene og andre samarbeidspartnere- felles verktøy over forvaltningsnivåer vært utprøvd i tre pilotkommuner
- Erfaringsseminarer vedr. bruk av de kommunale ø-hjelpsenger innen rus og psykisk helse
- Erfaringsseminarer vedr. bruk av de kommunale ø-hjelpsengene innen somatikk.
- Erfaringsseminar for alle kommunene innen digital samhandling og planer for videre utrulling
- Kompetansenettverk innen digital samhandling
- Samarbeidsfora innen psykisk helse rus og avhengighet
- Kommuneoverlegeforum i Telemark i god drift sammen med praksiskonsulentordningen (PKO) og klinikk-sjefer ved STHF
- Fastlegeforum i Vest-Telemark hvor aktuelle spesialister fra sykehuset blir invitert.
- Team fra Notodden sykehus har vært ute på fastlegekontor i opptaksområdet.
- Gjennomført fagdag innen antibiotika bruk for kommunalt ansatte sykepleiere
- Et eget arbeidsutvalg er etablert for å se på samarbeidsarena mellom fastleger og sykehusleger
- Ytterligere desentralisering av dialysetilbud
- Kommunene er fortsatt med å delfinansierer ambulerende palliasjonslege

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

- Det er fortsatt utfordring med kommunikasjon mellom sykehusleger og fastleger – dialogmeldinger er fortsatt et stort savn
- Delingsarena innen kompetanse mellom STHF og kommuner
- Ta i bruk kommunale ø-hjelp senger innen psykisk helse og rus i kommuner hvor dette ikke er etablert

Sykehuset Telemark har praksiskoordinator og to praksiskonsulenter, en i somatikk og en innen psykisk helse. Disse jobber med å forbedre kommunikasjon og praksis i grensesnittet mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. I 2018 har det fortsatt vært fokusert på samarbeidet mellom de to behandlingsnivåene etter modell fra Møteplass Oslo, som beskriver felles anbefalinger for samarbeid mellom fastleger og sykehus i hovedstadsområdet.

## **Økonomiske forhold**

Også 2018 har vært preget av arbeid med forbedringstiltak i klinikkene og interne omstillinger som følge av nedgang i bemanningen. Etter at et betydelig underskudd i 2016, ble redusert til et lite underskudd i 2017, oppnådde vi i 2018 et overskudd på 4,6 millioner kroner. Det var 25,4 millioner kroner lavere enn budsjett. Det negative budsjettavviket skyldes hovedsakelig lavere polikliniske laboratorieinntekter som følge av takstendringer, lavere DRG-aktivitet i somatikken og mindre effekt av internt effektiviseringsarbeid. Dessuten har kostnadene til behandlingshjelpemidler, samt til ambulanseoppdrag økt mer enn forutsatt i budsjettet.

Investeringene har vært holdt på et minimumsnivå og kun nødvendige nye anskaffelser og utskiftninger er gjennomført.

Arbeidet med driftseffektivisering fortsetter i 2019, med mål om resultatforbedring i tråd med resultatbanen vedtatt av styret. Det er fortsatt behov for omstilling og produktivitetsforbedring.

### **2.2. Evaluering av egen virksomhet og organisering**

Styret er generelt godt fornøyd med utviklingen i de medisinskfaglige måleparameterne gjennom 2018. På mange områder skårer sykehuset godt sammenlignet med andre helseforetak, selv om det fremdeles er potensial for ytterligere forbedring innen enkelte fagområder.

Det er fortsatt generelt god utvikling på ventetider, spesielt er vi fornøyd med utviklingen innen voksenpsykiatrisk poliklinikk (VOP) og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) gjennom høsten. Nivået på fristbrudd er fremdeles for høyt og tiltakene for å få redusert antallet fristbrudd vil bli intensivert. Antallet pasienter som har ventet mer enn ett år er redusert betydelig.

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

Det registreres generelt en god utvikling på postoperative infeksjoner, med unntak av galleinngrep. Disse inngrepene har vist en negativ utvikling som må sees nærmere på. Det ble registrert et større VRE (vankomycinresistente enterokokker)-utbrudd, men målinger på slutten av året tilsier at situasjonen er bragt under kontroll. For arbeidet med dette ble sykehusets smittevernoverlege tildelt årets smittevernpris (delt ut for første gang). Generelt jobbes det godt med smittevern og med antibiotika styringsprogrammet.

Korridorpasienter har vært holdt på et tilfredsstillende lavt nivå.

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

Det er også dette året vært fokusert på forbedringsarbeid med sikte på å bedre bærekraften og sikre fremtidig handlingsrom for investeringer. Arbeidet har ført til produktivitets-forbedringer, men vi har samtidig måttet slå fast at det synes mer krevende å identifisere nye tiltak enn tidligere. På denne bakgrunnen har vi etablert et utviklingsprogram som skal sikre bærekraft og samtidig forberede oss på en fremtidig driftssituasjon, blant annet med ny funksjon (stråling) og nytt bygg. Utviklingsprogrammet ledes av Utviklingsavdelingen med noe støtte fra konsulentselskapet EY.

Utfordringene i Kirurgisk klinikk er fremdeles betydelige, hvor det fremdeles oppleves svært krevende å realisere planlagt aktivitetsøkning og/eller reduksjon av kostnader for å få til nødvendig forbedring av produktivitet. Det er fremdeles utfordringer med Kirurgisk klinikkens aktivitet på Notodden sykehus. Det er foretatt endring ledelsen i klinikken og ny klinikk-sjef ble ansatt våren 2018.

I en situasjon hvor de økonomiske resultatene fremdeles er for dårlige har sykehuset begrenset investeringer så mye som mulig. Vi har anskaffet ny operasjonsrobot, men for øvrig er investeringene holdt på et absolutt minimum. Svært lavt investeringsnivå de siste to årene har ført til at vi får et etterslep, spesielt på medisinsk teknisk utstyr. Vi planlegger derfor noe høyere investeringsnivå i året som kommer.

Vi har fortsatt en nedgang i antall årsverk. Det har vært gjennomført en streng ansettelseskontroll og arbeidet med bemanningsplanlegging er intensivert. Sykehuset har videreutviklet programmet kalt «God ressursstyring» hvor arbeidsplaner gjennomgås systematisk for å forsøke å styre bemanningen bedre i forhold til variasjon i aktiviteten. Det er tilført en ny ressurs til dette arbeidet.

Sykehuset har mot slutten av året akseptert et bud på Rjukan sykehus. Salget er ikke effektivt, men det arbeides med endelig kjøpekontrakt og leieavtale for tilbakeleie av arealer, som vi har behov for knyttet til egen virksomhet.

Det er ikke gjennomført organisatoriske endringer av større betydning i løpet av året. På Notodden sykehus er det foretatt en vurdering av organisering av aktiviteten, men besluttet å holde fast ved en «tverrgående» organisering av den somatiske virksomheten.

I mars åpnet vi et nytt tjenestetilbud og en ny seksjon, «Seksjon for avrusning» i Klinikk for psykiatri og rus. Seksjonen betjener 13 senger og det ble ansatt ca. 25 nye årsverk for å betjene tjenestetilbudet.

Sykehuset avsluttet i februar sitt arbeide med idfase for utbygging av somatikk Skien og behandlet den endelige rapporten i styret. I juni vedtok styret i HSØ å videreføre arbeidet til konseptfase. Forutsetningen var blant annet at omfanget av prosjektet skulle skaleres ned til en økonomisk ramme på 900 millioner kroner. Beløpet samsvarer med basisfordringen sykehuset har på Helse Sør-Øst. Vi har i løpet av høsten arbeidet med å

modifisere de bygningsmessige alternativene skissert i idefasen og avventer nå HSØ's endelige mandat for oppstart av konseptarbeidet.

I arbeidet med å skape pasientens helsetjeneste vil god dialog og samarbeid med brukerne stå sentralt. I denne sammenheng er brukerutvalget et viktig organ for STHF og det er i 2018 videreført og videreutviklet det gode samarbeidet med ledelsen ved sykehuset. Ungdomsrådet har arbeidet for å utvikle rådet som en verdiskapende møteplass med de unge brukerne av sykehusets tjenester.

## DEL II: RAPPORTERINGER

### 3. RAPPORTERING FOR STYRINGSBUDSKAP 2018

#### 3.0. Innledning

##### 3.0.1 Helseforetakenes utviklingsplaner

Helseforetakets utviklingsplan er ferdigstilt. I henhold til føringene gitt i dokumentet «Utviklingsplaner for helseforetakene - Strategier, planer og regionale føringer» laget STHF delrapporter som vedlegg til allerede godkjent Utviklingsplan (STHF styret 14.9.2016, sak 64-2016 og Helse Sør-Øst styret 15.12.2016, sak 099-2016). Disse omhandler fagområdene Psykisk helsevern og rusbehandling, Rehabilitering, Habilitering og Prehospitale tjenester. Delrapportene var til høring hos kommuner, samarbeidspartnere og andre interessenter i perioden 12.1.2018-16.4.2018 og ble endelig behandlet av styret i STHF 18.04.2018, sak 020-2018.

#### 3.1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

##### 3.1.1 Ventetid og fristbrudd

- *Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2017.*

Sykehuset Telemark har i 2018 nådd målsettingen om at gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2017. Ventetiden er redusert fra 56,2 dager i 2017 til 54,8 dager i 2018. Ventetidene er redusert for alle tjenesteområdene.

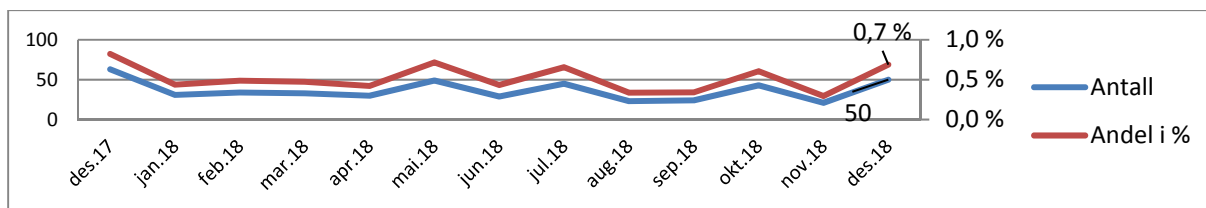
Sykehuset har også en reduksjon i antall pasienter som har ventet mer enn ett år (langventere) fra 89 til 53.

- *Innen 2021 skal gjennomsnittlig, samlet ventetid for alle tjenesteområder være under 50 dager. For 2018 skal gjennomsnittlig ventetid være under 57 dager innen somatikk og under 40 dager innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rus-behandling. Ventetid måles som årlig gjennomsnitt.*

Målsettingen er nådd for alle tjenesteområder, med et lite unntak for voksenpsykiatrisk poliklinikk (VOP). Gjennomsnittlig ventetid for somatikk i 2018 er 56 dager i 2018. Gjennomsnittlig ventetid innen barne- og ungdomspsykiatri (BUP) er 37 dager, VOP 41 dager og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) 30 dager.

- *Ingen fristbrudd.*

Målsettingen om null fristbrudd er ikke nådd. Antall og andel fristbrudd ligger imidlertid på et lavt nivå med noen sesongvariasjoner jfr. graf under:

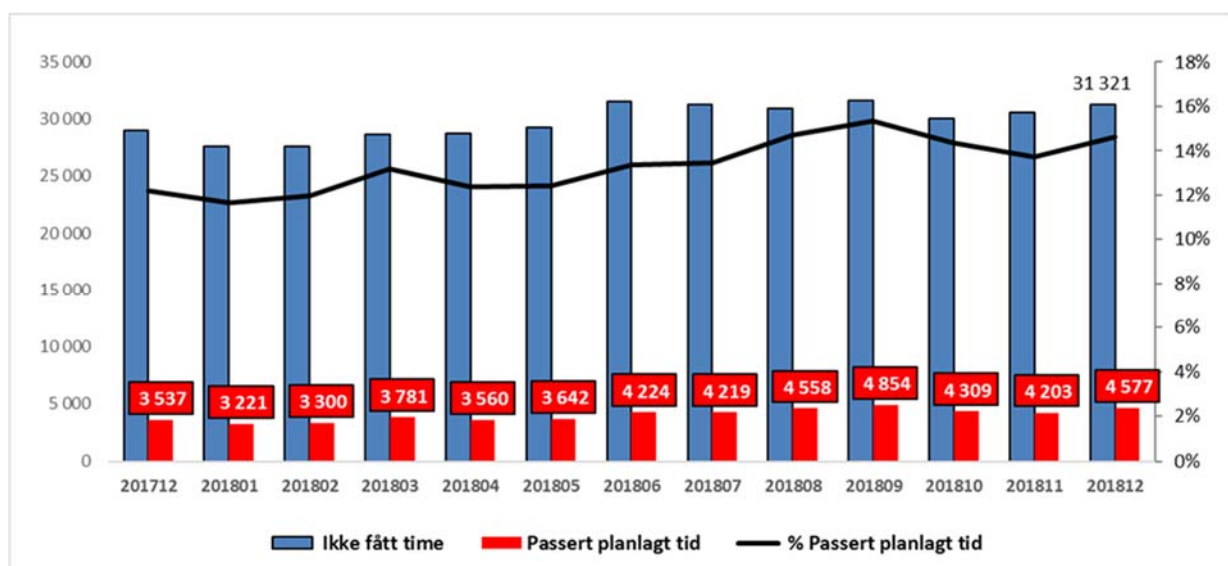


- Median tid til tjenestestart skal reduseres sammenliknet med 2017. (Tiden mellom tidspunktet henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten og tjenestestartdato (dato for når prosedyre er utført) for spesifikke sykdomsgrupper. Målet gjelder for sykdomsgrupper der tid til tjenestestart er tilgjengelig som nasjonale tall fra NPR.)

Sykehuset Telemark har redusert median tid til tjenestestart fra 58 dager per 3. tertial 2017 til 55 dager per 2. tertial 2018.

- En større andel av pasientavtalene skal overholdes sammenliknet med 2017 (passert planlagt tid). Innen 2021 skal minst 95 prosent av avtalene overholdes.

Sykehuset har ikke lyktes i å redusere andel av pasientavtalene passert planlagt tid sammenlignet med 2017. Gjennom 2017 og begynnelsen av 2018 viste andel av pasientavtaler passert planlagt tid en nedgang, men denne andelen har økt gjennom 2. halvår i 2018 jfr. graf under;



- Andelen fristbrudd i Helse Sør-Øst som helhet var 1,5 prosent i 2017. Tilsvarende tall i 2016 var 1,2 prosent. Det forutsettes at de helseforetak som fortsatt har fristbrudd innretter driften slik at målet om null fristbrudd nås.

For å oppnå målsettingene om ventetider og fristbrudd kreves god kvalitet i DIPS (journalssystem). Generelt er det en god utvikling, men innen enkelte områder er det avdekket feil i ventelistedata som skyldes feilregistreringer utført av den som har håndtert henvisningen. Sykehuset ser at det er behov for mer kunnskap om prinsippene for rettighetsvurdering og regelverket for vurderingsperioden, og hvordan dette henger sammen med riktig bruk av DIPS. For å sikre lik og riktig praksis er det opprettet et operasjonelt Nettverk for pasientadministrativ kvalitetskontroll (PASK) ved STHF. Fokusområdet for ventelistearbeidet er forutsigbar og koordinert utredning og behandling i tråd med nasjonale kvalitetsmål innen angitte frister. Nettverket skal arbeide for kontinuerlig forbedring i bruk av pasientadministrativt system og med oppfølging av rutiner som sikrer god tilgjengelighet og kapasitetsutnyttelse. Nettverket skal bidra til å støtte linjeledelsens virksomhet.

Sykehuset har gjennomført internsertifiseringsprogram for sekretærer som jobber med henvisninger etter modell fra Oslo universitet sykehus. Programmet har fått gode tilbakemeldinger og vil bli gjentatt i 2019.

### **3.1.2 Kreftbehandling**

- *Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst. Variasjonen i måloppnåelse for pakkeforløp kreft på helseforetaksnivå skal reduseres.*
- *Helseforetakene som gir behandlingstilbud til kreftpasienter må følge opp resultatene for pakkeforløp og forløpstid for kreftpasienter og bruke disse i sitt forbedringsarbeid slik at målet nås i 2018, jf. Oppdrag og bestilling 2018.*
- *Oslo universitetssykehus gjennomfører 3-strøms MDT-møter for pakkeforløp kreft, fortrinnsvis gynekologisk kreft, lungekreft, urologisk kreft, GI-kreft og brystkreft med avansert behandling samt andre kreftgrupper der dette er egnet. Alle helseforetak og sykehus deltar på 3-strøms MDT-møter for pasientgrupper de utreder og behandler.*

Overordnede styringsbudskap rapporteres samlet:

Ved sykehuset Telemark er 77 prosent av alle pakkeforløpene gjennomført innen standard forløpstid i perioden november 2017 til november 2018. Sykehuset er samlet sett helt på topp i landet. Av 26 pakkeforløp har sykehuset hatt pasienter i 18. Vi har dessverre fortsatt noe variasjon, men ved hele 13 av 18 pakkeforløp har sykehuset startet behandling innen standard forløpstid. 6 av pakkeforløpene har måloppnåelse på 98 prosent – 100 prosent. Prostata har vi hatt utfordringer med, men der jobbes det systematisk og vi har nå 61 prosent av pasientene inne innen standard forløpstid. Landsgjennomsnittet på dette området er på 51 prosent. Lunge er nå på 57 prosent og dette er likt landsgjennomsnittet, lymfom er på 52 prosent mens landsgjennomsnittet er på 63 prosent. Innen gynekologi har vi eggstokkreft på 43 prosent, mens landsgjennomsnittet ligger på 63 prosent. Livmorkreft er på 33 prosent med et landsgjennomsnitt på 54 prosent.

Sykehuset har størst utfordring med måloppnåelse på områder hvor sykehuset er avhengig av andre institusjoner. Det arbeides aktivt med å redusere forløpstiden innenfor disse områdene. Et tiltak er 3-strøms MDT møter med Oslo universitet sykehus

(OUS) på gynekologisk kreft. For lymfom er det en utfordring å få diagnostikken raskt på plass. Her er god logistikk inn mot OUS sentralt.

### **3.1.3 Samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester**

- *Sykehuset Telemark HF skal arbeide for bedre samordning mellom helseforetak, private leverandører og avtalespesialister for å sikre riktig kapasitet og god kapasitetsutnyttelse.*

Det er i hovedsak private leverandører innenfor psykisk helse som er aktuelt for Sykehuset Telemark HF. Det er etablert samarbeid med de private leverandørene som har avtale med Helse Sør-Øst (Borgestadklinikken, Samtun, Tyrilistiftelsen). Det har vært avholdt felles samling med den enkelte aktør og Sykehuset Telemark, og det gjennomføres også samarbeidsmøter hvor blant annet fordeling av pasienter er tema. Hensikten er at tilbudet til pasientene skal ses under ett.

Når det gjelder private aktører uten avtale er det ikke tilsvarende dialog, og samarbeidet kan oppleves til dels krevende. Det vises for øvrig til punkt 3.1.5 og det arbeidet som er gjort med å etablere avtaler med avtalespesialister inne de ulike fagområdene.

### **3.1.4 Helseforetakenes kjøp av helsetjenester fra private leverandører**

- *For å sikre at Helse Sør-Øst RHF får en samlet oversikt over anskaffelser gjort av helseforetakene, skal slike anskaffelser rapporteres løpende til det regionale helseforetaket. Denne løpende rapporteringen skal samordnes med annen eksisterende rapportering. Det skal tas inn en overordnet rapportering om gjennomføringen i årlig melding 2018.*

Sykehuset Telemark har ikke kjøpt helsetjenester fra private leverandører i 2018.

### **3.1.5 Avtalespesialister**

- *Helseforetaket skal innen utgangen av 2018 ha inngått samarbeidsavtaler med avtalespesialistene i sykehusområdet/opptaksområdet.*

Det har vært avholdt møter med de ulike avtalespesialistene i sykehusområdet/opptaksområdet og svært mange samarbeidsavtaler er inngått. De manglende avtalene skyldes følgende forhold; det har ikke vært mulig å etablere kontakt med avtalespesialistene, et par hjemler er under utlysning og forhandlinger er påbegynt, men ikke avsluttet med en avtalespesialist.

Sykehuset Telemark vil jobbe for å ferdigstille de avtaler som mangler. Vi vil invitere til faste møter med avtalespesialistene for å evaluere effekt og nytte av avtalene og om mulig gjøre disse mer konkrete og målbare.



## 3.2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

### 3.2.1 Høyere vekst

- *Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal 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) (Årsverk er tatt ut som måleparameter. Årsverkstall fra SSB gir ikke en fullstendig oversikt over årsverk etter sektor på grunn av reglene for innrapportering av fellespersonell.).*
- *I årlig melding 2018 fra helseforetak som gir tilbud innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal tiltakene beskrives og oppfølgingen av disse omtales sammen med oversikt over måloppnåelse. Utviklingen for henholdsvis barn og unge, voksne og gravide rusmisbrukere som gis behandling i henholdsvis psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal fremgå tydelig i omtalen.*
- *Prioriteringsmålet om at det på regionalt nivå skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for somatikk ble videreført i 2017. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og «private institusjoner med oppdragsdokument») og aktivitet (polikliniske konsultasjoner). I 2017 ble kravet om høyere vekst i kostnader innfridd i Helse Sør-Øst for TSB, men ikke for psykisk helsevern for voksne og for barn og unge. Målet om prosentvis større reduksjon i ventetider innen psykisk helsevern og TSB enn i somatikken er ikke nådd på noen områder. Kravet knyttet til økning i årsverk ble innfridd for TSB, men ikke innen psykisk helsevern for voksne og for barn og unge. Prioriteringsmålet har ført til en dreining i sykehusenes oppmerksomhet og aktivitet mot psykisk helsevern og TSB, men det er fortsatt rom for forbedringer. Det legges til grunn at målet blir nådd for 2018 i de helseforetakene i Helse Sør-Øst som gir tilbud til disse pasientgruppene.*

Styringsbudskapene over rapporteres samlet:

Prioriteringsregelen for ventetider og kostnader er oppfylt innenfor alle tjenesteområdene. Sykehuset innfrir ikke prioriteringsregelen når det gjelder poliklinisk aktivitet. BUP oppfylder poliklinisk aktivitets krav, men ikke VOP og TSB. Nedgangen i aktivitet i psykiatrien skyldes et høyt antall vakante polikliniske terapeutstillinger og noe nedgang i produktivitet som knyttes til ressurskrevende pasienter, samt nylig ansatte terapeuter som vil kunne behandle flere pasienter på sikt. I tabellen under er felt med grønt markert for de områder som innfrir prioriteringsregelen:

Ventetid	2017	2018	Endring
Somatikk	58,0	55,7	-4,0 %
BUP	44,3	41,2	-7,0 %
VOP	48,8	43,0	-12,0 %
TSB	35,8	29,9	-16,5 %

Aktivitet	2017	2018	Endring
Somatikk	162 091	165 846	2,3 %
BUP	25 586	27 451	7,3 %
VOP	51 579	51 405	-0,3 %
TSB	12 778	12 349	-3,4 %

Kostnader (i antall 1000)	2017	2018	Endring
Somatikk	2 038 939	2 112 377	3,6 %
BUP	103 005	109 726	6,5 %
VOP	448 458	473 191	5,5 %
TSB	47 170	64 958	37,7 %

Det er iverksatt tiltaksplan for å nå føringene knyttet til prioriteringsregelen, med fokus på reduksjon av ventetiden i psykiatrien under 35 dager og under 50 dager for somatikken.

Ventetidene i november og desember viser en nedgang og er under 35 dager innenfor alle de tre tjenesteområdene BUP, VOP og TSB. Det jobbes med rekruttering i vakante stillinger og ekstraordinære tiltak for å øke aktiviteten og holde ventetidene lave også framover.

Spesifikke tiltak for å redusert ventetiden innenfor psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) omfatter inntak av pasienter så snart det er mulig uavhengig av prioriteringsveilederen. PHBU har videre satt av særskilte timer for førstegangssamtaler og ved avbestillinger og forfall jobbes det systematisk med å ta inn andre pasienter raskere enn det er avtalt, dersom det er mulig utfra behandlingsbehov og behandler. For å sikre aktivitet, anvendes sekretærstyrte timebøker, nytt personell tilsettes så snart det lar seg gjøre ved permisjoner og vakanser, nytilsatte får veiledning og opplæring slik at de kan ta inn pasienter så raskt som mulig, vi jobber med å effektivisere møtevirksomheten, vurderer kritisk søknader om fri for kurs og annen type kompetansehevingstiltak og har avsluttet veiledningsvirksomhet på generell basis i kommunene blant annet til helsesykepleier (tidligere helsesøster).

Verdt å nevne er at ventetidene i november og desember isolert sett, er under 35 dager innenfor alle de tre tjenesteområdene BUP, VOP og TSB. Det jobbes med rekruttering i vakante stillinger og ekstraordinære tiltak for å øke aktiviteten og holde ventetidene lave også framover.

### 3.2.2 Tvang

- *Færre tvangsinnleggelser i psykisk helsevern enn i 2017.*
- *Færre pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) enn i 2017.*

Styringsbudskapene over rapporteres samlet:

Sykehusets plan for mer frivillighet og riktig bruk av tvang ble revidert i oktober 2017.

Det ble utarbeidet en konkret tiltaksplan med fokus på områdene:

- Redusert antall pasienter på tvang uten døgn (TUD)
- Redusert antall innleggelser på tvang
- Redusert antall pasienter som mottar legemidler uten eget samtykke
- Redusert tvangsmiddelbruk

Hver seksjon i psykisk helsevern har med utgangspunkt i dette vurdert egen praksis og utarbeidet tiltaksplan.

Antallet tvangsinnleggelser i 2018 i forhold til 2017 har økt. Antallet innleggelser har også økt i samme periode og i prosent er det ingen endring i bruk av tvangsinnleggelse.

Det har vært en markant økning av innleggelser på de to lukkede akutt psykiatriske seksjonene og tabellen under viser utviklingen:

Innleggelser	2017	2018
§3-2	129	133
§3-3	135	173
Oppsummert § 3-2 og 3-3	264	306
Antall innleggelser	1771	2063
% innlagt på §3-2 og 3-3	14,9 %	14,83 %

Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak er uforandret.

	2017	2018
Antall pasienter	64	64
Antall vedtak	659 *en person er knyttet til 454 vedtak	469 *en person er knyttet til 196 vedtak
Korrigert for unntak	205	273

Angående leveranse av data til Norsk pasientregister (NPR). Tvangsvedtak registreres i sykehusets journalsystem (DIPS) og det har ikke vært endringer i DIPS på dette området i år.

### **3.2.3 Pakkeforløp**

- *Sykehuset Telemark HF skal implementere pakkeforløpene for psykisk helse og rus.*
- *Helseforetakene skal implementere pakkeforløpene for psykisk helse og rus. Det vises til Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020. Forberedende aktiviteter gjøres høsten 2018 slik at det fra 1. januar 2019 er mulig å motta henvisninger til, og behandle pasienter i pakkeforløp for psykisk helse og rus. Dette inkluderer blant annet: / Sørge for at praksis i spesialisthelsetjenesten blir endret i tråd med anbefalingene i pakkeforløpene. / Etablere forløpskoordinatorer i spesialisthelsetjenesten. / Sørge for innføring av nødvendig funksjonalitet i EPJ-systemene for mottak av henvisninger til pakkeforløp, registrering av koder og arbeidsflyt for håndtering av pakkeforløpene. / Sørge for at rapportering av forløpsinformasjon til Norsk pasientregister (NPR) gjøres etter gjeldende krav.*

Styringsbudskapene over rapporteres samlet:

Sykehuset Telemark har arbeidet med å forberede aktiviteter for å implementere pakkeforløpene for psykisk helse og rus fra 1. januar 2019.

Sykehuset er i en utviklingsfase. Forløpskoordinatorer er etablert, telefonnummer er lagt ut på sykehusets nettside og oppgaver som er beskrevet i dokumentet Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge, (dokument sist endret 19.12.2018), er gjennomgått. Arbeidet med funksjonalitet og registrering av koder er ivarettatt. Det gjenstår fortsatt å få noen elementer i forløpet på plass, for eksempel valg av/bruk av feedbackverktøy, både på individnivå og systemnivå. Det er framsatt flere innvendinger fra fagfeltet mot at hvert helseforetak skal velge sine verktøy for brukererfarings-undersøkelser. Dette bør avklares og velges på regionalt eller nasjonalt nivå. Endelig ferdigstilling av oversikt for å kunne monitorere pakkeforløp er ikke på plass pr nå. I løpet av våren 2019 vil det trolig bli behov for å justere rutiner når vi får mer erfaring med gjennomføring av pakkeforløp. Sykehuset vil også vurdere å utarbeide Heliks-dokumenter knyttet opp mot pakkeforløpsrutiner, der det er behov utover det som dokumentet fra H-dir. beskriver.

Rapportering til Norsk pasientregister (NPR) vil gjøres etter gjeldende krav sentralt fra sykehuset.

### **3.2.4 Avvisning av pasienter ved distriktpsikiatriske sentre**

- *Sykehuset Telemark HF skal arbeide aktivt for å redusere avvisningsrate ved distriktpsikiatriske sentre innen psykisk helsevern.*

Avvisningsraten falt med 5,4 prosentpoeng og er i år på 24,7 prosent. Antall avviste pasienter er 930 i år mot 1.165 i 2017.

### 3.2.5 Utskrivningsklare pasienter

- *Sykehuset Telemark HF skal registrere utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt inngå samarbeidsrutiner med kommunene for å forberede utskrivninger av disse pasientene, jf. innføring av betalingsplikt for kommunene fra 2019.*

I 2018 ble det registret 869 utskrivningsklare pasienter. I 2017 var tallet 548. Det er høyst sannsynlig en underrapportering, da rapporteringssystemet/ registreringspraksis ikke er fullt ut implementert. Det er gjort avtale med kommunene om å benytte samme system som er etablert i somatikken.

### 3.2.6 Avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling

- *Registrere avslutningstype og sikre færrest mulig avbrudd i døgnbehandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.*

Avrusning seksjon åpnet i mars i år. En høy andel av innleggelsene er øyeblikkelig hjelp. Foreløpig har ikke sykehuset etablert system for å følge opp antall som eventuelt velger å avbryte behandlingstilbudet.

### 3.2.7 Tilbud til barn og unge

- *Sykehuset Telemark HF skal videreføre satsing på bedre helsetjenester til barn og unge i barnevernet, herunder bidra til regional utvikling av modeller for utredning av barn i barnevernet. Sykehuset Telemark HF skal utvide det ambulante arbeidet inn mot barnevernet.*

Hovedarenaen for samarbeidet om barn og unge i barnevernet er ABUP (Afdeling for barn og unges psykiske helse). Sykehuset har etablert barnevernansvarlig i ABUP. Dette er seksjonslederne i hver poliklinikk. Denne ordningen er ønskelig også fra barnevernsinstitusjonene. I ABUP er etablert regelmessige samarbeidsmøter med BUF-etat. Vi har samarbeidsavtaler med alle offentlige barnevernsinstitusjoner i Telemark.

Opp mot Rundskriv 21/2015-, «Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnet beste» har vi etablert en arbeidsgruppe der også Fylkesmannen deltar, og vi gjennomførte en konferanse senhøsten 2018. Det er planlagt videre arbeid om samarbeid med utgangspunkt i denne konferansen.

AHAB (Afdeling for habilitering) behandler relativt mange forespørsler om opplysninger om pasienten og foreldrene i forbindelse med undersøkelsessaker etter Lov om barnevernstjenester. Vi har samarbeid med barnevernstjenesten om flere pasienter. Mange av pasientene er også i fosterhjem, og barnevernstjenesten er da en naturlig samarbeidspartner

Fra 3. september i år tas barn og unge direkte imot på Ungdomspsykiatrisk seksjon (UPS) hele døgnet/ hele uka. Det er utarbeidet en retningslinje for å sikre gode pasientforløp/ behandlingstilbud i overgangen fra barn- og ungdom til voksenpsykiatri.

Distriktpsikiatrisk senter (DPS) har sammen med kommunal helsetjeneste til barn gjennomført et felles prosjekt for ivaretagelse av barn av pasienter med psykiske problemer. Samarbeidsformen er integrert i DPS nedre Telemark. Det er lagt plan for gjennomføring i DPS Øvre Telemark.

### **3.2.8 Tilbud til innsatte i fengsel**

- *Sykehuset Telemark HF skal iverksette tiltak for å øke tilgjengeligheten til psykisk helsevern for innsatte i fengsler, herunder språklige og kulturelt tilrettelagte tilbud for samiske innsatte.*

Behandlere, både fra Sikkehetspsikiatrisk seksjon og Seksjon for rus og psykiatri (SRP), er tilstede i fengslet hver uke tilsvarende som i 2017.

## **3.3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet**

### **3.3.1 Pasientsikkerhetsprogrammet**

- *Sykehuset Telemark HF skal styrke innsatsen i pasientsikkerhetsprogrammet og sikre at tiltakspakkene fra pasientsikkerhetsprogrammet, inkludert kartlegging av pasientskader og pasientsikkerhetskultur videreføres etter 2018.*
- *Rapportering: Andel relevante enheter i regionen hvor tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet er implementert. / Mål: 100 prosent / Datakilde: RHF's rapportering til pasientsikkerhetsprogrammet / Publiseringsfrekvens: Årlig*

Styringsbudskapene over rapporteres samlet:

Sykehuset Telemark har opprettholdt innsatsen på innføringen av alle nye og opprinnelige innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet i år. 13 av 16 innsatsområder er innført. Sykehuset innrapporterer tertialvis regionalt på arbeidets progresjon.

Innsatspakken trygg kirurgi er innført på alle tre lokasjoner. Innsatspakkene behandling av hjerneslag, urinveisinfeksjoner, infeksjon ved SVK, trykksår, fall, forebygging av selvmord, tidlig oppdagelse av forverret tilstand, og forebygging av underernæring er alle innført med en måloppnåelse på 100 prosent. Sykehuset har hatt en utfordring i implementeringen av innsatspakken; forebygging av underernæring men har nå implementert denne 100 prosent ved sykehuset i Skien. Noe videre arbeide er pågående på Notodden. Ved innsatspakken tidlig oppdagelse og behandling av sepsis, er den implementert i akuttmottak både i Skien og på Notodden, samt også på medisinsk sengepost ved sykehuset i Skien. Medisinsk sengepost på Notodden var på læringsnettverk for tidlig oppdagelse av sepsis på sengepost i regional regi desember i år, og er således i startfasen med implementeringen av dette innsatsområdet. Læringsnettverket er ferdig i september 2019.

Ledelse av pasientsikkerhet har vært et fokusområde for sykehuset og det er gjennomført totalt seks pasientsikkerhetsvisitter i løpet av året. Tilbakemeldingene fra seksjonene som har hatt visitter er gjennomgående positive og gode. Oppfølgingen av pasientsikkerhetsvisittene er gjennomgått og diskutert i foretakets Kvalitet og pasientsikkerhetsutvalg (KPU).

Sykehuset opplever et utfordringsbilde ved breddingen av de ulike innsatsområdene i en travel klinisk, og økonomisk utfordrende hverdag. Det er derfor knyttet spenning til de nye innsatsområdene som er planlagt annonsert for 2019. Sykehusets store innsats på pasientsikkerhetsområdet opprettholdes også det kommende år.

### 3.3.2 Infeksjoner og resistens

- *30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020 sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner).*
- *Bruken av bredspektret antibiotika i spesialisthelsetjenesten skal reduseres med 30 pst. i perioden 2012 til 2020. I Helse Sør-Øst som helhet er bruken så langt redusert med ca. 8 prosent. Det legges til grunn at helseforetakene arbeider videre med tiltak på dette området.*

Styringsbudskapene over rapporteres samlet:

Forbruk bredspektrede antibiotika 2018 er redusert med 18,4 prosent i forhold til 2012 (tall tom 2. tertial 2018).

Antibiotikastyringsprogram har vært hovedfokus fra 2016. Sykehuset følger nasjonale anbefalinger og program-mal fra HSØ og et tverrfaglig antibiotikateam leder arbeidet. Det er utnevnt kontaktpersoner i avdelingene for alle fagområdene.

Restriktive tiltak mot bruk av Tazocin og Meronem er videreført.

Innføringen av elektronisk kurve startet høsten 2018 og slutføres 2019 med mulighet for bedre styring av antibiotikavalg.

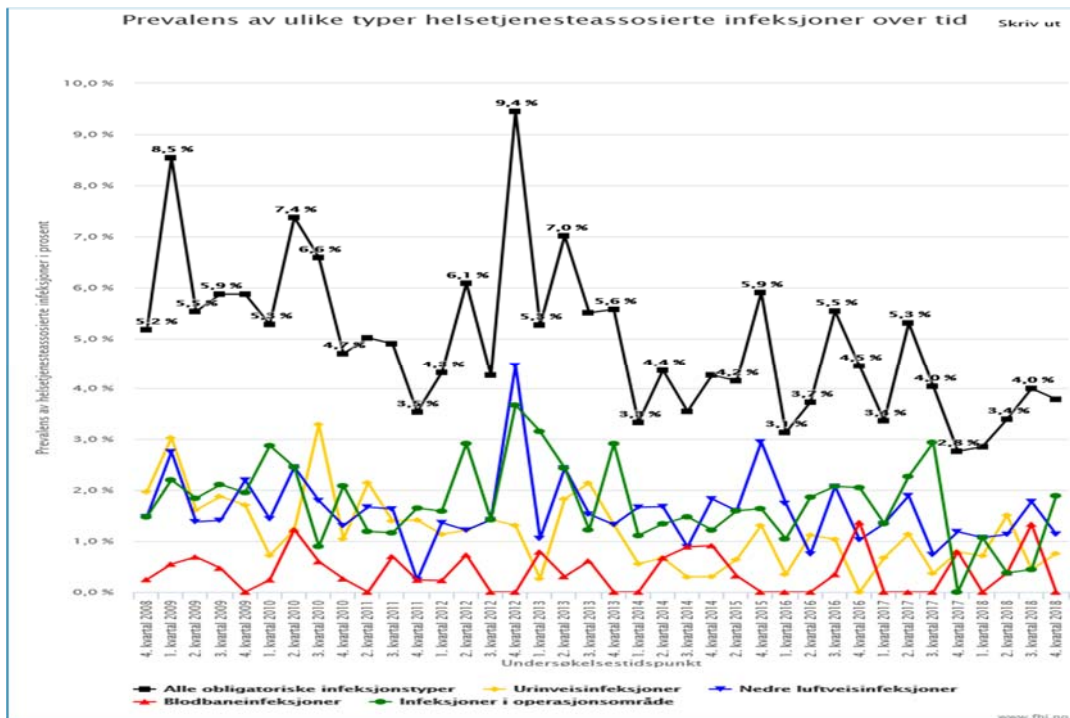
Arbeidet i antibiotikateamet intensiveres ut mot avdelingene med undervisning om eget forbruk og lokale rapporter, lokale resistensdata, audit med feedback og individuelle tilbakemeldinger.

Kurs for sykepleiere om deres rolle i antibiotikastyring planlegges våren 2019.

- *Sykehusinfeksjoner er redusert til under tre prosent.*

STHF gjennomfører fire prevalensundersøkelser av sykehusinfeksjoner årlig. Prevalensmålingen for november viste 3,8 prosent. Tallet for målingen i februar var 2,9 prosent, i mai 3,4 prosent og september 4,0 prosent. Dette gir et gjennomsnitt på 3,5 prosent, og er en bedring i forhold til målingene i 2017 (gjennomsnitt 3,9 prosent).

Grafen under viser prevalensen av alle sykehusinfeksjoner ved STHF fra 4. kvartal 2008 til og med 4. kvartal 2018, både for egne pasienter og pasienter som har kommet fra andre sykehus:



Nedgangen i infeksjoner er resultat av målrettede tiltak, som:

- Pasientsikkerhetsprogrammet har flere tiltakspakker som understøtter arbeidet med å redusere infeksjoner i sykehus. Alle disse er implementert eller er under implementering i Sykehuset Telemark. I sjekklisten for «trygg kirurgi» er det blant annet fokusert på om antibiotikaprofylakse er gitt. Tiltakspakken for urinveisinfeksjoner bidrar til at pasienten ikke ligger med urinveiskateter for lenge, noe som er en kjent årsak til infeksjon. Når det gjelder sepsis (blodbaneinfeksjon) er rask diagnose og kort tid til første antibiotikadose definerte tiltak. Sykehuset Telemark har vært pilot på området, og fortsetter arbeidet med forbedring og spredning.
- Basale smittevernrutiner er en bærebjelke innen smittevernarbeidet. Dette fokuseres gjennom opplæring og jevnlig informasjon til ansatte og ledere. Det har vært ekstra mye fokus på basale smittevernrutiner i forbindelse med et utbrudd av VRE (Vancomycin resistente enterokokker) første halvår. Det er ikke funnet VRE ved nye prevalensscreeninger noe som understøtter at basale smittevernrutiner etterleveres.
- God håndhygiene er sentralt, blant annet skal de som har pasientkontakt ikke bruke håndsmykker, noe som gjennom flere år har blitt fulgt ved prevalensmålinger. Tiltakene virker, slik at det nå er unntaksvis at klinisk personell bruker håndsmykker.
- Bedriftshelsetjenesten i samarbeid med smittevern og kommunikasjonsavdelingen har hatt en vellykket kampanje for influensavaksine. Selv om vi ikke nådde målet på 75 prosent vaksinasjonsdekning, ble det vaksinert rundt 1850 (52,5 prosent). Hvilket var ca. 50 prosent økning fra året før.
- De kirurgiske fagområdene har jobbet målrettet for å redusere postoperative sårinfeksjoner, som utgjør halvdelen av sykehusinfeksjoner ved STHF. Foreløpig har dette gitt seg utslag i en betydelig reduksjon i insidensen av infeksjoner ved innsetting av delprotese hofte, og også noe når det gjelder totalprotese hofte og keisersnitt.



- I 2017 ble det innført en 3-årig Handlingsplan for smittevern. Hensikten er å øke fokuset på smittevern og hjelpe avdelingene og seksjonene med å systematisere forbedringsarbeidet. Det er utviklet innsatsområder med tilhørende forslag til tiltak. Seksjonene definerer egne forbedringsmål og nødvendige tiltak innenfor disse. Seksjonene skal velge to eller flere av innsatsområdene, hvorav Håndhygiene er obligatorisk. Handlingsplanen skal følges opp med jevnlig smittevernvisitter fra seksjon for smittevern. Grunnet ekstra belastning på smittevernseksjonen med VRE utbrudd ble det ikke gått smittevernvisitt på alle aktuelle seksjoner i 2018, men det er planlagt og satt dato for alle avdelinger i løpet av våren 2019.
- *Sykehuset Telemark HF skal sikre utvikling av antibiotikastyringsprogram i sykehus, i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets handlingsplan mot antibiotikaresistens mot 2020.*

Se samlet besvarelse av kulepunkt en og to under punkt 3.3.2 Infeksjoner og resistens.

### 3.3.3 Uønskede hendelser

- *Andel pasientskader basert på de årlige GTT-undersøkelsene er redusert med 25 pst. innen utgangen av 2018, målt ut fra undersøkelsen for 2012.*

Som varslet i Årlig melding 2017, har Sykehuset Telemark ikke klart å nå reduksjon i andel pasientskader med 25 prosent innen utgangen av 2018, basert på tall fra undersøkelsen i 2012. De rapporterte tallene i årene mellom 2012-2015 manglet sykepleie dokumentasjon i journaluttrekkene, og er således kunstige lave. Måloppnåelse basert på disse blir derfor særdeles utfordrende.

Skadeomfanget ved GTT funn 2017 (tall for 2018 foreligger ikke på rapporteringstidspunktet) utgjør 15,8 prosent, mens skadeomfanget fra undersøkelsen for 2012 er 8,8 prosent.

GTT metoden gjennomføres for voksne inneliggende pasienter, og skal beskrive andelen pasienter som har fått minst en pasientskade fra behandling mottatt, eller en pasientskade grunnet behandling de var berettiget men ikke mottok.

Sykehuset rapporterer i 2017 på 240 gjennomgåtte journaler. Skadene funnet var, som i 2016, i de to laveste kategoriene av pasientskader. 76 prosent av skadene ble funnet i kategori E (forbigående skade som kun fordret tiltak for å unngå plager for pasienten), og 24 prosent i kategori F (forbigående skade som medførte midlertidig mén eller forlenget sykehusopphold.) Hovedandelen skader er urinveisinfeksjoner med 11 skader, fem av disse var urinveisinfeksjoner pasientene brakte med seg ved innleggelse. Konsekvenskategorien fallskader er den nest største konsekvenskategorien med fem skader, alle skjedd under opphold ved sykehuset. Det jobbes kontinuerlig med forbedringsarbeid innen områdene pasientsikkerhet og alle dets innsatsområder, legemidler, antibiotikastyringsprogrammet, og handlingsplan for smittevern.

## GTT- funn 2017:

Skadens alvorlighetsgrad		Antall	
E	Forbigående skade som kun fordret tiltak for å unngå plager for pasienten	34	76 %
F	Forbigående skade som medførte midlertidig mén eller forlenget sykehusopphold	11	24 %
Totalt antall skader registrert etter gjennomgang av 240 journaler		45	

Ingen skader i alvorlighetsgrad G (varig mén) - I (pasienten døde)

Skadetyper		Antall	i %	Utenfor STHF	
5	UVI	11	24 %	5	45 %
3	Fallskade	5	11 %		
8	Postoperativ sårinfeksjon	4	9 %		
1	Allergisk	3			
2	Blødning	3			
11	Reoperasjon	3			
17	Legemiddelrelatert skade (inkl. blod og iv væsketerapi)	3			
21	Trykksår	3			

- *Helseforetakene skal følge regionale føringer for håndtering av uønskede hendelser. Helseforetakene skal følge regional retningslinje for publisering av uønskede hendelser.*

Sykehuset melder uønskede hendelser i sitt elektroniske meldesystem. I år ble 3.144 saker meldt.

Sykehuset har ikke publisert uønskede hendelser på nettsidene våre i år i påvente av nye føringer fra Helse Sør-Øst RHF. Det er nylig kommet utkast til en ny regional anbefaling, som vil legge opp til publisering på tre måter:

- Enkel statistikk
- Utvidet oversikt over hendelser
- Temabasert omtale av risikoområder basert på hendelser

Ny regional anbefaling er ikke vedtatt ved utgangen av 2018.

### 3.3.4 Kvalitetsindikatorer

- *Rapportering: 30 dagers overlevelse etter innleggelse i 2017 (uansett årsak til innleggelse) / Datakilde: Folkehelseinstituttet / Publiseringsfrekvens: Årlig*
- *Rapportering: 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag i 2017 / Datakilde: Folkehelseinstituttet / Publiseringsfrekvens: Årlig*
- *Rapportering: 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd i 2017 / Datakilde: Folkehelseinstituttet / Publiseringsfrekvens: Årlig*
- *Rapportering: 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt i 2017 / Datakilde: Folkehelseinstituttet / Publiseringsfrekvens: Årlig*

Styringsbudskapene over rapporteres samlet:

Det foreligger ikke per 5. februar 2019 publiserte tall fra Folkehelseinstituttet. Sykehuset Telemark har fått følgende tilbakemelding fra Folkehelseinstituttet:

«Vi har dessverre hatt en del utfordringer med hensyn til mottak av data fra Norsk pasientregister for å gjøre beregningene for 2017 og av den grunn rakk vi ikke å publisere tallene i slutten av oktober i fjor. Vi har nå fått de dataene vi trenger og planlegger å publisere tallene i slutten av februar 2019».

Tiltakene fra tidligere er videreført. Viktige elementer er:

- Fortsatt fokus på NEWS, som nå er oppdatert til NEWS2
- Q-SOFA (et enkelt skåringsverktøy for å identifisere pasienter med infeksjon og organsvikt) er innført, og sammen med ny pilotperiode for sepsis på sengepost (pasientsikkerhetsprogrammet) og sterkt fokus i akuttmottaket har det bidratt til at sepsistilsynet ble lukket og avsluttet på slutten av året.
- Akuttkjedeprosjektet bidrar til god og tidlig diagnostisering av pasienter og god samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- Pakkeforløp hjerneslag, som er implementert
- Fokus og forbedringsarbeid med tanke på trombolyserate
- Trombolysebehandling innen 40 minutter for mer enn 50 prosent av pasientene

Det vises for øvrig til pkt. 3.3.9, hvor de to siste kulepunktene er utdypet nærmere.

- *Pakkeforløp hjerneslag (akuttfasen) ble lagt fram i desember 2017, og blir implementert fra 2018. Helseforetakene må sikre at pakkeforløpene blir registrert i henhold til Helsedirektoratets informasjonsbrev. Helseforetakene bør følge med på de registrerte dataene gjennom norsk hjerneslagregisters digitale løsning.*

Sykehuset har noe manglende etterregistrering fra september. Disse er slutført innen årsslutt.

### **3.3.5 Helse- og kvalitetsregistre**

- *Rapportering: Andel episoder rapportert med korrekt behandlingssted til Norsk pasientregister / Mål: 100 prosent / Datakilde: Norsk pasientregister / Publiseringsfrekvens: Tertianvis*

Etter 2. tertial hadde Sykehuset Telemark en rapporteringsfrekvens på 57 prosent. Det har gjennom året blitt jobbet sammen med Sykehuspartner for å splitte Skien og Porsgrunn som egne områder, samt å koble behandlingssted (ReshId) med tjenestekatalog slik at alle pasientkontakter skal ha en tilknytning.

Det er fortsatt en del uavklart vedrørende hva som påvirker den aktuelle parameteren. Det jobbes med å kvalitetssikre interne registre i DIPS, Resh og Helsetjenestekatalogen. Dette skjer i tett dialog med Sykehuspartner og Helsedirektoratet.

### 3.3.6 Legemiddelbruk, -forsyning og -håndtering

- *Det skal, i samarbeid med Sykehusapotekene, legges til rette for utvikling av lukket legemiddelsløyfe.*

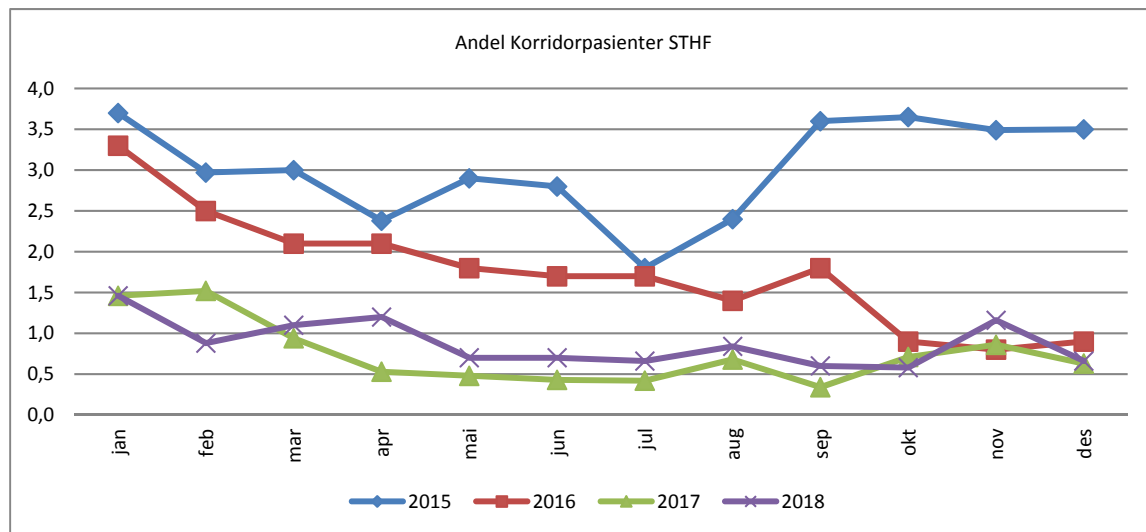
Sykehuset Telemark HF startet 20. november med utrulling av elektronisk legemiddelkurve, som etter planen skal være implementert i hele helseforetaket i løpet av første halvår 2019. Det er besluttet at lukket legemiddelsløyfe skal iverksettes samtidig, på sengeposter hvor det ligger til rette for det. Barneavdelingen vil være pilot for dette.

### 3.3.7 Korridorpasienter

- *Ingen korridorpasienter.*
- *Å ligge i korridor er en uverdig situasjon for pasienten og et hinder for god kvalitet i behandlingen. I 2017 var andelen korridorpasienter 1,6 pst. i Helse Sør-Øst som helhet. Det vises til at det ikke skal være korridorpasienter, og helseforetaket må innrette sin virksomhet med sikte på at dette målet nås.*

Styringsbudskapene over rapporteres samlet:

Sykehuset har ikke nådd målet om null korridorpasienter, men ligger på en lav andel. I desember 2018 er andelen 0,7 %.



Forbedringsarbeidet på området har blant annet bestått i å etablere gode rutiner og verktøy for oppfølging av sengekapasitetsutnyttelsen og tilpasninger til variasjon i pasientstrømmene. Sykehusets intranettsider oppdateres hvert femte minutt med oversikt over belegg og tilgjengelige senger. Det er også etablert rutiner for å fordele pasienter til sengeposter med ledige senger, bevisstheten rundt registrering av ordinære senger, overbelegg og korridorsenger har økt og det er satt fokus på planlegging av pasienter til utskrivning.

### 3.3.8 Timeavtale

- *Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.*

Målet om at alle pasientene får bekreftelse og tidspunkt for behandling i samme brev innen 10 dager fra henvisning er mottatt (direkte time), er ikke nådd. I november, som er siste tilgjengelige data, fikk 78 prosent av pasientene direkte time. Dette er den laveste andelen målt det siste året jfr. tabell under:

Direkte time	nov.17	des.17	jan.18	feb.18	mar.18	apr.18	mai.18	jun.18	jul.18	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18
ABK	100 %	0 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	-	100 %	100 %	100 %	100 %
BUK	88 %	93 %	80 %	82 %	85 %	87 %	91 %	91 %	88 %	89 %	90 %	93 %	91 %
Kirurgisk klinikk	87 %	89 %	90 %	90 %	88 %	92 %	93 %	89 %	85 %	84 %	76 %	77 %	72 %
KPR	80 %	78 %	95 %	88 %	93 %	93 %	92 %	93 %	92 %	94 %	93 %	96 %	93 %
Medisinsk klinikk	81 %	81 %	88 %	88 %	80 %	85 %	81 %	72 %	73 %	81 %	81 %	82 %	79 %
MSK	92 %	89 %	98 %	98 %	92 %	87 %	93 %	88 %	71 %	100 %	88 %	96 %	96 %
STHF	<b>84 %</b>	<b>85 %</b>	<b>89 %</b>	<b>89 %</b>	<b>85 %</b>	<b>89 %</b>	<b>88 %</b>	<b>83 %</b>	<b>81 %</b>	<b>84 %</b>	<b>80 %</b>	<b>82 %</b>	<b>78 %</b>

### 3.3.9 Kvalitets- og fagutvikling

- *Minst 20 pst. av pasienter med akutt hjerneinfarkt får intravenøs trombolysbehandling.*

Raten trombolyserte akkumulert har blitt såpass lav som 14,6 prosent. Raten lå tidligere over 20 prosent og fagområdet har ingen sikker forklaring på hvorfor trombolysraten har gått ned. Det har generelt blitt behandlet færre slagpasienter i år enn i de foregående årene. Seksjonen vil se på logistikk, men også sette fokus på informasjon i befolkningen på FAST symptomer (symptomer på hjerneslag) for å hindre pasient-forsinkelser. Seksjonen har også noe etterregistreringslep. Dette kan forklare det uønskede lave tallet

- *Minst 50 pst. av pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysbehandlet, får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.*

Målet er nådd. Sykehuset Telemark har svært god intern logistikk og akkumulerte tall viser at 68,2 prosent får behandling innen 40 minutter etter innleggelse.

- *Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse skal være minst 30 pst.*

Målet er nådd. Akkumulerte tall viser at sykehusets andel dialysepasienter som får hjemmedialyse ligger på i overkant av 30 prosent. Helseforetaket har også et svært høyt antall pasienter som får tradisjonell dialyse nær der de bor, enten på dagsenter tilknyttet sykehuset eller i samspill med førstelinjetjenesten.

- *Sykehuset Telemark HF skal implementere pakkeforløpene for hjerneslag.*

Dette er fullt implementert.

- *Sykehuset Telemark HF skal etablere rutiner for god overføring fra barne- til voksenorientert helsetjeneste ut fra best tilgjengelig kunnskap. Rutinene skal omfatte*

*overføring internt i helseforetaket og ved utskriving til primærhelsetjenesten. Rutinene utarbeides i samarbeid med ungdomsrådet.*

Innenfor psykisk helse er det utarbeidet rutiner for overføring fra barne- til voksenorientert helsetjeneste for de pasientene som har behov for det. Utskriving/overføring til primærhelsetjenesten er inkludert i eksisterende samarbeidsavtale mellom Barne- og ungdomsklinikken og kommunene i Telemark. Avtalen ble revidert i år i forbindelse med innføring av pakkeforløp. Brukerrepresentant har deltatt i revisjonsarbeidet.

Innenfor somatikken er praktiske rutiner for overføring både til annen spesialisthelsetjeneste og til primærhelsetjenesten i ferd med å komme på plass. Habilitering av barn og unge har skriftlige retningslinjer for overføring til voksenhabilitering og psykisk helsevern for voksne. Det er også utarbeidet en egen dokumentmal ved avslutning av pasienter, for å sikre at viktige opplysninger blir videreformidlet til fastlege/henvisende instans. Innenfor generell pediatri finnes rutiner for overføring, men de er foreløpig ikke skriftliggjort.

Innen habiliteringsfeltet arrangeres kurs til ulike pasientgrupper og deres foreldre, der tema i ungdomsalderen er mye knyttet til overgang til voksenliv. Det blir blant annet informert om spesialisthelsetjenesten etter fylte 18 år og om ulike helse- og omsorgstilbud for voksne i kommunen. Innenfor pediatri er en av våre barneleger prosjektleder for et pågående nasjonalt forskningsprosjekt rundt gode overganger mellom barne- og voksenhelsetjenesten for ungdommer med diabetes i samarbeid med Barnediabetesregisteret og Norsk barnelegeforening. Tanken er at denne pasientgruppen er en god modell for ungdommer med andre typer kroniske sykdommer og at de erfaringene vi får gjennom prosjektet også vil komme ungdommer med andre typer kroniske sykdommer til gode.

Ungdomsrådet ved sykehuset har foreløpig ikke vært involvert i arbeidet med etablering av gode rutiner, utover å gi innspill til hva de synes er viktig for å få til gode overganger. I forlengelsen av denne dialogen, planlegger vi å sette ned en arbeidsgruppe for å lage en skriftlig rutine for overføring fra somatisk spesialisthelsetjeneste for barn til voksenhelsetjenesten hvor både representanter for ulike klinikker ved sykehuset og fra ungdomsrådet vil bli inkludert. Vi planlegger å implementere denne retningslinjen i siste kvartal 2019.

- *Sykehuset Telemark HF skal redusere uberettiget variasjon i tilbudet til pasienter med kols, jf. SKDEs helseatlas.*

Det er en utfordring at SKDEs helseatlas inneholder til dels litt gamle data. Tall fra andre registre viser en gledelig og planlagt reduksjon i antall reinnleggelser for kols i årene 2017 og 2018. Som del av forbedringsarbeidet bør sykehuset jobbe mer med førstelinje tjenesten rundt bruk av spirometri i diagnostikk.

- *Sykehuset Telemark HF skal styrke arbeidet med tidlig diagnostisering og oppfølging/veiledning av autismespekterforstyrrelser (ASF), samt stimulere til forpliktende samarbeidsavtaler mellom helseforetak/sykehus og kommuner.*

Psykisk helsevern for barn og unge har egen seksjon som utreder, diagnostiserer og følger opp barn og ungdommer med autismespekterforstyrrelser (ASF). Pasienter med samtidig utviklingshemming og ASF følges opp i samarbeid med Avdeling for habilitering. I løpet av februar 2019 vil vi ansette en overlege med ansvar for oppfølging innen ASF-området både for barn/unge og voksne. Barne- og ungdomsklinikken har en egen samarbeidsavtale med kommunene i Telemark, som også omfatter denne pasientgruppen. I tillegg foreligger det en samarbeidsavtale med kommunene knyttet til pasienter som har behov for koordinerte tjenester. Denne avtalen gjelder særlig for pasienter med habiliterings- og rehabiliteringsbehov.

- *Pakkeforløp hjerneslag (akutfasen) ble lagt fram i desember 2017, og blir implementert fra 2018. Helseforetakene må sikre at pakkeforløpene blir registrert i henhold til Helsedirektoratets informasjonsbrev. Helseforetakene bør følge med på de registrerte dataene gjennom norsk hjerneslagregisters digitale løsning.*

Sykehuset Telemark registrerer pakkeforløpene i henhold til Helsedirektoratets informasjonsskriv. Det har vært noe manglende etterregistrering for 2018 fra september, men dette arbeidet er slutført innen utgangen av 2018.

- *Endring i screeningsprogrammet for livmorhalskreft trer i kraft nasjonalt 1. januar 2019 og skal implementeres gradvis frem til 1. januar 2022. Overføring av volum av prøver fra avgivende helseforetak eller private leverandør til mottakende helseforetak skal avtales mellom partene og skje i takt med kapasitetsoppbygging eller -nedbygging.*

Sykehuset Telemark v/avdeling for patologi er med i aktuelle regionale råd og utvalg. Slik vi har oppfattet det er de mottakende helseforetakene foreløpig ikke klare til å motta et prøvevolum i den størrelsesorden som her er aktuelt. Dette går på bemanning, utstyr og IKT løsninger. Sykehuset Telemark HF er klar til å overføre prøver når mottakende sykehus har tilstrekkelig kapasitet og tekniske løsninger.

### **3.3.10 Forskning og innovasjon**

- *Antall kliniske behandlingsstudier er økt sammenliknet med 2017. Telling av pasientdeltakelse skal følge ny nasjonal standard når denne er etablert.*

Det har vært fokus på økt deltakelse i klinisk studier og vi har gjennomført en opptelling av antall pasienter som deltok i kliniske behandlingsstudier i forbindelse med prøve-rapporteringen i helseforetakene på ny indikator for kliniske behandlingsstudier for 2017. Sykehuset Telemark har hatt en økning i deltakelse i multisenterstudier, både studier initiert av sponsor og andre helseforetak i år. Sykehuset deltar nå i seks sponsor-initierte kliniske studier som administreres via Invent2. Vi deltok i ca. 30 multisenterstudier ved opptelling for 2017 og antallet har økt i 2018.

I år har forskere ved sykehuset vært medforfattere på 56 vitenskapelige publikasjoner og to av våre ansatte ble kreditert PhD-grad. Vi har publisert flere artikler og flere artikler i høyere rangerte tidsskrifter enn tidligere år.

Sykehuset fikk tildelt strategiske forskningsmidler fra Helse Sør-Øst til CPpain-prosjektet. Dette er et stort internasjonalt forskningsprosjekt om bedre smertebehandling hos barn og unge med Cerebral Parese som er initiert ved STHF. Prosjektleder, en postdoktor, en PhD-kandidat og en prosjektmedarbeider ved sykehuset er tilknyttet dette prosjektet. I tillegg har sykehuset fått eksterne forskningsmidler fra ALS-Norge til et nytt prosjekt om genetisk kartlegging av ALS-pasienter i Norge.

De interne forskningsmidlene for 2019 er fordelt til ni prosjekter hvorav tre er videreføring av pågående PhD-prosjekter, fire er nye PhD-prosjekter som skal startes i løpet av 2019 og to fikk midler til videre planlegging av PhD-prosjekter med oppstart i 2020.

Vi samarbeider med utdanningsinstitusjonene Universitetet i Oslo og Universitetet i Sør-Øst Norge om å få på plass en akademisk toppstilling på hvert sted i løpet av 2019.

Et forskningsfond ble etablert i 2018 i forbindelse med at forskningen ved sykehuset mottok en stor testamentarisk gave. To PhD-prosjekter og ett postdoktorprosjekt mottar finansiering fra de testamenterte forskningsmidlene.

### **3.3.11 Omlegging av «Raskere tilbake»-ordningen**

- *«Raskere tilbake»-ordningen avvikles og inngår fra 2018 i ordinær drift. Helseforetakene skal sørge for en planmessig omlegging og integrering i ordinære pasienttilbud av de tiltak som har vist seg å ha god effekt og som har bidratt til samtidighet i behandling og arbeidsrettet bistand. Dette med grunnlag i anbefalinger fra de regionale helseforetakene til Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 28. april 2017 og supplerende dialog mellom Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene. Helseforetakene må ha poliklinisk tilbud for henholdsvis muskel-/skjelettlidelser og angst/depresjon operative fra januar 2018 i egen regi, eller sørge for at tjenestene tilgjengeliggjøres for eget opptaksområde gjennom avtaler med eller kjøp fra andre helseforetak eller private leverandører frem til helseforetaket har tilbudet etablert. Omleggingen innebærer at dette blir ordinær pasientbehandling og dermed vil kunne bli finansiert av ISF og laboratorie- og radiologiske takster. Pasienter som får behandling gjennom disse behandlingstilbudene skal fortsatt registreres til NPR med debitorcode 20. Det skal tilrettelegges for muligheten for følgeforskning knyttet til omleggingen, og det skal redegjøres for bruk av midler satt av til tilbudene som etableres og/eller videreføres. Det vil bli stilt krav om rapportering og oversendelse av planer for videreføring og utvikling av tilbudet som nevnt over. Helseforetaket bes innen 1. mars 2018 oversende informasjon om status og videre plan for omleggingen til Helse Sør-Øst RHF. Nedtrappings- og avviklingskostnader for tilbud som ikke vil bli videreført vil bli finansiert av overførbare midler fra den tidligere ordningen. Dette konkretiseres i direkte dialog mellom Helse Sør-Øst RHF og helseforetaket.*

Tilbudet er videreført i sykehuset, både for psykisk helse og somatikk, og er nå en del av den vanlige driften. Sykehuset Telemark HF har etablert et tilbud til pasienter med muskel-/skjelettlidelser og/eller lettere angst/depresjon som er sykemeldt eller er i ferd med å falle ut av arbeid. Tilbudet er samlokalisert for begge pasientgrupper for å kunne tilby en samtidighet i behandlingen da mange av pasientene har en sammensatt



problemstilling med både somatiske og psykiske plager. Det er etablert rutiner for registrering til NPR av de aktuelle pasientene med debitorcode 20.

Poliklinikken er bemannet med leger, psykologer, fysioterapeuter, syke-/vernepleiere og arbeidskonsulenter. Arbeidskonsulentene har arbeidstilknytning til to ulike lokalkontor i NAV for å ivareta arbeidsdimensjonen i tilbudet. Dette har vist seg å være viktig for å få til et samarbeid med arbeidsgivere og NAV, og har vært en del av tilbudet også i prosjektperioden.

Tilbudet består av en tverrfaglig kartlegging/ avklaring av utfordringsbildet som avsluttes med et målsettingsmøte hvor pasienten og deler av teamet deltar. I dette møtet utformes en plan for tilbakeføring til arbeidslivet. Denne planen avgjør tiltak videre, som f.eks. behandling, samtaler, gruppetilbud og samarbeidsmøter. Vi har alltid et møte med arbeidsgiver, der det er aktuelt.

For å få til varige resultater av tiltaket er vi avhengig av gode samarbeidspartnere i lokalmiljøet. Derfor har vi etablert et tett samarbeid med kommunale aktører i Telemark. Her har vi samarbeidsmøter, felles konsultasjoner og der det er aktuelt, ambulant tilbud.

Poliklinikken har et vurderingsansvar for henvisninger til den private aktøren «Norsk Arbeidshelse» som har en avtale med Helse sør-øst og tilbyr psykolog/ samtalebehandling.

Sykehuset og poliklinikken har et allerede etablert forskningssamarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for Arbeidsrettet rehabilitering, hvor vi siden 2013 har samlet data for å sammenlikne døgntilbudet på Rehabiliteringssenteret AiR med det polikliniske tilbudet ved sykehuset.

Rapportering og oversendelse av planer for videreføring og utvikling av tilbudet ble oversendt Helse Sør-Øst 23. mars. Det har ikke vært aktuelt med nedtrapping/avvikling ved omlegging av «Raskere tilbake»-ordningen.

### **3.3.12 Samhandling med kommunehelsetjenesten**

- *Det skal i samarbeid med Helsedirektoratet og kommunene etableres en ordning for opplæring og bruk av akuttgjelpere (det vises til akuttmedisinforskriften § 5). Sykehuset Telemark HF skal bidra i dette arbeidet.*

Dette arbeidet er ikke iverksatt. Dette skyldes at det fremdeles er uklarhet om endelig regelverk og ansvarsfordeling mellom RHF/HF og kommuner. Det foreligger et «Utkast til veileder» fra Helsedirektoratet, som skal drøftes i et arbeidsgruppemøte 10. januar 2019. Etter dette møtet skal konklusjoner treffes. Sykehuset Telemark vil bidra i arbeidet med opplæring og bruk av akuttgjelpere så snart regelverk og ansvarsfordeling er klart. Tiltak vil iverksettes knyttet til øvrige samhandlingsaktiviteter i pågående Akuttkjede-prosjekt.

- *Rapportering: Antall helseforetak som deltar i læringsnettverket Gode pasientforløp i 2018. / Datakilde: Helseforetakene rapporterer for perioden 1.1.2017-31.12.2018.*

I Telemark er det ingen av kommunene som deltar i læringsnettverket. Sykehuset har derfor heller ikke deltatt.

### 3.3.13 Brukermedvirkning

- *Rapportering: Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern 2016 / Datakilde: Folkehelseinstituttet / Publiseringsfrekvens: Publisert i oktober 2017*
- *Rapportering: Brukererfaringer med fødsel- og barselomsorgen i 2016 / Datakilde: Folkehelseinstituttet / Publiseringsfrekvens: Publisert i desember 2017*
- *Rapportering: Pasienters erfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2017 / Datakilde: Folkehelseinstituttet / Publiseringsfrekvens: Publisert i desember 2017*

Overordnede styringsbudskap rapporteres samlet:

Klinikk for psykiatri og rus har ansatt erfaringskonsulenter. Antall årsverk er økt fra ett til ett og et halvt årsverk. Klinikken har faste møter med brukerrepresentanter.

