

## Styremøte i styret for Sykehuset Telemark HF

**Tid:** 19. juni 2019, kl. 0930 – 1500

**Sted:** Direktørens møterom, bygg 54 i Skien

**Møteleder:** Styreleder Per Anders Oksum

### Saksliste

Tentativ plan	Saksnr.	Sakstittel	Sakstype
0930 – 0935	034 - 2019	<b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b> v/Styreleder	<b>Beslutning</b>
0935 – 0940	035 - 2019	<b>Godkjenning av protokoll fra styremøte 22. mai 2019</b> v/Styreleder	<b>Beslutning</b>
0940 – 1000	036 - 2019	<b>Driftsorienteringer fra administrerende direktør</b>	<b>Orientering</b>
1000 – 1100	037 - 2019	<b>Virksomhetsrapport per mai (ettersendes)</b> v/Administrerende direktør og konst. økonomidirektør	<b>Orientering</b>
1100 – 1145	038 - 2019	<b>Konsernrevisjonens rapport om Likeverdig og forutsigbar helsehjelp, psykisk helsevern for barn og unge ved STHF og sykehusets handlingsplan</b> v/Klinikksjef Gunnar Gausel og konsernrevisjonen	<b>Etterretning</b>
1145 – 1200	039 - 2019	<b>Oppnevning av medlemmer til brukerutvalget og valg av leder og nestleder for perioden 2019 - 2021</b> v/Administrerende direktør	<b>Beslutning</b>
1200 – 1230		<b>Lunsj</b>	
1230 – 1300	040 - 2019	<b>Årsmelding 2018 Pasient- og brukerombudet</b> v/Pasient- og brukerombudet i Telemark Else Jorunn Saga	<b>Orientering</b>
1300 – 1400		<b>Temasak:</b> LIS-utdanningen v/HR-direktør og spesialrådgiver HR Terje Keyn	<b>Tema</b>
1400 – 1405	041 - 2019	<b>Styresaker i STHF – Status og oppfølging</b> v/Administrerende direktør	<b>Orientering</b>
1405 – 1410	042 - 2019	<b>Årsplan styresaker</b> V/Styreleder	<b>Orientering</b>

Tentativ plan	Saksnr.	Sakstittel	Sakstype
1410 – 1415		<b>Andre orienteringer</b> 1) Styreleder orienterer 2) Foreløpig protokoll fra ungdomsrådet 28. mai 2019 3) Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 6. juni 2019 4) Foreløpig protokoll fra ekstraordinært styremøte i HSØ 6. juni 2019	<b>Orientering</b>
1415 – 1445		<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
034-2019	Tone Pedersen, spesialrådgiver direktørens stab	Beslutning	19.06.2019

**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 11. juni 2019

Tom Helge Rønning  
Administrerende direktør

## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

### Sakstittel: Godkjenning av protokoll fra styremøte 22. mai 2019

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
035-2019	Tone Pedersen, spesialrådgiver direktørens stab	Beslutning	19.06.2019

**Trykte vedlegg:** Protokoll fra styremøte 22.05.2019

**Utrykte vedlegg:**

### Forslag til vedtak:

Protokoll fra styremøte 22. mai 2019 godkjennes.

Skien, den 11. juni 2019

Tom Helge Rønning  
Administrerende direktør

**PROTOKOLL FRA STYREMØTE I SYKEHUSET TELEMAR HF**

Tid: 22. mai 2019 kl. 09.30 – 16.30

Sted: Notodden sykehus

**Følgende medlemmer møtte**

Per Anders Oksum                      Styreleder

Marit Kasin                              Nestleder

Folke Sundelin

Kari Dalen

Kristian Bogen

Ann Iserid Vik-Johansen

Kristine Stranheim Sunde

Kristian Wiig

**Fra brukerutvalget møtte**

Idar Grotle, leder

Birte Helene Moen, nestleder

**Fra administrasjonen deltok**

Tom Helge Rønning, administrerende direktør

Halfrid Waage, fagdirektør

Tone Pedersen, styresekretær/spesialrådgiver stab (referent)

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

Frank Hvaal, klinikkjef for Akutt- og beredskapsklinikken

Per Urdahl, klinikkjef Medisinsk klinikk

Lars Kittilsen, kommunikasjonssjef

**Presentasjon av saker:**

Sak 027-2019 Virksomhetsrapport per 1. tertial v/Administrerende direktør Tom Helge Rønning

sak 028-2019 Årsrapport HMS-handlingsplan STHF 2018 spesialrådgiver HMS Liv Carlsen

sak 029-2019 Sluttrapport og evaluering HELIKS v/Prosjektleder Elisabeth Hessen

sak 030-2019 Bierverv v/Administrerende direktør Tom Helge Rønning

Styreleder ledet møtet.

**Saker som ble behandlet:**

<b>024-2019</b>	<b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

<b>025-2019</b>	<b>Godkjenning av protokoll og B-protokoll fra styremøte 10. april 2019</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Protokoll og B-protokoll fra styremøte 10. april 2019 godkjennes.

<b>026-2019</b>	<b>Driftsorienteringer fra administrerende direktør</b>
-----------------	---

**Kommentarer i møtet**

Styret stiller spørsmål om hvorvidt oppfølging av alvorlige hendelser kan forbedres. Dette ble også diskutert i den etterfølgende saken om tertialrapporten, samt i det etterfølgende styreseminaret. Dette vil bli ytterligere belyst og diskutert i styremøte/styreseminar i september.

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

## Oppsummering

Saken presenterer status for virksomheten per 1. tertial 2019. I rapporten inngår de tertialvise forholdene risikovurdering, forskning, pasientsikkerhetsprogrammet, eksterne tilsyn og revisjoner, uønskede hendelser og klagesaker samt GDPR (General Data Protection Regulation).

Samlet sett har Sykehuset Telemark god måloppnåelse på de medisinske parameterne. Benchmarking for indikatoren «passert planlagt tid» ble presentert. Denne viste en god utvikling for Sykehuset Telemark totalt sett men variert resultat i de ulike enhetene. Ortopedi er et område med god utvikling, mens det er satt i verk tiltak på Øre-nese-hals.

Helseforetaket har et akkumulert økonomisk resultat per 1. tertial på - 7,5 millioner kroner. Prognosen på 30 millioner kroner er opprettholdt.

## Kommentarer i møtet

Styret er svært fornøyd med at helseforetaket leverer godt på de fleste medisinske parameterne og ber administrasjonen fortsatt ha høyt fokus på å levere gode resultater.

Styret merket seg at utviklingen innen ventetider somatikk har stagnert, men er fornøyd med at administrasjonen har fokus på dette området. Styret bemerket den positive utviklingen totalt sett i ventetiden innen psykiatri og rus.

Styret viste til økningen i sykehusinfeksjoner og det ble reist spørsmål om hvordan sykehusets resultat ligger sammenlignet med resultatene ved andre helseforetak, samt om det er noe å lære av foretak med gode resultat på dette området.

Styret viste til at man tidligere har bedt om mer benchmarking i styreinformasjon og at nåværende tertialrapporter er for like månedsrapportene. Det ble bemerket at risikovurderingen er en kilde til å informere styret om foretakets største utfordringer.

På økonomisiden ble det reist spørsmål om sammenhengen den negative utviklingen i DRG-poeng og at aktiviteten ikke er større enn i 2018 samtidig som at administrasjonen i flere styremøter har informert om at arbeidsbelastningen oppleves som stor i mange enheter.

## Styrets enstemmige

### VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapporten per 1. tertial til orientering.

<b>028-2019</b>	<b>Årsrapport overordnet HMS-handlingsplan STHF 2018</b>
-----------------	--

### **Oppsummering**

Rapporteringen er en del av oppfølgingen av det systematiske HMS-arbeidet. Årsrapporten oppsummerer resultater / gjennomføring av de ulike tiltakene i overordnet HMS-handlingsplan for STHF 2018. Årsrapporten oppsummerer også HMS indikatorer som rapporteres til Helse Sør-Øst.

### **Kommentarer i møtet**

Styret takket for en god presentasjon av årsrapporten. Oversikten er blitt bedre og styret oppfatter at det arbeides systematisk på området.

Styret bemerket at sykehuset har et høyt antall AML-brudd i 2018 og årsaker og tiltak ble diskutert.

### **Styrets enstemmige**

#### **VEDTAK**

Styret tar saken til orientering.

<b>029-2019</b>	<b>Sluttrapport og evaluering HELIKS</b>
-----------------	--

### **Oppsummering**

Sørlandet Sykehus HF, Sykehuset Telemark HF, Sunnaas Sykehus HF, Betanien Hospital og Sykehuspartner HF har sammen hatt et lokalt samarbeidsprosjekt for å anskaffe nytt dokumentstyrings- og forbedringssystem. Leveransen skulle bestå av et felles, helhetlig og standardisert system for dokumentstyring og forbedring av kvalitet, pasientsikkerhet og HMS. I tillegg skulle forbedringssystemet tilfredstille omfattende lovkrav til informasjonssikkerhet og personvern.

Systemet som ble anskaffet, viste seg å ha behov for omfattende utvikling, hvilket ikke prosjektet var bemannet for. Dette førte til at prosjektleveransene ble delt opp og at det ble mange forsinkelser. På grunn av manglende leveranser, ble akseptansetesten av forbedringssystemet stoppet i februar 2018. Forhandlinger med leverandør pågikk fram til oktober 2018 og resulterte i avslutning av forbedringssystemet i kontrakten, mens dokumentstyringssystemet ble videreført.



### **Kommentarer i møte**

Styret er fornøyd med at helseforetaket har gjennomført en hendelsesanalyse for læring av og forbedring og at dette legges frem for styret. Styret fremhever viktigheten i å bruke læringspunktene aktivt som bidrag til at helseforetaket er konkrete i spesifikasjonen i forestående prosjekt for anskaffelse av et nytt forbedringssystem.

Styret understreket nødvendigheten i å gå for et utviklet forbedringssystem (hyllesystem) og ikke et system som foretaket selv må utvikle.

### **Styrets enstemmige**

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

Styret tar saken s til orientering.

<b>030-2019</b>	<b>Bierverv</b>
-----------------	-----------------

### **Oppsummering**

Bierverv har vært et gjentakende tema i regionale og underliggende helseforetak de siste årene. Omfang, registrering, oppfølging, eventuell godkjenning og ulike dilemmasituasjoner har vært løftet fram. Riksrevisjon har også gjennomført revisjon vedrørende bierverv i helseforetakene i perioden 2016-2017.

Det ble gitt en oversikt over tidligere saksbehandling på bakgrunn av bestillinger fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), fra Helse Sør-Øst RHF, og som følge av Riksrevisjonens rapport. Det ble også gitt et statusbilde på registrerte bierverv ved Sykehuset Telemark HF pr mars 2019, samt resultat fra en kort egenvurdering fra klinikk-/stabsledere om hvordan bierverv følges opp.

### **Kommentarer i møte**

Styret diskuterte hvordan helseforetaket praktiserer bierverv i de tilfeller hvor ansatte ønsker å arbeide i konkurrerende virksomheter opp mot avveiningen å miste kompetente medarbeidere. Styret mener det er viktig å trekke inn momenter som habilitet, faglighet, arbeidsbelastning og mulighet for erfaringsoverføring i vurderingen.

Det ble presisert at en del ansatte sykepleiere og jordmødre, som ikke har full stilling eller fast stilling ved Sykehuset Telemark, arbeider i andre virksomheter.

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

1. Saken tas til orientering.
2. Styret ber foretakets ledelse følge opp regelverket for bierverv, slik at hensynet til lojalitet, habilitet og samlet arbeidsbelastning blir vurdert i hver enkelt sak. Styret ber foretakets ledelse fortløpende vurdere innføring av mulige fellestiltak som foretaksgruppens anbefaler for likere praksis ved håndtering av bierverv.

<b>031-2019</b>	<b>Møteplan for styret 2020</b>
-----------------	---------------------------------

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret godtar følgende møteplanlegging 2020 for styret i Sykehuset Telemark HF:

## Styremøter:

- Styremøte i februar legges i tilknytning til foretaksmøte
- Onsdag 25. mars
- Onsdag 22. april
- Onsdag 20. mai
- Onsdag 17. juni
- Onsdag 16. september
- Onsdag 28. oktober
- Onsdag 16. desember

## Styreseminar i etterkant av styremøte:

- 22. april
- 16. september
- 16. desember

<b>032-2019</b>	<b>Årsplan styresaker</b>
-----------------	---------------------------

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Årsplan styresaker tas til orientering.

## Oppsummering

Foretaksmøtet ble gjennomført som felles foretaksmøte for Sykehuset i Vestfold HF, Sørlandet sykehus HF og Sykehuset Telemark HF. På dagsorden var årlig melding 2018, godkjenning av styrets forslag til årsregnskap og årsberetning 2018, godkjenning av revisors godtgjørelse samt endring i vedtekter.

## Styrets enstemmige

### VEDTAK

1. Styret tar protokoll fra foretaksmøte 20. mai til etterretning.
2. Styret forutsetter at driften ved Sykehuset Telemark HF innrettes slik at gjenstående styringskrav fra tidligere år følges opp sammen med nye styringskrav for 2019.

## Andre orienteringer

- 1) Styreleder orienterer
- 2) Foreløpig protokoll fra møte i brukerutvalget 11. april 2019
- 3) Protokoll fra styremøte i HSØ 4. april 2019
- 4) Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 25. april 2019

## Temasaker:

- **Innspill fra Notodden kommune. Utfordringer i den kommunale tjenesten. Samhandling og forventninger til helseforetaket**  
v/Ordfører Gry Bløchlinger, kommunalsjef for helse og omsorg Anne Grete Rønningsdalen og rådmann Per Sturla Wærnes
  - Kommunalsjefen presenterte Notodden kommune og utfordringsbilde i helse- og omsorgssektoren samt forventninger kommunen har til Sykehuset Telemark. Det ble påpekt viktigheten av godt samarbeid om pasientbehandlingen uavhengig av organisatoriske grenser med mål om å gi det beste tilbudet til pasientene. Kommunen og sykehuset er enige om viktigheten av å etablere gode samhandlingsarenaer for samhandling og at dette også omfatter kompetanseutvikling. Kommunen ytrer ønske om større grad av likeverd i samarbeidet med kommunen og helseforetaket.  
Ordfører gav positiv tilbakemelding om overføring av pasienter fra Skien til Notodden for å øke aktiviteten ved Notodden sykehus. Samtidig ble det gitt tilbakemelding om at sykehuset ha for få parkeringsplasser til pasientene.

- **Beredskap ved Notodden sykehus**  
v/Klinikkjef Frank Hvaal og Knut Inge Brekka Skoland
  - Styret fikk presentert aktivitet og bemanning ved Akuttmottak og FOVA på Notodden sykehus, informasjon om beredskapen og om akuttkjedeprojektet. Sykehuset har anskaffet syv nye ambulanser i 2019. Styret fikk en omvisning i en ambulanse som var parkert utenfor sykehuset.
  
- **Styrets egnevaluering**  
Styret besluttet å ikke avholde noen egnevaluering denne gang.

Møtet hevet kl. 15.40.

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

**Førstkommende styremøte**

Onsdag 19. juni 2019 kl. 09.30-15.30 i administrerende direktørs møterom, bygg 54 i Skien.

Skien, 22. mai 2019

---

Per Anders Oksum  
Styreleder

---

Marit Kasin  
Nestleder

---

Folke Sundelin

---

Nils Kristian Bogen

---

Ann Iserid Vik-Johansen

---

Kari Dalen

---

Kristine S. Sunde

---

Kristian Wiig

---

Tone Pedersen  
Styresekretær

## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

### Sakstittel: Driftsorienteringer fra administrerende direktør

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
036 -2019	Administrerende direktør Tom Helge Rønning	Orientering	19.06.2019

#### Trykte vedlegg:

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

#### Ingress:

Orienteringer ligger vedlagt

#### Forslag til vedtak:

Saken tas til orientering

Skien, den 11. juni 2019

Tom Helge Rønning  
Administrerende direktør

## Driftsorienteringer fra administrerende direktør

### 1. Statens helsetilsyn

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling varslet 23. april 3-3a sak. Sykehuset fikk 22. mai tilbakemelding fra Statens helsetilsyn om at de kommer på stedlig tilsyn. Tilsynet gjennomføres i disse dager.

### 2. Digitale innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten (DIS)

Delprosjekt digitalt innsyn i journal og logg er produksjon satt ved Sykehuset i Vestfold, Vestre viken og Revmatismesykehuset 3. juni. Lanseringsdato for STHF er 30. august 2019. Dette innebærer at voksne pasienter kan gå inn via helsenorge.no og lese definerte journaldokumenter (epikrise og notater) og se loggen over hvem som har åpnet det enkelte dokumentet. Det har vært litt bekymring internt for at innsyn i logg skal medføre økning i trusler og vold. Erfaringene fra Helse Vest og Helse Nord tilsier ikke dette. Det jobbes internt med informasjon og opplæring.

### 3. Prevalensmåling av infeksjoner - mai 2019

Prevalensmålingen for helseassosierte infeksjoner i mai ble 4,4 %. Dessverre er vi igjen et stykke fra den nasjonale målsettingen, og fra våre beste målinger rundt årsskifte 2017/2018. Det er først og fremst registrering av luftveisinfeksjoner som bidrar negativt.

Hos 273 pasienter ble det registrert 12 infeksjoner som fordelte seg slik:

2 urinveisinfeksjoner	= 1,1 %
6 nedre luftveisinfeksjoner	= 2,2 %
2 postoperative sårinfeksjoner	= 0,7 % (2 dype sårinfeksjoner)
1 blodbaneinfeksjon	= 0,4 %

### 4. Fylkesmannens tilsyn ved Medisinsk klinikk

Fylkesmannens tilsyn med bemanning, pasientsikkerhet og styring av pasientbelegg ved Medisinsk klinikk/seksjon mage-tarm i Skien er avsluttet. Tilsynet ble gjennomført på grunnlag av en bekymringsmelding fra ansatte på sengeposten. Det er konstatert ett lovbrudd: STHF/Medisinsk klinikk sikrer ikke forsvarlig styring av bemanningen på sengepost mage/tarm i Skien i forhold til pasientbelegget. Sykehuset har frist fram til 1. oktober med å korrigere dette.

### 5. Innlegg under en internasjonal konferanse om klarspråk

Sykehuset Telemark er invitert til å holde et innlegg under en internasjonal konferanse om klarspråk i september. Bakgrunnen for invitasjonen er et informasjonshefte om seksuell helse som retter seg mot personer med nedsatt funksjonsevne. Heftet er laget av ansatte ved

avdeling for habilitering (HABU) og det fikk god kritikk under utdelingen av Klarspråkprisen 2017.

Det er Språkrådet og Difi (Direktoratet for forvaltning og IKT) som er vertskap for konferansen Plain 2019, og arrangøren regner med 400 deltakere fra hele verden. Under konferansen skal Sykehuset Telemark delta under en sesjon med innlegg fra Telemark, Australia og Island.

## **6. Notodden er styrket med en ernæringspoliklinikk**

Notodden er i gang med ernæringspoliklinikk en gang i uken og både inneliggende og pasienter som henvises fra fastlegene får nytte av tilbudet. To ernæringsfysiologer deler på oppgaven og i tråd med pasientsikkerhetsprogrammet fokuserer man blant annet på å forebygge og behandle underernæring. Fra før er det ernæringspoliklinikk i Skien to dager i uken for pasienter i nedre Telemark og nå er altså tilsvarende tilbud etablert på Notodden for pasienter i øvre Telemark.

## **7. Forskning på ALS**

Sykehuset Telemark deltar i et nasjonalt forskningsprosjekt på den nevrologiske sykdommen ALS. Målet er å kartlegge genetiske årsaker til sykdommen og at norske pasienter får økt mulighet til å delta i kliniske behandlingsstudier.

Forskningen skal blant annet gi svar på hvor stor del av de norske pasientene med ALS som har blitt syke på grunn av en genfeil. Forskerne vil også undersøke ulike genfeil, og ved å sammenlikne resultater fra andre internasjonale studier, vil de kunne se om norske ALS-pasienter skiller seg ut.

Forskningsprosjektet har blant annet fått 400.000 kroner i støtte av stiftelsen ALS Norge.

Øvrige orienteringer kan gis muntlig i styremøtet.



## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

### Sakstittel: Virksomhetsrapport per mai 2019

Sak nr.	Saksansvarlig/saksbehandler	Sakstype	Møtedato
037- 2019	Konst. Økonomidirektør Dana Tønnessen	Orientering	19.06.2019

**Trykte vedlegg:** Virksomhetsrapport per mai 2019

**Utrykte vedlegg:** Ingen

#### Har saken betydning for pasientsikkerheten?

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

#### Forslag til vedtak:

Styret tar virksomhetsrapport per mai 2019 til orientering.

## Sammendrag

Sykehuset Telemark viser en bedring i resultatutviklingen og oppnår for første gang i år et perioderesultat over budsjettet nivå. Regnskapsresultatet forbedres med 6 millioner kr. og budsjettavviket forbedres med 3,5 millioner kr. i mai.

Akkumulert driftsresultat øker til 8,3 millioner kr. og det negative budsjettavviket reduseres til - 4,2 millioner kr.

Det er høyere polikliniske inntekter, høye salgsinntekter lab/røntgen og noe lavere kostnader ved kjøp/salg av helsetjenester som bidrar positivt til resultatet, og som kompenserer for manglende effekt av planlagte forbedringstiltak. Det er usikkerhet knyttet til periodiseringen av H-reseptkostnadene og årseffekten av TFG aktiviteten. Videre er det risiko for at kostnader knyttet til fritt behandlingsvalg og gjestepasienter vil øke mer enn budsjettet utover i året.

Budsjettavviket hittil i år er relatert til resultatene i klinikkene, som oppnår noe svakere DRG-resultater enn budsjettet. Videre registrerer vi at arbeidet med forbedringstiltak ikke har den fremdriften som vi har forutsatt i budsjettet, bl.a. på grunn av mer ressurstrengende pasienter enn forutsatt.

Ventelistene viser en svakere utvikling enn forventet i mai og vil få stor oppmerksomhet fremover.

Prioriteringsregelen er oppfylt for ventetider. Prioriteringsregelen for poliklinisk aktivitet er oppfylt for BUP, men ikke for VOP og TSB. Aktiviteten i mai har vært lav innen PHV og TSB, mye grunnet rekrutteringsutfordring i terapeutstaben.

Det jobbes med implementering av forbedringstiltak, men prosessene oppleves mer tidskrevende enn lagt til grunn i budsjettet. Rekrutteringsvansker og større andel av ressurskrevende pasienter utfordrer driften i klinikkene.

Prognosen for året er balanse i forhold til budsjettet styringsmål. Estimatvurdering er forbundet med mindre risiko enn tidligere rapportert, som følge av bra resultater i mai.

## Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD 2019

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

### Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Redusere unødvendig ventetid	mål 2019	des.16	des.17	des.18	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	Kirurgi	Medisin	MSK	Smertepol	BUK (som.)	BUK (psyk.)	VOP/TSB
Gjennomsnitt ventetid i dager	50 dager somatikk 35 dager VOP/TSB 30 dager BUP	61	56,2	53,4	54,7	56,1	55,0	54,0	65	45	38	102	37	32	37/33
Fristbrudd avviklede, antall pr mnd	0	56	30	34	40	46	31	34	6	27	-	1	-	-	-
Antall som venter	reduksjon	7 819	7 665	7 266	7 014	7 027	6 959	7 117							
Antall med ventetid over 1 år	reduksjon	332	89	53	25	24	24	30							
Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp (OA1)	70 %	69 %	79 %	81 %	78 %	76 %	74 %	80 %							
Andel innen definert forløpstid	70 %	71 %	69 %	77 %	70 %	72 %	77 %	73 %							
Antall passert tentativ tid	reduksjon	4 969	3 537	4 577	3 831	3 828	4 115	4 536	2 426	1 831	-	13	114	89	63

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

Tabellen ovenfor reflekterer de interne målsettingene for ventetid i 2019.

Det er kun små variasjoner i ventetider og antall ventende, men trenden siste månedene er noe urovekkende med økning i antall pasienter som har passert tentativ tid. Samtidig øker også antall fristbrudd og antall ventende i mai måned. Når vi nå går inn i perioden med sommerferieavvikling og redusert kapasitet, er det grunn til å forventet ytterligere forverring på disse parameterne.

Gjennomsnittlig ventetid for påstartet pasienter i somatikken er stabilt på 55 dager i april og mai. De andre tjenesteområdene har en liten økning i ventetid påstartet: Psykiatri voksen 37 dager, TSB 33 dager og barne- og ungdomspsykiatri 32 dager.

Andel fristbrudd påstartet pasienter er stabilt i mai, mens andel fristbrudd ventende øker betydelig siste måned. Andel fristbrudd påstartet pasienter er 1,4 % i mai. Andel fristbrudd ventende er 0,7 %, og på nivå med mai 2018.

#### **Pakkeforløp**

Urologi generelt har en svært god utvikling. Blærekreft, testikkelkreft og nyrekreft har for perioden jan-mai 91 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid, mens prostata har 68 % (samme tidsrom i fjor 65 %). Sykehuset har økt sitt fokus på prostata fra medio 2017 og statistikken har siden den gangen vist en positiv utvikling. På bryst har man oppnådd andel behandlet innen standard forløpstid over 70 %. Tall per 5 måneder 2019 viser 80 %.

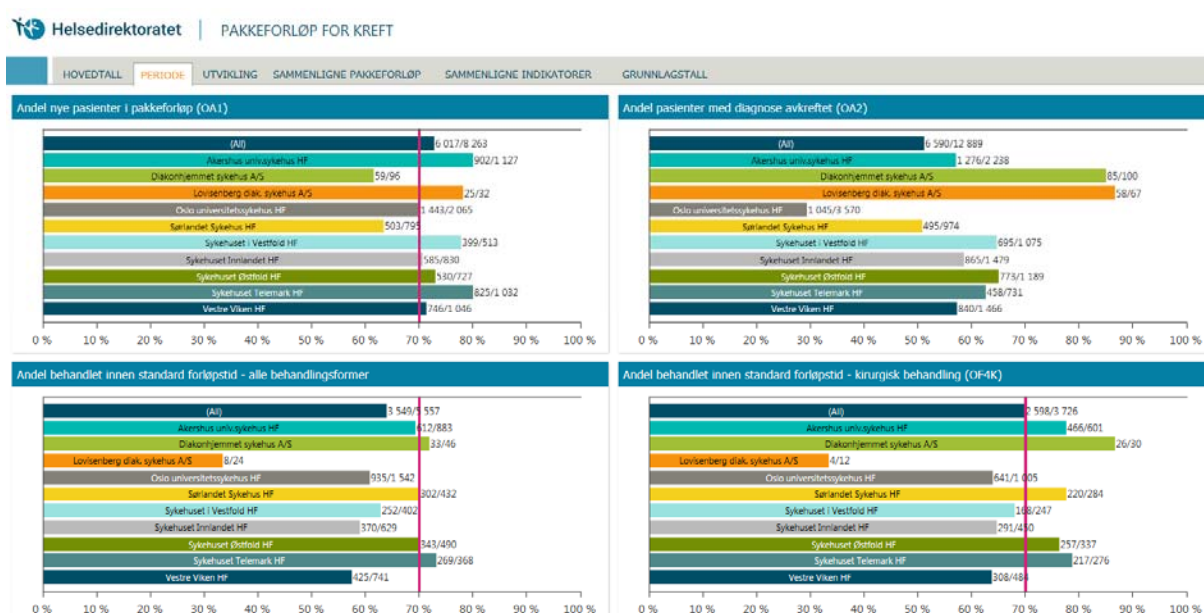
Innen gynekologisk kreft har vi relativt små tall, få pasienter; eggstokkreft 29 %, livmorhalskreft 22 %, livmorkreft 67 %. Her foregår behandling sentralt og vi har relativt liten påvirkning på tempo. Forløpskoordinator og kreftkoordinator jobber aktivt for å bedre samhandlingen. Føflekkreft oppnår 94 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid, hele forløpet utføres ved STHF.

For lunge er 53 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid hittil i år. PET lunge er overført fra Radiumhospitalet til Ullevål sykehus. Dette har medført at forløpstiden har økt. Innen hematologi har lymfomer 75 %, myelomatose 100 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid.

Innen tykk- og endetarmkreft er 83 % av pasientene inkludert i pakkeforløp. Ut fra Helsedirektoratets statistikk er kun 50 % av pasientene er behandlet innen standard forløpstid – noe som er svakere enn i samme periode i fjor (72 %). De svake resultatene tas opp i de aktuelle fagmiljøene ved sykehuset for å se hvor i forløpet forsinkelsene oppstår.