«Brukerforum» møtes annen hver måned.

Innen fødselsomsorgen har vi erfaring med å trekke brukere inn i planarbeidet. De siste årene har det vært gjennomført brukerundersøkelser som avdekker brukererfaringer med fødsel- og barselomsorgen. Disse rapporten benyttes aktivt i avdelingen ved at vi ser på egne resultater og gjør tiltak i pasientarbeidet på bakgrunn av tilbakemeldingene og innspillene fra brukerne. Vi har diskutert hvorvidt det kunne vært fornuftig å trekke brukerne ytterligere inn ved å invitere noen for å gi direkte og konkrete innspill om hvordan de ønsker at fødsel- og barselomsorgen i Telemark skal være.

Vi har som mål å tilpasse oss behandlingen i tråd med det hver enkelt bruker ønsker og har behov for.

Vedrørende pasientenes/brukernes deltagelse i beslutninger på medisinsk behandling trekkes de inn i dette og får informasjon om alternativer. Dersom en bruker har spesielle ønsker skrives dette ned og hensyntas så langt det lar seg gjøre på føden og barsel, men innenfor det som til enhver tid er medisinsk forsvarlig pasientbehandling.

- *Bidra til opplæring av helsepersonell i samvalg og implementering av samvalgsverktøy fra Helsenorge.no.*

For 2017 ble det spesielt fokusert på pasienter med nyresykdom når det gjelder medvirkning og samvalg. I 2018 er temaet tatt inn som et element i kursopplegget for LIS-veiledningen (kommunikasjon og veiledning).

## 3.4. Bemanning, kompetanse, ledelse og organisering

### 3.4.1 ForBedring

- *Sykehuset Telemark HF skal gjennomføre den felles kartleggingen av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur (ForBedring) i 2018 med metodikk som gjør det mulig å sammenlikne resultatene mellom sykehus og helseregioner. Det skal gjennomføres forbedringstiltak på identifiserte forbedringsområder når undersøkelsen er*

*gjennomført. Videre skal resultater på nasjonale indikatorer for pasientsikkerhetskultur rapporteres til Helsedirektoratet.*

Sykehuset har som mål at alle ansatte skal involveres i oppfølgingsarbeidet etter undersøkelsen ForBedring. Dette innebærer å delta i utarbeidelse av helse, miljø og sikkerhet- (HMS) handlingsplaner, og at resultater fra undersøkelsen følges opp i personalmøter.

Veileder for oppfølging av ForBedring beskriver hvordan ledere skal involvere medarbeidere og vernetjenesten i dette arbeidet. HMS-handlingsplanene brukes til en rekke ulike tiltak innen HMS-området, ikke bare tiltak etter ForBedring. For å lykkes i forbedringsarbeidet inn områdene arbeidsmiljø og pasientsikkerhet, er det vesentlig at ansatte involveres. Dette har hatt prioritet i 2018.

### **3.4.2 Sykefravær**

- *Sykehuset Telemark HF skal arbeide for at sykefraværet i alle enheter reduseres med minimum 0,15 prosentpoeng i løpet av 2018.*

Målet er ikke nådd. Sykehuset jobber kontinuerlig med oppfølging av sykemeldte medarbeidere for å sikre at flest mulig kommer raskt tilbake i jobb. Sykehuset Telemark er omfattet av gjeldende IA-avtale. Dette innebærer at modellen for dialogmøter mellom leder, ansatt, NAV og fastlege følges. Sykehuset jobber aktivt for tidlig å etablere kommunikasjon med den sykemeldte for vurdere mulighetene for gradert sykemelding, og for i størst mulig grad å sikre at den ansatte kommer tidligst mulig tilbake i jobb med eventuell tilrettelegging. Sykehuset har gjennomført regelmessige kontaktmøter med NAV for oppfølging av IA-avtalen. Tillitsvalgte og hovedverneombud deltar på disse møtene.

Sykehuset har benyttet NAVs kurs for ledere «Tettere oppfølging av sykemeldte».

Bedriftshelsetjenesten ved Sykehuset Telemark gjennomfører livsmestringskurs (KiB) for å forebygge sykemelding hos ansatte som er i en krevende livssituasjon.

Ledere på alle nivå jobber i forhold til kort- og langtidsfravær for å sikre måloppnåelse.

### **3.4.3 Kompetanseutvikling**

- *Sykehuset Telemark HF skal samarbeide med Helse Sør-Øst RHF om å utvikle en felles regional strategi for å utdanne, rekruttere, beholde og utvikle kompetanse hos medarbeidere.*

Det pågår et regionalt arbeid på HR-direktørnivå i forhold til å kartlegge og samordne utfordringsbildet i forhold til å rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere. Arbeidet skal bidra til en felles forståelse av utfordringsbildet. Sykehuset Telemark deltar i dette arbeidet. Arbeidet tar utgangspunkt i sykehusenes situasjonsforståelse og målet er å etablere et felles samlet strategisk utfordringsbilde.

- *Sykehuset Telemark HF skal, i dialog med de relevante utdanningsinstitusjonene, arbeide for å få utdanninger bedre i samsvar med tjenestenes behov og skal i denne dialogen også arbeide for at opptak av studenter og gjennomføring av praksis er tilpasset både kapasitet og læringsutbytter.*

Det arbeides kontinuerlig med å sikre riktig og tilstrekkelig kompetanse. Sykehuset Telemark har fremdeles utfordringer med å rekruttere innenfor enkelte spesialiteter og fagområder, men rekrutteringssituasjonen har bedret seg og er ikke kritisk på kort sikt. Kartlegging av fremtidig kompetansebehov, viser at sykehuset må ha et kontinuerlig arbeid for å sikre fremtidig rekruttering. Sykehuset jobber bevisst med utvikling og kompetanseheving for å beholde medarbeidere og imøtekomme fremtidige kompetansebehov.

Sykehuset har gjennomført flere prosjekter innen bedre ressursstyring og aktivitetsstyrt bemanning. Dette er en del av oppfølgingen av anbefalingene gitt i Riksrevisjonens rapport om styring av pleieressursene i helseforetakene (Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene).

Sykehuset forholder seg til bestemmelsene i arbeidsmiljøloven (AML) i forhold til ansettelsesformer, og sikrer at alle ansettelser er i tråd med lovverket. Sykehuset ønsker å ansette helsepersonell i så høye stillingsprosenten som mulig innenfor gjeldende budsjettammer.

Ledere på alle nivå gjennomfører årlig kompetansekartlegging. Dette innebærer å identifisere utfordringer knyttet til å sikre at sykehuset har tilstrekkelig antall ansatte med riktig kompetanse på kort, mellomlang og lang sikt. Innen områder hvor det blir identifisert mulige utfordringer med å rekruttere personell med viktig kompetanse, har den enkelte klinikk ansvar for å iverksette tiltak for å imøtekomme fremtidige utfordringer. Dette innebærer å legge til rette for videreutdanning, og rekruttering av personell. Sykehuset benytter ulike rekrutteringsarenaer for å tiltrekke seg kvalifisert personell.

Sykehuset har en rekke ansatte innen ulike yrkesgrupper, som jobber helt eller delvis med fagutvikling, og som er engasjert i forskning, arrangerer kurs, undervisning og veiledning for å heve og utvikle kompetanse hos ansatte.

Alle avdelingene har etablert funksjon med fagansvarlige.

Sykehuset har i samarbeid med Sykehuset i Vestfold HF og Vestre Viken HF tatt initiativ til å få på plass en samarbeidsavtale med Universitetet i Sørøst-Norge. Avtalen skal regulere gjennomføring av den praktiske delen av utdanningene.

Sykehusets største utfordring i forhold til kompetanse de nærmeste årene, er å sikre nødvendig kompetanse og bemanning for å kunne åpne og drive strålesenter. Arbeidet med å sikre kompetanse for å drifte det planlagte strålesenteret pågår.

Sykehuset har utfordringer innenfor enkelte fagmiljø hvor det er en økende gjennomsnittsalder, og hvor flere ansatte vil oppnå pensjonsalder tilnærmet samtidig. Dette gjelder både innenfor lege- og spesialsykepleiergrupper.

Sykehuset tilbyr utdanningsstipend, og legger til rette for utdanning innenfor områder hvor en ser at sykehuset har særlige behov for kompetanse.

Utfordringene knyttet til rekruttering er også noe ulik ved sykehusets ulike lokasjoner. Mindre lokasjoner har generelt større utfordringer med å rekruttere og sikre kontinuitet i arbeidsforholdene til personell med spesialkompetanse. Sykehuset forsøker å legge til rette slik at mindre lokasjoner også blir attraktive for personell med spesialkompetanse.

Sykehuset Telemark har arbeidet kontinuerlig med lederopplæring. Det er gjennomført flere kurs og opplæringstiltak for ledere av faglig karakter.

#### **3.4.4 Legers spesialistutdanning**

- *Sykehuset Telemark HF må sikre at det er utarbeidet planer og læringsaktiviteter for innføring av ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin samt utarbeide planer og forberede iverksetting av del 2 og 3 i ny modell for legers spesialistutdanning.*

Sykehuset jobber med å implementere ny utdanningsmodell for LIS, og med å følge opp nasjonale føringer. Et mottaksprosjekt med en styringsgruppe er etablert, som følger opp arbeidet. Sykehuset gjennomfører intern opplæring i veiledning for overleger og ca. 85 overleger har i år deltatt på kurs.

Det pågår et arbeid med å kartlegge læringsaktiviteter knyttet til læringsmålene i de ulike spesialitetene ved sykehuset for LIS 2 og 3. Dette er et svært omfattende arbeid. Sykehuset kommer til å søke om godkjenning som utdanningsinstitusjon for 27 spesialiteter våren 2019.

I forhold til LIS 1 gjennomføres det felles introduksjonsdager og felles undervisning innenfor Felles kompetansemodul for LIS 1 i Skien og Notodden.

#### **3.4.5 Spesialsykepleiere**

- *Sykehuset Telemark HF skal ha en strategi som bidrar til gode rekrutterings- og utdanningsplaner for spesialsykepleiere innen ABIOK- og jordmorfagene. Herunder må det sikres praksisplasser tilpasset fremtidig behov i spesialavdelinger.*

Sykehuset arbeider med å legge til rette for videreutdanning innen ulike fag. Avtaler med bindingstid inngås blant annet innen fagene anestesi, intensiv- og operasjonssykepleie. Flere sykepleiere videreutdanner seg også innen psykiatri, barnesykepleie, kreftsykepleie, akuttisykepleie og andre typer videreutdanninger. Flere ansatte har gjennomført masterutdanning knyttet til videreutdanningen i AIO-fagene.

#### **3.4.6 Lærlinger**

- *Sykehuset Telemark HF skal ha lærlingplasser innen helsefagarbeiderfaget.*

Sykehuset har ikke hatt lærlingplasser i helsefagarbeidet i 2018. Sykehuset har ansatt koordinator for lærlinger innen helsefag. Nytt opptak av lærlinger innen helsefag skjer våren 2019.

Sykehuset har for øvrig lærlinger innen mange andre fagfelt.

### **3.4.7 Vaksine**

- *Sykehuset Telemark HF skal legge til rette for at alt personell hvert år får tilbud om sesonginfluensavaksine slik at WHO og EUs målsetning om 75 prosent vaksinasjonsdekning for helsepersonell kan nås.*

Målet på 75 prosent er ikke oppnådd. Sykehuset har tilbudt gratis vaksine til alle ansatte, etablert et ambulant vaksineteam som forestår vaksinerings, samt gjennomført en kampanje for å øke vaksinasjonsgraden hos ansatte for influensavaksine. Vaksinasjonsgraden ble på 52,5 prosent. Dette er en stor forbedring sammenlignet med året før.

## **3.5. Nasjonal samordning**

### **3.5.1 Oppgjørskontroll- og samkjøringsprosjektet**

- *Sykehuset Telemark HF skal, i samarbeid med Pasientreiser HF, bidra til operasjonaliseringen av oppgjørskontroll- og samkjøringsprosjektet i tråd med plan, herunder oppdatere lokale gevinstrealiseringsplaner.*

Oppgjørskontroll og samkjøringsprosjektet er utsatt til 2019. Det er fremdeles ikke godkjent akseptansetest i utvikling av programvaren i nasjonalt prosjekt og det oppleves stor usikkerhet i prosjektet.

## **3.6. E-helse - Modernisering og digitalisering**

### **3.6.1 Informasjonssikkerhet og personvern**

- *Sykehuset Telemark HF skal påse at krav som følge av EUs personvernforordning (GDPR) ivaretas, og sikre at de til enhver tid gjeldende krav til informasjonssikkerhet og personvern kontinuerlig ivaretas ved drift og forvaltning og hensyntas i alle endringsprosesser.*

Sykehuset deltar i et samarbeid på regionalt nivå for å etterleve ny personvernlovgivning gjennom ny EU forordning GDPR som trådte i kraft 20. juli i år. Sykehuset har gjennom kartlegging av virksomheten fått oversikt over behandling av personopplysninger. Dette er under sammenstilling til første versjon, såkalt protokoll over behandlingsaktiviteter. Arbeidet er forsinket i forhold til fremdriftsplan, samlet oversikt er planlagt ferdigstilt 1. kvartal 2019.

Konsernrevisjonen hadde en rådgivningsrevisjon på sykehuset i oktober på arbeidet med GDPR. Konsernrevisjonens anbefalinger følges opp i sykehusets videre arbeid.

- *Sykehuset Telemark HF 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.*

Sykehusets informasjonssikkerhetsleder har deltatt i regionalt arbeid for revidering av styringssystemet for informasjonssikkerhet.

- *Sykehuset Telemark HF skal i takt med regional plan for utrulling av løsning for statistisk logganalyse bidra til at denne blir tatt i bruk. Statistisk logganalyse gir helseforetakene verktøy som gir mulighet for systematisk gjennomgang av logger. Sykehuset Telemark HF skal implementere rutiner for å gjennomgå identifiserte unormale oppslag og håndtering av uberettigede oppslag.*

Rutiner for manuell logganalyser er innført ved sykehuset. Når regionalt prosjekt for logganalyse er klar for iverksettelse vil sykehuset gjennomføre dette. Fremdrift avhenger av Oslo universitet sykehus (OUS) og regional anskaffelsesprosess.

### **3.6.2 Gjennomføring av IKT-prosjekter**

- *Prosjektveiviseren skal benyttes i alle IKT-prosjekter. Styringsdokumentasjon fra prosjektene skal være dokumentert, transparent og tilgjengelig. Sykehuset Telemark HF skal benytte CA PPM for registrering og oppfølging av alle IKT-prosjekter.*

Sykehuset benytter regional prosjektveiviser og CA PPM som verktøy for registrering og oppfølging av IKT prosjekter.

### **3.6.3 Innføring av regionale løsninger**

- *Sykehuspartner er felles tjenesteleverandør til helseforetakene i regionen innen IKT-, HR- og logistiktjenester. Sykehuspartner har ansvar for å levere fellestjenester, inklusive drift og forvaltning av infrastruktur og IKT-løsninger.*

Sykehuset forholder seg til gjeldende struktur. Sykehuset opplever at Sykehuspartner ikke alltid leverer tilfredsstillende med hensyn til tid og kostnader ved bestilling og leveranse av endringer og nye tjenester.

- *Sykehuset Telemark HF skal sammen med Sykehuspartner kartlegge, planlegge og deretter iverksette applikasjonssanering og konsolidering.*

Sykehuset har organisert og klargjort bemanning for lokalt arbeid. Avventer initiativ fra Sykehuspartner med hensyn til videre fremdrift.

- *Sykehuset Telemark HF skal innføre regionale løsninger i henhold til regional gjennomføringsplan.*

Sykehuset følger opp regionale vedtak og implementerer løsninger i henhold til disse. Forsinkelser i de regionale løsningene IHR og STIM skyldes forhold utenfor sykehusets kontroll og myndighetsområde.

Regionale løsninger bør forvente mer effektiv og rasjonell drift av tjenestene.

- *Sykehuset Telemark HF skal bidra til gjennomføring av regionale prosjekter for innføring av modernisert Folkeregister og innføring av helse-ID.*

Sykehuset implementerer i henhold til regional fremdriftsplan og avventer videre fremdriftsplan fra Sykehuspartner.

- *Sykehuset Telemark HF skal arbeide med IKT-standardisering, informasjonsdeling og mobile løsninger som understøtter gode og trygge pasientforløp.*

Sykehusets vedtatte områdeplan for 2018-2022 og tiltak for 2018 har dette som prioritert satsningsområde. Sykehuset avventer videre initiativ og fremdrift i arbeidet fra Helse Sør-Øst og Sykehuspartner.

- *Det skal etableres en standardisert og sikker IKT-infrastruktur som understøtter videre digitalisering.*

Mangelfull informasjon om og planer for det videre arbeidet i STIM vil kunne gjøre det utfordrende å levere resultater i henhold til lokale og regionale forventninger. Sykehuset avventer (januar 2019) konkret tilbakemelding fra programmet for etablering av programråd, samt dialog om leveranser/utrulling i 2019.

### **3.7. Økonomiske krav og rammer og krav til aktivitet**

- *Sykehuset Telemark HF skal forebygge evt. uønskede tilpasninger som følge av omleggingen av finansieringsordningen for poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling i 2017. Omleggingen skal brukes som et virkemiddel for å understøtte ønsket faglig innretning av disse tjenestene.*

Sykehuset har ikke gjort endringer i pasienttilbudet som følge av omlagt finansieringsordning.

#### **3.7.1 Drift og investering**

- *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 2018 basere sin virksomhet på de tildelte midler.*
- *Sikre god drift og budsjetterte resultat for å kunne gjennomføre investeringer i bygg og utstyr.*

Overordnede styringsbudskap rapporteres samlet:

Sykehuset Telemark bruker basisbevilgningene i tråd med regionale føringer og foretar en fortløpende intern prioritering av midlene til rådighet for å sikre gode helsetjenester



for pasientene. Sykehusets økonomi tillater fortsatt ikke å legge opp til et investeringsnivå i tråd med alle behov og akkumulert etterslep. Det ble for dette året lagt opp til en stram prioritering av anskaffelser/påkostninger bygg og det er kun gjennomført medisinsk kritiske investeringer og havarier.

### 3.7.2 Resultat

- *Årsresultat 2018 for Sykehuset Telemark skal være på minst 30 millioner kroner.*
- *Investeringer skal budsjetteres innenfor helseforetakets tilgjengelige investeringsmidler i 2018, det vil si likviditetstildelingen for 2017 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, salderes innenfor helseforetakets tilgjengelig investeringsmidler.*

Overordnede styringsbudskap rapporteres samlet:

Sykehuset har ikke nådd kravet om minst 30 millioner kroner i årsresultat. Årsresultatet ble 4,6 millioner kroner, som er 25,4 millioner kroner dårligere enn budsjettert.

Det negative budsjettavviket skyldes lavere polikliniske laboratorieinntekter som følge av takstendringer, lavere DRG-aktivitet i somatikken og mindre effekt av internt effektiviseringsarbeid i klinikkene. Resultatutviklingen i klinikkene har vært negativ gjennom hele året, men er delvis kompensert av positivt bidrag fra kjøp/salg av helsetjenester (lavere kostnader H-reseptor og gjestepasienter).

Aktiviteten i 3. tertial er lavere enn budsjett, og på årsbasis er antall DRG-poeng utført i eget HF 410 poeng lavere enn budsjett.

Lønnskostnadene er høyere enn budsjettert. Dette kan til en viss grad forklares med uløste innsparingskrav i klinikkene som er budsjettert som reduksjon i fast lønn (og årsverk) – det er vurdert at mulighetsrommet for effektivisering og innsparing er knyttet til reduserte personellkostnader. Utfordringen er dimensjonering av kapasiteten avsatt til øyeblikkelig hjelp (ØH), som har få muligheter til kostnadsreduksjoner når pasientstrømmene varierer og går ned.

Beregnet resultateffekt av årets lønnsoppgjør viser en merkostnad i forhold til budsjett på fem millioner kroner. Høyt nivå på innleie av arbeidskraft skyldes i hovedsak innleie av radiologer og psykiatere for å opprettholde pasienttilbud.

Investeringene ble budsjettert innenfor sykehusets tilgjengelige investeringsmidler. Gjennomføringen av prioriterte investeringer ble tett fulgt opp og tilpasset resultatutviklingen. Faktiske gjennomførte investeringer ligger vesentlig under budsjettert nivå og sees i sammenheng med svakere oppnådd driftsresultat enn budsjettert.

### 3.7.3 Likviditet og investeringer

- *Helseforetakets styring av samlet likviditet skal skje innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer.*
- *Etablerte prinsipper for likviditetsstyring skal følges opp. Budsjettert resultat for 2018 skal ikke benyttes til investeringer i 2018 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.*

Sykehuset Telemark forholder seg til føringene for likviditetsstyring og avtalte rammer for likviditetsbruk. Sunn økonomistyring er i fokus og det vurderes at tross stram økonomi har man lyktes med å sikre god drift og forsvarlig investeringsnivå i løpet av året.

### 3.7.4 Overføring av likviditet – driftskreditt

- *Det legges til grunn at helseforetakene skal drive sin virksomhet innenfor gjeldende driftskredittrammer, samt innretter virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som følger av vedtak i foretaksmøter i 2018, herunder oppdrag og bestilling 2018 som er gitt i foretaksmøte 14. februar 2018, 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.*
- *Sykehuset Telemark HF skal styre innenfor tilgjengelig driftskredittramme fastsatt av Helse Sør-Øst RHF.*
- *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.*

Overordnede styringsbudskap rapporteres samlet:

Sykehuset Telemark har hatt behov for likviditet ut over fastsatt driftskredittramme og har benyttet en midlertidig økning på 30 millioner kroner.

### 3.7.5 Økonomisk handlingsrom

- *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 jobber aktivt med å løfte driftsresultatet og bidra positivt til likviditetsutviklingen. Det jobbes systematisk med interne forbedringer, men oppnådd effektivisering viser noe svakere fremdrift enn forventet. Det er jobbet med etablering av et utviklingsprogram, som vil løfte arbeidet med produktivitetsforbedringer internt og bidra til gevinstrealisering som planlagt i økonomisk langtidsplan.

### 3.7.6 Krav til aktivitet

- *Aktiviteten skal være i henhold til aktivitetskravet for 2018.*

I oppdrag og bestilling 2018 stiller Helse Sør-Øst RHF følgende krav til aktivitet:

Aktivitet i 2018	Somatikk	VOP	BUP	TSB
ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk og pasientadm. legemidler) i henhold til "sørge for"-ansvaret	45 400	7 954	8 377	2 316
<b>Pasientbehandling</b>				
Antall utskrivninger døgnbehandling	28 500	1 679	95	200
Antall liggedøgn døgnbehandling	104 150	31 280	2 900	800
Antall oppholdsdager dagbehandling	20 700	0	0	0
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	165 250	58 938	27 445	17 169

**Innrapportert aktivitet for 2018 er:**

Aktivitet i 2018		Somatikk	VOP	BUP	TSB
ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk og pasientadm. legemidler) i henhold til «sørge for»-ansvaret	Budsjett	45 400	7 954	8 377	2 316
	Resultat	45 416	8 119	7 146	1 790
<b>Pasientbehandling</b>					
Antall utskrivninger døgnbehandling	Budsjett	28 500	1 679	95	200
	Resultat	27 800	1 518	103	174
Antall liggedøgn døgnbehandling	Budsjett	104 150	31 280	2 900	800
	Resultat	98 200	30 590	2 432	513
Antall oppholdsdager dagbehandling	Budsjett	20 700	0	0	0
	Resultat	21 000	0	0	0
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	Budsjett	165 250	58 938	27 445	17 169
	Resultat	165 850	55 622	22 892	11 429

Antall DRG-poeng (døgn, dag, poliklinikk og dyre biologiske legemidler) er tilnærmet likt med budsjett, men seks prosent høyere enn fjoråret (42 787).

Antall sykehusopphold er likt med i fjor. Antallet har stabilisert seg rundt 28.000 etter flere år med nedgang som en følge av overføring av aktivitet til kommune-helsetjenesten i forbindelse med samhandlingsreformen.

Antall dagopphold er seks prosent høyere enn i 2017 og tilnærmet likt som budsjettet. Antall ISF-berettigede polikliniske konsultasjoner har økt med i overkant av to prosent i År.

Antall liggedøgn er redusert med tre prosent, som følge av en moderat reduksjon i gjennomsnittlig liggetid. Snitt liggetid i somatikken er gjennomsnittlig 3,35 dager i 2018.

Aktiviteten ved Medisinsk klinikk, målt i antall polikliniske konsultasjoner er to prosent høyere enn budsjettet og tre prosent høyere enn fjoråret. Antall medisinske døgnpasienter var tre prosent høyere enn budsjett og fjoråret.

Kirurgisk klinikk har samlet sett hatt lavere aktivitet enn budsjettet. Avviket skyldes i hovedsak uoverensstemmelser i budsjettforutsetningene mot pasientgrunnlag på

Notodden, høyt sykefravær hos leger i starten av året, samt noe lavere andel ø-hjelp enn forventet gjennom året.

Det har også vært et avvik mellom budsjetterte og faktiske DRG-vekter som følge av omgruppering av diagnosegrupper etter at budsjettet var ferdigstilt. DRG-budsjettet for klinikken er dermed ikke oppnådd.

Klinikken har fått ny klinikkjef og ny avdelingsleder på Notodden i 2018. Gjennom året er det lagt et økt fokus på god ledelse, oppfølging av kvalitetsindikatorer, optimalisering av drift, og samspill mellom Notodden og Skien/Porsgrunn. Forbedringsarbeidet videreføres i 2019.

### **3.8. Øvrige krav**

#### **3.8.1 Beredskap og sikkerhet**

- *Sykehuset Telemark HF skal gjennomføre nødvendige oppdateringer i egne beredskapsplaner og rutiner i tråd med revidert Nasjonal helseberedskapsplan.*

Sykehuset Telemark har gjennomført nødvendige oppdateringer i helseforetakets beredskapsplaner og rutiner i tråd med revidert Nasjonal beredskapsplan.

- *Sykehuset Telemark HF skal delta i arbeidet med å forberede implementering av ny sikkerhetslov.*

Sykehuset Telemarks beredskapsleder har på vegne av helseforetaket deltatt i arbeidet med å forberede implementering av ny sikkerhetslov.

#### **3.8.2 Redningshelikoptertjeneste**

- *Sykehuset Telemark HF skal ha avtaler med Forsvaret. Avtalene skal sikre leveranse og etterfylning av medisinsk forbruksmateriell.*

Sykehuset Telemark har inngått avtaler med Forsvaret for å sikre leveranse og etterfylning av medisinsk forbruksmateriell.

#### **3.8.3 Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser**

- *Sykehuset Telemark HF må følge opp hovedfunnene og anbefalingene i Riksrevisjonens undersøkelse om bierverv.*

Sykehuset har fulgt opp Riksrevisjonens undersøkelser og omtaler bierverv i alle nye arbeidsavtaler. Standardtekst er i tråd med tidligere krav og anbefaling fra Helse Sør-Øst RHF. Bierverv er også tema i mal for årlig medarbeidersamtale.

I februar ble sak om bierverv behandlet i sykehusets ledergruppe. Ansvar for oppfølging av bierverv, herunder minne ansatte om registrering, avklaring hvorvidt bierverv er i konflikt med arbeidsforholdet eller ikke, ligger i ledelseslinjen. Klinikken er pålagt å følge opp bierverv som tema på jevnlig basis i sine ledermøter og personalmøter.

I mars mottok alle ansatte epost om plikt til å rapportere eventuelle bierverv. Det ble satt frist ut måneden om å registrere/oppdatere sine opplysninger i sykehusets personalportal.

### **3.8.4 Arbeidslivskriminalitet**

- *Ved tildeling av oppdrag og i oppfølging av inngåtte kontrakter skal det sikres at leverandører følger lover og regler. Helseforetakene skal i årlig melding redegjøre for resultater fra oppfølging av inngåtte kontrakter og hvordan virksomhetens anskaffelser er innrettet for å gjennomføre dette hensynet.*

Sykehuset Telemark har tatt opp temaet arbeidskriminalitet i regionalt forum for innkjøp og logistikk, for å sikre felles tilnærming til krav til løsninger.

På vegne av STHF har Sykehusinnkjøp HF ansvaret for å gjennomføre alle konkurranser over 100.000 kroner. Sykehusinnkjøp HF har et kontinuerlig fokus mot arbeidskriminalitet og at etiske krav blir ivaretatt gjennom kontraktfestet krav til leverandøren. Sykehuset har fokus på at tilsvarende nasjonale etiske krav blir ivaretatt i sykehusets lokale avtaler under 100.000 kroner.

## **4. ANDRE RAPPORTERINGER**

### **4.1. Oppfølging av andre oppdrag**

I foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 13. juni 2018 ble det lagt til grunn at de regionale helseforetakene skal medvirke i gjennomføringen av kvalifiseringsprogram for ELTE-utdannede (psykologiutdanning fra Eötvös Loránd University). Sykehuset Telemark er tilbudt syv kandidater. I Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling startet tre kandidater 19. november. Fire kandidater har startet i Barne- og ungdomsklinikken.

## **5. UTVIKLINGSTRENDER OG RAMMEBETINGELSER**

Henviser til STHF Utviklingsplan (STHF styre 14.9.2016, sak 64-2016 og Helse Sør-Øst styre 15.12.2016, sak 099-2016) og godkjente delrapporter vedlagt planen (STHF styre 18.04.2018, sak 020-2018). Det henvises også til STHFs budsjett for 2019 (STHF styre 19.12.2018, sak 089-2018).

## **6. STRATEGIER OG PLANER FOR SYKEHUSET TELEMARKE HF**

Henviser til STHF Utviklingsplan (STHF styre 14.9.2016, sak 64-2016 og Helse Sør-Øst styre 15.12.2016, sak 099-2016) og godkjente delrapporter vedlagt planen (STHF styre 18.04.2018, sak 020-2018), samt STHF strategi 2016-2019 (STHF styre 16.12.2015, sak 78-2015).

**Protokoll fra drøftingsmøte 25. januar 2019 vedrørende forslag til Årlig melding 2018 for Sykehuset Telemark HF**

**Tilstede på møtet:**

**Fra arbeidsgiver:**

Tom Helge Rønning, administrerende direktør  
Tone Pedersen, spesialrådgiver


**Fra arbeidstakerorganisasjonene:**

Ann Iserid Vik-Johansen, NSF  
Anett Weber, Delta  
Thor Helge Gundersen, Fagforbundet  
Thor Severinsen, Akademikerne

Den 25. januar 2019 ble det holdt drøftingsmøte mellom administrerende direktør og de foretakstillitsvalgte for "Årlig melding 2018 Sykehuset Telemark HF". Forslag til Årlig melding 2018 for STHF er sendt FTV/HVO 21. januar 2019. Hovedverneombudet var innkalt til møtet, men hadde ikke anledning til å delta.

Konstruktive og gode innspill fra FTV ble i møtet fortløpende lagt inn i Årlig melding 2018. Den overordnede tilbakemeldingen fra de tillitsvalgte er at innholdet i Årlig melding 2018 gir et godt uttrykk av sykehusets virksomhet.

Skien, den 25. januar 2019



-----  
Tom Helge Rønning, Adm. direktør




-----  
Ann Iserid Vik-Johansen, NSF



-----  
Thor Severinsen, Akademikerne



-----  
Anett Weber, Delta



-----  
Thor Helge Gundersen, Fagforbundet

## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

### Sakstittel: Ambulanseplan 2035

Sak nr.	Saksbehandler	Sakstype	Møtedato
007-2019	Annette Fure, Utviklingsdirektør og prosjekteier Knut Inge B Skoland, Avdelingsleder for Prehospitale tjenester og prosjektleder Dana Tønnessen, konst.økonomidirektør	Vedtak	12.02.2019

#### Trykte vedlegg:

- Ambulanseplan 2035
- Høringsuttalelser\_Ambulanseplan 2035\_Sammenstilling
- Drøftingsprotokoll foretakstillitsvalgte

#### Utrykte vedlegg:

#### Har saken betydning for pasientsikkerheten?

Ja, videreutvikling av de prehospitale tjenestene i Telemark vil ha stor betydning for pasientsikkerheten.

#### Ingress:

Ambulansetjenesten i Telemark står overfor en rekke muligheter og utfordringer i nær fremtid. I planen er det sett spesielt på muligheter og utfordringer innen områdene aktivitet, ressursutnyttelse og beredskap, kvalitet, opplæring og kompetanse, finansiering, samhandling, organisering og IKT-løsninger. Dagens tjeneste er velfungerende, og pasientene mottar langt på vei likeverdige tjenester i hele fylket, men fremtidige utfordringer i forhold til forventet utvikling innen oppdragsmengde og økende behov for kompetanse må planlegges.

«Ambulanseplan 2035» for Sykehuset Telemark skisserer den ønskede retningen for hvordan ambulansetjenesten skal utvikles i årene fremover og definerer i den forbindelse fem strategiske mål. Dette er de samme målene som er spesifisert i Helse Sør-Østs regionale utviklingsplan for prehospitale tjenester. De fem strategiske målene for prehospitale tjenester i perioden 2018-2035 er:

1. Pasientene mottar rask og riktig helsehjelp
2. Helsepersonellet har nødvendig kompetanse
3. Det sikres riktig og kostnadseffektiv ressursbruk
4. Den akuttmedisinske kjeden er standardisert, sammenhengende og velfungerende
5. Tjenestene understøttes av formålstjenlige og velfungerende IKT-løsninger

Anbefalingene i Ambulanseplan 2035 søker i størst mulig grad å oppfylle de nasjonale anbefalingene vedrørende responstider og gi likeverdige akuttmedisinske tjenester i hele fylket. Sykehuset Telemark har utarbeidet følgende tiltak for planperioden frem til 2035:

- Styrke beredskapen med 5 ambulanser og 3 syketransportbiler (hvite ambulanser) for å ivareta veksten i behovet i Telemark
- Strategisk planlegging av beredskapsplassering av ambulansene i Telemark for å ivareta sesongvariasjoner – «Riktig beredskap der folk er og ikke bare der folk bor».
- Fylket inndeles i regioner for å fremme økt samarbeid med tilhørende legevakter innenfor hver region
- Bidra til etablering av legevaktbil med kommunene i Porsgrunn, Bamble og Kragerø
- Etablere anestesilegebemannet bil i Grenland (finansiert over statsbudsjett)
- Slå sammen ambulansestasjon for Skien og Porsgrunn
- Fortsette drift med en kombinasjon av egne ambulansestasjoner og private ambulansestasjoner i neste 5-års periode. Nytt anbud for region Midt og Vest gjennomføres senest 2022 før siste opsjonsår utløper april 2023. Sykehuset Telemark overtar drift av ambulansestasjon i Bamble i 2020 for å oppfylle valgt regionstruktur
- Ambulansetjenesten implementerer Helse Sør- Øst sin elektroniske pasientjournal (A-EPJ)
- Utarbeide kompetanseplan for ambulansetjenesten innen 2020

### **Forslag til vedtak:**

- Styret godkjenner «Ambulanseplan 2035»
- De planlagte tiltakene beskrevet i Ambulanseplanen kvalitetssikres i forbindelse med de årlige budsjettprosessene, for å foreta nødvendige justeringer og tilpasse driftsnivået til faktiske forhold. Kostnadsøkningene som følge av aktivitetsveksten sees i sammenheng med tildeling av midler til generell aktivitetsvekst, interne omprioriteringer og gevinster fra planlagte forbedringstiltak.
- Styret ber administrerende direktør å sende en henvendelse til RHF og be om en kvalitetssikring av kriteriesettet i inntektsmodellen for prehospitale tjenester, med bakgrunn i driftsmodellen beskrevet i Ambulanseplanen og i lys av de faktiske forhold i Telemark.

Skien, den 5. februar 2019

Tom Helge Rønning  
Administrerende direktør



## Bakgrunn for saken

Styret i Sykehuset Telemark behandlet i 2014 sak 51; Videreføring av driftsmodell for ambulansedriften ved Sykehuset Telemark HF. Styret vedtok der å videreføre ordningen med private ambulansetjenester for 7 av Sykehuset Telemarks 12 ambulansestasjoner. Anbudsperioden var på 5 år, fra 1. april 2015 til 1. april 2020, med opsjon på årlig forlengelse i inntil 3 år. Styret ba videre om å få en prinsipiell styresak for ambulansedriften ved Sykehuset Telemark HF til behandling i god tid før avtaleperioden for ambulansestasjonene utløper i 2020. For å kunne fremme en anbefaling for ambulansedriften og evt. nye driftsavtaler med private aktører har det vært nødvendig å vurdere ambulansetjenesten i Telemark i sin helhet. Det ble derfor startet et arbeid med å lage og iverksette en overordnet og langsiktig plan for alle områder som omfatter de prehospitale tjenestene i Telemark. Herunder inngår bil- og båtambulansetjeneste, samt ulike avtaler med kommunale- og frivillige akuttgjelpere/first respondere. Pasientreiser er ikke en del av denne planen.

Arbeidet ble organisert i prosjekt «Ambulanseplan 2035». Sykehusets siste ambulanseplan for Telemark ble utarbeidet i perioden 1997-1999.

Fra mandatet ble følgende målsetning formulert;

*Formålet med arbeidet er å sikre innbyggerne i Telemark gode prehospitale tjenester ved å sørge for god beredskap, riktige ressurser, høy kompetanse og fremtidsrettet behandling i tråd med lover og forskrifter.*

*Pasienten skal oppleve å få likeverdige, trygge, samordna og effektive tjenester av høy kvalitet i hele fylket. Prosjektet “Ambulanseplan 2035” har som mål å lage og iverksette en overordnet og langsiktig plan for alle områder som omfatter de prehospitale tjenestene i Telemark med hovedvekt på ambulansetjenesten sitt ansvarsområde.*

*Planen skal bl.a. inneholde anbefalinger innenfor følgende områder;*

- *Struktur, kapasitet og ressurser:*
- *Optimal bruk av ambulansetjenesten – Riktig kjøretøy til riktig pasient*
- *Drift og organisering*
- *Kompetanse*

Ambulanseplan 2035 har vært ute til bred høring. Totalt mottok STHF 26 høringssvar. Generelle tilbakemeldinger er at planen oppfattes grundig og godt gjennomarbeidet, men flere kommuner hadde ønsket seg et mer detaljert bilde i den enkelte kommune. Flest negative tilbakemeldinger på planen var knyttet til anbefalt nedtak av beredskap på natt i Vinje kommune.

Endringer fra høringsdokumentet til endelig plan:

Nr.	Anbefaling i høringsdokument	Endelig plan
1	Styrke beredskapen med 5 ambulanser og 3 syketransportbiler (hvite ambulanser) for å ivareta veksten i behovet i Telemark	Uendret
2	Strategisk planlegging av beredskaps plassering av ambulansene i Telemark for å ivareta sesongvariasjoner – «Riktig beredskap der folk er og ikke bare der folk bor»	Uendret
3	Fylket inndeles i regioner for å fremme økt samarbeid med tilhørende legevakter innenfor hver region	Uendret
4	Bidra til etablering av legevaktbil i Grenland sammen med kommunene	Endret: Bidra til etablering av legevaktbil med kommunene i Porsgrunn, Bamble og Kragerø
5		Ny Etablere anestesilegebemannet bil i Grenland (Kommer som konsekvens av bestilling fra HSØ og finansiering over statsbudsjettet. Tjenesten skal i første omgang piloteres i ett år før endelig vedtak fattes om innføring på permanent basis)
6	Slå sammen ambulansestasjon for Skien og Porsgrunn	Uendret
7	Fortsette drift med en kombinasjon av egne ambulansestasjoner og private ambulansestasjoner i neste 5-års periode.  Sykehuset Telemark overtar drift av ambulansestasjon i Bamble i 2020 for å oppfylle valgt regionstruktur	Uendret Nytt anbud for region Midt og Vest gjennomføres senest 2022 før siste opsjonsår utløper april 2023.  Uendret
8	Legge om fra tre døgnambulanser i Vinje/Tokke til to døgnambulanser og én dagambulans. Dagambulansen går alle dager i uken, 08.00 – 19.00.	Basert på økning i oppdragsmengde i 2018 opprettholdes kapasitet som i dag. Utplassering av ambulansene på beredskapspunkter skal i større grad benyttes i ferieperioder når det er stor bruk av fritidsboliger for å redusere responstidene.
9	Ambulansetjenesten implementerer Helse Sør-Øst sin elektroniske pasientjournal (A-EPJ)	Uendret
10		Ny Utarbeide «kompetanseplan 2035» for prehospitale tjenester. Arbeidsgruppe nedsettes i 2019, med mål om å ferdigstille plan i 2020.

For detaljert tiltaksliste, se «Ambulanseplan 2035, kapittel 10.

## Økonomiske konsekvenser

De prehospitale tjenestene ved Sykehuset Telemark har et netto driftsbudsjett på 210 millioner kr. (ekskl. avskrivninger, finans- og overheadkostnader) og omfatter ambulansetjenestene organisert i Avdelingen for prehospitale tjenester (150 millioner kr.) og pasientreiser organisert i SSL klinikken (60 millioner kr). Kostnadene til ambulansetjenestene er i stor grad knyttet til ambulansestasjonene og etablert beredskap. Driftsbudsjettet omfatter direkteførte kostnader som består i hovedsak av lønn samt driftskostnader for biler/ambulansestasjoner. Kostnadene for pasientreiser dekker direkteoppgjør til taxi-selskaper, rutefly, kostnader til Helseekspress og enkeltoppgjør der pasienter har lagt ut for reisen selv og søker refusjon.

## Fremtidige driftsendringer for ambulansetjenestene i Ambulanseplanen 2035

Avdelingen for prehospitale tjenester har registrert en stor vekst i antall ambulanseoppdrag siden 2010 og har foretatt driftstilpasninger over tid for å sikre et adekvat beredskapsnivå. Det er jobbet med interne driftsforbedringer, som har dempet noe av kostnadsveksten, men regnskapsresultatene viser en netto kostnadsøkning utover ordinær prisjustering på 2-3 millioner kr. årlig.

Kostnadsøkningen er håndtert ved intern omfordeling av budsjettmidler og har vært delvis finansiert av ekstra bevilgninger til aktivitetsvekst, tildelt i Statsbudsjettet hvert år.

I Ambulanseplanen frem til 2035 er det lagt til grunn en forventet aktivitetsvekst på 3,7 % årlig, noe lavere enn gjennomsnitt for perioden 2010-2018 som var 5%.

### Drift

Ambulanseplanen beskriver driftsendringene som kreves for å håndtere fremskrevet aktivitetsvekst og opprettholde et forsvarlig beredskapsnivå. Det estimeres en netto kostnadsøkning på 14 millioner kr. i perioden 2019-2025 (2 millioner kr. årlig) og 30 millioner kr. i perioden 2026-2035 (3 millioner kr. årlig). Kostnadspådraget for årene 2019-2022 vil sikre en oppjustering av kapasitet og beredskapsnivå, som vil kunne dekke forventet aktivitetsvekst t.o.m. 2025.

Forventet aktivitets- og kostnadsvekst de nærmeste årene, som er lagt til grunn i Ambulanseplanen, vises i tabellen under:

Ambulanseplan - drift og investeringer	2010-2018	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	sum 2019-2025
<b>Drift</b>												
Kostnadsvekst - helårsvirkning			3 000	3 000	3 600	4 900	-	5 600	-	-	-	14 100
Kostnadsvekst - årlig			3 000	3 000	1 800	6 300	400	5 600	-	-	-	14 100
Aktivitetsvekst	5 %	3,2 %	0,5 %	6,0 %	3,7 %	3,7 %	3,7 %	3,7 %	3,7 %	3,7 %	3,7 %	
<b>Investeringer</b>												
- bilpark Bamble ambulansestasjon						2 200						
- IKT-oppgradering A-EPJ						2 100						
SUM investeringer						4 300						4 300

Detaljert oversikt i Ambulanseplan kap. 11.

Det legges opp til en gradvis tilpasning av kapasitet og beredskap i tråd med forventet vekst i antall oppdrag, med innslagspunkter:

- juni 2019 – ny syketransportbil (hvit bil) i Skien
- juni 2019 – bidra til etablering av legevaktbil i samarbeid med kommunene Porsgrunn, Bamble og Kragerø
- 2019/2020 – anestesilege bemannet ambulansebil – fullfinansiert av øremerkede midler i Statsbudsjettet 2019
- april 2020 – overtakelse av privat ambulansestasjon i Bamble og IKT-oppgradering EPJ
- 2022 – ny ambulansebil i Grenland for å håndtere forventet aktivitetsvekst

Ambulanseplanen legger ikke opp til strukturendringer eller vesentlig endring i kjøp av private ambulansetjenester, utover overtakelsen av ambulansestasjonen i Bamble i 2020. Økonomiske konsekvenser som følge av kommende anbudsrunder er ikke vurdert, og det må beholdes et handlingsrom som gjør det mulig å vurdere fremtidige tilbud opp mot alternativ drift i egen regi.

Driftsendringene for perioden frem til 2025 er estimert til 14 millioner kr. og gir en lav kostnadsvekst sett i forhold til historisk kostnadsutvikling. De planlagte tiltakene vil hensyntas i internt arbeid med ØLP og vurderes finansiert av ekstra bevilgninger til generell aktivitetsvekst, jfr. planforutsetninger for helseforetakene kommunisert fra RHF. Andre aktuelle finansieringskilder er interne omprioriteringer /omfordeling av internt budsjett eller gevinster fra planlagte forbedringstiltak i ØLP.

De fremtidige driftsendringene skissert i Ambulanseplanen vil kvalitetssikres i forbindelse med de årlige budsjettprosessene, for å foreta nødvendige justeringer og tilpasse driftsnivået til faktiske forhold.

Estimert kostnadsvekst på ca. 30 millioner kr. for perioden 2026-2035 er basert på samme framskrivningssats for veksten i antall ambulansoppdrag, 3,7% årlig. Mer presise beregninger og konsekvensutredninger for denne perioden vil foretas i forbindelse med senere ØLP.

### **Investeringer**

Driftsendringene for perioden 2019-2025 vil øke sykehusets investeringsforpliktelser med 4,3 millioner kr, som følge av overtakelsen av bilparken fra Bamble ambulansestasjon og planlagt implementering av A-EPJ, en regional IKT-satsning i regi av Sykehuspartner. Anskaffelsene vil håndteres innafor sykehusets ordinært investeringsbudsjett i driftsåret 2020.

Driftsmodellen beskrevet i Ambulanseplanen 2035 opprettholder sykehusets finansielle utfordring knyttet til den regionale inntektsmodellen for prehospitaltjenester som vurderes å ikke dekke det faktiske behovet med tilstrekkelig margin.

### **Foretaksfinansiering av prehospitaltjenester - regional inntektsmodell**

Tjenesteområdet prehospitaltjenester er finansiert av basisramme. Tildeling av basisbevilgningene til helseforetakene følger regional inntektsmodell for prehospitaltjenester, som

er kriteriebasert og har en oppbygging tilsvarende den som er benyttet for de øvrige tjenesteområdene. Den regionale inntektsmodellen fordeler inntektene til prehospitale tjenester i 3 komponenter:

- behovskomponent – midler tildelt etter ressursbehovet i sykehusområdet basert på andel av befolkningen over 67 år og avstandsmål til sykehus
- kostnadskomponent – midlene kompenserer kostnadene knyttet til AMK og luftambulanse
- mobilitetskomponent – netto kompensasjon for transport av andre sykehusområders pasienter (ingen intern fakturering mellom sykehusene)

Basisrammen til prehospitale tjenester tildelt til Sykehuset Telemark har behovskomponent (99%) samt mobilitetskomponent (1%). Midlene for kostnadskomponenten tildeles i sin helhet til SIV, som driver felles AMK for Telemark og Vestfold.

Etter deling av prehospitale tjenester mellom Sykehuset Telemark og SIV i 2016, ble inntektsmodellen oppdatert på foretaksnivå og basisrammen beregnet etter kriteriesettet for hvert av sykehusområdene Telemark og Vestfold. Konsekvenser av dette var en omfordeling av midler på 25 millioner kr. i vår disfavør. Til tross for forskjeller i geografisk størrelse og ulik behov for ambulansetjenestens beredskapsordninger for å sikre gode og likeverdige tjenester i gravgrendte strøk, er behovskomponenten i modellen for prehospitale tjenester i de to fylkene tilnærmet lik. Antall ambulansestasjoner er vurdert som en sterk kostnadsdriver og den faktiske kostnadsbyrden er ujevnt fordelt med 5 ambulansestasjoner i Vestfold og 12 ambulansestasjoner i Telemark (faktisk 14 hvis man tar med Nissedal og Fyresdal som driftes av Sørlandet sykehus).

En reduksjon i kostnader for å kompensere inntektsbortfallet i basisrammen, ville betinge at man foretar en kostnadsbesparende omorganisering, gå ned på beredskap eller legger ned/ flytter en ambulanse. Utredningene i Ambulanseplanen 2035 viser at den organisatoriske strukturen av ambulansetjenesten i Telemark ikke kan endres og kapasiteten må økes for å kunne sikre gode tjenester i tråd med faglige krav til beredskap.

Konklusjonen i Ambulanseplanen viser et vurdert behov som avviker fra det teoretisk beregnede behovet i den regionale inntektsmodellen, som skulle tilsi at de prehospitale tjenestene ved Sykehuset Telemark kunne drives med 10-15 % bedre driftsmargin.

Med bakgrunn i utredningen i Ambulanseplanen 2035, vurderer administrerende direktør å sende en henvendelse til RHF og be om en kvalitetssikring av kriteriesettet og vektingen av utvalgte parametere i inntektsmodellen, for å utelukke at atypiske forhold i sykehusområdene, av vesentlig omfang, ikke fanges opp i behovskomponenten.



# Ambulanseplan 2035



## Innhold

1.	Sammendrag .....	4
2.	Bakgrunn for arbeidet .....	6
2.1.	Ambulanseplanens forankring .....	6
2.2.	Prosjektmandat .....	6
2.3.	Prosjektorganisering.....	8
3.	Nasjonale føringer og utviklingstrekk i prehospitaltjenester .....	9
3.1.	Lover, forskrifter og overordnede retningslinjer.....	9
3.2.	Utviklingstrekk.....	10
3.2.1.	Beredskap og samhandling.....	10
3.2.2.	Kvalitet.....	12
3.2.3.	Utdanning og kompetanse .....	14
3.2.4.	Økende spesialisering.....	15
3.2.5.	Teknologi og IKT .....	15
3.2.6.	Større legevaktdistrikter .....	17
3.2.7.	Riktig kjøretøy til riktig pasient.....	18
3.2.8.	Demografisk utvikling og sykdomspanorama i Telemark.....	19
4.	Mål og evalueringskriterier for prehospitaltjenester i Telemark .....	20
4.1.	Overordnet målbilde .....	20
4.1.	Evalueringskriterier .....	21
5.	Dagens situasjon.....	23
5.1.	Dagens struktur av prehospitaltjenester i Telemark.....	23
5.2.	Organisering .....	24
5.3.	Aktivitet, ressursutnyttelse og beredskap.....	25
5.4.	Sammenligning med andre helseforetak .....	32
5.5.	Finansiering av prehospitaltjenester .....	33
6.	Luftambulansetjenesten.....	35
6.1.	Anestesilegebemannet bil i Grenland .....	37
7.	AMK (Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral) .....	37
8.	Framskrevet aktivitet og kapasitetsbehov i 2035 .....	39
8.1.	Framskrevet aktivitet .....	39
8.2.	Kapasitetsbehov .....	40
8.3.	Utfordringsbildet for dagens ambulansetjeneste i Telemark .....	43
9.	Alternativer for drift av ambulansetjenesten.....	46
9.1.	Struktur, kapasitet og ressurser .....	46

9.2.	Optimal bruk av ambulansetjenesten – Riktig kjøretøy til riktig pasient.....	51
9.3.	Drift og organisering.....	52
9.4.	Kompetanse.....	53
10.	Konklusjoner og anbefalinger.....	55
10.1.	Overordnet struktur .....	56
10.2.	Region Grenland (Skien, Porsgrunn) .....	58
10.3.	Region Sør (Bamble, Kragerø) .....	59
10.4.	Region Vest (Vinje, Tokke, Seljord).....	59
10.5.	Region Øst (Tinn, Notodden).....	60
10.6.	Region Midt (Bø, Nome, Drangedal) .....	60
11.	Økonomi og investeringer .....	61
11.1.	Driftskostnader .....	61
11.2.	Investeringer.....	62
12.	Evaluering av anbefalt løsning.....	63
12.1.	Innfrielse av hovedmål .....	63
12.2.	Ros analyse .....	64
13.	Referanser .....	67
14.	Oversikt over forkortelser .....	68



## 1. Sammendrag

«Ambulanseplan 2035» har som formål å sikre god og likeverdig ambulansetjeneste av høy kvalitet til hele befolkningen i Telemark. Planen gir en ønsket utviklingsretning for ambulansetjenesten i fylket og en tilpasning til fremtidens dimensjoneringsbehov.

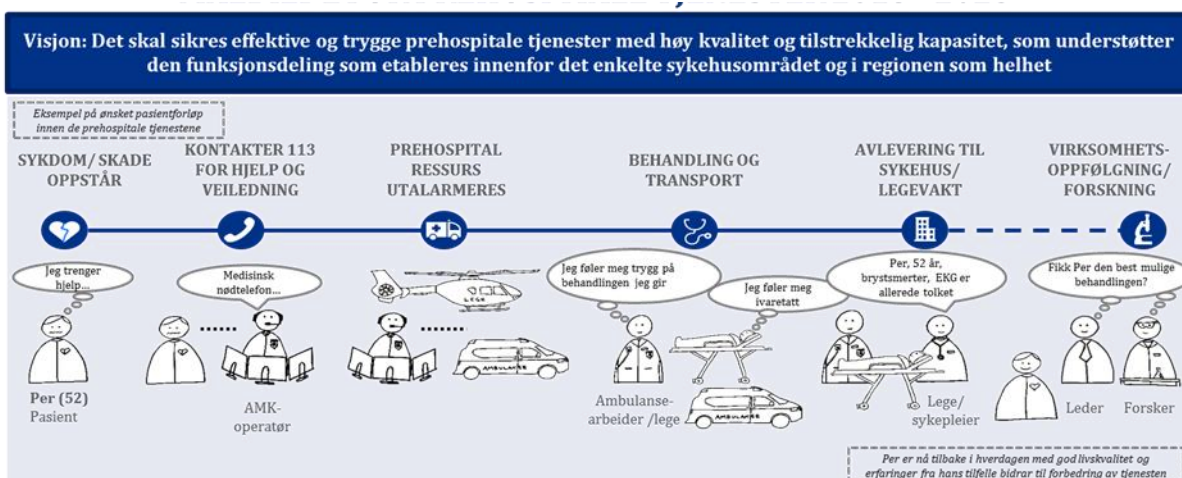
«Ambulanseplan 2035» bygger på Helse Sør-Øst Regionale helseforetak sin «Utviklingsplan for prehospitaltjenester» [1] hvor den overordnede målsetningen er: *Det skal sikres effektive og trygge prehospitaltjenester med høy kvalitet og tilstrekkelig kapasitet, som understøtter den funksjonsdeling som etableres innenfor sykehusområdet og i regionen som helhet.*

Ambulansetjenesten i Telemark står overfor en rekke muligheter og utfordringer i nær fremtid. I planen er det sett spesielt på muligheter og utfordringer innen områdene aktivitet, ressursutnyttelse og beredskap, kvalitet, opplæring og kompetanse, finansiering, samhandling, organisering og IKT-løsninger. Dagens tjeneste er velfungerende, og pasientene mottar langt på vei likeverdige tjenester i hele fylket, men fremtidige utfordringer i forhold til forventet utvikling innen oppdragsmengde og økende behov for kompetanse må planlegges.

«Ambulanseplan 2035» for Sykehuset Telemark skisserer den ønskede retningen for hvordan ambulansetjenesten skal utvikles i årene fremover og definerer i den forbindelse fem strategiske mål. Dette er de samme målene som er spesifisert i Helse Sør-Østs regionale utviklingsplan for prehospitaltjenester. De strategiske målene konkretiseres i ulike delmål, og etter behov kan konkrete delprosjekter være nødvendige å gjennomføre for å realisere overordnet målsetning.

De fem strategiske målene for prehospitaltjenester i perioden 2018-2035 er:

1. Pasientene mottar rask og riktig helsehjelp
2. Helsepersonellet har nødvendig kompetanse
3. Det sikres riktig og kostnadseffektiv ressursbruk
4. Den akuttmedisinske kjeden er standardisert, sammenhengende og velfungerende
5. Tjenestene understøttes av formålstjenlige og velfungerende IKT-løsninger



Basert på disse målene har Sykehuset Telemark utarbeidet følgende tiltak for planperioden frem til 2035:

- Styrke beredskapen med 5 ambulanser og 3 syketransportbiler (hvite ambulanser) for å ivareta veksten i behovet i Telemark
- Strategisk planlegging av beredskaps plassering av ambulansene i Telemark for å ivareta sesongvariasjoner – «Riktig beredskap der folk er og ikke bare der folk bor».
- Fylket inndeles i regioner for å fremme økt samarbeid med tilhørende legevakter innenfor hver region
- Bidra til etablering av legevaktbil med kommunene i Porsgrunn, Bamble og Kragerø
- Etablere anestesilegebemannet bil i Grenland (finansiert over statsbudsjett)
- Slå sammen ambulansestasjon for Skien og Porsgrunn
- Fortsette drift med en kombinasjon av egne ambulansestasjoner og private ambulansestasjoner i neste 5-års periode. Nytt anbud for region Midt og Vest gjennomføres senest 2022 før siste opsjonsår utløper april 2023.  
Sykehuset Telemark overtar drift av ambulansestasjon i Bamble i 2020 for å oppfylle valgt regionstruktur
- Ambulansetjenesten implementerer Helse Sør- Øst sin elektroniske pasientjournal (A-EPJ)
- Utarbeide kompetanseplan for ambulansetjenesten innen 2020

Alle etableringer av tiltak og nye tjenester skal i første omgang piloteres i ett år før endelig vedtak om innføring av permanente løsninger. I pilotene er det viktig at det gjøres en grundig gjennomgang av forventede effekter og gevinster og det på forhånd defineres hvilke parametere som skal måles slik at en god evaluering kan gjøres etter endt pilotperiode. Dersom tiltak ikke viser ønsket resultat, vil tiltaket avvikles.

Ambulanseplanen skal rulleres hvert 5 år (neste gang 2025), for å oppdatere analyser og kapasitetsframskrivninger for å kunne tilpasse planen til det faktiske behov.

## 2. Bakgrunn for arbeidet

Styret i Sykehuset Telemark behandlet i 2014 sak 51; Videreføring av driftsmodell for ambulansedriften ved Sykehuset Telemark HF. Styret vedtok der å videreføre ordningen med private ambulansetjenester for 7 av Sykehuset Telemarks 12 ambulansestasjoner. Anbudsperioden var på 5 år, fra 1. april 2015 til 1. april 2020, med opsjon på årlig forlengelse i inntil 3 år.

Styret ba videre om å få en prinsipiell styresak for ambulansedriften ved Sykehuset Telemark HF til behandling i god tid før avtaleperioden for ambulansestasjonene utløper i 2020.

For å kunne fremme en anbefaling for ambulansedriften og evt. nye driftsavtaler med private aktører har det vært nødvendig å vurdere hele ambulansetjenesten i Telemark i sin helhet. Det ble derfor startet et arbeid med å lage og iverksette en overordnet og langsiktig plan for alle områder som omfatter de prehospitale tjenestene i Telemark. Herunder inngår bil- og båt- ambulansetjeneste, samt ulike avtaler med kommunale- og frivillige akutthjelpere/first respondere. Pasientreiser er ikke en del av denne planen.

Arbeidet ble organisert i prosjekt "Ambulanseplan 2035".

Sykehusets siste ambulanseplan for Telemark ble utarbeidet i perioden 1997-1999.

### 2.1. Ambulanseplanens forankring

Ambulanseplanen er basert på føringene i sykehusets Utviklingsplan 2035 [2] og Regional Utviklingsplan for prehospitale tjenester i Helse Sør-Øst 2018-2025 [1].

I tillegg kommer relevante nasjonale føringar og utviklingstrekk i prehospitale tjenester, se kapittel 3.1.

### 2.2. Prosjektmandat

Fra mandatet er følgende målsetning formulert;

Formålet med arbeidet er å sikre innbyggerne i Telemark gode prehospitale tjenester ved å sørge for god beredskap, riktige ressurser, høy kompetanse og fremtidsrettet behandling i tråd med lover og forskrifter.

Pasienten skal oppleve å få likeverdige, trygge, samordna og effektive tjenester av høy kvalitet i hele fylket. Prosjektet "Ambulanseplan 2035" har som mål å lage og iverksette en overordnet og langsiktig plan for alle områder som omfatter de prehospitale tjenestene i Telemark med hovedvekt på ambulansetjenesten sitt ansvarsområde.

Planen skal bl.a. inneholde anbefalinger innenfor følgende områder;

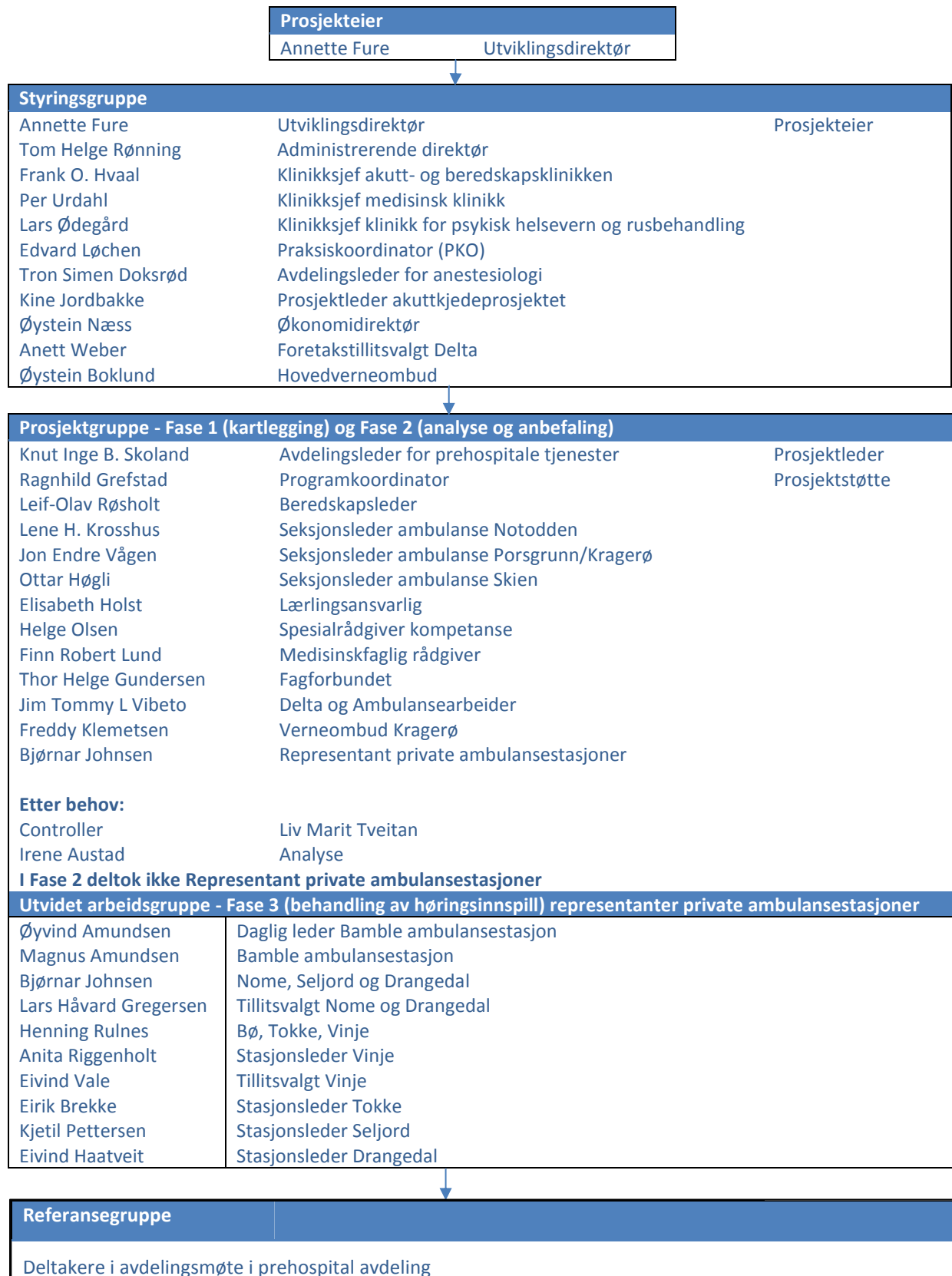
- Struktur, kapasitet og ressurser:
  - Struktur for ambulansestasjoner i Telemark
    - Hvor mange skal det være og hvor skal de ligge?
  - Antall ambulanser på de ulike stasjonene og til hvilke tider på døgnet?
- Optimal bruk av ambulansetjenesten – Riktig kjøretøy til riktig pasient
  - Supplere med syke transportbil (hvite ambulanser), akuttbiler, helsevaktbil (ref. Helse Midt RHF og Røros kommune) el.l. til egnede pasienttransportoppdrag?

- Drift og organisering
  - Drift av stasjoner og organisering
    - Skal stasjoner driftes i egen eller ekstern regi?
    - Samme driftsmodell for tettbygde strøk vs. ikke tettbygde strøk?
    - Organisasjonsstruktur?
    - Skal bilambulanse eies eller leases? Muligheter for regionalt samarbeid?
  
- Kompetanse:
  - Krav til kompetanse for ambulansesarbeidere
    - Kun fagarbeidere og/eller bachelor paramedic eller tilsvarende?
  - Krav til medisinskfaglig deltagelse (anestesilege, legevaktslege, osv.) under ambulansetransport. Hvordan legge til rette for dette?

Føringer og anbefalinger i denne planen vil få konsekvenser for struktur, kapasitet og tilhørende kostnader og påvirker STHF sitt ambisjonsnivå for ambulansetjenesten i Telemark fremover.

## 2.3. Prosjektorganisering

Prosjektet ble organisert på følgende måte:



## 3. Nasjonale føringer og utviklingstrekk i prehospitaler tjenester

### 3.1. Lover, forskrifter og overordnede retningslinjer

Nedenfor er et utvalg av lover, forskrifter og utredninger som legger føringer for utviklingen av prehospitaler tjenester i perioden 2018-2025, og frem mot 2035 (Se referanse Helse Sør-Øst HF plan [1]):

- NOU<sup>1</sup> 2015:17 Først og fremst
- NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten
- St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen
- St. meld. nr. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)
- St. meld. nr. 13 (2016–2017) Kvalitet og pasientsikkerhet 2015
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (Spesialisthelsetjenesteloven)
- Akuttmedisinforskriften (Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv.)
- Lov om helsepersonell (Helsepersonelloven)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)
- Definisjonskatalogen for den akuttmedisinske kjede
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

I de ulike utredningene og publikasjonene er en gjennomgående ambisjon at nasjonal styring og koordinering på tvers av regionene skal vektlegges for å bidra til større likhet i tjenestetilbudet, øke samhandlingen og forbedre ressursutnyttelse i prehospitaler tjenester. Drift og utvikling av prehospitaler tjenester skal skje innenfor rammen av medisinsk utvikling og behandlingslinjer, ulike lover og forskrifter, samt tilgjengelig finansiering. Videre påpekes det at det at den prehospitaler tjenesten skal være desentralisert med god samordning, og at det legges vekt på samhandling og utnyttelse av ressurser samlet i primær- og spesialisthelsetjenesten.

---

<sup>1</sup> NOU: Norsk offentlig utredning

## 3.2. Utviklingstrekk

### 3.2.1. Beredskap og samhandling

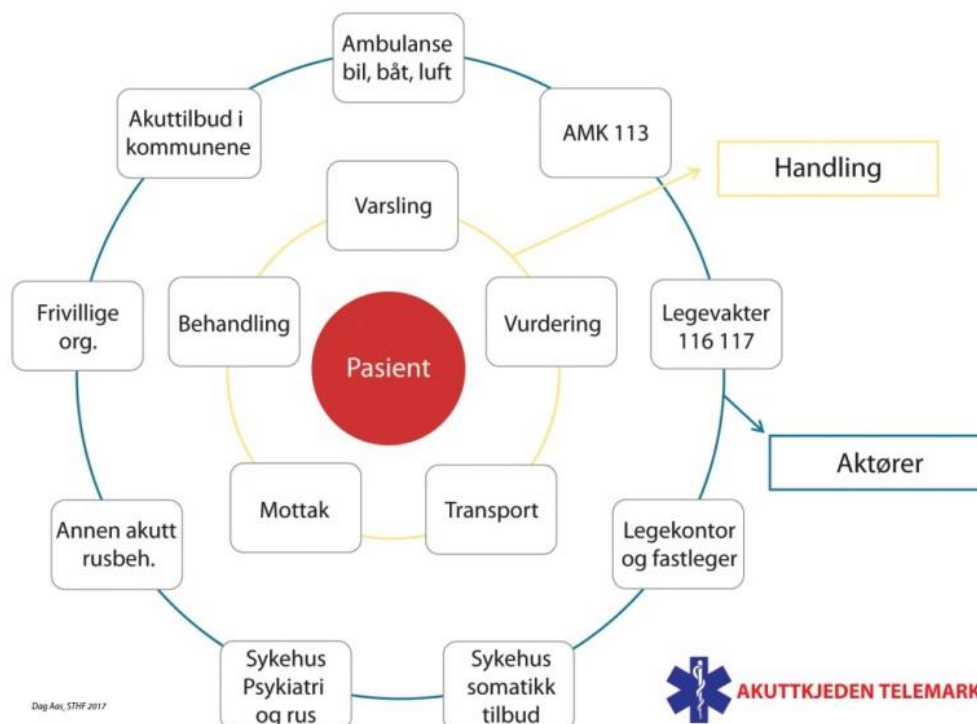
«Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (Akuttmedisinforskriften)» skal bidra til at befolkningen mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus ved behov for øyeblikkelig hjelp. Dette betyr at tjenestene må være tilgjengelige ved behov, det vil si i beredskap og i rimelig nærhet til hendelsessted, og de må imøtekomme de medisinske behovene pasientene har.

Ansvaret for akuttmedisinske tjenester er organisert på to ulike forvaltningsnivå, primær- og spesialisthelsetjenesten, hvor begge nivåene har et «sørge for ansvar». Dette kan skape utfordrende grenseflater, noe som krever god samhandling og godt samarbeid mellom tjenestene og forutsetter at alle aktørene samarbeider om felles planlegging av ressursbruk og dimensjonering. Se kapittel 9.2 for konkrete eksempler på nye samarbeidsmodeller.

Videre er det nødvendig at de prehospitale tjenestene samarbeider godt med de andre nødetatene, politi og brann, som også har en sentral rolle i akutte utrykninger, særlig når det gjelder ulykker, branner og situasjoner hvor personellet er truet.

Den akuttmedisinske kjeden består av personell ved AMK- og legevaktsentraler, i ambulansetjenesten, ved sykehusavdelinger med øyeblikkelig hjelp-funksjon innen somatikk, innen psykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og i akuttmedisinsk beredskap i kommunen, inkludert legevakt og hjemmetjenesten.

Tjenesteperspektivet i den akuttmedisinske kjeden er som følger (hentet fra prosjektet «Akuttkjeden i Telemark», et samarbeidsprosjekt mellom Sykehuset Telemark, kommunene i Telemark og primærhelsetjenesten);



Aktørene i de prehospitale tjenestene er:

**Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK)** spiller en sentral rolle i den akuttmedisinske kjeden. Ansvar for å etablere og drive AMK-sentralene og medisinsk nødnummer 113 er en del av de regionale helseforetakenes «sørge for»-ansvar. AMK-sentralene driftes av helseforetakene.

AMK mottar nødmeldinger, gir veiledning og iverksetter tiltak basert på «Norsk indeks for medisinsk nødhjelp» [3]. AMK koordinerer ambulanseressurser og er «navet» i samhandlingen i den akuttmedisinske kjede.

**Bilambulansetjenesten** har utviklet seg fra å være en ren transporttjeneste med enkle førstehjelpsmuligheter til å bli en avansert og viktig del av den akuttmedisinske kjeden. Utvikling av ambulansefaget og ny teknologi gir økte muligheter for avansert diagnostikk og behandling utenfor sykehus.

Det er i de senere årene i økende grad arbeidet med å differensiere transport av pasienter ved eksempelvis å introdusere syketransportbiler (hvite biler) og etablere et tettere samarbeid med Pasientreiser. En syketransportbil kan benyttes for pasienter som må transporteres liggende men som ikke har behov for behandling eller overvåking.

Et annet eksempel er etablering av såkalt «en-redder enheter», det vil si enmannsbetjente enheter (også på sykkel eller motorsykkel) som kan ta seg raskt fram og starte avansert behandling, i påvente av videre oppfølging eller transport. Ambulansetjenesten vil i framtiden ha en enda større rolle i å sikre pasienten rett behandling til rett tid og på rett nivå.

**Luftambulansetjenesten** er en viktig del av en helhetlig akuttmedisinsk kjede. Geografi og bosettingsmønster gjør at luftambulansetjenesten er sentral for effektiv behandling, transport og beredskap ved akutt sykdom eller skade. Tjenesten bidrar til et mer likeverdig helsetilbud i hele landet, og bidrar til at pasientene kan dra nytte av moderne behandlingstilbud ved tidskrisiske tilstander, og når avstand til aktuelt sykehus er lang.

Luftambulansetjenesten HF har det overordnede driftsansvaret for luftambulansen i Norge, og helseforetakene har det medisinske ansvaret for tjenesten, herunder ansvaret for medisinsk faglig bemanning. Luftambulansetjenesten er et supplement til, og ikke en erstatning for, den øvrige akuttmedisinske beredskapen.

**Pasientreisekontorene** i helseforetakene har ansvaret for planlagte reiser til og fra medisinsk behandling. Dersom det foreligger medisinske eller trafikale grunner for dekket reise kan behandler eller pasientreisekontorene gi pasienten rekvisisjon for dette. Pasientreisekontorene står for planlegging og bestilling av reiser med rekvisisjon, og har sammen med Pasientreiser HF ansvar for saksbehandling og refusjon av Pasientreiser uten rekvisisjon.

Det er viktig at pasientreisereiser tjenester benyttes der det er mulig for å dekke det elektive transportoppdrag. I visse tilfeller rekvireres ambulanse til rene transportoppdrag, noe som er uheldig da det beslaglegger viktige ressurser som også er i beredskap.

Pasientreiser HF er et nasjonalt helseforetak som administrerer reiser uten rekvisisjon, og som yter juridisk bistand og opplæring, gjennomfører nasjonale prosjekter, og bidrar til harmonisering av regelverk og praksis i forvaltningen av Pasientreiser på nasjonalt nivå.



NOU «Først og fremst» 2015:17 beskriver behovet for at den akuttmedisinske kjede i økt grad samarbeider med frivillige organisasjoner, som f.eks. Røde Kors og Norsk Folkehjelp, for å sikre at pasienten får hjelp i rett tid, spesielt i områder hvor det er langt til nærmeste sykehus. Utredningen påpeker at forventede endringer i sykehusstruktur kan innebære flere oppgaver og økt ressursbruk i prehospitaltjenester, særlig for ambulansetjenesten. Tilstrekkelig kompetanse og kapasitet i ambulansetjenesten er en forutsetning for å kunne sikre riktig medisinsk beredskap i fremtiden.

Utredningen påpeker også at det er nødvendig å differensiere transportmidler i fremtiden, slik at pasienten mottar transport som er tilpasset behov og er i henhold til gjeldende forskrifter i Beste effektive omsorgsnivå (BEON). Dette vil føre til at totale ressurser utnyttes best mulig.

Vestre Viken og Sykehuset Innlandet har jobbet med «akutthjelpere/førsterespondenter» i kommunene, og avklaring av roller og ansvar. Det er i ulik grad inngått avtaler om beredskap og supplerings-tjeneste med frivillige organisasjoner i regionen, og enkelte steder er det praksis at brannvesenet fungerer som «akutthjelper/førsterespondent». Det pågår en utredning i regi av Direktoratet for sikkerhet og beredskap og Helsedirektoratet angående føringer for å formalisere en slik ordning.

«Akuttkjedeprosjektet i Telemark» i regi av Sykehuset Telemark arbeider med å standardisere akuttflyter (pasientforløp), med mål om at dette bidrar til tydeligere ansvarsfordeling, forventningsavklaring mellom aktørene, og raskere og enklere vei for pasient til riktig behandlingsnivå og -sted.

«Akuttkjedeprosjektet i Telemark» har hittil bestått av tre delprosjekter; «Pasientflyt», «Samhandling og kunnskapsutvikling» og «Dokumentasjon, kommunikasjon og triage». Fra 2018 er ett fjerde delprosjekt startet; «Implementering og pilot».

### **3.2.2. Kvalitet**

Det er gjennomført flere utredninger de senere årene som har kommet med tilrådninger knyttet til kvalitetsparametere og responstider i prehospitaltjenester. Tidsanbefalinger for akutte bilambulanseoppdrag ble først foreslått i «Hvis det haster... NOU 1998:9», [4]. Det ble fremmet forslag til prehospitalt responstidsmål for akutte oppdrag og hasteoppdrag, og det ble differensiert mellom tettbygde og grisgrendte strøk. Intensjonen var at målene etter hvert skulle bli til krav, men det har ikke vært politisk vilje til å sette slike krav eller å ta de økonomiske konsekvensene av disse.

NOU-en «Først og fremst» [5] fra 2015 opprettholder de anbefalte responstidene fra 1998 og disse er nå definert som nasjonale målsetninger og blir benyttet som en sentral kvalitetsindikator for ambulansetjenesten. Anbefalingen for responstider definert her er at 90% av befolkningen skal nås innen 12 minutter i tettbygde strøk og innen 25 minutter i grisgrendte strøk på akutte hendelser. Med responstid menes tid fra samtale kommer inn til AMK til første ambulanse er på stedet.

Både i Helse Sør-Øst RHF og i Sykehuset Telemark HF arbeides det systematisk med å sikre høy kvalitet og redusere variasjonen gjennom blant annet å utarbeide gode og standardiserte prosedyrer, og koordinere drift og utvikling. Bevissthet om kunnskapsgrunnlaget for medisinsk praksis er økende i helsetjenesten, og det er nødvendig at dette også gjelder innen akuttmedisinen og ambulansetjenesten.

I 2017 ble det gjennomført et regionalt arbeid i regi av Helse Sør-Øst RHF knyttet til videreutvikling og standardisering av kvalitetsindikatorer og virksomhetsstyring. Dette arbeidet tok utgangspunkt i allerede etablerte kvalitetsparametere, herunder parametere for hjertestans, brystmerter og FAST-

symptomer<sup>2</sup>, samt responstid i AMK-sentralene. Til tross for at mye er gjort, mangler vi fortsatt omforente systemer og prosedyrer som sikrer et felles og forpliktende standardiserings- og utviklingsarbeid, samt forvaltning av standardiserte løsninger, både regionalt og nasjonalt.

For å sikre kvalitet i de prehospitalene tjenestene i fremtiden må Helse Sør-Øst RHF og foretaket lykkes med en rekke faktorer som blant annet å nyttiggjøre ny teknologi, sikre innovasjon i tjenestene, sikre god ressursutnyttelse og organisering, samt øke samhandling, faglig utvikling og standardisering av tjenestene. Utvikling av felles styrings- og kvalitetsparametere for tjenesten er en sentral del av dette arbeidet.

Et tiltak som er satt på agendaen på regionalt nivå er arbeidet med felles Medisinsk Operativ Metodebok (MOM) i HELSE SØR-ØST der like prosedyrer og således standardisert behandling for alle ambulansetjenestene i HELSE SØR-ØST skal utarbeides og implementeres.

I tillegg til, og som et resultat av, ovenstående fokus på kvalitetsparametere har Helse Sør-Øst RHF intensivert arbeidet med å få etablert en felles elektronisk pasientjournal for ambulansetjenesten (A-EPJ). En bred arbeidsgruppe er nedsatt i et prosjekt ledet av Helse Sør-Øst. Prosjektet har som mål at et felles system skal være implementert innen utgangen av 2019. For å få felles og gode styringsdata er en A-EPJ viktig, da denne vil kunne gi ambulansetjenesten tilgang til et langt bedre sett med data for måling av kvalitetsindikatorer enn i dag. I tillegg vil man kunne sammenligne de ulike tjenestene innen Helse Sør-Øst som grunnlag for å drive utviklende kvalitetsarbeid.

Det er fortsatt noen uklarheter knyttet til hva som skal ligge til grunn for måling av responstider (jf. Akuttmedisinforskriften). Eksempelvis har tjenestene tradisjonelt målt prehospital responstid frem til første ambulans er på hendelsessted. De senere årene er det iverksatt flere type tiltak for raskere å nå frem til pasienten, og i den forbindelse har det fremkommet behov for at responstid defineres slik at det også omfatter en-redder enhet, akuttbil, legebil med flere. Dette er praksis i andre sammenliknbare land, eksempelvis England. Evidensbasert forskning [6] viser at ved akutte livstruende situasjoner bør hjelp som iverksetter livreddende tiltak skje innen senest 7 minutter. Med dagens løsninger synes det ikke realistisk å kunne gi tjenester av denne kvalitet over alt. Nasjonalt anbefalte responstider i Norge er satt til 12 minutter i tettbygd strøk og 25 minutter i griskrendt strøk.

Ved Sykehuset Telemark HF måles ambulansetjenesten på følgende kvalitetsindikatorer:

- Responstid; Ambulans når frem til pasient i...
  - 90% av alle akuttoppdrag innen 12 min i tettbygd strøk og 25 min i griskrendt strøk.
  - 90% av alle hasteoppdrag innen 25 min i tettbygd strøk og 40 min i griskrendt strøk
- Vitalparameter;
  - Måle pasientens vitalparametere i 90% av alle primæroppdrag. Vitalparametere som skal måles er respirasjonsfrekvens, puls, oksygenmetning, blodtrykk, temperatur og bevissthetsnivå

---

<sup>2</sup> FAST-symptomer: Slagord for å raskt avsløre symptomer på slag; Fjes – Arm – Språk - Tale

- Hjertestans
  - Vellykket gjenoppliving (ROSC<sup>3</sup>) utenfor sykehus og overlevelse etter 30 døgn
- FAST-kriterier fastsatt av AMK
  - Andel pasienter som har fått bekreftet FAST-symptomer av ambulanse, oppgitt hastegrad inn til sykehus, transporttid og median omsorgstid.
- Hjerteinfarkt (STEMI)
  - Diagnostisert i ambulanse (EKG tolket av lege)

### 3.2.3. Utdanning og kompetanse

Krav til kompetanse hos ambulanspersonell har de senere år økt vesentlig. Behovet for kvalifisert personell med «vurderingskompetanse» øker, da undersøkelse, diagnostisering og tidlig oppstart av behandling i økende grad vil skje utenfor sykehus. Nasjonalt har det blitt pekt på at tilstrekkelig mengdetrening er viktig for et likere erfaringsgrunnlag, og man bør derfor tilrettelegge for rotasjon mellom stasjoner med ulikt aktivitetsnivå.

Kravene til bemanning av ambulanser er forsterket i den nye Akuttmedisinforskriften [7] som ble vedtatt i 2015, med en overgangsordning til mai 2018. Innfrielse av kravene ble en utfordring for mange helseforetak i Norge og overgangsordningen er derfor forlenget til mai 2021. I forbindelse med dette er utdanningsløpet for ambulansfagarbeidere under revidering og det foreligger forslag om en økning i utdanningsløpet fra fire til fem år. I tillegg er innførsel av ny bachelor utdanning i paramedisin (paramedic) igangsatt ved enkelte høyskoler i landet, og noen høyskoler er i ferd med å tilby denne utdanningen som et deltidsstudium.

I Helse Sør-Øst har det siden 2014 pågått et prosjekt som har til hensikt å bedre transporten av psykisk ustabile pasienter, og sluttrapport for prosjektet leveres i 2018. Prosjektet har påpekt viktigheten av en kompetanseheving i prehospitaltjenester knyttet til problemstillinger innen psykiatri for å ivareta denne pasientgruppen best mulig.

I samarbeid med Sykehuset i Vestfold har Telemark vært en del av prosjektet «Verdig Vei Videre», et prosjekt som har satt kompetanseheving for aktørene som er involvert i transport av psykisk syke på agendaen. Her er det laget ulike verktøy som blant annet et start-kort for AMK<sup>4</sup>, BVC scoringsverktøy<sup>5</sup> for ambulansetjenesten, følgeskjema for pasient og kompetansehevingsprogram både som e-læringskurs og med bruk av spillteknologi.

Lederutvikling er også en svært viktig del av ambulansetjenestens fremtidsbilde. I NOU 2015:17 er et av akuttutvalgets forslag at: «Det må satses ytterligere på lederutdanning og lederutvikling i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus.»

---

<sup>3</sup> ROSC: Re-etablert egenrytme av ambulanspersonell

<sup>4</sup> AMK: Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral. Håndterer akuttmedisinsk nødmeldings- og kommunikasjonstjeneste

<sup>5</sup> BVC scoringsverktøy: Brøset Violence Checklist; korttids predikasjonsinstrument for voldelig adferd blant psykiatriske pasienter

Utvalgets ambisjon er en akuttmedisinsk tjeneste der alle aktører samarbeider om felles planlegging av framtidig ressursbruk og dimensjonering, og der det er høy bevissthet om utvikling av kompetanse og for å ta i bruk moderne teknologi og kunnskapsbasert praksis. Utvalget tror at den viktigste enkeltfaktoren for å oppnå dette er god ledelse i både kommuner og helseforetak på alle nivåer. Uten kompetente ledere blir ikke krav fra myndighetene implementert og uten ledelsesressurser er det lite rom for organisasjons- og fagutvikling, dialog og erfaringsinnhenting fra andre ledd i den akuttmedisinske kjeden.

Til tross for at helseforetakene over tid har jobbet mot økt grad av standardisering og reduserte ulikheter når det gjelder opplæring av ambulanspersonell, gjenstår det fremdeles arbeid med å få like kompetanse- og resertifiseringsordninger, eksempelvis lik opplæring og oppfølging av lærlinger, og like kompetansestiger, resertifiseringsordninger og hvordan man håndterer fysiske krav. Det er for øvrig stor vilje og motivasjon for videre arbeid med standardisering og gjennomføring av opplæring- og kompetanseplaner i Sykehuset Telemark.

#### **3.2.4. Økende spesialisering**

Dagens utvikling med økende grad av funksjonsfordeling mellom helseforetakene (f.eks. PCI-senter i Arendal og Oslo) påvirker den prehospitale akuttberedskapen ved at det kan bli lengre transportvei for visse tilstander til riktig behandlingssted.

Mangel på spesialister kan også gi uforutsigbar akuttberedskap ved mindre sykehus, som igjen kan gi prehospitalt tidstap dersom pasienten må omdirigeres til ny destinasjon eller annet sykehus for å få riktig behandling.

Oppsplittet akuttberedskap med ulike organspesialiteter fordelt på ulike sykehus kan også gi utfordringer for pasienter med sykdom/skade i flere organsystemer. Dette kan blant annet medføre økt behov for sekundærtransport mellom sykehusene og lengre transportvei for pasientene.

For å kunne opprettholde en adekvat akuttmedisinsk beredskap vil det være et særlig stort behov for at ambulansetjenesten dimensjoneres i forhold til disse endringer i øvrige deler av helsetjenesten og tilpasses den generelle utviklingen i oppdragsmengden. Det er viktig at de prehospitale tjenestene har innsikt i og kunnskap om det faktiske tjenestetilbudet i de enkelte sykehusenheter slik at pasienter alltid forsøkes sendt til riktig nivå.

Endringer i andre etater vil også påvirke den akuttmedisinske beredskapen, eks. politireform med større politidistrikter som kan medføre forsinket respons fra politiet ved ulykker og alvorlige hendelser, særlig i grisgrendte strøk.

#### **3.2.5. Teknologi og IKT**

Teknologi åpner for mange nye muligheter innen prehospitale tjenester, og det er ventet at det vil påvirke tjenestene, samhandlingen og aktivitetsnivået i stor grad i planperioden frem mot 2035. Den teknologiske endringen vil kunne drive utviklingen i retning av sentralisering av spesialisthelsetjenester, som gir lengre transportveier, samtidig som enklere og mer mobilt utstyr flytter tjenestene nærmere innbyggerne, som til legevakt, lokalmedisinske sentre eller hjem til pasienten, da gjerne via ambulansetjenesten.

Medisinsk og teknologisk forskning vil gi mer evidensbasert kunnskap som igjen får betydning for utviklingen av de prehospitale behandlingsmulighetene i fremtiden. Bruk av teknologiske løsninger

som hurtiganalyser, ultralyd, CT<sup>6</sup>, telekommunikasjon m.m. kan bidra til at pasienten i økt grad kan få raskere diagnostikk og at tidlig behandling kan startes allerede i ambulansen.

Som et eksempel på dette er ambulansetjenesten ved Sykehuset Telemark HF invitert med i et forskningsprosjekt av Sykehuset Sørlandet HF nå i 2018 med innføring av en infarktambulanse. I denne ambulansen skal det utføres ultralyd og hurtigtest av Troponin<sup>7</sup> på pasienter med hjerteinfarktsuspekterte symptomer uten endring på EKG<sup>8</sup>. Formålet med dette forskningsprosjektet er å tidlig avdekke hjerteinfarkt (NSTEMI<sup>9</sup>) og sørge for rask intervensjon på PCI senter. Forskningsprosjektet vil gi gode data for om det er tjenlig å benytte ultralyd prehospitalt av ambulansetjenesten.

En rekke prosjekter gjennomført de senere årene beskriver videre et behov for å anskaffe IKT-løsninger som legger grunnlaget for robuste systemer, dokumentasjon, god beslutningsstøtte og som muliggjør tilgang på relevante styringsdata i de prehospitaltjenestene.

RKL<sup>10</sup> i Helse Sør-Øst gjennomførte i perioden november 2017 til januar 2018 en konseptanalyse for anskaffelse av elektronisk ambulansejournal (A-EPJ) for helseforetakene i regionen. September 2018 skal kravspesifikasjon og anbudsdokument godkjennes av RKL og Fagrådet for prehospitaltjenester. Målsetningen for prosjektet er at A-EPJ allerede kan implementeres fra og med siste halvdel av 2019 og være ferdig implementert hos alle helseforetak innen 2021. Prosjektet legger stor vekt på at det skal benyttes «hyllevarer», med andre ord løsninger som allerede finnes på markedet og at systemet som velges må ha gode muligheter for integrasjon mot andre elektroniske journal og dokumentasjonsprogrammer som i dag benyttes av AMK, sykehus og kommunale helsetjenester, som eksempelvis AMIS, TransMed, Metavision, DIPS og InfoDoc. I tillegg skal en ny A-EPJ kunne høste data fra ambulansetjenesten sin multimonitor og eventuelt annet medisinteknisk utstyr.

De regionale helseforetakene er gjennom oppdragsdokumentet pålagt å sikre at det gjennomføres felles anskaffelser av nye IKT-løsninger ved AMK-sentralene (jf. protokoll fra foretaksmøtet mellom HOD<sup>11</sup> og de regionale helseforetakene 2015). Det nasjonale prosjektet «Ny teknologi AMK», gjennomført i regi av NIKT<sup>12</sup>, ble stoppet i 2017 med en hovedbegrunnelse om at prosjektet stod overfor høy kompleksitet og risiko. Det avventes nærmere føringer knyttet til en nasjonal anskaffelse av IKT-løsninger til AMK-sentralene på kort og lang sikt og Helse Vest har fått oppdraget med å utarbeide en konseptanalyse.

Nødnettet, driftet av HDO HF<sup>13</sup>, tilrettelegger for bedret samhandling internt i den akuttmedisinske kjede og med de andre nødnettene [8]. Det gjør at helsepersonell i vakt er mer tilgjengelige og kan

---

<sup>6</sup> CT: Computertomografi; radiologisk undersøkelsesmetode for snittfotografering

<sup>7</sup> Troponin: Brukes som biomarkører i diagnostikken av ischemisk (tette kar) hjertesykdom.

<sup>8</sup> EKG: Elektrokardiogram; en grafisk fremstilling laget av et apparat som registrerer hjertets elektriske aktivitet

<sup>9</sup> NSTEMI: er hjerteinfarkt som ikke vises på EKG

<sup>10</sup> RKL: Program for Regional klinisk løsning

<sup>11</sup> HOD: Helse og omsorgsdepartementet

<sup>12</sup> NIKT: Nasjonal informasjons og kommunikasjons teknologi

<sup>13</sup> HDO: Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett

bistå som aktive ressurser. Varsling og koordinering av personellressurser er enklere og mer oversiktlig, felles talegrupper gjør det enklere å samvirke, og nødnett gir bedre sikkerhet for pasienter og personell. Nødnettet vil måtte utvikles ytterligere for å møte den teknologiske utviklingen som kommer.

Generell utvikling i telemedisin, velferdsteknologi, automatiserte systemer for varsling ved sykdom, samt nye måter å kommunisere med AMK på, vil påvirke utviklingen av prehospitaltjenester i fremtiden. Denne utviklingen går svært fort, og ettersom det ikke er mulig å forutse konsekvensene, kan det være hensiktsmessig å inngå partnerskap med leverandører og/eller forskningsmiljøer som sikrer de nødvendige produktene i dag, og samtidig bidrar til fremtidig innovasjon. En annen fremgangsmåte for å sikre innovasjon kan være å gå fra å investere i teknologi, til å abonnere på teknologi, en utvikling vi ser på mange fronter i samfunnet i dag.

### **3.2.6. Større legevaktdistrikter**

I Telemark er det flere ulike konstellasjoner og organisatoriske modeller for drift av legevakt. De senere årene har enkelte legevakter slått seg sammen til større interkommunale legevakter, som i Øst-Telemark, der Notodden interkommunale legevakt dekker kommunene Notodden, Bø, Sauherad og Hjartdal, og i tillegg har ansvar for telefontjeneste for kommunene Seljord og Kviteseid på natt. For øvrig er det flere legevakter som dekker en eller to kommuner. Legevaktene er ulikt organisert, med ulike åpningstider og til dels store variasjoner i hvilket medisinsk teknisk og diagnostisk utstyr som er tilgjengelig.

For ambulansetjenesten betyr variasjonene i legevaktstrukturen ulikheter i pasientforløpene. Det er også ulik reiseavstand til nærmeste legevakslege.

Som en del av en langsiktig ambulanseplan vil ulike samarbeidsløsninger mellom helseforetak og kommuner for drift av legevaktbil være interessant. Flere steder i landet vises det til suksess der ambulansetjeneste og legevakt har inngått samarbeid om bemanning og drift av slike ressurser og flere steder kan det vises til reduksjon i antall transportoppdrag inn til sykehus ved at lege rykker ut til pasient. Ved bruk av legevaktbil får pasienten raskere avklart diagnose, hastegrad blir vurdert og mange pasienter kan unngå unødvendig transport til legevakt eller sykehus.

Det er ved enkelte legevakter i Telemark allerede anskaffet uniformerte legevaktbiler (ikke utrykningsbiler) som bemannes av legevakslege etter behov. Dersom et samarbeid opprettes med ambulansetjenesten kan legevaktbilen også benyttes som utrykningskjøretøy og man vil kunne benytte AMK sine verktøy til flåtestyring. Bilen til utrykning krever at sjåfør har de nødvendige sertifikatene. Vi har foreløpig ingen slike legevaktbiler i Telemark.



### 3.2.7. Riktig kjøretøy til riktig pasient

Aktiviteten i de prehospitalene tjenestene i Helse Sør-Øst har de senere årene hatt en årlig gjennomsnittlig økning på 3–4 %. Dette skyldes blant annet endringer i demografi, endringer i behandlingslinjer, kortere liggetid på sykehus, endring i legevaktorganisering og økte forventninger i befolkningen. Dette gjelder også for Telemark og er en utvikling som forventes å vedvare.

For å sikre tilgjengelige kjøretøy til akutte oppdrag og god utnyttelse av samlede ressurser, har det over tid blitt etablert differensierte transportmidler for å sikre pasientene et godt og effektivt tilbud. I tillegg til taxi og bruk av ordinære ambulanser, er det blant annet tatt i bruk to-båreambulanser, Helseekspresser og rullestolbiler [8]. I de senere årene er dette transporttilbudet blitt utvidet med sykestransportbiler (hvite biler) i flere av helseforetakene. Oslo og Akershus har også etablert en-redder tjenester i fast beredskap som rykker ut og iverksetter behandling og stabilisering i påvente av ambulansetransport. Andre helseforetak har etablert tilsvarende tilbud som brukes ved spesielle arrangementer.

Helse Sør-Øst har plassert ansvaret for koordinering av luftambulansetjenesten i hele regionen til AMK Oslo. Dette har medført at det er enklere å få oversikt over samlede ressurser på tvers av helseforetakenes grenser, med større fokus på «Flight Following»-funksjon, dvs. der helikoptrene hele tiden følges. Dette gir større grad av koordinering etter prinsippet «nærmeste ressurs», og resultatet er en mer likeverdig tilgang til ambulanshelikopter i regionen.

Sykehuset Telemark HF var representert i prosjektet «Optimal ressursutnyttelse» i regi av Helse Sør-Øst der man vurderte ulik bruk av de forskjellige ressursene de prehospitalene tjenestene samlet sett har tilgjengelig.

Sett fra et kostnadsperspektiv har det stor betydning at man velger riktig kjøretøy til riktig pasient;



\*Det er svært store forskjeller på transportkostnader i og mellom helseforetak i Helse Sør-Øst grunnet blant annet store ulikheter i avstander og antall oppdrag per bil per døgn. Prosjektet har her valgt å skissere dette ved hjelp av et kostnadsoverslag fra OUS, og kostnadene bør oppdateres med lokale kostnader ved bruk i andre helseforetak  
 \*\*I tillegg kommer kjøp av luftambulansetjenester og drift av infrastruktur til nødmeldtjenesten, samt drift av de felleseide selskapene (Luftambulansetjenesten HF, Pasientreiser HF og HDO)

Figur 1 - Kostnadsbilde av differensierte transportressurser

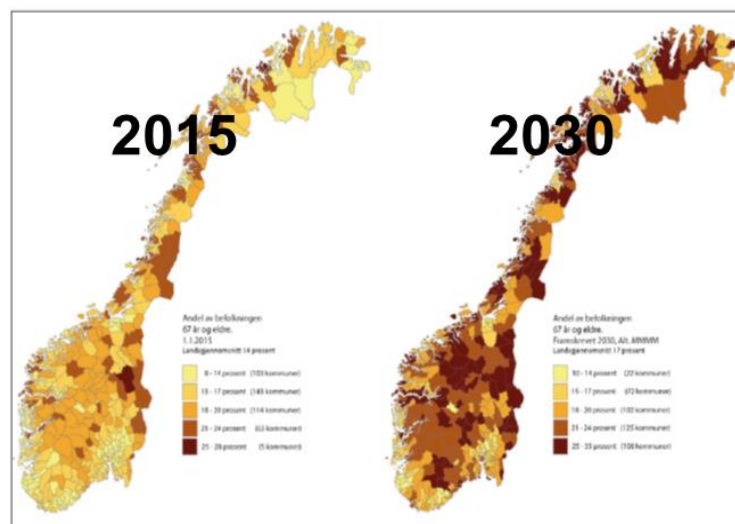
### 3.2.8. Demografisk utvikling og sykdomspanorama i Telemark

I følge befolkningsframskrivingene til Statistisk Sentralbyrå (SSB) legges det til grunn en befolkningsøkning i Telemark på omtrent 20 000 personer de neste 25 årene – fra 172 500 personer i 2016 til 192 200 personer i 2040. Den største veksten vil skje i aldersgruppen >67 år, og i 2040 vil denne gruppen utgjøre nærmere 20% av befolkningen i Telemark. Økt bevissthet rundt forebygging av sykdom med bedre kosthold, trening og fysisk aktivitet, sammen med utvikling i behandlingsmetoder og medisiner, øker i sum den gjennomsnittlige levetiden.

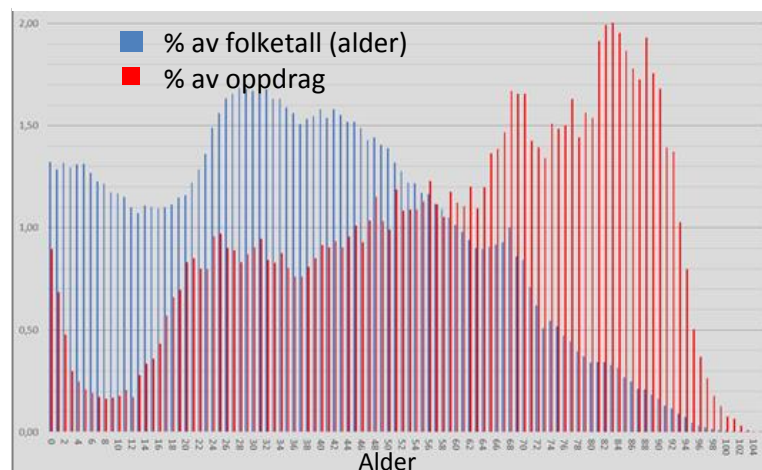
Den demografiske utviklingen påvirker sykdomsbildet og forekomsten av ulike lidelser. Eldre rammes i større grad av hjerte- og karlidelser, og det er også en sterk sammenheng mellom økt alder og kreftsykdom. Til tross for at flere kan bli friske av behandling, vil flere personer leve lenge med kroniske lidelser, kreft og/eller senskader etter alvorlig sykdom. Folk i yrkesaktiv alder rammes oftere av muskel- og skjelettlidelser, og yngre aldersgrupper vil ha økning i behov for rusbehandling og psykisk helsehjelp.

Trenden med sentralisering antas å fortsette, og SSB estimerer at det er særlig utkant-kommunene i Telemark som vil få den høyeste andelen eldre. Data viser at denne aldersgruppen har omtrent fem ganger høyere forbruk av sykehustjenester enn yngre aldersgrupper [5] og de har et vesentlig høyere forbruk av ambulansetjenesten (jf. figur 2 [9]).

Dette vil øke behovet for helsetjenester, inkludert akuttmedisinske tjenester de kommende årene.



Figur 2: Andel av befolkningen som er 67 år og eldre i henholdsvis 2015 og 2030 (dess mørkere farge indikerer høyere andel)



Figur 3: Prosentvis fordeling av folketall (alder) og oppdrag i Norge i 2014

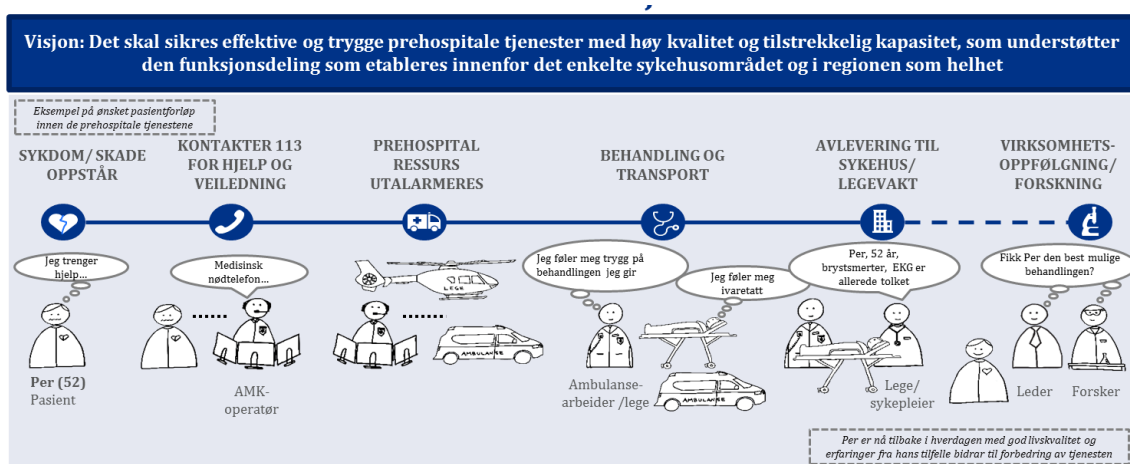


## 4. Mål og evalueringskriterier for prehospitaler tjenester i Telemark

### 4.1. Overordnet målbilde

Det overordnede målet er å sikre innbyggerne i Telemark gode prehospitaler tjenester ved å sørge for god beredskap, riktig bruk av ressurser, høy kompetanse og fremtidsrettet behandling i tråd med lover og forskrifter.

Sykehuset Telemark har valgt å følge det samme målbildet for prehospitaler tjenester som er definert i Helse Sør-Østs regionale Utviklingsplan [1].



Målene for prehospitaler tjenester i Helse Sør-Øst er

HELSE SØR-ØST

- 1** Pasientene mottar rask og riktig helsehjelp
- 2** Helsepersonellet innehar nødvendig kompetanse
- 3** Det sikres riktig og kostnadseffektiv ressursbruk
- 4** Den akuttmedisinske kjeden er standardisert, sammenhengende og velfungerende
- 5** Tjenestene understøttes av formålstjenlige og velfungerende IKT-løsninger



Hjulgående ambulanse



Luftambulanse (helikopter eller fly)

Den følgende «Ambulanseplan 2035» for Sykehuset Telemark legger til rette for at disse hovedmålene skal nås.

## 4.1. Evalueringskriterier

For valg av anbefalinger har Sykehuset Telemark lagt følgende evalueringskriterier og konkrete delmål til grunn:

Evalueringskriterier - Ambulanseplan 2035				
Evalueringskriterie	PRI	Delmål spesifisert	Måltall	Tiltak
God kvalitet, pasientsikkerhet og likeverdig tilbud	1	Måling av vitale parametere på alle primæroppdrag (Respirasjonsfrekvens, SaO <sub>2</sub> , BT syst., Puls, GCS og temperatur)	Måles i 90 % av alle primæroppdrag	Inkludert i pasientsikkerhetsprogrammet og "Tidlig oppdagelse av alvorlig tilstand"
	1	Følge standardiserte forløp	30 pasientforløp implementert (akuttkjedeprojektet)	Implementere nasjonale veiledere og felles behandlingsalgoritmer
	1	Skåring på kvalitetsindikatorer - Hjerneslag - Hjerteinfarkt - Hjertestans - Infeksjon - Traume	Være blant de 1/3 beste i landet	Sørge for god opplæring, riktig utstyr og kvalitetssikret dokumentasjon
	2	Implementere elektronisk pasientjournal (EPJ)	Implementert EPJ innen 2020	Implementere regional løsning
				Integrasjon relevante IKT-systemer (inkl. kommunale systemer)
	3	Bidra til nasjonale og regionale kvalitetsindikatorer og målinger	100% leveranse på data	Levere data til nasjonale og regionale kvalitetsindikatorer
God tilgjengelighet	1	Responstid tettbygget strøk innen 12 min for akutte oppdrag (Responstid bør måles fra første helseressurs)	90% av oppdrag innen 12 min	Godt samarbeid med AMK. Dynamisk styring av ressurser
	1	Responstid grisorgrindt strøk innen 25 min for akutte oppdrag (Responstid bør måles fra første helseressurs)	90% av oppdrag innen 25 min	Godt samarbeid med AMK. Dynamisk styring av ressurser
Faglig og organisasjonsmessig styrke	1	Oppfylle nasjonale krav til bemanning	Oppfylle krav ihht Akutforskriften	Riktig bemanning av hver bil og riktig kompetanse
	1	Riktig kompetanse	Definert kompetanse til riktig behandlingsnivå  Til enhver tid sørge for at Sykehuset Telemark følger kravene til kompetanse i Akutforskriften	Definere interne kompetansekrav/intern kompetansestige for de ulike behandlingslinjene i ambulanse  Definere interne kompetansekrav/intern kompetansestige for ulike transporttyper ("Riktig kjøretøy til riktig pasient")
				Etablere egen utdanning for innsatsleder helse
				Jobbe på tvers / fleksibilitet / mengdetrening
	2	Fysiske krav		Vurdere innføring av krav/fast frekvens
2	Samhandling i akuttkjeden	4 samvirkekurs gjennomført per år	Samhandling/samøving/ felles opplæring med nødetat, legevakt, ol.	

Evalueringkriterier - Ambulanseplan 2035				
Evalueringskriterie	PRI	Delmål spesifisert	Måltall	Tiltak
			Godkjent arrangør av akuttmedisinkurs for legevaktpersonell	
	3	Sikre rekruttering	Minimum 15 lære/praksisplasser årlig	Vurdere fremtidig behov / riktig antall praksisplasser fra et rekrutteringsperspektiv
				Omdømmebygging Samarbeid med høyskolen om utdanning
God kapasitetsutnyttelse	1	Tilstrekkelig beredskap	Ambulanse opptatt med oppdrag i maks maks 55% av tiden	Evt. utplassering av bil samlokalisert med legevakt. Felles finansiering
				Justere antall biler til kapasitetsmål
	1	Beredskap i hht årstidsvariabler	Tilstrekkelig beredskap der pasienten er (og ikke bor)	Dynamisk plassering av biler i ukedag/helg/ferie
	2	Riktig transportmiddel	Riktig kjøretøy til riktig pasient	Benytte bæreplasser på Helseekspress Opprette syketransportbil i Grenland og på Notodden. Gjerne i samarbeid med pasientreiser for optimal bruk
	2	Riktig bruk av spesialisthelsetjenesten	Redusert andel V2 turer med bruk av ambulanse med 80% (V2: Transportoppdrag av pasient som ikke krever overvåking / behandling i ambulanse)	Krav til kommunalberedskap Samarbeid med kommunalhelsetjenesten
Bærekraft, ressursutnyttelse og økonomi	2	Aktivitetsstyrt beredskap	Innfri responstider	Aktivitetsstyrt ambulansesstruktur i Telemark
				Innføring av god ressursstyring
				Riktig ledelsesstruktur og bygge ledelseskompetanse
	2	Drift innenfor økonomiske rammer for prehospitale tjenester	Økonomi i balanse	Tilpasse ambulansesstruktur i Telemark innenfor forsvarlige responstider
			Vurdere eie eller leie av ambulansestasjoner	
			Fakturering av 500 turer 6.000 kr med ambulanse 4.000 kr med hvit ambulanse	Fakturering av interkommunale V2 transportoppdrag
			Forutsigbar utskiftning av ambulanser	Vurdere eie eller leasing av ambulanser
Bygningsmessig tilstand, egnethet og kostnader for vedlikehold	3		Oppfylle HMS krav	Evt. utplassering av bil - Samlokalisering med legevakt eller brann og politi?

## 5. Dagens situasjon

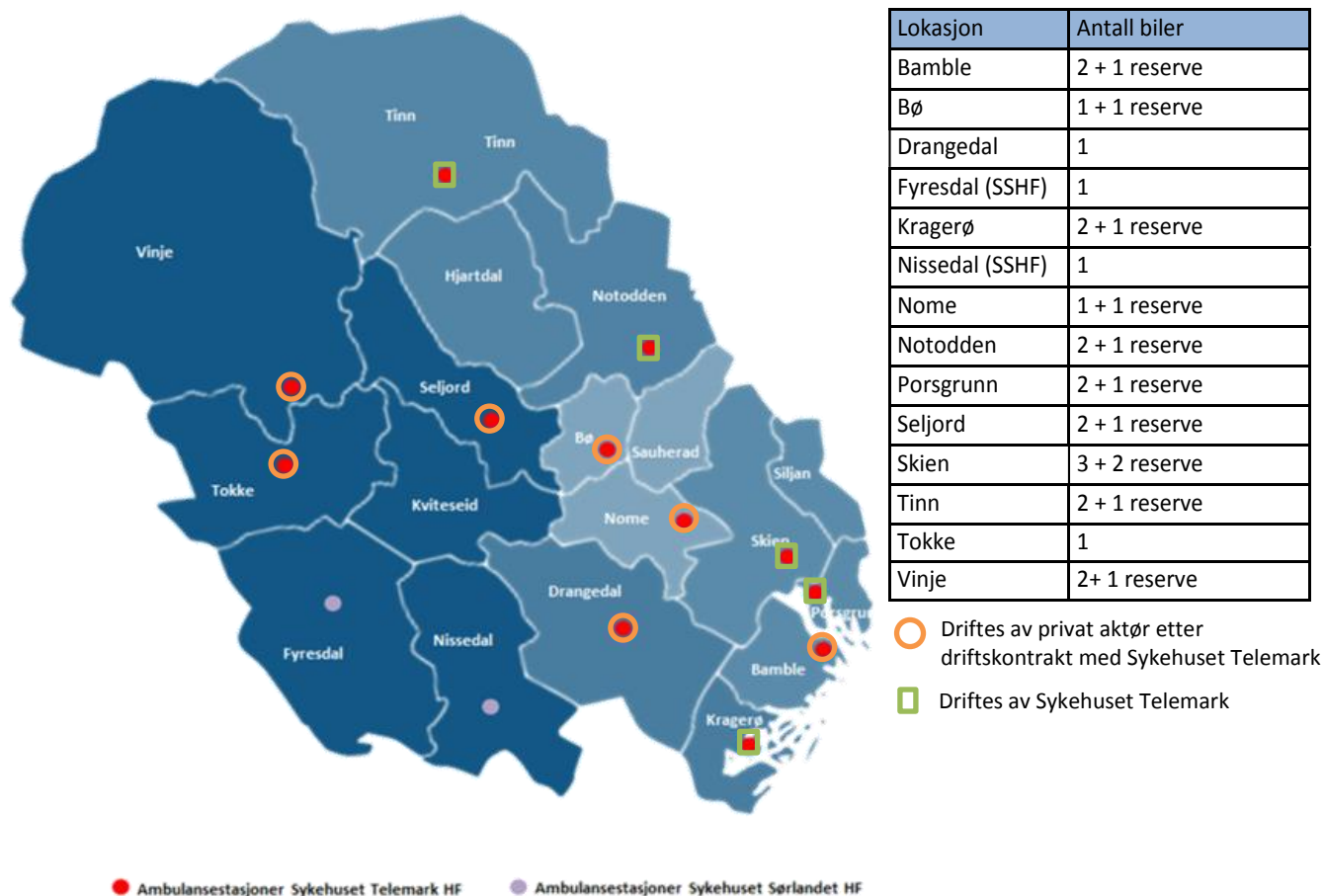
### 5.1. Dagens struktur av prehospitaler tjenester i Telemark

Sykehuset Telemark sørger for spesialisthelsetjenester til Telemarks 173 000 innbyggere. Sykehuset Telemark har ansvar for de prehospitaler tjenestene i Telemark, samt Pasientreiser.

Ambulansetjenesten i Telemark består av 12 ambulansestasjoner med totalt 21 bilambulanser, 2 «lette» kjøretøy til utrykningsopplæring og 1 spesialambulans til opplæring. På dagtid er 21 ambulanser i drift, på natt er det 17 ambulanser. I tillegg er det 12 ambulansbiler i reserve. Ut over dette har Pasientreiser 3 Helseekspresser (busser med 2 båreplasser). Pasientreiser er en egen avdeling organisert under klinikk for Service og systemledelse ved Sykehuset Telemark HF

AMK (nødmeldetjenesten) er felles med Vestfold og den er underlagt Prehospital klinikk ved Sykehuset i Vestfold. AMK tjenesten for Telemark leveres etter avtale mellom Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Telemark.

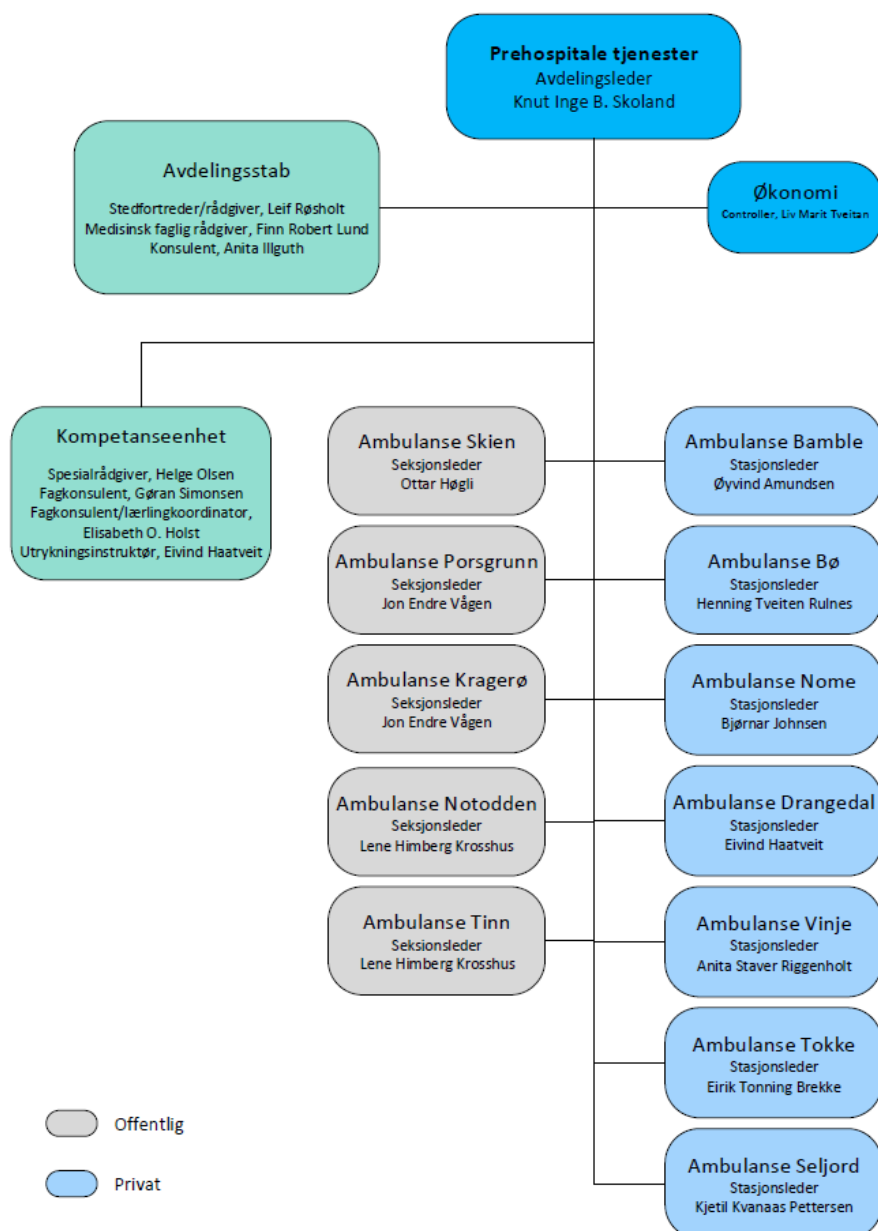
Dagens ambulansestasjoner i Telemark er lokalisert som vist på kartet:



## 5.2. Organisering

De prehospitaltjenestene i Telemark er i dag organisert som en del av Sykehuset Telemark HF og ligger inn under Akutt- og beredskapsklinikken. Prehospitaltjenester betegnes ofte som en «halvannenlinjetjeneste», det vil si i grensesnittet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, men organisert til sistnevnte.

Avdeling for Prehospitaltjenester er delt inn i fem seksjoner (de offentlige ambulansestasjonene) i tillegg til avdelingsstab og kompetanseenhet. De syv resterende stasjonene er drevet av private utøvere etter driftskontrakt med Sykehuset Telemark.

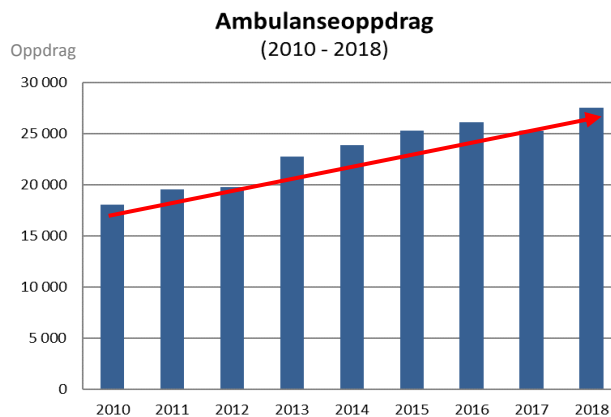


Sykehuset Vestfold HF dekker i dag AMK-tjenester for Telemark, samtidig som Telemark har ansvar for Pasientreiser i Telemark og Vestfold. Ved Sykehuset Telemark er Pasientreiser organisert i Klinikk for Service og systemledelse.

### 5.3. Aktivitet, ressursutnyttelse og beredskap

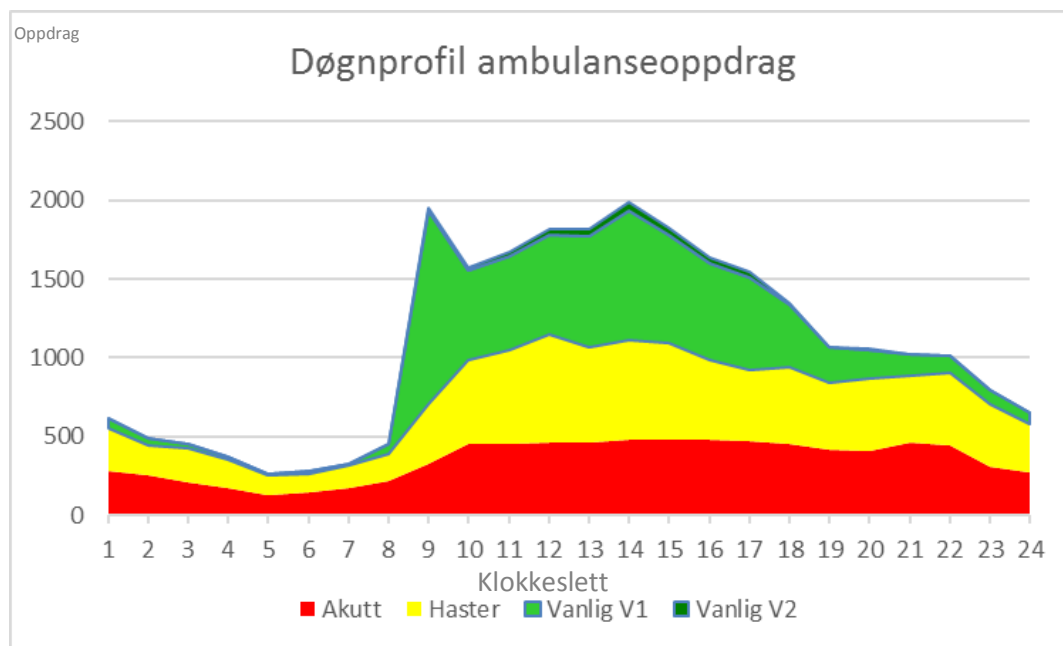
Fra 2010 og til og med 2018 har antall ambulanseoppdrag i Telemark økt med over 45%, en gjennomsnittlig vekst på 5% hvert år. I 2018 var det en vekst i antall oppdrag på 6% i forhold til 2017, og veksten er fordelt utover stort sett hele fylket, men størst i antall i de mest befolkede områdene.

Denne veksten er frem til nå håndtert uten særlig endring i kapasitet, bortsett fra en økning i beredskapen i Vinje og Tinn i 2015 i forbindelse med nedlegging av akuttmottaket ved Rjukan sykehus. I Vinje og Tinn var det en døgnambulanses og en dagambulanses stasjonert i hhv. Åmot og Rjukan før nedleggingen og begge disse dagambulanses ble som et tiltak oppgradert til døgnambulanses, slik at begge stedene per nå har to døgnambulanses.



Økningen av kapasitet som ble foretatt i 2015 har ikke avhjulpet kapasitetsutfordringen som vi nå står ovenfor siden aktiviteten i all hovedsak skjer på dagtid. Et viktig tiltak for å opprettholde forsvarlig beredskap er aktiv flåtestyring fra AMK. Daglig flyttes beredskap i hele fylket og denne trenden er økende i takt med oppdragsutviklingen. I 2018 flyttet AMK beredskap 1663 ganger, en økning på 11% fra 2017.

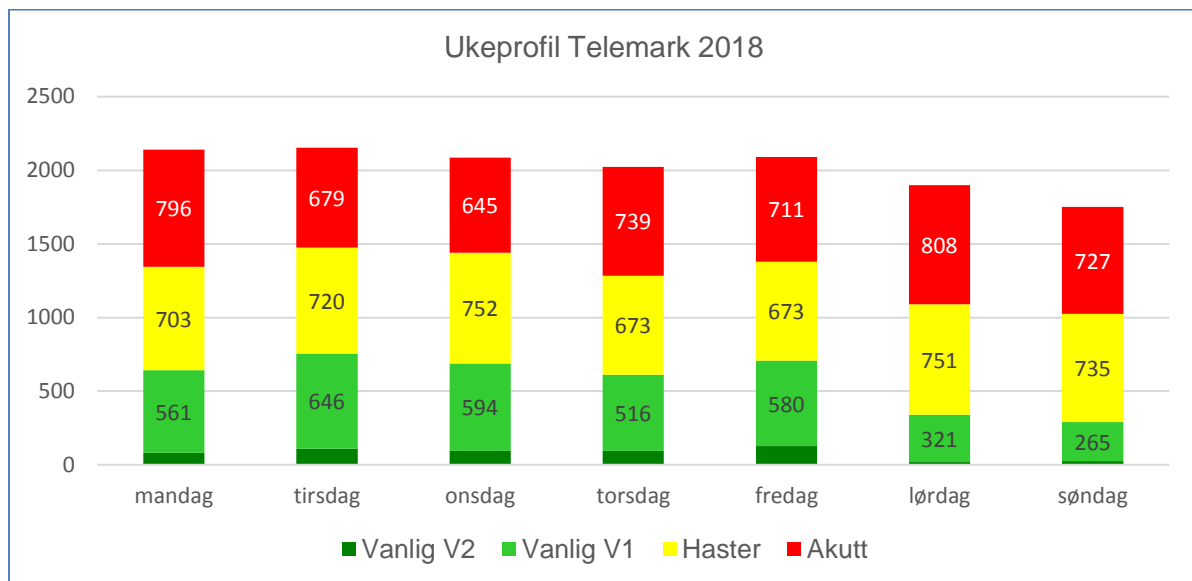
Døgnprofilen for ambulanseoppdrag i Telemark viser høy aktivitet på dagtid, særlig i tidsrommet 08.00 – 19.00 og deretter avtar den utover kvelden med relativt lav aktivitet på natt i tidsrommet 24.00 – 08.00.



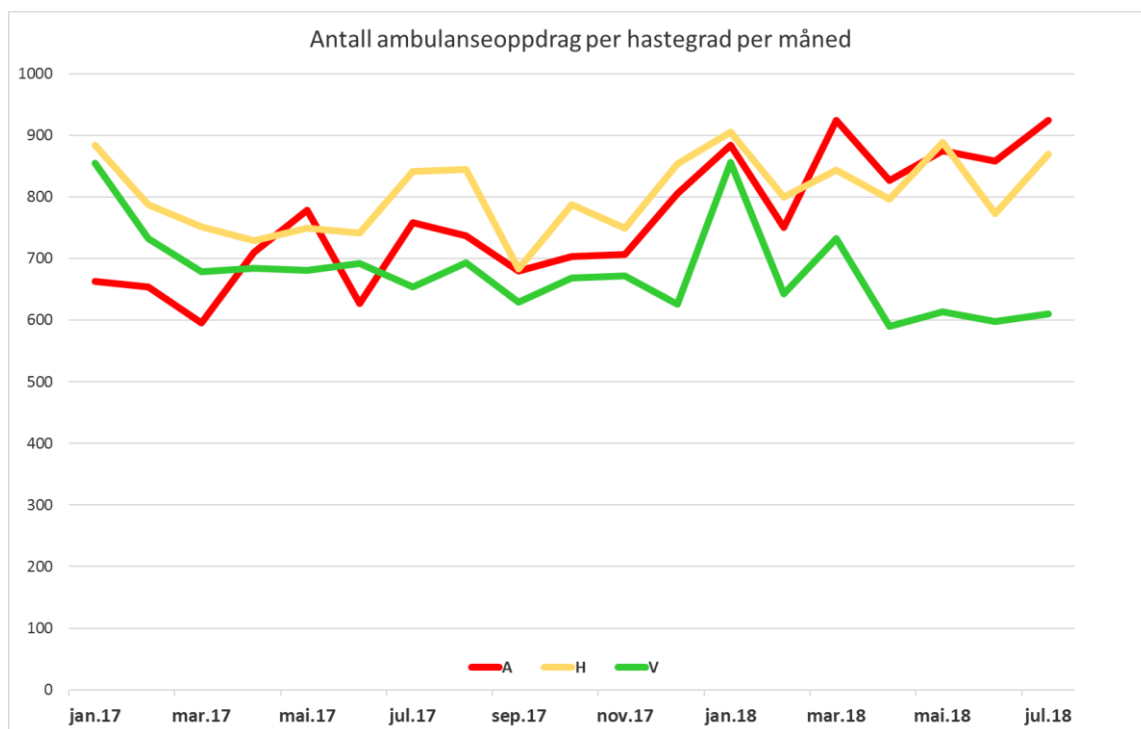
*Vanlig V1: Transportoppdrag av pasient som krever overvåking eller behandling i ambulanses*

*Vanlig V2: Transportoppdrag av pasient som ikke krever overvåking eller behandling i ambulanses*

Ukeprofilen for ambulanseoppdrag i Telemark viser høyest aktivitet på ukedagene, deretter avtar den noe på lørdag og den er lavest på søndag.



Det er størst vekst i oppdragene som ligger i kategoriene akuttoppdrag (røde) og hasteoppdrag (gule). Dette ser man i sammenheng med at antallet henvendelser til nødnummer 113 også øker fra publikum, pasienter og pårørende. Oppdragene generer ambulansetransport, men flere av disse pasientene blir avklart på legevakt og/eller hos fastlege og legges ikke inn på sykehus i det hele tatt.



Døgnprofilen fordelt på hver enkelt ambulans viser videre når på døgnet de er mest opptatt og når det er utfordrende å sørge for en forsvarlig beredskap. Det er ingen nasjonale krav eller grenser for når en ambulans er for mye opptatt i forhold til å ha en forsvarlig beredskap. I Danmark har de arbeidet etter en modell som sier at dersom ambulansen er opptatt mer enn 55% av tiden sin så er sannsynligheten for samtidighetskonflikter for høy og dermed er beredskapen svekket. Dette er så langt STHF har funnet den beste beregningsmodellen for å synliggjøre hvordan høy oppdragsmengde utfordrer forsvarlig beredskap. Sykehuset i Vestfold arbeider med et forskningsprosjekt som utvikler et verktøy for beregning av kapasitet og plassering av ambulanser. Når dette er ferdigstilt vil det gi ambulansetjenesten i hele landet et godt verktøy for planlegging.

Tabellen nedenfor viser dagens antall oppdrag per ambulansene, fordelt på døgnetimer. Når en ambulans er opptatt mer enn 55% av tiden er ruten farget rød og økning av ressurser bør vurderes. Tabellen viser at det i dag er begynnende kapasitetsutfordringer i Grenland, særlig på ettermiddag. Ambulansekapasiteten må derimot ses i sin helhet innenfor en region da disse har mulighet til å dekke opp for hverandre. God flåtestyring fra AMK i regionen vil derfor være sentralt. Oppdrag gis alltid til nærmeste bil. Dersom behovet er stort i ett område kan AMK velge å flytte flere ambulanser til dette området de tider på døgnet det er behov for det.

**Tabell 1 Døgnprofil fordelt per ambulans – fargegradert etter tilgjengelig kapasitet**

Antall oppdrag per påbegynte klokke

2018		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	Totalsum
Stasjon	ID																									
Skien	811	117	77	81	69	49	45	60	61	196	149	136	154	168	170	159	161	155	193	156	138	150	164	117	125	3 051
Skien	813	3	4	9	17	1	1	9	27	171	118	113	114	121	144	135	163	117	124	93	78	61	12	4	3	1 642
Skien	815	0	0	0	0	0	0	1	11	115	88	100	102	109	105	107	101	77	34	4	0	0	0	0	0	951
Porsgrunn	821	92	71	56	59	41	37	44	61	171	173	146	179	177	182	246	190	229	195	166	134	161	172	119	109	3 208
Porsgrunn	822	101	81	75	57	41	29	36	44	95	125	166	182	178	176	178	165	190	194	134	132	125	124	141	88	2 858
Bamble	831	56	37	41	31	18	29	25	35	275	106	78	103	107	105	101	113	155	103	93	78	100	80	77	56	2 003
Bamble	835	0	1	0	0	0	1	0	25	56	69	79	70	69	134	64	32	9	0	0	0	0	0	1	1	611
Drangedal	841	14	10	10	15	7	5	11	8	25	49	69	77	78	54	75	61	39	35	34	37	27	27	28	27	821
Kragerø	842	31	29	33	23	12	11	26	23	49	76	76	111	80	96	92	103	95	70	68	51	72	65	43	39	1 373
Kragerø	845	0	0	0	0	0	0	0	24	105	55	47	60	69	79	60	38	38	29	20	9	8	3	0	0	645
Nome	851	32	18	18	15	12	14	17	10	41	59	77	83	78	71	86	90	61	43	54	26	70	42	34	24	1 075
Bæ	852	45	28	23	20	12	13	22	31	65	89	96	111	95	99	96	108	81	70	54	85	64	69	55	35	1 468
Seljord	861	16	11	11	12	3	12	9	10	36	48	54	82	57	105	77	39	57	38	28	50	38	38	26	39	896
Seljord	862	15	10	12	6	12	17	12	8	38	53	40	50	54	62	59	55	48	43	32	48	37	29	29	13	785
Tokke	871	7	8	4	8	6	5	3	9	23	16	24	23	20	30	46	28	25	21	11	14	15	12	10	12	381
Vinje	872	6	12	11	17	4	9	7	7	23	28	55	40	47	61	51	32	68	21	32	24	18	20	15	10	618
Vinje	873	11	12	9	5	4	9	3	9	14	23	49	41	38	38	67	45	42	33	20	31	23	23	20	13	582
Notodden	881	36	30	23	18	13	20	18	42	117	117	117	100	109	113	95	125	96	93	94	61	46	60	42	33	1 619
Notodden	882	20	42	23	18	10	22	20	20	233	73	63	77	76	79	108	108	79	77	56	74	59	56	35	36	1 470
Rjukan	891	15	10	14	8	4	4	7	13	56	53	54	64	61	84	45	57	41	36	24	33	22	17	25	21	770
Rjukan	892	12	12	12	6	3	3	10	8	49	40	36	59	61	64	51	40	47	32	17	31	36	22	16	14	682
		631	503	464	405	250	287	339	486	1 960	1 606	1 679	1 881	1 854	2 053	1 997	1 854	1 750	1 484	1 192	1 134	1 134	1 032	837	699	27 510
		<40%	40-50%	50-55%	>55%																					
		>146	146-183	183-201	>201																					



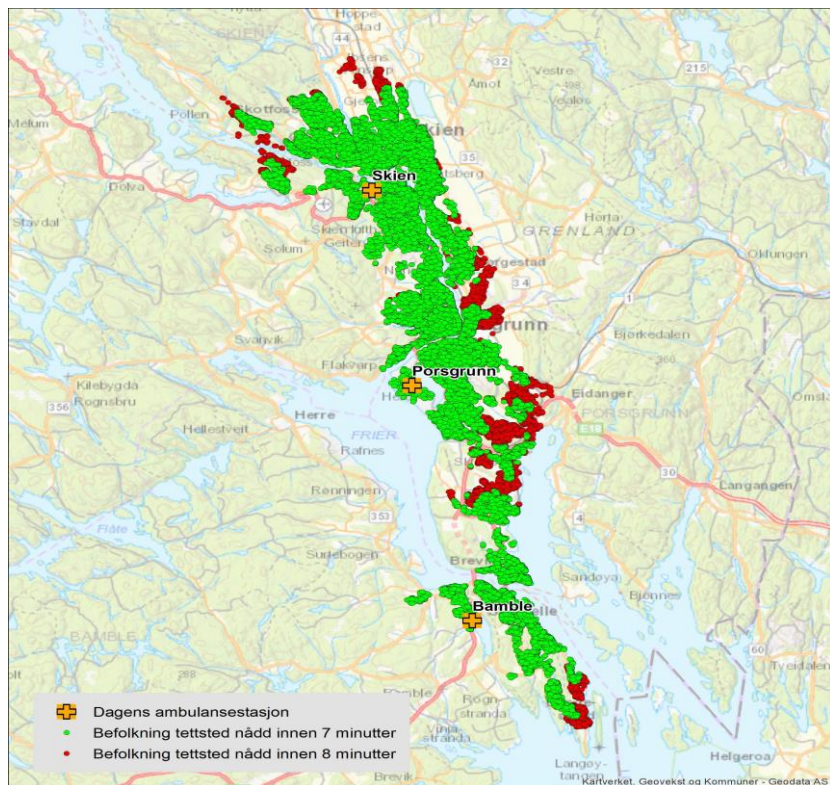
Geografien i Telemark med lange avstander gjør det krevende å nå opp til anbefalte responstider når man ser på hver enkelt kommune. Samlet for Telemark ligger vi i øvre halvdel av nasjonal måloppnåelse.

Dagens dekning etter anbefaling i forskrift

<b>Grisgrendt, 25 minutter</b>	<b>Antall personer</b>	<b>% *</b>
Ja, nås innen 25 min	62 412	87,40 %
Nei, nås ikke innen 25 min	8 980	12,60 %
Sum	71 392	
<b>Tettsted aktuell, 12 minutter</b>	<b>Antall personer</b>	<b>% *</b>
Ja, nås innen 12 minutter	88 266	87 %
Nei, nås ikke innen 12 min	13 223	13 %
Sum	101 490	
<b>Alle tettsteder</b>	<b>Antall personer</b>	<b>% *</b>
Ja, nås innen 12 minutter	110 460	82,90 %
Nei, nås ikke innen 12 min	22 771	17,10 %
Sum	133 230	

<b>Hvis 35% opptatt</b>	<b>Hvis 50% opptatt</b>
56,81 %	43,70 %
43,19 %	56,30 %
<b>Hvis 35% opptatt</b>	<b>Hvis 50% opptatt</b>
56,55 %	43,50 %
43,45 %	56,50 %
<b>Hvis 35% opptatt</b>	<b>Hvis 50% opptatt</b>
53,89 %	41,45 %
46,12 %	58,55 %

\*= basert på minst 1 ledig ambulanse på hver stasjon



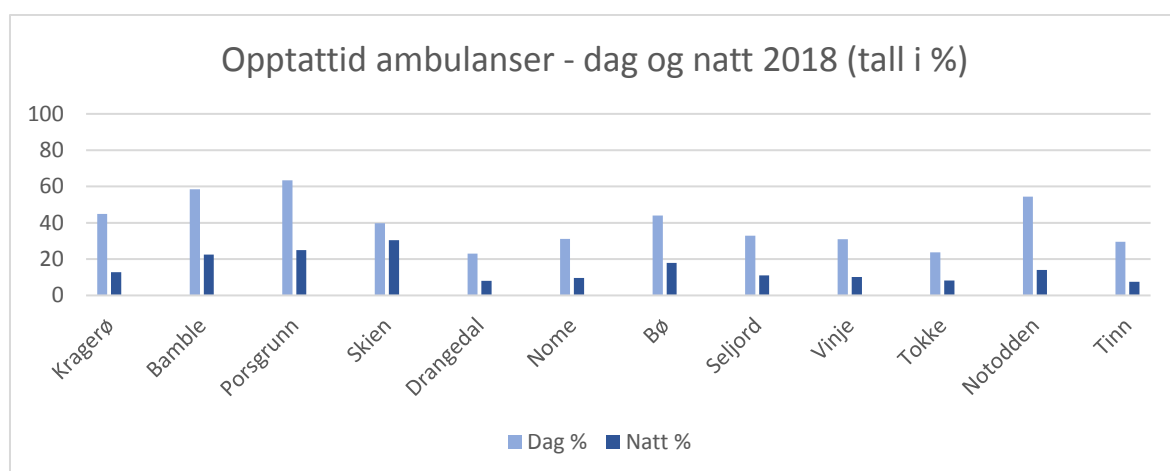
Kartet viser dagens dekning etter anbefalinger i forskrift i Grenland

Tabellen under viser responstid per kommune i Telemark. Hovedutfordringen er primært lange avstander og ikke nødvendigvis manglende kapasitet (se figur **Figur 4 Opptattid ambulanser, % av tiden i beredskap**). Dette underbygger behovet for strategisk planlegging av beredskapsforflytting i hht sesongvariasjoner (for forslag til sesongforflytning av beredskap, se figurene 10 s. 46 og 11 s.47).