Gjennomsnittstall per 5 måneder i år viser 80 % andel nye pasienter inkludert i pakkeforløp, dette er noe lavere enn i tilsvarende periode i fjor (87 %). 73 % av pasientene i pakkeforløp behandles innen standard forløpstid, som er tilnærmet likt som ved tilsvarende periode i fjor (75 %), og innfrir dermed målet om 70 %. Sykehuset Telemark HF scorer høyest på andel behandlet innen standard forløpstid innen foretaksgruppen.

Figuren nedenfor viser resultater for 5 måneder 2019:



## Prioritere psykisk helsevern og TSB

Prioriteringsregelen kommenteres under avsnittet om aktivitet.

Prioritere psyk.helsevern og TSB	mål 2019	jan.18	feb.18	mar.18	apr.18	mai.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	Hittil 2019
Antall tvangsinnleggelses psyk./1000	lavere enn 2018	0,14	0,12	0,14	0,16	0,18	0,24	0,12	0,21	0,10	0,10	0,15
Andel tvangsinnleggelses	lavere enn 2018	15,3 %	13,3 %	13,7 %	14,6 %	17,2 %	20,1 %	13,5 %	18,9 %	10,2 %	10,5 %	15,0 %
Antall pasienter i døgntilrettelagt behandling som har minst ett tvangsmiddelvedtak	reduseres	9	8	9	4	8	11	11	11	10	15	12

Det er 133 antall tvangsinnlagte hittil i år. Dette tilsvarer et snitt på 0,15 per 1000 innbyggere. Dette er på samme nivå som på samme tid i fjor. Mai isolert så var det 18 tvangsinnleggelses, noe som tilsvarer 0,1 per 1000 innbyggere. Antall tvangsinnleggelses har vært fallende de to siste månedene.

Hittil i år er det er det 887 innleggelses og 133 av disse er tvangsinnlagte, noe som gir en andel tvangsinnlagte på 15,0 %. Andel i fjor på samme tid var 14,9 %.

## Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	mål 2019	des.16	des.17	des.18	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	Kirurgi	Medisin	MSK	ABK	BUK	VOP/ TSB
Sykehusinfeksjoner %	<3%	4,5 %		3,8 %	4,3 %			4,4 %	3,1 %	5,3 %			9,1 %	
Korridorpasienter - antall	0	85	50	51	158	166	116	170	17	153				
Korridorpasienter %	0,0 %	0,9 %	0,6 %	0,7 %	1,9 %	2,1 %	1,4 %	1,9 %	0,5 %	3,4 %				
Direkte time i %	100 %		84 %	78 %	83 %	83 %	84 %	84 %	88 %	78 %	94 %	100 %	83 %	89 %
Antall åpne dokumenter > 14 dager		4 550	4 920	4 669	3 679	3 606	3 786	3 890	1 009	1 014	73	7	914	873
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode og uten ny kontakt	1000	1 861	1 445	1 734	1 827	1 800	2 021	2 167	308	1 175	385	15	209	75
Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse	>30%		28 %	30 %	31 %	30 %	29 %	29 %		29 %				

Det har vært små variasjoner i kvalitetsindikatorerne siste året. Antall og andel korridorpasienter har imidlertid vært uventet høyt i 2019. Årsaken er sannsynligvis sammensatt, hvor økte smitteutfordringer i sengeposter i kombinasjon med høyt belegg og stor grad av flersengsrom kan være noe av forklaringen. Vi vil følge utviklingen nøye og bl.a sørge for at praksis følger de utarbeidede retningslinjene.

### *Sykehusinfeksjoner*

Prevalensmålingen for februar viste 4,3 % og mai viste 4,4 %. Dette er svakere enn gjennomsnittet for 2018 som var 3,5 %.

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

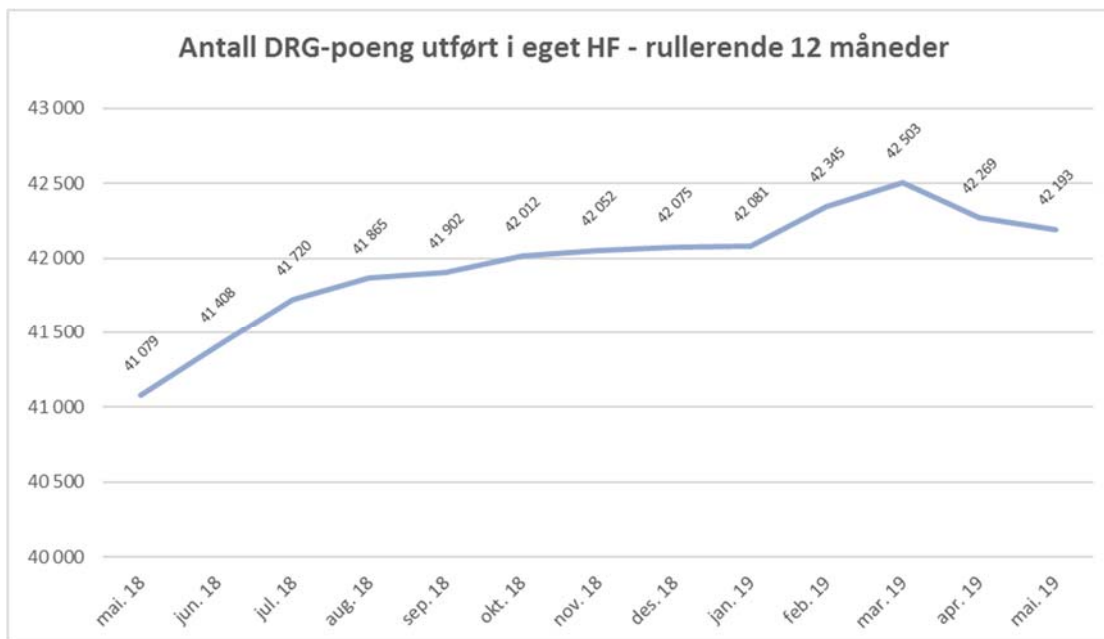
Det er også fokus på innsatsområde "blodbaneinfeksjoner" på sengeposter. Tavlemøter er under innføring på intensivavdelingen og på sengepostene.

## Aktivitet

### **Somatikk**

Antall "sørge for" ISF-poeng per 5 måneder (døgn, dag, poliklinikk, legemidler) var 322 poeng svakere enn budsjettet. Avviket er i all hovedsak relatert til døgnaktiviteten (en kombinasjon av færre opphold og lavere DRG-indeks («pleietyngde»).

Det har vært høyt pasientbelegg både i januar (100 %), i februar (99 %), mars (99 %), april (97 %) og mai (96 %).



Trenden «rullerende DRG-poeng siste 12 måneder» viser en noe utflatende tendens.

<b>DRG-poeng</b>	faktisk 5 m 19	bud. 5 m 19	avvik 5 m 19	faktisk 5 m 18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Faktisk 2018
Kirurgisk klinikk	8 397	8 680	-283	8 348	1 %	49	20 132	19 257
Medisinsk klinikk	8 457	8 485	-28	8 512	-1 %	-55	19 924	19 570
Barne og ungdomsklinikken	1 290	1 316	-26	1 228	5 %	62	3 010	2 700
ABK	49	36	13	43	14 %	6	80	99
Medisinsk serviceklinikk	227	220	7	200	14 %	27	500	464
<b>Sum DRG-poeng behandlet i eget HF</b>	<b>18 420</b>	<b>18 737</b>	<b>-317</b>	<b>18 331</b>	<b>0 %</b>	<b>89</b>	<b>43 646</b>	<b>42 090</b>
- døgn	12 897	13 316	-419	13 033	-1 %	-136	30 906	29 754
- dagbehandling	2 293	2 101	192	2 054	12 %	239	4 904	4 618
- poliklinikk	3 230	3 320	-90	3 244	0 %	-14	7 836	7 718
<b>Sum DRG-poeng behandlet i eget HF</b>	<b>18 420</b>	<b>18 737</b>	<b>-317</b>	<b>18 331</b>	<b>0 %</b>	<b>89</b>	<b>43 646</b>	<b>42 090</b>
DRG-poeng pasienter fra andre regioner beh. i eget HF	60	104	-44	63	-5 %	-3	300	259
DRG egne pasienter behandlet ved andre regioner/private	90	133	-43	102	-12 %	-12	400	420
DRG kreftmidler og dyre biologiske legemidler (H-reseptor)	1 161	1 200	-39	1 266	-8 %	-105	3 000	3 164
<b>Sum DRG-poeng i h.h.t. "sørge for"-ansvaret</b>	<b>19 611</b>	<b>19 966</b>	<b>-355</b>	<b>19 636</b>	<b>0 %</b>	<b>-25</b>	<b>46 746</b>	<b>45 415</b>

<b>Sykehusopphold</b>	faktisk 5 m 19	bud. 5 m 19	avvik 5 m 19	faktisk 5 m 18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Faktisk 2018
<b>Opphold behandlet i eget HF</b>								
- døgn - inkl. Nordagutu	11 676	12 141	-465	11 821	-1 %	-145	28 200	27 833
- dagbehandling	9 581	9 218	363	8 918	7 %	663	21 800	20 999
- poliklinikk	72 907	71 569	1 338	71 660	2 %	1 247	169 400	165 846

<b>Polikliniske konsultasjoner</b>	faktisk 5 m 19	bud. 5 m 19	avvik 5 m 19	faktisk 5 m 18	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Faktisk 2018
Kirurgi	34 217	34 939	(722)	34 201	16	83 000	79 777
Medisin	30 836	28 704	2 132	30 049	787	68 650	69 124
BUK	4 057	4 305	(248)	3 784	273	9 550	8 705
ABK	567	544	23	565	2	1 200	1 280
MSK	3 230	3 077	153	3 061	169	7 000	6 960
<b>STHF</b>	<b>72 907</b>	<b>71 569</b>	<b>1 338</b>	<b>71 660</b>	<b>1 247</b>	<b>169 400</b>	<b>165 846</b>

Antall sykehusopphold i mai er 3 % lavere enn budsjettet, men 4 % høyere enn i fjor. I mai ble det utført 15 % flere dagbehandlinger som budsjettet og 15 % flere enn i fjor. Samtidig ble det utført 15.200 polikliniske konsultasjoner. Dette er 5 % flere enn budsjettet og 3 % flere enn i fjor. Mai har 1 arbeidsdag (5 %) mer enn i fjor.

Antall sykehusopphold hittil i år er 4 % lavere enn budsjettet og 1 % færre enn i fjor. Det har vært høyt pasientbelegg i januar (100 %), februar (99 %), mars (99 %), april (97 %) og mai (96 %).

Per 5 måneder ble det utført 4 % flere dagbehandlinger enn budsjettet og 7 % flere enn i fjor. Samtidig ble det utført om lag 73.000 polikliniske konsultasjoner. Dette er 2 % flere enn budsjettet og i fjor.

**Kirurgisk klinikk** per mai viser et avvik på - 283 poeng, som er en forverring på - 17 siden forrige periode. Det akkumulerte avviket gjelder hovedsakelig lave indekser for dag- og døgnopphold. Perioden har mindre døgnopphold enn budsjett, men ligger over budsjett for dag og poliklinikk. Det er avdekt forhold i registreringspraksisen som fører til avvik i indeksmålingene der hvor f.eks poliklinikk-opphold registreres som dag- eller døgnopphold. Dette trekker ned indeksen, og øker antall opphold. Det får liten innvirkning i den totale inntekten, men fører til at indekser ikke er gode styringsverktøy. Det jobbes med å utbedre rutiner og registreringspraksis.

Aktiviteten i **Medisinsk klinikk**, målt i DRG, har vært 38 poeng (-0,4 %) lavere enn budsjettet per 5 måneder. Antall døgnopphold ved Medisinsk klinikk per 5 måneder var likt med budsjett og i fjor. DRG-indeksen for de inneliggende pasientene (som er en indikasjon på kompleksiteten blant pasientene) var per 5 måneder noe svakere enn plan. Den polikliniske aktiviteten har vært 6 % høyere enn budsjettet og 1 % høyere enn i fjor.

**Medisinsk serviceklinikk** har aktivitet høyere enn budsjettet både målt i antall pasientkontakter og DRG-poeng.

I **Barne- og ungdomsklinikken** er årsaken til færre DRG-poeng enn budsjettet, færre opphold på barneavdelingen og færre friske nyfødte. I tillegg er antall konsultasjoner på barnepoliklinikken 9 % lavere enn budsjettet hittil i år.

### Psykisk helsevern og TSB

Aktiviteten per mai er høy på sengepostene innenfor PHV/TSB. Det er høyere antall liggedøgn både målt mot budsjett og fjoråret. Antall utskrevne innenfor BUP og TSB er høyere enn fjoråret, mens det er en liten nedgang innenfor VOP. Det er høyere beleggspersent men liggetiden er noe høyere og antall utskrevne går ned.

<b>Døgnaktivitet</b>	<b>faktisk</b>	<b>bud.</b>	<b>avvik</b>	<b>faktisk</b>	<b>endring</b>	<b>endring</b>	<b>Budsjett</b>	<b>Estimat</b>	<b>Faktisk</b>
<b>liggedøgn</b>	<b>mai.19</b>	<b>mai.19</b>	<b>mai.19</b>	<b>mai.18</b>	<b>2018-2019</b>	<b>2018-2019</b>	<b>2019</b>	<b>2019</b>	<b>2018</b>
Voksenpsykiatri	13 975	13 664	311	13 940	0 %	35	32 500	33 500	33 119
Barne- og ungdomspsykiatri	1 387	1 001	386	1 001	39 %	386	2 100	2 700	2 197
TSB / RUS	1 600	1 435	165	749	114 %	851	3 200	3 400	2 798
<b>STHF</b>	<b>16 962</b>	<b>16 100</b>	<b>862</b>	<b>15 690</b>	<b>8 %</b>	<b>1 272</b>	<b>37 800</b>	<b>39 600</b>	<b>38 114</b>

<b>Døgnaktivitet</b>	<b>faktisk</b>	<b>bud.</b>	<b>avvik</b>	<b>faktisk</b>	<b>endring</b>	<b>endring</b>	<b>Budsjett</b>	<b>Estimat</b>	<b>Faktisk</b>
<b>Utskrevne</b>	<b>mai.19</b>	<b>mai.19</b>	<b>mai.19</b>	<b>mai.18</b>	<b>2018-2019</b>	<b>2018-2019</b>	<b>2019</b>	<b>2019</b>	<b>2018</b>
Voksenpsykiatri	678	709	-31	690	-2 %	-12	1 650	1 600	1 627
Barne- og ungdomspsykiatri	62	41	21	43	44 %	19	95	110	97
TSB / RUS	146	171	-25	100	46 %	46	400	350	330
<b>STHF</b>	<b>886</b>	<b>921</b>	<b>(35)</b>	<b>833</b>	<b>6 %</b>	<b>53</b>	<b>2 145</b>	<b>2 060</b>	<b>2 054</b>

Antall ISF-berettigede polikliniske konsultasjoner ligger høyere enn budsjettet innenfor BUP, mens VOP og TSB viser en nedgang. Sett opp mot fjoråret så er det en nedgang innenfor VOP og TSB, mens BUP viser en kraftig vekst. Innenfor VOP så var antallet innenfor Helse og arbeid (tidligere raskere tilbake) vesentlig høyere i fjor på samme tid. Hvis vi tar bort den delen av aktiviteten, så viser VOP et positivt budsjettavvik på 1,0 % og en aktivitet som er 1,4 % høyere enn fjoråret.

<b>Poliklinikk psykiatri</b>	<b>faktisk mai.19</b>	<b>bud. mai.19</b>	<b>avvik mai.19</b>	<b>faktisk mai.18</b>	<b>endring 2018-2019</b>	<b>endring 2018-2019</b>	<b>Budsjett 2019</b>	<b>Estimat 2019</b>	<b>Faktisk 2018</b>
<b>Antall ISF-konsultasjoner</b>									
BUP	13 540	12 869	671	11 972	13,1 %	1 568	28 100	29 000	27 451
VOP	22 722	22 851	-129	22 823	-0,4 %	-101	52 650	52 300	51 405
- herav Helse og arbeid	73	437	-364	497	-85,3 %	-424	1 000	350	497
TSB	4 817	5 490	-673	5 147	-6,4 %	-330	12 650	11 250	12 349
<b>SUM</b>	<b>41 079</b>	<b>41 210</b>	<b>-131</b>	<b>39 942</b>	<b>3 %</b>	<b>1 137</b>	<b>93 400</b>	<b>92 550</b>	<b>91 205</b>
<b>ISF-poeng</b>									
BUP	4 525	4 189	336	3 953	14 %	572	9 150	9 700	8 984
VOP	3 302	3 254	48	3 415	-3 %	-113	7 502	7 600	7 538
- herav Helse og arbeid	11	35	-24	76	-85 %	-65	84	45	76
TSB	625	684	-59	617	1 %	8	1 575	1 450	1 515
<b>SUM</b>	<b>8 452</b>	<b>8 127</b>	<b>325</b>	<b>7 984</b>	<b>6 %</b>	<b>467</b>	<b>18 227</b>	<b>18 750</b>	<b>18 037</b>

## Prioriteringsregelen

<b>Ventetid</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>Endring</b>
Somatikk	54,6	55,4	1,4 %
BUP	47,1	29,5	-37,4 %
VOP	47,5	37,7	-20,6 %
TSB	32,3	27,3	-15,6 %

<b>Aktivitet</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>Endring</b>
Somatikk	71 660	72 907	1,7 %
BUP	11 972	13 540	13,1 %
VOP	22 823	22 722	-0,4 %
TSB	5 147	4 817	-6,4 %

<b>Kostnader (i antall 1000)</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>Endring</b>
Somatikk	723 310	779 049	7,7 %
BUP	36 452	41 775	14,6 %
VOP	160 578	168 211	4,8 %
TSB	20 732	24 439	17,9 %

### Ventetider

Prioriteringsregelen for ventetider er oppfylt. Det er en oppgang i ventetidene innenfor somatikken, mens alle tjenesteområdene innenfor psykiatrien viser nedgang i ventetidene. VOP og BUP ligger under 40 dager, og TSB ligger under 35 dager.

Ventetid for somatikken er økt med 0,8 dager per mai målt mot samme periode i fjor.

Voksenpsykiatrien har redusert ventetiden med 9,8 dager, barne- og ungdomspsykiatrien har redusert sin ventetid med 17,6 dager, mens ventetid innen TSB er viser en reduksjon fra 32 til 27. dager.

### Polikliniske konsultasjoner

Prioriteringsregelen for poliklinisk aktivitet er oppfylt for BUP, men ikke innenfor VOP og TSB. Aktiviteten på BUP viser en økning på hele 13,1 % sett opp mot fjoråret.



## Bemanning

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

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

STHF rapporterer 2.945 brutto månedsverk per mai. Det er 12 månedsverk høyere enn i fjor. Tallene i 2019 er ikke sammenlignbare med fjoråret, da bemanningen på den nye avrusningsenheten var fulltallig først i mars måned 2018. Trekker vi ut avrusningen begge årene så er forbruket økt fra 2916 til 2919 månedsverk. Sett opp mot budsjetterte antall årsverk, så er det per mai et overforbruk på 2,7 %.

Klinikkene la frem tiltak for å redusere bemanningen med 52 årsverk i 2019, men har i for liten grad evnet å realisere tiltak som skulle føre til bemanningsreduksjoner.

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.

## Økonomi

Mai er første måned i år hvor resultatet er bedre enn budsjettert. Det rapporteres et positivt driftsresultat på 6 millioner kr i mai, som er 3,5 millioner kr. høyere enn periodisert styringsmål. Det positive budsjettavviket er relatert til høyere salgssinntekter lab./røntgen og polikliniske laboratorieinntekter.

Resultatet hittil i år korrigert for endrete pensjonsforutsetninger viser et positivt resultat på 8,3 millioner kr, som er 4,2 millioner kr. svakere enn periodisert styringsmål.

Resultatet hittil i år skyldes lavere DRG-aktivitet i somatikken og mindre effekt av internt effektiviseringsarbeid. Størsteparten av det negative budsjettavviket er relatert til resultatene i klinikkene.

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. Det er også høyt forbruk av overtid og ekstrahjelp på enkelte sengeposter, knyttet til høyt belegg og til dels svært tunge pasienter.

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

Prognosen for året er balanse i forhold til budsjettert styringsmål. Estimatvurdering er forbundet med mindre risiko enn tidligere rapportert, som følge av bra resultater i mai.

Regnskapsresultat pr. mai 2019	regnskap	budsjett	avvik	Budsjett	Prognose	avvik
	mai	mai	mai	2019	2019	2019
Basisramme	1 017 572	1 017 572	0	2 366 779	2 366 779	-
Kvalitetsbasert finansiering	6 975	6 975	-	16 741	16 741	-
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	340 813	345 770	-4 957	803 331	803 331	-
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	71 714	73 420	-1 705	173 385	173 385	-
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	23 219	22 295	923	49 997	51 506	1 509
ISF fritt behandlingsvalg	-	-	-	-	-	-
ISF refusjon pasientadministrerte legemiddel (H-reseptor)	32 987	33 491	-503	66 981	66 981	-
Utskrivningsklare pasienter	6 127	5 650	478	13 559	13 559	-
Gjestepasienter	7 365	9 006	-1 642	21 352	21 352	-
Konserninterne gjestepasientinntekter	37 894	32 448	5 447	76 853	76 853	-
Polikliniske inntekter	42 164	36 721	5 443	86 386	93 386	7 000
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake	-	-	-	-	-	-
Andre øremerkede tilskudd	4 981	4 920	61	11 807	11 807	-
Andre driftsinntekter	114 282	112 607	1 676	274 988	278 988	4 000
<b>SUM DRIFTSINNTEKTER</b>	<b>1 706 094</b>	<b>1 700 874</b>	<b>5 220</b>	<b>3 962 159</b>	<b>3 974 668</b>	<b>12 509</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	14 525	18 229	3 704	43 750	38 750	5 000
Kjøp av private helsetjenester	38 605	40 350	1 745	100 027	100 027	-
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	193 838	207 522	13 684	497 261	481 261	16 000
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	10 046	5 740	-4 305	11 688	18 688	-7 000
Konserninterne gjestepasientkostnader	118 408	114 839	-3 569	271 267	271 267	-
Lønn til fast ansatte	786 015	775 435	-10 580	1 778 611	1 788 611	-10 000
Overtid og ekstrahjelp	44 007	31 899	-12 107	76 692	92 692	-16 000
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	150 276	140 229	-10 047	321 647	344 693	-23 046
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-42 589	-42 547	42	-101 723	-101 723	-
Annen lønn	126 271	130 222	3 951	293 276	293 276	-
Avskrivninger	40 845	41 577	732	101 668	101 668	-
Nedskrivninger	-	-	-	-	-	-
Andre driftskostnader	233 881	230 523	-3 358	551 202	551 711	-509
<b>SUM DRIFTSKOSTNADER</b>	<b>1 714 127</b>	<b>1 694 018</b>	<b>-20 110</b>	<b>3 945 364</b>	<b>3 980 920</b>	<b>-35 556</b>
<b>DRIFTSRESULTAT</b>	<b>-8 033</b>	<b>6 856</b>	<b>-14 889</b>	<b>16 795</b>	<b>-6 252</b>	<b>-23 046</b>
Finansinntekter	7 280	6 604	676	15 490	15 490	-
Finanskostnader	975	960	-15	2 285	2 285	-
<b>FINANSRESULTAT</b>	<b>6 305</b>	<b>5 644</b>	<b>661</b>	<b>13 205</b>	<b>13 205</b>	<b>-</b>
<b>(ÅRS)RESULTAT</b>	<b>-1 728</b>	<b>12 500</b>	<b>-14 228</b>	<b>30 000</b>	<b>6 954</b>	<b>-23 046</b>
Pensjonskostnader	10 047	-	10 047	-	23 046	23 046
<b>RESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER</b>	<b>8 319</b>	<b>12 500</b>	<b>-4 181</b>	<b>-</b>	<b>30 000</b>	<b>-</b>

## Klinikkene

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

Det jobbes med implementering av forbedringstiltak, men prosessene oppleves mer tidkrevende enn lagt til grunn i budsjettet. Rekrutteringsvansker og større andel av ressurskrevende pasienter utfordrer driften i klinikkene.

Resultater pr. klinikk vises i tabellen under:

BUDSJETTAVVIK per mai 2019	lønn	andre driftskostnader	driftsinntekter	Sum	herav effekt forbedringstiltak	herav øvrig drift
Kirurgi	-5 983	-831	-5 683	-12 496	-3 450	-9 046
Medisin	-10 632	1 600	1 176	-7 856	-1 202	-6 654
Barne- og ungdomsklinikken	-75	-997	2 825	1 753	-283	2 036
Akutt og beredskap	-4 942	-3 469	828	-7 583	-1 247	-6 336
Medisinsk serviceklinikk	3 904	-1 353	3 941	6 492	-350	6 842
Psykatri og rus	-2 425	-583	2 039	-970	48	-1 018
Service og systemledelse	-848	-6 149	5 141	-1 856	-959	-897
<b>SUM klinikker</b>	<b>-21 001</b>	<b>-11 784</b>	<b>10 269</b>	<b>-22 516</b>	<b>-7 443</b>	<b>-15 073</b>
Administrasjon	2 900	-76	-78	2 746	-	2 746
Kjøp og salg av helsetjenester		14 232	-9 163	5 069		5 069
- biol.legemidler og kreftmidler		17 245	-13 888	3 358		3 358
- somatikk		-1 300	3 814	2 514		2 514
- psykiatri og TSB		-1 713	911	-802		-802
<b>Felles poster</b>	<b>-594</b>	<b>6 921</b>	<b>4 192</b>	<b>10 520</b>	<b>0</b>	<b>10 520</b>
<b>Budsjettavvik per april</b>	<b>-18 695</b>	<b>9 294</b>	<b>5 220</b>	<b>-4 181</b>	<b>-7 443</b>	<b>3 263</b>

**Kirurgisk klinikk** har et budsjettavvik på – 12,5 millioner kroner per mai, som er en forverring på – 1,2 millioner kroner siden forrige periode. Avviket i perioden skyldes hovedsakelig uløst budsjettutfordring (1,3 millioner). Klinikken jobber aktivt med å identifisere tiltak for å løse årets totale uløste utfordring på 14,6 millioner. Det er foreløpig identifisert tiltak for 7,7 millioner.

**Medisinsk klinikk** har et negativt avvik på -7,8 millioner kroner per 5 måneder som i all hovedsak er knyttet til lønnskostnader. Noe av lønns-merkostnadene er knyttet til klinikkens uløste utfordringer i 2019-budsjettet. Klinikken jobber med å identifisere tiltak for å løse årets uløste utfordring på 4,6 millioner kroner. Det har i vinter og vår vært et høyt pasientbelegg på de fleste sengepostene, noe som har gitt merkostnader utover budsjettet nivå. Selv i mai, når belegget vanligvis pleier å avta noe, var beleggprosenten ved de medisinske sengepostene 100 %. Varekostnadene, deriblant forbruk av dyre legemidler innen kreftbehandling, har per 5 måneder vært noe lavere enn budsjettet. Den polikliniske aktiviteten har også vært høyere enn budsjettet; noe som har resultert i høyere inntekter fra egenandeler enn budsjettet.

**Barne- og ungdomsklinikken** har et positivt resultat per mai på 1,8 millioner kroner. Høy aktivitet og høye ISF-inntekter i barne- og ungdomspsykiatrien oppveier for innleie av behandlere, samt noe lavere inntekter og merforbruk på lønn i barne- og ungdomsmedisin.

**Akutt og beredskapsklinikken** har et resultat per mai på – 7,6 millioner kroner. Det er avvik på både lønn, innleie, medikamenter og varer. Hovedårsaken til dette er svært høy aktivitet på intensiv første kvartal. Aktiviteten i mai har også vært høy (128% belegg på intensivsengene), det generer innleie og økte lønnskostnader.

Planlagte endringer på FOVA/Mottak på Notodden er under arbeid og krever ombygging- tidligst fullt implementert 3.-4.kvartal. Samdrift av 1.og 2.etg i helger er startet.

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

Sykefraværet i klinikken er nå på 7,16 % (per mars fra HR-kuben).

En bedring i april og mai; GAT-tallene i mai viser 5,57 %. Målet er 5% i løpet av året.