**Tabell 2 Prehospital responstid Telemark – fordelt på kommuner**

Hastegrad AKUTT		Prehospital responstid		AMK reaksjonstid		Ambulanse reaksjonstid	
Kommune	Tettbygd over 10000	Gjennomsnitt	90 persentil	Gjennomsnitt	90 persentil	Gjennomsnitt	90 persentil
Porsgrunn	grisgrendt	15:42	24:13	02:00	03:28	01:33	02:55
<b>Porsgrunn</b>	<b>tettbygd</b>	<b>09:49</b>	<b>14:20</b>	<b>01:37</b>	<b>03:15</b>	<b>01:28</b>	<b>02:54</b>
Skien	grisgrendt	14:58	24:25	01:53	03:30	01:25	02:52
<b>Skien</b>	<b>tettbygd</b>	<b>09:23</b>	<b>14:00</b>	<b>01:41</b>	<b>03:12</b>	<b>01:28</b>	<b>02:51</b>
Notodden	grisgrendt	10:26	20:07	01:34	02:55	01:44	03:25
Siljan	grisgrendt	21:04	25:47	01:48	02:54	01:28	02:48
Bamble	grisgrendt	16:09	25:28	02:03	04:05	01:36	03:10
<b>Bamble</b>	<b>tettbygd</b>	<b>12:31</b>	<b>18:53</b>	<b>01:30</b>	<b>02:58</b>	<b>01:34</b>	<b>03:26</b>
Kragerø	grisgrendt	14:08	30:43	01:47	03:21	01:53	03:32
Drangedal	grisgrendt	16:36	27:47	01:46	03:52	01:41	03:00
Nome	grisgrendt	13:18	23:27	01:46	03:14	01:26	02:47
Bø	grisgrendt	12:26	22:56	01:44	03:23	01:41	03:21
Sauherad	grisgrendt	14:21	20:39	01:50	03:27	01:39	03:16
Tinn	grisgrendt	15:40	30:58	01:52	03:53	01:58	03:21
Hjartdal	grisgrendt	25:25	38:14	02:05	03:38	01:38	03:23
Seljord	grisgrendt	10:48	23:38	01:33	02:58	01:30	02:59
Kviteseid	grisgrendt	23:07	36:58	02:04	03:53	01:40	03:02
Nissedal	grisgrendt	40:45	44:14	03:40	04:52	01:47	02:21
Fyresdal	grisgrendt	31:14	37:25	00:43	00:43	01:34	01:34
Tokke	grisgrendt	15:16	27:28	01:54	03:31	01:43	02:55
Vinje	grisgrendt	21:19	36:15	01:52	03:32	02:06	03:52

\* 90 persentil er nasjonal kvalitetsindikator. 12 min tettbebyggd - 25 min grisgrendt



**Figur 4 Opptattid ambulanser, % av tiden i beredskap**

**Tabell 3 Oppdrag Telemark, fordelt på stasjoner og år (2015 – 2018) – med gjennomsnitt km og tid forbrukt per oppdrag**

Stasjon	Antall turer	Hættegrad			Kjørelengde i Km	mangler Km ledig	Oppdrags timer	Minutter per tur	Km per: tur	Lengst tur	Til fra flyttet Tr. Tll eller fra:						
		A	H	V							Legevaktt	beredsk. ul.	Not.	Skien Oslo			
<b>2015</b>																	
1 Bamble	2 416	726	706	984	146 900 Km	1	6 398 Timer	159	61	23	278	193	58	60	3	1503	353
2 Bø	1 560	432	660	468	60 880 Km	1	3 007 Timer	116	39	20	104	18	151	53	669	305	10
3 Drangedal	621	177	282	162	39 274 Km		1 718 Timer	166	63	23	45	12	106	30		333	1
4 Kragerø	1 952	503	612	837	99 406 Km	2	5 423 Timer	167	51	18	264	190	51	40	3	1194	59
5 Nome	1 010	323	420	267	82 703 Km	2	1 979 Timer	118	82	42	128	6	51	41	114	634	5
6 Notodden	2 705	715	770	1220	131 971 Km	1	6 374 Timer	142	49	21	380	130	57	62	1856	461	329
7 Porsgrunn	5 389	1907	1936	1546	203 871 Km	1	8 550 Timer	95	38	24	766	543	69	122	1	3737	198
8 Rjukan	1 081	349	406	326	46 340 Km	1	2 972 Timer	165	43	16	147	106	51	30	475	71	31
9 Seljord	1 620	442	784	394	86 146 Km		3 869 Timer	143	53	22	186	239	227	53	621	219	13
10 Skien	5 638	1659	1689	2290	155 252 Km	1	9 221 Timer	98	28	17	839	174	12	127	10	5356	184
11 Tokke	359	123	149	87	18 986 Km		1 396 Timer	233	53	14	55	33	26	12	92	45	4
12 Vinje	1 036	342	491	203	54 759 Km		3 413 Timer	198	53	16	133	143	194	32	297	109	6
	<b>25 387</b>				<b>1 126 489</b>	<b>6</b>	<b>54 320 Timer</b>	Gj. snittlig kjørelengde:			<b>44</b>						
<b>2016</b>																	
1 Bamble	2 408	715	705	987	160 837 Km		6 233 Timer	155	67	26	318	172	48	50	5	1465	322
2 Bø	1 540	444	618	478	70 590 Km		3 105 Timer	121	46	23	93	39	146	45	604	343	6
3 Drangedal	574	182	255	137	89 479 Km	2	1 717 Timer	180	156	52	42	26	66	19	1	307	
4 Kragerø	1 968	484	610	871	157 721 Km	4	5 660 Timer	173	80	28	228	155	72	31	2	1159	100
5 Nome	1 102	361	457	284	64 892 Km	1	2 217 Timer	121	59	29	143	12	63	35	109	678	11
6 Notodden	3 014	752	959	1303	178 115 Km	2	6 648 Timer	132	59	27	384	341	77	66	2077	685	259
7 Porsgrunn	5 589	1928	2056	1604	561 203 Km	8	8 085 Timer	87	100	69	808	602	96	159	2	3774	125
8 Rjukan	1 304	332	498	474	173 386 Km		3 667 Timer	169	133	47	141	121	127	32	605	175	48
9 Seljord	1 599	406	791	402	130 930 Km	2	3 936 Timer	148	82	33	201	213	242	47	516	311	7
10 Skien	5 556	1550	1706	2300	358 965 Km	1	8 906 Timer	96	65	40	825	150	19	106	17	5262	240
11 Tokke	340	114	135	91	36 935 Km		1 246 Timer	220	109	30	65	34	24	12	81	66	2
12 Vinje	1 158	396	544	218	135 285 Km		3 796 Timer	197	117	36	175	149	198	47	319	161	12
	<b>26 150</b>				<b>2 118 337</b>	<b>4</b>	<b>55 215 Timer</b>	Gj. snittlig kjørelengde:			<b>61</b>						
<b>2017</b>																	
1 Bamble	2 411	822	696	893	163 505 Km	1	6 442 Timer	160	68	25	322	167	79	53	12	1420	276
2 Bø	1 450	469	601	380	77 101 Km	2	2 733 Timer	113	53	28	200	69	130	32	701	255	9
3 Drangedal	803	211	396	196	53 747 Km	2	1 976 Timer	148	67	27	60	32	198	17		341	3
4 Kragerø	1 915	562	616	736	139 507 Km	2	5 317 Timer	167	73	26	249	179	84	35	4	1086	61
5 Nome	1 054	336	436	282	54 653 Km	2	1 944 Timer	111	52	28	116	28	86	22	95	688	19
6 Notodden	2 978	805	949	1224	180 499 Km	1	6 485 Timer	131	61	28	354	362	60	84	2076	485	302
7 Porsgrunn	5 557	2092	2008	1456	197 732 Km	11	7 946 Timer	86	36	25	797	615	114	112	1	3560	144
8 Rjukan	1 422	341	593	488	146 051 Km		3 998 Timer	168	103	37	167	166	127	36	685	171	44
9 Seljord	1 556	439	735	382	124 953 Km	3	4 010 Timer	155	80	31	173	191	281	45	521	205	9
10 Skien	5 444	1824	1647	1972	268 658 Km	15	8 299 Timer	92	49	32	761	146	22	123	6	5086	297
11 Tokke	385	125	163	97	41 536 Km		1 319 Timer	206	108	31	59	29	46	14	106	35	7
12 Vinje	1 110	381	564	165	126 522 Km	1	3 602 Timer	195	114	35	182	153	246	45	335	93	5
	<b>26 085</b>				<b>1 574 462</b>	<b>0</b>	<b>54 061 Timer</b>	Gj. snittlig kjørelengde:			<b>60</b>						
<b>2018</b>																	
1 Bamble	1 962	702	574	685	124 095 Km	1	4 644 Timer	142	63	27	268	151	52	47	8	1160	135
2 Bø	1 157	459	462	236	64 837 Km	1	2 218 Timer	115	56	29	178	60	125	37	576	191	7
3 Drangedal	547	191	271	85	36 610 Km		1 195 Timer	131	67	31	41	22	108	28	1	220	3
4 Kragerø	1 445	509	455	481	127 398 Km	4	3 997 Timer	166	88	32	180	141	67	36	2	778	35
5 Nome	943	348	356	239	51 595 Km	1	1 815 Timer	116	55	28	123	18	92	14	99	591	23
6 Notodden	2 359	753	733	873	159 221 Km	1	4 971 Timer	126	67	32	266	267	77	53	1627	349	228
7 Porsgrunn	4 384	1771	1594	1018	139 880 Km	2	6 068 Timer	83	32	23	662	506	102	97	1	2821	105
8 Rjukan	1 003	343	373	287	103 748 Km	3	3 096 Timer	185	104	34	123	96	110	36	450	123	36
9 Seljord	1 356	406	692	258	105 476 Km		3 069 Timer	136	78	34	161	179	282	32	454	186	11
10 Skien	4 066	1514	1192	1360	121 302 Km	9	5 794 Timer	86	30	21	602	103	25	80	8	3768	199
11 Tokke	375	143	163	69	40 631 Km	1	1 180 Timer	189	108	34	57	41	62	10	110	40	2
12 Vinje	1 005	361	466	178	114 197 Km	4	2 985 Timer	179	114	38	150	127	201	43	307	104	11
	<b>20 602</b>				<b>1 188 968</b>	<b>6</b>	<b>41 030 Timer</b>	Gj. snittlig kjørelengde:			<b>58</b>						
<b>Alle turer</b>	<b>98 224</b>				<b>6 008 257 Km</b>		<b>204 625 Timer</b>										

Telemark er også et reiselivsfylke med mange turistattraksjoner og fritidsboliger, og dette bidrar til sesongvariasjon i oppdragsmengden. Fritidsboligene både på fjellet og ved sjøen benyttes ofte ved ferier/høytider og dette endrer befolkningsgrunnlaget i de aktuelle områdene i stor grad. Dette må hensyntas ved beredskapsplanlegging.

#### Oppdragsvariasjon gjennom året for kystkommunene i Telemark med mange fritidsboliger



Grafen til høyre viser svingninger i oppdragsmengde fordelt på månedene i ett år for kommuner som er «typiske» kystkommuner med en stor andel fritidsboliger. Og som man ser er oppdragsmengden høyest i juli og august, men man får også en økning knyttet til desember.

#### Oppdragsvariasjon gjennom året for fjellkommunene i Telemark med mange fritidsboliger



Grafen til høyre viser svingninger i oppdragsmengde fordelt på månedene i ett år for kommuner som er «typiske» fjellkommuner med en stor andel fritidsboliger. Og som man ser er oppdragsmengden høyest i februar og avtar gradvis mot våren, men man får også en økning knyttet til sommer i juli og august.

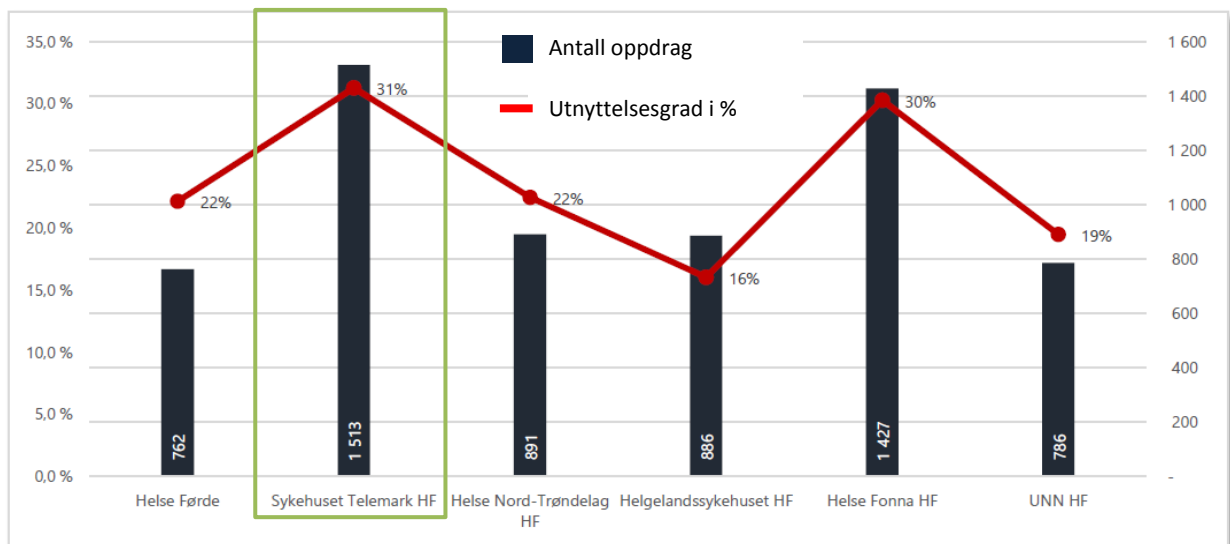
For å møte sesongvariasjonen ble det i påskeuken 2017 flyttet en ambulanse fra Åmot til Edland, og en ambulanse fra Rjukan til Skinnarbu. Dette medførte en nedgang i responstider i Vinje fra 46,47 minutter til 32,51 minutter. Dette er en viktig forbedring. Antall oppdrag i påskeuken var 46 oppdrag, noe som er nær det doble av antall oppdrag en normal uke.

## 5.4. Sammenligning med andre helseforetak

I arbeidet med ambulanseplan for Telemark har vi sammenlignet oss med andre helseforetak som har lignende demografi og geografi. Helse Førde HF startet arbeidet med sin ambulanseplan høsten 2017 og sammen med deres prosjektleder er det gjennomført en sammenligningsanalyse på utvalgte kriterier.

	Helse Førde	Sykehuset Telemark	Helse Nord-Trøndelag	Helgelands-sykehuset	Helse Fonna	UNN
<b>Antall stasjoner</b>	17	12	14	14	10	31
<b>Antall døgnbiler</b>	21	17	20	16	16	37
<b>Antall dagbiler</b>	7	4	3	-	2	10
<b>Årsverk samla</b>	163	153	162	111	124	275
<b>Innbyggere</b>	107 999	169 546	135 069	79 000	180 138	191 487
<b>Innbyggere per årsverk</b>	665	1 112	832	528	1449	696
<b>Innbyggere per ambulansebil</b>	3857	7707	5873	4938	10 008	4074
<b>Oppdrag per innbygger</b>	0,15	0,15	0,13	0,18	0,13	0,15

Sykehuset Telemark HF har videre flest oppdrag per ressurs per år (1513 oppdrag årlig), og dette gir høyest utnyttelsesgrad av ambulansene. Helse Førde har færrest oppdrag per ressurs per år (762), men ikke lavest utnyttelsesgrad, ettersom oppdragene i Helse Førde stort sett tar lengre tid enn hos de andre helseforetakene.





### Innbyggere i tettbygde strøk

Når vi ser på innbyggere per ambulansetilbud, kommer det frem at Helse Fonna har mange flere innbyggere per ambulansetilbud enn de andre helseforetakene. Årsaken til dette er at en relativt stor andel av Helse Fonna sine innbyggere bor i tettbygde strøk (se tabell nedenfor). Det er klare «stordriftsfordeler» av å ha mer av befolkningen i sentrale og tettbygde strøk, gjerne nær behandlingstilbud. De foretakene som har en stor andel med spredt bosetting, som vi har i Telemark, vil ha det mer krevende og komplekst for å kunne sikre et nært og likeverdig tilbud for alle innbyggerne.

Fylke	Andel som bor i «tettbygd strøk»
Sogn og Fjordane (Helse Førde)	61,1 %
Nord-Trøndelag (Helse Nord-Trøndelag, Helgelandssykehuset)	60,7 %
Nordland (Helgelandssykehuset)	70,7 %
Hordaland (Helse Fonna)	83,4 %
Rogaland (Helse Fonna)	87,8 %
Troms (UNN)	70,6 %
Telemark (Sykehuset Telemark)	77,2 %

## 5.5. Finansiering av prehospitaltjenester

Finansieringen av de regionale helseforetakene er todelt og består av en basisbevilgning i tillegg til aktivitetsbaserte tilskudd. Regionene fordeler midler til egne helseforetak og private virksomheter i samsvar med «sørge for»-ansvaret. De prehospitaltjenestene finansieres av basisbevilgningen, og i 2009 ble det innført en nasjonal inntektsmodell (Magnussen modellen) for fordelingen av basisbevilgningen mellom regionale helseforetak. Kostnadsnøkkelen for prehospitaltjenester inngår i ressursbehovsindeksen i dette inntektssystemet.

I 2014 ble det utarbeidet en regional inntektsmodell for prehospitaltjenester i HELSE SØR-ØST. Denne modellen er kriteriebasert for fordeling av inntekter til prehospitaltjenester, og består av tre hovedkomponenter:

- **Behovskomponent:** Kostnader knyttet til ressursbehovet i det enkelte område basert på andel av befolkningen i de eldste aldersklassene, antall uføre i befolkningen, samt ulike mål for reiseavstander.
- **Kostnadskomponent:** Kompensasjon for kostnader som ikke inngår i de andre komponentene, herunder AMK, bemanning av luftambulansetilbud med medisinsk personell og kostnader Oslo Universitetssykehus har i tilknytning til regionale og nasjonale behandlingstjenester.
- **Mobilitetskomponent:** Kostnader det enkelte område har knyttet til transport av andre områders pasienter.

Flere av helseforetakene hevder at eksisterende inntektsmodell ikke i tilstrekkelig grad reflekterer det faktiske kostnadsbildet da finansieringen i all hovedsak beregnes ut ifra befolkningsstørrelsen og i liten grad hensyntar geografien. For eksempel er det i grigrendte strøk nødvendig med

ambulansestasjoner med vaktberedskap tross liten aktivitet for å oppfylle responstider og for å kunne gi likeverdige tjenester.

Inntektsmodellen oppleves også utfordrende i områder med høy tilflytting, mange pendlere inn til området, høy andel studenter, og/eller sesongbaserte fritidsaktiviteter. Her kreves det tilpasninger for å samstemme beredskapen mellom det antall mennesker som faktisk befinner seg i området versus antall innbyggere som finansieringen, og den faktiske beredskapen, er dimensjonert til.

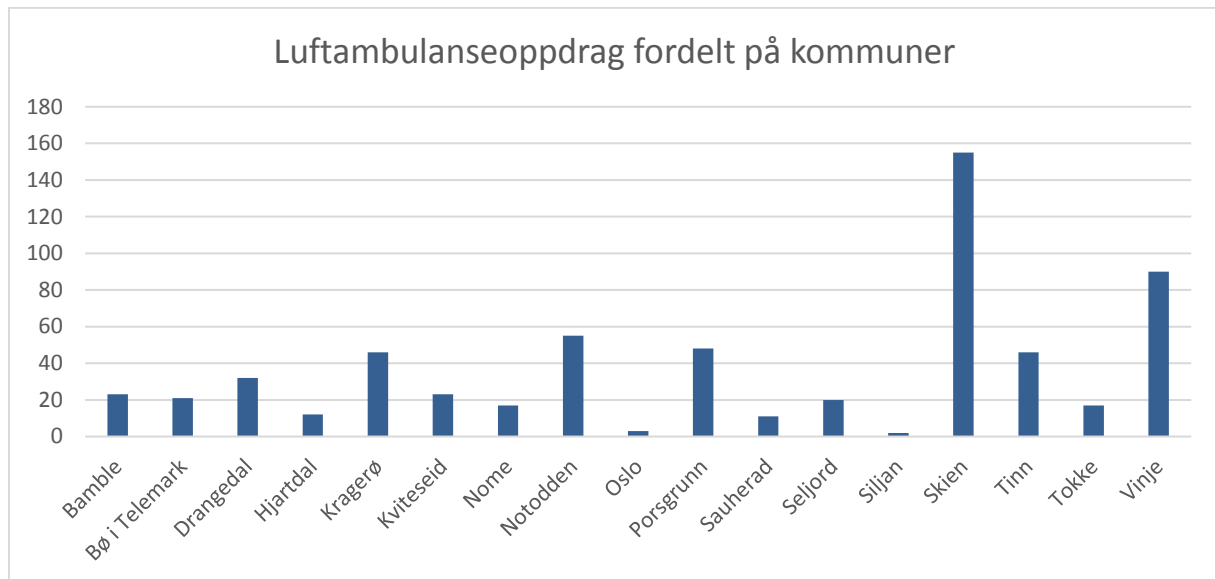
En annen vesentlig ulempe med dagens inntektsmodell er at den ikke tar høyde for aktivitetsvekst. For Telemark som har opplevd over 45% vekst siden 2010 og frem til og med 2018 så er dette meget utfordrende og belaster annen drift av sykehuset. Hele inntektsmodellen bør evalueres og den må ta høyde for geografi og spredt bosetting og i tillegg må det inngå en faktor som kompenserer for økt vekst i antall oppdrag og kjørte kilometer.

Det er mange ulike aktører, både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, som rekvirerer prehospitale tjenester. Kostnadmessig dekkes imidlertid alle transportene av de prehospitale tjenestene. Antall rekvirerte transportoppdrag forventes å øke i fremtiden, og det er viktig at kun de «riktige» transportene rekvireres, slik at en unngår uforholdsmessige høye kostnader for de som har ansvaret for prehospitale tjenester.

## 6. Luftambulansetjenesten

Luftambulansetjenesten er et viktig supplement til det totale akuttmedisinske tilbudet i Telemark og denne driftes av Luftambulansetjenesten HF.

I 2018 er det utført 621 oppdrag med luftambulanse i Telemark. En stor andel av oppdragene som starter i Skien er overføring fra Sykehuset Telemark til annet sykehus, som eksempelvis Oslo Universitetssykehus HF og Sørlandet Sykehus HF Arendal.



**Figur 5 Luftambulanseoppdrag i Telemark – fordelt på hentekommune**

Luftambulansene som i all hovedsak dekker Telemark er stasjonert i Arendal, Lørenskog og Ål. Luftambulansen i Bergen og Stavanger benyttes i enkelte tilfeller, men de har lengst flytid. I tillegg benyttes redningshelikoptrene som er stasjonert på Rygge (Østfold) og Sola (Stavanger) ved behov, eksempelvis ved dårlig vær, oppdrag med redningsteknisk tilsnitt eller dersom det er flere oppdrag samtidig.

Med nye helikoptertyper med utvidet rekkevidde og høyere hastighet er Telemark relativt godt dekket når det gjelder luftambulanse. Eventuell etablering av base for luftambulanse i Telemark er ikke en del av denne planen. Det vises for øvrig til Luftambulansetjenesten HF sin rapport *Gjennomgang av basestruktur for ambulanshelikopter* som ble publisert februar 2018.

Konklusjonen i denne rapporten for Telemark sin del var som følgende:

*Prosjektgruppen (LAHF) vurderer at det ikke er hensiktsmessig å etablere en ny luftambulansebase i indre Aust-Agder eller Telemark. Tiltaket vil trolig medføre en overkapasitet på ambulanshelikopter i området. Allerede med den eksisterende strukturen kan hele sju - åtte legebemannede helikoptre nå det aktuelle området. Dette representerer en meget god redundans. Særlig for Ål-basen vil en slik base for øvrig true eksistensgrunnlaget, da det blir overlappende dekningsområder i et tynt befolket område. Det oppfattes heller ikke som hensiktsmessig å flytte basene i Ål eller Arendal for å bedre responstiden til de aktuelle kommunene i Telemark og Aust-Agder. Sykehuset i Arendal har et PCI-senter. Mange av pasientene transporteres hit. Det bør dessuten mange flere mennesker langs kysten*



enn det gjør i de omtalte kommunene, og jo lengre inn i landet en kommer jo vanskeligere er ofte flyforholdene. Det er dårlig redundans på Sørlandet. Når Arendalshelikopteret er ute på oppdrag (ofte sekundæroppdrag til Oslo), er det dårlig redundans i området.

Vi har vist at ambulanshelikoptrene i Bergen, Stavanger og Arendal i ingen eller svært liten grad benyttes over regiongrensen, selv om dette ville ha medført redusert LAT-responstid til enkelte kommuner. Dette gjør at luftambulansetjenesten fremstår som en regional ressurs, og ikke en nasjonal. Ved å bedre koordineringen mellom AMK-sentralene i de to regionene, kan flere pasienter i de omtalte kommunene nås raskere enn hva som var tilfellet i perioden 2014-2016.

Prosjektgruppen vurderer at etablering av en legebil i Grenlandsområdet vil bedre akuttberedskapen i dette tett befolkede området. Legebilen kan også kjøre ambulanser fra indre Telemark i møte og dermed framskynde medisinsk behandling. En slik ressurs kan iverksette avansert prehospital behandling, slik at en noe lengre LAT-responstid er akseptabelt. En legebilberedskap kan kombineres med ambulanse ved at legen går over i denne ambulansen ved behov for transport av intensivpasienter til Oslo universitetssykehus. Dette kan avlaste både Arendal- og Lørenskogbasene noe for sekundæroppdrag fra Telemark til Oslo. På den måten bedres også beredskapen på Sørlandet. Dersom det etableres en ny base i Innlandet, vil Lørenskogbasen bli betydelig avlastet og dermed få bedre beredskap sørover.



**Figur 6** Dekningskart luftambulanse for Telemark

## 6.1. Anestesilegebemannet bil i Grenland

Etter utredningen med anbefalinger fra Luftambulansetjenesten HF ble offentliggjort har Stortinget bevilget 10,4 millioner kroner til opprettelse av anestesilegebemannet bil i Telemark og Mjøsområdet. Begge disse stedene har over tid ytret ønske om og arbeidet for en etablering av en luftambulansbase, men basert på utredningen fra LAHF er ikke dette prioritert over statsbudsjett i denne omgang. I stedet har anbefalingen fra LAHF om opprettelse av anestesilegebemannet bil blitt tatt til følge og midler til oppstart er bevilget i 2019.

Beslutning og bestilling på opprettelse av dette tilbudet i Telemark, plassert til Grenland, er kommet til STHF gjennom Oppdrag- og Bestiller dokumentet (OBD) fra Helse Sør- Øst RHF medio februar 2019. Dette dokumentet er styrende for Sykehuset Telemark HF på prioriterte oppgaver som skal og som forventes gjennomført.

Med bakgrunn i dette har STHF innarbeidet opprettelse av en anestesilegebemannet bil i Grenland fra og med 2019. Tiltaket opprettes i første omgang som et ettårig pilotprosjekt der tiltaket skal evalueres nøye etter 12 mnd. drift før man eventuelt beslutter en permanent og varig drift.

## 7. AMK (Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral)

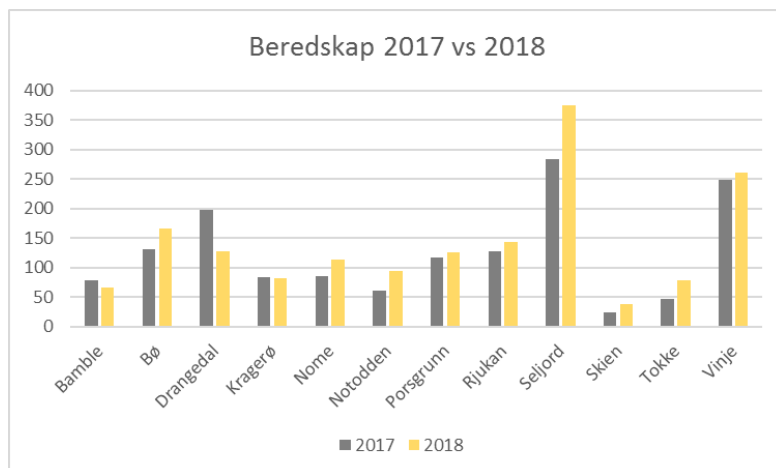
Medisinsk nødmeldetjeneste er et nettverk av AMK-sentraler som samlet utgjør svartjenestene på medisinsk nødhjelpsnummer 113. AMK-sentralene arbeider tett sammen innen helseregionene, men samhandler også med andre AMK-sentraler nasjonalt. For å optimalisere dette har man hatt et stort nasjonalt prosjekt knyttet til felles datasystem for medisinsk nødmeldetjeneste (Nasjonal IKT). Dette arbeidet ble stoppet i 2017 og i 2018 ble deler av arbeidet videreført i regi av Helse Vest, og vil trolig ende opp med innføring av nytt elektronisk støttesystem i løpet av 2020.

Sykehuset Telemark HF er knyttet til AMK Vestfold – Telemark, plassert i Tønsberg på Sykehuset i Vestfold HF. AMK er selve «navet i hjulet» for de prehospitale tjenestene. AMK-sentralen svarer på medisinske nødmeldinger, gir nødvendige råd og veiledning, prioriterer, registrerer, iverksetter, koordinerer og følger opp alle akuttmedisinske oppdrag frem til helseressurser er fremme hos pasienten og pasienten eventuelt blir levert på legevakt eller sykehus.

Varsling av ressurser som ambulanse, ambulansesbåt, ambulanshelikopter og legevaktsentral med legevaktslege er sentrale oppgaver. I dette ligger også flåtestyring av den samlede ambulansesflåten. God flåtestyring er viktig for å opprettholde en god beredskap, og AMK vurderer løpende både hvordan oppdrag kan løses best, samtidig med at de tar hensyn til gjenværende beredskap i ansvarsområdet.

AMK Vestfold – Telemark samarbeider tett med alle legevaktsentralene i Telemark i forhold til både varsling, prioritering og oppdragsløsning. To ganger i året arrangeres det felles dialogmøte mellom AMK, ambulansetjenesten og legevaktene. Tett og god dialog er en avgjørende faktor for at pasientene skal få forsvarlig og likeverdig helsehjelp.

Ved større eller spesielle hendelser varsler AMK beredskapsledelsen i helseforetaket i samsvar med beredskapsplanverket. Og eventuelt andre AMK-sentraler for å sikre nødvendig bistand.



*I takt med økende aktivitet og oppdragsmengde settes det større krav til god flåtestyring av ambulanseressursene.*

*AMK Vestfold – Telemark flyttet i 2018 beredskap 1663 ganger. En økning fra 2017 på 11% eller 182 ganger. Dette viser et lite bilde av kompleksiteten AMK operatørene arbeider med daglig gjennom hele året.*

### Utfordringer og muligheter

AMK Vestfold – Telemark er i toppsjiktet blant landets AMK sentraler når det gjelder oppfylging av nasjonale kvalitetsindikatorer. De er en av tre beste når det gjelder svartid og tidlig oppdagelse av hjertestans hos en pasient.

AMK operatørene er godt kvalifisert personell, men lokalkunnskap på tvers av fylkene har til tider vist seg som en utfordring. Dette krever god dialog med ambulansearbeiderne for å løse oppdraget. I slutten av 2018 besluttet AMK å dele opp fylket med dedikerte flåtestyrer (operatører) for hvert fylke for å optimalisere styringen av ambulansene. I tillegg gjennomfører de årlige besøksrunder i fylket for å gjøre seg kjent med geografien.

Rekruttering av personell fra Telemark bør prioriteres, sammen med hospitering ute på ambulansene for å bli kjent. Hospitering på AMK er også et virkemiddel AMK ønsker at ambulansearbeiderne prioriterer, på denne måten blir man kjent på tvers og ambulansearbeiderne får et bedre innblikk i AMK operatørenes hverdag.

Ved etablering av nye type ressurser er AMK en viktig samarbeidspartner, rådgiver og tjenesteleverandør. AMK Vestfold – Telemark har allerede i dag erfaring med flåtestyring av syke transportbil og samarbeid med Tønsberg interkommunale legevakt om legevaktbil. Dette er erfaringer Sykehuset Telemark HF må benytte seg av ved etablering av tilsvarende tjenester.

Dagens organisering av AMK med felles sentral for Vestfold og Telemark er en god løsning for å sikre kvalifisert personell, stor oppdragsmengde og bruk av ressurser på tvers. I Helse Sør-Øst er det i dag fem AMK sentraler. Flere har påpekt at dette er for mange i en region, blant annet i Helse Sør- Øst sin Utviklingsplan for Prehospitale tjenester, så er dette løftet opp som en fremtidig utfordring. Det vil trolig noen frem i tid komme endringer i struktur av AMK sentralene og da er det viktig for Sykehuset Telemark HF at vi blir en del av dette arbeidet og kan gi føringer på aktuelle strukturer.

I tillegg til antall sentraler og struktur bør man i den sammenheng vurdere organiseringen. Dagens AMK sentral er ikke organisert som en Operasjonssentral som eksempelvis hos Politiet og dette kan i enkelte tilfeller, særlig ved store hendelser, gi et utydelig definert ansvar og beslutningsmyndighet over ressursene man har til disposisjon.

## 8. Framskrevet aktivitet og kapasitetsbehov i 2035

### 8.1. Framskrevet aktivitet

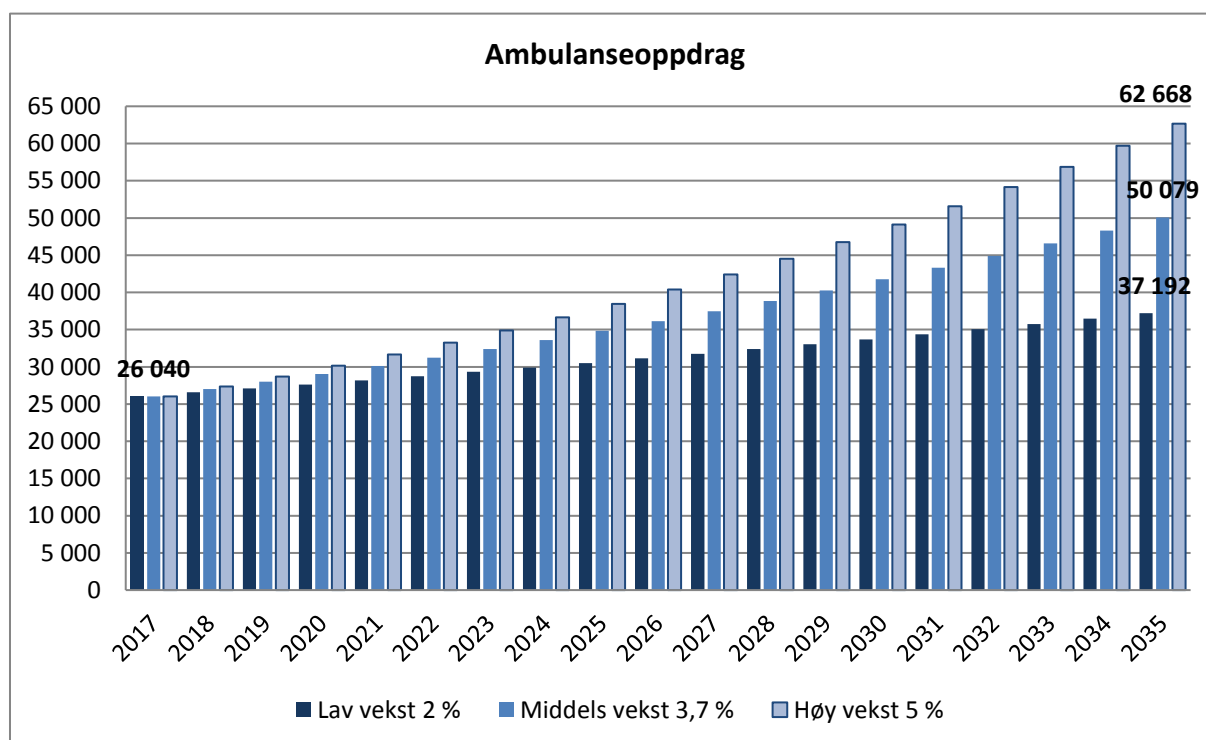
Aktivitetsnivået i prehospitale tjenester har hatt en gjennomsnittlig årlig økning på 3-5 % for de ulike aktørene de siste 20 årene. Den prehospitale aktiviteten påvirkes bl.a. av utviklingen innen kommunehelsetjenesten, lokalisering av legevakter og funksjonsfordeling av spesialfunksjoner innen sykehusområdene, noe som leder til flere transportoppdrag og lengre kjøreavstander.

Noen utviklingstrekk går i retning av lavere forbruk av prehospitale tjenester i fremtiden, herunder nye transportformer, økt grad av behandling og oppfølging av kommunehelsetjenesten og utvikling av ny teknologi.

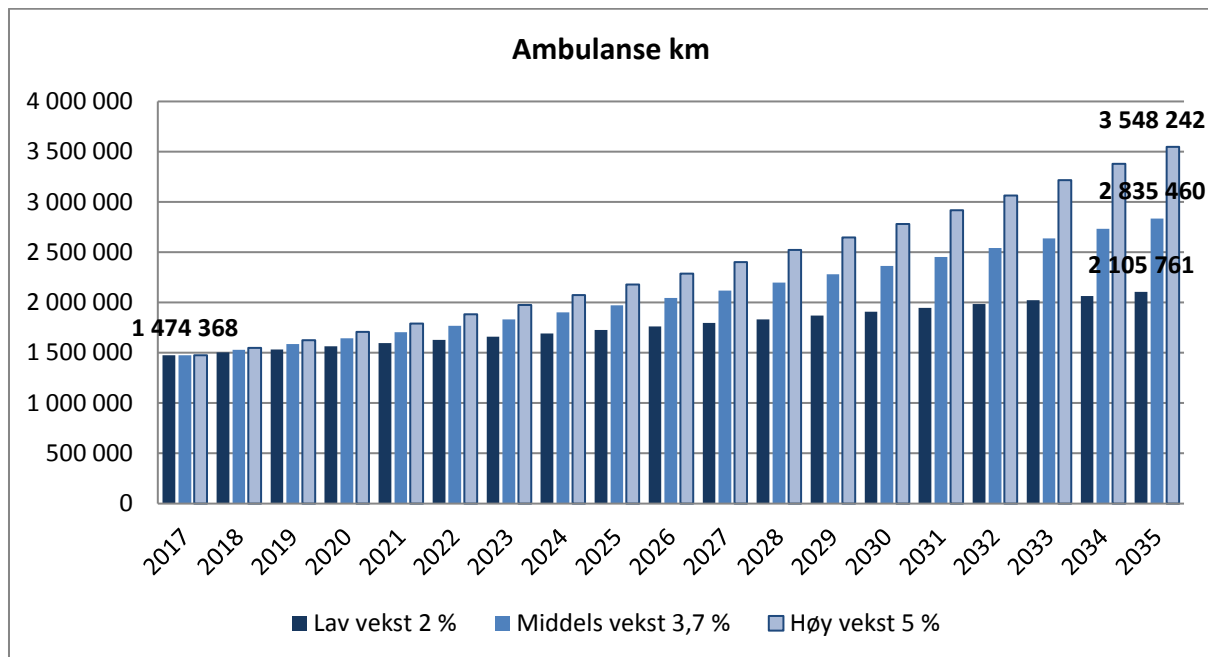
Andre utviklingstrekk går i retning av høyere forbruk, herunder eldre befolkning, lengre transportavstander og økt spesialisering av tjenester. Aktiviteten i de prehospitale tjenestene forventes totalt å øke, som i helsevesenet generelt, som følge av et stadig utvidet helsetilbud til befolkningen og større grad av spesialisering i spesialisthelsetjenesten.

Det er for øvrig noe usikkerhet knyttet til utviklingen i aktiviteten i distriktene. Urbaniseringen vil fortsette, samtidig som andelen eldre vil øke i distriktene.

De påfølgende to grafene viser fremskrevet utvikling [7] i aktivitet for henholdsvis antall ambulanseoppdrag og antall kilometer med bilambulans i Telemark for perioden 2017-2035. Begge grafene illustrerer utviklingen basert på Helse Sør-Østs framskrivninger med lav, middels eller høy vekst i perioden. Selv ved middels vekst, ventes det nærmere en dobling av antall ambulanseoppdrag.



**Tabell 4 Framskrivning økning i antall oppdrag frem mot 2035 for Telemark**



**Tabell 5 Framskrivning økning i antall km frem mot 2035**

## 8.2. Kapasitetsbehov

Sett i lys av stadig vekst i antall oppdrag så vil kapasiteten til ambulansetjenesten i Telemark komme under press. Allerede i dag er det kapasitetsutfordringer enkelte tider av døgnet og innenfor enkelte geografiske områder. Differensiering av antall ambulanser på vakt gjennom døgnet er i dag relativt beskjedent selv om det er betydelig forskjell mellom oppdragsbelastning på dag, kveld og natt. Totalt på dagtid er det 21 ambulanser i drift og på natt, når aktiviteten er lavest, er det fortsatt 17 ambulanser i drift. Delvis skyldes dette at man må ha beredskap i det aktuelle området, delvis skyldes det arbeidstidsordninger og delvis skyldes det at man har over tid har planlagt med ambulanser på døgnavvakt og ikke tilpasset kapasiteten til når på døgnet oppdragsmengden er størst.

Sykehuset Telemark har god måloppnåelse på responstider i både grisgrendt- og tettbygde strøk i Telemark. Dersom minst en ambulanse er ledig på sin respektive stasjon, nås over 87% av befolkningen innenfor hhv. 12 minutter og 25 minutter. Dette er likevel ikke full måloppnåelse i hht. de nasjonale anbefalingene på 90%.

Dersom man beregner måloppnåelse basert på at 35% av alle ambulanser er opptatt så reduseres måltallet til hhv 57% for grisgrendt strøk og 56% for tettbygd strøk. Og hvis man øker dette til at halvparten av alle ambulanser er opptatt samtidig faller måloppnåelsen til i overkant av 43%. Det vi ser at dersom veksten i antall oppdrag fortsetter og man ikke gjør tiltak i form av kapasitetsøkning og/eller differensiering av type og tilgjengelige ressurser vil responstidene i Telemark øke.

Valgt metode for å beregne riktig kapasitet er basert på den Danske modellen som nevnt i punkt 5.3 og tar utgangspunkt i statistikken for 2017. Modellen gir oss mulighet til å fremskrive kapasitet hvert år fremover i tråd med Helse Sør-Øst sin forventede vekst. Tabellene som vist under benytter



«middels» oppdragsvekst, 3,7%, i hele perioden frem mot 2035. Utfordringsbildet vises tydeligere for hvert år dersom man ikke endrer på kapasitet, og innen 2035 er et stort antall av ambulansene opptatt langt over anbefalt grense som er satt til 55% på dagtid. Men fortsatt er kapasiteten på natt god og dette underbygger viktigheten av tilpasse beredskapen til når behovet er størst.

		2019																								
Stasjon	ID	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	Totalsum
Skien	811	120	78	83	71	50	47	61	63	201	152	140	158	172	174	163	165	159	198	160	141	154	168	120	128	3 128
Skien	813	3	4	9	17	1	1	9	27	175	121	116	117	124	148	139	167	120	127	96	80	63	12	5	3	1 684
Skien	815	0	0	0	0	0	0	1	11	118	90	102	105	111	108	109	103	78	35	4	0	0	0	0	0	975
Porsgrunn	821	94	73	57	60	42	38	45	63	175	177	150	183	182	187	252	194	235	200	171	137	165	176	122	111	3 289
Porsgrunn	822	103	83	77	58	42	30	37	45	98	129	171	186	182	181	182	169	195	199	138	135	129	127	144	90	2 930
Bamble	831	57	38	42	32	18	30	26	36	282	109	80	106	109	108	104	116	159	106	96	80	102	82	78	57	2 054
Bamble	835	0	1	0	0	0	1	0	26	57	70	81	72	71	137	66	33	9	0	0	0	0	0	1	1	626
Kragerø	842	32	30	34	24	12	11	26	24	50	78	78	114	82	99	94	106	98	72	69	52	74	67	44	40	1 408
Kragerø	845	0	0	0	0	0	0	0	25	108	57	48	61	71	81	61	39	39	30	21	9	8	3	0	0	662
Drangedal	841	15	10	10	16	7	5	11	8	26	50	71	78	80	56	77	62	40	36	35	38	27	27	29	27	842
Nome	851	33	18	18	16	12	15	17	10	42	60	79	85	80	73	89	92	63	44	56	26	72	43	35	25	1 102
Bø	852	47	29	24	20	12	14	23	32	67	91	99	114	98	101	99	110	83	72	56	88	66	70	57	36	1 505
Seljord	861	16	11	11	13	3	12	9	10	37	49	56	84	58	108	78	40	58	39	29	51	39	39	26	40	919
Seljord	862	16	10	12	6	13	17	13	8	39	55	41	51	56	64	60	57	49	44	33	49	38	30	30	14	805
Tokke	871	7	8	4	8	6	5	3	9	24	16	25	24	20	31	47	29	26	22	11	15	16	12	10	13	391
Vinje	872	6	12	11	17	4	9	7	7	24	29	57	41	48	63	52	33	69	22	33	25	18	20	16	10	633
Vinje	873	11	13	9	5	4	9	3	9	15	24	50	42	39	39	68	47	43	34	20	32	24	24	20	14	597
Notodden	881	37	31	24	18	14	20	18	43	120	120	102	112	116	98	129	99	95	97	62	47	61	43	34	1 660	
Notodden	882	21	43	24	18	10	23	21	21	245	75	65	79	78	81	110	110	81	78	57	76	60	57	36	37	1 507
Rjukan	891	16	10	15	8	5	5	7	14	57	54	56	66	63	86	47	58	42	36	25	34	23	17	26	22	789
Rjukan	892	13	13	13	6	3	3	10	8	50	41	37	60	62	66	52	41	48	33	17	32	36	23	16	15	699
		647	516	475	415	256	295	348	498	2 009	1 647	1 721	1 929	1 901	2 105	2 048	1 901	1 794	1 521	1 222	1 162	1 162	1 058	858	716	28 205
		<40%	40-50%	50-55%	>55%																					
		>146	146-183	183-201	>201																					

		2022																								
Stasjon	ID	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	Totalsum
Skien	811	135	88	93	79	56	52	68	70	224	170	156	176	193	195	182	184	177	221	178	158	172	188	135	143	3 494
Skien	813	3	4	10	19	1	1	10	31	196	136	129	130	139	165	155	187	135	142	107	90	70	13	5	3	1 880
Skien	815	0	0	0	0	0	0	1	12	131	101	114	117	124	120	122	115	88	39	4	0	0	0	0	0	1 089
Porsgrunn	821	105	82	64	67	47	43	50	70	196	198	167	205	203	209	281	217	262	223	191	153	184	197	137	124	3 674
Porsgrunn	822	115	93	86	65	47	34	42	50	109	144	191	208	204	202	204	189	218	222	154	151	144	142	161	101	3 272
Bamble	831	64	43	47	36	20	34	29	40	315	121	90	118	122	120	116	129	177	118	107	90	114	92	88	64	2 294
Bamble	835	0	1	0	0	0	1	0	29	64	78	91	81	79	153	73	37	10	0	0	0	0	0	1	1	699
Kragerø	842	36	34	38	26	13	12	30	26	56	87	87	127	92	110	105	118	109	81	77	58	83	74	49	45	1 573
Kragerø	845	0	0	0	0	0	0	0	28	120	63	54	68	79	91	68	44	44	34	23	10	9	3	0	0	739
Drangedal	841	16	11	11	17	8	6	12	9	29	56	79	88	90	62	86	69	45	40	39	43	31	31	33	31	941
Nome	851	37	20	20	17	13	16	19	11	47	67	89	95	90	82	99	103	70	49	62	30	81	48	39	28	1 231
Bø	852	52	33	26	22	13	15	25	36	74	102	110	127	109	113	110	123	93	81	62	98	73	78	63	40	1 681
Seljord	861	18	12	12	14	3	13	10	11	42	55	62	94	65	120	88	45	65	44	33	57	44	44	30	45	1 026
Seljord	862	17	11	13	7	14	19	14	9	44	61	46	57	62	71	67	63	55	49	37	55	43	34	15	14	899
Tokke	871	8	9	4	9	7	6	3	10	26	18	28	26	22	35	53	33	29	24	12	16	17	13	11	14	436
Vinje	872	7	13	12	19	4	10	8	8	26	33	63	46	54	70	58	37	77	24	37	28	20	22	17	11	707
Vinje	873	12	14	10	6	4	10	3	10	16	26	56	47	44	44	76	52	48	38	22	36	26	26	22	15	667
Notodden	881	42	35	26	20	15	22	20	48	135	134	135	114	125	129	109	144	110	106	108	69	53	68	48	38	1 854
Notodden	882	23	48	26	20	11	25	23	23	273	84	72	89	87	91	123	123	91	88	64	85	67	64	40	42	1 684
Rjukan	891	17	11	16	9	5	5	8	15	64	60	62	73	70	96	52	65	47	41	28	38	25	19	29	24	882
Rjukan	892	14	14	14	7	3	3	11	9	56	46	42	67	69	73	58	46	54	37	19	36	41	25	18	16	781
		723	576	531	464	286	329	388	556	2 244	1 840	1 922	2 154	2 123	2 351	2 287	2 123	2 004	1 699	1 365	1 298	1 298	1 182	958	800	31 502

		2027																								
Stasjon	ID	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	Totalsum
Skien	811	161	105	111	95	67	62	82	84	269	204	187	211	231	233	219	221	213	265	214	189	207	225	161	171	4 189
Skien	813	4	5	12	23	1	1	12	37	235	163	155	156	166	198	186	224	161	170	128	108	84	16	6	4	2 255
Skien	815	0	0	0	0	0	0	1	15	158	121	137	141	149	144	147	138	105	46	5	0	0	0	0	0	1 306
Porsgrunn	821	126	98	77	81	56	51	60	84	235	237	200	246	243	251	337	260	314	268	229	183	221	236	164	149	4 405
Porsgrunn	822	138	111	103	78	56	40	50	60	131	172	229	249	244	242	244	226	261	266	185	181	172	170	193	121	3 924
Bamble	831	77	51	56	43	24	40	34	48	378	145	108	142	147	144	139	155	213	142	128	108	137	110	105	77	2 751
Bamble	835	0	1	0	0	0	1	0	34	77	94	109	97	95	183	88	44	12	0	0	0	0	0	1	1	838
Kragerø	842	43	40	45	32	16	15	35	32	67	104	104	153	110	132	126	142	131	97	93	70	99	89	59	54	1 885
Kragerø	845	0	0	0	0	0	0	0	33	144	76	65	82	95	109	82	53	53	40	28	12	11	4	0	0	886
Drangedal	841	20	13	13	21	10	7	15	11	34	67	95	105	108	75	103	83	54	48	46	51	37	37	39	37	1 128
Nome	851	44	24	24	21	16	20	23	13	56	81	106	114	108	98	119	123	84	59	75	35	97	57	46	33	1 476
Bø	852	62	39	32	27	16	18	31	43	89	122	132	153	131	136	132	148	111	97	75	117	88	94	76	48	2 015
Seljord	861	22	15	15	17	4	16	12	13	50	66	75	112	78	144	105	54	78	53	39	68	53	53	35	54	1 231
Seljord	862	21	13	16	9	17	23	17	11	53	73	55	68	75	86	81	76	66	59	44	66	51	40	40	18	1 078
Tokke	871	10	11	5	11	9	7	4	12	32	22	33	32	27	42	64	39	34	29	15	20	21	16	13	17	523
Vinje	872	9	16	15	23	5	12	10	10	32	39	76	55	65	84	70	44	93	29	44	33	24	27	21	13	848
Vinje	873	15	17	12	7	5	12	4	12	20	32	67	56	53	53	92	62	57	45	27	43	32	32	27	18	799
Notodden	881	50	42	32	24	18	27	24	57	161	160	161	137	150	155	131	172	132	127	130	83	64	82	57	45	2 223
Notodden	882	28	57	32	24	13	31	28	28	327	100	87	106	104	109	148	148	109	105	77	101	81	77	48	50	2 019
Rjukan	891	21	13	20	11	6	6	10	18	77	72	75	88	84	115	62	78	56	49	33	45	31	23	34	29	1 057
Rjukan	892	17	17	17	9	4	4	13	11	67	55	50	81	83	88	70	55	65	44	23	43	49	31	22	20	936
		866	690	637	556	343	395	466	667	2 691	2 206	2 305	2 583	2 545	2 819	2 742	2 545	2 402	2 037	1 636	1 557	1 557	1 417	1 149	959	37 771

		2035																								
Stasjon	ID	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	Totalsum
Skien	811	216	140	149	127	90	83	109	113	359	273	250	283	309	312	292	296	284	354	286	253	276	301	216	229	5 600
Skien	813	5	7	16	31	2	2	16	49	314	217	207	209	222	265	248	299	216	227	172	144	113	21	8	5	3 014
Skien	815	0	0	0	0	0	0	2	20	211	162	183	188	199	193	196	185	140	62	7	0	0	0	0	0	1 746
Porsgrunn	821	168	131	103	108	75	69	80	113	314	317	268	328	325	335	451	348	420	358	305	245	296	315	219	199	5 889
Porsgrunn	822	185	149	137	105	75	54	67	80	175	230	305	333	327	323	327	302	350	356	247	242	230	227	258	162	5 246
Bamble	831	103	69	75	57	33	54	46	64	505	194	144	190	196	193	186	207	284	190	172	144	183	147	140	103	3 677
Bamble	835	0	2	0	0	0	2	0	46	103	126	145	129	127	245	118	59	16	0	0	0	0	0	2	2	1 121
Kragerø	842	57	54	60	42	21	20	47	42	90	139	139	204	147	176	168	190	175	129	124	93	132	119	78	72	2 521
Kragerø	845	0	0	0	0	0	0	0	44	193	101	87	109	127	145	109	70	70	54	38	16	15	5	0	0	1 184
Drangedal	841	26	18	18	28	13	10	20	15	46	90	127	140	144	100	137	111	72	64	62	69	49	49	52	49	1 508
Nome	851	59	33	33	28	21	26	31	18	75	108	142	152	144	131	158	165	113	78	100	47	129	77	62	44	1 973
Bø	852	83	52	42	36	21	25	41	57	119	163	176	204	175	181	176	198	149	129	100	157	118	126	101	64	2 694
Seljord	861	29	20	20	23	5	21	16	18	67	88	100	150	105	193	140	72	105	70	52	91	70	70	47	72	1 645
Seljord	862	28	18	21	11	23	31	23	15	70	98	74	91	100	114	108	101	88	78	59	88	69	54	54	25	1 441
Tokke	871	13	15	7	15	11	10	5	16	42	29	44	42	36	56	85	52	46	39	20	26	28	21	18	23	699
Vinje	872	11	21	20	31	7	16	13	13	42	52	101	74	87	113	93	59	124	39	59	44	33	36	28	18	1 134
Vinje	873	20	23	16	10	7	16	5	16	26	42	90	75	70	70	123	83	77	60	36	57	42	42	36	25	1 068
Notodden	881	67	56	42	33	25	36	33	77	216	214	216	183	201	207	175	230	176	170	173	111	85	109	77	60	2 972
Notodden	882	38	77	42	33	18	41	38	38	438	134	116	142	139	145	198	198	145	140	103	136	108	103	64	67	2 699
Rjukan	891	28	18	26	15	8	8	13	25	103	96	100	118	113	154	83	105	75	65	44	60	41	31	46	39	1 413
Rjukan	892	23	23	23	11	5	5	18	15	90	74	67	108	111	118	93	74	87	59	31	57	65	41	29	26	1 251
		1 158	923	851	743	459	528	622	892	3 597	2 949	3 081	3 453	3 403	3 769	3 666	3 403	3 212	2 723	2 187	2 081	2 081	1 895	1 536	1 282	50 495

### 8.3. Utfordringsbildet for dagens ambulansetjeneste i Telemark

Fremtiden vil stille store krav til utvikling og effektivisering av tjenesten innenfor en finansieringsordning der tjenesten rammefinansieres. Det er utfordrende å håndtere økt aktivitet i tettbygde strøk og samtidig utnytte ressursene i desentraliserte områder tilstrekkelig. Oppdragsutviklingen de siste åtte årene utfordrer allerede nå dagens kapasitet.

Urbanisering fører til reduksjon av antall innbyggere i grisegente områder. Dette vil muligvis kunne føre til endringer i distrikter som frem til nå har kunnet rettferdiggjøre egen ambulanse. I noen distrikter vil det bli nødvendig å samarbeide med kommunene om løsninger for å ivareta beredskapen. Dette kan også føre til at grunnlaget for bostedsløyper for taxinæringen reduseres, noe som kan gi press på kapasiteten for Pasientreiser i grisgrendte strøk.

#### Utfordringer og innsikter

##### Fleksibilitet:

- Planlagt flytting av sesongberedskap krever høy grad av samhandling med private utøvere
- Mulighet for justering av kapasitet ligger til grunn i driftsavtaler med de private utøvere. Alle slike endringer fra kontrakten må, for å være gyldig, foreligge i skriftlig form undertegnet av begge parter, og at det oppnås enighet mellom utøver og oppdragsgiver. (Dagens avtaler er på 5 år med mulighet for forlengelse 1+1+1)

##### Kompetanse:

- En desentralisert ambulansestructur medfører at en stor andel av de prehospitale tjenestene har et lavt befolkningsgrunnlag. Dette kan over tid medføre utfordringer knyttet til rekruttering av personell.
- En forventet økning i aktivitet, særlig i sentrale områder, fører til økt behov for personell i fremtiden. Det er nødvendig å sikre at det utdannes og rekrutteres tilstrekkelig antall ressurser med riktig kompetanse i hele regionen.

##### Organisering:

- Fremtidige endringer i kommune- og fylkesstruktur vil kunne ha innvirkning på prehospitale tjenester og pasientstrømmer. Eksempelvis vil endret organisering av legevaktene kunne ha innvirkning på transportmønsteret.
- Det kan være krevende å sikre helhetlige og gode pasientforløp med delte lederlinjer. Felles ledelse vil kunne sikre bedre samspill og disponering av ressursene. Eksempelvis vil samspillet mellom AMK og ambulansetjenesten være sentral for responstider og ressursbruk. Videre kan bruk av differensierte transportmidler kompliseres når AMK, ambulansetjenesten og Pasientreiser ikke er organisert under samme enhet i det enkelte helseforetak.
- Større enheter vil kunne gi stordriftsfordeler, men det vil samtidig kunne gå på bekostning av lokal samhandling, for eksempel ved utvikling av pasientforløp og samhandling med kommunehelsetjenesten.

##### Kvalitet:

- Det er mangel på sammenliknbare styringsdata grunnet ulik registreringspraksis i regionen, spesielt for ambulansetjenesten hvor flere tjenester bl.a. fører pasientjournal på papir. Dette medfører at det er vanskelig å sammenligne seg med andre tjenester ift kvalitet og ressursutnyttelse.



- Vi har ikke et datavarehus som evner å integrere og presentere data fra relevante kilder i tilstrekkelig grad, eksempelvis AMIS<sup>14</sup>, Transmed, Norsk hjertestansregister og A-EPJ.
- De senere årene er det gjort et arbeid som bidrar til like prosedyrer og således standardisert behandling, men vi har i liten grad mulighet til å følge opp kvaliteten på den behandling som gis. Vi mangler omforente systemer og prosedyrer som sikrer et felles og forpliktende standardiserings- og utviklingsarbeid, samt forvaltning av standardiserte løsninger.
- Det er ikke etablert krav til responstid. Det poengteres imidlertid at responstidene oppgitt i NOU 2015:17 «Først og fremst» skal være målsetninger.

#### IKT:

- Investering, utvikling og implementering av medisinteknisk utstyr og IKT-løsninger er svært kostbart.
- AMK-sentralene opererer med delvis utdaterte IKT-løsninger og mangler tilstrekkelig teknologi til å understøtte av AMK-sentralenes mest kritiske arbeidsprosesser (eksempelvis planleggingsverktøy, automatiske funksjoner for utkall/respons), og et verktøy for å sikre god samhandling og utnyttelse av ressurser i hele regionen. Helsedirektoratets vurdering i etterkant av 22.07.11. understreket dette [7].
- Flere prosjekter påpeker behov for en felles elektronisk ambulansjournal. Enkelte av helseforetakene har A-EPJ per i dag, men det er bare Vestre Viken og Østfold som har denne på mobil plattform, og kun Vestre Viken har A-EPJ med integrasjon mot multimonitor i ambulansen. Ingen av systemene har integrasjon mot DIPS<sup>15</sup>. Andre helseforetak benytter papirjournal. Manglende elektronisk journal vanskeliggjør dokumentasjon og overføring av informasjon både internt i de prehospitaltjenestene og opp mot akuttmottak og kommunehelsetjeneste. Utviklings- og kvalitetsarbeid blir vanskeligere, samt at virksomhetsdata i liten grad blir ensartet og følgelig ikke kan sammenlignes på tvers av virksomhetene.
- I et samhandlingsperspektiv eksisterer det utfordrende grenseflater med tanke på varslings-, kommunikasjons- og informasjonsflyt, da IKT-systemene i spesialist- og kommunehelsetjenesten ikke er integrerte.
- Dagens utstyr er i liten grad i stand til å møte de utfordringer tjenesten står overfor når det gjelder forventet utvikling knyttet til telemedisin og muligheten for desentralisert overvåkning og behandling.
- Anskaffelse av nye IKT-løsninger for AMK og A-EPJ vil kreve mye ressurser, både økonomisk og fra organisasjonen. Det vil også fordre mye ressurser å sikre god opplæring slik at systemene gir reell nytteverdi.

Kompetansen de ulike tjenestene besitter, i form av et stort og robust driftsmiljø i de prehospitalt miljøene og i Sykehuspartner, er et godt grunnlag for å anskaffe, implementere og utvikle gode IKT-løsninger.

---

<sup>14</sup> AMIS: Akuttmedisinsk informasjonssystem

<sup>15</sup> DIPS: Distribuert Informasjons- og Pasientdatasystem i Sykehus

Andre identifiserte utfordringer:

- Arbeidet med å sikre en sammenhengende akuttmedisinsk kjede på tvers av forvaltningsnivåer og aktører er utfordrende. For eksempel å sikre standardiserte prosedyrer for behandling og fordeling av pasienter til riktig behandlingssted.
- Det er utfordrende for helseforetakene å sikre at alle aktører som rekvirerer pasienttransport både i spesialist- og kommunehelsetjenesten gjør dette i henhold til gjeldende prosedyrer.
- For intensivtransporter er det utfordrende at det finnes ulike krav og systemer i de ulike helseforetakene for gjennomføring av intensivtransport, og at det opereres med ulik organisering innad i regionen. Eksempelvis gjennomføres det et prosjekt med legebemannet ordinær ambulanser som kjører intensivoppdrag i Vestre Viken, og i Oslo og Akershus er det etablert en egen intensivambulanser som er spesialtilpasset.
- Det er stor variasjon i bruken av ambulanser i de ulike kommunene i regionen. Årsakene til dette er sammensatte og i liten grad kartlagte. Dette burde analyseres mer.
- Det er store sesongvariasjoner i fylket, da Telemark har stor tilstrømming av turister året rundt, samtidig som et betydelig antall innbyggere forflytter seg innad i regionen.

## 9. Alternativer for drift av ambulansetjenesten

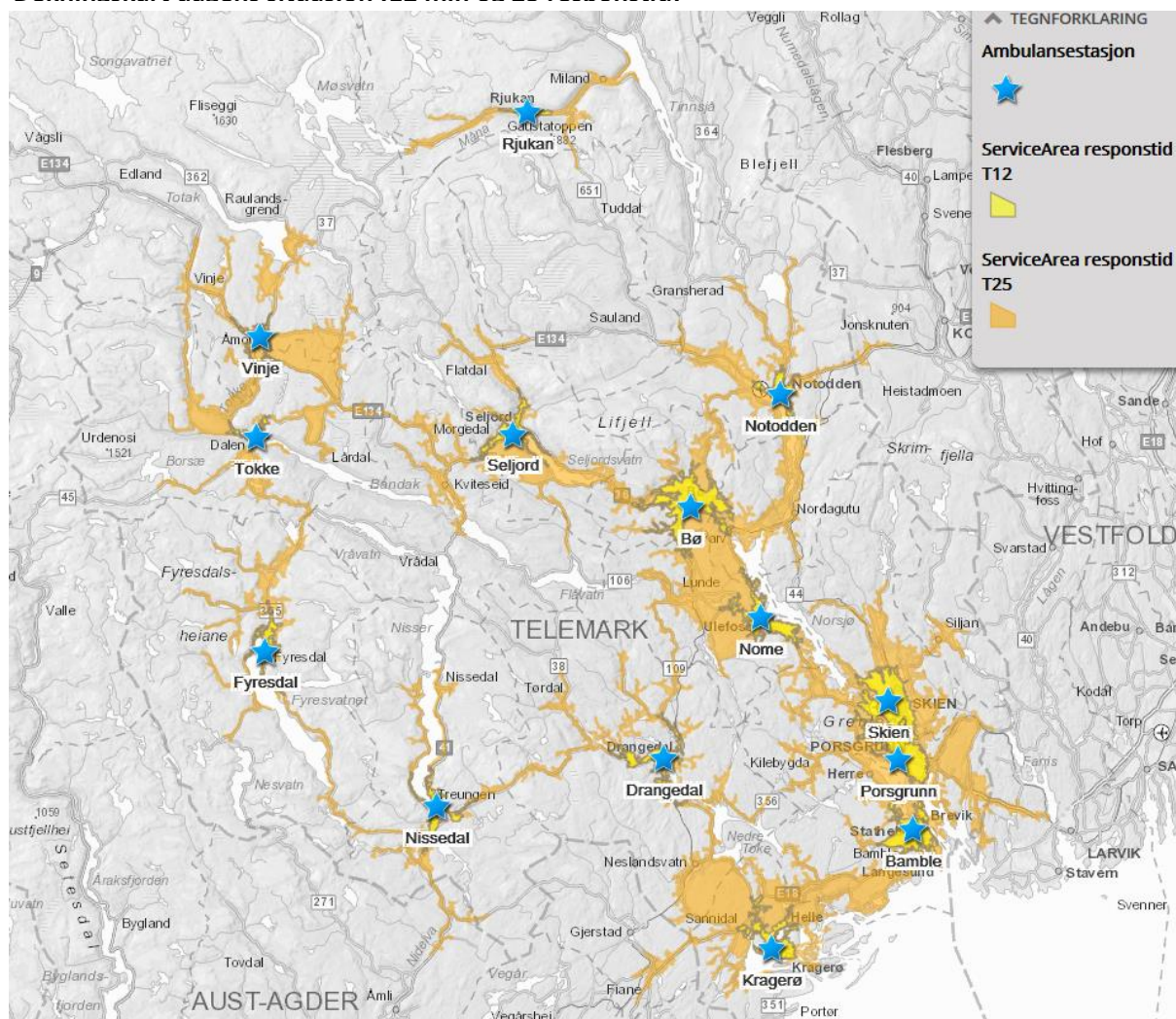
### 9.1. Struktur, kapasitet og ressurser

Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, FOR-2005-03-18-252, skal sikre at befolkningen får faglig forsvarlige akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus ved behov for øyeblikkelig hjelp. Ambulansetjenesten bør lokaliseres slik at responstiden minimaliseres.

For å kunne gi anbefalinger om ambulansestructuren i Telemark har Sykehuset Telemark benyttet analyser utarbeidet av Multiconsult Norge AS. Ved hjelp av geografiske informasjonssystem (GIS), historiske utrykningsdata (AMIS) fra 2016 og 2017 og datasett for veinett fra Statens Veivesen er responstidsdekning beregnet og analysert. Ut ifra dette er det gjort simuleringer som viser optimal fremtidig plassering av ambulansestasjoner med dokumentasjon på hvorvidt forskriftenes anbefalinger dekkes.

Kartet under viser dagens ambulansestasjoner. Gule områder viser områdene som nås innen 12 minutter og oransje de som nås innen 25 minutter.

**Dekningskart dagens situasjon (12 min og 25 responstid)**



**Figur 7: Dekningskart ambulanser i Telemark, dagens situasjon (12 og 25 min)**

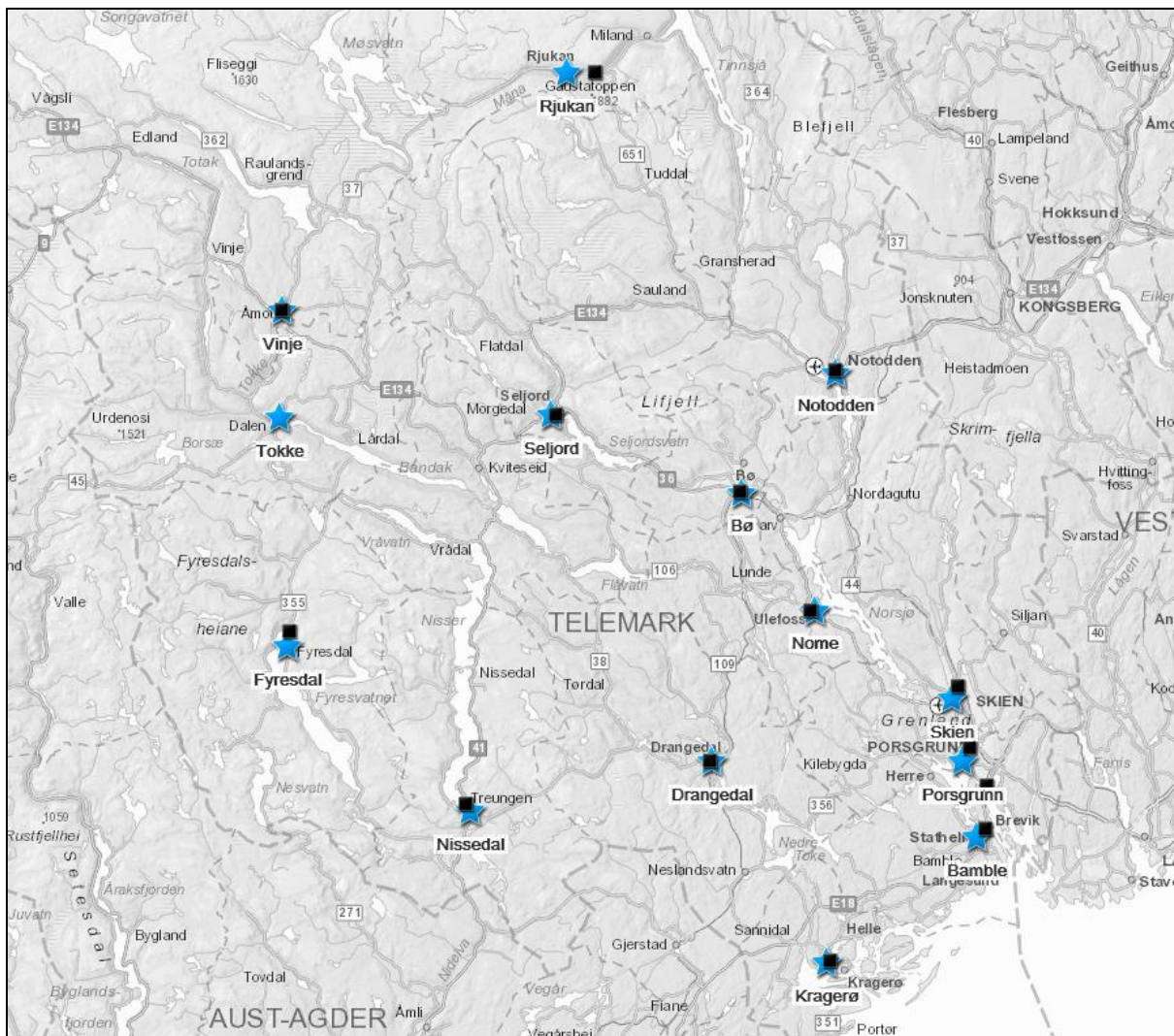
★ = Dagens plassering av ambulansestasjoner



### Simulering 1

I første simulering optimaliseres plassering av 14 ambulansestasjoner. Dette er samme antall stasjoner det er i dag.

### Dekningskart optimal plassering av ambulansestasjon – 14 stasjoner



**Figur 8 Dekningskart optimal plassering av 14 ambulansestasjoner i Telemark**

★ = Dagens plassering ■ = Optimal plassering

Kartet viser at ambulansestasjonene allerede ligger godt plassert, med få unntak. Modellen foreslår nedtak av beredskap i Tokke og styrking av beredskap i Grenland.

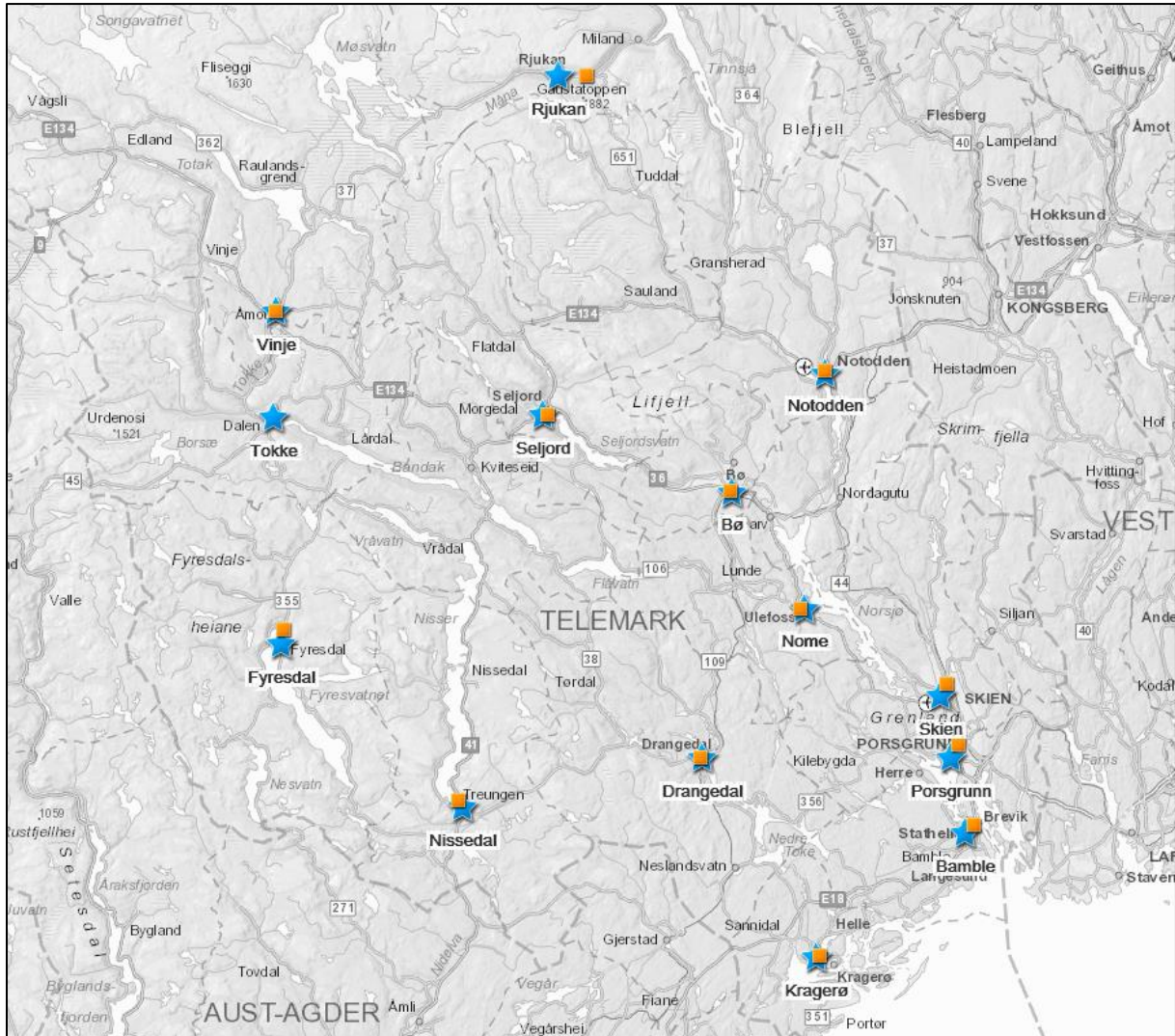
Eget utsnitt t.h. viser optimal plassering av ambulansestasjoner i Grenland. Plassering vist her gir en god indikasjon for eventuell plassering av beredskapspunkter, alternativt nye plasseringer av ambulansestasjoner.



## Simulering 2

I simulering 2 er plassering av ambulansestasjoner optimalisert i forhold til 13 stasjoner.

### Dekningskart optimal plassering – 13 ambulansestasjoner i Telemark



Figur 9: Dekningskart optimal plassering av 13 ambulansestasjoner i Telemark

★ = Dagens plassering    ■ = Optimal plassering

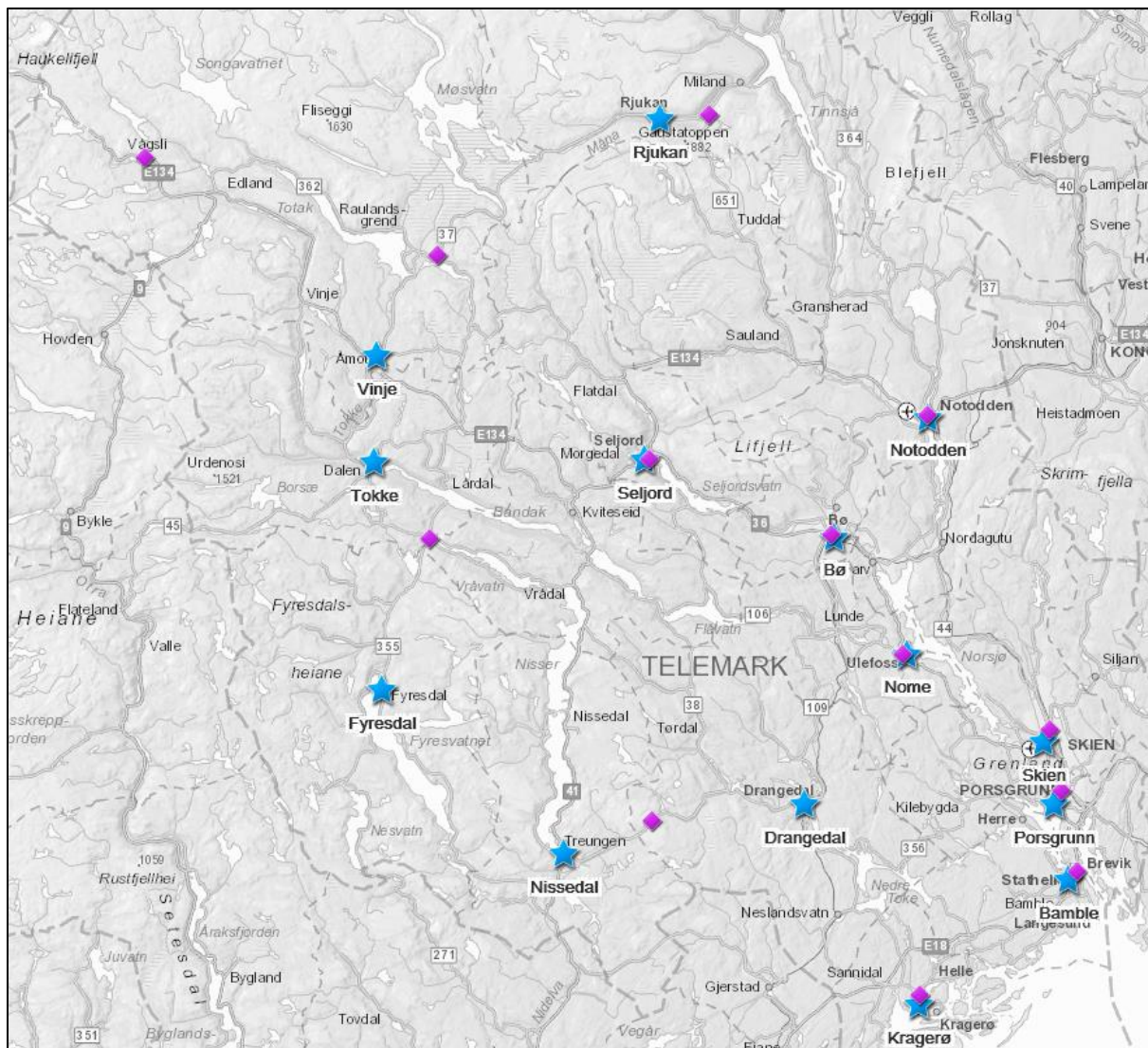
Også her foreslår modellen nedtak av beredskap i Tokke.



### Simulering 3

I simulering 3 er plassering av ambulansestasjoner optimalisert i forhold til høysesong vinter i Telemark med mange besøkende i fjellområdene.

### Dekningskart optimal plassering høysesong – vinter, med hensyn til fritidsbebyggelse



Figur 11: Dekningskart optimal plassering av ambulanser høysesong – vinter, i Telemark

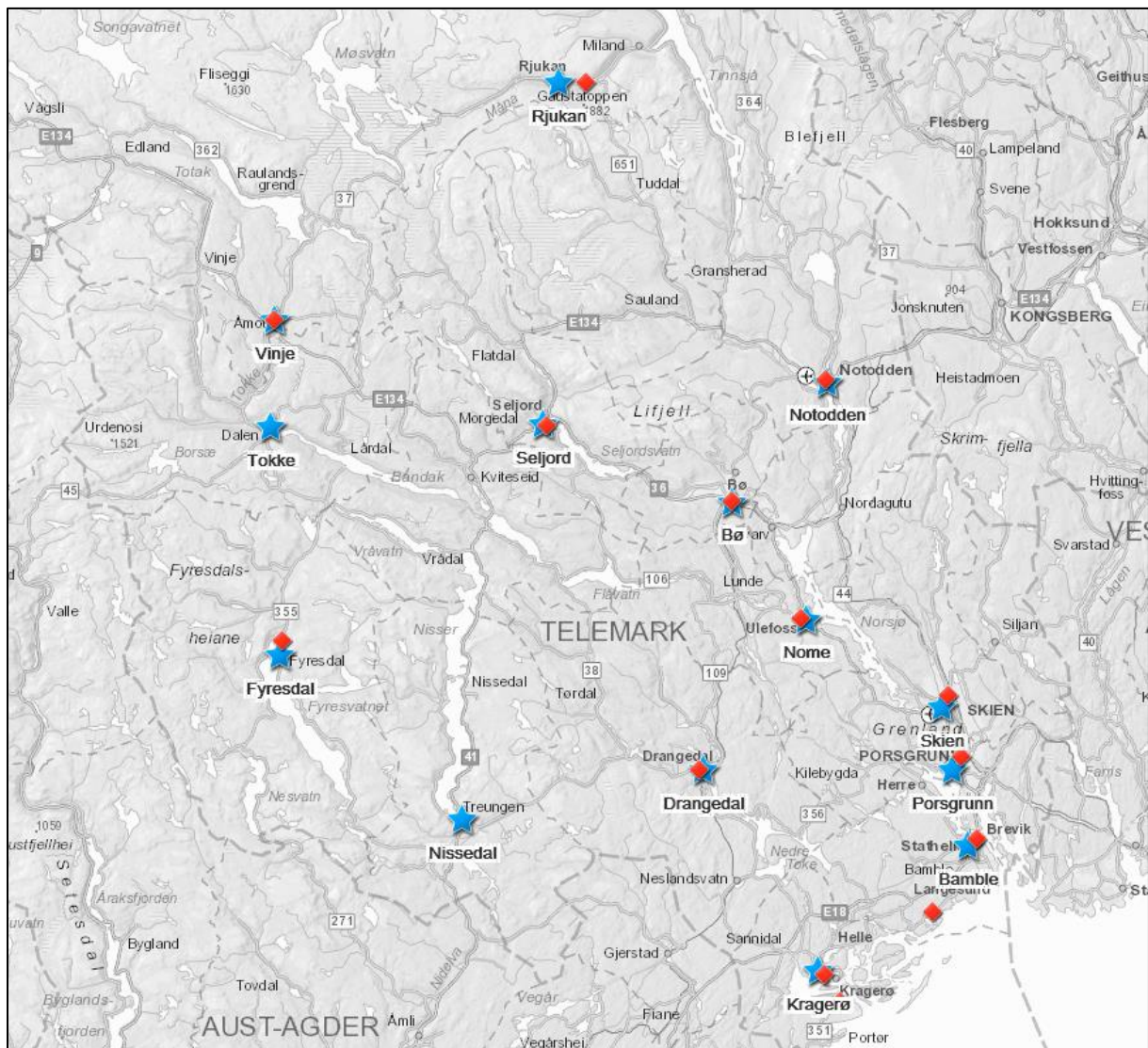
★ = Dagens plassering ■ = Optimal plassering

I vintersesongen foreslår modellen flytting av beredskap til øvre Telemark, eventuelt opprettelse av beredskapspunkter, for bedre å dekke Vågsli/Haukeli, Rauland, Miland, Skafså/Vrådal og Gautefall. Det er viktig at fremtidig valgt løsning gir rom for en tilsvarende sesongtilpassing av beredskapen.

### Simulering 4

I simulering 4 er plassering av ambulansestasjoner optimalisert i forhold til høysesong sommer i Telemark med mange besøkende i kystområdene.

### Dekningskart optimal plassering høysesong – sommer, med hensyn til fritidsbebyggelse

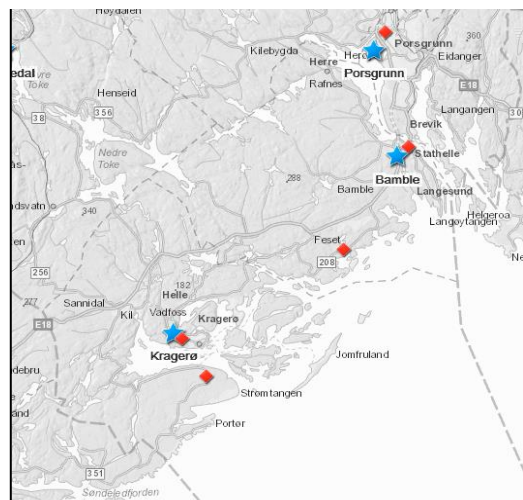


Figur 11: Dekningskart optimal plassering av ambulanser høysesong – sommer, i Telemark

★ = Dagens plassering ■ = Optimal plassering

I sommersesongen foreslår modellen flytting av beredskap, eventuelt opprettelse av beredskapspunkter, i kystområdene ved Kragere/Stabbestad og Valle.

Det er viktig at fremtidig valgt løsning gir rom for en tilsvarende sesongtilpassing av beredskapen.



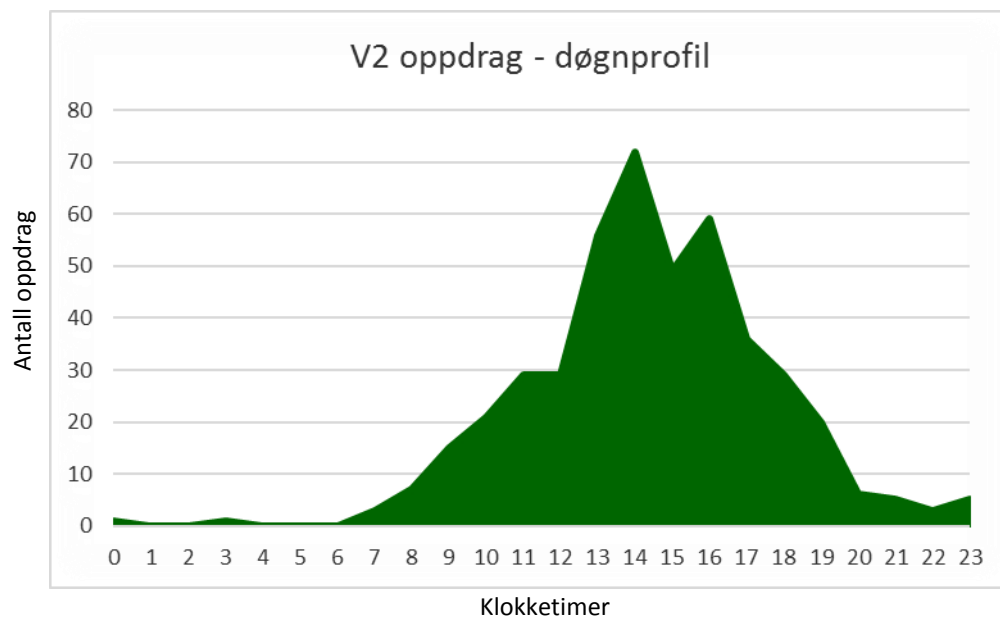
## 9.2. Optimal bruk av ambulansetjenesten – Riktig kjøretøy til riktig pasient

Arbeidsgruppen har vurdert ulike tiltak som kan motvirke kapasitetsutfordringen og differensiering av ressurser for å frigjøre tid for ordinære ambulanser til å håndtere akutt- og haste- oppdrag. Det er også vurdert hvilke andre type ressurser andre helseforetak har vakt å sette i drift for å sikre et godt og forsvarlig akuttmedisinsk tilbud.

### Syketransport (hvit bil)

Dette er et differensiert transport tilbud som flere helseforetak allerede har satt i drift med gode erfaringer. En syketransportbil utfører alle såkalte V2 oppdrag, dvs. vanlige oppdrag som ikke haster og der pasient kun har behov for å ligge uten overvåkning og/eller behandling. Syketransportbilene kan bemannes med annet personell enn en ordinær ambulanse og det stilles ikke nasjonale krav til kompetansen. Eksempelvis kan denne bemannes med personell fra frivillige organisasjoner, helsefagarbeidere eller portør. Enkelte helseforetak velger å ha den enmanns betjent, men flertallet har bemannet den med to personer.

I Telemark vil det største potensialet for en slik type ressurs være i Grenland og til dels Notodden. Dette kommer av at en stor andel av transportene genereres av sykehuset selv. Oppdragene er flest mellom kl. 11.00 og 18.00 og på ukedagene.



### Legevaktbil

Akuttmedisinforskriften legger føringer på at kommunehelsetjenesten må sørge for tilstrekkelig beredskap for utrykning til akutt- syke og skadde i egen kommune. To av legevaktene i Telemark har anskaffet seg legevaktbil, Tinn og Notodden, og de rykker ut i varierende grad. Ingen av disse bilene er utrykningsbiler, men merket i hht. nasjonal forskrift.

Legevaktbil benyttes på ulike måter over hele landet og det er flere samarbeidsløsninger og vise til. På en del steder er legevaktbil et godt samhandlingsverktøy mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten der bilen bemannes av både ambulansearbeider og legevaktslege. Denne formen tilskrives gode erfaringer for å få tjenesten til å fungere optimalt.



I ett legevakt-distrikt innenfor Helse Bergen viser Nasjonalt senter for legevaktmedisin til at legevaktbilen har redusert antall gule (haster) ambulanseoppdrag med opptil 40%. Dette er fordi legevaktlegen reiser ut til pasient og kan avklare og eventuelt starte behandling hjemme.

For Telemark sin del ser vi i første omgang en stor mulighet til et samarbeid med kommunehelsetjenesten om en legevaktbil i Grenlandsområdet og har en forventning om at en slik ressurs kan dempe veksten i ambulanseoppdrag. I tillegg vil man kunne ha en ressurs som kan bistå ved ulykker, hjertestans og lignende og man vil kunne tilegne en slik ressurs oppgaver som Innsatsleder Helse (ILH) og Medisinsk leder helse (MLH) gitt at den bemannes av en ambulansesarbeider og en legevaktlege. Denne type ressurs kan også bemannes av ambulansesarbeider alene på tider av døgnet der ikke en legevaktlege er tilgjengelig og da benyttes som en en-redder enhet.

### **Helsevaktbil**

Helse Midt- Norge har i samarbeid med Røros kommune utfordret en legevaktbil løsning til et enda videre mulighetsområde. Helsevaktbilen på Røros, den såkalte «Rørosmodellen», er bemannet dag og kveld med ambulansesarbeider og deler av tiden også med lege. For å sikre nok pasientkontakt utfører personellet i denne bilen en del kommunale helsetjenester på dag og har et tett samarbeid med legevakt og hjemmetjeneste. Det kan eksempelvis være blodprøvetaking, væskebehandling hjemme hos pasient eller på institusjon og det drives forebyggende arbeid i form av førstehjelpskurs for kommunalt ansatte. I tillegg brukes denne som en en-redder ressurs ved akutte oppdrag.

Rørosmodellen har fått stort oppmerksomhet av media, Helsedirektoratet og andre helseforetak. Både Helse Midt- Norge og Røros kommune viser til gode resultater fra samarbeidet. I Telemark kan man vurdere lignende modell på steder der oppdragsmengde for en ambulanse blir for lav og man ikke klarer å opprettholde en forsvarlig kompetanse.

## **9.3. Drift og organisering**

Det er i dag ingen påviselig forskjell i kvalitet på tjenesten i offentlig regi eller i privat regi. Godt samarbeid mellom Sykehuset Telemark og de private driverne om opplæring, bruk av felles utstyr, m.m. har vært viktige faktorer for å kunne gi likartet kvalitet på tjenesten. Det er i midlertid en sannsynlighet for økte kostnader ved å drifte alle ambulansestasjoner i offentlig regi kontra privat, i all hovedsak knyttet til bruk av overtid og pensjonsordninger.

Valg av organisering mellom privat og offentlig drift vil avgjøres av behovet -, og muligheten for, å oppnå større fleksibilitet til å fortløpende kunne tilpasse beredskapskapasiteten til den faktiske oppdragsmengden og til å kunne styre beredskapen i tråd med sesongvariasjonene. I denne sammenheng er det nødvendig å vurdere en regionstruktur for Telemark, der nærliggende ambulansestasjoner kan samarbeide i større grad. Herunder kan f.eks. rotasjon av personell være nødvendig for å gi den enkelte ambulansemedarbeider tilstrekkelig mengdetrening eller rotering av utstyr/bilpark for å få en likere belastning av utstyr og kjørelengde på ambulansene før utskiftning. Harmonisering av arbeidstidsordninger og vilkår for ambulansemedarbeiderne kan i denne sammenheng være et viktig verktøy for å skape både fleksibilitet i bruken av personell et godt arbeidsmiljø ved de ulike stasjonene.

Ved å ha færre ledere som har ansvar for flere stasjoner, oppnår man også en mer enhetlig ledelse. Større samordning og felles ressursbruk innad i en region er en forutsetning for å oppnå målene i planen.

Det er nå åpnet for mulighet til å lease ambulanser. Om denne muligheten benyttes avgjøres av helseforetakets finansielle situasjon og mulighet til å frigjøre investeringsmidler.

Det er flere helseforetak som allerede leaser sine ambulanser, komplett utrustet med alt utstyr innvendig. Fordelen med leasing er at man er sikret en fast utskiftingstakt av ambulansebilene siden en leasingperiode går over 4 eller 5 år. Ulempene er at alle former for slik type finansiering medfører noe økt kostnad i form av renter.

Sykehuset har årlig et utskiftningsbehov av ca. 4 ambulanser per år. Det er viktig at denne utskiftingstakten opprettholdes slik at vi til enhver tid ivaretar pasientsikkerheten med driftssikre ambulanser.

## 9.4. Kompetanse

Sykehuset Telemark HF har utarbeidet interne krav til opplæring, sertifisering og vedlikehold av kompetanse for alle ambulansearbeidere. Dagens kompetansesetige innebærer årlig resertifisering, ulike kurs som eksempelvis PLIVO<sup>16</sup> og Samvirkekurs og prosedyreutsekk ved innføring av nye metoder, prosedyrer og behandlingslinjer. Ambulansearbeidere blir etter dagens interne sertifiseringssystem sertifisert i kategorien BLS (Basal Livsfunksjon Støtte) eller ALS (Avansert Livsfunksjon Støtte), ofte kalt Nivå 1 og Nivå 2 ved andre helseforetak.

Helsepersonelloven § 4 pålegger den enkelte ambulansearbeider å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra den enkeltes kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Den enkelte skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner.

Kravet om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp innebærer å sikre at pasienter og andre brukere av helse- og omsorgstjenestene mottar helsehjelp som er over en faglig minstestandard, samtidig som de ikke skal påføres skade, unødig lidelse eller smerte.

### Faglige kvalifikasjoner

Her er det først og fremst den formelle kompetansen som det enkelte helsepersonell innehar. Det kan være offentlig godkjent grunnutdanning på fagskolenivå eller videreutdanning på høyskolenivå. Det tas også hensyn til kompetanse i form av praktisk erfaring ved vurdering av forsvarlighetskravet. I praksis betyr dette at det kan stilles strengere krav til en ambulansearbeider med lang klinisk erfaring, enn til en nyutdannet ambulansearbeider.

Fremtidens behov for «vurderingskompetanse» vil medføre et økende behov for personell med etter- eller videreutdanning på høyskolenivå. Bachelor i paramedisin er et tilbud flere høyskoler etter hvert har og ved Universitetet i Stavanger tilbys det også Master i prehospital akuttmedisin.

---

<sup>16</sup> PLIVO: Nasjonal prosedyre for nødetatene for håndtering av pågående livstruende vold

### **Ambulansearbeiderrollen - arbeidets karakter**

Når det gjelder arbeidets karakter ses blant annet på hvilke arbeidsoppgaver man vanligvis utfører. Her stilles det krav til at utøveren holder seg faglig oppdatert, slik at en kan utføre den helsehjelp som det vanligvis forventes av yrkesgruppen. Ambulansearbeideren skal derimot avgrense sitt arbeid i forhold til egen kompetanse, og særlig i de tilfellene der tidsfaktoren ikke er kritisk.

### **Legemiddelhåndtering og medisinteknisk utstyr**

Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp pålegger virksomhetsleder hos den enkelte ambulansetøver ansvar for at legemiddelhåndtering utføres forsvarlig og i henhold til gjeldende lover og forskrifter.

Ambulansearbeidere som gis legemiddelhåndteringsoppgaver, må ha de nødvendige reelle kunnskaper (realkompetanse) for å kunne håndtere oppgaven. I vurderingen av dette forutsettes det at det tilrettelegges for nødvendig og kontinuerlig opplæring.

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 3-1015 at virksomheter som yter helsetjenester skal sørge for at ansatte gis den opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. Det innebærer at tildeling av oppgaver må skje etter en konkret vurdering av kvalifikasjonene til personen som delegeres oppgaven. Tildelingen forutsetter at personellet er gitt nødvendig opplæring for å kunne utføre oppgavene på en faglig forsvarlig måte. Det må gis nødvendige instruksjoner og føres tilsyn med utføring av oppgaven (løpende kontroll).

Det understrekes at virksomhetsleders ansvar for delegering mv. etter § 4 i legemiddelhåndteringsforskriften<sup>17</sup>, ikke fritar helsepersonellet for det individuelle ansvaret de har når det gjelder forsvarlig yrkesutøvelse jf. Helsepersonelloven § 4. Det fritar heller ikke de ansvarlige ledere på de ulike nivåer i virksomheten fra det ansvaret de har, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-9.

## 10. Konklusjoner og anbefalinger

Kommuner og helseforetak har i fellesskap ansvar for en forsvarlig helseberedskap, og skal sammen sikre koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (Akuttmedisinforskriften). Dette krever et gjensidig samarbeid for å finne praktiske løsninger. Det er behov for å prøve ut flere modeller for å sikre en optimal ressursbruk.

Dagens bilambulansesstruktur i Telemark er samlet sett god med 87% oppnåelse for både tettsted og grisgrendte strøk. Dagens stasjoner ligger stort sett godt plassert, med unntak av Tokke. Men med bakgrunn i geografiske avstander er det vurdert til at man må ha en beredskapsressurs i Tokke for å kunne yte livreddende innsats og forsvarlig helsehjelp innen rimelig tid.

Det er en skjev demografi i fylket og dette utfordrer kapasitet vs. beredskap. I Skien, Porsgrunn og Bamble bor godt over halvparten av befolkningen. Det er også her befolkningsveksten vil være størst de neste tiårene. Analysene viser at det er behov for flere stasjoner eller beredskapspunkt i dette området for å nå forskriftens anbefalinger. Samtidig er det svært få minutter som skal til for å nå anbefalingene for tettstedene i Porsgrunn, Skien og Bamble. For tettstedene er det et kritisk punkt mellom 8 og 9 minutter utrykningstid, det vil si mellom 3 og 4 minutter reaksjonstid. Og det er akkurat her dagens reaksjonstider for dette området ligger. I dette utrykningstidsintervallet endres prosentandelen med 12%. Sagt på en annen måte så kan stasjonene i Porsgrunn, Skien og Bamble være der de er, men suppleres av faste beredskapspunkter. Dersom man skal flytte stasjoner så vil stordriftsfordelen av å ha en felles stasjon for Skien og Porsgrunn veie tungt, men dette avhenger da av at man etablerer faste beredskapspunkter.

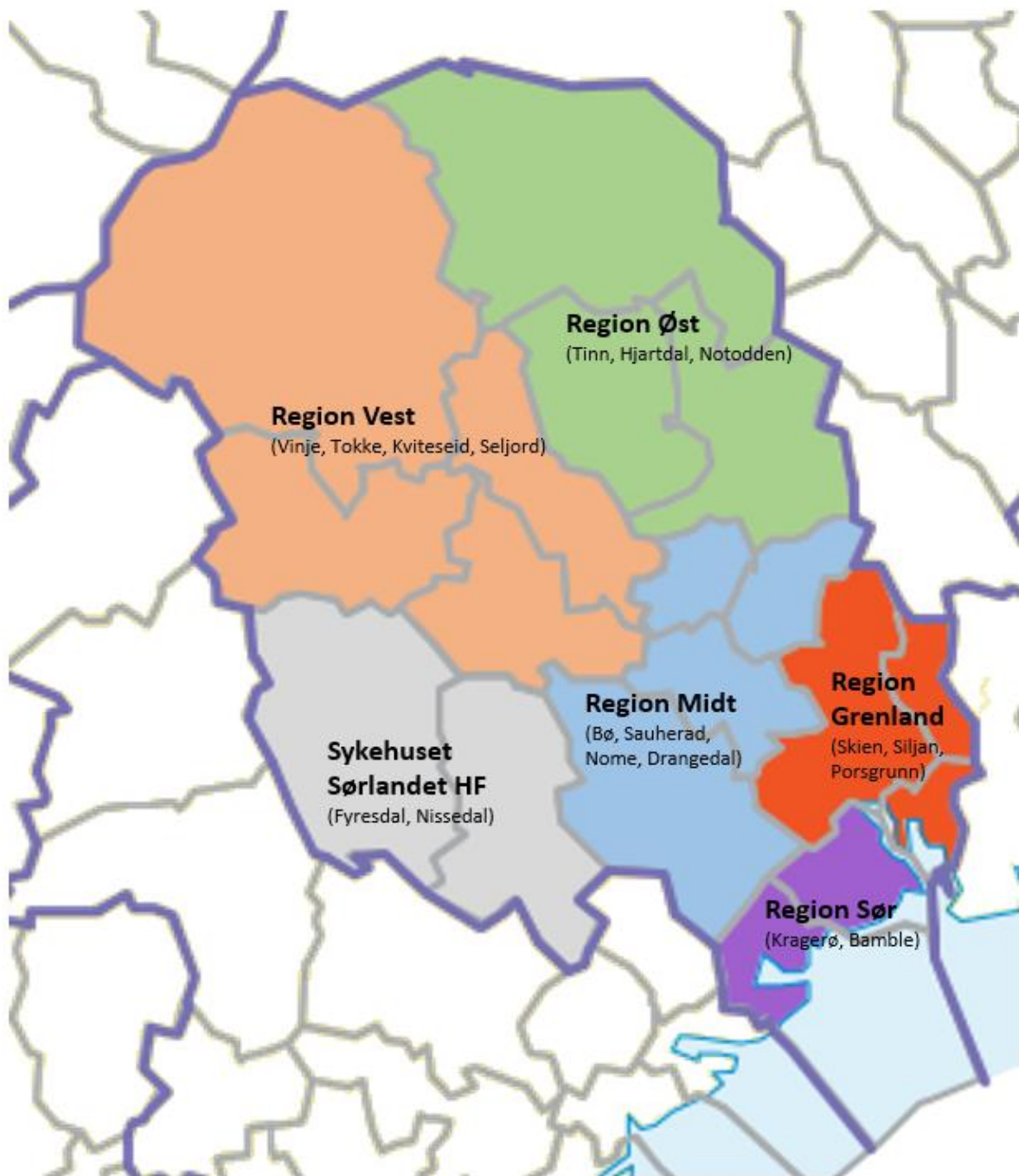
Enkelte områder har ikke optimal dekning. Dette er i all hovedsak kommuner som ikke har egen ambulansestasjon, som Hjartdal kommune, Siljan kommune og Kviteseid kommune. Samtidig vet vi at en ny tunnel på E134 mellom Seljord og Hjartdal vil ha stor betydning for innbyggerne i Hjartdal kommune og man kan formalisere en akutthjelperordning med Hjartdal Røde Kors.

Utrykningshyppigheten varierer gjennom året. Mest sannsynlig er dette blant annet påvirket av den store andelen fritidshytter i området. Basert på analysene utført av Multiconsult fremkommer det at dagens beredskap er bygget opp primært etter hvor folk bor, men ikke i like stor grad tar hensyn til hvor folk er. Å ruste ambulansesstrukturen etter sesongvariasjoner vil være en riktig og nødvendig tilpasning av ambulansetjenesten i Telemark.

Ambulansetjenesten bruker i dag elektronisk etterregistrering av oppdrag i fagsystemet AMIS. Løsningen gir virksomhetsdata for ambulansetjenesten, men er ikke en pasientjournal som gir tilgjengelighet i ambulansene eller som kan overføre data inn til sykehus eller samarbeidspartnere. Hovedgevinsten ved innføring av felles elektronisk ambulansjournal vil være at tjenesten får en enhetlig, digital løsning og bedret informasjonsflyt som vil styrke pasientsikkerheten.

## 10.1.Overordnet struktur

Overordnet struktur		
Tiltak 2019-2025	Hovedbegrunnelse	Konsekvenser
1.1 Etablere regionstruktur for ambulansestasjonene i Telemark. (Regionstruktur primært basert på legevaktsområdene)  Grenland: Skien, Porsgrunn Sør: Bamble, Kragerø Midt: Bø, Nome, Drangedal Vest: Vinje, Tokke, Seljord Øst: Tinn, Notodden	* Ønsker tettere samarbeid med legevaktene * Enhetlig ledelse, færre ledere * Ønsker økt mulighet for utplassering/flytting av ambulanser i ferieperioder (høy hytteaktivitet) * Felles fag/opplæringsressurs innenfor hver region	Noen fordeler: * Økt samarbeid med legevakter innenfor regionene * Økt fleksibilitet ved rotasjon av personell etter behov * Mulighet for endring av stasjonsingssted innenfor regionen * Rotasjon av kjøretøy (optimal utnyttelse av bilparken) * Økt sesongberedskap
1.2 Drift i STHF regi (2020): Regionene Grenland, Øst og Sør  Konkurransetsettes til privat drift: Regionene Vest og Midt legges ut på nye anbud i 2022	Vanskelig å utnytte total kapasitet i regionene på en optimal måte uten å "ha tilgang" til ambulansekapasitet i hele regionen  Tidspunkt for utlysning settes til 2022 for å rekke å evaluere effektene av hvit bil og legevaktbil.	* STHF overtar drift av Bamble * Fordeler som i pkt. 1.1  * Riktig kapasitet inkl. effekter av hvit bil og legevaktbil.
1.3 Tilpasse beredskapskapasitet etter faktisk behov	Den totale beredskapskapasiteten må tilpasses faktisk behov ift befolkningsendring og oppdragsutvikling	* Pasienten mottar rask og riktig helsehjelp * Tilpasset beredskap i Telemark * Riktig kjøretøy til riktig pasient
1.4 Sørge for riktig kompetanse for å tilfredstille krav til bemanning ihht ny akuttforskrift innen mai 2021	Den nye akuttforskriften har satt krav til at begge personell på en ambulans skal være autorisert helsepersonell, derav min. en ambulansarbeider. Begge må inneha førerkort for utrykningskjøretøy. Frist for innfrielse av krav er satt til mai 2021.	* Dagens bruk av lærlinger i verdiskaping vil falle bort, lærlinger er ikke autorisert * Ny utdanningsmodell er under arbeid, resulterer i lengre læretid. Fordyrende ledd for lærebedrift * Flere vil trolig velge bachelor i paramedisin
1.5 STHF implementerer bruk av akuttjelpere etter nasjonale retningslinjer og inngår avtaler med akuttjelpere der dette er formålstjenelig	Akuttjelpere kan bidra til vesentlig raskere respons ved tidskritiske hendelser. Akuttjelpere er et supplement til - og ikke en erstatning for - ambulansene.	* Pasienten mottar raskere førstehjelp * Bidrar til økt samlet totalberedskap i Telemark
1.6 Utarbeide kompetanseplan mot 2035 (gjennomføres i 2019-2020). Nedsette arbeidsgruppe	Sikre riktig fremtidsrettet kompetanse for ambulansetjenesten i Telemark, inkl. bruk og videreutdanning av paramedic, opplæring av akuttjelpere, hospiteringsordninger, m.m.	* Riktig kompetanse for hele akuttkjeden i Telemark
1.7 Implementere HSØs regionale løsning for elektronisk pasientjournal (A-EPJ) (2020)	Økt pasientsikkerhet	* Økt pasientsikkerhet * Enklere å hente aktivitetsdata. Data kan sammenlignes med øvrige helseforetak i HSØ
Tiltak 2026-2030	Hovedbegrunnelse	Konsekvenser
1.8 Tilpasse beredskapskapasitet etter faktisk behov	Den totale beredskapskapasiteten må tilpasses faktisk behov ift befolkningsendring og oppdragsutvikling	* Pasienten mottar rask og riktig helsehjelp * Tilpasset beredskap i Telemark * Riktig kjøretøy til riktig pasient
Tiltak 2031-2035	Hovedbegrunnelse	Konsekvenser
1.9 Tilpasse beredskapskapasitet etter faktisk behov	Den totale beredskapskapasiteten må tilpasses faktisk behov ift befolkningsendring og oppdragsutvikling	* Pasienten mottar rask og riktig helsehjelp * Tilpasset beredskap i Telemark * Riktig kjøretøy til riktig pasient



**Figur 14** Overordnet struktur med anbefalt regioninndeling av ansvarsområdet til Sykehuset Telemark HF.

Ambulanser tilhørende de ulike regionene vil være omfattet av beredskapsstyring fra AMK på tvers av regioninndelingen. Alle regioner vil ha sitt kjerneområde, men aktiv flåtestyring bidrar til god bruk av ressursene på tvers.

## 10.2. Region Grenland (Skien, Porsgrunn)

<b>2 Grenland (Skien Porsgrunn)</b>			
	<b>Tiltak 2019-2025</b>	<b>Hovedbegrunnelse</b>	<b>Konsekvenser</b>
2.1	<b>Etablere hvit bil nr.1 i Grenland (man-fre kl. 11-18.30) (2019)</b>	Det er allerede en kapasitetsutfordring i Grenland i dag. Visse tider på døgnet er det svekket beredskap grunnet mange oppdrag. En hvit bil vil avlaste en del av de mørkegrønne turene/rene transportoppdrag og frigjøre ambulansene til beredskap Hvit bil kan avlaste 1 000-1 200 oppdrag per år	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Redusere samtidighetskonflikter = Bedret beredskap (Innenfor 55% utnyttelsesgrad av dagambulanser)</li> <li>* Økt pasienttilfredshet da bil kommer til avtalt tid. Redusert ventetid.</li> <li>* Reduserer liggetid på sykehuset som følge av venting på ambulanse. På ettermiddag/kveld kan det bidra til redusert overtid (eks. dagkir Porsgrunn)</li> </ul>
2.2	<b>Etablere anestesilegebemannet bil i Grenland (2019) (finansiert over statsbudsjettet)</b>	Pasienten får raskere akuttmedisinsk behandling av spesialisert personell ved traumer og alvorlig sykdom. Anestesilegebemannet bil kan møte ambulanser fra øvre Telemark samt avlaste sekundær-/intensivtransporter mellom sykehusene.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Mulighet for diagnostisering på stedet</li> <li>* Pasient får raskere akuttbehandling</li> <li>* Bemanning kan også foreta intensivtransport mellom sykehus ved behov</li> <li>* Mulighet for å ta rollen som Innsatsleder helse/ Medisinsk leder helse ved større hendelser</li> </ul>
2.3	<b>Bidra til å etablere legevaktsbil sammen med Porsgrunn, Bamble og Kragerø kommune (2019)</b>	Pasienten får raskere mulighet til diagnostisering på stedet og med det unngå unødig transport. Det er i dag en stor mengde gule oppdrag som ender på legevakt. En legevaktsbil vil bringe lege ut til pasient og avklare om pasient må til legevakt og/eller sykehus eller ikke. Tall fra pilot bl.a. i Helse Bergen viser en betydelig reduksjon i antall ambulanseoppdrag som ender på legevakt	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Mulighet for diagnostisering på stedet</li> <li>* Forhindrer unødvendig transport av pasient og innleggelser</li> <li>* Reduserer pasienttilstrømming til akuttmottak og legevakt</li> <li>* Økt samhandling i akuttkjeden</li> <li>* En legevaktsbil vil bidra til å utsette behovet for økning i ambulansekapasitet fram mot 2035</li> </ul>
2.4	<b>Slå sammen ambulansestasjon for Skien og Porsgrunn. Ny plassering av en felles hovedstasjon og utplassering av beredskapspunkter (2022)</b>	Ønsker bedre utnyttelse av ressurser. Ambulansestasjon på Hærøya ikke optimal plassering i hht analyse/simuleringer for beste dekning i Grenland. Ingen ambulansestasjon er i dag stor nok til å huse felles ambulansetjeneste. Ambulansestasjon i Skien er gammel, tilfredsstillende ikke Arbeidstilsynets krav til utforming.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Bedre utnyttelse av ressurser.</li> <li>* Flere pasienter nås innenfor 12 minutter ved opprettelse av beredskapspunkter og flytting av stasjon fra Herøya</li> <li>* Med beredskapspunkter: Mulighet for å tilpasse beredskap i hht ukedag, tid på døgnet, m.m. for bedre å møte behovet</li> <li>* Dersom det i fremtiden etableres felles legevakt for Skien og Porsgrunn kan samlokalisering med denne være gunstig</li> </ul>
2.5	<b>Øke ambulansekapasitet med 1 ambulanse (2022) Ambulanse 1: Dag/Kveld</b>	Antatt økning i antall oppdrag hht Helse Sør-Østs fremskrivningsmodell krever økning i ambulansekapasitet	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Pasienten mottar rask og riktig helsehjelp</li> <li>* Tilpasset beredskap i Telemark</li> </ul>
	<b>Tiltak 2026-2030</b>	<b>Hovedbegrunnelse</b>	<b>Konsekvenser</b>
2.5	<b>Øke ambulansekapasitet med 1 ambulanse (2027) Ambulanse 2: Dag</b>	Antatt økning i antall oppdrag hht Helse Sør-Østs fremskrivningsmodell krever økning i ambulansekapasitet	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Pasienten mottar rask og riktig helsehjelp</li> <li>* Tilpasset beredskap i Telemark</li> </ul>
2.6	<b>Etablere hvit bil nr. 2 i Grenland (2030)</b>	Hvit bil avlaste ambulanse for rene transportoppdrag og frigjør ambulansene til beredskap	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Riktig kjøretøy til riktig pasient</li> <li>* Økt pasienttilfredshet da bil kommer til avtalt tid. Redusert ventetid.</li> </ul>
	<b>Tiltak 2031-2035</b>	<b>Hovedbegrunnelse</b>	<b>Konsekvenser</b>
	<b>Ingen antatt endring basert på framskrevet tallgrunnlag og antatt virkning av tidligere tiltak</b>	Dersom faktisk oppdragsmengde og behov fraviker fra framskrevet tallgrunnlag benyttet i denne planen, må kapasitet tilpasses.	



### 10.3.Region Sør (Bamble, Kragerø)

<b>3 Sør (Bamble, Kragerø)</b>			
	<b>Tiltak 2019-2025</b>	<b>Hovedbegrunnelse</b>	<b>Konsekvenser</b>
	Ingen endring av antall ambulanser	Kapasitet vurdert riktig tilpasset	
3.1	<b>Arbeidstidsordninger endres ved overtakelse av Bamble som følge av aktivitet (2020)</b>	Arbeidstidsordningene er tilpasset privat virksomhet med andre overenskomster	Endrede arbeidstidsordninger vil gi rom for økt åpningstid på dagbil og endret innslagspunkt for hvilende vakt
	<b>Tiltak 2026-2030</b>	<b>Hovedbegrunnelse</b>	<b>Konsekvenser</b>
	Ingen antatt endring basert på framskrevet tallgrunnlag	Dersom faktisk oppdragsmengde og behov fraviker fra framskrevet tallgrunnlag benyttet i denne planen, må kapasitet tilpasses.	
	<b>Tiltak 2031-2035</b>	<b>Hovedbegrunnelse</b>	<b>Konsekvenser</b>
3.2	<b>Øke ambulanskapasitet (2032) Ambulanse 3: Dag/Kveld</b>	Antatt økning i antall oppdrag hht Helse Sør-Østs fremskrivningsmodell krever økning i ambulanskapasitet	* Pasienten mottar rask og riktig helsehjelp * Tilpasset beredskap i Telemark

### 10.4.Region Vest (Vinje, Tokke, Seljord)

<b>4 Vest (Vinje, Tokke, Seljord)</b>			
	<b>Tiltak 2019-2025</b>	<b>Hovedbegrunnelse</b>	<b>Konsekvenser</b>
4.1	<b>Vinje/Tokke: Økt bruk av beredskapspunkter i samband med ferieperioder. Etablere pilotprosjekter i 2019 og 2020</b>	For å redusere responstider er det nødvendig å forflytte ressursene i jul/nyttår, vinterferie og påske.	* Forbedrede responstider * Beredskap flyttet dit folk er og ikke der folk bor
	<b>Tiltak 2026-2030</b>	<b>Hovedbegrunnelse</b>	<b>Konsekvenser</b>
	Ingen antatt endring basert på framskrevet tallgrunnlag	Dersom faktisk oppdragsmengde og behov fraviker fra framskrevet tallgrunnlag benyttet i denne planen, må kapasitet tilpasses.	
	<b>Tiltak 2031-2035</b>	<b>Hovedbegrunnelse</b>	<b>Konsekvenser</b>
	Ingen antatt endring basert på framskrevet tallgrunnlag	Dersom faktisk oppdragsmengde og behov fraviker fra framskrevet tallgrunnlag benyttet i denne planen, må kapasitet tilpasses.	



## 10.5. Region Øst (Tinn, Notodden)

5 Øst (Tinn, Notodden)			
	Tiltak 2019-2025	Hovedbegrunnelse	Konsekvenser
5.1	<b>Tinn:</b> Økt bruk av beredskapspunkter i samband med ferieperioder. Etablere pilotprosjekt i 2019	For å redusere responstider er det nødvendig å forflytte ressursene i jul/nyttår, vinterferie og påske.	* Forbedrede responstider * Beredskap flyttet dit folk er og ikke der folk bor
5.2	<b>Kapasitet i Tinn synes å være høyere enn behovet på natt, og må løpende vurderes ut fra utviklingen de nærmeste årene</b>	Dersom faktisk oppdragsmengde og behov fraviker fra framskrevet tallgrunnlag benyttet i denne planen, må kapasitet tilpasses.	
	Tiltak 2026-2030	Hovedbegrunnelse	Konsekvenser
5.3	<b>Notodden: Etablere hvit bil, dagtid (2027)</b>	Hvit bil avlaster ambulanse for rene transportoppdrag og frigjør ambulansene til beredskap	* Riktig kjøretøy til riktig pasient * Økt pasienttilfredshet da bil kommer til avtalt tid. Redusert ventetid.
	Tiltak 2031-2035	Hovedbegrunnelse	Konsekvenser
5.4	<b>Notodden: Øke ambulansekapasitet (2032)</b> <b>Ambulanse 4: Dag</b>	Antatt økning i antall oppdrag hht Helse Sør-Østs fremskrivningsmodell krever økning i ambulansekapasitet	* Pasienten mottar rask og riktig helsehjelp * Tilpasset beredskap i Telemark

## 10.6. Region Midt (Bø, Nome, Drangedal)

6 Midt (Bø, Nome, Drangedal)			
	Tiltak 2019-2025	Hovedbegrunnelse	Konsekvenser
	Ingen endring	Kapasitet vurdert riktig tilpasset	
	Tiltak 2026-2030	Hovedbegrunnelse	Konsekvenser
	<b>Ingen antatt endring basert på framskrevet tallgrunnlag</b>	Dersom faktisk oppdragsmengde og behov fraviker fra framskrevet tallgrunnlag benyttet i denne planen, må kapasitet tilpasses.	
	Tiltak 2031-2035	Hovedbegrunnelse	Konsekvenser
6.1	<b>Bø: Øke ambulansekapasitet (2035)</b> <b>Ambulanse 5: Dag</b>	Antatt økning i antall oppdrag hht Helse Sør-Østs fremskrivningsmodell krever økning i ambulansekapasitet	* Pasienten mottar rask og riktig helsehjelp * Tilpasset beredskap i Telemark





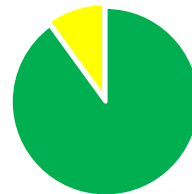
## 12. Evaluering av anbefalt løsning

Anbefalte løsninger er valgt for å innfri de 5 hovedmålene satt for de prehospitalene tjenestene. Anbefalingene er evaluert ut i fra måloppnåelse på disse hovedmålene og en risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS) ut i fra perspektivene pasientsikkerhet, HMS og økonomi.

### 12.1. Innfrielse av hovedmål

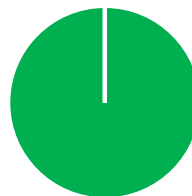
#### 1. Pasientene mottar rask og riktig helsehjelp

Endringene i struktur, kapasitet og ressurser bedrer den totale beredskapen i Telemark i takt med forventet økning i antall oppdrag. Økt styring av ressurser i hht sesongvariasjoner vil sikre bedre beredskap etter hvor folk *er* og ikke bare der folk *bor*.



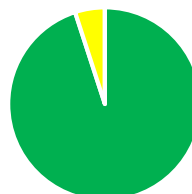
#### 2. Helsepersonellet har nødvendig kompetanse

Sykehuset Telemark HF følger utarbeidede interne krav til opplæring, sertifisering og vedlikehold av kompetanse for alle ambulansearbeidere, inklusive årlige resertifiseringer, ulike kurs og prosedyreutskikk ved innføring av nye metoder, prosedyrer og behandlingslinjer. Enhetlig ledelse og samarbeid på tvers i regionene og i fylket for øvrig, vil bidra til gode og felles opplæringsløp i takt med nye nasjonale føringer og krav til kompetanse.



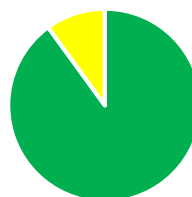
#### 3. Det sikres riktig og kostnadseffektiv ressursbruk

Etablering av «hvite biler» for å avlaste rene transportoppdrag av pasient som ikke trenger overvåkning eller behandling under transport, vil friggi viktig tid fra ambulansberedskapen. Samarbeid med utvalgte kommuner om legevaktbiler vil også ha en betydelig konsekvens for antall ambulansoppdrag. I sum vil dette bidra til en riktigere bruk av ambulansetjenesten og bedre utnytte de tilgjengelige ressurser som er i den prehospitalene tjenesten.



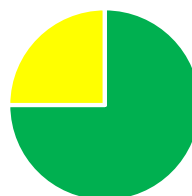
#### 4. Den akuttmedisinske kjeden er standardisert, sammenhengende og velfungerende

Ambulanseplanen i kombinasjon med Akuttkjedeprojektet vil bidra til en mer standardisert, sammenhengende og velfungerende kjede. Arbeidet med innføring av 30 standardiserte akuttflyter (pasientforløp), bidrar til tydeligere ansvarsfordeling, forventningsavklaring mellom aktørene, og raskere og enklere vei for pasient til riktig behandlingsnivå og -sted.



#### 5. Tjenestene understøttes av formålstjenlige og velfungerende IKT-løsninger

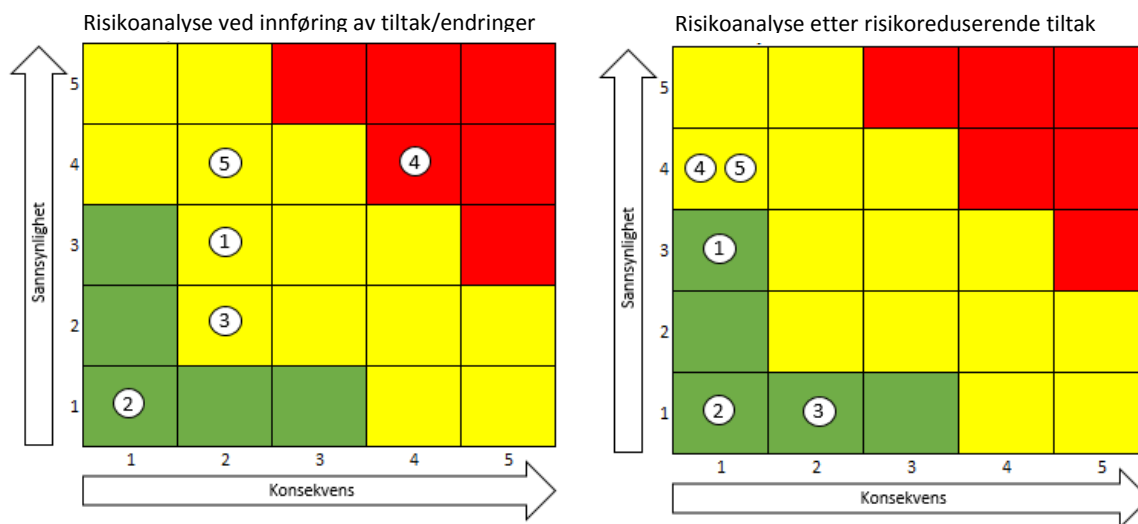
IKT-løsninger for ambulansetjenesten har fortsatt utviklingsmuligheter. Arbeid for å få en felles elektronisk ambulansjournal (A-EPJ) for helseforetakene i Helse Sør-Øst pågår, med målsetning om implementering i alle helseforetak innen 2021. Systemet som velges må ha gode muligheter for integrasjon mot andre elektroniske journal- og dokumentasjonsprogrammer som i dag benyttes av AMK, sykehus og kommunale helsetjenester.



## 12.2. Ros analyse

Risikovurderingene av anbefalinger er foretatt av prosjektgruppa for Ambulanseplan 2035. Tillitsvalgte og fagforbund er en del av prosjektgruppa. I analysen vises et utvalg av foreslåtte tiltak for å redusere mulige risikoer og sårbarheter i planen. ROS analysen er utført for områdene Pasientsikkerhet, Helse, miljø og sikkerhet (HMS) og økonomi og ligger i sin helhet i eget vedlegg.

### Pasientsikkerhet:

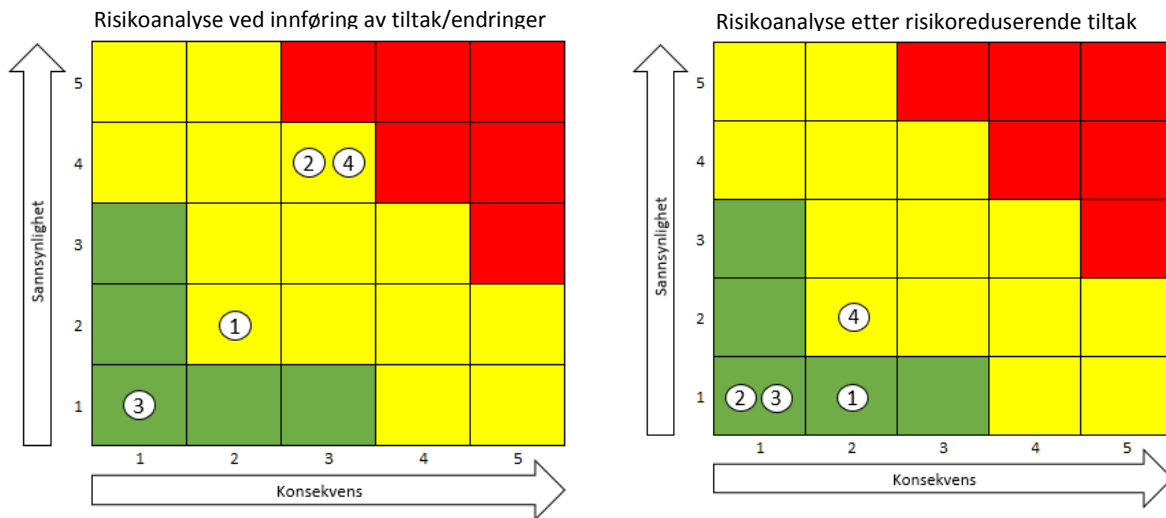


### Risikovurderte anbefalinger:

1. Etablere regionstruktur for ambulansestasjonene i Telemark.
2. Overta drift av ambulansestasjon i Bamble
3. Etablere hvit bil i Grenland
4. Slå sammen ambulansestasjon for Skien og Porsgrunn.  
Ny plassering av en felles hovedstasjon og utplassering av beredskapspunkter

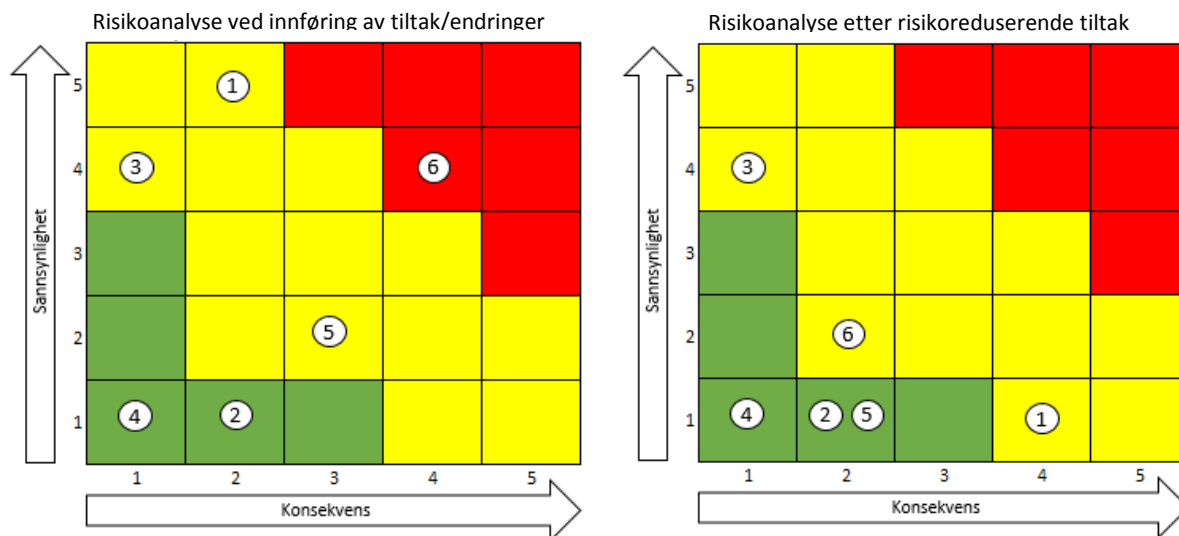
Noen foreslåtte tiltak omfatter standardisering av utstyr, biler og forbruksmateriell, samt muligheten rotasjon av personell. Beredskapspunkter bør benyttes i Skien/Porsgrunn også på natt, fortrinnsvis i sykehusets egne lokaliteter.

Gode kriterier for rekvirering av «hvite biler» må etableres og rekvirenter opplæres for å sikre riktig bruk av disse bilene.

**Helse, miljø og sikkerhet (HMS):**

**Risikovurderte anbefalinger:**

1. Etablere regionstruktur for ambulansestasjonene i Telemark.
2. Overta drift av ambulansestasjon i Bamble
3. Etablere hvit bil i Grenland
4. Slå sammen ambulansestasjon for Skien og Porsgrunn.  
Ny plassering av en felles hovedstasjon og utplassering av beredskapspunkter

Noen foreslåtte tiltak omfatter å sikre fleksible og tilgjengelige ledere for alle ansatte, evt. med noe administrativ lederstøtte. Det skal være en tydelig kommunikasjon og forutsigbare rammer ved etablering av arbeidsplaner som omfatter rotasjon av bemanning. Ved benyttelse av beredskapspunkter må medarbeidere ha tilgang til nødvendige fasiliteter. Dette kan fremskaffes ved å benytte sykehusets arealer i Skien og Porsgrunn som beredskapspunkter. For å få fleksibilitet i bruk av bemanning er det viktig med standardisert utstyr, biler og forbruksmateriell. Bemanning av hvite biler kan internt benyttes som seniortiltak, tilrettelegging, praksis for lærlinger eller for omplassering.

**Økonomi:**

**Risikovurderte anbefalinger:**

1. Etablere regionstruktur for ambulansestasjonene i Telemark.
2. Overta drift av ambulansestasjon i Bamble
3. Utlysning driftsavtaler
4. Etablere hvit bil i Grenland
5. Slå sammen ambulansestasjon for Skien og Porsgrunn.  
Ny plassering av en felles hovedstasjon og utplassering av beredskapspunkter
6. Etablere legevaktbil i Grenland sammen med kommunene

Ved etablering av nye avtaler med private aktører er det viktig at disse ivaretar sykehusets behov for fleksibilitet til å justere beredskap i hht sesong, kunne rotere bemanning og sørge for deltagelse i felles opplæringsaktiviteter, osv.

Dersom få eller ingen tilbydere velger å legge inn anbud på de utlyste regionene må sykehuset selv ta over drift av stasjonene, med den investeringskostnad det medfører.

Dersom det ikke blir et samarbeid med utvalgte kommuner om legevaktbil, kan veksten i ambulanseoppdrag øke mer enn det som nå ligger til grunn. Dette innebærer at antall ambulanser i planperioden nær må doubles i forhold til det som er angitt i planen.

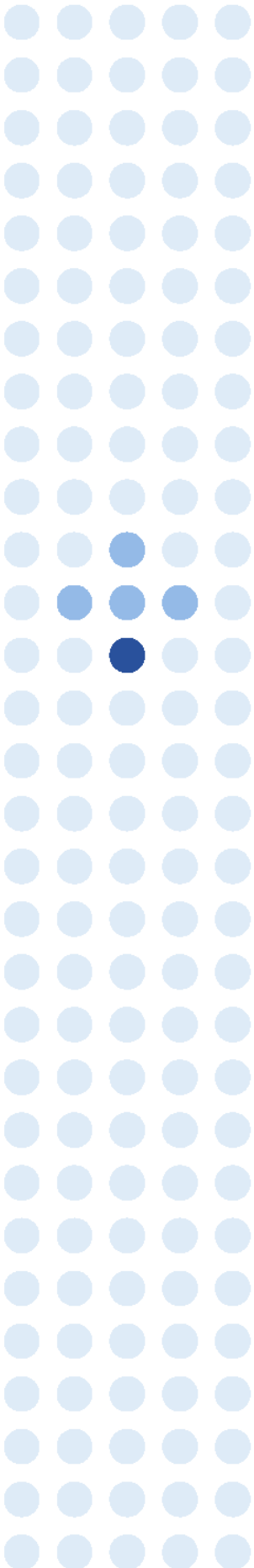
## 13. Referanser

- [1] HSØ, «Regional utviklingsplan for prehospitaltjenester i Helse Sør-Øst 2018-2025,» 2018.
- [2] STHF, «STHF Utviklingsplan 2030,» 2016.
- [3] Den norske legeforening, «Norsk indeks for medisinsk nødhjelp,» 2009.
- [4] Norges Offentlige Utredninger, «Hvis det haster,» 1998.
- [5] Norges Offentlige utredninger, «Først og fremst,» 2015.
- [6] Yorkshire ambulance service NHS, «Right response first time,» 2017.
- [7] Lovdata, «Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften),» 2015.
- [8] Helsedirektoratet, «Hvilke muligheter gir det nye nødnett?,» 2017.
- [9] Helsedirektoratet, «Framtidens helsetjeneste - hvordan håndtere volumet?,» 2015.
- [10] Helse Sør Øst, «Sluttrapport optimal ressursutnyttelse ved transport av pasienter,» 2017.
- [11] Helsedirektoratet, «Læring for bedre beredskap helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22 juli 2011\_IS\_1984,» 2011.
- [12] HOD, Nasjonal helse- og sykehusplan, Meld. St. 11 (2016-2019).



## 14. Oversikt over forkortelser

1	HELSE SØR-ØST	Helse Sør-Øst
2	RHF	Regionale Helseforetak
3	NOU	Norsk offentlig utredning
4	BEON	Beste effektive omsorgsnivå
5	PCI	Trombolyse
6	AMK	Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral. Håndterer akuttmedisinsk nødmeldings- og kommunikasjonstjeneste
7	BVC scoringsverktøy	Brøset Violence Checklist; korttids predikasjonsinstrument for voldelig adferd blant psykiatriske pasienter
8	SSB	Statistisk sentralbyrå
9	CT	Computertomografi; radiologisk undersøkelsesmetode for snittfotografering
10	EKG	Elektrokardiogram; en grafisk fremstilling laget av et apparat som registrerer hjertets elektriske aktivitet
11	FAST-symptomer	Slagord for og raskt avsløre symptomer på slag; Fjes – Arm – Språk - Tale
12	MOM	Medisinsk Operativ Metodebok
13	A-EPJ	Elektronisk pasientjournal for ambulansetjenesten
14	VP	Vitale parametere
15	GSC	Glasgow Coma Score; et skåre-system for vurdering av bevissthetsnivået til en pasient
16	ROSC	Re-etablert egenrytme av ambulanspersonell
17	STEMI	Hjerteinfarkt
18	SLA	Service Level Agreement; tjenestenivåavtale
19	ICCS	International Civic and Citizenship Education Study
20	AMIS	Akuttmedisinsk informasjonssystem
21	FCF	Fractura colli femoris; lårhalsbrudd
22	OUS	Oslo Universitetssykehus
23	RLK	Program for Regional klinisk løsning
24	HOD	Helse og omsorgsdepartementet
25	NIKT	Nasjonal informasjons og kommunikasjons teknologi
26	HDO	Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett
27	DIPS	Distribuert Informasjons- og Pasientdatasystem i Sykehus



# Høringsuttalelser til STHF Ambulanseplan 2035

Skien, 01.02.2019  
Versjon 1.0



## Innhold

1. Høringsinstanser.....	3
2. Høringsuttalelser .....	4
2.1. Overordnede kommentarer til planen .....	4
2.2. Kommentarer til anbefalingene .....	4
2.3. Øvrige innspill.....	7
3. Kommentarer/tilsvar til høringsuttalelser .....	8
4. Endringer fra høringsdokument til endelig plan .....	9

## 1. Høringsinstanser

Utkast til Ambulanseplan 2035 ble sendt ut på bred høring til Telemarks kommuner, samarbeidspartnere og andre interessenter, samt de øvrige nærliggende helseforetakene i HSØ.