**Medisinsk service klinikk** har per mai et overskudd på 6,5 millioner kroner. Inntektene er 4 millioner kroner høyere enn budsjett grunnet høy aktivitet innen medisinsk genetikk og medisinsk biokjemi, samt betydelig økte takster for laboratorieanalyser knyttet til fertilitetsbehandling. Innsparinger på lønnskostnader grunnet vakanser utgjør 2,5 millioner kroner.

**Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling** leverer et negativt budsjettavvik på 1,0 millioner kroner per mai. Driftsresultatet i mai isolert viser et negativt budsjettavvik 0,4 millioner. Klinikken har i øyeblikket 3 innleide leger som samlet koster rundt 0,9 millioner i måneden. Dette gir klinikken store økonomiske utfordringer. Klinikken har hatt høy aktivitet hittil i år både på sengepost og poliklinikk. Høyere ISF og egenandelsinntekter utgjør 0,5 millioner, og inntekter/refusjoner for ELTE studenter utgjør 1,1 millioner hittil. ELTE-studentene belastes på lønnsbudsjettet, og vi har derfor et mindre negativt avvik på lønn enn det regnskapet tilsier.

Driften på Psykiatrisk sykehusavdeling er fremdeles utfordrende, både med tanke på pasienttrykket og særdeles ressurskrevende enkeltpasienter. Den ungdomspsykiatriske sengeposten har en aktivitetsvekst på 40 % målt mot fjoråret, noe som krever ekstra innleie og gir økte lønnskostnader. Kostnadene har økt med 29 % sammenlignet med samme periode i fjor. Avdelingen samlet viser per mai et negativt resultat på 3,4 millioner.

**Service- og Systemledelse** viser et negativt avvik på 1,9 millioner kroner. Ikke alle forbedringstiltak har blitt realisert enda – per mai ligger tiltakene nærmest 1 million kroner bak budsjettet. Forverring i mai skyldes i hovedsak BHM/Insulin, hvor sist nevnte hadde start på ny avtale – mange pasienter ventet på den slik at det ble en unaturlig høyt pågang denne måneden. Avdeling eiendomsdrift har fortsatt store regninger for vann- og avløpsgebyrer, merforbruk ser ut til å være knyttet til bytting av vannmålere og underrapportering i tidligere år. Service- og Systemledelse forbruker 8,5 årsverk over budsjett. Noe av det på grunn av manglende nedbemanning (dokumentasjonssenteret, lageret), noen har overforbruk (BHM, eiendomsdrift) og i tillegg har klinikken høyt sykefravær (9,1%). Samlede lønnsposter inkludert eksternt innleie er med rundt 1 million kroner høyere enn budsjett. Dette avviket blir nærmere analysert i juni – klinikken har en prognose på lønn i balanse og det skal settes i gang tiltak til å garantere dette.

**Administrasjonen** har et positivt budsjettavvik på 2 millioner kroner per mai grunnet vakante stillinger (økonomidirektør, juridisk rådgiver, bedriftshelsetjenesten).

**Felles:** Positivt avvik på inntekter har sammenheng med risikobufferen i budsjettet.

# Virksomhetsrapport

Mai 2019

# Innhold

1. Hovedmål

2. Pasient

3. Bemanning

4. Aktivitet

5. Kvalitetsindikatorer

6. Økonomi

7. Klinikker

# 1. Oppsummering

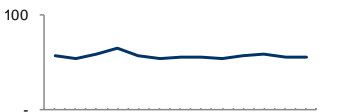
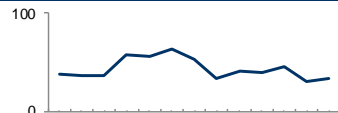




## Oppsummering

mai 2019

Sykehuset Telemark	Faktisk HIÅ	Budsjett HIÅ	Avvik HIÅ	HIÅ 2018	Årsestimat	Årsbudsjett	Avvik
<b>Kvalitet per måned</b>							
Ventetid påstartet, denne periode	54			56			
Ventetid ventende, denne periode	59			62			
Antall fristbrudd påstartet, denne periode	34			42		0	
Antall fristbrudd venter, denne periode	53			49		0	
<b>Aktivitet</b>							
ISF-poeng somatikk							
"Sørge for" (døgn, dag og polkl.)	18 477	18 776	-299	18 225	43 746	43 746	-
Legemidler	1 477	1 500	-23	1 758	3 000	3 000	-
Totalt antall ISF poeng "sørge for"	19 954	20 276	-322	19 983	46 746	46 746	-
Utført eget HF/Sykehus	18 421	18 738	-317	18 204	43 646	43 646	-
ISF-poeng Psyk							
Voksenpsykiatri og TSB	3 928	3 165	763	4 032	9 050	9 077	-27
Barne- og ungdomspsykiatri	4 525	3 335	1 190	3 953	9 700	9 150	550
Polikliniske konsultasjoner							
Somatikk	72 907	71 569	1 338	71 660	169 400	169 400	-
VOP	22 722	22 851	-129	22 823	52 300	52 650	-350
BUP	13 540	12 869	671	11 972	29 000	28 100	900
TSB	4 817	5 490	-673	5 147	11 250	12 650	-1 400
<b>Bemanning</b>							
Brutto månedverk	2 945	2 866	-79	2 933	2 974	2 920	54
Innleie helsepersonell	10 046	5 740	-4 305	6 283	18 688	11 688	7 000
Lønn til fast ansatte	786 015	775 435	-10 580	602 107	1 788 611	1 778 611	10 000
Overtid og ekstrahjelp	44 007	31 899	-12 107	40 354	92 692	76 692	16 000
Sykefravær (forrige måned)	7,21			7,82			
<b>Økonomi (hele tusen)</b>							
Driftsinntekter	1 706 094	1 700 874	5 220	1 620 701	3 974 668	3 962 159	12 509
Driftskostnader	1 714 127	1 694 018	-20 110	1 612 287	3 980 920	3 945 364	-35 556
Netto finansresultat	6 305	5 644	661	4 268	13 205	13 205	-
Pensjon	10 047	-	10 047	-20 833	23 046	-	23 046
Årsresultat	8 319	12 500	-4 181	-8 151	30 000	30 000	-0

## Regionale hovedmål

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



## 1. Oppsummering



Ventetider avviklet i april måned er noe usikre tall da DIPS har gjort enkelte feil i rapportene sine som ikke blir korrigert før i slutten av mai måned.

Prioriteringsregelen - status hittil i år	Antall dager		% endring hittil i år 2018-2019					
	Ventetider påstartet		Ventetider påstartet		Polikliniske konsultasjoner		Bemanning	
	hittil '19	hittil '18	Somatikk	Psykiatri/TSB	Somatikk	Psykiatri/TSB	Somatikk	Psykiatri/TSB
Mai 2019								
STHF	54	54					0,4 %	
SOMATIKK	55	55	1 %		2 %		0 %	
BUP	29	47		-37 %		13 %		8 %
VOP	38	47		-21 %		0 %		-1 %
TSB	27	32		-16 %		-6 %		6 %
<b>Endring pr klinikk</b>	0	0						
(01) Kirurgisk klinikk	67	61	9 %		2 %		-1 %	
(02) Medisinsk klinikk	42	44	-5 %		1 %		0 %	
(03) Barne- og ungdomsklinikken, somatikk	34	50	-31 %		7 %		-2 %	
(303) Avdeling for barn og unges psykiske helse	29	47		-37 %		13 %		3 %
(06) Akutt og beredskap	68	67	1 %		0 %		0 %	
(07) Medisinsk Serviceklinikk	38	88	-56 %		6 %		2 %	
(09) Klinikk for psykisk helsevern, VOP	37	46		-20 %		0 %		-1 %
(09) Klinikk for psykisk helsevern, TSB	28	32		-12 %		-6 %		6 %
(13) Service og systemledelse							0 %	
(15) Administrasjon							2 %	

Fotnote: Påstartet = Avviklet

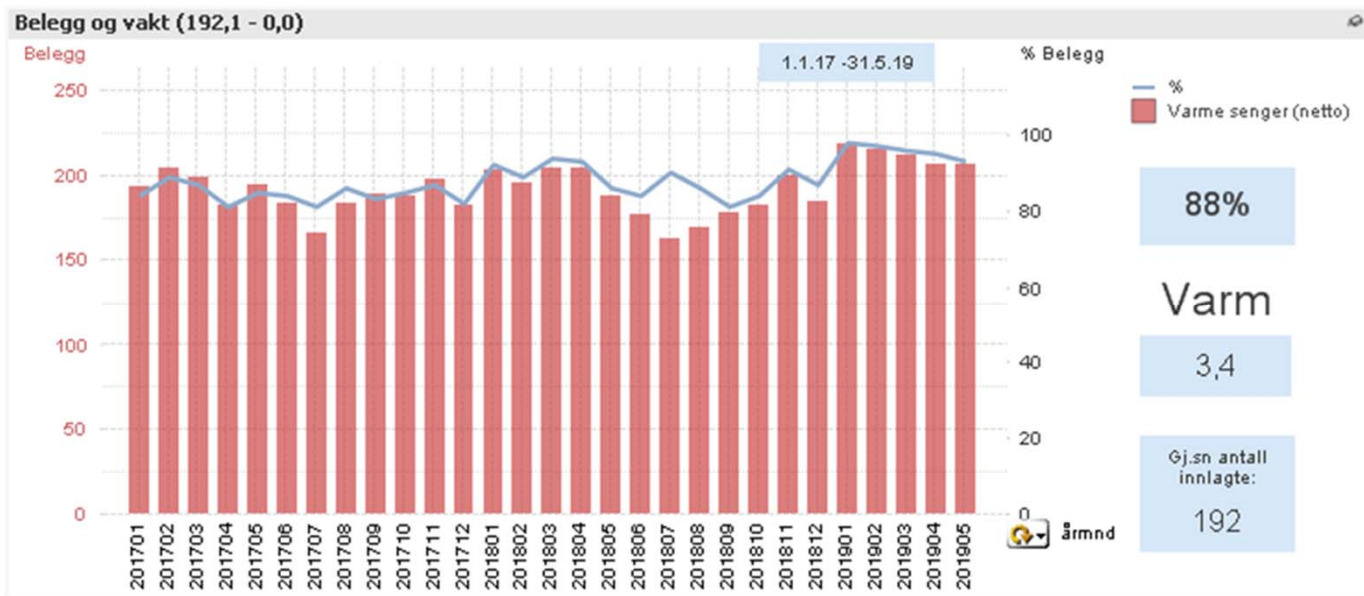
Fotnote: Kostnadene er eks. avskrivninger, legemidler og pensjon

Senger i bruk per somatisk sengepost.  
Tekniske poster utelatt.  
Tatt ut 3/6-19.

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

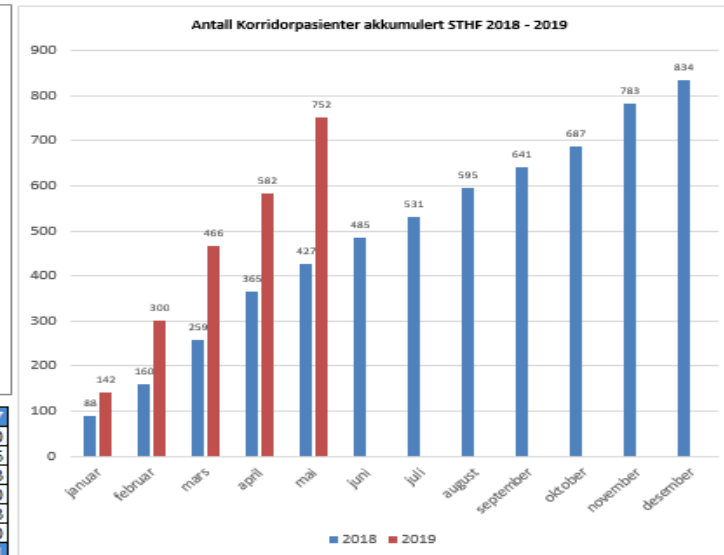
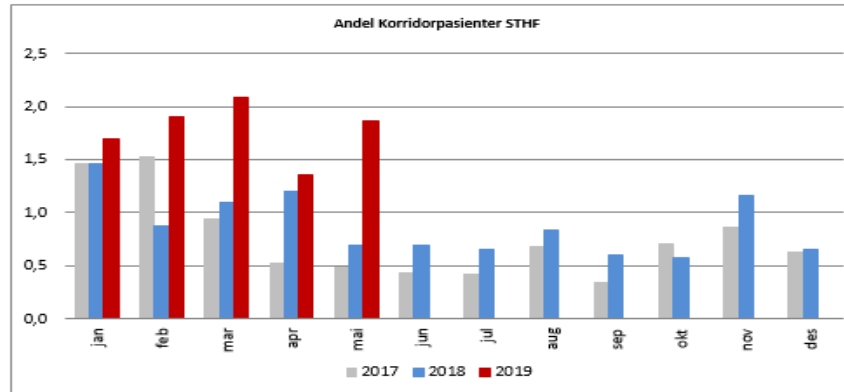
**Senger i bruk per post** 1.5.19 -31.5.19

Post	Postopphold	Varme senger 2016	Varme senger (netto)	Senger	%	/ Vakt
	<b>3165</b>			<b>222</b>	<b>93%</b>	
Infeksjon post Skien	96			10	110%	0,0
Nevrologi-slag-rehab Skien	277			21	106%	0,0
Mage-Tarm post Skien	109			12	102%	0,0
Hjerte-nyre-hormon Skien	367			26	101%	0,0
Lunge-geriatri Skien	175			20	100%	0,0
Gastro post Skien	359			25	100%	0,0
Blod-kreft post Skien	214			18	97%	0,0
Kirurgisk post Notodden	249			13	90%	0,0
Medisinsk post Notodden	309			26	88%	0,0
Ortopedisk post Skien	318			21	87%	0,0
Kirurgen 1 - 1. etg Skien	584			24	79%	0,0
Kirurgen 1 - 3. etg Skien	108			10	7%	0,0

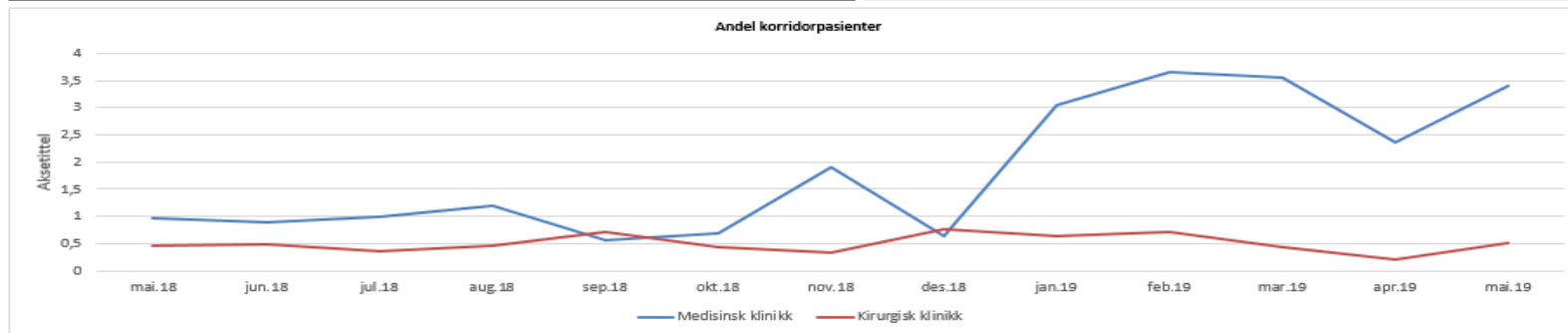


Senger i bruk for  
somatiske sengeposter.  
Tekniske poster utelatt.

## Korridorpasienter



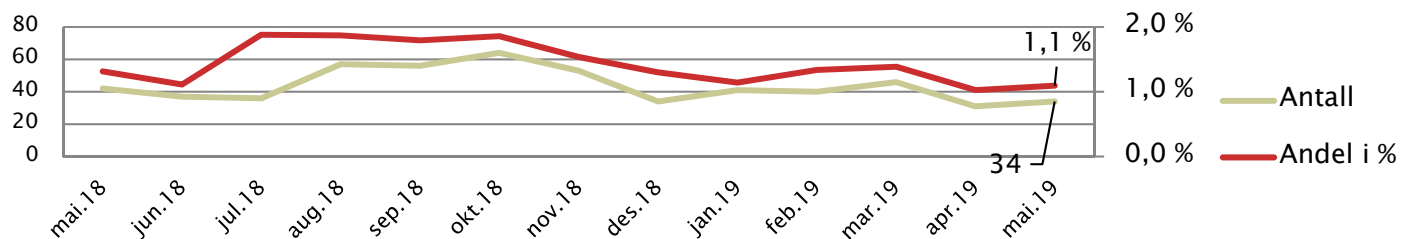
Antall korridorpasienter - somatik	April	Mai	HIÅ 2019	HIÅ 2018	HIÅ 2017
Kirurgisk klinikk	6	17	83	118	110
Medisinsk klinikk	110	153	668	305	325
Barne og ungdomsklinikk	0	0	0	4	3
Akutt og beredskaps klinikk	0	0	1	0	0
Medisinsk teknisk klinikk	0	0	0	0	3
Psykiatrisk klinikk	0	0	0	0	0
<b>Sykehuset Telemark</b>	<b>116</b>	<b>170</b>	<b>752</b>	<b>427</b>	<b>441</b>



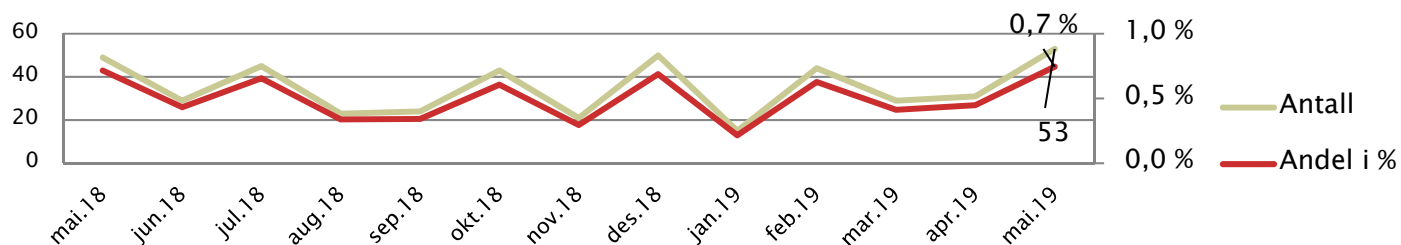
# Pasient

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

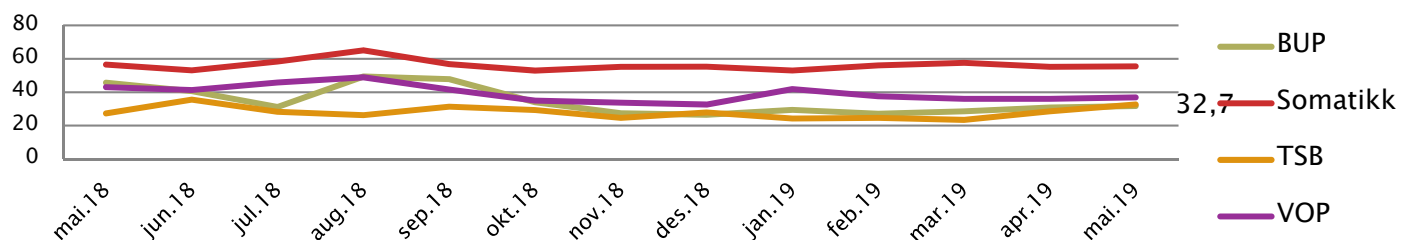
1. Antall/andel fristbrudd påstartet STHF.



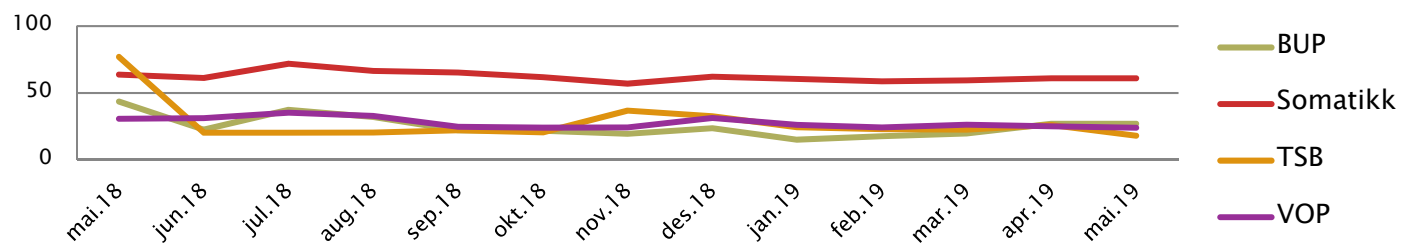
2. Antall/andel fristbrudd ventende STHF.



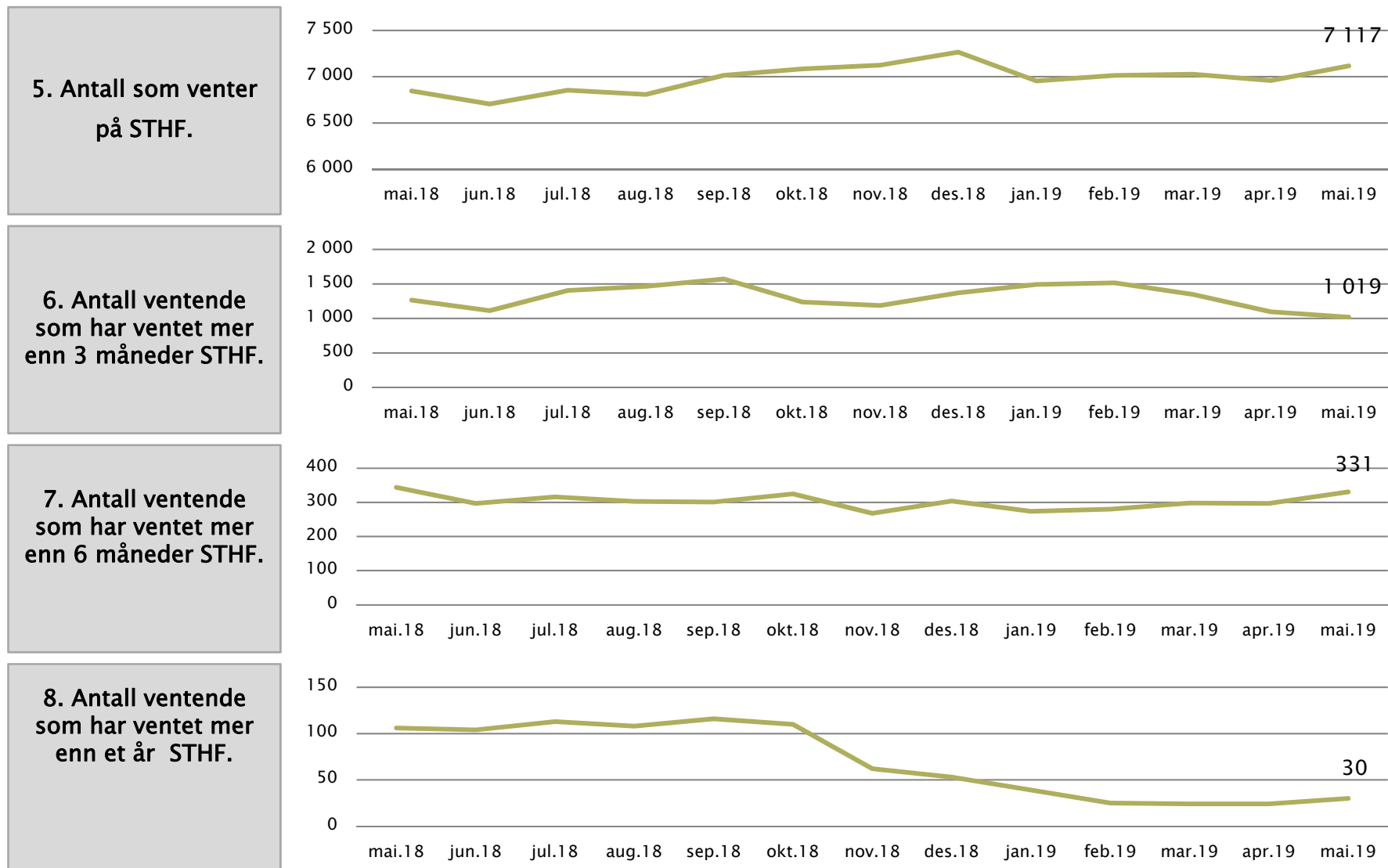
3. Gjennomsnittlig ventetid påstartet STHF



4. Gjennomsnittlig ventetid ventende STHF.

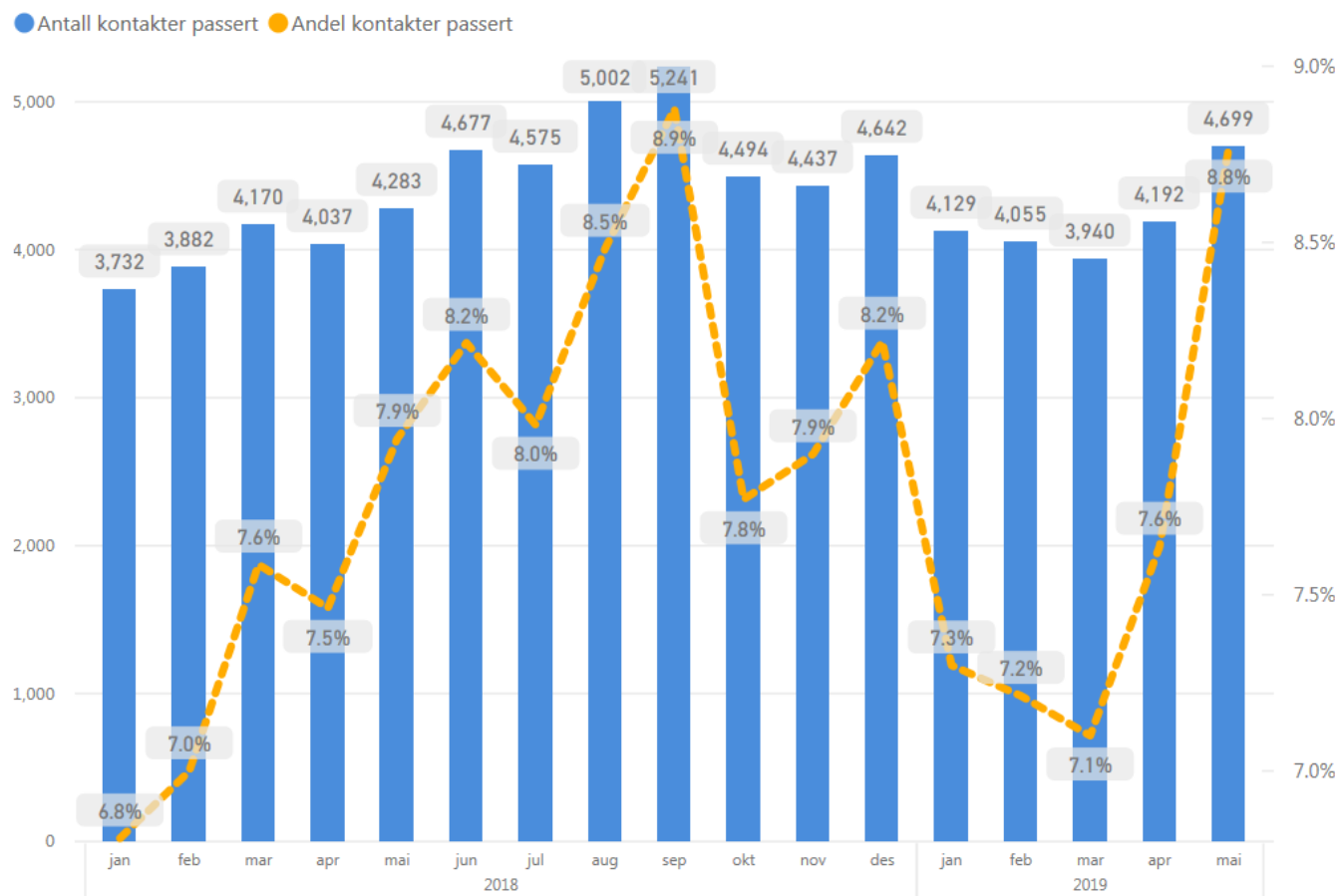


Paul Husmo, husp@sthf.no tlf:35 08 03 02

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


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

# Utvikling «Passert planlagt tid»



## Sammenligning pr Mai

Helseforetaksnavn	Antall planlagte kontakter	Kontakter ikke passert planlagt tid	Kontakter med passert planlagt tid	Andel passert planlagt tid
Oslo Universitetssykehus	246,373	231,932	14,441	5.9 %
Sykehuset Innlandet	101,518	94,068	7,450	7.3 %
Sykehuset i Vestfold	90,274	83,446	6,828	7.6 %
Sørlandet Sykehus	110,702	98,552	12,150	11.0 %
Sykehuset Telemark	53,590	48,891	4,699	8.8 %
Sykehuset Østfold	106,469	91,228	15,241	14.3 %
Vestre Viken	152,728	138,940	13,788	9.0 %
Sunnaas Sykehus	4,513	4,019	494	10.9 %
Diakonhjemmet Sykehus	34,347	28,891	5,456	15.9 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	34,772	32,061	2,711	7.8 %
Betanien Hospital	9,344	7,830	1,514	16.2 %
Martina Hansen Hospital	14,925	13,950	975	6.5 %
Revmatismesykehuset Lillehammer	4,988	3,670	1,318	26.4 %
<b>Totalt</b>	<b>964,543</b>	<b>877,478</b>	<b>87,065</b>	<b>9.0 %</b>