Høringsuttalelser er mottatt fra:

1. Anestesileger ved STHF/OUS
2. Bamble Ambulanse AS
3. Bamble kommune
4. Bø, Tokke og Vinje Ambulansetjeneste AS
5. Fagforbundet Vinje
6. Hjartdal Kommune
7. Hytteforeninger og overnattingssteder i Vinje
8. Kragerø Kommune
9. Kristin Sekse, kommuneoverlege Midt Telemark
10. Kvitseid Kommune
11. Luftambulansetjenesten HF
12. NHO service og handel
13. Nome Ambulanse AS og Seljord Ambulanse AS
14. Prehospital klinikk Sykehuset i Vestfold (AMK)
15. Ragnvald Christenson
16. Seljord kommune
17. Skien Kommune
18. Stiftelsen Norsk Luftambulanse, region Sør
19. Styret i Vest Telemark brannvesen
20. Telemark Røde Kors
21. Tinn Arbeiderparti
22. Tinn Kommune
23. Tokke Kommune
24. Vinje Høgre
25. Vinje Kommune
26. Vinje Næringslag
27. Walter Gdynia, fastlege Drangedal

De enkelte høringsuttalelsene kan tilsendes ved behov. Vennligst kontakt Utviklingsavdelingen v/Utviklingsdirektør Annette Fure; [annette.fure@sthf.no](mailto:annette.fure@sthf.no).

## 2. Høringsuttalelser

I høringsdokumentet ble følgende anbefalinger for planperioden frem til 2035 fremlagt:

1. Styrke beredskapen med 5 ambulanser og 3 syketransportbiler (hvite ambulanser) for å ivareta veksten i behovet i Telemark
2. Strategisk planlegging av beredskapsplassing av ambulansene i Telemark for å ivareta sesongvariasjoner – «Riktig beredskap der folk er og ikke bare der folk bor»
3. Fylket inndeles i regioner for å fremme økt samarbeid med tilhørende legevakter innenfor hver region
4. Bidra til etablering av legevaktbil i Grenland sammen med kommunene
5. Slå sammen ambulansestasjon for Skien og Porsgrunn
6. Fortsette drift med en kombinasjon av egne ambulansestasjoner og private ambulansestasjoner i neste 5-års periode. Sykehuset Telemark overtar drift av ambulansestasjon i Bamble i 2020 for å oppfylle valgt regionstruktur
7. Legge om fra tre døgnambulanser i Vinje/Tokke til to døgnambulanser og én dagambulanse. Dagambulansen går alle dager i uken, 08.00 – 19.00.
8. Ambulansetjenesten implementerer Helse Sør- Øst sin elektroniske pasientjournal (A-EPJ)

Nedenfor følger utvalgte innspill knyttet til planen generelt og til de ulike anbefalingene i Ambulanseplan 2035.

### 2.1. Overordnede kommentarer til planen

- Planen oppfattes grundig og godt gjennomarbeidet.
- Responstider er ikke godt nok belyst på kommunenivå. En dypere gjennomgang vil gi et mer nyansert bilde enn det planen gir inntrykk av.
- Planen burde vært delt inn på kommunenivå for å synliggjøre de faktiske behov grundigere.

### 2.2. Kommentarer til anbefalingene

#### 1. Styrke beredskapen med 5 ambulanser og 3 syketransportbiler (hvite ambulanser) for å ivareta veksten i behovet i Telemark

- Støttes i høringsuttalelser
- Det er viktig og riktig å skille transportoppdrag og akuttoppdrag i større grad.
- Det vises til «bestiller/rekvirent kompetanse» i planen og at dette påvirker bruk av ambulanse. Dette bør analyseres grundigere og fremgå i endelig plan.
- Styrking støttes, men det bør også strykes distriktene som har dårlige responstider

## 2. Strategisk planlegging av beredskaps plassering av ambulansene i Telemark for å ivareta sesongvariasjoner – «Riktig beredskap der folk er og ikke bare der folk bor»

- Støttes i høringsuttalelser
- Endret mønster i bruk av fritidsboliger til mer jevnlig bruk gjennom sesong eller hele året gjør den strategiske planleggingen av beredskapen viktig.
- Planen mangler noen konkrete tiltak for å redusere gjennomsnittlig responstid i Hjartdal
- Dimensjoneringen av beredskapen synes riktig i Seljord. Derimot løftes en bekymring for kompetansenivået dersom frivillige og brannvesen får en mer formalisert rolle som akuttgjelder/ «first responder» i distriktene. Det er viktig at samme kvalitetskrav til akuttberedskap for innbyggerne gjelder både i tettbygde – som i griskendte strøk. Det er også en bekymring at et område med «riktig» beredskap vil få svekket beredskap når «områdets bil» flyttes nærmere hytterike områder.
- Bamble Ambulanse mener planens forslag til fleksibilitet ikke er hensiktsmessig. Det å styre ressurser dit behovet er størst vil svekke tjenesten andre steder.

## 3. Fylket inndeles i regioner for å fremme økt samarbeid med tilhørende legevakter innenfor hver region

- Støttes i majoriteten av høringsuttalelsene. En organisering i regioner, sammen med mer enhetlig ledelse, vil styrke det samlede ambulansetilbudet i regionene.
- Legevaktenes utrykning og sykebesøk har falt dramatisk siste årene. Enkelte steder har dette resultert i økt etterspørsel av ambulanse- og luftambulanseutrykning. Det er et stort forbedringspotensial i samhandlingen mellom kommuner og helseforetak innen akuttmedisinsk beredskap. Det er positivt at STHF tar grep i denne sammenhengen.
- Fastleger/fastlegekontorer nevnes ikke i tilstrekkelig grad som samarbeidspartner i planen. Det er behov for bedre samhandling og mer trening i fellesskap. Fastlegene har større kompetanse enn ambulanspersonell, men mangler trening og materiell for å kunne være en god samarbeidspartner.
- Tinn kommune støtter økt samarbeid med legevaktene da dette er helt nødvendig for en god akuttmedisinsk tjeneste til befolkningen
- Bø, Tokke og Vinje ambulansstasjon mener det ikke er noe grunnlag for å endre regioninndelingen, men ønsker dagens inndeling
- Nome, Seljord, Drangedal Ambulanse mener en foreslått regioninndeling er fordyrende ved nye anbud. Det pekes også på at nærhet til leder ute på stasjoner blir svekket ved en regioninndeling med en leder, likedan vil man miste den faglige tyngden ledelsen har dersom man ikke inngår i ambulanseoperativt arbeid.

## 4. Bidra til etablering av legevaktbil i Grenland sammen med kommunene

- Støttes i høringsuttalelser
- Det ønskes også at det ses på et mulig samarbeid med Notodden kommune
- Fra Skien kommunes ståsted må en legevaktbil måtte utredes nøye. Opprettelse av en slik tjeneste vil kreve en betydelig ressursinnsats med hensyn til bemanning og kompetanse for kommunen.

## 5. Slå sammen ambulansestasjon for Skien og Porsgrunn

- En slik samlokalisering vil måtte ta hensyn til responstidsutfordringene som er adressert.
- Nome Ambulans er kritisk til om dette er fornuftig ift bruk av ressurser dette vil kreve økonomisk når man likevel må opprettholde beredskapspunkter for å nå responstider.

## 6. Fortsette drift med en kombinasjon av egne ambulansestasjoner og private ambulansestasjoner i neste 5-års periode. Sykehuset Telemark overtar drift av ambulansestasjon i Bamble i 2020 for å oppfylle valgt regionstruktur

- Representanter fra private drivere ønsker større grad av privatisering. Øvrige høringsuttalelser enten støtter eller har ingen kommentar til denne anbefalingen.
- Det fremheves fra dagens private drivere og NHO at en insourcing vil være fordyrende og gi økte kostnader årlig for STHF. Det påpekes også at økonomiske analyser er mangelfulle og ikke beskriver virkeligheten.

## 7. Legge om fra tre døgnambulanser i Vinje/Tokke til to døgnambulanser og én dagambulans. Dagambulansen går alle dager i uken, 08.00 – 19.00.

- Nedtak av kapasitet støttes ikke. Totalt har de seneste årene vist en vekst i antall oppdrag i Tokke og Vinje, primært i gule og røde oppdrag. Denne trenden ventes å fortsette, primært pga en aldrende befolkning. Grunnet stor andel fritidsboliger er også ambulansenes kjøregrunnlag større enn innbyggertallet skulle tilsi. Reduksjon av kapasitet vil medføre flere samtidighetskonflikter og redusert responstid.
- Vinje har den lengste strekningen av E134 og er Norges 4. største hyttekommune med over 5.000 fritidsboliger. Økt trafikk og endret mønster i bruk av hytter til mer jevn bruk hele året medfører økt behov for beredskap, ikke redusert behov.
- Lang reisevei til nærmeste akuttmottak fra Tinn medfører fare for at responstidene øker dersom kapasiteten reduseres. Lokale forhold, lang avstand til sykehus og det akuttmedisinske tilbudet i sykehus tilsier at det heller er behov for en styrking av akuttberedskapen i Tinn enn en reduksjon.
- Det pekes på lange responstider i Vinje og på økningen i antall utrykninger av brannvesen som «first responder» mens man venter på ambulans. Sistnevnte har økt fra 16 i 2017 til 20 fram til november 2018. Med lang avstand til akuttmottak vil en reduksjon i kapasitet vil totalt medføre en svekket akuttmedisinsk beredskap/tjeneste for distriktet. Dette er ikke i tråd med å skape et likeverdig tilbud for befolkningen i Telemark.
- Brannvesenet i Vinje, som er basert på frivillighet, er en sentral del av redningstjenesten. En større belastning med utrykning til krevende oppdrag i påvente av ambulans, som de frivillige ofte ikke føler seg kvalifisert til, kan føre til en vanskeligere situasjon og dårligere rekrutteringsmuligheter for den frivillige delen av beredskapsarbeidet. Ambulansetjenesten i Øvre Telemark bør i stedet styrkes.
- Det ønskes at formålet med «Ambulanseplan 2035» endres til «Ambulanseplan 2035 har som formål å sikre en god ambulansetjeneste som en del av et likeverdig og godt akuttmedisinsk tilbud til befolkningen i Telemark. ...»

- Det er utfordringer med samtidighetskonflikter som i dag genererer en stor del av beredskapsforflytninger i store deler av Telemark. Særlig utfordrende er det i Midt-Telemark. Med stor andel fritidsboliger innebærer planens ambisjon om å ha beredskap «der folk er og ikke bare der de bor» økt beredskap i Vest- og Midt-Telemark.
- Det anbefales å tilføre en legevaktbil til Vest-Telemark
- Det bes om at det opprettes en base for luftambulans i Vinje kommune.
- Krav/ønske om uendret eller økt beredskap i Vinje er fremmet fra Tinn kommune, Vinje Høgre, Tinn Arbeiderparti, Vinje Kommune, hytteeiere og overnattingsbedrifter i Edland, Haukeli og Vågsli, Vinje Næringslag, Bø Tokke og Vinje Ambulansetjeneste AS, Nome Ambulans AS og Seljord Ambulans AS, styret i Vest-Telemark brannvesen, Fagforbundet i Vinje, Tokke kommune og Kviteseid kommune.

## 8. Ambulansetjenesten implementerer Helse Sør- Øst sin elektroniske pasientjournal (A-EPJ)

- Støttes i høringsuttalelsene.

### 2.3. Øvrige innspill

- Det er behov for en anestesilegebemannet bil for bedre å ivareta kritisk skadde og syke pasienter prehospitalt. Det vises til anbefaling gitt i den nasjonale rapporten «Gjennomgang av basestruktur for ambulanshelikopter». Bil bør være bemannet av anestesilege og paramedic, som skal kunne iverksette tidlig avansert prehospital behandling. Aktuelle pasientgrupper er traumepasienter og pasienter med isolerte hodeskader og hjertestanspasienter. Prehospital akuttmedisin er i stadig utvikling og flere behandlingsmodaliteter flyttes ut til pasienten. Viktige tidlige livreddende tiltak er bl.a. mulighet til å gi blod på skadested, dekompressjon av punktert lunge, m.m. Anestesilege som bemanner en slik bil kan også ha det designerte ansvaret for intensivtransporter mellom STHF og Oslo/Haukeland. En anestesilegebemannet bil vil bidra til bedre kvalitet i behandlingen av de aller sykeste pasientene. Den vil også gi en bedret akuttberedskap i Telemark da en slik bil kan komme ambulans i møte og fremskynde avansert prehospital behandling. *(Luftambulansetjenesten HF og Anestesileger ved STHF/OUS)*
- AMK har i sin kommentar bemerket at AMK sin rolle som sentral aktør og viktig samarbeidspartner kunne ha blitt viet større oppmerksomhet i planen.
- Flere har kommentert behovet for riktig kompetanse i den prehospital kjeden, der kravene hele tiden øker. Økt bruk av frivillige organisasjoner kan gjøre dette sårbart.
- Dersom frivillige skal benyttes i et samarbeid om syketransport må det etableres samarbeid med de lokale foreningene. Det er da viktig at opplæring gjennomføres og samarbeidsrutiner etableres for å sikre en god tjeneste. Det kan være krevende å bemanne en slik tjeneste med frivillige ressurser på dagtid.
- Samarbeid med de kommunale hjemmebaserte tjenestene  
Disse tjenestene er i stor utvikling gjennom bl.a. velferdsteknologi. Tjenestene kan bidra til å avklare bistandsbehov.



- Samarbeid med Alarmsentralen Telemark  
Alarmsentralen vil ha fokus på implementering av trygghets- og helseteknologi i tråd med innbyggernes og kommunenes behov for innføring av digital teknologi for hjemmeboende. Operatørkompetansen på sentralen skal kunne bidra inn i realisering av kommunens oppgaver knyttet til Ambulanseplan 2035.
- Forslag til andre innsparinger for Sykehuset Telemark i stedet for redusert kapasitet i Vinje/Tokke:
  - Etablere legevaktbil, ikke bare for Notodden men for Notodden, Hjartdal, Bø og Sauherad. Dette vil avlaste ambulanser, legevakter, hindre sykehusinnleggelse, m.m.
  - Avvente med overtagelse av Bamble Ambulansstasjon. Påstand om at det kan spare noe driftsmidler i 3 år.
  - Se på muligheten for å privatisere flere ambulansestasjoner.
- Alle eksisterende avtaler med private utøvere bør gå ut hele perioden inkl. opsjonsårene, da dette vil gi økonomisk gevinst for STHF. En ny anbudsrunde er fordyrende.
- Planen sier lite eller ingen ting om ønsket kompetanse i fremtiden. Det er behov for en kompetanseutviklingsplan også i Telemark.
- Mangelfull involvering fra private ambulansetjenester og representanter fra distriktet Telemark er en av planens største svakheter.
- Det etterlyses også deltakelse fra AMK i planen fra de private driverne.

### 3. Kommentarer/tilsvar til høringsuttalelser

- Flere høringsuttalelser etterlyser mer rundt luftambulansetjenesten og eventuell etablering av luftambulansbase i Telemark.  
Det ligger ikke i sykehusets mandat å vurdere denne delen av tjenesten. Beslutninger innenfor dette området ligger under Luftambulansetjenesten HF (LAHF), som har det overordnede driftsansvaret for luftambulansen i Norge. Etter at utredningen med anbefalinger fra Luftambulansetjenesten HF ble offentliggjort («Gjennomgang av basestruktur for ambulanshelikopter, 2018»), har Stortinget bevilget 10,4 millioner kroner til opprettelse av anestesilegebemannet bil i Telemark og Mjøs området. Begge disse stedene har over tid ytret ønske om og arbeidet for en etablering av en luftambulansbase, men basert på utredningen fra LAHF er ikke dette prioritert over statsbudsjett i denne omgang. I stedet har anbefalingen fra LAHF om opprettelse av anestesilegebemannet bil blitt tatt til følge og midler til oppstart er bevilget i 2019.
- Ny tjeneste: Anestesilegebemannet bil  
På bakgrunn av anbefalingen over fra Luftambulansetjenesten HF og bevilgning gitt over statsbudsjettet har Helse Sør-Øst har i sitt «Oppdrag- og bestillingsdokument (OBD)» til Sykehuset Telemark for 2019 bedt om at en slik tjeneste etableres i Telemark. Anestesimiljøet i samarbeid med ambulansetjenesten ved STHF vurderer nå ulike mulige løsninger innenfor finansieringsrammen som tildeles Telemark.
- I flere av høringsuttalelsene fremkommer bekymring for at bruk av akutthjelpere skal erstatte ambulansberedskapen. Det er nødvendig å poengtere at bruk av akutthjelpere ikke på noen måte skal erstatte ambulanser, men kun være et supplement til allerede etablert ambulansetjeneste.

## 4. Endringer fra høringsdokument til endelig plan

I endelig Ambulanseplan inngår nå følgende:

Nr.	Anbefaling i høringsdokument	Endelig plan
1	Styrke beredskapen med 5 ambulanser og 3 syke transportbiler (hvite ambulanser) for å ivareta veksten i behovet i Telemark	Uendret
2	Strategisk planlegging av beredskaps plassering av ambulansene i Telemark for å ivareta sesongvariasjoner – «Riktig beredskap der folk er og ikke bare der folk bor»	Uendret
3	Fylket inndeles i regioner for å fremme økt samarbeid med tilhørende legevakter innenfor hver region	Uendret
4	Bidra til etablering av legevaktbil i Grenland sammen med kommunene	Endret: Bidra til etablering av legevaktbil med kommunene i Porsgrunn, Bamble og Kragerø
5		Ny Etablere anestesilegebemannet bil i Grenland (Kommer som konsekvens av bestilling fra HSØ og finansiering over statsbudsjettet. Tjenesten skal i første omgang piloteres i ett år før endelig vedtak fattes om innføring på permanent basis)
6	Slå sammen ambulansesasjon for Skien og Porsgrunn	Uendret
7	Fortsette drift med en kombinasjon av egne ambulansestasjoner og private ambulansestasjoner i neste 5-års periode.  Sykehuset Telemark overtar drift av ambulansesasjon i Bamble i 2020 for å oppfylle valgt regionstruktur	Uendret Nytt anbud for region Midt og Vest gjennomføres senest 2022 før siste opsjonsår utløper april 2023.  Uendret
8	Legge om fra tre døgnambulanser i Vinje/Tokke til to døgnambulanser og én dagambulans. Dagambulansen går alle dager i uken, 08.00 – 19.00.	Basert på økning i oppdragsmengde i 2018 opprettholdes kapasitet som i dag. Utplassering av ambulansene på beredskapspunkter skal i større grad benyttes i ferieperioder når det er stor bruk av fritidsboliger for å redusere responstidene.
9	Ambulansetjenesten implementerer Helse Sør- Øst sin elektroniske pasientjournal (A-EPJ)	Uendret
10		Ny Utarbeide «kompetanseplan 2035» for prehospitaltjenester. Arbeidsgruppe nedsettes i 2019, med mål om å ferdigstille plan i 2020.

# DRØFTINGSPROTOKOLL FORETAKSTILLITSVALGTE

Møtedato:  
01.02.2019

Under arbeid  
Godkjent av direktør



## Til stede på møtet:

Fra de ansattes organisasjoner: Thor Helge Gundersen, Fagforbundet  
Tor Severinsen, Norsk overlegeforening

Fra Sykehuset Telemark: Annette Fure, Prosjekteier Ambulanseplan 2035  
Ragnhild Grefstad, Prosjektstøtte

## Drøftingsmøte tillitsvalgte 01.02.2019

### Ambulanseplan 2035

#### Bakgrunn

Arbeidet med Ambulanseplan 2035 er i slutfasen og skal til endelig vedtak på STHF styremøte 12.2.2019.

Ambulanseplan 2035 ble godkjent av styringsgruppen 24.1.2019 med noen kommentarer;

- Nye anbud for de private ambulansestasjonene bør siktes inn mot 2021. Da vil STHF kunne sikre en god prosess med innholdet i anbudsdokumentene.
- Finansieringsmodellen for ambulansetjenesten bør løftes på nasjonalt nivå. Finansieringsmodellen gir ikke tilstrekkelig finansiering til sykehusområder med store geografiske avstander. Økt aktivitet kompenseres heller ikke i dagens finansieringsmodell. Til innspill for diskusjon i HSØ ønsket AD en sammenstilling over konsekvensene for tjenesten og responstidene dersom tjenesten skulle vært levert innenfor tildelt ramme i hht. finansieringsmodellen.
- Styringsgruppen uttrykte stor tiltro til planen og at det ligger et grundig arbeid og et godt tallgrunnlag bak.

I perioden frem til 2025 representerer planen en kostnadsøkning på 10-12 mill. kr. Tiltakene i planen bremser behovet for antall nye ambulanser og skyver noe på tidspunktene for når ambulansekapasiteten må økes. Planen representerer derfor tiltak til en lavere kostnad og med en bedre ressursforvaltning enn en plan der oppdragsøkningen kun dekkes med ambulanser.

### **Drøftingsinnspill fra tillitsvalgte**

#### **Anbefaling 2 – Strategisk Plassering**

- Det må presiseres i planen at det er avdelingsleder sitt ansvar å beslutte beredskapspunkter i Telemark.

#### **Anbefaling 3 – Regioner**

- Ved regionledelse blir seksjonene for store og det blir lett et uformelt 5. ledernivå. Ber igjen om at ledelsen ser på lederstrukturen med stedlig ledelse og at 4 ledernivåer opprettholdes.
- Ber sykehuset vurdere om hele ambulansetjenesten på sikt skal i offentlig virksomhet.

#### **Anbefaling 7 – Kompetanse**

- Det anbefales at en viss andel av de ansatte skal få mulighet til å gjennomføre bachelor paramedic.
- Det legges til tekst i planen om igangsettelse av prosjektgruppen som skal arbeide med kompetanseplanen.

#### **Anbefaling 8 – Ambulansetjenesten implementerer HSØ sin elektroniske pasientjournal (A-epj)**

- Forutsetter at ambulanse epj er integrert mot sykehus epj

### **Konklusjon av drøfting**

Tillitsvalgte støtter planen med innspillene over.

**Skien 01.02.2019**

**For arbeidsgiver**



**Annette Fure**

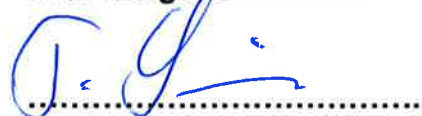


**Ragnhild Grefstad**

**For Foretakstillitsvalgte**



**Thor Helge Gundersen**



**Tor Severinsen**

## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

### Sakstittel: Årlig erklæring om ledernes ansettelsesvilkår

Sak nr.	Saksbehandler	Sakstype	Møtedato
008-2019	HR-direktør Mai Torill Hoel, Spesialrådgiver Tone Pedersen	Beslutning	12.02.2019

**Trykte vedlegg:** 1. Utkast til erklæring om ledernes ansettelsesvilkår  
2. Brev om retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak

**Utrykte vedlegg:** [Vedtekter for Sykehuset Telemark HF](#)

### Ingress:

Formålet med denne saken er å vedta en årlig erklæring om ledernes ansettelsesvilkår, jf. § 8a i Vedtekter for Sykehuset Telemark HF, vedtatt i foretaksmøte 3. juni 2009, sist endret 15. februar 2017.

### Forslag til vedtak:

Styret vedtar vedlagte erklæring om ledernes ansettelsesvilkår inkludert redegjørelse for lederlønnspolitikken i 2018, som innarbeides i note til regnskapet for 2018.

Skien, den 4. februar 2019

Tom Helge Rønning  
Administrerende direktør

## Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår

Sykehuset Telemark HF definerer personer i stillingene administrerende direktør, fagdirektør, økonomidirektør, HR-direktør og kliniksjefer som ledende ansatte.

Sykehuset Telemark HF følger retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper (fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet 13.02.15) hvor hovedprinsippet er følgende:

*Lederlønningene i selskaper med helt eller delvis statlig eierskap skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende. Det skal legges vekt på moderasjon.*

## Redegjørelse for lederlønnspolitikken i 2018

Styret i Sykehuset Telemark HF mener at lederlønnspolitikken i 2018 har vært i tråd med de statlige retningslinjene.

Sykehuset Telemark HF har i 2018 hatt som målsetting å tilby ledende ansatte konkurransedyktige arbeidsvilkår. Lederlønnspolitikken har for regnskapsåret 2018 i hovedsak bygget på de samme prinsipper som styret la til grunn i regnskapsåret 2017.

Lønn og godtgjørelse til administrerende direktør er behandlet og vedtatt av styret 19. desember 2018. Lønn og godtgjørelse for øvrige ledende ansatte er fastsatt administrativt.

Lønn for ledende ansatte er i hovedsak fast lønn, men det er også rom for at administrerende direktør inngår avtaler om opptjening av permisjon, bistillinger ved universitet eller helseforetak og dekning av kostnader til pendling.

Gjennomsnittlig lønnsjustering for ledende ansatte var lavere enn den gjennomsnittlige generelle lønnsveksten for sykehuset i 2018.



**DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT**

Statsråden

Likelydende brev til styrene i de regionale helseforetakene  
v/styreledere

Deres ref

Vår ref

Dato

15/856

17. 03.2015

**Nye retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel**

Nærings- og fiskeridepartementet (NFD) har fastsatt ”*Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel*” med virkning fra 13. februar 2015. Retningslinjene er vedlagt og erstatter retningslinjer fastsatt 31. mars 2011.

Regjeringen har vurdert og endret retningslinjene i tråd med det som ble varslet i Meld. St. 27 (2013-2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*. I de nye retningslinjene videreføres hovedprinsippene i de tidligere retningslinjene om at lederlønningene skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende. Det skal legges vekt på moderasjon. De nye retningslinjene har ikke tilbakevirkende kraft.

Hensikten med dette brevet er å informere om hovedendringene i de nye retningslinjene og konsekvensene for de regionale helseforetakene og helseforetakene.

Jeg forventer at styrene har høy bevissthet rundt oppfølgingen av de nye retningslinjene. Jeg forutsetter, som det også tidligere er presisert i foretaksmøter, at de regionale helseforetakene og helseforetakene følger retningslinjene, men med følgende presisering:

De nye retningslinjene skiller mellom selskaper der staten har en eierandel på over 90 prosent, og heleide datterselskaper av disse selskapene. Jeg har til hensikt å gjøre retningslinjene gjeldende i sin helhet både for de regionale helseforetakene og for helseforetakene. Dette innebærer at ”skal kravet” vil gjelde både for de regionale helseforetakene og for helseforetakene. Dette vil bli presisert i foretaksmøtene i mai/juni.



## Hovedendringene i retningslinjene som er relevante for foretakene

*Retningslinjene skal følges av selskaper med statlig eierandel på over 90 prosent*  
Styrene i disse selskapene kan ikke fravike statens retningslinjer når de utarbeider retningslinjer for lederlønn. Det innebærer at "følg eller forklar"-prinsippet ikke gjelder disse selskapene.

*Retningslinjenes virkeområde skal også gjelde heleide datterselskaper av selskaper hvor staten har en eierandel på mer enn 90 prosent*

Staten forventer at selskaper hvor staten har en eierandel på over 90 pst., sikrer at statens retningslinjer også gjelder for heleide datterselskaper. For datterselskaper gjelder "følg eller forklar"-prinsippet. Staten som eier forholder seg til redegjørelsen til morselskapet med hensyn til hvordan det følger opp statens retningslinjer i sine heleide datterselskaper.

Jeg legger imidlertid til grunn at "følg eller forklar"-prinsippet ikke vil gjelde for helseforetakene.

*Innstramming i pensjonsopptjeningen til maksimalt 12 G*

Pensjonskostnader som dekkes av arbeidsgiver bør være begrenset til kollektive skattefaviserte pensjonsordninger. Staten vil som varslet i Meld. St. 27 (2013-2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap* heretter ikke støtte pensjonsopptjening over 12 G.

*Sluttvederlag*

På området sluttvederlag er retningslinjenes virkeområde utvidet til også å gjelde ledende ansatte, ikke bare virksomhetens øverste leder som i de tidligere retningslinjene. Det er også gjort presiseringer i de nye retningslinjene, blant annet om at eventuelle avvik fra statens retningslinjer bør gis i styrets erklæring om ledernes ansettelsesvilkår. Begrunnelsen for avvik blir dermed lettere offentlig tilgjengelig, noe regjeringen mener bidrar til økt åpenhet.

Med vennlig hilsen

  
Bent Høie

Kopi: Administrerende direktører i de regionale helseforetakene

Vedlegg:

Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel



# Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel

(fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet med virkning fra 13.2.2015)

Retningslinjene erstatter retningslinjene av 31.3.2011.

## Formål

Retningslinjene angir hvilke forhold staten som eier vil legge vekt på i sin stemmegivning når styrets erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte behandles på selskapets generalforsamling, foretaksmøte eller lignende. Retningslinjene reflekterer også statens holdning til lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i selskaper der dette ikke er egen sak på generalforsamlingen. Retningslinjene endrer ikke selskapslovgivningens regulering av styrets ansvar eller rolledelingen mellom generalforsamling og styre eller mellom styre og daglig leder. Der hvor næringsspesifikt regelverk stiller strengere eller mer detaljerte krav til selskapene enn disse retningslinjene, har slikt regelverk forrang.

## Retningslinjenes virkeområde

Retningslinjene gjelder for ledende ansatte, jf. definisjon nedenfor, i selskaper<sup>1</sup> hvor staten har en direkte eierandel. Staten forventer at selskaper hvor staten har en eierandel på over 90 pst., sikrer at statens retningslinjer også gjelder for heleide datterselskaper.

## Definisjoner

- *Ledende ansatte* omfatter daglig leder og andre ledende ansatte, jf. Ot.prp. nr. 55 (2005-2006) som viser til forståelsen av begrepet i allmennaksjeloven § 4-12 og regnskapsloven §§ 7-26 og 7-31.
- Med *godtgjørelsesordning* menes ett eller flere av følgende elementer: fastlønn, variabel lønn (bonus, aksjeprogram, opsjoner og tilsvarende),

annen godtgjørelse (naturalytelser og lignende), pensjonsytelser og sluttvederlag.

- Med *opsjoner* som avlønningsform menes rett til å kjøpe aksjer til på forhånd avtalt pris. Retningslinjene sidestiller opsjonsavtaler hvor eventuell gevinst utbetales direkte uten foregående fysiske transaksjoner (syntetiske opsjoner) med alminnelige opsjoner, jf. regnskapslovens krav til rapportering.
- Med *aksjeprogram* menes ordninger med direkte aksjeeierskap uten foregående opsjon. Dette kan innebære at den ansatte får aksjen som betaling, rabatt ved aksjekjøp eller bonusutbetaling med betingelse om å kjøpe aksjer. Såkalte langtidsinsentivordninger (LTI) anses som et aksjeprogram. Aksjespareprogram for alle ansatte omfattes ikke av retningslinjene.
- *Sluttvederlag* omfatter her kompensasjon i tilknytning til fratredelse og kan inneholde etterlønn, arbeidsfrie perioder, andre finansielle ytelser og naturalytelser.

## Styrets erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse

- Det følger av bestemmelser i allmennaksjeloven § 5-6 (3) og § 6-16a at styret i allmennaksjeselskaper skal utarbeide erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse for daglig leder og andre ledende ansatte. Erklæringen skal behandles på den ordinære generalforsamlingen og skal inneholde styrets retningslinjer for fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse for daglig leder og andre ledende ansatte for det kommende regnskapsåret. Allmennaksjelovens regler om lederlønnserklæring gjøres gjeldende gjennom vedtektsbestemmelser<sup>2</sup> for alle selskaper som staten har eierandel i, og som ikke defi-

<sup>1</sup> Statsforetak, regionale helseforetak, særlovselskaper, statsaksjeselskaper, allmennaksjeselskaper og aksjeselskaper.

<sup>2</sup> I deleide selskaper må staten enten alene eller sammen med andre aksjonærer ha 2/3 flertall for å gjøre nødvendige vedtektsendringer.

## Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel

(fatsatt av Nærings- og fiskeridepartementet med virkning fra 13.2.2015)

- neres som «små foretak» etter regnskapsloven.
- Styrets erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte skal også inneholde en redegjørelse for den lederlønnspolitikken som har vært ført det foregående regnskapsåret, herunder hvordan styrets retningslinjer for fastsettelsen av lønn og annen godtgjørelse er blitt gjennomført. Dersom styret i en avtale fraviker egne retningslinjer, bør det opplyses om dette i redegjørelsen.
- I selskaper hvor staten har en direkte eierandel på over 90 pst., skal vedtektene inneholde en bestemmelse om at det i styrets erklæring om lønn og annen godtgjørelse også skal redegjøres for hvordan statens retningslinjer er fulgt opp i hel- eller datterselskaper.
- Styret skal ha en oversikt over den totale verdien av den enkelte leders avtalte godtgjørelse og redegjøre for denne på en lett tilgjengelig måte i selskapets årsregnskap.
- Den samlede godtgjørelsen skal ses under ett når styret vurderer denne i forhold til statens retningslinjer.
- Styret skal påse at godtgjørelsesordningene ikke gir uheldige virkninger for selskapet eller svekker selskapets omdømme.
- Ledende ansatte skal ikke ha særskilt godtgjørelse for styreverv i andre selskaper i samme konsern.
- Avtaler inngått før ikrafttreden av disse retningslinjene kan opprettholdes.

### «Følg eller forklar»-prinsippet

- Staten vil legge til grunn et «følg eller forklar»-prinsipp ved håndhevelsen av statens retningslinjer. Det vil si at styrene i sin erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse bør redegjøre for i hvilken grad styrets retningslinjer for fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte for kommende regnskapsår er i overensstemmelse med statens retningslinjer. Eventuelle avvik begrunnes.
- I selskaper hvor staten har en direkte eierandel på over 90 pst., legges det til grunn at statens retningslinjer for lederlønn skal følges. Dette innebærer at styret ikke kan fravike statens retningslinjer når styret utarbeider sine retningslinjer.

### Hovedprinsipper for fastsettelse av godtgjørelsesordninger

- Det er styrets ansvar å fastsette retningslinjer for godtgjørelse til ledende ansatte. Daglig leders godtgjørelse fastsettes av styret.
- Godtgjørelsen til ledende ansatte skal være konkurransedyktig, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper.
- Styret skal bidra til moderasjon i godtgjørelsen til ledende ansatte.
- Hovedelementet i en godtgjørelsesordning bør være fastlønnen.
- Ordningene skal utformes slik at det ikke oppstår urimelig godtgjørelse på grunn av eksterne forhold som ledelsen ikke kan påvirke.

### Variabel lønn

Eventuell variabel lønn skal bygge på følgende prinsipper:

- Det skal være en klar sammenheng mellom de mål som ligger til grunn for den variable lønnen, og selskapets mål.
- Variabel lønn skal være basert på objektive, definerbare og målbare kriterier som lederen kan påvirke. Flere relevante målekriterier bør legges til grunn.
- En ordning med variabel lønn skal være transparent og klart forståelig. Ved redegjørelse for ordningen er det vesentlig å få belyst forventet og potensiell maksimal utbetaling for hver enkelt deltaker i programmet.
- Ordningen skal være tidsbegrenset.
- Samlet oppnåelig variabel lønn, dvs. hva som maksimalt kan opptjenes det enkelte år, bør ikke overstige 50 pst. av fastlønn, med mindre særskilte hensyn tilsier det.
- Aksjeprogrammer, som LTI, kan benyttes av børsnoterte selskaper dersom de er særlig egnet til å nå langsiktige mål for selskapets utvikling. Aksjebasert avlønning skal utformes slik at den bidrar til langsiktig innsats for selskapet og bør innebære bindingstid på aksjene på minst tre år. For børsnoterte selskaper kan staten støtte en tilleggsramme øremerket slike aksjeprogrammer, hvor verdien av det tildelte beløpet ikke skal overstige 30 pst. av fastlønn.
- Opsjoner og andre opsjonslignende ordninger skal ikke benyttes.

## **Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel**

3

(fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet med virkning fra 13.2.2015)

### *Pensjonsytelser – tjenestepensjon*

- Pensjonsvilkår for ledende ansatte skal være på linje med andre ansattes vilkår i selskapet.
- Pensjonsgrunnlaget for alderspensjon skal ikke overstige maksimalgrensen i de skattefremfordrettede kollektive pensjonsordningene i Norge (p.t. 12 G), jf. innskuddspensjonsloven, foretakspensjonsloven og tjenestepensjonsloven.
- Ved avtaler om ytelsespensjon skal det tas hensyn til eventuell ytelsespensjon som er opptjent fra andre stillinger. Samlet pensjonsutbetaling bør ikke overstige 66 pst. av lønn opp til 12 G.
- Når en leder ikke lenger er ansatt i selskapet skal det ikke lenger påløpe pensjonskostnader ut over hva som følger av en eventuell skattefremfordrettet ytelsesordning.

### *Sluttvederlag*

- I forhåndsavtaler hvor virksomhetens øverste leder fraskriver seg bestemmelsene om oppsigelsesvern i arbeidsmiljøloven, kan det avtales sluttvederlag i overensstemmelse med arbeidsmiljøloven § 15-16 (2). Sluttvederlag bør ikke benyttes når lederen har tatt initiativ til oppsigelsen.
- Sluttvederlag og lønn i oppsigelsestiden bør i sum ikke overstige 12 månedslønner.
- Ved ansettelse i ny stilling eller ved inntekt fra næringsvirksomhet som vedkommende er aktiv eier av, bør sluttvederlaget reduseres med et forholdsmessig beløp beregnet på grunnlag av den nye årsinntekten. Reduksjon kan først skje etter at vanlig oppsigelsestid for stillingen er ute.
- Sluttvederlag kan holdes tilbake hvis vilkårene for avskjed foreligger, eller hvis det i perioden hvor det ytes sluttvederlag oppdages uregelmessigheter eller forsømmelser som kan lede til erstatningsansvar eller at vedkommende blir tiltalt for lovbrudd.
- For øvrige ledende ansatte kan det ikke inngås forhåndsavtale om sluttvederlag hvor kompensasjon ved fratredelse er endelig fastsatt. Det kan i stedet inngås forhåndsavtale om rimelig sluttvederlag som får virkning dersom den ansatte ikke bestrider oppsigelsen. For slikt sluttvederlag vil ovennevnte retningslinjer gjelde tilsvarende.

## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

### Sakstittel: Årsplan styresaker

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
009-2019	Tone Pedersen, spesialrådgiver	Orientering	12.02.2019

**Trykte vedlegg:** 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), gir oversikt over de viktigste kjente sakene og hovedaktivitetene som skal behandles i hvert av styremøtene i løpet av året og angir hvem som er ansvarlig for å forberede saken for styret.

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 4. februar 2019

Tom Helge Rønning  
Administrerende direktør

**Årsplan styresaker 2019 – Vedlegg 1 til styresak 009-2019**

Ajourført 4. februar (TP)

Dato, tid og sted	Kvalitet, tjenesteinnhold og drift	Organisasjon, ledelse, strategi og mål	Andre saker
<b>Styremøte</b> 12. februar Kl. 12.30 – 17.30 Quality Airport hotel Gardermoen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Virksomhetsrapport per 3. tertial 2018 (THR)</li> <li>Foreløpig resultater per januar 2019 (THR)</li> <li>Ambulanseplan 2035 (AF)</li> <li>Elektronisk kurve (HW)</li> <li>Driftsorienteringer fra AD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Årlig erklæring om ledernes ansettelsesvilkår (MTH)</li> <li>Årlig melding 2018 (TP)</li> <li>TEMA: Styrets egevaluering – lukket møte (PAO)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Innkalling og saksliste (TP)</li> <li>Godkjenne protokoll (TP)</li> <li>Årsplan styresaker (TP)</li> <li>Andre orienteringer (TP)</li> </ul>
<i>Foretaksmøte med påfølgende felles styreseminar i regi av Helse Sør-Øst RHF 13. feb.</i> Quality Airport hotel Gardermoen			
<b>Styremøte</b> 10. april kl. 09.30-15.30  Dir. møterom, Skien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Styrets beretning og årsregnskap 2018 (THR)</li> <li>Kjøp av MR maskiner (HH)</li> <li>Virksomhetsrapport per mars (THR)</li> <li>Oppdragsdokument 2019 fra HSØ og protokoll fra foretaksmøte (TP)</li> <li>Styreinstruks og instruks for administrerende direktør i Sykehuset Telemark (TP)</li> <li>Sluttrapport og evaluering HELIKS (HW)</li> <li>Driftsorienteringer fra AD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Status måloppnåelse nåværende strategi og status rullering (AF)</li> <li>Rapportering på overordnet HMS-handlingsplan STHF 2018 (HW)</li> <li>Status forbedringsarbeid i Kirurgisk klinikk (KC)</li> <li>TEMA: Styrets egevaluering – lukket møte (PAO)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Innkalling og saksliste (TP)</li> <li>Godkjenne protokoll (TP)</li> <li>Årsplan styresaker (TP)</li> <li>Andre orienteringer (TP)</li> </ul>
<b>Styremøte</b> 22. mai kl. 09.30-15.30  Notodden sykehus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Virksomhetsrapport per 1. tertial (THR)</li> <li>Årsmelding 2018 Pasient- og brukerombudet (TP)</li> <li>Driftsorienteringer fra AD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Økonomisk langtidsplan (THR)</li> <li>TEMA: Omvisning på Notodden sykehus</li> <li>TEMA: Styrets egevaluering – lukket møte (PAO)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Innkalling og saksliste (TP)</li> <li>Godkjenne protokoll (TP)</li> <li>Årsplan styresaker (TP)</li> <li>Andre orienteringer (TP)</li> </ul>
<i>Styreseminar</i> 22. mai Kl. 15.30 – 20.00  Tema:			

**Årsplan styresaker 2019 – Vedlegg 1 til styresak 009-2019**

Ajourført 4. februar (TP)

Dato, tid og sted	Kvalitet, tjenesteinnhold og drift	Organisasjon, ledelse, strategi og mål	Andre saker
1) Styrets oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten ref. forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. 2) Internkontroll og risikostyring.			
<b>Styremøte</b> 19. juni kl. 09.30-15.30  Dir. møterom, Skien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport per mai (THR)</li> <li>• Konsernrevisjonens rapport om <i>Likeverdig og forutsigbar helsehjelp, psykisk helsevern for barn og unge ved Sykehuset Telemark HF</i> (HW)</li> <li>• Pasientsikkerhetsprogrammet (HW)</li> <li>• Status implementering Elektronisk kurve (HW)</li> <li>• Driftsorienteringer fra AD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protokoll foretaksmøte i juni 2019 (TP)</li> <li>• ForBedring 2019 (MTH)</li> <li>• TEMA: Styrets egevaluering – lukket møte (PAO)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Innkalling og sakliste (TP)</li> <li>• Godkjenne protokoll (TP)</li> <li>• Styresaker i STHF - status og oppfølging (TP)</li> <li>• Møteplan for styret 2020 (TP)</li> <li>• Årsplan styresaker (TP)</li> <li>• Andre orienteringer (TP)</li> </ul>
<b>Styremøte</b> 25. september kl. 09.30-15.30  Ulefoss møterom, Skien, konferanse-senter Kl. 09.30 – 12.00  Dir. møterom,	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport per 2. tertial (THR)</li> <li>• Konsernrevisjonens revisjonsplan 2020 (THR)</li> <li>• Tilleggsdokument til OBD 2019 (TP)</li> <li>• Driftsorienteringer fra AD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TEMA: Brukerutvalgets møte med styret ved STHF (TP)</li> <li>• TEMA: Styrets egevaluering – lukket møte (PAO)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Innkalling og sakliste (TP)</li> <li>• Godkjenne protokoll (TP)</li> <li>• Årsplan styresaker (TP)</li> <li>• Andre orienteringer (TP)</li> </ul>

**Årsplan styresaker 2019 – Vedlegg 1 til styresak 009-2019**
*Ajourført 4. februar (TP)*

<b>Dato, tid og sted</b>	<b>Kvalitet, tjenesteinnhold og drift</b>	<b>Organisasjon, ledelse, strategi og mål</b>	<b>Andre saker</b>
Etter lunsj kl. 12.30 – 15.30			
<i>Styreseminar</i> 25. september Kl. 15.30 – 20.00			
<b>Styremøte</b> 23. oktober kl. 09.30-15.30  Dir. møterom, Skien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport per september (THR)</li> <li>• STHFs strategi 2020-2023 (AF)</li> <li>• Status budsjett 2020 (THR)</li> <li>• Interne revisjoner: resultater 2018 - 2019 og tema 2020 (HW)</li> <li>• Orientering om foretakets meldinger om hendelser som har eller kunne ha ført til alvorlig personskade (spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a) (HW)</li> <li>• Driftsorienteringer fra AD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TEMA: Styrets årlige evaluering av administrerende direktørs arbeid og resultater – lukket møte (PAO)</li> <li>• TEMA: Styrets egevaluering – lukket møte (PAO)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Innkalling og sakliste (TP)</li> <li>• Godkjenne protokoll (TP)</li> <li>• Årsplan styresaker (TP)</li> <li>• Andre orienteringer (TP)</li> </ul>
<b>Styremøte</b> 18. desember kl. 09.30-15.30  Dir. møterom, Skien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport per november (THR)</li> <li>• Budsjett 2020 (THR)</li> <li>• HMS-handlingsplan 2020 (HW)</li> <li>• Driftsorienteringer fra AD</li> <li>•</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Innkalling og sakliste (TP)</li> <li>• Godkjenne protokoll (TP)</li> <li>• Styresaker i STHF – Status og oppfølging (TP)</li> <li>• Årsplan styresaker (TP)</li> <li>• Andre orienteringer (TP)</li> </ul>
<b>Styreseminar</b> 18. desember Kl. 15.30 – 20.00		Årlig egevaluering av styrets arbeid og arbeidsform (PAO)	

## Årsplan styresaker 2019 – Vedlegg 1 til styresak 009-2019

Ajourført 4. februar (TP)

### Saker til behandling hvor møtetidspunkt ikke er fastsatt:

- Konseptrapport for nytt bygg for sikkerhetspsykiatri (THR)
- Benchmarking (HSØ gjør et arbeid med dette i samarbeid med HOD)
- Ny spesialist utdanning for leger (MTH)
- Konseptfase for utbygging somatikk Skien (AF)
- Orienteringssak om bierverv (THR/MTH)



## PROTOKOLL FRA BRUKERUTVALGET

13.12.2018 kl 10:00 til 14:00

**Sted: Sykehuset Telemark, Skien, direktørens møterom**

Tilstede: Idar Grotle, leder  
Thyra Giæver  
Birte Helene Moen  
Bjørge T. Lønnberg  
Vidar Bersvendsen  
John Arne Rinde  
Rita Andersen  
Hanne Kittilsen  
Gunn Ingeborg Kval-Engstad

Tom Helge Rønning, administrerende direktør – til kl 12.00  
Per Urdahl, klinikkssjef medisinsk klinikk  
Anne Borge Kallevig, koordinator for brukerutvalget ved STHF

Else Jorunn Saga, Pasient- og brukerombudet i Telemark

Saker presentert av:

Lene Månsson, avdelingsleder Medisinsk teknologi  
Per Arne Lier Olsen, fagutviklingssykepleier behandlingshjelpemidler  
Tom Helge Rønning, administrerende direktør

Forfall:

Idar Grotle  
Thyra Giæver  
Hanne Kittilsen  
Anne Brynjulfen, rådgiver  
Halfrid Waage, fagdirektør  
  
Egil Rye-Hytten, regional brukerkontakt

Møtet ble ledet av Birte Helene Moen

<b>Sak 00/18</b>	<b>Godkjenning av Innkalling og saksliste</b> <u>Vedtak:</u> Brukerutvalget godkjenner innkalling og saksliste
<b>Sak 50/18</b>	<b>Godkjenning av protokoll fra 01.11.2018</b> Protokollene fra 01.11.18 ble lagt frem for endelig godkjenning  <u>Vedtak:</u> Brukerutvalget godkjenner protokollen.
<b>Sak 51/18</b>	<b>Behandlingshjelpemidler til hjemmeboende pasienter</b>

	<p>Avdelingsleder for medisinsk teknologi, Lene Månsson og fagutviklingssykepleier Behandlingshjelpemidler, Per Arne Lier Olsen orienterte om behandlingshjelpemidler STHF - status og fremtidsutvikling. Presentasjonen følger vedlagt.</p>
<p><b>Sak 52/18</b></p>	<p><b>Virksomhetsrapport STHF pr november 2018</b></p> <p>Regnskapet for november er nå klart, og adm direktør gjennomgikk derfor virksomhetsrapporten for november måned.</p> <p>Sykehuset Telemark rapporterer et driftsresultat på +6,7 millioner kr. per november, Med bakgrunn i resultatet i november endres estimatet for året til et driftsresultat på + 5 millioner kroner, som er 25 millioner kr. svakere enn styringsmålet.</p> <p>Antall pasienter på venteliste har vært stabilt gjennom hele 2018 med kun små variasjoner. Etter å ha økt måned for måned i lavdriftsperioden er nå antall pasienter som har ventet mer enn 90 dager det laveste i år. Det registreres en liten økning i antall pasienter på venteliste, men betydelig reduksjon i gjennomsnitt ventetid for ventende pasienter i november. Samlet ventetid (påstartet) er 53 dager, en reduksjon på 3 dager sammenlignet med november i fjor. VOP rapporterer ventetid på 33 dager, BUP 27 dager, TSB 25 dager, og somatikken 55 dager. Andel fristbrudd påstartet pasienter andel fristbrudd ventende er redusert siste måned.</p> <p>Prioriteringsregelen for poliklinisk aktivitet er oppfylt for BUP, men ikke for VOP eller TSB, grunnet nedgang i antall terapeuter.</p> <p>Det jobbes med rekruttering i vakante stillinger og ekstraordinære tiltak for å øke aktiviteten og holde ventetidene lave også framover.</p> <p><u>Vedtak:</u> Brukerutvalget tar virksomhetsrapporten pr november 2018 til orientering. Presentasjonen følger vedlagt.</p>
<p><b>Sak 53/18</b></p>	<p><b>Pasient og brukerombudets orienteringer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Det er opprettet et eget ekspertpanel som kan gi personer med alvorlig livsforkortende sykdom en ny vurdering av behandlingmuligheter. Alvorlig livsforkortende sykdom innebærer at en person er rammet av en sykdom hvor helsepersonell forventer at personen vil dø innenfor en kortere periode. Pasient- og brukerombudet har til nå ikke mottatt noen henvendelser der ekspertpanelet har vært tema, men er forberedt på at det vil kunne komme. Sykehuset har heller ikke registrert at dette har vært problematisk ved noen avdelinger ved sykehuset. Ordningen med ekspertpanelet var ukjent for Brukerutvalget, og ombudet anbefaler at de går inn på <a href="http://www.helsenorge.no">www.helsenorge.no</a> og leser en kortfattet beskrivelse av ordningen der. Ordningen er ganske ny og brukerutvalget ønsker en orientering om ekspertpanelet og eventuelt erfaringer når ordningen har vart en stund.</li> <li>➤ Helse- og omsorgsdepartementet har til høring å endre sider ved Pasient- og</li> </ul>

	<p>brukerombudsordningen. Den første høringsrunden hadde i seg forslag til å endre ordningen til å bli nasjonalt Eldre-, pasient- og brukerombud. Dette forslaget faller bort i og med budsjettforliket mellom regjeringspartiene og Krf som har besluttet å opprette et eget nasjonalt Eldreombud etter modell av Barneombudet. Ny høring på dette kommer seinere. Det har derimot kommet et tilleggsnotat i den opprinnelige høringen som foreslår en ny måte å organisere Pasient- og brukerombudsordningen på. I tillegg foreslås det at ombudet skal omfatte fylkeskommunale tannhelsetjenester. Høringsfrist er satt til 15.januar 2019. Dette til orientering dersom Brukerutvalget eller sykehuset ønsker å la seg høre.</p>
<b>Sak 54/18</b>	<p><b>Status – Gjennomgang av prosjekter – oversikt over brukerrepresentasjon</b></p> <p><b>Prosjekter</b></p> <p>Brukerutvalget gjennomgikk listen.</p>
<b>Sak 55/18</b>	<p>Eventuelt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Brukerrepresentanter – deltakelse i klinikk møter</u> Birte Helene Moen ber Idar Grotle ta kontakt med leder av brukerutvalget i Vestfold for å høre deres erfaringer / nytte av deltakelse i klinikkene</li> <li>• Spørsmål fra brukerutvalget: Gis det tilbud til pasienter om det er kortere ventetid på behandling ved andre lokasjoner på STHF ?</li> <li>• Brukerutvalget ønsker en orientering om <u>selvmordforebygging</u>. Klinikksjef Lars Ødegård inviteres til neste møte i januar 2019.</li> <li>• Birte Helene Moen refererte fra seminar for brukerrepresentanter og organisasjoner i Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre.</li> <li>• <u>Rett til kontaktlege</u> Når sykehuset eller helseinstitusjonen har vurdert det til at du fyller vilkårene for rett til kontaktlege, skal du motta informasjon om at du har fått denne retten. Både vilkåret om alvorlighet og om varighet må være oppfylt for at retten skal gis til deg som pasient. Du skal også så snart som mulig, etter at vurderingen er tatt, få vite hvem som er din kontaktlege.</li> </ul> <p>Kontaktlegen har et særlig ansvar for å følge deg opp under behandling eller Oppfølging i spesialisthelsetjenesten.</p> <p>Oppgavene til kontaktlegen er å:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ være din faste medisinskfaglige kontakt gjennom hele pasientforløpet</li> <li>○ være involvert i behandlingen eller oppfølgingen av deg</li> <li>○ holde seg informert om status i behandlingen din</li> <li>○ bidra til at pasientforløpet går som planlagt</li> <li>○ ta kontakt med aktuelt personell / behandlingssenhet dersom det er utfordringer med pasientforløpet ditt</li> <li>○ informere deg og pårørende</li> <li>○ være tilgjengelig for deg og helsepersonell i medisinske spørsmål</li> </ul>

- |  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Saker til brukerutvalget må meldes inn senest 14 dager før møtedato</li></ul> |
|--|---|

Skien, 17. desember 2018

Anne Borge Kallevig

Referent

## Møteprotokoll

---

<b>Styre:</b>	Helse Sør-Øst RHF
<b>Møtested:</b>	Helse Sør-Øst RHF, Hamar
<b>Dato:</b>	Styremøte 13. desember 2018
<b>Tidspunkt:</b>	Kl 0915-1700

---

### Følgende medlemmer møtte:

---

Svein Ingvar Gjedrem	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Kirsten Brubakk	
Christian Grimsgaard	
Bushra Ishaq	Forfall
Vibeke Limi	
Einar Lunde	
Geir Nilsen	
Sigrun E. Vågang	
Svein Øverland	

---

### Fra brukerutvalget møtte:

---

Rune Kløvtveit	
Nina Roland	Til kl 15:00

---

### Følgende fra administrasjonen deltok:

---

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus (fra sak 114-2018)
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Konserndirektør Atle Brynestad, direktør for medisin og helsefag Jan Frich, økonomidirektør Hanne Gaaserød og direktør for personal- og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø og kommunikasjonssjef Gunn Kristin Sande

---

**Saker som ble behandlet:**

112-2018	<b>GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE</b>
----------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

113-2018	<b>GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 15. NOVEMBER 2018</b>
----------	---

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Protokoll fra styremøte 15. november 2018 godkjennes.

114-2018	<b>REGIONAL UTVIKLINGSPLAN 2035 FOR HELSE SØR-ØST</b>
----------	---

Innledningsvis ble det vist til drøftingsprotokoll fra de konserntillitsvalgte og administrerende direktørs tilsvar hvor det er foreslått noen konkrete endringer og tillegg til plandokumentet. Dette vil bli innarbeidet i endelig vedtatt regional utviklingsplan.

**Oppsummering**

Basert på nasjonale og regionale føringer og helseforetakenes utviklingsplaner, samt en omfattende høringsrunde, foreligger et forslag til endelig versjon av *Regional utviklingsplan 2035* for Helse Sør-Øst.

Planen er godt forankret gjennom dialog med brukerutvalg, tillitsvalgte, helseforetakene, myndigheter og kommunene. I høringsuttalelsene kom det mange gode forslag til endringer som er fulgt opp i endelig versjon av planen.

Regional utviklingsplan har både et langt perspektiv mot 2035 og et fireårs perspektiv.

**Kommentarer i møtet**

Styret ønsker at aktuelle tema som gjelder oppfølgingen av den regionale utviklingsplanen presenteres for styret.

Styret ba også om at administrerende direktør kommer tilbake til styret med saker knyttet til organisatoriske forhold som ikke er omtalt i planen. Dette gjelder blant annet kontrollspennet (antallet helseforetak i Helse Sør-Øst), organisering av Sykehuspartner og vedlikeholdsbehov i eiendomsmassen.

Merknader gitt av styret i møtet følges opp og innarbeides i endelig plan.

## Styrets enstemmige

### VEDTAK

1. Styret gir sin tilslutning til *Regional utviklingsplan 2035* for Helse Sør-Øst med de merknader som fremkom i møtet.
2. Styret ber om å bli holdt orientert om oppfølging av planen

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Øverland, Brubakk og Grimsgaard:

*Vi viser til drøftingsinnspillet i saken. Planen bygger på valg av endringsfaktorer i modellen for dimensjonering som påvirker forventet behovsvekst i spesialisthelsetjenesten. Vi er bekymret for at den samlede behovsveksten stipuleres for lavt.*

115-2018	OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF – KONSEPTRAPPORT VIDEREUTVIKLING AV AKER OG GAUSTAD
----------	--

Det ble vist til den utsendte drøftingsprotokollen fra de konserntillitsvalgte.

### Oppsummering

Konseptrapport for videreutvikling av Aker og Gaustad, Oslo universitetssykehus HF, ble avgitt fra prosjektorganisasjonen i Helse Sør-Øst RHF 16. november 2018. Rapporten ble behandlet i styringsgruppen for videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF 30. november 2018 og behandlet i styret ved Oslo universitetssykehus HF 6. desember 2018.

Proessen for videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF, Aker og Gaustad, er omfattende og det er et svært komplekst prosjekt. Behandlingen i styret ved Oslo universitetssykehus HF 6. desember må inngå i grunnlaget for beslutning i styret i Helse Sør-Øst RHF. I denne saken gis styret derfor en redegjørelse for prosess og innhold i konseptrapporten som nå er ferdigstilt.

Til styremøtet i januar 2019 vil styret få seg forelagt en beslutnings sak for endelig behandling av konseptrapporten.

### Kommentarer i møtet

Styret har kommet et skritt videre i forståelsen av økonomisk bærekraft og kalkylene for investeringer i foreliggende konseptrapport.

Det ble stilt spørsmål til hvor realistisk effektiviseringen i forkant og etterkant av innflyttingen i nye bygg vil være. Dette ønsker styret nærmere belyst i styresaken i januar 2019. Dette påvirker den økonomiske bærekraften i prosjektet, men ikke sammenligningen med null-alternativet.

Styret ber også om at det blir vurdert løsninger på Aker som minimerer behovet for tomte kjøp. Videre ønsket styret en nærmere beskrivelse av nullalternativet.

**Styrets enstemmige**

**VEDTAK**

1. Styret tar redegjørelsen om konseptrapport for videreutvikling av Aker og Gaustad til orientering.
2. Styret ber om at det fremlegges en beslutningssak i januar 2019 for endelig behandling av konseptrapporten, inkludert vurdering av reguleringsrisiko og risiko knyttet til økonomisk bærekraft.

<b>116-2018</b>	<b>OSLO UNIVERITETSSYKEHUS HF – SKISSEPROSJEKT PROTONSENTER VED RADIUMHOSPITALET</b>
-----------------	--

**Oppsummering**

I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2018 ble det besluttet at det første protonsentret i Norge skal etableres ved Oslo universitetssykehus HF, Radiumhospitalet, mens det andre skal etableres i Helse Bergen HF.

Det er bevilget 1,841 milliarder kroner (P85; prisenivå oktober 2017) til Helse Sør-Øst RHF til formålet, finansiert ved investeringslån tilsvarende 70 prosent og investeringstilskudd tilsvarende 30 prosent av kostnadsrammen.

Helse Sør-Øst RHF har lagt til grunn at gjennomføringen av nytt protonsentersamkjøres med nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet, Oslo universitetssykehus HF, slik at utbyggingen på Radiumhospitalet organiseres og styres som ett prosjektet. Styret behandlet sak om dette i møte 1. februar 2018 (sak 011-2018).

Denne saken omhandler oppfølging av punkt 5 i ovennevnte vedtak: «*Styret legger til grunn at det utarbeides et skisseprosjekt for protonsentret, tilpasset de lokale forhold og at det gjennomføres en økonomisk usikkerhetsanalyse for å verifisere både P50 og P85-estimatet. Skisseprosjektet legges frem for styret for godkjenning*».

**Styrets enstemmige**

**VEDTAK**

1. Styret godkjenner skisseprosjekt for konseptfasens del II for protonsenters på Radiumhospitalet og ber om at dette legges til grunn for det videre arbeidet med prosjektet.
2. Styret forutsetter at prosjektet tilpasses kostnadsrammen på 1,841 milliarder kroner (P85; prisenivå oktober 2017) og at dette bekreftes i forprosjektet.
3. Styret ber om å få seg forelagt forprosjektet for godkjenning før prosjektet gjennomføres.
4. Styret legger til grunn at Oslo universitetssykehus HF arbeider videre med å konkretisere driftskonseptet og økonomiske konsekvenser av etablering av protonsenters ved Radiumhospitalet.



117-2018

VIDEREUTVIKLING AV SYKEHUSET INNLANDET HF

### Oppsummering

Saken gir en redegjørelse for idéfaserapporten fra Sykehuset Innlandet HF og en orientering fra arbeidet i en arbeidsgruppe med medlemmer fra Sykehuset Innlandet HF og Helse Sør-Øst RHF som ble nedsatt våren 2018.

Det fremlegges en beslutningssak i januar 2019 med forslag til et målbilde for videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF og en konkretisering av aktiviteter som skal skje frem til oppstart av en konseptfase.

### Kommentarer i møtet

Styret ga sin tilslutning til saken og ba om at det legges vekt på å ivareta vårt «sørge for»-ansvar for hele Innlandet.

Styret er enig i at det er nødvendig å samle de spesialiserte funksjonene og at det er behov for nybygg. Den fremtidige sykehusstrukturen i Innlandet må ivareta nødvendig balanse mellom de østlige og vestlige deler av Innlandet.

Videre pekte styret på behovet for vurderinger av økonomisk bærekraft i en fremtidig sykehusstruktur.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Styret tar redegjørelsen om idéfaserapporten fra Sykehuset Innlandet HF til orientering.
2. Styret ber om at det fremlegges en beslutningssak i januar 2019 med forslag til et målbilde for videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF og en konkretisering av aktiviteter som skal skje frem til oppstart av en konseptfase.

118-2018

PLANER FOR OVERFØRING AV KONGSVINGER SYKEHUS FRA SYKEHUSET INNLANDET HF TIL AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF OG OSLO UNIVERSITETS-SYKEHUS HF

### Oppsummering

I foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 29. juni 2017 ble det vedtatt å overføre ansvaret for spesialisthelsetjenester til innbyggere i kommunene Kongsvinger, Grue, Nord-Odal, Sør-Odal, Eidskog og Nes fra Sykehuset Innlandet HF til Akershus universitetssykehus HF.

Prehospitaltjenester for Akershus sykehusområde utføres i dag av Oslo universitetssykehus HF. Samtidig med overføringen av spesialisthelsetjenester for

Kongsvinger-regionen til Akershus universitetssykehus HF overføres derfor de prehospitale tjenestene for opptaksområdet til Kongsvinger sykehus til Oslo universitetssykehus HF.

Endringen av foretakstilhørighet vil bli gjennomført som en virksomhetsoverdragelse etter arbeidsmiljølovens kap. 16. Overføringen skjer i samsvar med helseforetaksloven § 50. De berørte helseforetakene har utarbeidet avtaler som omhandler virksomhetsoverføringen.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Styret godkjenner planer for overføringen av Kongsvinger sykehus med tilhørende opptaksområde fra Sykehuset Innlandet HF til Akershus universitetssykehus HF, behandlet i styret for Sykehuset Innlandet HF og i styret for Akershus universitetssykehus HF 23. november 2018.
2. Styret godkjenner planer for overføringen av prehospitale tjenester ved Kongsvinger sykehus fra Sykehuset Innlandet HF til Oslo universitetssykehus HF, behandlet i styret for Sykehuset Innlandet HF 23. november 2018 og i styret for Oslo universitetssykehus HF 25. oktober 2018.
3. Styret ber om at det gjennomføres foretaksmøte for de tre helseforetakene for å stadfeste og gjennomføre virksomhetsoverføringene.

119-2018	<b>AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF – AVHENDING AV REGULERT VEITRASE I SKI VEST, VESTVEIEN 15, 1400 SKI, GNR. 136, DEL AV BNR. 235 I 0213 SKI KOMMUNE</b>
----------	--

### Oppsummering

Saken gjelder avhending av regulert vei-atkomst til utviklingsområdet Ski vest, Vestveien 15, 1400 Ski, gnr. 136, del av bnr. 235 i 0213 Ski kommune. Veitraseen er i vedtatt arealplan avsatt til *kjøreveg, planidentifikasjon 201508*. Kjøreveien skal tjene som atkomst til eksisterende og fremtidige bolig- og skoleprosjekter i utviklingsområdet Ski vest.

Siden eiendommen vurderes å ha en verdi på mer enn 10 millioner kroner, må sak om avhending i henhold til helseforetakslovens § 31 forelegges foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF før vedtak kan fattes i helseforetakets foretaksmøte.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF oversender Akershus universitetssykehus HF sin anmodning om samtykke til salg av eiendom ved DPS Follo, Vestveien 15, 1400 Ski, gnr. 136, del av bnr. 235 i Ski kommune til foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF for behandling.

2. Styret legger til grunn at intensjonene i samhandlingsreformen ivaretas ved at utbygger og vertskommunen Ski inngår avtale om fremtidig eierskap og driftsansvar for eiendommen.
3. Frigjort likviditet kan benyttes til nedbetaling av gjeld, til investeringer i varige driftsmidler eller til rehabilitering og verdibevarende vedlikehold av bygninger som er nødvendig for klinisk drift.
4. Investeringer, herunder langsiktige leieavtaler, må behandles i henhold til gjeldende fullmaktstruktur.
5. Styret presiserer at Akershus universitetssykehus HF har ansvaret for at avhendingen gjennomføres korrekt og bærer all risiko knyttet til avhendingen.

<b>120-2018</b>	<b>OPPDRAG OG BESTILLING 2019 – KRAV TIL ØKONOMISK RESULTAT</b>
-----------------	---

### Oppsummering

Hensikten med denne saken er å fastsette økonomiske resultatkrav for helseforetakene i 2019. Det økonomiske resultatkravet fastsettes som en del av oppdrag og bestilling, men av hensyn til helseforetakenes budsjettprosesser gjøres denne beslutningen før det samlede oppdrag og bestilling er utformet og lagt frem for styret i Helse Sør-Øst RHF. Det redegjøres i saken også for arbeidet og prosess med utforming av oppdrag og bestilling for 2019 til helseforetakene og de private ideelle sykehusene i regionen.

Endelig versjon av oppdrag og bestilling 2019 vil bli forelagt styret 31. januar 2019 og vil bli gjort gjeldende for helseforetakene i foretaksmøter 13. februar 2019.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Det fastsettes følgende krav til økonomisk resultat i 2019 (tall i hele tusen kroner):

Akershus universitetssykehus HF	125 000
Oslo universitetssykehus HF	200 000
Sunnaas sykehus HF	14 000
Sykehusapotekene HF	7 000
Sykehuset i Vestfold HF	105 000
Sykehuset Innlandet HF	0
Sykehuset Telemark HF	30 000
Sykehuset Østfold HF	-129 000
Sørlandet sykehus HF	40 000
Vestre Viken HF	225 000

2. Administrerende direktør gis fullmakt til å fastsette resultatkrav og investeringsbudsjett for Sykehuspartner HF i forbindelse med endelig oppdrag og bestilling 2019.
3. Styret tar redegjørelsen om utformingen av oppdrag og bestilling 2019 til orientering.

<b>121-2018</b>	<b>FORDELING AV REGIONALE FORSKNINGS- OG INNOVASJONSMIDLER FOR 2019</b>
-----------------	---

### **Oppsummering**

De regionale forsknings- og innovasjonsmidlene skal brukes til implementering av den regionale forsknings- og innovasjonsstrategien og støtte forskning og innovasjon i regionen. Dette for å legge grunnlaget for videreutvikling og kvalitetsforbedring av spesialisthelsetjenesten gjennom økt kunnskap og kompetanse.

Regionale midler til forskning og innovasjon består av frie midler tilgjengelige for nye aktiviteter og midler bundet opp i videreføring av flerårige tiltak. For 2019 utgjør de regionale forsknings- og innovasjonsmidlene til sammen 593 mill. kroner.

Forslag til fordeling av regionale forsknings- og innovasjonsmidler i 2019 har samme innretning som i 2018 og fremlegges styret for vedtak. Tildeling av konkurranseutsatte midler fremlegges styret i egen sak.

### **Kommentarer i møtet**

Styret ber om at det ved neste års tildeling blir vurdert nærmere størrelsen på fordelingen av midler til ikke-universitetssykehus.

### **Styrets enstemmige**

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

Styret vedtar fordeling og videreføring av regionale forsknings- og innovasjonsmidler slik det fremgår av saksframlegget.

<b>122-2018</b>	<b>TILDELING AV REGIONALE, KONKURRANSEUTSATTE FORSKNINGSMIDLER FOR 2019</b>
-----------------	---

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus fratrådte under behandlingen av saken på grunn av inhabilitet. Administrerende direktør Stig Slørdal i Helse Midt-Norge har vært ansvarlig for fremleggelse av saken for styret.

### Oppsummering

De regionale midlene til forskning og innovasjon omfatter det øremerkede tilskuddet til forskning fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD-midlene) og regionale forsknings- og innovasjonsmidler fra det regionale helseforetakets eget budsjett.

En andel av de regionale forskningsmidlene konkurransenutsettes årlig til nye prosjekter og tiltak i en åpen søknadsprosess. Det regionale forskningsutvalget i Helse Sør-Øst har behandlet føringer for søknadsprosessen og ga i møtet 28. november 2018 sin tilslutning til gjennomføringen av denne.

Det er Samarbeidsorganet for Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo som vedtar innstilling av HOD-midlene, mens styret i Helse Sør-Øst RHF vedtar tildeling av den konkurransenutsatte delen av de regionale forskningsmidlene (kfr. styresak 102-2018).

Samarbeidsorganet vedtok i møte 30. november 2018 innstillingen for tildeling av HOD-midlene og sluttet seg til innstillingen om fordeling av de regionale, konkurransenutsatte forskningsmidlene.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Styret slutter seg til innstilling vedtatt i Samarbeidsorganet for Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo om fordeling av det øremerkede tilskuddet fra Helse- og omsorgsdepartementet og vedtar innstilling for tildeling av regionale, konkurransenutsatte forskningsmidler for 2019.

123-2018	<b>ANSKAFFELSE OG INNFØRING AV REGIONAL AMBULANSEJOURNAL</b>
----------	--

Saken ble behandlet i lukket møte, jfr. helseforetakslovens § 29 a, annet ledd og protokollføres i B-protokoll.

124-2018	<b>REVISJONSPLAN 2019 FOR KONSERNREVISJONEN HELSE SØR-ØST</b>
----------	---

### Oppsummering

Styrets revisjonsutvalg legger i denne saken frem forslag til revisjonsplan 2019 for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst. Revisjonsutvalget skal i henhold til sin instruks utforme forslag til revisjonsplan og fremlegge denne for styret for godkjenning. I henhold til helseforetakslovens § 21 a skal styret godkjenne planen.

**Kommentarer i møtet**

Styret understreket at det må være god dialog med styrene i helseforetakene om ønsker og behov for gjennomføring av revisjoner. Styret ba også om at revisjonsutvalget kom tilbake til styret med en vurdering av et opplegg for følgerevisjon av program for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering i Sykehuspartner HF.

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret godkjenner revisjonsplan 2019 med de innspill som ble gitt i møtet.

<b>125-2018</b>	<b>VALGKOMITEEN – SUPPLERING AV HELSEFORETAKSSTYRER</b>
-----------------	---

Saken ble behandlet i lukket møte, jfr. helseforetakslovens § 29 a, annet ledd og protokollføres i B-protokoll.

<b>126-2018</b>	<b>ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Årsplan styresaker tas til orientering.

<b>127-2018</b>	<b>ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA ADMINISTRERENDE DIREKTØR</b>
-----------------	--

I lukket møte, jf helseforetakslovens § 29a, annet ledd orienterte administrerende direktør om forhold hos en privat leverandør.

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

### Andre orienteringer

1. Styreleder orienterte om avholdte møter
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 12. og 13.november 2018
3. Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget 14. november 2018
4. Brev fra aksjonsgruppen Redd Ullevål sykehus om byggeplaner OUS
5. Brev fra Fylkestinget i Oppland om framtidig sykehusstruktur i Innlandet
6. Brev fra Regionrådet i Gjøvikregionen om hovedsykehus ved Mjøsbrua
7. Brev fra Bjørg Marit Andersen om nytt sykehus på Gaustad
8. Brev fra Bente Odner og Randi Werner-Erichsen om sykehus på Gaustad
9. Brev fra Legeforeningens Regionutvalg Sør-Øst og foretakstillitsvalgte om sykehusutbygging i Oslo
10. Brev fra overlege dr. med./tillitsvalgt Steinar Solberg om utbygging på Rikshospitalet/Gaustad
11. Protokoll fra drøftinger med konserntillitsvalgte datert 12.12.2018

### Temasaker

- **TEMA: Virksomhetsrapport per november 2018**

Presentasjon av den foreløpige rapporten ble gitt.

- **TEMA: Program for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM).**

Presentasjon fra Sykehuspartner HF

### Kommentarer i møtet:

Styret pekte på at det er viktig at fremdriften i ISOP og STIM koordineres der dette er nødvendig. Videre var styret opptatt av at det må gjøres nødvendige prioriteringer, slik at ambisjonsnivået blir realistisk. Styret ba om en nærmere redegjørelse om strategi for bruk av leverandørmarkedet.

Møtet hevet kl 16:50

Hamar, 13. desember 2018

---

Svein Ingvar Gjedrem  
styreleder

---

Anne Cathrine Frøstrup  
Nestleder

---

Kirsten Brubakk

---

Christian Grimsgaard

---

Bushra Ishaq

---

Vibeke Limi

---

Einar Lunde

---

Geir Nilsen

---

Sigrun E. Vågeng

---

Svein Øverland

---

Tore Robertsen  
styresekretær



## PROTOKOLL FRA UNGDOMSRÅDET

29.01.2019 kl 18:00 til 21:00

**Sted: Sykehuset Telemark, Skien, bygg 54, direktørens møterom**

Tilstede: Guro Helene Sjørdalen  
Hanna A.W. Thorsen  
Preben Myhre  
Ada-Marie Riis  
Amalie T. J. Hardi  
Niclas Lindquist Haugen  
Karoline Sørensen Håstul  
Sebastian Gundersen (ny)

Trine Helgen, sykepleier og koordinator for ungdomsrådet  
Anne Stine Kristvik, klinisk sosionom og koordinator for ungdomsrådet  
Anne Borge Kallevig, adm konsulent dir. kontor og sekretær for ungdomsrådet

Forfall: Oda Skretteberg

<b>Sak 00/19</b>	<b>Innkallelse og saksliste til møte 29.01.19</b>  <u>Vedtak:</u> Innkalling og saksliste ble godkjent
<b>Sak 01/19</b>	<b>Godkjenning av protokoll fra ungdomsrådet 04.12.18</b>  <u>Vedtak:</u> Protokollen ble godkjent
<b>Sak 02/19</b>	<b>Godkjenning av årsrapport 2018</b>  <u>Vedtak:</u> Årsrapporten ble godkjent
<b>Sak 03/19</b>	<b>Besøk fra ungdomspsykiatrisk senter (UPS)</b>  Anette Hamre, psykiatrisk sykepleier, var invitert av ungdomsrådet til å komme og orientere om avdelingen – organisering, drift og aktivitetstilbud.  Ungdomsrådet ønsker å se på muligheten til å kunne gjøre noe med den store forskjellen på tildeling av gaver til barneavdelingen kontra UPS. Om mulighet(er) til å kunne bidra til å oppgradere spill, bøker, playstation etc. Anette Hamre tar spørsmål om evt ønsker opp i UPS, og kommer med en tilbakemelding på dette til ungdomsrådet.

	<p>Ungdomsrådet vil da sende en forespørsel om mulighet(er) til å kunne bistå til avdelingsleder i BUK, Torhild Rødseth Haugen.</p>
<b>Sak 04/19</b>	<p><b>Forberedelser til fellessamling for ungdomsrådene i HSØ</b></p> <p>Vestre Viken og Helse Sør-Øst arrangerer fellessamling for alle ledere, nestledere og koordinatorene i ungdomsrådene i HSØ.</p> <p>Samlingen finner sted på Scandic Hotell, Asker 2.-3.februar 2019.</p> <p>Fra oss deltar nestleder Hanna Thorsen, og koordinatorene Trine Helgen og Anne Stine Kristvik.</p> <p>Det er lagt opp til mye diskusjon på samlingen om hva som fungerer godt og hva som ikke fungerer så godt i de forskjellige rådene. Formålet med samlingen er å lære av hverandre og sammen sikre en god medvirkning.</p> <p>Alle ungdomsrådene er blitt bedt om på forhånd å tenke gjennom tre spørsmål :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva er de lokale utfordringene til ungdomsrådet?</li> <li>• Hva fungerer bra?</li> <li>• Hva fungerer ikke så bra?</li> </ul>
<b>Sak 05/19</b>	<p><b>Overgang barn-voksen</b></p> <p>Barne- og ungdomsklinikken jobber med felles retningslinjer på overgang fra barn til voksen avdeling.</p> <p>Det er satt ned arbeidsgrupper, med deltakelse fra ledelse og leger, som vil se mer systematisk på hvordan overgangen fra de forskjellige avdelingene skjer.</p>
<b>Sak 06/19</b>	<p><b>Matsservering i barneavdelingen</b></p> <p>Kjøkkenet tilbyr nå alle barn/ungdom innlagt på barneavdelingen alternativ meny til lunsj og middag.</p> <p>Det er også kommet ny matdisk på barneavdeling.</p> <p>Alle skolebarn skal få framskyndet lunsjen en halv time - til kl 11.30</p> <p>For å være helt sikker på at alle ansatte i barneavdeling er kjent med tilbudet vil seksjonsleder anretning, Bjørn Halvorsen og Trine (Helgen) informere om dette på neste avdelingsmøte på barneavdelingen.</p>
<b>Sak 07/19</b>	<p><b>Spill/bøker som er kjøpt inn for ungdom</b></p> <p>Ungdomsrådet hadde en gjennomgang av hvilke spill og bøker som er kjøpt inn til ungdommen på sykehuset.</p> <p>Ungdomsrådet satte opp en ny ønskeliste over nye bøker, brettspill og utstyr.</p> <p>Listen ble oversendt avdelingsleder Torhild Rødseth Haugen.</p>
<b>Sak 08/19</b>	<p>Eventuelt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nye satser 2019 for møtegodtgjøring i ungdomsrådet:</li> </ul>

	<p>Leder: kr 306,- pr time Øvrige deltakere: kr 231,50 pr time</p> <p>➤ Besøk av kommunikasjonssjef Lars Kittilsen Lars hadde dessverre ikke anledning til å møte den 29.01.19, men inviteres til neste møte 19.03.19</p> <p>Temaene da:</p> <p>➤ Status på facebook ➤ Mediehåndtering</p> <p>Lars har tilbud seg å være behjelpelig med å lage presentasjon av ungdomsrådet. Oppdateres på ungdomsrådets facebook side, og legges på sykehusets nettsider. Hvis ungdomsrådet ønsker promo på facebook de to neste månedene, kan de evt ta bilder selv og sende Lars sammen med fire setninger om seg selv.</p>

Skien, 30. januar 2019

Anne Borge Kallevig

referent

# PROTOKOLL FRA BRUKERUTVALGET

31.01.2019 kl 10:00 til 14:00

Sted: Sykehuset Telemark, Skien, direktørens møterom

Tilstede: Idar Grotle  
Birte Helene Moen  
Bjørge T. Lønnberg  
Vidar Bersvendsen  
John Arne Rinde  
Rita Andersen  
Gunn Ingeborg Kval-Engstad  
Olav Kristiansen (nytt medlem)  
Thyra Giæver (fratrer)

Tom Helge Rønning, administrerende direktør  
Per Urdahl, klinikkssjef medisinsk klinikk  
Halfrid Waage, fagdirektør – til kl 11.00  
Anne Brynjulfsen, rådgiver – fra kl 13.30  
Anne Borge Kallevig, koordinator for brukerutvalget ved STHF

Else Jorunn Saga, Pasient- og brukerombudet i Telemark

Egil Rye-Hytten, regional brukerkontakt

Saker presentert av:

Trude Høvik Yacoubian, avdelingsleder habilitering for barn, unge og voksne (HABU/HAVO)  
Terje Baasland, seksjonsleder habilitering for voksne (HAVO)  
Knut Inge Skoland, prosjektleder Ambulanseplan 2035  
Tom Helge Rønning, administrerende direktør  
Lars Ødegård, klinikkssjef Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling (KPR)  
Anne Brynjulfsen, rådgiver Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling (KPR)

Forfall: Hanne Kittilsen  
Gunn Ingeborg Kval-Engstad

Møtet ble ledet av Idar Grotle

<b>Sak 00/19</b>	<b>Godkjenning av Innkalling og sakliste</b>  <u>Vedtak:</u> Brukerutvalget godkjenner innkalling og sakliste
<b>Sak 01/19</b>	<b>Orientering fra HABU/HAVO</b>  Avdelingsleder Trude Høvik Yacoubian og seksjonsleder HAVO, Terje Baasland

	orienterte fra habiliteringstjenesten.
<b>Sak 02/19</b>	<p><b>Ambulanseplan 2035</b></p> <p>Prosjektleder for Ambulanseplan 2035, Knut Inge Skoland presenterte endelig plan. Ambulanseplan 2035 legges fram for godkjenning på styremøte i Sykehuset Telemark HF 12. februar 2019.</p>
<b>Sak 03/19</b>	<p><b>Godkjenning av protokoll fra 13.12.2018</b></p> <p>Protokollene fra 13.12.18 ble lagt frem for endelig godkjenning</p> <p><u>Vedtak:</u> Brukerutvalget godkjenner protokollen.</p>
<b>Sak 04/19</b>	<p><b>Godkjenning av årsrapport 2018 for brukerutvalget</b></p> <p>Årsrapporten for 2018 ble lagt frem for endelig godkjenning.</p> <p><u>Vedtak:</u> Brukerutvalget godkjenner årsrapporten 2018.</p>
<b>Sak 05/19</b>	<p><b>Årlig melding 2018 for Sykehuset Telemark HF</b></p> <p>Brukerutvalget hadde ingen bemerkninger til Årlig melding.</p>
<b>Sak 06/19</b>	<p>Virksomhetsrapport STHF pr desember 2018</p> <p>Gjennom siste året observeres en gradvis forbedring for flere medisinske parametere. Sykehuset Telemark HF scorer således fortsatt høyest på andel behandlet innen standard forløpstid pakkeforløp.</p> <p>Antall pasienter på venteliste har vært stabilt gjennom hele 2018 med kun små variasjoner.</p> <p>Samlet ventetid (påstartet) er 53 dager, 3 dager lavere enn desember 2017. Andel fristbrudd påstartet pasienter er 1,3 % i desember, og andel fristbrudd ventende er 0,7 %.</p> <p>Prioriteringsregelen for ventetider og kostnader er oppfylt innenfor alle tjenesteområdene. Sykehuset innfrir ikke prioriteringsregelen når det gjelder poliklinisk aktivitet. BUP oppfylder poliklinisk aktivitets krav, men ikke VOP og TSB.</p> <p>Nedgangen i aktivitet i psykiatrien skyldes et høyt antall vakante polikliniske terapeutstillinger og noe nedgang i produktivitet som knyttes til ressurskrevende pasienter, samt nylig ansatte terapeuter som vil kunne behandle flere pasienter på sikt.</p> <p>Sykehuset Telemark rapporterer et driftsresultat på +4,6 millioner kr. per desember, som er 24,4 millioner kr. svakere enn periodisert styringsmål.</p>

	<p>Vedtak:</p> <p>Brukerutvalget tar virksomhetsrapporten pr desember 2018 til orientering.</p>
<b>Sak 07/19</b>	<p><b>Pasient og brukerombudets orienteringer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Årsmelding 2018 fra Pasient- og brukerombudet i Telemark vil bli lagt fram for brukertutvalget når den er klar.</li> <li>➤ Sammenslåingen av Fylkesmannen Telemark-Vestfold gjør at saksbehandlingstiden i saker hvor pasient- og brukerombudet bistår pasienter p.t. er ekstra lang.</li> <li>➤ Ombudet tok opp tema rundt hvor mye pasientene bør kunne forvente at sykehuset stiller opp med når det blir endringer og logistikkutfordringer. Et eksempel var en pasient som selv ble bedt om å få flyttet en time ved en avdeling, fordi en annen avdeling på kort varsel ble nødt til å endre timeavtalen pasienten hadde for undersøkelse der. Slike logistikkutfordringer som ikke er pasientens "feil" bør sykehuset kunne ta ansvar for å rydde opp i, mener ombudet. Hun understreker at det også finnes mange serviceinnstilte medarbeidere på sykehuset som fikser situasjoner som oppstår. Adm.dir. påpekte at det finnes noen sperrer i datasystemene som gjør at slike avtalekonflikter ikke blir synlige for medarbeiderne og det er visse hindre som følge av personvernregler. Det ble sagt fra ledelsen at det er et ønske å yte god service og at dårlig service og oppførsel bør bli gitt tilbakemelding på.</li> </ul>
<b>Sak 08/19</b>	<p><b>Status – Gjennomgang av prosjekter – oversikt over brukerrepresentasjon</b></p> <p><b>Prosjekter</b></p> <p>Brukerutvalget gjennomgikk listen.</p>
<b>Sak 09/19</b>	<p><b>Orientering om selvmord forebygging</b></p> <p>Klinikkssjef Lars Ødegård og rådgiver Anne Brynjulfen i klinikk for psykiatri og rusbehandling orienterte om klinikkens arbeid med og rundt tematikken; Forebygging, behandling og oppfølging, samt opplæringsprogrammer for ansatte.</p>
<b>Sak 55/18</b>	<p>Eventuelt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientering fra regionalt brukertutvalg v/Egil Rye-Hytten: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Utbygging Innlandet HF - Brukerutvalget HSØ ser med bekymring på trinnvis utbygging i forhold til å sette målbilde for sykehusområdet Innlandet.</li> <li>○ Vaksinerings – for liten oppslutning</li> <li>○ Egil Rye-Hytten med i Styringsgruppen for Nasjonalt senter for e-helseforskning</li> <li>○ Habilitering – for lavt prioritert i regionen</li> </ul> </li> <li>• Frist for innmelding av saker til neste møte - 22.februar 2019</li> <li>• Nye satser for godgjøring for 2019: <ul style="list-style-type: none"> <li>Leder kr 612,- pr time</li> <li>Øvrige medlemmer kr 463,- pr time</li> </ul> </li> <li>• Adm.dir utfordret brukertutvalget til å engasjere seg i problematikken</li> </ul>

	<p>pasientsikkerhet vs personvern fra et brukerperspektiv</p> <p>Adm.direktør takket av Thyra Giæver for lang og god tjeneste i brukerutvalget. Thyra flytter nå til Oslo.</p>

Skien, 01.februar 2019

Anne Borge Kallevig

Referent

## Møteprotokoll

---

**Styre:** Helse Sør-Øst RHF  
**Møtested:** Helse Sør-Øst RHF, Hamar  
**Dato:** Styremøte 31. januar 2019  
**Tidspunkt:** Kl 09:15-16:45

---

### Følgende medlemmer møtte:

---

Svein Ingvar Gjedrem	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Kirsten Brubakk	
Christian Grimsgaard	
Bushra Ishaq	Forfall
Vibeke Limi	
Einar Lunde	
Geir Nilsen	
Sigrun E. Vågeng	Fra kl 10:15
Svein Øverland	

---

### Fra brukerutvalget møtte:

---

Rune Kløvtveit
Nina Roland

---

### Følgende fra administrasjonen deltok:

---

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Konserndirektør Atle Brynestad, direktør medisin og helsefag Jan Frich, økonomidirektør Hanne Gaaserød, direktør personal- og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø og kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande

---



**Saker som ble behandlet:**

<b>001-2019</b>	<b>GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

<b>002-2019</b>	<b>GODKJENNING AV PROTOKOLL OG B-PROTOKOLLER FRA STYREMØTE 13. DESEMBER 2018</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Protokoll og B-protokoller fra styremøte 13. desember 2018 godkjennes.

<b>003-2019</b>	<b>FORELØPIG VIRKSOMHETSRAPPORT PER DESEMBER 2018</b>
-----------------	---

**Oppsummering**

Ventetider for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet er for alle tjenesteområder isolert sett bedre i desember enn gjennomsnittet for året. Dette er som forventet, og skyldes i hovedsak redusert planlagt aktivitet i forbindelse med avvikling av juleferie. I 2018 har det vært en økning i gjennomsnittlig ventetid til 58 dager, som er én dag mer enn i 2017.

For økonomi er samlet resultat i desember positivt, selv om resultatene varierer mellom foretakene. Det er også flere engangsforhold som påvirker resultatet i desember. Videre er det et relativt stort merforbruk når det gjelder bemanning ved flere helseforetak også i desember. Det store positive resultatet i desember, og også for hele året, er i stor grad knyttet til det regionale helseforetaket.

**Kommentarer i møtet**

Styret viste til at det var positive trekk ved den økonomiske utviklingen og det ble konstatert at utviklingen i ventetider og aktivitet for prioriteringsregelen er blitt bedre gjennom året, selv om målet ikke er nådd innen alle områder. Tallene for pakkeforløp kreft er også litt bedre, men det er fortsatt utfordringer.

Styret er innforstått med de utfordringer som helseforetakene og de ansatte rapporterer om og understreker at arbeidspress for ansatte følges opp i dialogen med helseforetakene.

Styret viste også til at det er bedt om en sak om organisatoriske forhold i regionen. Saken bør belyse ulike forhold, blant annet vedlikeholdsetterslep og tiltak for å lukke etterslepet.

#### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Styret tar foreløpig virksomhetsrapport per desember 2018 til etterretning.

004-2019	DELSTRATEGIER FOR FORSKNING OG INNOVASJON
----------	---

#### Oppsummering

De to delstrategiene representerer en oppdatering av gjeldende regionale forsknings- og innovasjonsstrategi. I tillegg diskuteres problemstillinger knyttet til fordelingen av de regionale forskningsmidlene i Helse Sør-Øst.

#### Kommentarer i møtet

Styret ba om at administrerende direktør komme tilbake til styret på egnet måte med saker knyttet til personvern og forskning. Det samme gjelder generelle forhold for personvern i den løpende tjenesteproduksjonen og diskusjon om tolkning av regelverket.

Styret ønsker også en temasak om forskningsinfrastruktur.

#### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Styret tar regionale delstrategier for forskning og innovasjon til etterretning.
2. Sak om fordelingen av de regionale forskningsmidlene i Helse Sør-Øst skal fremlegges styret første halvår 2019.

005-2019	MÅLBILDE FOR VIDEREUTVIKLINGEN AV SYKEHUSET INNLANDET HF
----------	---

#### Oppsummering

Saken presenterer forslag til et målbilde for videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF og en konkretisering av aktiviteter som skal skje frem til oppstart av en konseptfase.

### **Kommentarer i møtet**

Det var bred oppslutning i styret for administrerende direktørs forslag til vedtak. Det ble foreslått at det skulle presiseres at det må avklares hvilke av dagens sykehus som skal være henholdsvis akutt- og elektivt sykehus i framtidig struktur. Videre ble det påpekt at det må utredes behovet for investeringer i de av dagens sykehus som skal videreføres. Dette er momenter som er tillegg i styrets vedtak.

Styret fester seg ved at brukerutvalget i Sykehuset Innlandet HF ønsker en avklaring av målbildet, og styret vektlegger dette.

Styret viser til at Sykehuset Innlandet står foran en stor omstilling og understreker de ansattes medvirkning, se vedtak.

### **Styrets enstemmige**

#### **VEDTAK**

1. Styret gir sin tilslutning til et fremtidig mål bilde for Sykehuset Innlandet HF slik det fremgår av saksfremstillingen. Dette innebærer en samling av spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i et nytt akutt sykehus, Mjøssykehuset, et akutt sykehus på Tynset og fortsatt sykehusdrift ved to av dagens somatiske sykehus i form av et akutt sykehus og et elektivt sykehus med døgnfunksjoner. Prehospitale tjenester og lokalmedisinske sentra skal videreutvikles.
2. Styret understreker at den fremtidige sykehusstrukturen i Innlandet må ivareta en balanse mellom østlige og vestlige deler av sykehusområdet. Videre skal gjenbruk av eksisterende investeringer og økonomisk bærekraft vektlegges. Muligheter for trinnvis utvikling skal belyses.
3. Styret ber administrerende direktør konkretisere det fremtidige virksomhetsinnholdet internt i Sykehuset Innlandet HF.
4. Styret forutsetter at alle spesialiserte funksjoner innen somatikk, somatisk virksomhet fra to av dagens sykehus, og sykehusbaserte tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling inngår i utredningen av virksomhetsinnholdet i et nytt Mjøssykehus ved Mjøsbrua. Det skal avklares hvilke av dagens sykehus som skal være henholdsvis akutt- og elektivt sykehus.
5. Det skal utarbeides et mandat for det videre arbeidet med virksomhetsinnhold og tilhørende lokalisering. Det må også utredes behovet for investeringer i de av dagens sykehus som skal videreføres. Resultatet av dette arbeidet skal presenteres for styret senest første halvår 2020.
6. Styret forutsetter at Sykehuset Innlandet HF etablerer bærekraft på helseforetaksnivå. Dette vil være avgjørende for den videre utviklingen av helseforetaket. Fagområder og funksjoner som kan og bør samles skal, så langt det er mulig, samles i forkant av en framtidig innflytting i et nytt bygg. Den regionale omstillingsavtalen legges til grunn for de endringer som Sykehuset Innlandet vil gjennomføre.

7. Konseptfase skal starte i 2021, forutsatt at den økonomiske situasjonen for Sykehuset Innlandet HF er slik at det kan etableres økonomisk bærekraft på helseforetaksnivå for byggeplanene. Planleggingsrammen er 8,65 milliarder kroner (2018-kroner).
8. Målbildet for Sykehuset Innlandet HF innebærer en vesentlig endring av sykehusstrukturen i Innlandet. Styret ber derfor om at saken oversendes Helse- og omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF.

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Brubakk, Grimsgaard og Øverland:

*Det vises til pkt 4 og 5 i styrevedtaket. Styremedlemmene Brubakk, Grimsgaard og Øverland bemerker at endelig lokalisering av hovedsykehuset bør fastsettes når den øvrige strukturen er nærmere detaljert.*

<b>006-2019</b>	<b>OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF – KONSEPTRAPPORT VIDEREUTVIKLING AV AKER OG GAUSTAD</b>
-----------------	--

Det foreligger konseptrapport for videreutvikling av Aker og Gaustad og tilleggsutredning for virksomheten innen gynekologi, fødselshjelp og barnesykdommer som er eksternt kvalitetssikret. Styret ved Oslo universitetssykehus HF anbefaler at konseptrapporten legges til grunn for det videre arbeid med forprosjekt for utbygging på Aker og Gaustad. Videre mener styret ved Oslo universitetssykehus at en utbygging i etappe 1 som også inkluderer gynekologi, fødselshjelp og barnesykdommer, i tillegg til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, vil gi sikrest og mest effektiv drift. Styret ved Oslo universitetssykehus åpner også for at en utbygging for fagområdene gynekologi, fødselshjelp og barnesykdommer, i tillegg til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling kan skje i forlengelsen av etappe 1.

### Oppsummering

Videreutviklingen av Aker og Gaustad er et ledd i realisering av målbildet for Oslo universitetssykehus HF slik det ble godkjent i foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF 24. juni 2016.

Målbildet innebærer at Oslo universitetssykehus HF utvikles 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. Styret ble i møtet 13. desember 2018, sak 115-2018, orientert om konseptrapporten for videreutvikling av Aker og Gaustad som ble avgitt medio november 2018.

Denne saken skal gi grunnlag for behandling av konseptrapporten og beslutning om veien videre for arbeidet med videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF. Det redegjøres i den forbindelse for vedtak i styret ved Oslo universitetssykehus HF fra sak 77/2018. Foreløpig protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 13. desember i sak 115-2018 følges opp gjennom at realisme i forutsetningene om effektivisering, muligheter for minimering av tomtekjøp og nullalternativet beskrives nærmere og drøftes.

### **Kommentarer i møtet**

Styret viste til at det hadde vært en god meningsutveksling i styret og at administrerende direktør hadde svart godt på de spørsmål som ble stilt.

Uansett valg av alternativ vil det måtte investeres for store beløp i sykehusene i Oslo. Noen av risiko-områdene vil være felles uansett alternativer. Dette gjelder fremtidig kapasitetsbehov, helseforetakets økonomiske utvikling før byggene er ferdig og gjennomføring av forutsatte innsparinger når byggene tas i bruk.

Styret erkjenner utfordringer når det gjelder innsparinger, særlig i perioden like etter at byggene tas i bruk.

Det ble vist til at noen av de økonomiske prognosene er nøkterne og kan representere en oppside.

Styret understreket også at Oslo universitetssykehus HF i fortsettelsen må arbeide godt med samarbeid og medvirkning fra de ansatte.

De ansattevalgte representantene i styret mente at det fortsatt gjenstod uavklarte forhold som tilsa at det bør vurderes alternativ lokalisering og arbeides med gjennomføringsrisiko.

### **Styrets**

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

1. Styret godkjenner konseptrapporten og ber om at tilleggsutredningen videreutvikles til en full konseptfaseutredning. Styret forutsetter at Aker og Gaustad utvikles i parallell.
2. Kapasitetsberegningene for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal kvalitetssikres, og behov for endringer skal tas hensyn til i det videre arbeidet.
3. Styret ber om at Oslo universitetssykehus HF ytterligere belyser planlagt virksomhetsinnhold og driftskonsepter for både Aker og Gaustad i forkant av oppstart forprosjekt. Spesielt skal det for fagområdene traume- og akuttmedisin, fødselshjelp, nyfødteintensiv og kreft beskrives hvordan de valgte løsningene tilrettelegger for beredskap, utvikling av kompetanse, kvalitet i pasientbehandlingen og faglig utvikling.
4. Utnyttelse av tomten på Aker skal vurderes med sikte på å redusere behovet for tomteervert.
5. Styret viser til stemmeforklaring fra de tillitsvalgte ved behandling av konseptrapporten i prosjektets styringsgruppe og ber om at Ullevål belyses som alternativ lokalisering til Gaustad, med samme virksomhetsinnhold.
6. Resultatet av arbeidet under vedtakets punkt 2, 3, 4, og 5 forelegges styret for behandling senest innen juni 2019.
7. Styret skal holdes orientert om utviklingen i reguleringsprosessen.

8. Oslo universitetssykehus HF skal etablere et opplegg for kartlegging og håndtering av risiko i prosjektet.
9. Økonomisk bærekraft for byggeplanene må realiseres, både ved effektivisering i forkant og gevinstrealisering etter innflytting. Det må etableres et organisasjonsutviklingsprosjekt ved Oslo universitetssykehus HF for dette arbeidet.
10. Styret ber administrerende direktør om å søke Helse- og omsorgsdepartementet om lån til i henhold til gjeldende retningslinjer, slik at prosjektet sikres finansiering fra og med 2020. Lånesøknaden skal omfatte konseptrapportens innhold inkludert psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og tilleggsutredningen for fagområdene gynekologi, fødselshjelp og barnesykdommer. Oppstart av forprosjekt forutsetter styrets godkjenning.

Alternativt forslag til vedtak fra styremedlem Grimsgaard:

*Styret ser behovet for rask progresjon i sykehusplanleggingen og tar konseptfaserapporten til foreløpig orientering. Styret merker seg at det er avdekket betydelig risiko, særlig knyttet til de økonomiske forutsetningene i prosjektet, reguleringsprosessen, tilgjengelig reserve-areal, og fremtidig fleksibilitet. Utredningen etterlater også en del uavklarte spørsmål knyttet til driftskonsept, innhold i første etappe, og ivaretagelse av samlet kapasitet i hovedstadsområdet.*

*Styret ber om at alternativ lokalisering utredes jfr pkt 5 i styrevedtak 072-2017. Null-alternativet 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:

Det alternative forslaget fikk tre stemmer (Grimsgaard, Øverland og Brubakk).

Administrerende direktørs forslag til vedtak fikk seks stemmer (Gjedrem, Frøstrup, Vångeng, Limi, Nilsen og Lunde).

**Administrerende direktørs forslag er vedtatt.**

007-2019	<b>OPPDRAGSDOKUMENT 2019 FRA HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET OG PROTOKOLL FRA FORETAKSMØTE I HELSE SØR-ØST RHF 15. JANUAR 2019. OPPDRAG OG BESTILLING 2019 TIL HELSEFORETAKENE I HELSE SØR-ØST</b>
----------	---

**Oppsummering**

Helse- og omsorgsdepartementets styring av regionale helseforetak gis i form av styringsbudskap gjennom:

- Oppdragsdokumentet som omhandler «sørge for» -ansvaret og supplerer den styring som skjer gjennom foretaksmøte, lover, forskrifter og øvrige myndighetstiltak. I oppdragsdokumentet tas spesialisthelsetjenestens overordnede mål opp og det bevilges midler til å gjennomføre oppgavene som er lagt til det regionale foretaket.

- Vedtak i foretaksmøte, der det stilles krav i kraft av at Helse- og omsorgsdepartementet er eier. Foretaksmøtet omhandler overordnede styringsbudskap, styringskrav og rammer for inneværende år.

For enkelte krav og oppgaver legger Helse- og omsorgsdepartementet opp til rapportering på fastsatte indikatorer slik at styringsdialogen kan baseres på felles kunnskap.

I oppdrag og bestilling til helseforetakene samordner Helse Sør-Øst RHF krav og bestillinger fra Helse- og omsorgsdepartementet med vedtak i det regionale helseforetakets styre.

Oppdrag og bestilling 2019 gjøres gjeldende i helseforetakenes foretaksmøte 13. februar 2019. For de private ideelle sykehusene undertegnes oppdrag og bestilling 2019 som en avtale mellom administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF og administrerende direktør i de private ideelle sykehus.

### **Kommentarer i møtet**

Styre ønsker at det ble rapportert særskilt på program informasjonssikkerhet og personvern (ISOP) i tillegg til program for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM).

Styret ber om at det ble tatt inn en omtale av to oppdrag:

- Det bør stilles krav til helseforetakene om oppfølging av ForBedring-undersøkelsen og at det prioriteres tiltak knyttet til arbeidsbelastning
- Krav til at helseforetakene satser på å fremme ledelse, og spesielt utviklingen av gode team, ledergrupper og at ledelse og koordinering av pasientforløp prioriteres.

### **Styrets enstemmige**

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

1. Styret tar Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument 2019 og protokoll for Helse Sør-Øst RHF fra felles foretaksmøte for de regionale helseforetakene 15. januar 2019 til etterretning.
2. Styringsbudskapene følges opp gjennom å integreres i oppdrag og bestilling 2019 til helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst.
3. Styret slutter seg til egendefinerte mål for 2019 i Helse Sør-Øst for:
  - Gjennomsnittlig ventetid, somatikk: 55 dager
  - Gjennomsnittlig ventetid, psykisk helsevern (voksne og barn/unge): 40 dager
  - Gjennomsnittlig ventetid, tverrfaglig spesialisert rusbehandling: 35 dager
  - Andel av pasientavtaler som overholdes sammenlignet med 2018: 93 %
  - Bruk av bredspektrede antibiotika redusert i forhold til 2012: 20 %
4. Oppdrag og bestilling 2019 til helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst godkjennes med de innspill som ble gitt i møtet.
5. Styret ber om å bli orientert om gjennomføringen av oppdraget i den ordinære rapporteringen og i årlig melding.

6. For Sykehuspartner HF fastsettes følgende:
- Et totalt investeringsbudsjett på 726 millioner kroner for 2019, hvorav investeringsrammen for program for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM) er 200 millioner kroner og investeringsrammen for program for informasjonssikkerhet og personvern (ISOP) er 101 millioner kroner.
  - Midler innenfor budsjett 2019 for investeringsaktiviteter som faller innenfor kategoriene reinvesteringer og skalering/økning kapasitet kan disponeres av helseforetaket.
7. Administrerende direktør gis fullmakt til å beslutte de enkelte prosjektene i program for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM) og i program for informasjonssikkerhet og personvern (ISOP). Prosjekter av vesentlig strategisk betydning skal fremmes for styret.
8. Det skal rapporteres til styret tertialvis på utviklingen i programmet for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM) og programmet for informasjonssikkerhet og personvern (ISOP).

<b>008-2019</b>	<b>ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**VEDTAK**

Årsplan styresaker tas til orientering.

<b>009-2019</b>	<b>ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA ADMINISTRERENDE DIREKTØR</b>
-----------------	--

Det ble i lukket møte, jf helseforetakslovens § 26 a, orientert om en sak som var behandlet i revisjonsutvalget 29. januar 2019.

**Styrets enstemmige**

**VEDTAK**

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.



### **Andre orienteringer**

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 11. og 12. desember 2018
3. Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget 12. desember 2018
4. Brev fra leder i Lillehammer Høyre
5. Brev fra Gjøvik og Ringsaker kommuner
6. Brev fra FFO Oslo
7. Uttalelse fra Brukerutvalget i Sykehuset Innlandet HF
8. Brev fra ordføreren i Hamar – med to vedlegg
9. Brev fra Hamar formannskap
10. Brev fra Eilif Holte
11. Protokoll fra drøftingsmøte 30. januar 2019

### **Temasaker**

- Forprosjekt for nytt sykehus i Drammen, Vestre Viken HF
- Tomteerverv – nytt sykehus i Drammen, Vestre Viken HF

### **Kommentarer i møtet:**

Styret tok redegjørelsen om forprosjekt og tomteerverv for nytt sykehus i Drammen, Vestre Viken HF til orientering. Det ble bedt om at oppdaterte kapasitetsberegninger ble lagt frem for styret.

Møtet hevet kl 16:45

Hamar, 31. januar 2019

---

Svein Ingvar Gjedrem  
Styreleder

---

Anne Cathrine Frøstrup  
Nestleder

---

Kirsten Brubakk

---

Christian Grimsgaard

---

Bushra Ishaq

---

Vibeke Limi

---

Einar Lunde

---

Geir Nilsen

---

Sigrun E. Vågeng

---

Svein Øverland

---

Tore Robertsen  
styresekretær



## Konsernrevisjonen

### Foreløpig rapport

### Status på arbeidet med tilpasning til ny personvernforordning (GDPR) i foretaksgruppen

20. desember 2018



# INNHold

<b>1. Innledning</b>	<b>3</b>	<b>4. Oppsummert status per område</b>	<b>10</b>
1.1 Bakgrunn		4.1 Intern kontroll	
1.2 Formålet med oppdraget		4.2 Behandling av personopplysninger i en livssyklus	
1.3 Innretning, omfang og avgrensning			
<b>2. Overordnet oppsummering – status og organisering av arbeidet i foretaksgruppen</b>	<b>6</b>	<b>5. Status per helseforetak</b>	<b>15</b>
2.1 Status i foretaksgruppen		<b>Vedlegg 1</b>	<b>38</b>
2.2 Organisering av arbeidet i helseforetakene		Revisjonsguide	
<b>3. Aktuelle områder for forsterket regionalt samarbeid</b>	<b>7</b>		
3.1 Regionalt samarbeid og løsninger for felles utfordringer			
3.2 Potensiale for mer effektiv samhandling mellom SP og helseforetakene			
3.3 Revisjonskriterier			

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Ny personvernforordning (GDPR) trådte i kraft 20. juli 2018. Helseforetakene har et selvstendig ansvar for at behandlingen av personopplysninger er i overensstemmelse med GDPR.

Helseforetakene som dataansvarlig (jamfør behandlingsansvarlig i helselovgivningen), kartlegger og oppgraderer systemer og prosesser i tråd med personvernforordningens krav. Aktivitetene skjer i samarbeid med og med bistand fra Sykehuspartner HF i forbindelse med tjenester der Sykehuspartner HF er databehandler. I tillegg har Sykehuspartner HF selvstendig krav i sin rolle som databehandler for helseforetakene.

Helseforetakene er nå i en fase der prosesser og organisasjon ikke ennå har funnet sin endelige form på det aktuelle området. Konsernrevisjonen har derfor sett det som mest hensiktsmessig å støtte innføringen ved å kartlegge status i foretaksgruppen som et rådgivningsoppdrag, i stedet for å foreta en revisjon.

## 1.2 Formål med oppdraget

I en overgangsperiode kan helseforetakene gi rimelige forklaringer på manglende samsvar med forordningen. Denne perioden vil på et tidspunkt ta slutt. Kartleggingen gjennomføres for å få oversikt over hvor langt helseforetakene har kommet i arbeidet med å tilpasse seg forordningen. Videre vil kartleggingen gi et grunnlag for videre lokal og regional oppfølging av forordningen i foretaksgruppen.

Vi har utarbeidet en samlet oversikt over status i helseforetakene. Denne synliggjør områder der det kan være aktuelt med forsterket regionalt samarbeid. Konsernrevisjonen gir anbefalinger på områder som ytterligere kan forbedres.

I tillegg til kartleggingen har konsernrevisjonen utarbeidet en "revisjonsguide" med sentrale krav for å etterleve forordningen, jamfør vedlegg 1.

## 1.3 Innretning, omfang og avgrensning

Kartleggingen er gjennomført på alle helseforetakene i Helse Sør-Øst og planlagt gjennomført også i det regionale helseforetaket. Rapporten er foreløpig inntil denne gjennomgangen er ferdigstilt.

Oppdraget er gjennomført ved gjennomgang av dokumentasjon mottatt fra helseforetakene. I tillegg er det gjennomført et arbeidsmøte i hvert helseforetak med sentrale ansatte i personvernarbeidet. I noen helseforetak har også administrerende direktør deltatt. Konsernrevisjonenes beskrivelse av status og vurderinger er basert på mottatt informasjon i disse sammenhenger. Status per helseforetak (kapittel 5) er avstemt med de respektive helseforetakene.

Kartleggingen er gjennomført lokalt i helseforetakene i perioden primo oktober til medio november.

Kartleggingen omfatter kun kravene i personvernforordningen som vurderes å være mest relevant og vesentlig. Kartleggingen omfatter ikke etterlevelsen av prosesser og rutiner i helseforetakene.

I arbeidet med kartleggingen har vi valgt å rapportere status på følgende områder:

- a) Fremdrift av tilpasningen til GDPR og intern organisering av arbeidet
- b) Utvalgte områder i internkontrollen
- c) Behandling av personopplysninger i fem faser

## a) Status på framdrift av tilpasningen til GDPR og intern organisering av arbeidet

Helseforetakene arbeider med å tilpasse sine prosesser og systemer med henblikk på personvernforordningen. I denne rapporten gir vi en vurdering av overordnet status på arbeidet ved hvert helseforetak. Vurderingen er uttrykt gjennom en forenklet modenhetsskala med glidende overganger. Kapittel 5 gir en detaljert beskrivelse for det enkelte helseforetak.

Status omfatter ikke helseforetakenes etterlevelse av forordningen og interne rutiner.



### Rød

Lite på plass som tilfredsstillende kravene

- Gap ikke formalisert.
- Vesentlige områder i styrings-system for informasjonssikkerhet mangler eller er ikke i henhold til GDPR.
- Mangler plan for arbeidet og lite nødvendig dokumentasjon er utarbeidet.

### Gul

Noe på plass, en del krav i GDPR er ivare tatt

- Gap er formalisert og har plan for å gjennomføre tiltak på vesentlige områder.
- En del områder i styringssystemet for informasjonssikkerhet er oppdatert og/eller i arbeid.
- Kritiske områder og/eller risikoer synliggjort.

### Grønn

De fleste krav i GDPR er tilfredsstillende

- Tilfredsstillende krav i GDPR.
- Styrende, gjennomførende og kontrollerende dokumenter og rutiner er etablert.
- Eventuelle mindre gap er kjent og vurdert som ikke vesentlige.



Figur 1: Status på helseforetakenes arbeid for å tilpasse prosesser og systemer.

## b) Utvalgte områder i internkontrollen

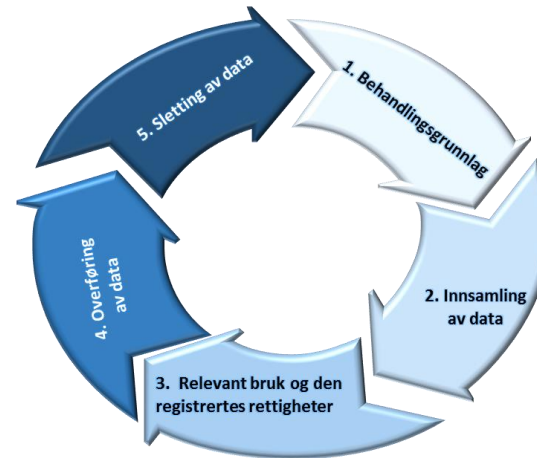
Forordningen stiller krav til at virksomheten etablerer tekniske og organisatoriske tiltak for å ivareta sitt ansvar for behandling av personopplysninger. Dette krever at helseforetakene utformer et internkontrollsystem som viser hvordan de ivaretar sitt ansvar på området. Tabell 1 under viser elementene i internkontrollsystemet som vi har kartlagt.

Prosesser, systemer og dokumentasjon	<ul style="list-style-type: none"><li>• Virksomhetsstyrings- og kvalitetssystem, styringssystem for informasjonssikkerhet</li><li>• Protokoll over behandlingsaktiviteter</li><li>• Risikovurderinger</li><li>• Melding om brudd til Datatilsynet og til den registrerte</li></ul>
Roller og ansvar	<ul style="list-style-type: none"><li>• Intern organisering</li><li>• Personvernombud</li><li>• Mandater</li></ul>
Bevisstgjøring og opplæring	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kurs- og opplæringsplaner</li></ul>

Tabell 1: Utvalgte områder i internkontrollen

## c) Behandling av personopplysninger i fem faser

Personvernforordningens krav gjelder gjennom alle fasene i behandlingen av personopplysninger – fra innsamling til avvikling av data. Fasene er fremstilt som et livsløp for opplysningene med ulike krav i hver fase, se figuren under. Hva som inngår i de ulike fasene er utdypet i kapittel 4.



Figur 2. Virksomhetens ansvar for personopplysningene i en livssyklus

## 2. Overordnet oppsummering – status og organisering av arbeidet i foretaksgruppen

### 2.1 Status i foretaksgruppen

Alle helseforetakene har startet arbeidet med å tilpasse sine prosesser og systemer til personvernforordningen. Helseforetakene som har kommet lengst har gjennomført en rekke tiltak med utgangspunkt i en kartlegging av forskjellen mellom krav i forordningen og dagens situasjon (videre betegnet gap) og utarbeidet en påfølgende tiltaksplan. For andre helseforetak er kartleggingen enten avsluttet eller er kommet godt i gang, men tiltaks- og/eller videre fremdriftsplaner er ikke ferdig utarbeidet eller påbegynt. De fleste helseforetakene er i den siste kategorien.

Noen få helseforetak har kommet forholdsvis kort i kartleggingen og den videre framdriften er i begrenset grad planlagt med leveranser og milepæler. Felles for alle helseforetakene er at tiltak iverksettes fortløpende for å lukke gap der det er mulig og hensiktsmessig, slik at tiltak ikke unødige må utsettes i påvente av samordnede planleggingsprosesser.

Det regionale styringssystemet for informasjonssikkerhet oppdateres i henhold til personvernforordningen, men noe gjenstår fortsatt. Helseforetakenes lokale styringssystem for informasjonssikkerhet skal tilsvarende oppdateres for å reflektere endringene i det regionale styringssystemet. Noen helseforetak implementerer de regionale oppdateringene fortløpende. Andre helseforetak avventer lokale oppdateringer inntil det foreligger en regional versjon som er oppdatert i sin helhet.

### 2.2 Organisering av arbeidet i helseforetakene

Helseforetakene har valgt forskjellig tilnærming for å tilpasse seg den nye personvernforordningen. De fleste foretakene har en foretaksovergrepene organisering, enten i form av et prosjekt, eller som en sentral arbeidsgruppe. Prosjektet eller arbeidsgruppen har fått i oppgave å planlegge, koordinere, rapportere og til dels gjennomføre kartlegging og tiltaksarbeid. Underveis i tilpasningsarbeidet har klinikkene blitt, eller skal bli, involvert i gjennomføringen.

I to helseforetak er det ikke nedsatt et sentralt, foretaksovergrepene prosjekt eller arbeidsgruppe. I disse foretakene er det den respektive klinikk eller funksjon som selv skal organisere tilpasning til forordningen, men med betydelig bistand fra støttefunksjonene informasjonssikkerhetsleder og personvernombud. Planlegging, koordinering, gjennomføring og rapportering følger de ordinære ansvarslinjene ved helseforetaket.

Det er flere faktorer har betydning for hvor langt et foretak har kommet i tilpasningen til personvernforordningen:

- Hvor grundig kartleggingen skal være fra starten av
- Ulike utgangspunkter for kartleggingen
- Når prosessen har startet opp

Likevel mener vi å kunne se en tydelig sammenheng mellom organisering og status. De helseforetakene som har laget foretaksovergrepene prosesser med samlet planlegging, koordinering og rapportering er også de som har kommet lengst i tilpasningsarbeidet.



# 3. Aktuelle områder for forsterket regionalt samarbeid

## 3.1 Regionalt samarbeid og løsninger for felles utfordringer

Helseforetakene har et selvstendig ansvar for å utarbeide løsninger for å imøtekomme kravene i personvernforordningen. Vi vurderer likevel at helseforetakene kan få en mer effektiv prosess med mer standardiserte løsninger gjennom et mer omfattende regionalt samarbeid. Vi vil trekke fram følgende områder:

- a) Informasjon til den registrerte er ikke tilpasset GDPR
- b) Innebygd personvern og vurdering av personvernkonsekvenser
- c) Manglende funksjonalitet i DIPS for arkivering
- d) Personopplysninger utenfor fagsystemer
- e) Regionale fora

### a) Informasjon til den registrerte er ikke tilpasset GDPR

Informasjon som er tilgjengelig på helseforetakenes hjemmesider er i liten grad tilpasset kravene i personvernforordningen. Informasjonen skal være kortfattet, åpen, forståelig og lett tilgjengelig og på et klart og enkelt språk. Dette gjelder informasjon til både pasienter, ansatte og deltagere i forskning mv. Se avsnitt 4.2.1.

Informasjon som helseforetakene gir på hjemmesidene bør være likeverdende for alle helseforetak. Vi anbefaler et samarbeid med mål om å utarbeide tekster som kan benyttes av alle helseforetak.

### b) Innebygd personvern og vurdering av personvernkonsekvenser

Flere lokale tiltak som har blitt eller skal bli gjennomført vil kunne gjenbrukes på eller samordnes med de andre helseforetakene:

- Mal for gjennomføring av DPIA (for eksempel mal utarbeidet av Ahus)
- OUS' planlagte forespørsel til alle aktuelle leverandører om status og deres eventuelle utviklingsplaner for innebygd personvern
- OUS' "rammeverk" for vurdering av innebygd personvern i egenutviklede løsninger.

Etter vår vurdering bør det avklares regionalt når en vurdering av personvernkonsekvenser skal gjennomføres i eksisterende løsninger. I tillegg bør det vurderes om en mer systematisk deling av personvern-vurderinger mellom helseforetakene kan gjennomføres, uten at dette går på bekostning av det lokale dataansvaret.

### c) Manglende funksjonalitet i DIPS for arkivering

DIPS har ikke funksjonalitet for arkivering av personopplysninger. For at kravet om regelmessig sletting skal innfris, anbefaler vi at problemstillingen settes på dagsordenen på regionalt nivå.

### d) Personopplysninger utenfor fagsystemer

Noen helseforetak har startet opp tiltak for å få bedre oversikt over behandling av personopplysninger i verktøy som Public 360° og Outlook med sikte på å begrense behandling av personopplysninger utenfor fagsystemene. Årsakene til at disse verktøyene brukes til behandling av personopplysninger kan blant annet være mangelfull funksjonalitet i fagsystemene eller manglende bevissthet blant medarbeiderne.

Denne problemstillingen bør etter vår vurdering drøftes i et regionalt samarbeid for å finne praktiske løsninger på en effektiv måte.

### e) Regionale fora

Det er flere formelle og uformelle nettverk i foretaksgruppen hvor personvernforordningen behandles.

På HR-området er det to formelle møtearenaer, HR-direktørmøte og forvaltningsforum, der personvern kan være på dagsordenen.

I tillegg er det opprettet et uformelt HR GDPR-nettverk, der alle helseforetakene er invitert og som er ledet av OUS. Samarbeidet bidrar til en mer ensartet tilnærming til aktuelle problemstillinger og praksis.

Regionalt sikkerhetsfaglig råd (RSR) er et formelt nettverk for informasjonssikkerhet og personvern de alle helseforetakene tar del. RSR forvalter det regionale styringssystemet for informasjonssikkerhet som blir tilpasset de nye kravene fra personvernforordningen. Rådet har et arbeidsutvalg – Regionalt sikkerhetsvurderingsteam (RSV) – som behandler risikovurderinger av regionale løsninger før vurderingene legges frem for respektive helseforetakene.

I syv av elleve helseforetak er rollene som personvernombud og informasjonssikkerhetsleder delt på to ansatte. Etter vår vurdering er personvern og informasjonssikkerhet to ulike fagfelt selv om de på mange områder også er sammenfallende. Slik RSR er sammensatt i dag med hovedsakelig informasjonssikkerhetsledere bør det vurderes om RSR er rette sted for å drøfte de mer prinsipielle sidene ved personvern på et regionalt nivå. Eventuelt avvikende fortolkning av prinsipper for behandling av personopplysninger kan potensielt gi seg utslag i ulik pasientbehandling innenfor helseregionen.

### **3.2 Potensiale for mer effektiv samhandling mellom SP og helseforetakene**

Sykehuspartner har en særlig rolle som helseforetakenes primære data-behandler og tjenesteleverandør. Dette forutsetter standardiserte samhandlings- og leveranseprosesser. Vi vil i denne sammenheng trekke fram:

- a) Effektiv forvaltning av protokoll for behandling av personopplysninger
- b) Godkjenning av underdatabehandler
- c) Risikovurderinger ved endring av tjenester

#### **a) Effektiv forvaltning av protokoll**

Helseforetakene, som dataansvarlig, og Sykehuspartner, som data-behandler og tjenesteanvarlig, har krav til å ha en oppdatert protokoll for de systemer som inngår i tjenesten. Vår kartlegging viser blant annet at:

- Protokollene i helseforetakene utarbeides i ulike verktøy
- Protokollene har ikke et standardisert oppsett
- Systemene og tjenestene har ikke standardiserte betegnelser

Vi anbefaler at Sykehuspartner og helseforetakene i det videre arbeidet i fellesskap bør standardisere oppsett og rutiner for å effektivisere leveranseprosessene, samt forenkle og automatisere forvaltningen av protokollene.

#### **b) Godkjenning av underdatabehandler**

Sykehuspartners bruk av underleverandør til databehandling skal skriftlig godkjennes av helseforetakene i henhold til databehandleravtalene.

Det er ikke etablert en felles forståelse mellom Sykehuspartner og helseforetakene for når og hvordan en godkjenning av underdata-behandler skal gjøres i praksis. Dagens praksis legger opp til godkjenning etter at Sykehuspartner har inngått avtale med leverandør. Vår vurdering er at så sent i prosessen er valg av underdata-behandler i praksis avgjort, og at helseforetakenes innflytelse i realiteten er begrenset.

### **c) Risikovurderinger ved endring av tjenester**

Som dataansvarlig skal helseforetakene på et selvstendig grunnlag vurdere personkonsekvensene ved tjenesteendringer. Sykehuspartner utarbeider risikovurderinger ved endringer i tjenester med hensyn til informasjonssikkerhet. I henhold til dagens praksis for eksisterende tjenester håndteres risiko- og personvern vurderingene i en kombinert prosess i forkant av produksjonssetting.

Konsernrevisjonen anbefaler at helseforetakets vurdering av personvernkonsekvenser gjennomføres i designfasen tidligere i endringsprosessen. Vi vil også understreke viktigheten av at helseforetakene i denne forbindelse har rutiner for å involvere interne ressurser med nødvendig personvernkompetanse og kjennskap til de aktuelle løsningene.



## 4. Oppsummert status per område

### 4.1 Internkontroll

Gjennom tekniske og organisatoriske tiltak skal helseforetakene sørge for at personopplysningene behandles lovlig, sikkert og forsvarlig.

#### 4.1.1 Prosesser, systemer og dokumentasjon

##### Kvalitets- og ledelsessystem

I regi av Regionalt sikkerhetsfaglig råd (RSR) oppdateres det regionale styringssystemet for informasjonssikkerhet med hensyn til personvernforordningen. Mange dokumenter er ferdigstilt i styringssystemet, men noen dokumenter gjenstår fortsatt. Det regionale styringssystemet består av felles utarbeidede dokumenter som skal tilpasses og implementeres på det enkelt helseforetak. Det gjenstår å tilpasse og implementere alle endringene i rammeverket i foretakenes egne kvalitets- og ledelsessystemer. Noen helseforetak har påbegynt implementeringen og implementerer gradvis etter hvert som dokumenter i det regionale styringssystemet blir ferdigstilt, mens andre helseforetak avventer implementering inntil en ny, komplett regional versjon foreligger.

##### Protokoll

Det er mye aktivitet i helseforetakene for å etablere protokollene for behandling av personopplysninger. To helseforetak har ferdigstilt sine protokoller med nødvendig informasjon. De øvrige helseforetakene har alle i stor grad fastlagt rammene for sine protokoller, men har i ulik grad fremskaffet og registrert nødvendig informasjon.

Protokollene skal brukes til andre formål utover kravene i forordningen, og skal gi helseforetakene bedre oversikt over informasjonsbehandlingen. Helseforetakene får dermed større nytte av protokollen, men må også bruke mer tid til å fremskaffe nødvendig informasjon.

Helseforetakene bruker forskjellige systemløsninger til sine protokoller: Excel, SharePoint eller en modul i det lokale ledelses- og kvalitetssystemet. Det er ikke planlagt noen felles forvaltning av protokollene med utgangspunkt i Sykehuspartner som felles tjenesteleverandør. En effektiv forvaltning ville eventuelt kreve en samordnet datamodell eller grensesnitt for mer automatisert oppdatering av protokollene i helseforetakene og Sykehuspartner, noe det i dag ikke er tilrettelagt for.

#### Melding om brudd til Datatilsynet og til den registrerte

Alle helseforetakene har en rutine der personvernombudet melder om brudd på personvernet til Datatilsynet.

Rutiner for melding om brudd til den registrerte varierer mellom helseforetakene. Flere helseforetak arbeider med å ferdigstille rutiner, mens andre har etablert en rutine.

#### 4.1.2 Roller og ansvar

##### Generelt

Nødvendige roller og ansvarsforhold er i stor grad definert. Ved noen helseforetak gjenstår det fortsatt å få etablert roller og ansvar fullt ut i henhold til kravene til personvern og den regionale prosedyren "Organisering av informasjonssikkerhetsarbeidet".

##### Personvernombud

Personvernombudet skal gi råd til dataansvarlig om forpliktelsene virksomheten har etter personvernlovgivningen, samt til de ansatte som utfører behandlingen av personopplysninger. Datatilsynet understreker: "det er svært viktig at virksomheten legger til rette for ombudets uavhengighet for å unngå en interessekonflikt".

Alle helseforetakene har etablert et personvernombud. Ombudene, med unntak av ett, rapporterer funksjonelt direkte til sin respektive administrerende direktør.

Det varierer mellom helseforetakene på hvilket nivå personvernombudene administrativt er plassert, men de fleste har lagt ombudet på nivå tre under sentral stab.

På fire av elleve helseforetak er rollen som personvernombud kombinert med rollen som informasjonssikkerhetsleder, mens de øvrige helseforetakene har delt rollene på to ansatte.

På to av de fire helseforetakene som kombinerer rollene, er rollene plassert i enhet for teknologi og ehelse. Begge de to aktuelle helseforetakene har vurdert risikoen for interessekonflikt og funnet risikoen akseptabel.

#### **4.1.3 Bevisstgjøring og opplæring**

Tilstrekkelig kompetanse og bevissthet er en forutsetning for et godt personvern.

Det varierer mellom helseforetakene hvor systematisk og omfattende opplæringen i personvern er. De fleste har opplæringstilbud for nyansatte, og flere helseforetak har tilbud til øvrige ansatte og ledere. Noen få helseforetak stiller krav til deltagelse, mens for de fleste er opplæringen frivillig.

OUS har utviklet e-læringskursene PIIIP (personvern og informasjonssikkerhet i praksis) og PIIIF (personvern og informasjonssikkerhet i forskning). Disse kursene er bearbejdet på regionalt nivå og tilpasset behovet og gjort tilgjengelig for de andre helseforetakene.

Flere av helseforetakene vurderer ytterligere opplæringstiltak som en del av arbeidet med tilpasningene til personvernforordningen.

Noen helseforetak har startet arbeidet med å sette opplæring og kompetanse i personvern inn i en helhetlig plan der tiltakene tilpasses aktuelle roller og funksjoner.

## **4.2 Behandling av personopplysninger i en livssyklus**

Personvernforordningen gjelder for alle fasene i behandlingen av personopplysninger. Fasene i livsløpet beskrives med tilhørende krav, se figur 2.

### **4.2.1 Valg av behandlingsgrunnlag**

#### **Sentralt i denne sammenhengen er:**

Helseforetakene behandler en stor mengde personopplysninger med hovedvekt på spesielle kategorier av personopplysninger (helseopplysninger). I pasientbehandlingen er behandlingen i hovedsak lov-hjemlet. Til bruk i sekundære formål (forskning og kvalitetssikring) plikter helseforetakene å identifisere egnet behandlingsgrunnlag etter artiklene 9 og 6. Behandlingsgrunnlaget skal dokumenteres skriftlig.

Konsernrevisjonen har i kartleggingen ikke vurdert om riktig grunnlag er brukt for hver protokollførte behandling.

#### **Samlet status for foretaksgruppen**

Alle helseforetakene har påbegynt kartlegging og dokumentasjon av behandlingsgrunnlaget i protokoll. Fire helseforetak er ferdig med å dokumentere behandlingsgrunnlaget.

På HR-området er kartlegging av behandlingen av personopplysninger og dokumentasjon av behandlingsgrunnlaget i stor grad ferdigstilt i alle helseforetakene.

## 4.2.2 Innsamling av data

### Sentralt i denne sammenhengen er:

Informasjon om behandlingen og åpenhet er et grunnleggende krav for alle som behandler personopplysninger. Forordningen stiller detaljerte krav til både utforming og innhold av informasjon som går ut til den registrerte (artikler 12, 13 og 14).

Dataansvarlig skal gjennomføre tekniske og organisatoriske tiltak for å sikre at personopplysninger behandles i henhold til forordningens krav om blant annet personvern og informasjonssikkerhet. Tiltakene skal i størst mulig grad bygges inn i systemene (artikkel 25), noe som må håndteres i blant annet prosessen for anskaffelser og i Prosjektveiviseren. Tiltakene skal velges ut og tilpasses etter konkret vurdering av personvernkonsekvenser for den registrerte (artikkel 35).

Konsernrevisjonenes kartleggingen omfatter ikke informasjon som gis direkte til pasienter i forbindelse med helsehjelp.

### Samlet status for foretaksgruppen

#### Informasjon til den registrerte

Informasjon om innsamling av personopplysninger og den registrertes rettigheter som er tilgjengelig på helseforetakenes hjemmesider er utformet med utgangspunkt i helselovningen. Tekst og innhold er i liten grad fornyet med tanke på de nye formkravene som har kommet med personvernforordningen. Informasjonen skal være "kortfattet, åpen, forståelig og lett tilgjengelig og på et klart og enkelt språk".

#### Innebygd personvern og vurdering av personvernkonsekvenser

Prosjektveiviseren er den regionale prosjektmetodikken. Denne skal brukes ved utvikling av nye informasjonssystemer, og skal oppdateres i henhold personvernforordningen. Konkretisering av prosjektenes ansvar er i stor grad ferdig. Beskrivelse av hvordan kravene skal etterkommes, maler, sjekklister mv. er i noen grad utarbeidet.

For nye løsninger som behandler personopplysninger har helseforetakene i varierende grad implementert rutiner for vurdering av personvernkonsekvenser. I påvente av avklaringer fra Datatilsynet har blant annet Ahus utarbeidet en mal som også benyttes av flere andre helseforetak.

For den eksisterende løsningsporteføljen viser vår kartlegging at:

- Det er ulike oppfatninger i helseforetakene om hvordan kravene til innebygd personvern og DPIA i praksis skal håndteres.
- Helseforetakene har ikke kartlagt om systemene i tilstrekkelig grad har innebygd personvern.
- OUS har planlagt en forespørsel til alle aktuelle leverandører om status og eventuelle utviklingsplaner for innebygd personvern. Forespørselen fungerer både som informasjonssinnhenting og som et påtrykk overfor leverandørene om å tilpasse løsningene til kravene.
- OUS har etablert et "rammeverk" for innebygd personvern som grunnlag for å evaluere sine egenutviklede løsninger.

#### Personvern ved lokale anskaffelser

De regionale ikt-sikkerhetskravene omfatter bare deler av personvernet med hovedvekt på informasjonssikkerhet. Et aktuelt eksempel er personvernforordningens prinsipp om dataminimering som ikke er en del av ikt-sikkerhetskravene. Sikkerhetskravene blir i åtte av elleve helseforetak rutinemessig lagt til grunn ved anskaffelser. I de siste tre er det ingen fast rutine for å stille krav til sikkerhet og personvern samt vurdere leverandørens løsninger og svar.

### 4.2.3 Relevant bruk og den registrertes rettigheter

#### Sentralt i denne sammenhengen er:

Alle som mottar helsehjelp har i tillegg til sine rettigheter som pasient, rettigheter etter personvernforordningen. Disse rettighetene inkluderer rett til innsyn, retting, sletting med videre. Helseforetakene må kunne håndtere anmodninger fra de registrerte. Tilsvarende gjelder personopplysninger på HR-området og innenfor forskning. (Artiklene 15, 16, 17, 18, 20 og 21.)

Konsernrevisjonen har i kartleggingen lagt vekt på hvorvidt helseforetakene har rutiner for retting og sletting.

#### Samlet status for foretaksgruppen

En regional rutine for sletting i elektronisk pasientjournal er implementert i helseforetakene.

På forskningsområdet ivaretas kravene i alle helseforetakene gjennom rutiner for å slette personopplysninger når et samtykke om å delta i et forskningsprosjekt blir trukket tilbake.

Alle helseforetakene benytter regionale systemer for behandling av ansattdata. Helseforetakene utreder nå hvordan personvernforordningen i praksis skal forstås med hensyn til krav om retting, sletting mv. Dette er i stor grad felles, uavklarte problemstillinger, som for eksempel behandling av personopplysninger i Public 360° og Outlook. Problemstillingene og prinsipper drøftes blant annet i HR-nettverket for GDPR.

### 4.2.4 Overføring av data

#### Sentralt i denne sammenhengen er:

Helseforetakene har ansvar for personopplysningene de behandler fra opplysningene er innhentet til de er avviklet. Dette innebærer at helseforetakene må ha oversikt over opplysninger som gjøres tilgjengelig for enten databehandlere, samarbeidspartnere eller andre dataansvarlige, for eksempel nasjonale helseregistre eller skatte-direktoratet. Vilkårene for utlevering må være nedfelt i avtale eller lovhjemmel. (Artikler 6-4 og 28.)

Konsernrevisjonen har i kartleggingen lagt vekt på hvorvidt helseforetakene har rutiner for å etablere databehandleravtaler. Kartleggingen omfatter ikke om malene for (under-)databehandler-avtaler er i henhold til kravene i personvernforordningen.

#### Samlet status for foretaksgruppen

Hovedprinsippet er at ansvaret for å etablere databehandleravtale følger av ansvaret for den underliggende avtalen. I forbindelse med gjennomføring av prosjekter skal det i henhold til Prosjektveiviseren vurderes om databehandleravtaler er nødvendig. Endelig innretning på rutine for etablering av databehandleravtaler er under utarbeidelse.

Syv av elleve helseforetak har ennå ikke full oversikt over nødvendige databehandleravtaler.

Maler for databehandleravtaler er stort sett på plass i helseforetakene. En felles regional mal er under utarbeidelse. Mal for underdatabehandler-avtale til bruk i Sykehuspartner er utarbeidet.

#### **4.2.5 Systematisk sletting av data**

##### **Sentralt i denne sammenhengen er:**

Personopplysninger skal behandles for bestemte, uttrykkelige og lovlige formål. Når personopplysningen ikke lenger er nødvendig for formålet skal opplysningene slettes eller anonymiseres. Sletting skal gjøres regelmessig på eget initiativ fra dataansvarlige. Systemene må ha funksjonalitet for sletting. (Artikkel 17–a.)

##### **Samlet status for foretaksgruppen**

Fordi Dips ikke har funksjonalitet for arkivering av personopplysninger kan ikke helseforetakene innfri kravet om regelmessig sletting.


Med unntak av ett helseforetak er det på forskningsområdet etablert rutiner for sletting av personopplysninger etter oppbevaringsperioden er avsluttet.

De regionale fagsystemene for behandling av ansattdata skal tilpasses kravene til regelmessig sletting av personopplysninger. Til dels er funksjonaliteten allerede tilpasset GDPR, til dels er helseforetakene i dialog med leverandørene for å få utviklet nødvendig funksjonalitet, og til dels utredes hvordan kravene til sletting i praksis skal forstås.