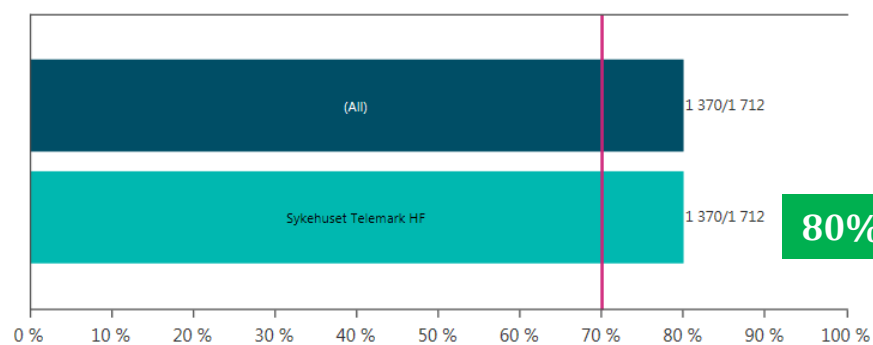
Fra Helse Sør-Øst's nettside <http://bit.ly/passertplanlagttid>  
[Link](#)



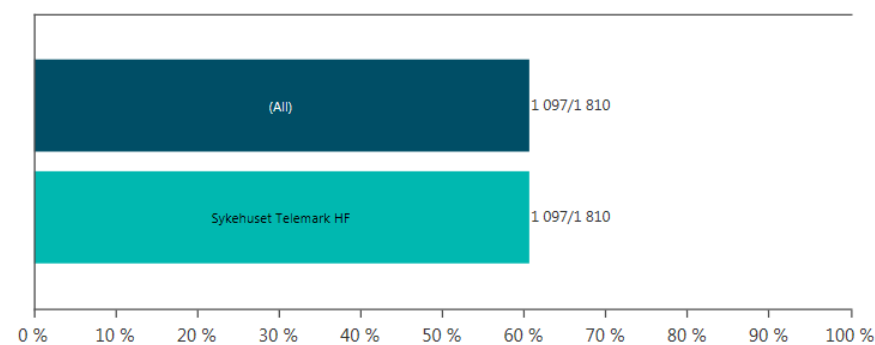
# Pakkeforløp Kreft

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

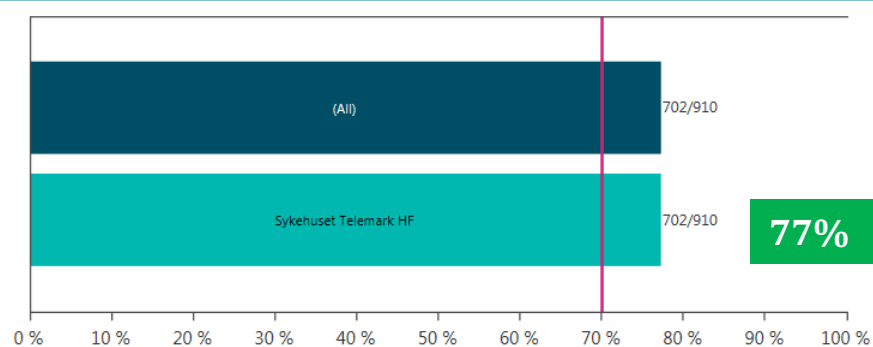
Andel nye pasienter i pakkeforløp (OA1)



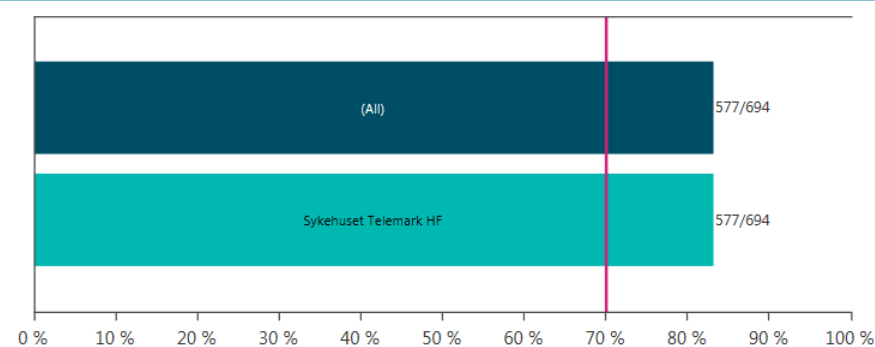
Andel pasienter med diagnose avkreftet (OA2)



Andel behandlet innen standard forløpstid - alle behandlingsformer



Andel behandlet innen standard forløpstid - kirurgisk behandling (OF4K)



Kilde: NPR

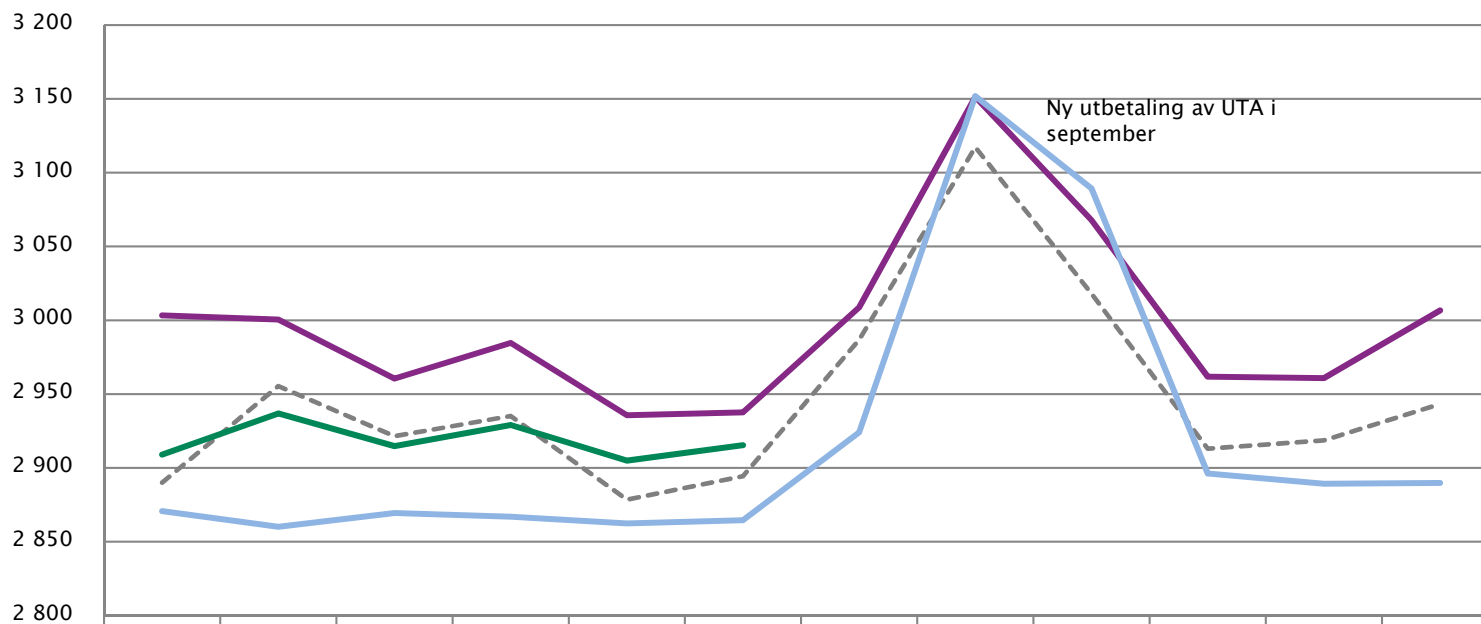
Periode: juni-18 til mai-19

Oppdaterte tall finnes på :

<https://statistikk.helsedirektoratet.no>

# Bemanning

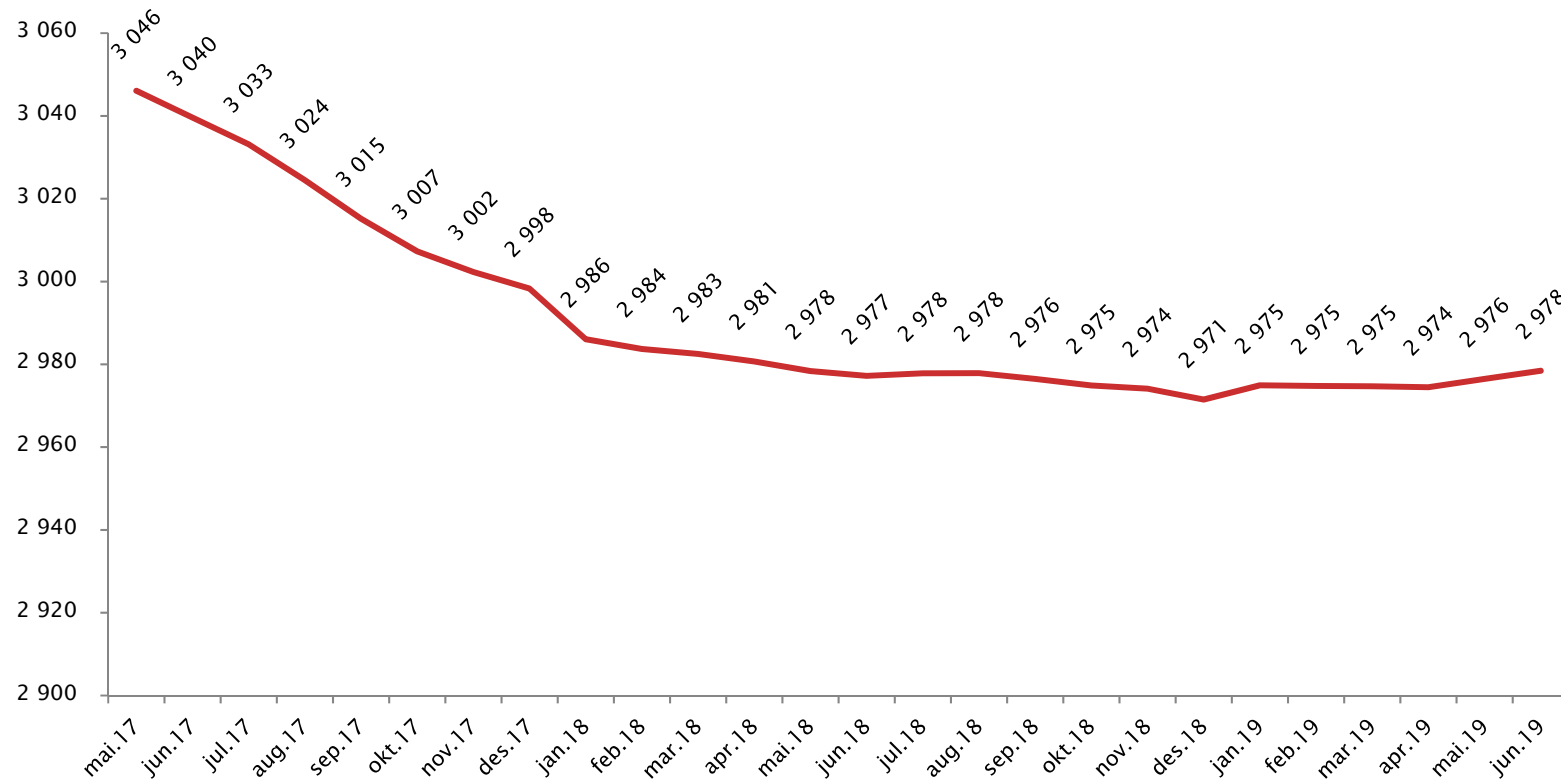
## Antall årsverk



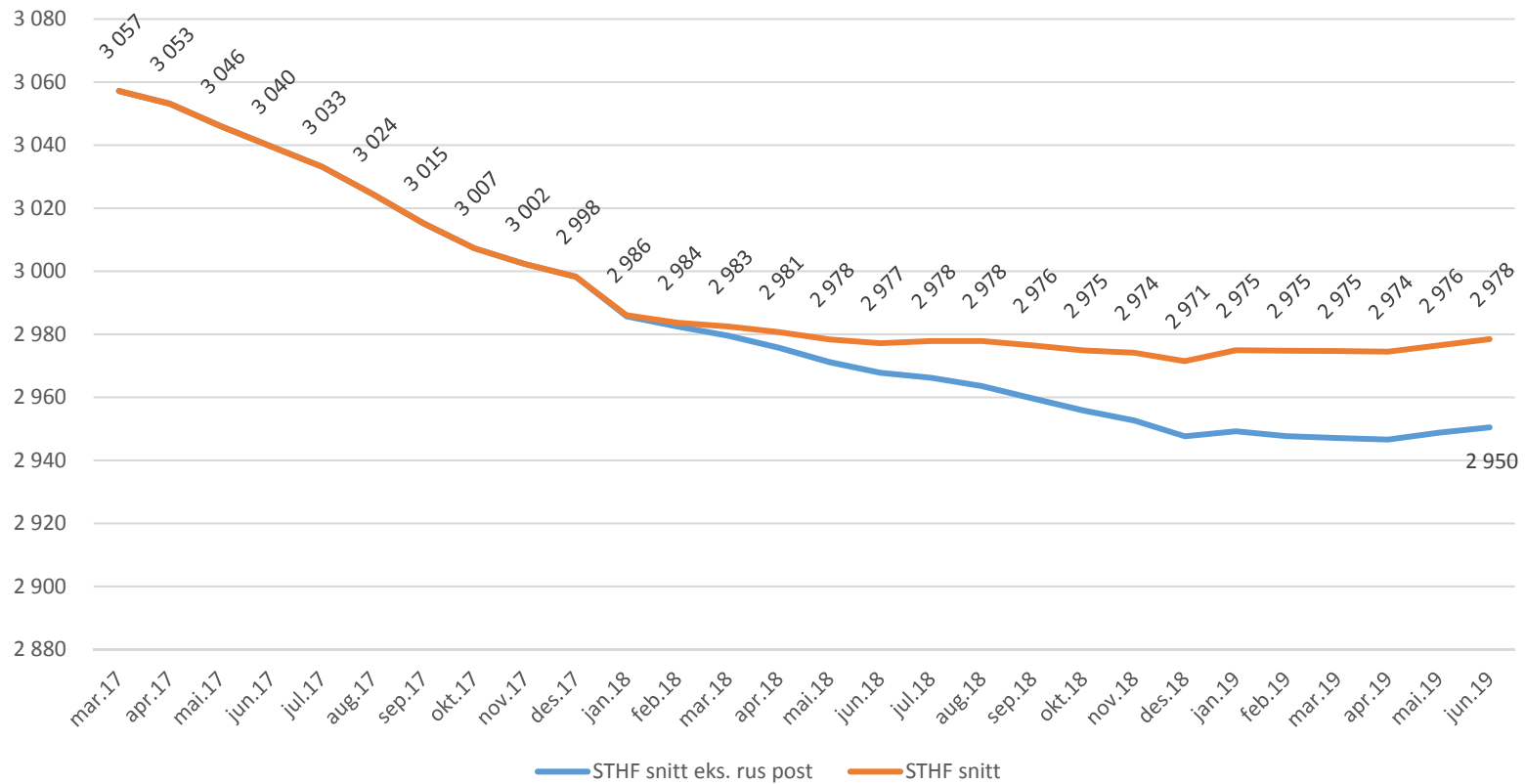
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
— Faktisk 2017	3 003	3 001	2 961	2 985	2 936	2 938	3 009	3 151	3 068	2 962	2 961	3 007
- - - Faktisk 2018 eks avrusning	2 890	2 955	2 921	2 935	2 878	2 894	2 987	3 117	3 018	2 913	2 919	2 943
— Faktisk 2019 eks avrusning	2 909	2 937	2 915	2 929	2 905	2 915						
— STHF budsjett 2019	2 871	2 860	2 869	2 867	2 862	2 865	2 924	3 152	3 089	2 896	2 889	2 890

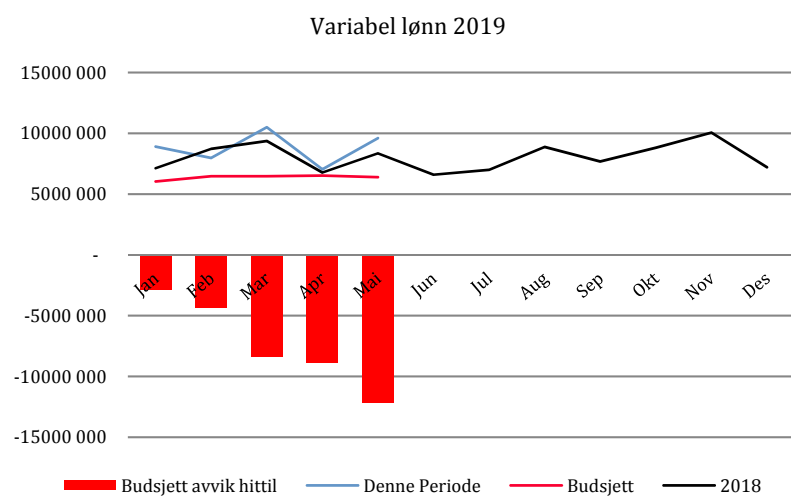
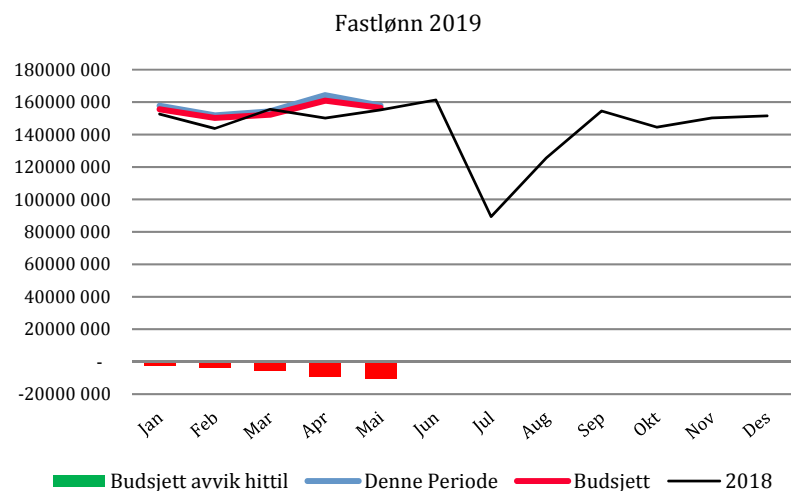
Brutto månedsverk

Glidende 12 mnd



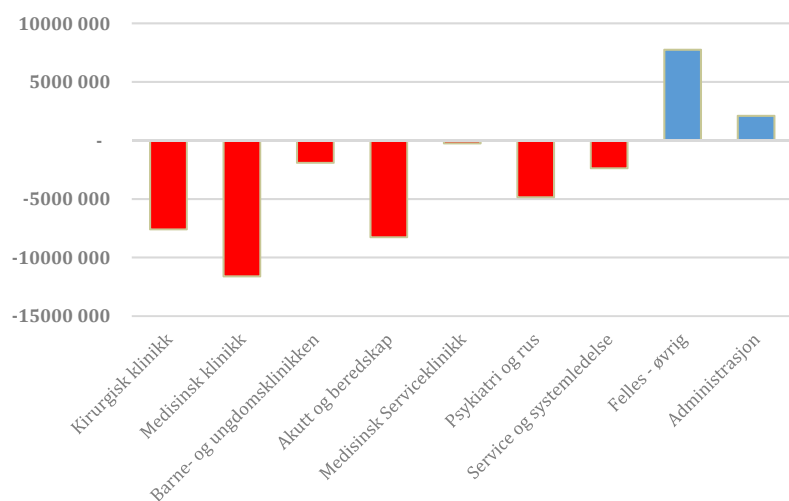
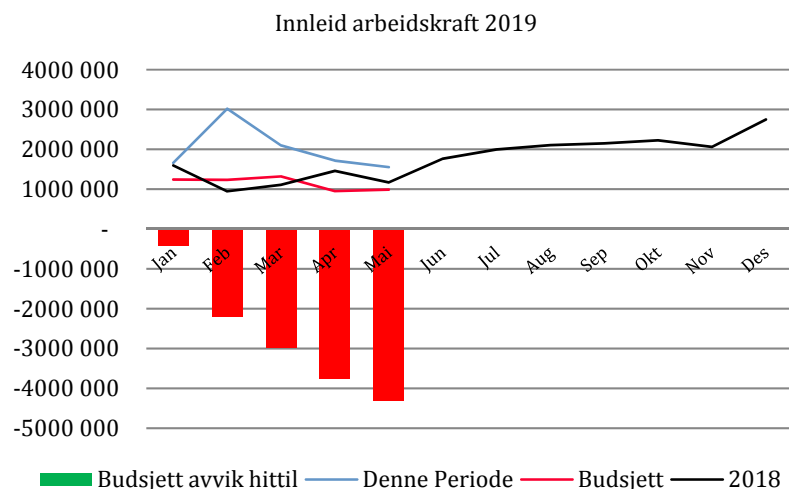
Brutto månedsverk 12 mnd snitt





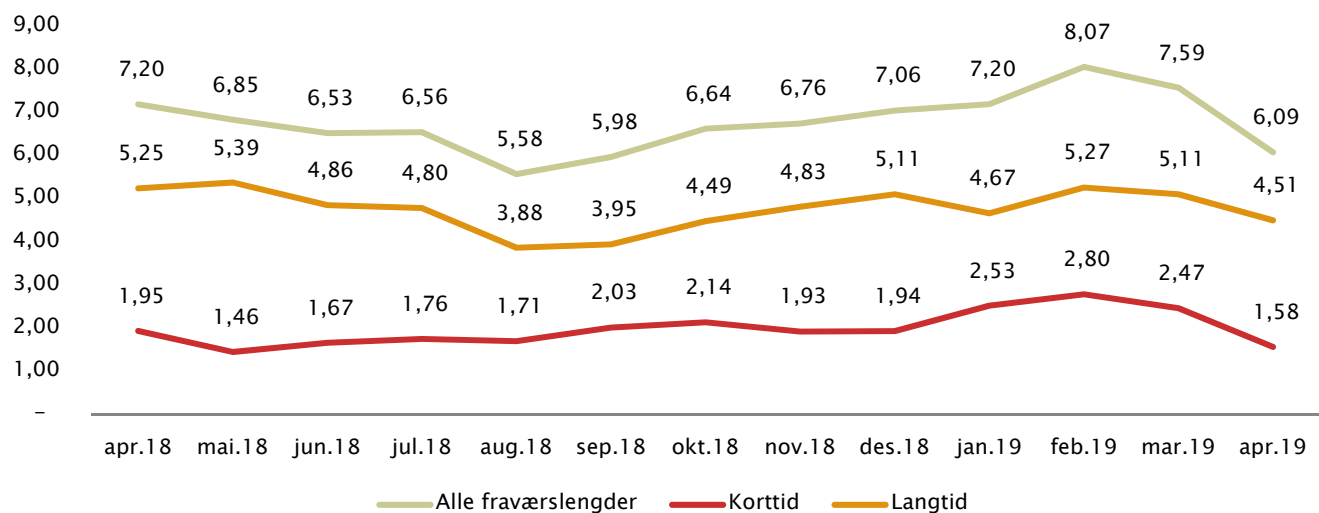
201905	Fastlønn hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
STHF totalt	786 015 027	775 435 231	-10 579 796	-1 %
Kirurgisk klinikk	132 502 984	126 011 211	-6 491 773	-5 %
Medisinsk klinikk	156 205 902	149 061 564	-7 144 338	-5 %
Barne- og ungdomsklinikken	61 054 361	62 411 818	1 357 456	2 %
Akutt og beredskap	122 695 668	117 660 436	-5 035 232	-4 %
Medisinsk Serviceklinikk	78 264 548	82 478 144	4 213 596	5 %
Psykatri og rus	153 019 187	153 577 287	558 100	0 %
Service og systemledelse	64 526 596	63 262 720	-1 263 876	-2 %
Felles - øvrig	-18 845 967	-18 469 035	376 932	-2 %
Administrasjon	36 591 749	39 441 087	2 849 338	7 %

201905	Variabellønn hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	44 006 789	31 899 461	-12 107 328	-38 %
Kirurgisk klinikk	8 301 472	7 224 770	-1 076 702	-15 %
Medisinsk klinikk	10 179 355	5 720 383	-4 458 972	-78 %
Barne- og ungdomsklinikken	2 609 174	318 781	-2 290 393	-718 %
Akutt og beredskap	5 373 387	3 161 606	-2 211 782	-70 %
Medisinsk Serviceklinikk	4 610 742	1 929 035	-2 681 706	-139 %
Psykatri og rus	6 202 092	1 304 311	-4 897 781	-376 %
Service og systemledelse	2 369 084	1 256 790	-1 112 294	-89 %
Felles - øvrig	1 033 831	8 404 480	7 370 649	88 %
Administrasjon	3 327 652	2 579 304	-748 348	-29 %



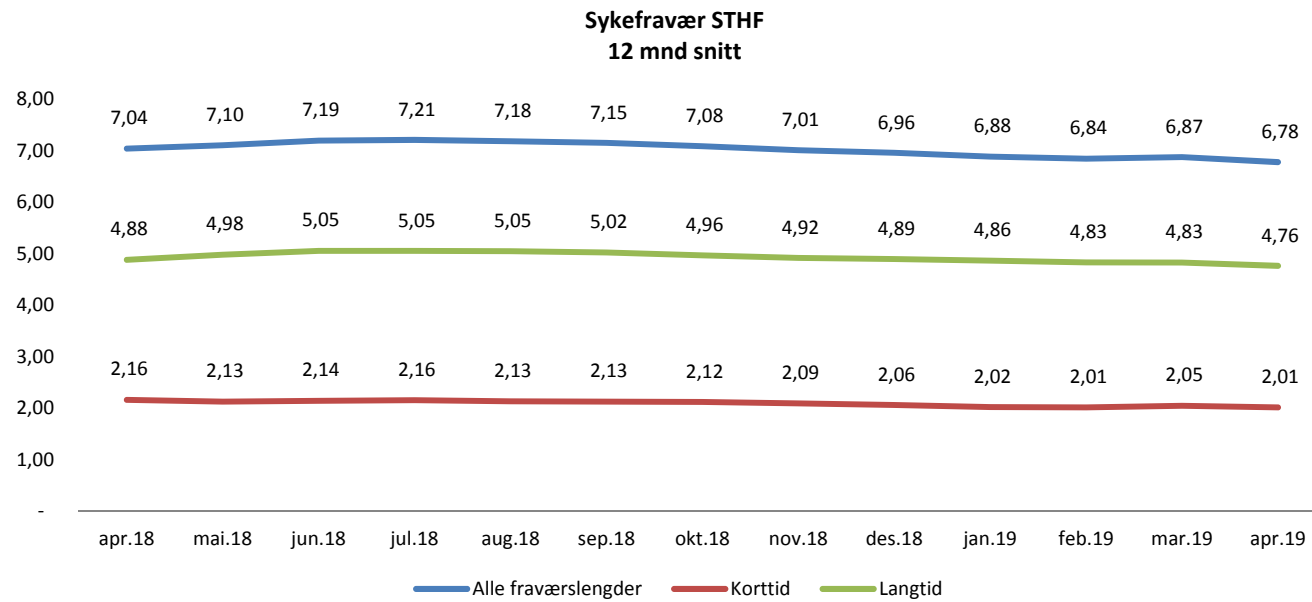
201905	Innleid arbeidskraft hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	10 045 632	5 740 428	-4 305 204	-75 %
Kirurgisk klinikk	1 074 942	1 049 595	-25 348	-2 %
Medisinsk klinikk	-	-	-	0 %
Barne- og ungdomsklinikken	1 804 102	825 000	-979 102	-119 %
Akutt og beredskap	1 014 943	-	-1 014 943	0 %
Medisinsk Serviceklinikk	2 744 508	965 833	-1 778 674	-184 %
Psykiatri og rus	3 407 137	2 900 000	-507 137	-17 %
Service og systemledelse	-	-	-	0 %
Felles - øvrig	-	-	-	0 %
Administrasjon	-	-	-	-

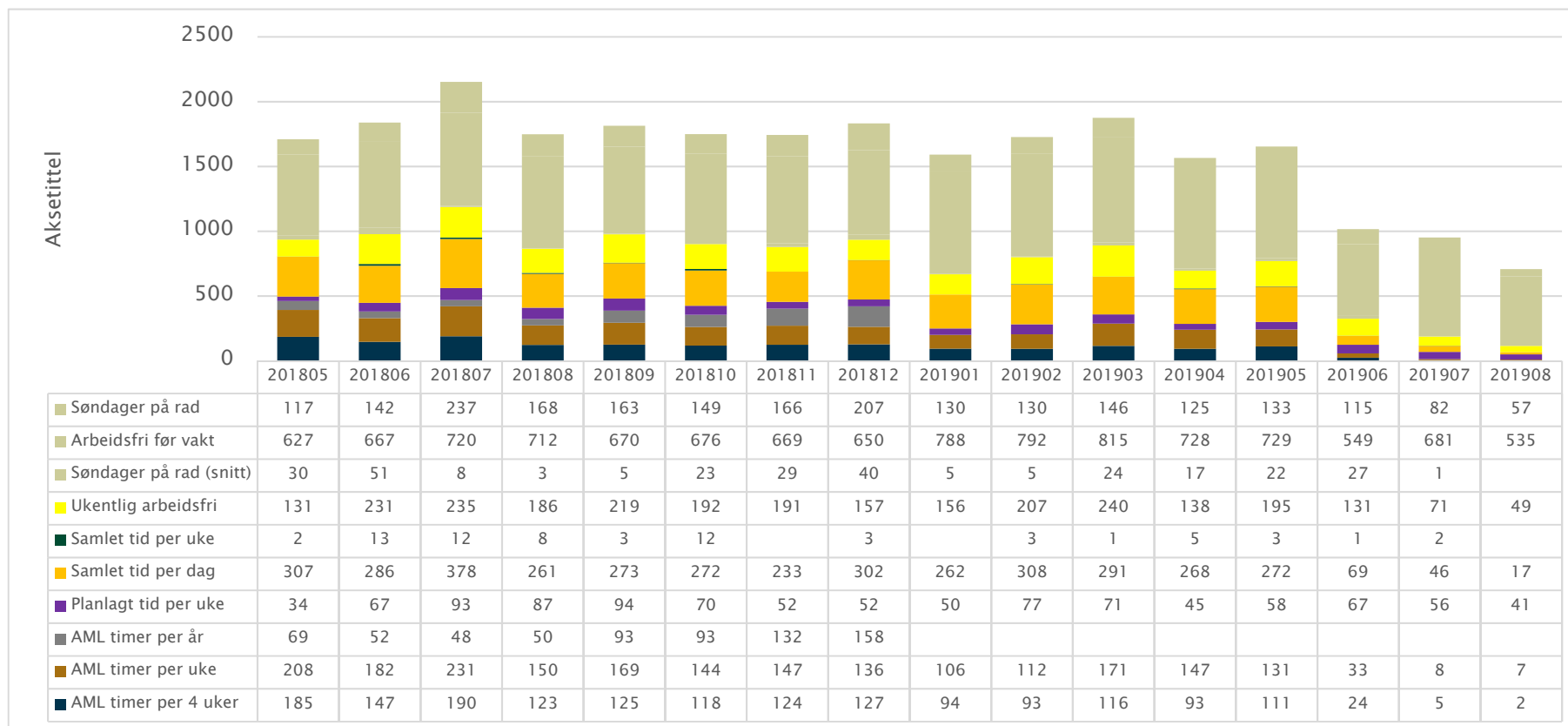
201905	Sum fastlønn, variabel lønn og innleid arbeidskraft hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	840 067 449	813 075 119	-26 992 329	-3 %
Kirurgisk klinikk	141 879 398	134 285 575	-7 593 823	-6 %
Medisinsk klinikk	166 385 257	154 781 947	-11 603 310	-7 %
Barne- og ungdomsklinikken	65 467 637	63 555 598	-1 912 039	-3 %
Akutt og beredskap	129 083 999	120 822 042	-8 261 957	-7 %
Medisinsk Serviceklinikk	85 619 797	85 373 012	-246 785	0 %
Psykiatri og rus	162 628 416	157 781 598	-4 846 818	-3 %
Service og systemledelse	66 895 680	64 519 510	-2 376 170	-4 %
Felles - øvrig	-17 812 136	-10 064 555	7 747 581	-77 %
Administrasjon	39 919 401	42 020 392	2 100 991	5 %

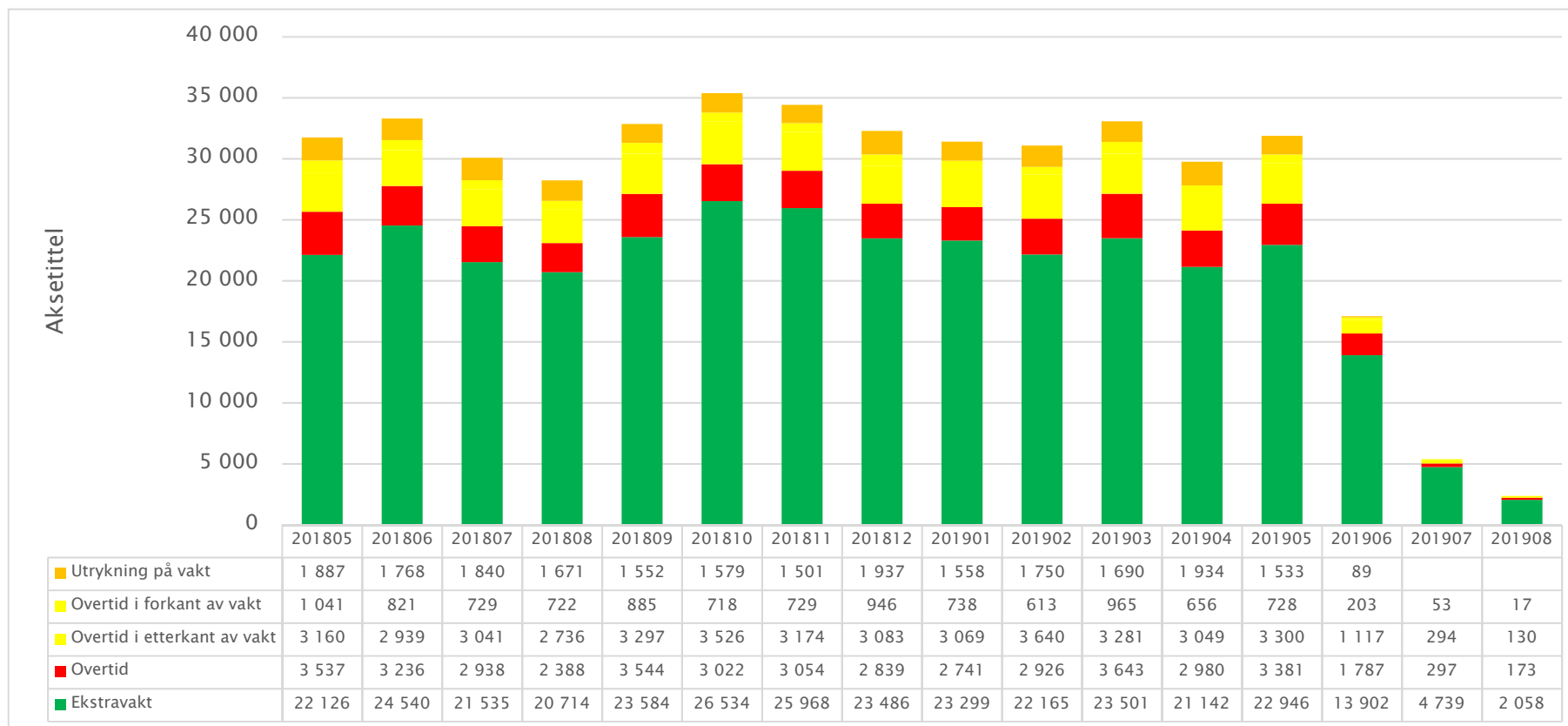
**Sykefravær STHF**


Sykefraværsprosent	jan.18	feb.18	mar.18	apr.18	mai.18	jun.18	jul.18	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19
Alle ansvarssteder	8,28	8,56	7,24	7,20	6,85	6,53	6,56	5,58	5,98	6,64	6,76	7,06	7,20	8,07	7,59	6,09
(01) Kirurgisk klinikk	9,08	7,45	7,00	7,76	6,80	5,70	6,19	6,50	6,07	7,03	6,64	7,78	8,19	7,63	8,17	6,28
(02) Medisinsk klinikk	6,91	7,51	6,35	6,46	6,00	5,15	5,07	3,67	4,20	5,83	6,32	6,58	7,48	6,87	6,30	6,07
(03) Barne- og ungdomsklinikken	8,71	10,73	6,79	6,52	6,47	6,22	6,76	6,62	4,92	5,35	5,75	5,08	4,73	7,64	6,86	3,83
(06) Akutt og beredskap	7,67	8,59	7,39	7,54	7,80	7,24	7,20	4,85	5,96	6,92	6,31	7,32	6,83	7,31	7,11	5,15
(07) Medisinsk Serviceklinikk	7,72	7,76	5,81	6,07	5,16	5,56	5,32	3,68	5,12	5,93	7,22	6,77	6,57	8,05	8,18	6,78
(09) Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling	9,32	9,49	8,12	8,05	7,78	7,79	7,47	7,08	6,92	6,95	7,32	8,03	8,63	9,97	9,01	7,38
(13) Service og systemledelse	10,46	11,20	10,13	8,27	8,58	8,88	8,29	7,49	9,23	8,86	8,79	8,65	7,62	11,14	9,41	7,16
(14) Administrasjon	4,68	4,40	4,08	4,62	3,43	4,16	4,95	4,28	4,84	4,19	3,41	1,32	2,84	2,78	2,26	2,86

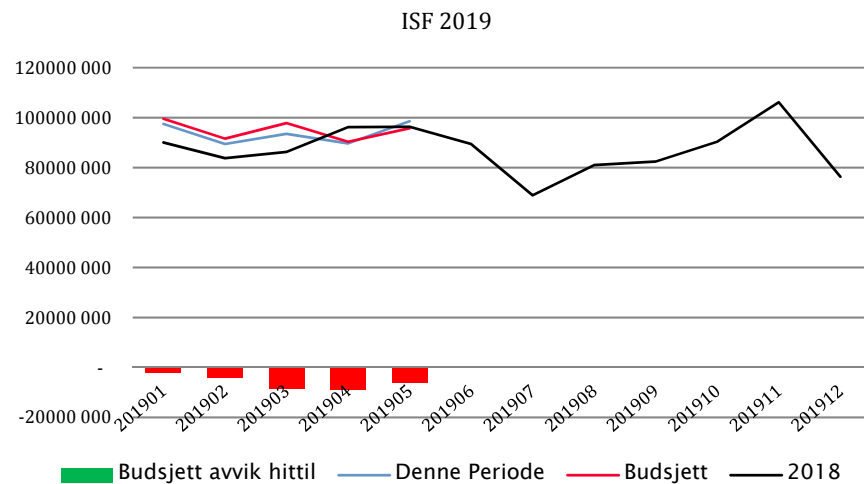








# Aktivitet



Graf og tabell viser summen av følgende linjer.

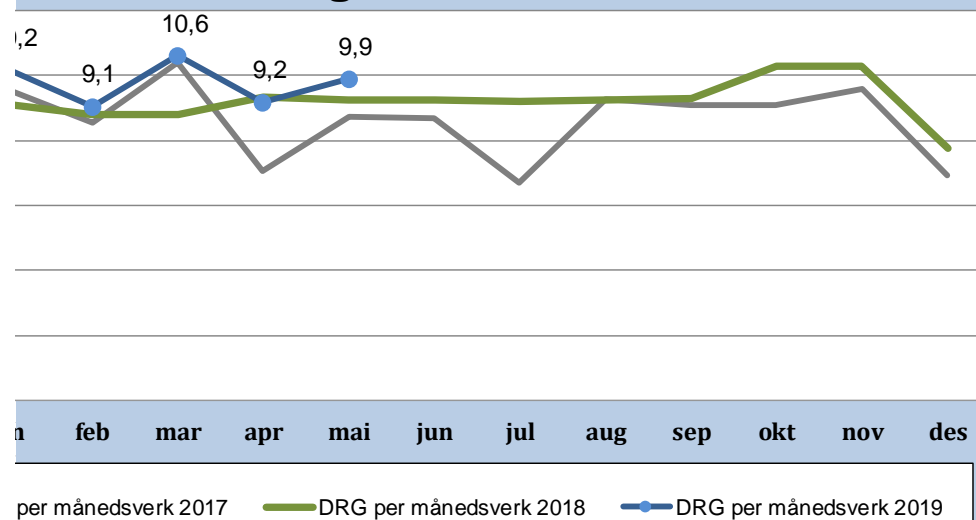
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	-4 957
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	-1 705
ISF-refusjon kommunal medfinansiering	-
ISF refusjon poliklinisk PHV/TSB	923
IFS - refusjon pasientadministrative kreftlegemidle	-503
	<b>-6 242</b>

	201905			201905		
	Denne Periode			Hittil		
	Faktisk	Budsjett	Avik Budsjett	Faktisk	Budsjett	Avik Budsjett
Alle Ansvarssteder	98 574 727	95 753 125	2 821 602	468 733 189	474 975 365	-6 242 175
Kirurgisk klinikk	38 688 226	39 069 347	-381 122	187 482 052	193 807 291	-6 325 239
Medisinsk klinikk	39 240 103	38 708 732	531 371	188 629 083	189 545 787	-916 704
Barne- og ungdomsklinikken	9 627 188	7 864 199	1 762 989	42 141 009	40 877 531	1 263 478
Akutt og beredskap	256 761	158 522	98 239	1 102 954	779 212	323 742
Medisinsk Serviceklinikk	1 241 381	970 739	270 642	5 063 764	4 907 601	156 163
Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling	1 961 498	2 101 744	-140 246	10 758 741	10 706 067	52 674
Felles - øvrig	7 559 571	6 879 842	679 729	33 555 588	34 351 876	-796 288

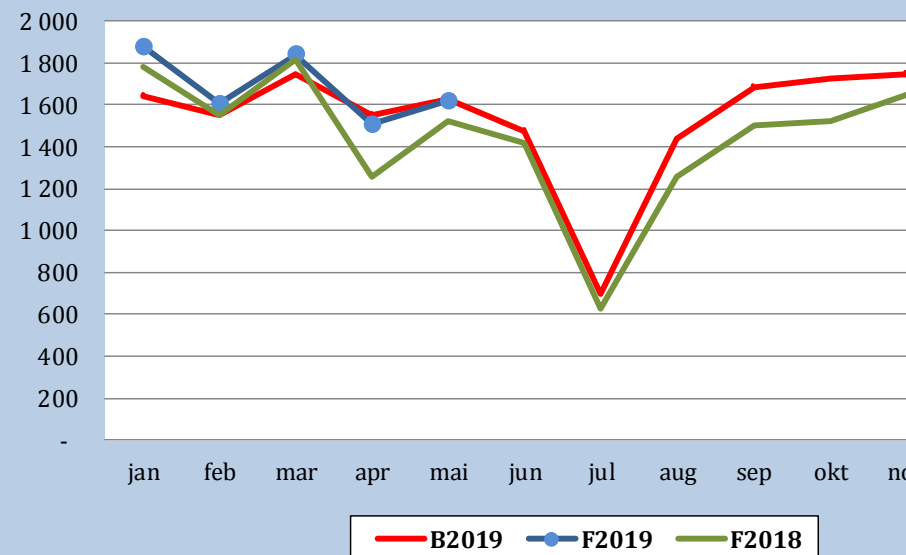
## DRG-poeng PHV og TSB utført ved STHF

	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2018	Budsjett 2019
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%		
ark	538	589	(51)	-9 %	2 976	3 001	(25)	-1 %	6 858	6 924
k	158	156	2	1 %	840	795	45	6 %	1 870	1 835
isavdeling	17	20	(2)	-13 %	101	101	(0)	0 %	249	234
IV og TSB (underlagt Medisinsk klinikk)	6	7	(1)	-16 %	11	35	(24)	-68 %	76	84
<b>IV og TSB + Raskere tilbake</b>	<b>720</b>	<b>772</b>	<b>(52)</b>	<b>-7 %</b>	<b>3 928</b>	<b>3 932</b>	<b>(5)</b>	<b>0 %</b>	<b>9 053</b>	<b>9 077</b>
og unges psykiske helse - ABUP	900	854	47	5 %	4 525	4 184	341	8,1 %	8 984	9 150
<b>oms klinikken</b>	<b>900</b>	<b>854</b>	<b>47</b>	<b>5 %</b>	<b>4 525</b>	<b>4 184</b>	<b>341</b>	<b>8 %</b>	<b>8 984</b>	<b>9 150</b>
<b>isk helsevern og TSB på STHF</b>	<b>1 620</b>	<b>1 626</b>	<b>(6)</b>	<b>0 %</b>	<b>8 452</b>	<b>8 116</b>	<b>336</b>	<b>4 %</b>	<b>18 038</b>	<b>18 227</b>

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



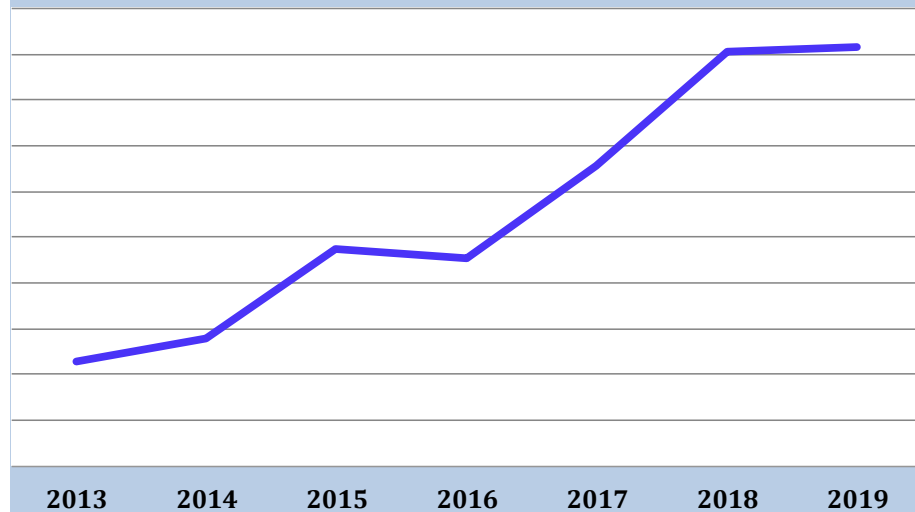
### DRG-poeng PHV og TSB ved STHF



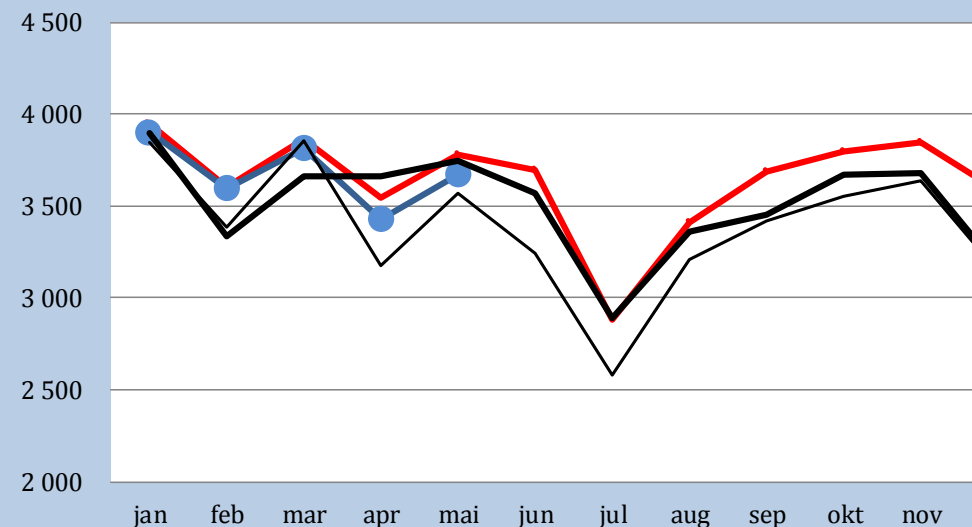
## DRG-poeng, utført ved STHF

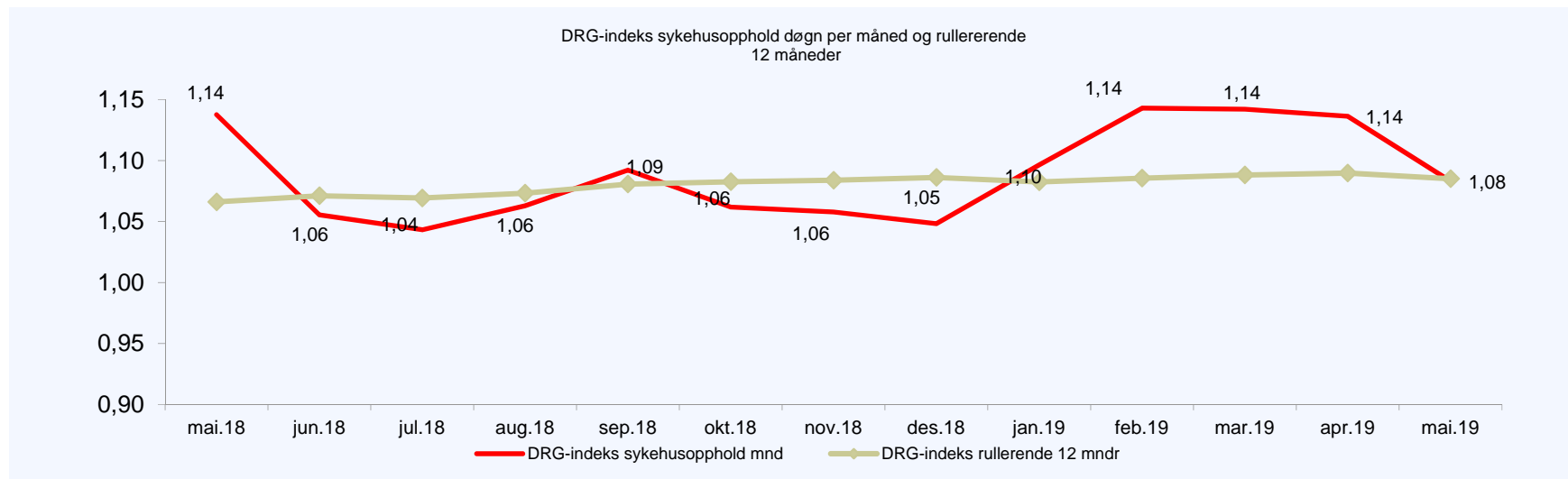
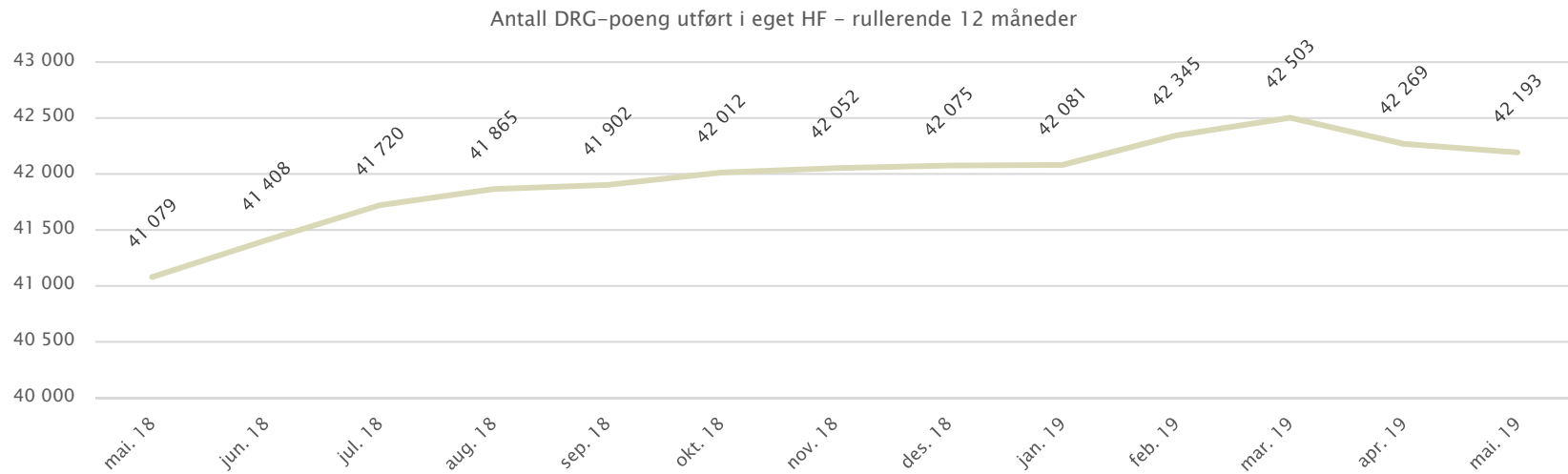
	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2018	Budsjett 2019	IS (1)
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%			
<b>Medisinsk klinikk</b>	<b>1 636</b>	<b>1750</b>	<b>-114</b>	<b>-7 %</b>	<b>8 397</b>	<b>8 680</b>	<b>-283</b>	<b>-3 %</b>	<b>8 348</b>	<b>20 132</b>	
for endo/mamma, ortopedi og gastrokirurgi	686	743	-57	-8 %	3 648	3 631	17	0 %	3 551	8 585	
for ØNH, urologi og plastikkirurgi	467	495	-28	-6 %	2 339	2 485	-146	-6 %	2 430	5 762	
for fødselshjelp og kvinnesykdommer	271	279	-8	-3 %	1 335	1 361	-26	-2 %	1 250	3 169	
for Kirurgi, Notodden	212	233	-21	-9 %	1 076	1 204	-128	-11 %	1 117	2 615	
<b>Medisinsk klinikk</b>	<b>1 654</b>	<b>1733</b>	<b>-79</b>	<b>-5 %</b>	<b>8 447</b>	<b>8 485</b>	<b>-38</b>	<b>0 %</b>	<b>8 412</b>	<b>19 924</b>	
ledisin B (lunge, Kragerø, ger., mage/tarm)	455	481	-26	-5 %	2 384	2 407	-23	-1 %	2 449	5 625	
ledisin C (hud, kreftsykdommer og palliasjon)	267	261	6	2 %	1 236	1 289	-53	-4 %	1 265	3 075	
ledisin A (hjerte, nyre, hormon)	366	396	-30	-8 %	1 964	1 917	47	2 %	1 891	4 506	
for nevrologi og rehabilitering	265	275	-10	-3 %	1 293	1 323	-30	-2 %	1 250	3 099	
ledisin Øvre Telemark	300	320	-19	-6 %	1 570	1 549	21	1 %	1 557	3 619	
<b>Operativt</b>	<b>315</b>	<b>247</b>	<b>68</b>	<b>27 %</b>	<b>1 290</b>	<b>1 316</b>	<b>-26</b>	<b>-2 %</b>	<b>1 228</b>	<b>3 010</b>	
beredskap	11	7	4	51 %	49	36	13	36 %	43	80	
operativt	56	43	12	28 %	227	220	7	3 %	200	500	
<b>Radiologisk poliklinikk</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
operativt	3	-	3	0 %	10	-	10	0 %	-28	0	
<b>DRG utført ved STHF</b>	<b>3 674</b>	<b>3 781</b>	<b>-107</b>	<b>-3 %</b>	<b>18 421</b>	<b>18 738</b>	<b>-317</b>	<b>-2 %</b>	<b>18 204</b>	<b>43 646</b>	