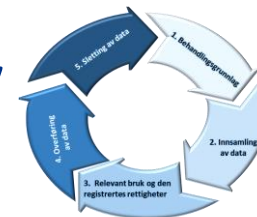


## **Kapittel 5 Status pr helseforetak**

# Status Akershus universitetssykehus


<p>Status på innføring</p>	 <p>Akershus universitetssykehus (Ahus) har startet arbeidet med å tilpasse helseforetakets prosesser og systemer med henblikk på personvernforordningen, og den innledende kartleggingen av gap er ferdigstilt. Enkelte tilpasninger til personvernforordningen er gjennomført. Flere tiltak gjenstår, men konkretisering og gjennomføring i en samlet plan har startet opp. Helseforetakets styringssystem for informasjonssikkerhet vil i løpet av kort tid bli oppdatert i samsvar med forordningen.</p> <p>Ahus' tilpasning til personvernforordningen var i første fase styrt av en arbeidsgruppe nedsatt av viseadministrerende direktør. Arbeidsgruppen har identifisert helseforetakets forpliktelser og gap, og linjen har blitt involvert for å kartlegge rutiner og behovene for oppdatering. Et prosjekt for det videre arbeidet med oppdatering av rutiner, opplæring mv, for å lukke gapene er etablert. Planer for prosjektet blir utarbeidet med prioritert rekkefølge av systemene, der alle systemer skal være kartlagt innen medio 2020. Framdrift og status i tiltaksarbeidet blir rapportert til foretaksledelsen.</p>
<p>Internkontroll</p>	<p><b>Prosesser, systemer og dokumentasjon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Ahus' system for informasjonssikkerhet er en del av foretakets kvalitets- og ledelsessystem.</li> <li>+/- Styringssystemet for informasjonssikkerhet er ikke oppdatert mht. GDPR. Oppdatering vil skje fortløpende etter hvert som de felles regionale tilpasninger til personvernforordningen blir ferdigstilt.</li> <li>+ Ahus har startet med å utarbeide protokoll i Excel for behandling av personopplysninger. Ahus har god oversikt over behandlingene og systemene. Protokollen forvaltes av personvernombudet.</li> <li>+ Ahus har rutine for melding om brudd på informasjonssikkerheten til Datatilsynet. Rutine for underretning av de registrerte er under utarbeidelse.</li> </ul> <p><b>Roller og ansvar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Nødvendige roller og ansvarsforhold i Ahus er etablert mht. kravene til personvern. Rollene er i stor grad operasjonalisert og mye ansvar er lagt til linjeledelsen.</li> <li>+ Personvernombud med eget mandat og informasjonssikkerhetsleder rapporterer begge i stiplet linje til AD. Både personvernombudet og informasjonssikkerhetslederen rapporterer administrativt i sentral stab hos Viseadministrerende direktør.</li> </ul> <p><b>Bevisstgjøring og opplæring</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Personvern inngår i opplæringen av nyansatte, nye ledere og kontorfaglig ansatte (helsesekretærer mv.)</li> <li>+ Personvern inngår i forvaltningskurs for ansatte i stabene og i pakkeforløp for forskning.</li> <li>+/- Systematisk analyse og vurdering av opplæringsbehovet skal gjennomføres som den del Ahus' tilpasning til personopplysningsforordningen.</li> </ul>

# Akershus universitetssykehus – behandling av personopplysninger

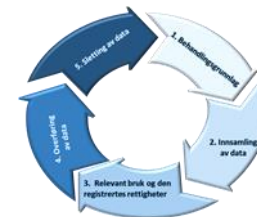


1. Behandlingsgrunnlag	<ul style="list-style-type: none"><li>+/- Ahus har startet å dokumentere rettslig grunnlag og formål for behandling av personopplysninger i protokoll. Protokollen forventes å være ferdigstilt i løpet av 2018.</li></ul>
2. Krav/begrensninger ved innsamling av data	<ul style="list-style-type: none"><li>+/- Nødvendig informasjon om behandling av personopplysninger er tilgjengelig på Ahus' hjemmesider. Informasjonen kan i større grad tilpasses målgruppene – både form og innhold.</li><li>+ I prosessen for anskaffelser er det stilt krav til sikkerhet i behandlingen av personopplysninger.</li><li>+ Rutine for DPIA er utarbeidet og innarbeidet som en del av Ahus' kvalitets- og ledelsessystem.</li></ul>
3. Relevant bruk og de registrertes rettigheter	<ul style="list-style-type: none"><li>+ Det er utarbeidet en rutine for retting, sletting og sperring av personopplysninger i pasientjournal som er en del av Ahus' styrings- og ledelsessystem.</li><li>+ Når samtykke innhentes i forbindelse med forskningsprosjekter blir den registrerte informert om retten til å få slettet personopplysninger.</li></ul>
4. Overføring av data	<ul style="list-style-type: none"><li>+ Ahus har inngått databehandleravtale med SP.</li><li>+ Ahus har utarbeidet mal for databehandleravtaler hvor også bruk av underleverandører er regulert.</li><li>+/- Ahus har ikke ferdigstilt en fullstendig oversikt over databehandleravtaler. Oversikten forventes ferdigstilt i løpet av 2018.</li></ul>
5. Systematisk sletting av data	<ul style="list-style-type: none"><li>+/- Innenfor pasientbehandling har Ahus, på lik linje med andre helseforetak i foretaksgruppen, ikke etablert rutine for systematisk arkivering eller sletting av personopplysninger.</li><li>+ Innenfor forskning har Ahus etablert rutine for sletting av personopplysninger når formålet har opphørt og forskningen validert</li><li>+/- Innenfor HR-området er en rutine for avvikling av personopplysningene under utarbeidelse.</li></ul>

# Status Sykehusapotekene


<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Status på innføring</p>	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p><b>Sykehusapotekene (Apo) har kommet langt i arbeidet med å tilpasse helseforetakets prosesser og systemer med henblikk på personvernforordningen. Kartlegging av tilstand og behov for tiltak er ferdigstilt. Konkretisering og gjennomføring av tiltak pågår og fremkommer av helseforetakets protokoll for behandling av personopplysninger.</b></p> <p>Sykehusapotekenes tilpasning til personvernforordningen har vært styrt av en intern arbeidsgruppe med forankring i foretakets øverste ledelse. Gjennomføringen har involvert alle aktuelle organisasjonsenheter og har vært lagt opp som en prosess i tre steg: (1) Kartlegging av behandling av personopplysninger, (2) vurdering om behandlingen er i samsvar med lovgivning og identifisere eventuelle gap, og (3) utforme tiltak for at Apo's behandling av personopplysninger skal være i samsvar med personvernforordningen. Første og annet steg er gjennomført. Steg tre er delvis gjennomført, men det gjenstår utforming og implementering av tiltak på noen systemer for å lukke gap. I protokollen er har Apo dokumentert gjenstående tiltak med ansvarlig og frister. Gjennomføring og resultater av kartleggingen og tiltaksarbeidet har i hele perioden blitt rapportert til foretakets styre og ledergruppe.</p> </div> </div>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Internt kontroll</p>	<p><b>Systemer, prosesser og dokumentasjon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Apo's system for informasjonssikkerhet er en del av foretakets kvalitets- og ledelsessystem (Socrates).</li> <li>+/- Deler av styringssystemet for informasjonssikkerhet er oppdatert mht. GDPR. Øvrige deler er ikke oppdatert i påvente av felles regionale tilpasninger til personvernforordningen.</li> <li>+ Protokoll for behandling av personopplysninger er utarbeidet. Der fremgår kritikalitet for gapene. Protokollen forvaltes av organisasjonsdirektøren.</li> <li>+/- Rutine for melding om brudd på informasjonssikkerheten til Datatilsynet og underretning til registrerte er utarbeidet og vil bli innarbeidet i Apo's ledelses- og kvalitetssystem i løpet av 2018</li> </ul> <p><b>Roller og ansvar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Nødvendige roller og ansvarsforhold i Apo er dokumentert i en egen rutine mht. kravene til personvern. Rollene er i stor grad operasjonalisert og mye ansvar er lagt til linjeledelsen.</li> <li>+ PVO har et eget mandat og rapporterer direkte til administrerende direktør. Rollen er administrativt lagt til organisasjonsdirektøren.</li> <li>+ Informasjonssikkerhetsleder har eget mandat og rapporterer til it-direktøren.</li> </ul> <p><b>Bevisstgjøring og opplæring</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Opplæring i forordningen for Apo's sentrale ledergruppe og for lederne på de lokale sykehusapotekene</li> <li>+ Opplæringsplan som omfatter alle ansatte. Informasjonsmøter og praktisk veiledning for de lokale sykehusapotekene</li> <li>+ Anskaffet et E-læringsprogram for alle ansatte. Apo har planer å utvikle nye kurs som skal bli tilgjengelig i læringsportalen.</li> </ul>

# Sykehusapotekene – behandling av personopplysninger

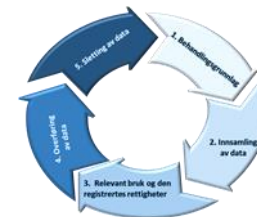


1. Behandlingsgrunnlag	<ul style="list-style-type: none"><li>+ Sykehusapotekenes kartlegging av behandling av personopplysninger er i hovedsak ferdigstilt og det rettslige behandlingsgrunnlaget og formålet er dokumentert i protokoll.</li></ul>
2. Krav/begrensninger ved innsamling av data	<ul style="list-style-type: none"><li>+ Sykehusapotekene informerer ansatte om rett til retting og sletting på intranett. Publikumsdialogen i forbindelse med e-resept håndteres av helsenorge.no.</li><li>+ I prosessen for anskaffelser er det stilt krav til sikkerhet i behandlingen av personopplysninger.</li><li>+/- Svakheter og gap i systemporteføljen kartlagt og vurdert, og risiko er kjent for foretakets ledelse. Noen gap gjenstår å lukke.</li><li>+/- Rutine for DPIA er utarbeidet og implementert. DPIA mangler for noen systemer.</li></ul>
3. Relevant bruk og de registrertes rettigheter	<ul style="list-style-type: none"><li>+ Sykehusapotekene har etablert rutine for retting, sletting og sperring av personopplysninger som er en del av helseforetakets kvalitets- og ledelsessystem.</li></ul>
4. Overføring av data	<ul style="list-style-type: none"><li>+ Sykehusapotekene har inngått databehandleravtale med SP.</li><li>+ Sykehusapotekene har utarbeidet mal for databehandleravtaler hvor også bruk av underleverandører er regulert</li><li>+/- Sykehusapotekene har oversikt over nødvendige databehandleravtaler. Etablering av noen avtaler gjenstår.</li></ul>
5. Systematisk sletting av data	<ul style="list-style-type: none"><li>+ Sykehusapotekene har implementert rutiner for systematisk sletting av personopplysninger når formålet har opphørt. I FarmaPro-systemet som skal utfases, kan ikke personopplysninger slettes. Kompenserende tiltak er etablert basert på vurdering av risiko.</li></ul>

# Status Oslo universitetssykehus


<p>Status på innføring</p>	 <p>Oslo universitetssykehus (OUS) har kartlagt tilstanden og vurdert mangler og avvik med hensyn personvernforordningen. En rekke tiltak er gjennomført og en tiltaksplan med forbedringsbehov og oppfølging av personvernforordningen er utarbeidet og styrebehandlet. Helseforetakets styringssystem for informasjonssikkerhet vil i løpet av kort tid bli oppdatert i samsvar med forordningen.</p> <p>OUS har siden 2015 arbeidet med forberedelser til den nye personvernforordningen. Arbeidet ble tidlig i 2018 forsterket med en arbeidsgruppe som har kartlagt ytterligere behov for tiltak. En mer detaljert tiltaksplan med frister er under utarbeidelse, men ikke helt ferdigstilt ultimo oktober 2018. Arbeidet er i stor grad organisert som en linjeaktivitet med involvering av klinikkene. Framdrift i tiltaksarbeidet blir rapportert til foretaksledelsen og styret.</p>
<p>Internkontroll</p>	<p><b>Prosesser, systemer og dokumentasjon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ OUS' system for informasjonssikkerhet er en del av foretakets kvalitets- og ledelsessystem.</li> <li>+/- Deler av styringssystemet for informasjonssikkerhet er oppdatert mht. GDPR. Øvrige deler er ikke oppdatert i påvente av felles regionale tilpasninger til personvernforordningen.</li> <li>+ OUS har i hovedsak oversikt over behandlingene og systemene. Protokoll for behandling av personopplysninger er utarbeidet i systemløsningen eReg. Protokollen er planlagt overført til løsningen Medinsight i desember. Protokollen forvaltes av personvernombudet.</li> <li>+ Rutine for melding om brudd på informasjonssikkerheten til Datatilsynet og underretning til registrerte er innarbeidet i OUS' avvikssystem Achilles.</li> </ul> <p><b>Roller og ansvar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Nødvendige roller og ansvarsforhold i OUS er dokumentert i en egen rutine mht. kravene til personvern. Rollene er i stor grad operasjonalisert og mye ansvar er lagt til linjeledelsen.</li> <li>+ Personvernombudet har et eget mandat og rapporterer direkte til administrerende direktør.</li> <li>+ Rollene som personvernombud og informasjonssikkerhetsleder har separate mandater, men er lagt til samme person. Personvernombud/informasjonssikkerhetsleder rapporterer administrativt i sentral stab "Fag, pasientsikkerhet og samhandling" (nivå 3).</li> </ul> <p><b>Bevisstgjøring og opplæring</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Alle ansatte må delta i OUS' egenutviklede personvernkurs (PIIP) som e-læring hvert år. Helseforetaket følger opp hvor mange som deltar i kurset. Alle som skal delta i forskning må i tillegg årlig ta et supplerende e-læringskurs (PIFF). Minimum må eksamensdelen bestås årlig for å kunne behandle personopplysninger i forskning.</li> <li>+ Alle ansatte skal gjøre seg kjent med sikkerhetsinstruksen, der de også blir orientert om at aktivitet på it-systemene logges.</li> <li>+ Kurs, foredrag mv. med informasjon om personvern gjennomføres på forespørsel fra klinikkene.</li> </ul>

# Oslo universitetssykehus – behandling av personopplysninger



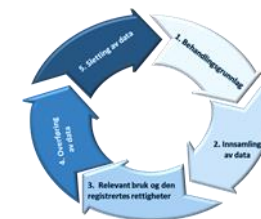
1. Behandlingsgrunnlag	<ul style="list-style-type: none"><li>+ OUS' kartlegging av behandling av personopplysninger er i stor grad ferdigstilt og det rettslige behandlingsgrunnlaget og formålet er dokumentert i protokoll.</li></ul>
2. Krav/begrensninger ved innsamling av data	<ul style="list-style-type: none"><li>+ Nødvendig informasjon om behandling av personopplysninger er tilgjengelig på OUS' hjemmesider. OUS informerer om rett til retting og sletting.</li><li>+ I prosessen for anskaffelser er det stilt krav til sikkerhet i behandlingen av personopplysninger.</li><li>+ OUS har etablert et rammeverk for innebygd personvern. Alle egenutviklede systemer ved OUS er gjennomgått mht. innebygd personvern. Det er laget en plan for hvilke systemer som skal henholdsvis videreføres, overføres til egnede systemer eller utfases.</li><li>+/- Mangler og gap i systemporteføljen er kartlagt. Risikovurdering og prioritering av manglene gjenstår og blant annet skal en kartlegging av systemleverandørenes utviklingsplaner for innbygget personvern gjennomføres.</li><li>+ Ansvar for at DPIA blir gjennomført er plassert. Mal fra Direktoratet for e-helse benyttes og arbeid med å forbedre rutine pågår.</li></ul>
3. Relevant bruk og de registrertes rettigheter	<ul style="list-style-type: none"><li>+ Det er utarbeidet en rutine for retting, sletting og sperring av personopplysninger i pasientjournal som er en del av OUS' styrings- og ledelsessystem.</li><li>+ Når samtykke innhentes i forbindelse med forskningsprosjekter blir den registrerte informert om retten til å få slettet personopplysninger.</li></ul>
4. Overføring av data	<ul style="list-style-type: none"><li>+ OUS har inngått databehandleravtale med SP.</li><li>+ OUS har utarbeidet mal for databehandleravtaler hvor også bruk av underleverandører er regulert.</li><li>+ OUS har oversikt over nødvendige databehandleravtaler.</li></ul>
5. Systematisk sletting av data	<ul style="list-style-type: none"><li>+/- Innenfor pasientbehandling har OUS på lik linje med andre helseforetak i foretaksgruppen, ikke etablert rutine for systematisk arkivering eller sletting av personopplysninger.</li><li>+ Innenfor forskning har OUS etablert rutine for sletting av personopplysninger når formålet har opphørt og forskningen validert.</li><li>+/- HR-området er kartlagt. Utestående vedrørende systematisk sletting og behov for tiltak er definert. Realisering av tiltakene gjenstår.</li></ul>

# Status Sykehuset Innlandet

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Status på innføring</p>	 <p>Sykehuset Innlandet (SI) har startet arbeidet med å tilpasse helseforetakets prosesser og systemer med henblikk på personvernforordningen. Den innledende kartleggingen av behandlingsrettede registre pågår, mens på forsknings- og HR-områdene er den sluttført. Noen tilpasninger til forordningen allerede gjennomført, men oppdatering av helseforetakets styringssystem for informasjonssikkerhet er ikke gjennomført ennå. Nødvendig dokumentasjon er ikke ferdigstilt, for eksempel protokoll.</p> <p>Sykehuset Innlandets tilpasning til personvernforordningen er styrt av en arbeidsgruppe i sentral stab nedsatt av administrerende direktør. I henhold til arbeidsgruppens mandat skal helseforetakets forpliktelser og gap identifiseres innen utløpet av 2018. Det er ikke utarbeidet en framdriftsplan for kommende tiltak. Klinikkerne har foreløpig ikke blitt involvert for oppdatering av rutiner mv. Siden mange omfattende oppgaver, spesielt i tilknytning til de behandlingsrettede registrene, er lagt til en og samme person, kan manglende gjennomføringskapasitet være en risiko. Framdrift og status i tiltaksarbeidet blir månedlig muntlig rapportert til administrerende direktør.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Internkontroll</p>	<p><b>Prosesser, systemer og dokumentasjon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Sykehuset Innlandets system for informasjonssikkerhet er planlagt å være en del av foretakets kvalitets- og ledelsessystem.</li> <li>+/- Styringssystemet for informasjonssikkerhet er ikke oppdatert mht. GDPR. Oppdatering vil skje når de felles regionale tilpasningene til personvernforordningen er ferdigstilt.</li> <li>+ Protokoll for behandling av personopplysninger utarbeides i ulike systemer i en egenutviklet database og i en modul i kvalitets- og ledelsessystemet.</li> <li>+/- Protokollen er fullstendig på forskning- og HR-områdene. Øvrig protokoll er i arbeid og datamodellen er ikke endelig avklart. Protokollen skal forvaltes av personvernombudet.</li> <li>+/- Personvernombud har ansvar for å gi melding om brudd på informasjonssikkerheten til Datatilsynet. PVO er også ansvarlig for at de registrerte blir underrettet. Rutine for melding om brudd er under utarbeidelse.</li> </ul> <p><b>Roller og ansvar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+/- Nødvendige roller og ansvarsforhold er i stor grad ivaretatt, men det gjenstår fortsatt å få etablert rollene fullt ut mht. kravene til personvern og til den regionale prosedyren organisering av informasjonssikkerhetsarbeidet.</li> <li>+ Personvernombudet skal administrativt plasseres hos viseadministrerende direktør etter den pågående omorganiseringen og skal rapportere i stiptet linje til AD. Ombudets mandat skal dokumenteres i ledelses- og kvalitetssystemet.</li> </ul> <p><b>Bevisstgjøring og opplæring</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Tilbud om frivillig e-læringskurs PIIP. Opplæring i og foredrag om personvern på ledersamlinger og i avdelinger.</li> <li>+/- Ingen tilrettelegging for at ledere skal kunne ivareta sitt ansvar for å gi nødvendig opplæring i personvern.</li> <li>+/- Ingen øvrig obligatorisk opplæring for ansatte mht. personvern.</li> </ul>




# Sykehuset Innlandet – behandling av personopplysninger

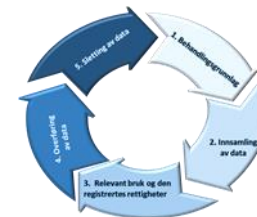


1. Behandlingsgrunnlag	<ul style="list-style-type: none"> <li>÷ SI planlegger for at rettslig grunnlag for behandling av personopplysninger skal dokumenteres i protokoll. Kartlegging av helseforetakets systemportefølje er ikke ferdigstilt og behandlingsgrunnlaget er derfor ikke dokumentert i sin helhet på alle områder.</li> </ul>
2. Krav/begrensninger ved innsamling av data	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ ÷ Nødvendig informasjon om behandling av personopplysninger er tilgjengelig på Sykehuset Innlandets hjemmesider. Informasjonen kan i større grad tilpasses målgruppene – både form og innhold.</li> <li>÷ SI har ingen fast rutine for at de regionale ikt-sikkerhetskravene blir satt som betingelse ved lokale anskaffelser og/eller at informasjonssikkerhetsleder blir involvert.</li> <li>÷/+ Det er ikke utarbeidet en formalisert rutine for når og hvordan vurdering av personvernkonsekvenser (DPIA) skal gjennomføres, med unntak av forskningsområdet.</li> </ul>
3. Relevant bruk og de registrertes rettigheter	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ ÷ SI har en rutine for retting, sletting og sperring av personopplysninger i pasientjournal, men den skal oppdateres i kvalitets- og ledelsessystemet.</li> <li>+ Det er utarbeidet en rutine for sletting av personopplysninger i forbindelse med forskningsprosjekter som en del av SIs kvalitets- og ledelsessystem.</li> <li>+ ÷ Rutiner for å håndtere krav om retting og sletting av ansattdata skal utarbeides.</li> </ul>
4. Overføring av data	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Sykehuset Innlandet har inngått databehandleravtale med Sykehuspartner.</li> <li>+ Sykehuset Innlandet har utarbeidet mal for databehandleravtaler hvor også bruk av underleverandører er regulert.</li> <li>÷ Sykehuset Innlandet har ikke full oversikt over nødvendige databehandleravtaler. Kartlegging og etablering av databehandleravtaler pågår.</li> </ul>
5. Systematisk sletting av data	<ul style="list-style-type: none"> <li>÷ Innenfor pasientbehandling har SI, på lik linje med andre helseforetak i foretaksgruppen, ikke etablert rutine for systematisk arkivering eller sletting av personopplysninger.</li> <li>+ Innenfor forskning har SI etablert en rutine for sletting av personopplysninger når formålet har opphørt og forskningen validert.</li> <li>÷ Innenfor HR-området er en rutine for avvikling av personopplysningene under utarbeidelse. Forutsetningene for systematisk sletting av ansattdata er uavklart i helseforetakene og diskuteres i regionens felles GDPR-forum på HR-området</li> </ul>

# Status Sykehuset i Vestfold

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Status på innføring</p>	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p><b>Sykehuset i Vestfold (SiV) har startet arbeidet med å kartlegge og tilpasse helseforetakets prosesser og systemer med henblikk på personvernforordningen, men den innledende kartleggingen er ikke ferdigstilt. Likevel er noen tilpasninger til forordningen allerede gjennomført. Helseforetakets styringssystem for informasjonssikkerhet vil bli oppdatert i samsvar med forordningen. Nødvendig dokumentasjon er ikke ferdigstilt, for eksempel protokoll.</b></p> <p>Sykehuset i Vestfolds tilpasning til personvernforordningen er ikke organisert som et oppdrag med en tydelig foretaksovergripende plan. Med forankring i ledelsen har likevel de sentrale funksjonene PVO og informasjonssikkerhetsleder og øvrig stabsledelse startet å identifisert helseforetakets forpliktelser og gap, og oppdatere rutiner mv. Fremdriften er varierende mellom de ulike stabsområdene. Hverken kartleggingen eller øvrige tilpasninger har noen gjeldende framdriftsplan og sluttdato. Framdrift og status i tiltaksarbeidet blir rapportert til foretaksledelsen.</p> </div> </div>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Internkontroll</p>	<div style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px;"> <p><b>Prossesser, systemer og dokumentasjon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Sykehuset i Vestfolds system for informasjonssikkerhet er en del av foretakets kvalitets- og ledessystem.</li> <li>+/- Styringssystemet for informasjonssikkerhet er ikke oppdatert mht. GDPR. Oppdatering vil skje når de felles regionale tilpasningene til personvernforordningen er ferdigstilt.</li> <li>+ Protokoll for behandling av personopplysninger er nå i ulike Excel-dokumenter, men er planlagt overført til en samlet Sharepoint-løsning.</li> <li>+/- Protokollen er ufullstendig med hensyn til informasjon om systemene. Protokollen skal forvaltes av personvernombudet, men øvrig forvaltning er ikke endelig avklart.</li> <li>+ PVO har ansvar for å gi melding om brudd på personvernet til Datatilsynet. PVO er også ansvarlig for at de registrerte blir underrettet.</li> </ul> </div> <div style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p><b>Roller og ansvar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+/- Nødvendige roller og ansvarsforhold er i stor grad ivaretatt, men det gjenstår fortsatt noe for å få etablert rollene fullt ut mht. kravene til personvern og til prosedyren "Organisering av informasjonssikkerhetsarbeidet" i det felles regionale styringssystemet for informasjonssikkerhet.</li> <li>+/- Personvernombudet har direkte rapporteringslinje til administrerende direktør. Ombudets oppgaver er ikke tilstrekkelig dokumentert i ledelses- og kvalitetssystemet.</li> <li>+ Både personvernombudet og informasjonssikkerhetsleder skal administrativt plasseres i avdeling Sikkerhet og beredskap (nivå 2).</li> </ul> </div> <div style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p><b>Bevisstgjøring og opplæring</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Opplæring i personvern på fagdager i klinikkene. Det er egen informasjonsside om personvern på intranett.</li> <li>+ En helhetlig kommunikasjonsplan om personvern er under utarbeidelse.</li> <li>+/- Opplæring i personvern er obligatorisk for nyansatte, men ikke for de øvrige ansatte.</li> </ul> </div>

# Sykehuset i Vestfold – behandling av personopplysninger

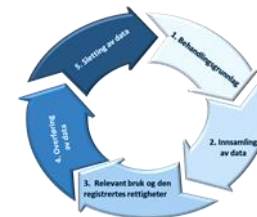


1. Behandlingsgrunnlag	<ul style="list-style-type: none"><li>÷ SIV planlegger for at rettslig grunnlag for behandling av personopplysninger skal dokumenteres i protokoll. Kartlegging av helseforetakets systemer med personopplysninger er ikke ferdigstilt og behandlingsgrunnlaget er derfor ikke dokumentert i sin helhet på alle områder.</li></ul>
2. Krav/begrensninger ved innsamling av data	<ul style="list-style-type: none"><li>+ ÷ Nødvendig informasjon om behandling av personopplysninger er tilgjengelig på SiVs hjemmesider. SIV bearbeider nå informasjonen for å tilpasse den til målgruppene.</li><li>÷ SIV har ingen fast rutine for at de regionale ikt-sikkerhetskravene blir satt som betingelse ved lokale anskaffelser og/eller at informasjonssikkerhetsleder blir involvert.</li><li>÷ Det er ikke utarbeidet en formalisert rutine for når og hvordan vurdering av personvernkonsekvenser (DPIA) skal gjennomføres.</li></ul>
3. Relevant bruk og de registrertes rettigheter	<ul style="list-style-type: none"><li>+ SIV har en rutine for retting, sletting og sperring av personopplysninger i pasientjournal , men den skal oppdateres i kvalitets- og ledelsessystemet.</li><li>+ Det er utarbeidet en rutine for sletting av personopplysninger i forbindelse med forskningsprosjekter som en del av SiVs kvalitets- og ledelsessystem.</li><li>÷ Rutiner for å håndtere krav om retting og sletting av ansattdata skal utarbeides.</li></ul>
4. Overføring av data	<ul style="list-style-type: none"><li>+ Sykehuset i Vestfold har inngått databehandleravtale med Sykehuspartner HF.</li><li>+ Sykehuset i Vestfold har utarbeidet mal for databehandleravtaler hvor også bruk av underleverandører er regulert.</li><li>÷ Sykehuset i Vestfold har ikke full oversikt over nødvendige databehandleravtaler. Kartlegging og etablering av databehandleravtaler pågår.</li></ul>
5. Systematisk sletting av data	<ul style="list-style-type: none"><li>÷ Innenfor pasientbehandling har SiV, på lik linje med andre helseforetak i foretaksgruppen, ikke etablert rutine på alle systemer for systematisk arkivering eller sletting av personopplysninger i tråd med personvernforordningens prinsipp om dataminimering.</li><li>+ Innenfor forskning har SiV etablert en rutine for sletting av personopplysninger når formålet har opphørt og forskningen validert.</li><li>÷ Innenfor HR-området er en rutine for avvikling av personopplysningene under utarbeidelse. Forutsetningene for systematisk sletting av ansattdata er uavklart i helseforetakene og diskuteres i regionens felles GDPR-forum på HR-området.</li></ul>

# Status Sykehuspartner


<p>Status på innføring</p>	 <p>Sykehuspartner (SP) som dataansvarlig for ansattdata (blå pil i figuren) har gjennomført kartlegging og identifisert gapene mht. personvernforordningen, og utarbeider nå en tiltaksplan for gjenstående områder.</p> <p>SP som databehandler (svart pil) har startet arbeidet med å tilpasse helseforetakets systemer med henblikk på personvernforordningen. Den overordnede kartleggingen av gap er ferdigstilt. Flere tilpasninger til personvernforordningen er gjennomført. Flere tiltak gjenstår, men konkretisering og gjennomføring har startet opp. Oppdatering av helseforetakets styringssystem for informasjonssikkerhet pågår.</p> <p>Sykehuspartners tilpasning til personvernforordningen har vært organisert gjennom et virksomhetsovergrepene prosjekt hvor forpliktelser som både dataansvarlig og som databehandler har inngått. Prosjektet har overlevert resultater til virksomhetsområdene og prosjektet er videreført med et fornyet mandat for ytterligere å støtte virksomhetsområdene. Virksomhetsområdene har fått et tydeliggjort ansvar for å definere og iverksette tiltak. Framdrift og status i tiltaksarbeidet rapporteres regelmessig til foretaksledelsen.</p>
<p>Internkontroll</p>	<p><b>Prosesser, systemer og dokumentasjon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ SPs styringssystem for informasjonssikkerhet er en del av foretakets kvalitets- og ledelsessystem.</li> <li>÷ SP har ikke ferdigstilt styringssystemet mht. GDPR. SP har i større grad enn de øvrige helseforetakene et behov for å tilpasse dokumenter fra det regionale styringssystemet for informasjonssikkerhet til rollen som felles databehandler.</li> <li>+ / ÷ Som databehandler har Sykehuspartner utarbeidet en protokoll i Sharepoint for behandling av personopplysninger. Prosessen med å kartlegge og registrere data til protokollen pågår.</li> <li>÷ / + Som dataansvarlig er ikke verktøy for og forvaltning av protokollen endelig avklart. Datagrunnlaget til protokollen er ferdigstilt.</li> <li>+ Rutine for melding om brudd på informasjonssikkerheten til Datatilsynet og helseforetakene i tillegg til underretning til registrerte er innarbeidet i SPs avvikssystem.</li> </ul> <p><b>Roller og ansvar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ I SP som dataansvarlig ligger det interne ansvaret for ansattdata hos HR-direktøren.</li> <li>+ Som databehandler er det overordnede ansvaret for GDPR lagt til AD og utførelse er delegert til ulike direktører for virksomhetsområdene.</li> <li>+ PVO og informasjonssikkerhetsleder rapporterer begge i stiplede linje direkte til AD. Ombudet og sikkerhetsleder rapporterer direkte i faste møter eller ved behov. PVO er administrativt plassert under informasjonssikkerhetsleder som er avdelingsleder på nivå 3.</li> </ul> <p><b>Bevisstgjøring og opplæring</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ SP har obligatoriske e-læringskurs om personvern og informasjonssikkerhet for alle ansatte og innleide ressurser som skal tas årlig.</li> <li>+ SP har tilrettelagte presentasjoner for ledergrupper og aktuelle avdelinger.</li> <li>+ Informasjonssikkerhet og personvern inngår i nyansattkurs. Det tilbys kurs for leverandører i GDPR.</li> <li>+ HR-avdelingen legger planer for ytterligere bevisstgjøring og opplæring i tilpasninger til forordningen for ansatte i SP.</li> </ul>

# Sykehuspartner – behandling av personopplysninger

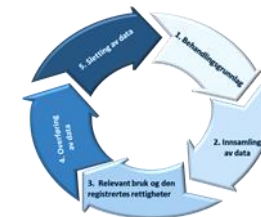


1. Behandlingsgrunnlag	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ SP har dokumentert rettslig grunnlag og formål for behandling av personopplysninger som en del av kartleggingen av ansattdata. Behandlingsgrunnlaget skal dokumenteres i protokollen.</li> </ul>
2. Krav/begrensninger ved innsamling av data	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Personvernerklæring for ansatte er tilgjengelig på SPs intranett og inneholder nødvendig informasjon om behandling av personopplysninger.</li> <li>+ I prosessen for anskaffelser er det stilt krav til sikkerhet i behandlingen av personopplysninger. Prosjektveiviseren er oppdatert med henblikk på innebygd personvern og informasjonssikkerhet for at utviklingsprosjektene skal være tråd med kravene i GDPR.</li> <li>+/- Det er ikke utarbeidet en formalisert rutine for når og hvordan vurdering av personvernkonsekvenser (DPIA) skal gjennomføres.</li> </ul>
3. Relevant bruk og de registrertes rettigheter	<ul style="list-style-type: none"> <li>+/- SP informerer de ansatte om muligheten for retting og sletting personopplysninger. Rutiner for å håndtere krav om retting og sletting skal utarbeides. SPs kartlegging har vist at det mangler funksjonalitet for å etterkomme krav om retting og sletting av ansattdata i flere regionale hr-systemer. Dette er en problemstilling som gjelder alle helseforetakene i foretaksgruppen.</li> </ul>
4. Overføring av data	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Databehandler – mal til bruk mot helseforetakene er ferdig utarbeidet. SP har inngått databehandleravtale med alle helseforetakene i foretaksgruppen.</li> <li>+ Mal for datahandleravtaler med underleverandører er utarbeidet på norsk og engelsk. Internt i SP har VO Plan og styring fått ansvar for å styre prosessen for å etablere databehandleravtale med underleverdørene.</li> <li>+/- SP kartlegger nødvendige underleverandørdatabehandleravtaler samtidig med at arbeid pågår med å etablere avtaler der det mangler.</li> </ul>
5. Systematisk sletting av data	<ul style="list-style-type: none"> <li>+/- Innenfor HR-området er en rutine for avvikling av personopplysningene under utarbeidelse. Forutsetningene for systematisk sletting av ansattdata er uavklart i helseforetakene og diskuteres i regionens felles GDPR-forum på HR-området.</li> </ul>

# Status Sørlandet sykehus


<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Status på innføring</p>	 <p>Sørlandet sykehus har startet arbeidet med å kartlegge og tilpasse helseforetakets prosesser og systemer med henblikk på personvernforordningen, men den innledende kartleggingen er ikke ferdigstilt. Likevel er en noen tilpasninger til forordningen allerede gjennomført, men oppdatering av helseforetakets styringssystem for informasjonssikkerhet er ikke gjennomført ennå. Nødvendig dokumentasjon er i liten grad ferdigstilt, for eksempel protokoll.</p> <p>Sørlandet sykehus' tilpasning til personvernforordningen er ikke organisert som et oppdrag med en tydelig foretaksovergrepende plan. Men med forankring i ledelsen har de sentrale funksjonene PVO og informasjonssikkerhetsleder startet å identifisert helseforetakets forpliktelser og gap, og oppdatere rutiner mv. En del tilsvarende aktiviteter er også gjennomført i klinikkene. Kartleggingen var planlagt sluttført i løpet av 2018, men ferdigstillelsen er nå utsatt uten at sluttdato fastsatt. Framdrift og status i tiltaksarbeidet blir rapportert til foretaksledelsen.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Internkontroll</p>	<p><b>Prosesser, systemer og dokumentasjon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Sørlandet sykehus' system for informasjonssikkerhet er planlagt å være en del av foretakets kvalitets- og ledelsessystem.</li> <li>÷ Styringssystemet for informasjonssikkerhet er ikke oppdatert i påvente av felles regionale tilpasninger til personvernforordningen.</li> <li>+ Protokoll for behandling av personopplysninger er utarbeidet som en Sharepoint-løsning.</li> <li>÷ Protokollen er ufullstendig med hensyn til informasjon om systemene. Protokollen skal forvaltes av personvernombudet, men øvrig forvaltning er ikke endelig avklart.</li> <li>+ / ÷ PVO har ansvar for å gi melding om brudd på informasjonssikkerheten til Datatilsynet. Det er system for å melde internt brudd på informasjonssikkerhet, men ingen fast rutine for å informere PVO. Det er ikke en dokumentert rutine for underretning av de registrerte.</li> </ul> <p><b>Roller og ansvar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>÷ Nødvendige roller og ansvarsforhold gjenstår fortsatt å få etablert mht. kravene til personvern og til den regionale prosedyren for organisering av informasjonssikkerhetsarbeidet.</li> <li>÷ Personvernombudet har ikke direkte rapporteringslinje til AD. Ombudets oppgaver er ikke dokumentert i ledelses- og kvalitetssystemet.</li> <li>+ / ÷ Personvernombudet og informasjonssikkerhetsleder rapporterer administrativt i henholdsvis enhet HR-seksjonen og enhet E-helse (begge nivå 3).</li> </ul> <p><b>Bevisstgjøring og opplæring</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Personvern inngår i opplæringen av nye ledere. Opplæring i personvern på ledersamlinger og i avdelinger. Informasjon om personvern på intranett.</li> <li>÷ Ingen obligatorisk opplæring for nyansatte eller andre ansatte med hensyn til personvern.</li> </ul>

# Sørlandet sykehus – behandling av personopplysninger



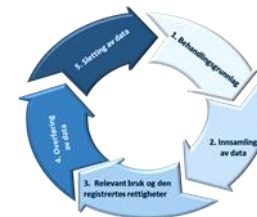
1. Behandlingsgrunnlag	<ul style="list-style-type: none"> <li>÷ Sørlandet sykehus planlegger for at rettslig grunnlag for behandling av personopplysninger skal dokumenteres i protokoll. Kartlegging av helseforetakets systemportefølje er ikke ferdigstilt og behandlingsgrunnlaget er derfor ikke dokumentert i sin helhet.</li> </ul>
2. Krav/begrensninger ved innsamling av data	<ul style="list-style-type: none"> <li>÷/+ Informasjon om behandling av personopplysninger som er tilgjengelig på Sørlandet sykehus' hjemmesider, er ikke oppdatert. Informasjonen kan i større grad tilpasses målgruppene – både form og innhold. Oppdatert informasjon er sendt til hver enkelt ansatt.</li> <li>÷ Ingen fast rutine at de regionale ikt-sikkerhetskravene blir satt som betingelse og/eller at informasjonssikkerhetsleder blir involvert ved lokale anskaffelser.</li> <li>÷ Det er ikke utarbeidet en rutine for når og hvordan vurdering av personvernkonsekvenser (DPIA) skal gjennomføres.</li> </ul>
3. Relevant bruk og de registrertes rettigheter	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Det er utarbeidet en rutine for retting, sletting og sperring av personopplysninger i pasientjournal som er en del av Sørlandet sykehus kvalitets- og ledelsessystem.</li> </ul>
4. Overføring av data	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Sørlandet sykehus har inngått databehandleravtale med Sørlandets sykehus.</li> <li>+ Sørlandet sykehus har utarbeidet mal for databehandleravtaler hvor også bruk av underleverandører er regulert.</li> <li>÷ Sørlandet sykehus har ikke full oversikt over nødvendige databehandleravtaler. Kartlegging og etablering av databehandleravtaler pågår.</li> </ul>
5. Systematisk sletting av data	<ul style="list-style-type: none"> <li>÷ Innenfor pasientbehandling har Sørlandet sykehus i likhet med andre helseforetak ikke etablert rutine for systematisk arkivering eller sletting av personopplysninger</li> <li>+ Innenfor forskning har Sørlandet sykehus etablert en rutine for sletting av personopplysninger når formålet har opphørt og forskningen validert</li> <li>÷ Det er ingen samlet oversikt over kvalitetsregistre, og systematiske sletterutiner er ikke etablert</li> <li>÷ Sørlandet sykehus har ingen faste sletterutiner for HR-data.</li> </ul>

# Status Sykehuset Telemark

<p>Status på innføring</p>	 <p>Sykehuset Telemark har startet arbeidet med å tilpasse helseforetakets prosesser og systemer med henblikk på personvernforordningen, men den innledende kartleggingen av gap er ikke ferdigstilt. Likevel er en del tilpasninger til forordningen allerede gjennomført og helseforetakets styringssystem for informasjonssikkerhet vil i løpet av kort tid bli oppdatert i samsvar med forordningen. Nødvendig dokumentasjon er ikke ferdigstilt, for eksempel protokoll.</p> <p>Sykehuset Telemark har planlagt å innarbeide personvernforordningen som et prosjekt med mandat fra helseforetakets ledergruppe. Gjennomføringen involverer klinikkene og alle enhetene i sentral stab. Den innledende kartleggingen som skal gi grunnlag for planlegging av videre arbeid er ferdigstilt på HR-området. Øvrige områder er forsinket. Det er nå planlagt å utarbeide en oversikt med status over nødvendige tilpasninger pr. 31. desember 2018. Uavhengig av forsinkelsene i prosjektet har helseforetaket likevel gjennomført ulike tilpasninger til forordningen, men uten en samlet og koordinert styring og plan.</p>
<p>Internkontroll</p>	<p><b>Prosesser, systemer og dokumentasjon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ STs styringssystem for informasjonssikkerhet er en del av helseforetakets kvalitets- og ledelsessystem (Heliks).</li> <li>÷ Styringssystemet for informasjonssikkerhet er ikke oppdatert i påvente av felles regionale tilpasninger til personvernforordningen.</li> <li>÷ Protokoll for behandlingsaktiviteter er ikke ferdigstilt.</li> <li>+ / ÷ Rutine for melding om brudd på informasjonssikkerheten til Datatilsynet er utarbeidet og klar til implementering. Rutine for underretning av registrerte ikke er utarbeidet.</li> </ul> <p><b>Roller og ansvar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Nødvendige roller og ansvar for personvern i ST er dokumentert i en egen rutine. Rollene er i stor grad operasjonalisert, mye ansvar er lagt til linjeledelsen. Det gjenstår noe oppdatering av fullmaktsprosedyren.</li> <li>+ Personvernombudet har et eget mandat og rapporterer direkte til administrerende direktør.</li> <li>÷ Rollen som personvernombud er lagt til informasjonssikkerhetsleder som rapporterer til leder for Teknologi og eHelse på nivå 3. Rollekombinasjonen av personvernombud og informasjonssikkerhetsleder er vurdert som akseptabel av administrerende direktør.</li> </ul> <p><b>Bevisstgjøring og opplæring</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ For nyansatte inngår personvern i obligatorisk klasseromsundervisning og e-læringskurs. Det er tilbud om frivillig e-læringskurs til øvrige ansatte.</li> <li>+ / ÷ Ingen øvrig obligatorisk opplæring, men kurs, foredrag mv. med informasjon om personvern gjennomføres på forespørsel fra klinikkene.</li> </ul>




# Sykehuset Telemark – behandling av personopplysninger



1. Behandlingsgrunnlag	<ul style="list-style-type: none"><li>÷ ST planlegger for at rettslig grunnlag og formål for behandling av personopplysninger skal dokumenteres i protokoll. Kartlegging av helseforetakets systemportefølje er ikke ferdigstilt og behandlingsgrunnlaget er derfor ikke dokumentert i sin helhet.</li></ul>
2. Krav/begrensninger ved innsamling av data	<ul style="list-style-type: none"><li>+/- Nødvendig informasjon om behandling av personopplysninger er tilgjengelig på VVs hjemmesider. Informasjonen kan i større grad tilpasses målgruppene – både form og innhold.</li><li>+ I prosessen for anskaffelser er det stilt krav til sikkerhet i behandlingen av personopplysninger.</li><li>÷ Svakheter ved innsamlingen er ikke identifisert og vurdert da porteføljen ikke fullt ut er kartlagt. Dette medfører at risikoen ved mangler i systemene ikke er kjent.</li><li>+/- Rutine for DPIA er utarbeidet, men ikke innarbeidet som en del av STs kvalitets- og ledelsessystem.</li></ul>
3. Relevant bruk og de registrertes rettigheter	<ul style="list-style-type: none"><li>+ Det er utarbeidet en rutine for retting, sletting og sperring av personopplysninger i pasientjournal som er en del av STs kvalitets- og ledelsessystem.</li></ul>
4. Overføring av data	<ul style="list-style-type: none"><li>+ ST har inngått databehandleravtale med SP.</li><li>+ ST har utarbeidet mal for databehandleravtaler hvor også bruk av underleverandører er regulert</li><li>÷ ST har ikke ferdigstilt en fullstendig oversikt over databehandleravtaler. Dette gir risiko for at ikke alle nødvendige avtaler er inngått.</li></ul>
5. Systematisk sletting av data	<ul style="list-style-type: none"><li>÷ Innenfor pasientbehandling har ST ikke etablert rutine for systematisk arkivering eller sletting av personopplysninger</li><li>+ Innenfor forskning har ST etablert rutine for sletting av personopplysninger når formålet har opphørt og forskningen validert</li><li>+/- Innenfor HR-området er personopplysningene kartlagt og områder med behov for rutinemessig avvikling av data er identifisert. Rutiner er ennå ikke utarbeidet.</li></ul>

# Status Sunnaas sykehus


<p>Status på innføring</p>	 <p>Sunnaas sykehus (SUN) har startet arbeidet med å tilpasse helseforetakets prosesser og systemer med henblikk på personvernforordningen, og nødvendige endringer er dokumentert. Noen tilpasninger til personvernforordningen er gjennomført. Flere tiltak gjenstår og ansvar er fordelt, men ingen samlet plan for framdrift er utarbeidet. Helseforetakets styringssystem for informasjonssikkerhet vil i løpet av kort tid bli oppdatert i samsvar med forordningen.</p> <p>SUNs tilpasning til personvernforordningen har vært organisert i en arbeidsgruppe nedsatt av foretaksledelsen. Arbeidsgruppen har identifisert helseforetakets forpliktelser og gap, og linjen har blitt involvert for å oppdatere rutiner mv. Oppdatering av rutiner forventes gjennomført i løpet av 2018, men siden mange tiltak er lagt til en og samme person kan manglende gjennomføringskapasitet være en risiko. Framdrift og status i tiltaksarbeidet blir rapportert til foretaksledelsen og styret.</p>
<p>Internkontroll</p>	<p><b>Prosesser, systemer og dokumentasjon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ SUNs system for informasjonssikkerhet er en del av foretakets kvalitets- og ledelsessystem.</li> <li>÷ Styringssystemet for informasjonssikkerhet er ikke oppdatert i påvente av felles regionale tilpasninger til personvernforordningen.</li> <li>+ Protokoll for behandling av personopplysninger er utarbeidet i Excel og er fullstendig mht. systemer. Protokollen forvaltes av PVO .</li> <li>÷/+ Protokollen er ikke komplett med informasjon til enkelte systemer. Oversikt over status er i protokollen.</li> <li>+/+ SUN har rutine for melding om brudd på informasjonssikkerheten til Datatilsynet. Det er ikke utarbeidet rutine for underretning av de registrerte.</li> </ul> <p><b>Roller og ansvar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Nødvendige roller og ansvarsforhold i SUN er etablert mht. kravene til personvern. Rollene er i stor grad operasjonalisert og mye ansvar er lagt til linjeledelsen.</li> <li>+/+ Personvernombudet rapporterer direkte til administrerende direktør. Ombudets oppgaver som er dokumentert i SUNs ledelses- og kvalitetssystem, er ikke oppdatert mht. GDPR.</li> <li>+/+ Rollene som personvernombud og informasjonssikkerhetsleder er lagt til samme person og rapporterer i stiplet linje direkte til AD. Personvernombud/informasjonssikkerhetsleder rapporterer administrativt i enhet for teknologi og e-helse (nivå 3).</li> </ul> <p><b>Bevisstgjøring og opplæring</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Personvern inngår i opplæringen av nyansatte. Alle ansatte om skal gjennomføre e-læringskurs PIIP. PIIP kan gjennomføres etter eget ønske. Opplæring i personvern på ledersamling.</li> <li>÷ Ingen øvrig obligatorisk opplæring mht. personvern.</li> </ul>

# Sunnaas sykehus – behandling av personopplysninger



1. Behandlingsgrunnlag	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ SUNs kartlegging av behandling av personopplysninger er ferdigstilt og formålet er dokumentert i protokoll. Det rettslige behandlingsgrunnlaget er i stor grad dokumentert.</li> </ul>
2. Krav/begrensninger ved innsamling av data	<ul style="list-style-type: none"> <li>+/- Nødvendig informasjon om behandling av personopplysninger er tilgjengelig på SUNs hjemmesider. Informasjonen kan i større grad tilpasses målgruppene – både form og innhold.</li> <li>+/- I prosessen for anskaffelser skal informasjonssikkerhetsleder/personvernombud "godkjenne" behandlingen av personopplysninger. Ikke formalisert rutine.</li> <li>+/- Rutine for DPIA er utarbeidet, men ikke innarbeidet som en del av SUNs kvalitets- og ledelsessystem.</li> </ul>
3. Relevant bruk og de registrertes rettigheter	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Det er utarbeidet en rutine for retting, sletting og sperring av personopplysninger i pasientjournal som er en del av SUNs kvalitets- og ledelsessystem.</li> </ul>
4. Overføring av data	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ SUN har inngått databehandleravtale med Sykehuspartner.</li> <li>+ SUN har utarbeidet mal for databehandleravtaler hvor også bruk av underleverandører er regulert.</li> <li>+/- SUN har oversikt over nødvendige databehandleravtaler. Etablering av noen avtaler gjenstår.</li> </ul>
5. Systematisk sletting av data	<ul style="list-style-type: none"> <li>÷ Sletterutiner for forskning har tidligere blitt ivaretatt av OUS' personvernombud som også har fungert som SUNs personvernombud. SUN har nå et eget personvernombud og endringen har gitt en usikkerhet vedrørende om hva som er gjeldende sletterutiner for forskning.</li> <li>÷ SUN har ingen faste sletterutiner for kvalitetsregistre eller for HR-data.</li> </ul>

# Status Sykehuset Østfold


<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Status på innføring</p>	 <p>Sykehuset Østfold (SØ) har startet arbeidet med å tilpasse helseforetakets prosesser og systemer med henblikk på personvernforordningen, og den innledende kartleggingen av gap er ferdigstilt. Flere tilpasninger til personvernforordningen er gjennomført. Konkretisering av ytterligere tiltak gjenstår og skal konkretiseres i en samlet plan i løpet av desember 2018. Helseforetakets styringssystem for informasjonssikkerhet vil i løpet av kort tid bli oppdatert i samsvar med forordningen.</p> <p>Sykehuset Østfolds tilpasning til GDPR styres gjennom et bredt sammensatt prosjekt med mandat fra administrerende direktør. Prosjektet har i en grundig prosess identifisert helseforetakets forpliktelser og gap, og linjen har blitt involvert for å implementere tiltak. Prosjektet skal lede arbeidet med å definere gjenstående tiltak for å lukke gap innenfor de ulike områdene. Prosjektet rapporterer framdrift og status i tiltaksarbeidet til foretaksledelsen.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Internkontroll</p>	<p><b>Prosesser, systemer og dokumentasjon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Sykehuset Østfolds system for informasjonssikkerhet er en del av foretakets kvalitets- og ledelsessystem.</li> <li>÷ Styringssystemet for informasjonssikkerhet er ikke oppdatert mht. GDPR. Oppdatering vil skje når de felles regionale tilpasninger til personvernforordningen er ferdigstilt.</li> <li>+ Utarbeidelse av protokoll for behandling av personopplysninger pågår. Protokollen er en "GDPR-modul" i EK. Protokollen forvaltes av informasjonssikkerhetsleder.</li> <li>+ Rutiner for melding om brudd på informasjonssikkerheten til Datatilsynet og for underretning av de registrerte er under utarbeidelse.</li> </ul> <p><b>Roller og ansvar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Nødvendige roller og ansvarsforhold i Sykehuset Østfold er etablert mht. kravene til personvern. Rollene er i stor grad operasjonalisert og mye ansvar er lagt til linjeledelsen.</li> <li>÷/+ Funksjonsbeskrivelsene til informasjonssikkerhetsleder og personvernombudet skal henholdsvis oppdateres og utarbeides. Begge rapporterer direkte til administrerende direktør.</li> <li>+ Både personvernombudet og informasjonssikkerhetslederen rapporterer administrativt i juridisk seksjon (nivå 3) i sentral stab som ledes av viseadministrerende direktør.</li> </ul> <p><b>Bevisstgjøring og opplæring</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Gjennomføring av e-læringskurset PIIP er obligatorisk for ansatte.</li> <li>+ Personvern inngår i helseforetakets lederopplæring (Pulsprogrammet).</li> <li>+ Vurdering av øvrig opplæringsbehov inngår i prosjektets videre arbeid.</li> </ul>

# Sykehuset Østfold – behandling av personopplysninger

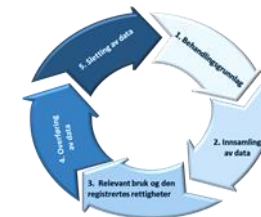


1. Behandlingsgrunnlag	<ul style="list-style-type: none"><li>+/- Sykehuset Østfold har startet å dokumentere rettslig grunnlag og formål for behandling av personopplysninger i protokoll. Protokollen er fullstendig mht. systemer og skal kompletteres med hensyn til øvrig informasjon i løpet av 2018.</li></ul>
2. Krav/begrensninger ved innsamling av data	<ul style="list-style-type: none"><li>+/- Nødvendig informasjon om behandling av personopplysninger er tilgjengelig på Sykehuset Østfolds hjemmesider. Informasjonen kan i større grad tilpasses målgruppene – både form og innhold.</li><li>+ I prosessen for anskaffelser er det stilt krav til sikkerhet i behandlingen av personopplysninger.</li><li>+/- Sykehuset Østfold har startet arbeidet med å gjennomgå helseforetakets systemportefølje med hensyn til innebygd personvern.</li><li>÷/+ Utkast til prosedyre for DPIA foreligger og skal innarbeides som en del av Sykehuset Østfolds kvalitets- og ledelsessystem.</li></ul>
3. Relevant bruk og de registrertes rettigheter	<ul style="list-style-type: none"><li>+ Det er utarbeidet en rutine for retting, sletting og sperring av personopplysninger i pasientjournal som er en del av Sykehuset Østfolds styrings- og ledelsessystem.</li><li>+ Når samtykke innhentes i forbindelse med forskningsprosjekter blir den registrerte informert om retten til å få slettet personopplysninger.</li></ul>
4. Overføring av data	<ul style="list-style-type: none"><li>+ Sykehuset Østfold har inngått databehandleravtale med SP.</li><li>+ Sykehuset Østfold har utarbeidet mal for databehandleravtaler hvor også bruk av underleverandører er regulert.</li><li>+ Sykehuset Østfold har ferdigstilt oversikten over nødvendige databehandleravtaler. Arbeid pågår for å få signert gamle avtaler på ny mal.</li></ul>
5. Systematisk sletting av data	<ul style="list-style-type: none"><li>÷ Innenfor pasientbehandling har Sykehuset Østfold på lik linje med andre helseforetak ikke etablert rutine for systematisk arkivering eller sletting av personopplysninger.</li><li>+ Innenfor forskning har Sykehuset Østfold etablert rutine for sletting av personopplysninger når formålet har opphørt og forskningen validert.</li><li>÷ Innenfor HR-området er en rutine for avvikling av personopplysningene under utarbeidelse.</li></ul>

# Status Vestre Viken

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Status på innføring</p>	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>Vestre Viken har startet arbeidet med å tilpasse helseforetakets prosesser og systemer med henblikk på personvernforordningen, og den innledende kartleggingen av gap er ferdigstilt. Enkelte tilpasninger til personvernforordningen er gjennomført. Flere tiltak gjenstår, men konkretisering og gjennomføring har startet opp. Helseforetakets styringssystem for informasjonssikkerhet vil i løpet av kort tid bli oppdatert i samsvar med forordningen.</p> <p>Vestre Vikens tilpasning til personvernforordningen har i første fase vært styrt av en intern arbeidsgruppe med forankring i administrerende direktørs stabsmøte. Gruppen har kartlagt status for behandling av personopplysninger og utarbeidet en tiltaksliste. Neste fase er utforming og gjennomføring av tiltak, noe som skal styres gjennom prosjekter på de ulike fagområdene. Administrerende direktørs stabsmøte har gitt prosjektmandat for informasjonssystemer og medisinskteknisk utstyr med en endelig frist 31. desember 2020 med å lukke alle identifiserte avvik.</p> </div> </div>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Internkontroll</p>	<div style="background-color: #e0e0e0; padding: 10px;"> <p><b>Prosesser, systemer og dokumentasjon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ VVs system for informasjonssikkerhet er en del av foretakets kvalitets- og ledelsessystem (eHåndbok).</li> <li>+/- Styringssystemet for informasjonssikkerhet er ikke oppdatert i påvente av felles regionale tilpasninger til GDPR.</li> <li>+/- Protokoll for behandlingsaktiviteter er etablert og forvaltes av PVO. Prosessen med å kartlegge og registrere all nødvendig data til protokollen er ikke ennå ferdigstilt. I protokollen fremgår informasjonssystemenes kritikalitet mht. blant annet manglende risikovurdering og databehandleravtaler.</li> <li>+/- Dagens rutine for melding om brudd på informasjonssikkerheten til Datatilsynet skal oppdateres. Rutine for underretning av de registrerte er ikke utarbeidet.</li> </ul> </div> <div style="background-color: #e0e0e0; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p><b>Roller og ansvar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Nødvendige roller og ansvarsforhold i VV er dokumentert i en egen rutine mht. kravene til personvern. Rollene er operasjonalisert, der mye ansvar er lagt til linjeledelsen.</li> <li>+ Personvernombudet har et eget mandat og rapporterer direkte til administrerende direktør</li> <li>+ Rollene som personvernombud og informasjonssikkerhetsleder har separate mandater, men er lagt til samme person. Personvernombud/informasjonssikkerhetsleder rapporterer administrativt i sentral stab til direktør for Administrasjon og kommunikasjon.</li> </ul> </div> <div style="background-color: #e0e0e0; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p><b>Bevisstgjøring og opplæring</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Personvern inngår i opplæringen av nyansatte, og tilbud om frivillig e-læringskurs.</li> <li>+/- Ingen øvrig obligatorisk opplæring, men kurs, foredrag mv. med informasjon om personvern gjennomføres på forespørsel.</li> </ul> </div>

# Vestre Viken – behandling av personopplysninger



1. Behandlingsgrunnlag	<ul style="list-style-type: none"><li>÷ Vestre Viken har startet å dokumentere rettslig grunnlag og formål for behandling av personopplysninger i protokoll. Gjenstående arbeid er fordelt og vil inngå i de ulike faggrupper og linjeorganisasjon for å lukke gapene (forskning, IKT, HR mv.)</li></ul>
2. Krav/begrensninger ved innsamling av data	<ul style="list-style-type: none"><li>+ / ÷ Nødvendig informasjon om behandling av personopplysninger er tilgjengelig på Vestre Vikens hjemmesider. Informasjonen kan i større grad tilpasses målgruppene – både form og innhold.</li><li>+ I prosessen for anskaffelser er det stilt krav til sikkerhet i behandlingen av personopplysninger.</li><li>+ Rutine for DPIA er utarbeidet og innarbeidet som en del av Vestre Vikens kvalitets- og ledelsessystem.</li></ul>
3. Relevant bruk og de registrertes rettigheter	<ul style="list-style-type: none"><li>+ Det er utarbeidet en rutine for retting, sletting og sperring av personopplysninger i pasientjournal som er en del av VVs styrings- og ledelsessystem.</li><li>+ Når samtykke innhentes i forbindelse med forskningsprosjekter blir den registrerte informert om retten til å få slettet personopplysninger.</li></ul>
4. Overføring av data	<ul style="list-style-type: none"><li>+ Vestre Viken har inngått databehandleravtale med SP.</li><li>+ Vestre Viken har utarbeidet mal for databehandleravtaler hvor også bruk av underleverandører er regulert.</li><li>÷ Vestre Viken har ikke ferdigstilt en fullstendig oversikt over databehandleravtaler. Dette gir risiko for at ikke alle nødvendige avtaler er inngått</li></ul>
5. Systematisk sletting av data	<ul style="list-style-type: none"><li>÷ Innenfor pasientbehandling har ikke Vestre Viken etablert rutine for systematisk arkivering eller sletting av personopplysninger</li><li>+ Innenfor forskning har Vestre Viken etablert rutine for sletting av personopplysninger når formålet har opphørt og forskningen validert</li><li>÷ Innenfor HR-området er personopplysningene kartlagt, men områder med behov for rutinemessig avvikling av data er ikke identifisert.</li></ul>

# Vedlegg 1 : Revisjonsguide GDPR

Som en del av oppdraget har konsernrevisjonen utarbeidet en egen revisjonsguide "Revisjonsguide GDPR". Guiden er vedlagt som et Excel-dokument.

Guiden inneholder sentrale områder som vil kunne inngå i en fremtidig revisjon i regi av konsernrevisjonen. Guiden er ikke en fullstendig sjekklister med tanke på alle bestemmelser i personvernforordningen, men er tilpasset for en videreføring etter kartleggingen.. Innholdet er organisert i de samme områder som i denne rapporten.

Konsernrevisjonen skal i annet halvår 2019 gjennomføre en revisjon av etterlevelse av krav i GDPR i foretaksgruppen. Endelig innretning og omfang på revisjonen er ikke avklart, men vil ta utgangspunkt i denne revisjonsguiden.

Utsnitt fra revisjonsguiden i den vedlagte filen:

Områder i forordningen	Referanse til forordningen
<b>1.1 Prosesser, systemer og dokumentasjon</b>	<b>Referanse til forordningen</b>
Helseforetaket har implementert det felles utarbeidede regionale styringssystem for informasjonssikkerhet i sitt kvalitets- og ledelsessystem.	
Helseforetaket gjennomfører risikovurderinger av forhold som kan påvirke sikkerheten knyttet til personopplysninger. (Konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet.)	Artikkel 32
Helseforetaket legger til grunn regional risikoskala og kriterier for aksept av risiko ved gjennomføring av risikovurderinger.	Artikkel 32
Helseforetaket har utarbeidet en fullstendig protokoll over behandlingsaktivitetene med påkrevd informasjon om blant annet: -behandlingsansvarlig -formål med behandlingen -beskrivelse av kategorier av registrerte og personopplysninger -kategorier av mottakere av personopplysninger blir utlevert til	Artikkel 30



### **Om konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst**

Konsernrevisjonen er organisert direkte under styret i Helse Sør-Øst RHF og rapporterer funksjonelt til styrets revisjonsutvalg og administrativt til administrerende direktør i det regionale helseforetaket. Våre rapporter behandles normalt av styret i det reviderte helseforetak.

Konsernrevisjonen ble etablert i 2005, og er fra 1.1.2013 hjemlet i helseforetaksloven §37a.

Konsernrevisjon skal på vegne av styret i Helse Sør-Øst bidra til forbedring i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst RHF og underliggende helseforetak.

Konsernrevisjonen utfører revisjoner i overensstemmelse med de internasjonale standardene for profesjonell utøvelse av internrevisjon.

### **Vår visjon**

Konsernrevisjonen skal være en etterspurt bidragsyter til læring og forbedring i Helse Sør-Øst. Dette skal vi oppnå gjennom:

- Relevante revisjons- og rådgivningsoppdrag som skaper innsikt
- Effektiv kommunikasjon og godt samarbeid
- Deling av erfaringer og læringspunkter på tvers av helseforetakene

### **Om oppdraget:**

Oppdragsperiode: Oktober - desember 2018  
Virksomhet: Alle helseforetakene i Helse Sør-Øst og Helse Sør-Øst RHF  
Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Medarbeidere:

- Espen Anderssen (oppdragseier)
- Tove Kolbeinsen (oppdragsleder)
- Anders Blix (internrevisor)
- Dana Jaedicke (innleid rådgiver)

Rapporten er oversendt til:

- Styrets revisjonsutvalg
- Administrerende direktør i alle helseforetakene i Helse Sør-Øst og Helse Sør-Øst RHF

### **Konsernrevisjonens rapporter**

Rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:

[www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen](http://www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen)

1.1 Prosesser, systemer og dokumentasjon	Referanse til forordningen
Helseforetaket har implementert det felles utarbeidede regionale styringssystem for informasjonssikkerhet i sitt kvalitets- og ledelsessystem.	
Helseforetaket gjennomfører risikovurderinger av forhold som kan påvirke sikkerheten knyttet til personopplysninger. (Konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet.)	Artikkel 32
Helseforetaket legger til grunn regional risikoskala og kriterier for aksept av risiko ved gjennomføring av risikovurderinger.	Artikkel 32
Helseforetaket har utarbeidet en fullstendig protokoll over behandlingsaktivitetene med påkrevd informasjon om blant annet: <ul style="list-style-type: none"> <li>-behandlingsansvarlig</li> <li>-formål med behandlingen</li> <li>-beskrivelse av kategorier av registrerte og personopplysninger</li> <li>-kategorier av mottakere av personopplysninger blir utlevert til</li> </ul>	Artikkel 30
Helseforetaket har utarbeidet rutiner for å holde protokollen over behandlingsaktiviteter ved like og til enhver tid oppdatert. Internt ansvar for forvaltning av informasjon og protokoll er tydeliggjort.	Artikkel 30
Helseforetaket har etablert rutiner og tilrettelagt et system for at ansatte kan melde brudd på personopplysningssikkerheten til personvernombudet.	Artikkel 33
Helseforetaket har utarbeidet rutiner for å melde brudd på personopplysningssikkerheten til Datatilsynet og for å informere de registrerte.	Artikkel 34
Helseforetaket holder oversikt over samtlige brudd på personopplysningssikkerheten som er meldt internt, samt de av bruddene som er meldt videre til Datatilsynet. Oversikten brukes aktivt i virksomheten til kvalitetsforbedring og opplæring.	Artikkel 33

1.2 Roller og ansvar	Referanse til forordningen
Roller beskrevet i prosedyren "Organisering av informasjonssikkerhetsarbeidet" er besatt av ressurser i helseforetaket.	
Ressurser som innehar rollene i prosedyren er kjent med oppgaver og ansvar som inngår i rollene. (Systemeier, informasjonssikkerhetsleder, personvernombud mm)	

1.3 Bevisstgjøring og opplæring	Referanse til forordningen
Helseforetaket har en helhetlig plan for hvordan krav til personvern skal kommuniseres til de ansatte. I planen inngår mål for opplæring, opplæringstiltak, innretning og metoder.	
Helseforetaket har etablert system for oppfølging av effekt av opplæringstiltak og benytter for eksempel tilbakemeldinger i forbedringsøyemed.	

2.1 Valg av behandlingsgrunnlag	Referanse til forordningen
---------------------------------	----------------------------

Dersom behandlingsgrunnlaget er samtykke, kan helseforetaket dokumentere at samtykket oppfyller definisjonen i artikkel 4(11) og vilkårene i artikkel 7.	Artikkel 4.11 og artikkel 7
Dersom opplysningene brukes til andre formål enn de var innhentet for, kan helseforetakene dokumentere at vilkårene i artikkel 6 (4) er oppfylt, eller at opplysningene brukes til formål som er definert som forenlige etter personopplysningsloven.	Artikkel 6.4

<b>2.2 Innsamling av data</b>	<b>Referanse til forordningen</b>
Ved innhenting av personopplysninger gir helseforetaket informasjon om behandlingen av personopplysninger i tråd med artikkel 13 og 14 (både innhold og formkrav).	Artikkel 13 og 14
Helseforetakene har innarbeidet prinsippene om innebygd personvern og personvern som standardinstilling i systemer som benyttes for elektronisk behandling av personopplysninger. Hovedvekten av tiltak for å ivareta disse prinsippene i nye systemer bør være tekniske tiltak, mens i eksisterende systemer kan organisatoriske tiltak supplere eller erstatte de tekniske.	Artikkel 25
Anskaffelsesrutiner og systemutviklingsmetodikk (Prosjektveiviseren) ivaretar prinsippene om innebygd personvern og personvern som standardinnstilling.	Artikkel 25
Helseforetaket har utarbeidet rutiner og prosesser for når og hvordan en vurdering av personvernkonsekvenser skal gjennomføres ( DPIA).	Artikkel 35.1-3
Helseforetaket kan dokumente at det er gjennomført DPIA, evt begrunnelsen for ikke å gjennomføre DPIA i forbindelse med konkrete behandlinger. Eventuelle planlagte tiltak for å håndtere risiko er synliggjort og følges opp.	Artikkel 35.7

<b>2.3 Relevant bruk og de registrerte rettigheter</b>	<b>Referanse til forordningen</b>
Helseforetaket har tilrettelagt interne rutiner for å håndtere de registrertes rettigheter etter personvernforordningen: - rett til innsyn etter artikkel 15	Artikkel 15-17

<b>2.4 Utlevering av data</b>	<b>Referanse til forordningen</b>
Helseforetaket har rutine for inngåelse og vedlikehold av databehandleravtaler.	Artikkel 28
Helseforetaket har alle nødvendige databehandleravtaler der behandlingens omfang samt dataansvarliges og databehandlers rettigheter og plikter er fastsatt.	Artikkel 28
Helseforetaket har utarbeidet rutiner for å gi særlig eller generell tillatelse til å bruke underdatabehandler.	Artikkel 28,2

<b>2.5 Avvikling av data</b>	<b>Referanse til forordningen</b>
Helseforetaket har utarbeidet rutiner for systematisk og regelmessig sletting av data i sine systemer. (I dette inngår kilde-systemer, for eksempel MTU som avleverer data til DIPS.)	Artikkel 17-1.a Artikkel 5
Helseforetaket har retningslinjer for regelmessig sletting av ustrukturert personopplysninger ( eks. Outlook og Public 360).	Artikkel 17-1.a Artikkel 5
Helseforetaket har rutiner for regelmessig arkivering og/eller anonymisering av data.	Artikkel 17-1.a Artikkel 5

# 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

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

## 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
<b>Pasientbehandling</b>	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
<b>Virksomhetsstyring</b>	2	Varsling	Ikke fastsatt	Høst 2019
<b>IKT og personvern</b>	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