### DRG-poeng per brutto månedsverk somatikk



### STHF - DRG-poeng utført ved STHF







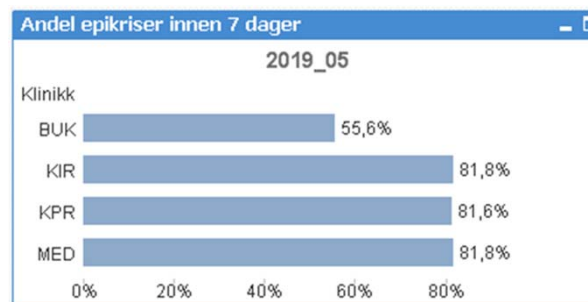
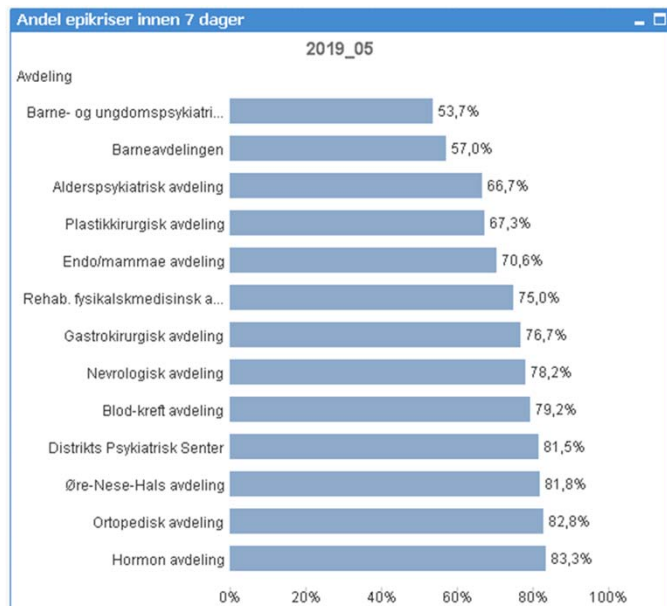
# Kvalitetsindikatorer



Andel epikriser sendt innen 7 dager	Måned											
	jun.18	jul.18	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19
Klinikker												
BUK	70 %	80 %	74 %	74 %	70 %	71 %	75 %	69 %	69 %	79 %	67 %	56 %
Kir. K	86 %	85 %	82 %	84 %	84 %	82 %	86 %	82 %	83 %	84 %	83 %	82 %
KPR	81 %	82 %	79 %	81 %	77 %	81 %	84 %	84 %	81 %	79 %	81 %	82 %
Med. K	80 %	86 %	84 %	82 %	84 %	82 %	81 %	84 %	82 %	83 %	81 %	82 %
STHF	<b>81 %</b>	<b>84 %</b>	<b>82 %</b>	<b>82 %</b>	<b>82 %</b>	<b>81 %</b>	<b>83 %</b>	<b>82 %</b>	<b>81 %</b>	<b>83 %</b>	<b>80 %</b>	<b>79 %</b>

Andel epikriser sendt innen 1 dag	Måned											
	jun.18	jul.18	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	mai.19	mai.19
Klinikker												
BUK								45 %	41 %	41 %	37 %	32 %
Kir. K								62 %	62 %	62 %	65 %	62 %
KPR								42 %	41 %	41 %	44 %	42 %
Med. K								56 %	56 %	56 %	56 %	56 %
STHF								<b>55 %</b>	<b>54 %</b>	<b>54 %</b>	<b>55 %</b>	<b>54 %</b>



Direkte time	apr.18	mai.18	jun.18	jul.18	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19
ABK	100 %	100 %	100 %	-	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	96 %	0 %	100 %	100 %
BUK	87 %	91 %	91 %	88 %	89 %	90 %	93 %	91 %	89 %	89 %	95 %	92 %	83 %
KIR	92 %	93 %	89 %	85 %	84 %	76 %	77 %	72 %	77 %	80 %	81 %	84 %	88 %
KPR	93 %	92 %	93 %	92 %	94 %	93 %	96 %	93 %	93 %	98 %	81 %	89 %	89 %
MED	85 %	81 %	72 %	73 %	81 %	81 %	82 %	79 %	78 %	82 %	83 %	81 %	78 %
MSK	87 %	93 %	88 %	71 %	100 %	88 %	96 %	96 %	95 %	98 %	95 %	98 %	94 %
STHF	<b>89 %</b>	<b>88 %</b>	<b>83 %</b>	<b>81 %</b>	<b>84 %</b>	<b>80 %</b>	<b>82 %</b>	<b>78 %</b>	<b>79 %</b>	<b>83 %</b>	<b>83 %</b>	<b>84 %</b>	<b>84 %</b>

Tid (dogn) fra mottak av henvisning til henvisning er fullført.															
	mai.18	jun.18	jul.18	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19
	0,98	1,16	3,25	21,52	4,07	4,01	17,93	2,46	12,06	2,16	4,68	2,47	1,15	1,15	1,15
	4,24	4,71	3,40	3,15	4,73	4,21	4,76	4,82	3,63	5,65	5,25	5,71	5,71	5,71	5,71
	2,77	1,45	1,31	1,36	1,36	1,33	1,50	1,53	1,81	1,36	2,46	1,40	1,40	1,40	1,40
	5,61	11,46	5,91	4,25	6,72	9,27	4,80	5,58	4,65	6,20	5,77	7,88	7,88	7,88	7,88
	7,10	7,88	14,13	7,58	8,06	5,77	6,98	8,32	6,34	9,05	7,04	10,19	10,19	10,19	10,19
	3,86	2,75	9,93	4,69	1,78	2,07	2,20	2,06	2,18	4,60	17,98	2,61	2,61	2,61	2,61
	4,60	4,60	6,63	4,34	4,43	3,73	4,34	4,57	3,98	4,98	5,15	5,43	5,43	5,43	5,43
Antall henvisninger vurdert.	mai.18	jun.18	jul.18	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19
	55	75	21	85	58	78	85	81	94	84	82	64	64	64	64
	326	300	190	199	336	338	355	314	328	328	315	316	316	316	316
	2829	3022	2177	2 854	2 845	3116	3009	2338	3077	2653	3009	2717	2717	2717	2717
	292	327	279	271	361	397	407	323	340	378	360	356	356	356	356
	2158	2404	1626	2 228	2 321	2647	2565	1944	2642	2269	2548	2264	2264	2264	2264
	225	203	84	223	240	242	264	167	220	243	241	229	229	229	229
	5 885	6 331	4 377	5 860	6 161	6 818	6 685	5 167	6 701	5 955	6 555	5 946	5 946	5 946	5 946
Antall henvisninger vurdert innen 10 virkedager	5 782	6 257	4 254	5 773	6 102	6 752	6 609	5 094	6 633	5 881	6 481	5 865	5 865	5 865	5 865
Prosent henvisninger vurdert innen 10 virkedager	98,2 %	98,8 %	97,2 %	98,5 %	99,0 %	99,0 %	98,9 %	98,6 %	99,0 %	98,8 %	98,9 %	98,6 %	98,6 %	98,6 %	98,6 %

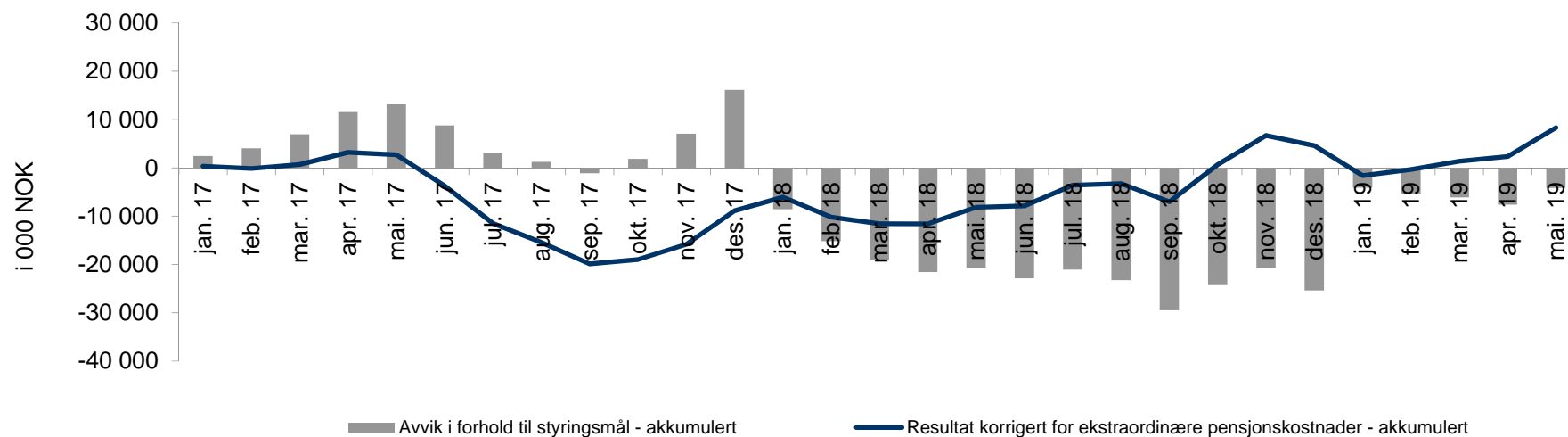
nye dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle (uansett tidspunkt for opprettelse)		mai.18	jun.18	jul.18	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19
nye dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle (uansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	4 920	4 527	3 945	3 755	4 297	4 540	4 303	4 669	4 037	3 679	3 606	3 786	3 881
	ABK	6	6	7	9	9	9	12	10	15	16	6	4	
	BUK	1 020	1 091	866	732	861	930	826	974	772	854	896	878	901
	KIR	1 586	1 318	1 112	1 023	1 128	914	1 028	1 059	1 020	1 073	975	1 054	1 000
	KPR	800	591	457	500	654	710	743	744	642	739	810	863	881
	MED	1 464	1 475	1 473	1 457	1 606	1 721	1 642	1 797	1 538	965	887	925	1 000
	MSK	44	46	30	34	39	40	52	85	50	32	32	62	
legedokumenter som er mer enn 14 dager gamle (uansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	1 794	1 532	1 343	1 448	1 763	1 901	1 800	1 881	1 689	1 406	1 320	1 423	1 500
sykepleiedokumenter som er mer enn 14 dager gamle (uansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	1 517	1 491	1 391	1 247	1 280	1 212	1 300	1 367	1 191	1 069	1 039	1 113	1 000
dokumenter som det normalt tar mer enn 14 dager å få ferdigstilt	STHF	105	52	86	176	204	206	268	258	51	44	41	36	
	BUK	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	
	KIR	67	14	49	137	159	161	217	209	30	32	33	34	
	KPR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	MED	38	38	38	39	44	45	51	49	21	12	8	2	
	MSK	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt		mai.18	jun.18	jul.18	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19
pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	STHF	1 478	1 843	1 808	1 928	1 989	1 851	1 720	1 734	1 765	1 827	1 800	2 021	2 100
	ABK	10	35	7	6	6	8	26	6	17	6	6	10	
	KPR	121	154	81	30	31	41	46	20	54	41	24	70	
	BUK	238	364	304	81	151	114	140	111	102	142	162	210	200
	KIR	98	79	73	101	209	210	221	245	122	162	239	250	300
	MSK	743	991	1 080	300	218	285	233	267	315	341	258	335	300
	MED	268	220	263	1 410	1 374	1 193	1 054	1 085	1 155	1 135	1 111	1 146	1 100
pasienter registrert på avdelinger som er omorganisert og lukket.	ååMEDKIR	4	12	12	1	-	-	-	-	-	-	-	-	
	ååPRE	14	17	17	3	2	-	-	-	-	-	-	-	
	ååAKP	46	61	62	9	-	-	-	-	-	-	-	-	
	ååKIR	1	1	1	17	-	-	-	-	-	-	-	-	
	ååNYHO	36	47	54	56	-	-	-	-	-	-	2	-	
ååMED	4	4	3	69	1	-	-	-	-	-	- 32	-		

# Økonomi

Resultatregnskapen

Mai 2019	Denne periode faktisk	Denne periode budsjett	Denne periode Avvik	Hittil faktisk	Hittil budsjett	Hittil avvik	Hele året estimat	Hele året budsjett	Avvik
Time	204 778	204 778	0	1 017 572	1 017 572	0	2 366 779	2 366 779	
basert finansiering	1 395	1 395	-	6 975	6 975	-	16 741	16 741	
og døgntilrettelagt	71 901	69 707	2 194	340 813	345 770	-4 957	803 331	803 331	
medisinsk poliklinisk aktivitet	15 135	14 881	254	71 714	73 420	-1 705	173 385	173 385	
medisinsk PHV/TSB	4 451	4 467	-16	23 219	22 295	923	51 506	49 997	
medisinske behandlingsvalg	-	-	-	-	-	-	-	-	
medisinske utrednings- og diagnostiske tiltak	7 087	6 698	389	32 987	33 491	-503	66 981	66 981	
medisinske pasienter	1 225	1 130	95	6 127	5 650	478	13 559	13 559	
medisinske pasienter andre regioner	1 305	1 786	-481	7 365	9 006	-1 642	21 352	21 352	
medisinske pasienter konserninterne	10 762	6 540	4 222	37 894	32 448	5 447	76 853	76 853	
medisinske inntekter	9 653	7 332	2 321	42 164	36 721	5 443	93 386	86 386	
medisinske tilskudd "Raskere tilbake"	-	-	-	-	-	-	-	-	
medisinske merkerede tilskudd	993	984	9	4 981	4 920	61	11 807	11 807	
medisinske inntekter	22 097	22 427	-330	114 282	112 607	1 676	278 988	274 988	
<b>TSINNTEKTER</b>	<b>350 783</b>	<b>342 125</b>	<b>8 658</b>	<b>1 706 094</b>	<b>1 700 874</b>	<b>5 220</b>	<b>3 974 668</b>	<b>3 962 159</b>	
medisinske offentlige helsetjenester	3 732	3 646	-86	14 525	18 229	3 704	38 750	43 750	
medisinske private helsetjenester	6 418	8 065	1 646	38 605	40 350	1 745	100 027	100 027	
medisinske kostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	36 739	41 671	4 933	193 838	207 522	13 684	481 261	497 261	
medisinske arbeidskraft - del av kto 468	1 553	991	-562	10 046	5 740	-4 305	18 688	11 688	
medisinske kostnader interne gjestepasientkostnader	27 324	23 482	-3 842	118 408	114 839	-3 569	271 267	271 267	
medisinske fast ansatte	157 850	156 493	-1 358	786 015	775 435	-10 580	1 788 611	1 778 611	
medisinske utgifter ekstrahjelp	9 604	6 394	-3 210	44 007	31 899	-12 107	92 692	76 692	
medisinske inkl arbeidsgiveravgift	30 330	28 302	-2 028	150 276	140 229	-10 047	344 693	321 647	
medisinske utgifter tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-7 190	-8 370	-1 180	-42 589	-42 547	42	-101 723	-101 723	
medisinske utgifter	25 473	26 522	1 049	126 271	130 222	3 951	293 276	293 276	
medisinske utgifter	8 246	8 466	220	40 845	41 577	732	101 668	101 668	
medisinske utgifter	-	-	-	-	-	-	-	-	
medisinske utgifter	48 099	45 122	-2 977	233 881	230 523	-3 358	551 711	551 202	
<b>TSKOSTNADER</b>	<b>348 179</b>	<b>340 783</b>	<b>-7 395</b>	<b>1 714 127</b>	<b>1 694 018</b>	<b>-20 110</b>	<b>3 980 920</b>	<b>3 945 364</b>	
<b>RESULTAT</b>	<b>2 605</b>	<b>1 342</b>	<b>1 263</b>	<b>-8 033</b>	<b>6 856</b>	<b>-14 889</b>	<b>-6 252</b>	<b>16 795</b>	
medisinske utgifter	1 548	1 350	199	7 280	6 604	676	15 490	15 490	
medisinske utgifter	222	191	31	975	960	15	2 285	2 285	
<b>RESULTAT</b>	<b>1 326</b>	<b>1 158</b>	<b>168</b>	<b>6 305</b>	<b>5 644</b>	<b>661</b>	<b>13 205</b>	<b>13 205</b>	
<b>NETTO RESULTAT</b>	<b>3 930</b>	<b>2 500</b>	<b>1 430</b>	<b>-1 728</b>	<b>12 500</b>	<b>-14 228</b>	<b>6 954</b>	<b>30 000</b>	
medisinske kostnader	2 028	-	2 028	10 047	-	10 047	23 046	-	

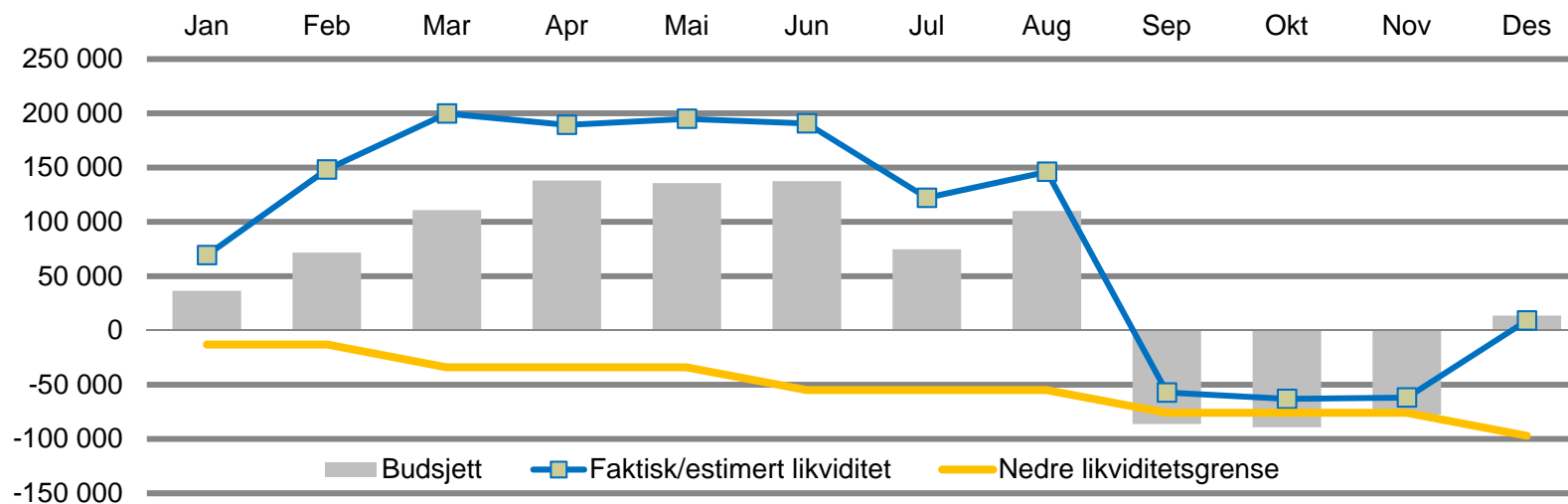
### Driftsresultat og budsjettavvik 2017 til 2019 - foretak og klinikker



	Hittil i år	Hittil i år	Denne periode, resultat.										
	Resultat	Budsjettavvik	Mai. 19	Apr. 19	Mar. 19	Feb. 19	Jan. 19	Des. 18	Nov. 18	Okt. 18	Sept. 18	August 18	Juli
	(12 497)	(12 497)	(1 249)	(3 361)	(2 003)	(2 054)	(3 764)	114	923	(1 633)	(2 200)	(2 263)	
	(7 856)	(7 856)	(2 108)	(3 464)	137	327	(2 748)	(454)	2 402	(2 379)	(3 457)	(49)	
linikken	1 753	1 753	1 774	(69)	13	(447)	483	(1 387)	588	(1 267)	(343)	(1 348)	
	(7 583)	(7 583)	(1 282)	(882)	(1 395)	(2 261)	(1 763)	(1 923)	(2 329)	487	(396)	(394)	
nikk	6 492	6 492	3 152	1 844	505	(145)	1 136	(356)	1 147	4 483	(1 722)	(1 071)	
	(970)	(970)	(414)	(454)	(508)	686	(279)	(2 912)	(1 043)	(439)	(459)	1 150	
delse	(1 856)	(1 856)	(1 872)	347	(819)	578	42	(1 488)	3 237	136	1 089	(2 561)	(
	2 747	2 747	979	357	281	1 209	(277)	72	2 313	1 455	(943)	842	
	28 089	15 589	6 979	4 586	3 509	3 391	5 568	6 246	(1 236)	6 860	4 683	6 014	5
	<b>8 319</b>	<b>(4 181)</b>	<b>5 958</b>	<b>(1 097)</b>	<b>(281)</b>	<b>1 284</b>	<b>(1 602)</b>	<b>(2 087)</b>	<b>6 002</b>	<b>7 703</b>	<b>(3 749)</b>	<b>322</b>	4

### Likviditet og investeringer.

Tall i tusen



Investeringer - tall i 1000	Regn. 2019	Est. 2019	Bud. 2019
Bygg & anlegg	1 013	25 000	25 000
MTU	11 276	85 000	95 000
Annet utstyr, biler m.m.	9 391	15 000	15 000
IKT-investeringer - lån til Sykehuspartner	-1 316	2 500	5 000
Tilbakebetalt lån fra Sykehuspartner	-1 720	-3 700	-5 000
<b>SUM</b>	<b>18 644</b>	<b>123 800</b>	<b>135 000</b>



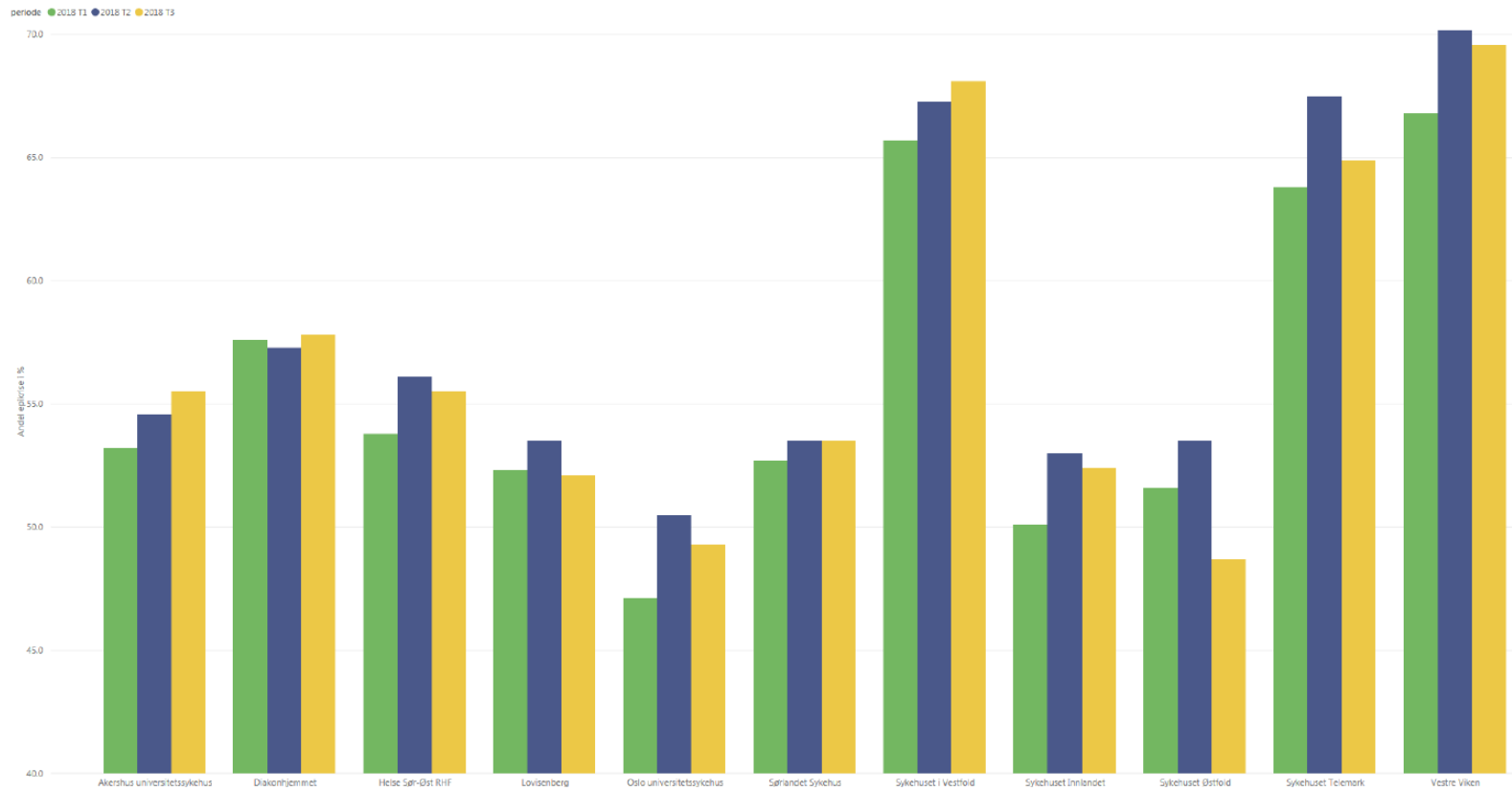
## Noen sammenligninger pr. 1. tertial

## Bredspektret antibiotika per 2018

Helseforetak / sykehus	Antall liggedøgn	Antall døgndoser per 100 liggedøgn	Endring forbruk siste år	Endring i forbruk målt mot 2012
Akershus universitetssykehus HF	39 497	18,22	-11,06 %	-13,21 %
Oslo universitetssykehus HF	69 556	14,87	-4,34 %	-5,03 %
Sunnaas sykehus HF	559	1,27	-23,20 %	-57,62 %
Sykehuset i Vestfold HF	21 184	18,05	-2,59 %	-27,28 %
Sykehuset Innlandet HF	30 204	12,95	-4,28 %	5,00 %
Sykehuset Telemark HF	13 378	14,30	-4,05 %	-18,08 %
Sykehuset Østfold HF	29 147	19,92	-3,80 %	-17,99 %
Sørlandet sykehus HF	26 128	17,28	-5,42 %	-4,39 %
Vestre Viken HF	43 781	17,90	-2,21 %	-9,52 %
Betanien Hospital	138	2,11	25,00 %	-8,79 %
Diakonhjemmet Sykehus	7 734	14,83	-10,90 %	-21,05 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	7 557	17,24	15,15 %	-1,54 %
Martina Hansens Hospital	58	,58	-53,35 %	-59,20 %
Revmatismesykehuset	45	,62		794,21 %
Helse Sør-Øst foretaksgruppen	288 964	15,75	-4,63 %	-10,57 %

Kilde: Sykehusapotekenes legemiddelstatistikk

## Andel epikriser sendt innen 1 dag somatikk – tall per tertial 2018



## Prioriteringsregelen – status per tjenesteområde

### Per helseforetak/sykehus

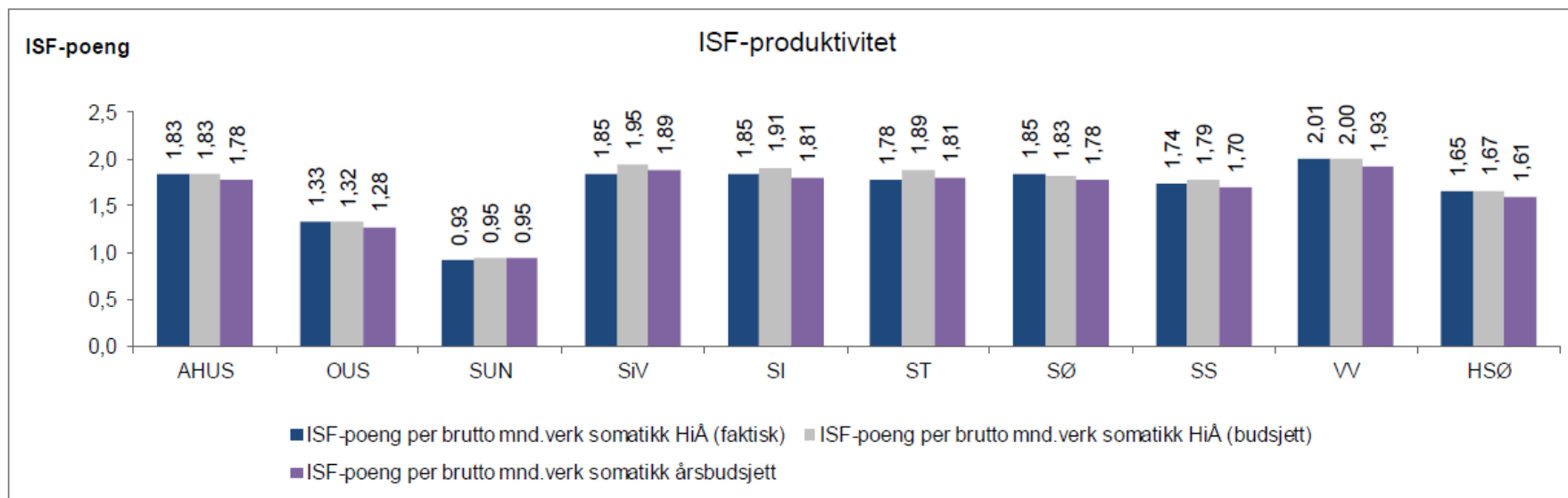
Helseforetak / sykehus	Ventetider hittil i år ift mål				Polikliniske opphold				Kostnader per tjenesteområde			
	55	40	40	35	% endring hittil i år 2018 - 2019				% endring hittil i år 2018 - 2019			
	Somatikk	VOP	BUP	TSB	Somatikk	VOP	BUP	TSB	Somatikk	VOP	BUP	TSB
Akershus universitetssykehus HF	59,0	40,4	47,2	33,4	8,1 %	6,1 %	7,4 %	-2,4 %	3,9 %	23,2 %	35,9 %	20,7 %
Oslo universitetssykehus HF	57,4	41,4	63,8	28,9	3,3 %	2,3 %	6,6 %	11,3 %	5,3 %	7,6 %	0,7 %	-7,0 %
Sunnaas sykehus HF	51,3				42,3 %				4,9 %			
Sykehuset i Vestfold HF	60,4	31,4	44,3	26,6	2,7 %	6,7 %	21,8 %	23,7 %	5,0 %	3,5 %	6,0 %	13,7 %
Sykehuset Innlandet HF	51,0	40,9	56,7	35,6	3,1 %	-2,5 %	2,8 %	7,5 %	8,2 %	-2,2 %	0,9 %	-0,1 %
Sykehuset Telemark HF	56,1	38,3	29,6	25,7	1,4 %	-2,2 %	14,8 %	5,0 %	7,7 %	4,8 %	14,6 %	17,9 %
Sykehuset Østfold HF	63,1	49,6	51,1	24,5	6,5 %	7,2 %	-5,1 %	0,4 %	11,9 %	3,8 %	6,4 %	1,9 %
Sykehuspartner HF									14,5 %			
Sørlandet sykehus HF	64,5	47,3	29,1	31,4	1,8 %	6,4 %	0,4 %	16,4 %	7,8 %	6,5 %	2,5 %	10,8 %
Vestre Viken HF	57,2	35,8	42,8	29,8	4,0 %	4,4 %	4,1 %	19,5 %	9,3 %	8,6 %	4,1 %	2,5 %
Helse Sør-Øst RHF									5,2 %	9,2 %	8,2 %	-1,4 %
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	58,4	40,0	45,9	29,6	3,9 %	8,2 %	5,9 %	9,1 %	5,8 %	7,3 %	6,9 %	1,5 %
Betanien Hospital	75,3				-3,9 %							
Diakonhjemmet Sykehus	57,5	40,8	34,1	33,2	6,8 %	-0,8 %	-15,6 %	1,7 %				
Lovisenberg Diakonale Sykehus	85,9	58,5	46,8	37,9	7,0 %	4,5 %	7,3 %	13,0 %				
Martina Hansens Hospital	73,7				3,3 %							
Revmatismesykehuset	72,8				15,8 %							
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus	59,7	42,4	45,7	32,1	4,0 %	7,4 %	5,3 %	9,0 %				

Polikliniske opphold er justert for overføring av spesialisthelsetjenesteansvaret for Vestby kommune og Kongsvinger-regionen i 2018  
 Kostnad per pasient er justert for overføring av spesialisthelsetjenesteansvaret for Kongsvinger-regionen i 2018

## Andel avviste henvisninger innen psykisk helsevern

Awisningsrater ved poliklinikkene	April 2019		April 2018		Hittil i år 2019		Hittil i år 2018	
	BUP	VOP	BUP	VOP	BUP	VOP	BUP	VOP
Akershus universitetssykehus HF	26,5 %	30,9 %	13,9 %	26,2 %	25,7 %	28,0 %	13,5 %	25,2 %
Oslo universitetssykehus HF	30,2 %	29,0 %	25,7 %	23,3 %	31,9 %	26,3 %	23,4 %	29,2 %
Sykehuset i Vestfold HF	16,6 %	19,6 %	11,8 %	27,2 %	16,7 %	17,6 %	12,7 %	18,5 %
Sykehuset Innlandet HF	23,5 %	19,6 %	26,5 %	18,4 %	21,3 %	23,7 %	28,9 %	14,3 %
Sykehuset Telemark HF	19,6 %	28,6 %	7,0 %	22,4 %	17,3 %	25,4 %	10,6 %	24,5 %
Sykehuset Østfold HF	25,3 %	26,5 %	29,6 %	22,7 %	36,3 %	22,7 %	31,5 %	23,5 %
Sørlandet sykehus HF	27,4 %	25,4 %	25,9 %	21,4 %	23,8 %	26,8 %	24,2 %	22,4 %
Vestre Viken HF	21,6 %	9,0 %	22,3 %	21,2 %	25,5 %	9,3 %	25,2 %	20,0 %
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	24,2 %	23,0 %	21,0 %	22,9 %	25,5 %	22,0 %	22,1 %	22,1 %
Diakonhjemmet Sykehus	0,0 %	13,1 %	2,9 %	13,8 %	0,0 %	13,5 %	1,6 %	13,8 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	31,7 %	30,7 %	17,6 %	23,5 %	30,6 %	31,9 %	23,6 %	24,5 %
Private Helse Sør-Øst		25,2 %	0,0 %	27,3 %	0,0 %	28,2 %	0,0 %	20,7 %
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus og private rusinstitusjoner	24,0 %	23,2 %	20,4 %	22,6 %	25,3 %	22,6 %	21,8 %	21,8 %

## ISF-produktivitet somatikk hittil i år



## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

**Sakstittel: Konsernrevisjonens rapport 1/2019, Likeverdige og forutsigbare helsetjenester- innføring av pakkeforløp Psykisk helsevern for barn og unge STHF og sykehusets handlingsplan**

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
038-2019	Klinikkjef Gunnar Gausel	Etterretning	19. juni 2019

**Trykte vedlegg:**

- Konsernrevisjonsrapport 1/2019

**Utrykte vedlegg:**

- Ingen

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

Ja, formålet med konsernrevisjonen, og innføring av pakkeforløp, er å sikre likeverdige tjenester og riktig behandling av pasientene.

**Ingress:**

Flere undersøkelser og analyser har vist at det er betydelig variasjon i forbruk av helsetjenester innenfor flere fagområder. For noen pasientgrupper er variasjon planlagt, forventet og et kvalitetstegn. For andre er variasjonen uforklarlig og uønsket. Uønsket variasjon kan i ytterste konsekvens medføre risiko for svekket kvalitet og pasientsikkerhet.

Fra 1. januar 2019 ble det innført Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge. Hensikten er å sette god praksis i system, redusere variasjon og fremme likeverdige og forutsigbare helsetjenester.

Konsernrevisjonen gjennomførte revisjon ved ABUP (Avdeling for barn og unges psykiske helse) ved Sykehuset Telemark HF i tidsrommet januar – mars 2019. Målet med revisjonen har vært å kartlegge og vurdere de tjenester som tilbys barn og unge ved ABUP. I saken presenteres problemstillinger revisjonen har vurdert, konklusjon og anbefalinger etter gjennomført revisjon, samt sykehusets handlingsplan for å følge opp revisjonens anbefalinger.

Konsernrevisjonen deltar i møtet og presenterer rapporten.

**Forslag til vedtak:**

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

Skien, den 11. juni 2019

Tom Helge Rønning  
Administrerende direktør

## Bakgrunn for saken/faktabeskrivelse

Pakkeforløp for utredning og behandling i psykiske helsevern, barn og unge ble innført 1. januar 2019. Målet med revisjonen var å kartlegge og vurdere hvordan barn og unge i Sykehuset Telemark HF gis likeverdige og forutsigbare helsetjenester.

Revisjonen gir svar på følgende problemstillinger:

- Hvordan har helseforetaket lagt til rette for at pasienter prioriteres i henhold til nasjonale prioriteringsveiledere?
- Hvordan har helseforetaket lagt til rette for at utrednings- og behandlingsforløp er i henhold til pakkeforløp for barn og unge?

Revisjonens anbefalinger er i hovedtrekk:

- Forventninger til dokumentasjon av faglig vurderinger og konklusjoner ved rettighetsvurderinger bør styrkes og følges opp. Målet vil være å øke kvaliteten i arbeidet med rettighetsvurderinger.
- Innføre bedre systematikk og struktur i pasientjournalene. Målet vil være å øke forutsigbarheten og kvaliteten i pasientbehandlingen.
- Øke bruken av styringsdata for å belyse variasjon i helsetjenester pasientene får. Målet vil være å få innsikt i egne pasientforløp, og skaffe oversikt over egen praksis.

Det er utarbeidet en handlingsplan som beskriver de tiltak gjennomføres i ABUP. Tiltakene er under arbeid og implementering i avdelingen.

Følgende tiltak er beskrevet i handlingsplanen:

- 1) Styrke inntaksnotatene som skrives i pasientjournalene etter inntaksmøtene i alle seks seksjoner i ABUP.
  - a) Vi endrer i første omgang frasene for inntaksnotatet, inkluderer et avsnitt om individuelle forhold er vurdert og hvorfor en tar imot/gir avslag. Når vi tar imot må det vises til riktig «kapittel» i prioriteringsveilederen. Inntaksnotatene er grundige i dag, men kommer nå til å bli enda grundigere. Føye på frasen hvilke faggrupper som deltok i inntak.
  - b) Informasjon ut til alle ansatte som deltar i inntaksteamene med forventning om å bruke frasen og fylle den ut så godt som mulig (alle bruker frasen i dag).
  - c) Vi bør også kjøre noen case i lederteam, slik at vi kan samkjøre hvordan vi vurderer henvisninger.
- 2) Innføre bedre systematikk og struktur i pasientjournalene
  - a) Lage et oppsett på hvordan en «perfekt pasientjournal» ser ut med hensyn til overskrifter i tråd med krav i pakkeforløp, og sende ut mail om dette til alle ansatte. Dette vil også bli gjennomgått på avdelingsmøter med alle ansatte.
  - b) Lage et Heliks dokument på ønsket journaloppsett, forventning om struktur, oversikt og bruk av fraser.



- 3) Bruke styringsdata til å belyse variasjon
  - a) Drøfte hva som er ønsket og hva som er uønsket variasjon i lederteam
  - b) Bruke DIPS rapporter til å se på forskjell mellom seksjonene for eksempel for de tilstandene som konsernrevisjonen så på
  - c) Arbeide med å være noe mer lik hverandre mht. avslagsprosent og avslagspraksis

### **Vurdering**

Handlingsplanen er realistisk og vil imøtekomme anbefalingene fra revisjonen. Tiltakene gjennomføres fortløpende og senest innen året.

Sykehuset Telemark HF  
Postboks 2900 Kjørbekk  
3710 Skien

Att: Styret v/ Per Anders Oksum  
Administrerende direktør Tom Helge Rønning

Vår referanse:  
15/00275-13

Deres referanse:

Dato:  
25.04.2019

Saksbehandler:  
Torun Melhus Vedal

## Oversendelse av revisjonsrapport


Vedlagt følger rapport 1/2019 fra revisjon *Likeverdige og forutsigbare helsetjenester – innføring av pakkeforløp* ved Sykehuset Telemark HF. Rapporten sendes styret som overordnet ansvarlig for helseforetakets styring og kontroll og til administrerende direktør som har det utøvende ansvaret.


Vi ber med dette om at rapporten legges frem som sak til etterretning i helseforetakets styre så snart som mulig. Styret tar stilling til når administrerende direktør skal legge frem handlingsplan for oppfølging av revisjonen.

Det anbefales at administrerende direktør benytter revisjonsrapporten i helseforetakets videre forbedringsarbeid, sikrer involvering av medarbeidere og gjennomfører arbeidet i tråd med gjeldende føringer på området.

Dersom noe er uklart, vennligst ta kontakt med Torun Vedal (oppdragsleder) på tlf 93209215 eller på e-post [torun.melhus.vedal@helse-sorost.no](mailto:torun.melhus.vedal@helse-sorost.no)

Med vennlig hilsen  
Helse Sør-Øst RHF

  
Espen Anderssen  
konsernrevisor

  
Torun Melhus Vedal  
internrevisor

Kopi til: Administrerende direktør, Cathrine M. Lofthus





## **Konsernrevisjonen**

### **Rapport 1/2019**

## **Revisjon:**

**Likeverdige og forutsigbare helsetjenester  
- innføring av pakkeforløp**

***Psykisk helsevern for barn og unge***

*Sykehuset Telemark HF*

Dato: 25. april 2019



# Introduksjon

Flere undersøkelser og analyser har vist at det er betydelig variasjon i forbruk av helsetjenester innenfor flere fagområder. For noen pasientgrupper er variasjon planlagt, forventet og et kvalitetstegn. For andre er variasjonen uforklarlig, uønsket og viser at helsetjenesten ikke er likeverdig i befolkningen. Uønsket variasjon kan i ytterste konsekvens medføre risiko for svekket kvalitet og pasientsikkerhet.

Fra 1. januar 2019 skal alle helseforetak ha innført *Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge*. Pakkeforløp er en måte å organisere tjenestene på som sikrer at bestemte elementer inngår i helsetjenesten innen gitte frister. Det skal bidra til å sette god praksis i system, redusere variasjon og fremme likeverdige og forutsigbare helsetjenester.

Målet med revisjonen er å kartlegge og vurdere hvordan barn og unge i Sykehuset Telemark HF gis likeverdige og forutsigbare helsetjenester.

Revisjonen skal gi svar på følgende problemstillinger:

- Hvordan har helseforetaket lagt til rette for at pasienter prioriteres i henhold til nasjonale prioriteringsveiledere?
- Hvordan har helseforetaket lagt til rette for at utrednings- og behandlingsforløp er i henhold til pakkeforløp for barn og unge?

Revisjonen er gjennomført i tidsrommet januar - mars 2019.



# Innhold

<b>1. Konklusjon og anbefalinger</b> .....	<b>4</b>
1.1 Arbeidet med likeverdige og forutsigbare helsetjenester krever bedre oversikt over pasientforløpene	
1.2 Anbefalinger	
<b>2. Kontekst</b> .....	<b>6</b>
2.1 Økende oppmerksomhet rundt uønsket variasjon	
2.2 Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for barn og unge	
2.3 Utredning og behandling - Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge	
2.4 Innføring av pakkeforløp	
<b>3. Tilnærming</b> .....	<b>8</b>
3.1 Styring- og oppfølging ved innføring av pakkeforløp	
3.2 Omfang	
3.3 Avgrensing	
<b>4. Rettighetsvurderinger</b> .....	<b>10</b>
4.1 Avdelingens system for rettighetsvurderinger	
4.2 Gjennomføring av rettighetsvurderinger	
4.3 Oppfølging av rettighetsvurderinger	
4.4 Vurderinger	
<b>5. Tilrettelegging – innføring av pakkeforløp</b> .....	<b>13</b>
5.1 Struktur og journalføring – «nullpunkt»	
5.2 Variasjon i pasientforløp	
5.3 Forberedelser til pakkeforløp	
5.4 Spesialistinvolvering i pakkeforløp	
5.5 Vurderinger	

## Vedlegg

# 1. Konklusjon og anbefalinger

## 1.1 Arbeidet med likeverdige og forutsigbare helsetjenester krever bedre oversikt over pasientforløpene

*Helsetjenesten skal være likeverdig og rettferdig fordelt i befolkningen. All utredning, diagnostisering og behandling skal legge kunnskapsbasert praksis til grunn. Det fordrer at ledelsen på alle nivåer, styrer og følger opp pasientbehandlingen gjennom prosesser i helseforetakets interne styringssystem.*

Revisjonen viser at Avdeling for Barn og unges psykiske helse (ABUP) har gode rutiner for at poliklinikkene skal gjennomføre rettighetsvurderinger i tråd med *Prioriteringsveilederen – psykisk helsevern for barn og unge*. Spesialistene er i stor grad involvert i rettighetsvurderingene. Helseforetakets prosedyrer legger til rette for at pasientjournalene skal inneholde dokumentasjon av de helsetjenestene pasientene får.

Avdelingen har gjennomført flere gode forberedende tiltak for å kunne imøtekomme kravene til innføring av pakkeforløpet. Det er blant annet utarbeidet ny struktur for pasientjournal, i hovedsak gjennomført planlagt opplæring, og det utvikles verktøy for oppfølging av pakkeforløpene. Det gjenstår noe arbeid før dette kan tas i bruk. Samtidig viser revisjonen at flere områder bør styrkes for å nå målene om likeverdige og forutsigbare helsetjenester til barn og unge.

Konklusjonen begrunnes med følgende forhold:

- Rettighetsvurderinger dokumenteres i liten grad
- Journalene støtter i liten grad behandlernes arbeid
- Stor variasjon i forløpene - usikkerhet i styringsdataene

### *Rettighetsvurderinger dokumenteres i liten grad*

En godt dokumentert rettighetsvurdering gir retning for videre utredning og behandling. Ved avslag vil begrunnelsen være viktig informasjon ved eventuelle klagesaker eller hvis pasienten blir henvist på nytt.

Det er svakheter i dokumentasjon av rettighetsvurderingene, hovedsakelig vurdering av individuelle forhold som begrunnelse for fastsettelse av faglig forsvarlig frist. Manglende vurdering av individuelle forhold medfører risiko for at pasientene får startet helsehjelp senere enn hva behovet tilsier. Ytterste konsekvens kan være at pasienter får avslag på feil grunnlag.

### *Journalene støtter i liten grad behandlernes arbeid*

Pasientjournalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og de helsetjenester som mottas. Den skal fremstå strukturert og systematisk. Alle pasienter skal ha en utrednings-/behandlingsplan, og denne skal angi tidsramme og oversikt over gjennomførte og planlagte aktiviteter.

Pasientjournalene fremstår uoversiktlige og lite strukturerte. Et fåtall av pasientene hadde utrednings-/behandlingsplaner. Behandlere benytter ofte tilfeldige journalmalen når det dokumenteres. Det er således utfordrende å få helhetlig oversikt over pasientforløpet gjennom dokumentasjon i pasientjournalen.

Mangelfull dokumentasjon av pasientforløpet reduserer muligheten for informasjonsutveksling mellom pasient, helsepersonell og andre instanser. Når planer er mangelfulle eller ikke opprettet, er det vanskelig å finne en samlet konklusjon av utredninger og diagnostiske vurderinger. Det blir også vanskelig å evaluere om behandlingen gir ønsket effekt.

### *Stor variasjon i forløpene - usikkerhet i styringsdataene*

Analyser av variasjon er et viktig utgangspunkt for å få innsikt i egne pasientforløp og et godt grunnlag for å kunne styre ressursene hensiktsmessig.

Det er stor variasjon i behandlingstid og hyppighet på konsultasjoner mellom poliklinikkene for pasienter innenfor samme diagnosegruppe. Pasienter innenfor samme diagnosegruppe vil ha ulike behov for helsehjelp. Det er likevel viktig å anvende styringsdata for å utvikle innsikt i om pasientene får likeverdige helsetjenester.

I pasientjournalene ser vi at innarbeidet praksis kan medføre usikkerhet rundt styringsinformasjonen. Det er en etablert praksis for at pasienter som overføres internt til annen enhet ikke avsluttes, og dermed blir stående på flere pasientlister. Videre ser vi at flere pasienter som var avsluttet i journal, ble værende på pasientlisten i flere uker uten å ha kontakt med behandler. Når registreringer og styringsinformasjonen ikke er riktig, kan det skape usikkerhet både for pasient og helseforetak.

### **1.2 Anbefalinger**

Til støtte for arbeidet med likeverdig og forutsigbar helsehjelp for barn og unge, har konsernrevisjonen følgende anbefalinger:

- Forventninger til dokumentasjon av faglig vurderinger og konklusjoner ved rettighetsvurderinger bør styrkes og følges opp. Målet vil være å øke kvaliteten i arbeidet med rettighetsvurderinger.
- Innføre bedre systematikk og struktur i pasientjournalene. Målet vil være å øke forutsigbarheten og kvaliteten i pasientbehandlingen.
- Øke bruken av styringsdata for å belyse variasjon i helsetjenester pasientene får. Målet vil være å få innsikt i egne pasientforløp, og skaffe oversikt over egen praksis.

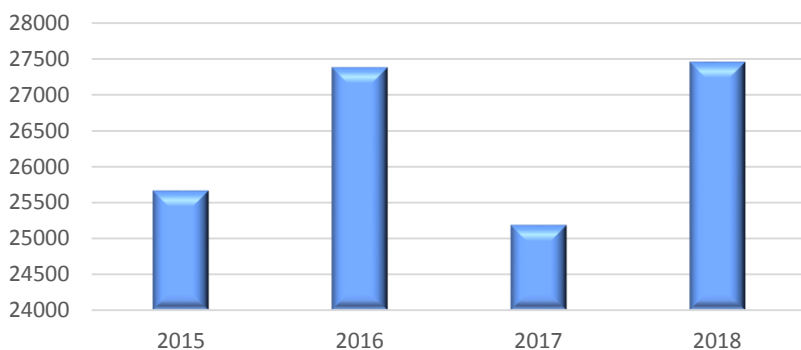


## 2. Kontekst

### 2.1 Økende oppmerksomhet rundt uønsket variasjon

Helse Sør-Øst RHF har over flere år gitt oppdrag til helseforetakene om at det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Veksten måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader og aktivitet.

Figur 1 viser utviklingen i aktivitet for ABUP i Sykehuset Telemark HF (STHF). Tallene i 2015 og 2016 er hentet fra takster fra HELFO, mens aktivitetstallene fra 2017 og 2018 er basert på ISF-systemet.



Figur 1: Aktivitetstall i psykisk helsevern, ABUP, STHF. Kilde: STHF.

Oppdragsdokumentet for 2018 inneholder krav om at regional strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS 2018-2020 skal legges til grunn for utvikling av helsetjenesten. Strategien gir retning for utvikling innenfor disse områdene, og peker på følgende satsningsområder for å redusere uønsket variasjon:

- Standardisering av pasientforløpene
- Registrering i og bruk av kvalitetsregistre
- Oppdaterte prosedyrer og mer bruk av sjekklister

Strategien viser videre til at arbeidet med å redusere uønsket variasjon må integreres og tilpasses forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten.

### 2.2 Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for barn og unge

Alle pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten skal få en faglig vurdering av helsetilstanden sin.

Som grunnlag for rettighetsvurderingene er det utarbeidet en prioriteringsveileder for psykisk helse barn og unge som beskriver nasjonale helsemyndigheters oppfatning av rett fortolkning av regelverket. Veilederen angir god faglig praksis i prioriteringsarbeidet.

Veilederen gir anbefalinger om tildelinger av rettighetsstatus og maksimumsfrist for start helsehjelp på gruppenivå for ulike tilstandsgrupper. Den gir oversikt over individuelle forhold for vurdering av alvorlighetsgrad og fastsetting av faglig forsvarlig frist. Individuelle forhold kan tilsi at rettighet og frist blir annerledes enn det som er anbefalt på gruppenivå for den tilstandsgruppen pasienten tilhører.

Dersom vurderingsansvarlig velger en annen praksis enn den som foreslås i prioriteringsveilederen, bør den være basert på en begrunnet vurdering.

Ansvar for rettighetsvurderingen ligger hos ledelsen, men den kan delegeres til kompetent fagperson(er). Den som har fått delegert ansvar skal vurdere henvisningene i henhold til vilkårene som må være oppfylt for å få rett til prioritert helsehjelp, hvilke henvisninger som må avklares nærmere, og hvilke som avslås eller avvises.

## 2.3 Utredning og behandling - Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge

Formålet med veilederen er å gi tydelige føringer for poliklinikkenes tilbud innen psykisk helsevern barn og unge, herunder å styrke kvaliteten på utredningen og behandlingen som gis.

Veilederen gir blant annet føringer for at alle pasienter skal, så snart saken er igangsatt, få utarbeidet en utredningsplan. Planen bør inneholde planlagte utredninger, fagpersoner som skal delta og tidspunkt for ferdigstilling. Resultatet fra utredningen og diagnostiske vurderinger skal dokumenteres i pasientjournal.

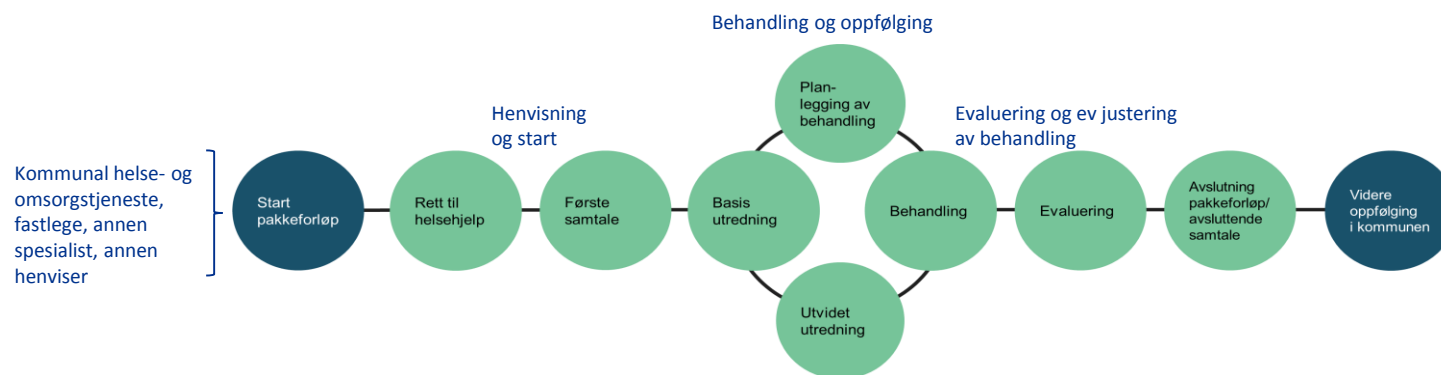
Behandlingsplanen skal være konkret og tidsavgrenset, og skal bidra i å sikre gode tjenester og samhandling med pasient og pårørende. Den må tilpasses den enkelte pasient og familiens ønsker og behov. Planen bør minimum inneholde målsetting, behandlingstilnærming, tentativ behandlingstidspunkt, tidsavgrenset, og skal bidra i å sikre gode tjenester og samhandling med pasient og pårørende. Den må tilpasses den enkelte pasient og familiens ønsker og behov. Planen bør minimum inneholde målsetting, behandlingstilnærming, tentativ behandlingstidspunkt for evalueringer og involverte faginstanser.

## 2.4 Innføring av pakkeforløp

Å innføre pakkeforløp innebærer å etablere nasjonale, normerende forløp for utredning og behandling av ulike tilstander. Pakkeforløpene krever at det er nødvendig kapasitet, forløpskoordinatorer, ledelse og samhandling. For å få dette til kreves det ledelse og koordinering på tvers, og med ulike nivåer. Pakkeforløpene gir en ny nasjonal norm for forløpstider, med monitorering, og krav til måloppnåelse.

Føringer som er gitt i prioriteringsveileder og veileder for poliklinikker er fortsatt gjeldende. Pakkeforløpet gir imidlertid tydeligere krav om at utredningene skal være tidsavgrenset, og at status underveis skal regelmessig vurderes (kliniske beslutninger) av psykologspesialist eller psykiater.

Figur 2 illustrerer aktivitetene i pakkeforløpet.



Figur 2: Pakkeforløp utredning og behandling psykisk helsevern barn og unge. Kilde: Helsedirektoratet.

# 3. Tilnærming

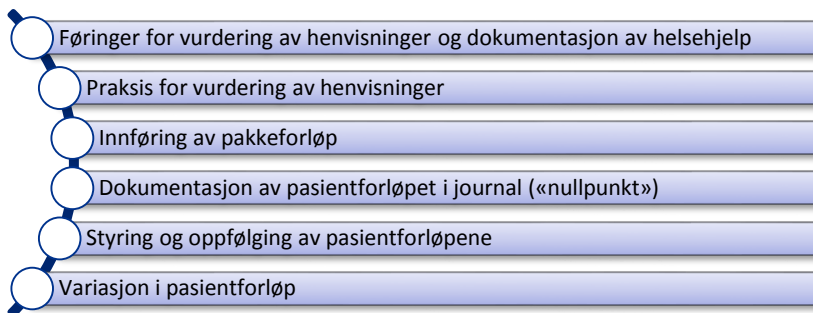
## 3.1 Styring- og oppfølging ved innføring av pakkeforløp

God kvalitet på helsetjenesten avhenger av at ledelsen planlegger og følger opp pasientbehandlingen gjennom et etablert styringssystem. Dette forutsetter gode verktøy og prosesser for styring og ledelse. Helseforetak er komplekse organisasjoner med flere ledelsesnivåer. Nivåinndelingen krever avklarte roller, og at det er godt samarbeid mellom ledere.

Ansvar for den praktiske gjennomføringen, som i dette tilfellet er innføring av pakkeforløp, vil i de fleste tilfeller påligge førstelinjelederne som utøver den daglige ledelsen. Utviklingen må samtidig følges opp i lederlinjen gjennom helseforetakenes styringssystemer.

Pakkeforløpet angir tidsrammen for når kliniske beslutninger skal fattes. Psykiater eller psykologspesialist skal være involvert. For å ha kontroll på dette, må helseforetaket ha oversikt over pasientporteføljen. Dette vil kreve støtte fra stab gjennom utvikling av verktøy, maler og analysekompetanse.

I denne revisjonen ser vi på helseforetakets utgangspunkt for å lykkes med innføringen av pakkeforløp og hvordan helseforetaket har forberedt seg. Følgende områder er belyst for å vurdere dette:



Gjennomgang av føringer for vurdering av henvisninger og dokumentasjon av helsehjelp har omfattet prosedyrer og retningslinjer, strategier og virksomhetsplaner.

For å kartlegge praksis for vurdering av henvisninger og hvordan helseforetaket har forberedt innføring av pakkeforløpet, har vi intervjuet ledere, behandlere og personell i stab. I tillegg har vi deltatt som observatører i inntaksmøter der rettighetsvurderinger gjøres. Videre har vi testet 100 pasientjournaler for å undersøke hvordan disse er dokumentert.

For å undersøke hvordan poliklinikkene har dokumentert tidligere praksis av et pasientforløp («nullpunkt»), har vi testet 80 pasientjournaler. Vi har testet om det er dokumentasjon av første samtale, utredningsplan, behandlingsplan og spesialistinvolvering. Journalene ble stratifisert systematisk valgt ut fra avsluttede saker mellom 1. juli - 31. desember 2018. Utvalget har vært 23 % av populasjonen, og det er ikke tatt hensyn til at poliklinikkene er av ulik størrelse.

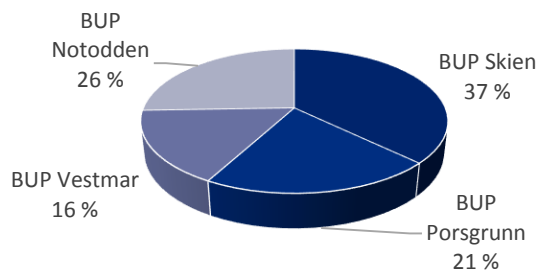
For å kartlegge styring og oppfølging av pasientforløpene, har vi undersøkt ABUP sitt styringsverktøy og rapporteringsrutiner. Videre har vi intervjuet ledere og sentrale personer i stab også innenfor dette temaet.

Det er gjort uttrekk fra DIPS for å belyse om det er variasjon i lengden på pasientforløpene, antall og hyppighet på konsultasjonene innenfor de største diagnosegruppene i avdelingen (angst, moderat depresjon og ADHD).

Revisjonsgrunnlag og revisjonskriterier er beskrevet i vedlegg 1. Oversikt over informasjonsgrunnlag og intervjuer fremgår av vedlegg 2 og 3.

### 3.3 Omfang

Revisjonen har blitt gjennomført i ABUP ved de allmenne poliklinikkene i Skien, Porsgrunn, Vestmar og Notodden. Disse gir tilbud om forebygging, utredning og behandling av psykiske problemer hos barn og ungdom under 18 år, og deres familier.



Figur 3: Fordeling av andel barn og unge i STHF sitt opptaksområde. Kilde: ABUP

BUP Skien har størst opptaksområde, og dekker tre kommuner. Videre dekker poliklinikkene Porsgrunn, Vestmar og Notodden, henholdsvis én, tre og elleve kommuner. Poliklinikkene har fra 10 til 18 behandlerstillinger.

### 3.4 Avgrensinger

De to fylkesdekkende seksjonene Familiebehandling og Autismespekterforstyrrelser i ABUP er ikke omfattet av revisjonen. Pasientgruppen barn under seks år er heller ikke omfattet.

Pakkeforløpet gir føringer for at alle kliniske beslutninger skal kodes. Revisjonen inkluderer ikke om helseforetaket har lagt til rette for kodingen.

Revisjonen er gjennomført uten fagrevisor, og det er således ikke gjort medisinske eller psykologiske faglige vurderinger i våre observasjoner.

## 4. Rettighetsvurderinger

*Alle pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten skal få en faglig vurdering av sin helsetilstand innen 10 virkedager. Prioriteringsveilederne skal legges til grunn ved vurdering av henvisninger.*

Revisjonen har undersøkt hvilke tiltak STHF har iverksatt for å etterleve lovkrav og prioriteringsveilederne. Dette inkluderer hvilke føringer og opplæring som helseforetaket har gitt, og hvordan oppfølging av prioriteringspraksis gjøres. Revisjonen har også testet hvordan rettighetsvurderingene dokumenteres i DIPS journal. I avsnitt 4.1 til 4.3 beskriver vi våre observasjoner om dette.

### 4.1 Avdelingens system for rettighetsvurderinger

#### Styrende dokumenter

Helseforetaket har gitt føringer i styrende dokumenter for hvordan henvisninger skal vurderes, og at prioriteringsveilederne skal legges til grunn for dette arbeidet. Det er utarbeidet standard innhold (fraser) i malen for hva som skal dokumenteres i pasientjournalen fra rettighetsvurderingen, og hva svarbrevene skal inneholde. Innholdet i standard oppsett for rettighetsvurdering legger ikke til rette for at individuelle forhold og begrunnelse for vurdering skal dokumenteres.

#### Kompetanse

Lederne forutsetter at spesialistene som utfører rettighetsvurderinger har den nødvendige kompetanse. Nyansatte leger og psykologer i spesialistutdanning deltar i inntaksmøtene som en del av opplæringen.

Det er ikke iverksatt opplæringstiltak om prioritering av henvisninger på avdelingsnivå eller for den enkelte poliklinikk, utover løpende veiledning i inntaksmøtene.

#### Organisering

Seksjonslederne leder inntaksteamene, og har det formelle ansvaret for vurdering av henvisninger. Teamene består av 4 -5 personer, og deltakerne har ulik utdanningsbakgrunn. I all hovedsak inkluderer inntaksteamene spesialist (psykiater/ psykologspesialist), merkantilt personell og seksjonsleder. Inntaksmøtene gjennomføres ukentlig.

Deltakerne i inntaksmøtene er ansvarlig for å kontrollere innkomne henvisninger fortløpende for vurdering av hastegrad.

Ved fravær utføres rettighetsvurderingene av stedfortredere som har fått delegert myndighet til å vurdere henvisninger. Hvis ikke stedfortreder er spesialist er praksis innrettet slik at det er mulig å konferere med en spesialist eller seksjonsleder ved behov.

### 4.2 Gjennomføring av rettighetsvurdering

Revisjonen viser at det er opprettet vurderingsnotat for alle pasientene som fikk rett til helsehjelp. Vurderingsnotatene ved BUP Skien, Vestmar og Notodden manglet i hovedsak begrunnelse for konklusjonen og vurdering av individuelle forhold ved fastsettelse av faglig forsvarlig frist. BUP Porsgrunn dokumenterer begrunnelse for konklusjonen og fristfastsettelse med henvisning til prioriteringsveilederen.

De fleste vurderingsnotatene inneholder dokumentasjon på at spesialist har vært involvert.

Svarbrev ble sendt til henviser og pasient innen fristen på 10 virkedager. De inneholder ikke konklusjon av rettighetsvurderingen, og om pasienten innkalles til utredning eller behandling. Det innkalles direkte til første time uten denne innledende tekst.

BUP Skien, Porsgrunn og Notodden har opprettet et vurderingsnotat i pasientjournal for pasienter som har fått avslag. Innholdet i vurderingsnotatene varierer imidlertid noe. BUP Porsgrunn dokumenterer begrunnelsen i henhold til anbefalinger i prioriteringsveileder. BUP Skien og Notodden dokumenterer ikke sin begrunnelse for avslag. BUP Vestmar har ikke opprettet vurderingsnotat i pasientjournal.

Tabellen under viser et samlet resultat fra testen av rettighetsvurderingene og svarbrevene for de fire poliklinikkene.

Tabell 1: Resultatet av gjennomgang av rettighetsvurderingene

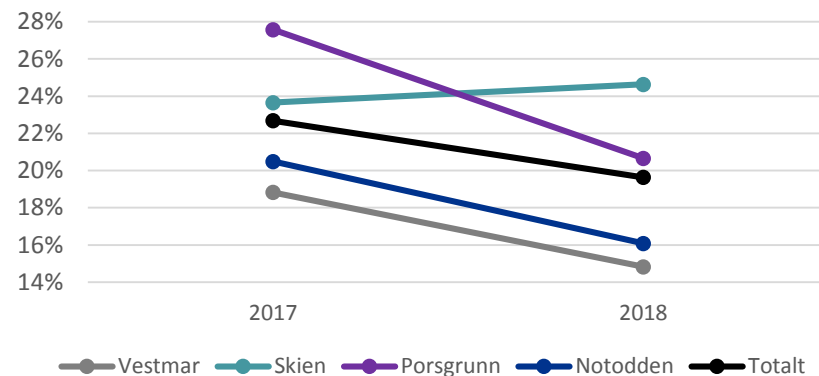
	<b>Totalt</b>
Spesialistinvolvering	83 %
Begrunnelse for rett/avslag	29 %
Begrunnelse for fristfastsettelse	27 %
Dokumentasjon av individuelle forhold	1 %
Svar innen 10 virkedager	95 %
Time i første brev	100 %

### 4.3 Oppfølging av rettighetsvurderinger

Poliklinikkene opplyser om antall henvisninger og andel rett/avslag gjennom månedsrapporteringen og i ledermøter i avdelingen. Ut over dette er det ingen regelmessig oppfølging av prioriteringspraksis på avdelingsnivå.

Det er ikke praksis for å kalibrere rettighetsvurderingene på tvers av poliklinikkene eller med andre helseforetak.

Figur viser avslagsprosent mellom poliklinikkene for 2017 og 2018.



Figur 4: Avslagsprosent i 2017 og 2018. Kilde: STHF

Avslagsprosenten har gått ned fra 2017 til 2018. Det er imidlertid store variasjoner mellom poliklinikkene. I 2018 hadde BUP Skien en liten økning fra året før. De tre andre poliklinikkene hadde lavere avslagsprosent i 2018 sammenlignet med året før. I 2018 var den største variasjonen mellom BUP Vestmar med 14,8 % avslag og BUP Skien med 24,6 % avslag.

Poliklinikkene begrunner variasjonen med at det kan være store forskjeller i tilbud for barn og unge i kommunene og at det dermed kan oppstå ulik praksis for prioritering. De utelukker heller ikke at avdelingen kan ha ulik praksis uavhengig av ytre forhold.

## 4.4 Vurderinger

### *Rettighetsvurderinger dokumenteres i liten grad*

En god dokumentert rettighetsvurdering gir retning for videre utredning eller behandling av pasienten, og det vil være nyttig informasjon for behandlere til å komme raskt i gang med videre forløp. God dokumentasjon av vurderingen der det gis avslag vil være viktig dokumentasjon for at pasienter skal ha mulighet til å ivareta sine pasientrettigheter.

Gjennom testingen ser vi at malen for å dokumentere begrunnelsen for rettighetsvurderingen alltid benyttes når pasientene får rett til helsehjelp. Psykologspesialist eller psykiater var i stor grad involvert i rettighetsvurderingene.

Den videre dokumentasjonen av rettighetsvurderingene fremstår imidlertid som mindre fullstendig. Å vurdere pasientenes individuelle forhold kan tilsi at juridisk frist blir annerledes enn det som er anbefalt på gruppenivå for den tilstandsgruppen pasienten tilhører. Når vurdering av individuelle forhold ikke er dokumentert i journal, er det vanskelig å si om slik vurderinger er gjort. Manglende vurdering av individuelle forhold medfører risiko for at pasientene får startet helsehjelp senere enn hva behovet tilsier. Ytterste konsekvens kan være at pasienter får avslag på feil grunnlag.

Ettersom spesialister har vært involvert i de fleste rettighetsvurderingene, og ut fra krav om forsvarlighet, kan dette gi en trygghet om at ulike forhold ved pasientenes tilstand har vært diskutert og vurdert.

Alle pasienter fikk tilsendt svarbrev innen 10 virkedager, og oppsatt time i første brev der det var aktuelt. Svarbrevene som sendes rettighetspasienter angir imidlertid ikke at pasienten faktisk har fått rett til helsehjelp.

Det er heller ikke beskrevet om helsehjelpen innebærer behandling eller utredning. For å skape mest mulig oversikt og forutsigbarhet bør slik informasjon innbefattes i svarbrevene.

Flere avslag ble begrunnet med manglende opplysninger i henvisning, eller at førstelinjetjenesten ikke har vært forsøkt tidligere eller godt nok før henvisningene ble sendt spesialisthelsetjenesten. Konsekvensen av å gi avslag basert på disse begrunnelsene kan være at pasienter som kan ha behov for helsehjelp ikke får det tilbudet det er behov for. Det opplyses om at flere som får avslag henvises på nytt og da får rett til helsehjelp. God dokumentasjon av tidligere rettighetsvurdering vil da være til nytte. Den vil også kunne danne grunnlag ved en eventuell klagesak.

Avdelingen hadde i gjennomsnitt 20 % avslag i 2018, og dette er en liten reduksjon fra 2017. Tallene viser stor variasjon mellom poliklinikkene. Det kan være grunn til å stille spørsmål om variasjonen er ønsket og naturlig, eller om det kan ha andre forklaringer, for eksempel om ulik forståelse av prioriteringskriterier kan være en av disse.

## 5. Tilrettelegging - innføring av pakkeforløp

*Tilgjengelighet og kvalitet på tjenestetilbudet ved poliklinikkene er avgjørende for å sikre at barn og unge får et tilfredsstillende tilbud fra spesialisthelsetjenesten. Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge legges til grunn for kvaliteten i pasientforløpet.*

Konsernrevisjonen har kartlagt tidligere praksis ved dokumentasjon av helsetjenester i pasientjournalen («nullpunkt»). Dette for å undersøke om eventuelle svakheter ved dokumentasjonen er inkludert som forbedringsområder i forbindelse med innføringen av pakkeforløpet. Videre er det undersøkt om de øvrige tiltakene STHF har iverksatt imøtekommer mål og krav ved innføringen. I avsnitt 5.1 til 5.4 beskriver vi våre observasjoner om dette.

### 5.1 Struktur og journalføring - «nullpunkt»

Prosedylene gir seksjonsledere ansvar for å gå gjennom pasientporteføljen minst tre ganger i året med hver behandler. Gjennomgangen skal rapporteres til avdelingsleder når dette er gjennomført. Det er også besluttet at alle pasienter skal ha utrednings- og behandlingsplan. Føringerne gir i tillegg krav om at alle saker som ikke har hatt tiltak på tre måneder skal avsluttes.

Avdelingen opplyser om at oppfølgingen av pasientporteføljen ikke har blitt gjennomført i henhold til egne prosedyrer. Gjennomgang av pasientjournalene viste at det er store variasjoner ved opprettelse av utrednings- og behandlingsplaner mellom poliklinikkene.

BUP Notodden har opprettet utredningsplaner for alle pasientene, men ingen pasienter har fått opprettet behandlingsplaner. I BUP Skien og BUP Vestmar har enkelte pasienter fått utredningsplaner, men ingen pasienter hadde fått opprettet behandlingsplan.

Felles for utredningsplanene for disse tre poliklinikkene, er at de synes å være statiske, da det i de fleste planene kun er første samtale som er gjennomført. Ingen av planene er oppdatert i DIPS. BUP Porsgrunn har opprettet utrednings- og/eller behandlingsplaner i samtlige journaler som er testet. Enkelte planer er evaluert og oppdatert i DIPS.

To poliklinikker har innført årshjul som et fast journalnotat. Det har som formål å dokumentere spesialistinvolvering, faste evalueringspunkter, diagnosedrøftinger, involvering av andre etater og som en fast tilbakemelding til fastlegen. Testen viser at dette delvis brukes i tråd med formålet, og at det har elementer av samme innhold som kliniske beslutninger skal ha. Avdelingen ønsker å tilrettelegge slik at årshjulet kan passe inn i pakkeforløpet.

Involvering av spesialist var i hovedsak dokumentert i løpende journal. BUP Porsgrunn hadde høyest involvering av spesialist i pasientforløpet. BUP Notodden hadde lavest grad av involvering av spesialister.

Tabell 2 viser et samlet resultat fra test i pasientjournalen.

Tabell 2: Dokumentasjon i pasientjournal.

	<b>Totalt</b>
Første samtale	100 %
Utredningsplan	60 %
Behandlingsplan	17 %
Involvering av spesialist	64 %



Gjennomgangen viser videre at det er flere avsluttede saker i journalnotat som ikke samsvarer med dato for avsluttet pasient i DIPS. I flere av sakene var pasientene innskrevet 1-8 måneder uten at det var dokumentert pasientkontakt, og før epikrise ble sendt og sluttdato registrert i DIPS. Dette gjelder i hovedsak for BUP Vestmar og BUP Notodden.

Noen pasienter står som åpen sak i DIPS, men med avsluttet konsultasjonsserie i avdelingen. Den lengste åpne saken vi har registrert er 28 måneder. Det gis som begrunnelse at når pasienter overføres annen enhet i Barne- og ungdomsklinikken (BUK) eller Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling (KPR), har man ikke anledning til å avslutte saken før pasienten enten er overført somatiske enheter eller utskrevet fra helseforetaket.

En annen begrunnelse er at pasienter overføres andre enheter ved delopdrag. Dette gjør det enklere for pasienten å ta kontakt med sin ansvarlige behandler i opprinnelig poliklinikk når det er nødvendig. Hensikten er å bidra til god pasientflyt, slik at pasientene i størst mulig grad opplever å få et helhetlig tilbud.

Praksisen som er beskrevet over påvirker avdelingens styringsinformasjon og dermed analysene i denne rapporten. Vi har ikke beregnet hvor stort utslag dette vil utgjøre.

## **5.2 Variasjon i pasientforløp**

Variasjon i helsetilbud kan belyses gjennom ulike perspektiver. Eksempelvis gjennom andel pasienter som får rett til helsehjelp, fristfastsettelse, forbruk av helsetjenester og behandlingsmetoder.

Variasjoner kan indikere at det ikke tilbys likeverdige helsetjenester til befolkningen. Uønsket variasjon kan i ytterste konsekvens medføre risiko for svekket kvalitet og pasientsikkerhet som følge av under- og overbehandling.

De neste tre sidene illustrerer variasjonene blant tre av de største diagnosegruppene, henholdsvis angst, moderat depresjon og ADHD. Tabellene 3, 4 og 5 viser variasjon i behandlingens lengde, antall konsultasjoner og hyppighet. Figurene 5, 6 og 7 viser spredningen i behandlingens lengde og konsultasjoner mellom pasientene i poliklinikkene.

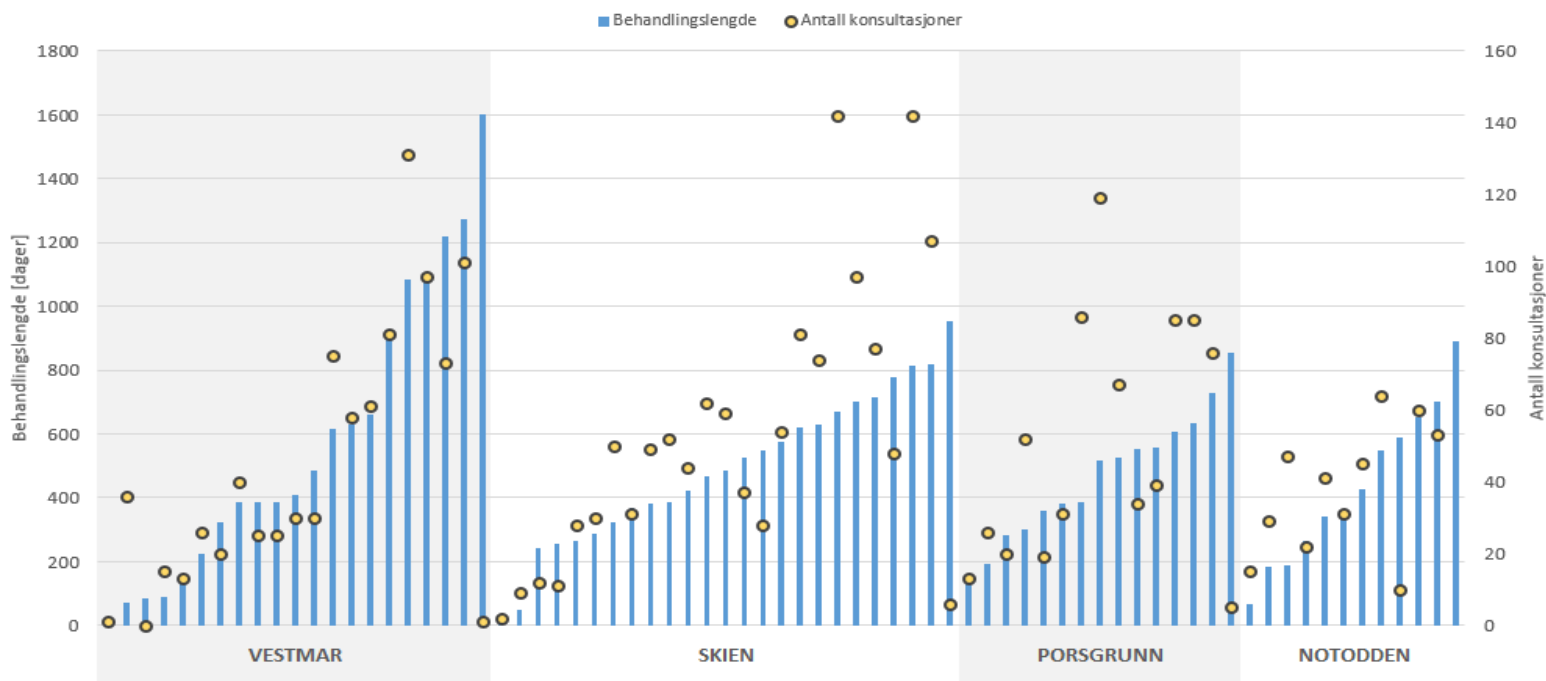
### Pasienter med angst

Tabell 3 viser at BUP Notodden har kortest behandlingstid med 435 dager i snitt, mens BUP Vestmar har lengst behandlingstid med et snitt på 605 dager. Videre viser tabellen at forskjellen på hyppighet på konsultasjonene er mindre.

Figur 6 viser at noen pasienter i BUP Vestmar har lengre behandlingstid enn pasienter ved de andre poliklinikkene. Figuren viser at det er store variasjoner i antall konsultasjoner, både mellom enkelt pasienter og poliklinikkene.

Tabell 3: Gjennomsnitt behandlingstid, antall konsultasjoner og hyppighet. Kilde: DIPS- rapport 2028.

Poliklinikk	Behandlingslengde	Antall konsultasjoner	Hyppighet på konsultasjoner
VESTMAR	605	47	13 dgr
SKIEN	492	53	9 dgr
PORSGRUNN	468	51	9 dgr
NOTODDEN	435	35	12 dgr



Figur 5: Varighet på behandlingen og antall konsultasjoner (ICD-10 F4001, F401, F402, F408, F410 og F411) for poliklinikkene Vestmar, Skien, Porsgrunn og Notodden. Behandling avsluttet i 2017 og 2018. Kilde: DIPS- rapport 2028.

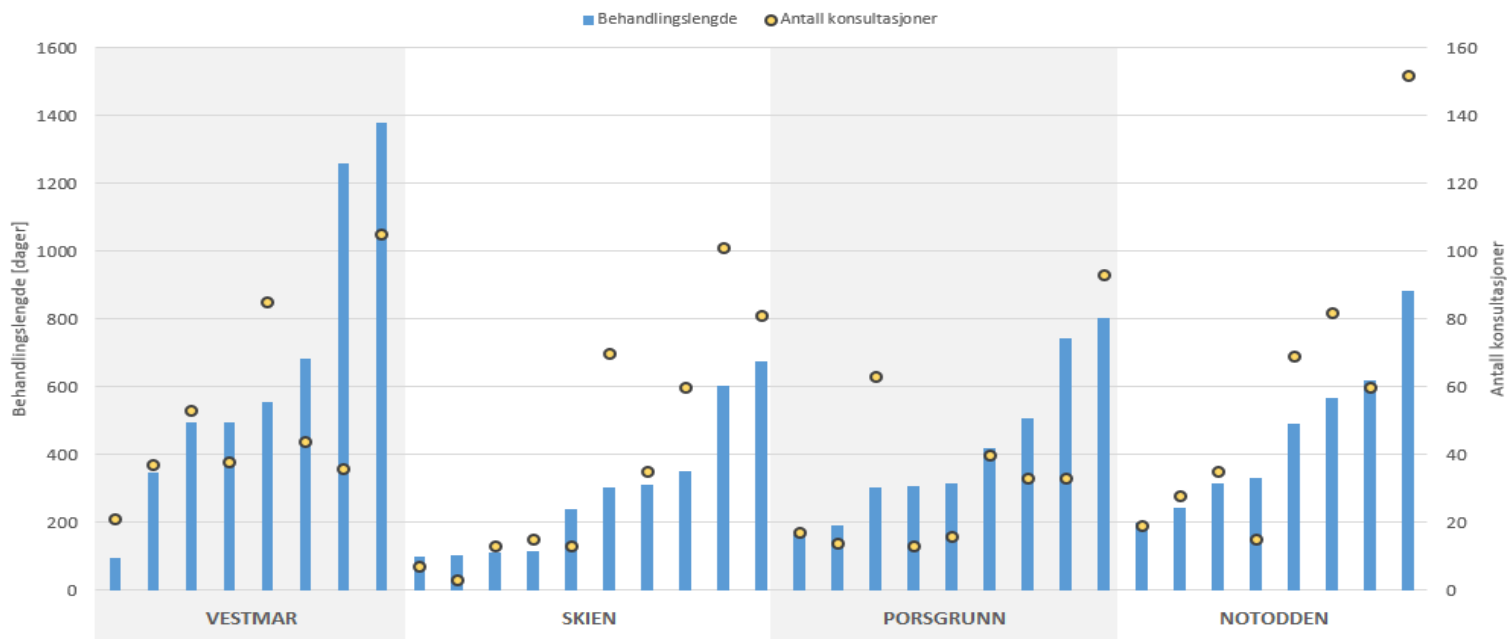
## Pasienter med moderat depresjon

Tabell 4 viser at BUP Vestmar har over dobbelt så lang behandlingstid sammenlignet med BUP Skien. Videre viser tabellen at BUP Skien og Notodden har hyppigere konsultasjoner enn BUP Vestmar og Porsgrunn som har ca. en uke lengre mellom hver konsultasjon.

Figur 7 viser at BUP Vestmar har ett par behandlingsforløp i denne diagnosegruppen med lang varighet. BUP Vestmar har også lengre behandlingsforløp totalt sett sammenlignet med de øvrige poliklinikkene.

Tabell 4: Gjennomsnitt behandlingstid, antall konsultasjoner og hyppighet. Kilde: DIPS- rapport 2028.

Poliklinikk	Behandlingslengde	Antall konsultasjoner	Hyppighet på konsultasjoner
VESTMAR	663	52	13 dgr
SKIEN	292	40	7 dgr
PORSGRUNN	418	36	12 dgr
NOTODDEN	457	58	8 dgr



Figur 6: Varighet på behandlingen og antall konsultasjoner (ICD-10 F321 og F331) for poliklinikkene Vestmar, Skien, Porsgrunn og Notodden. Behandling avsluttet i 2017 og 2018. Kilde: DIPS- rapport 2028.

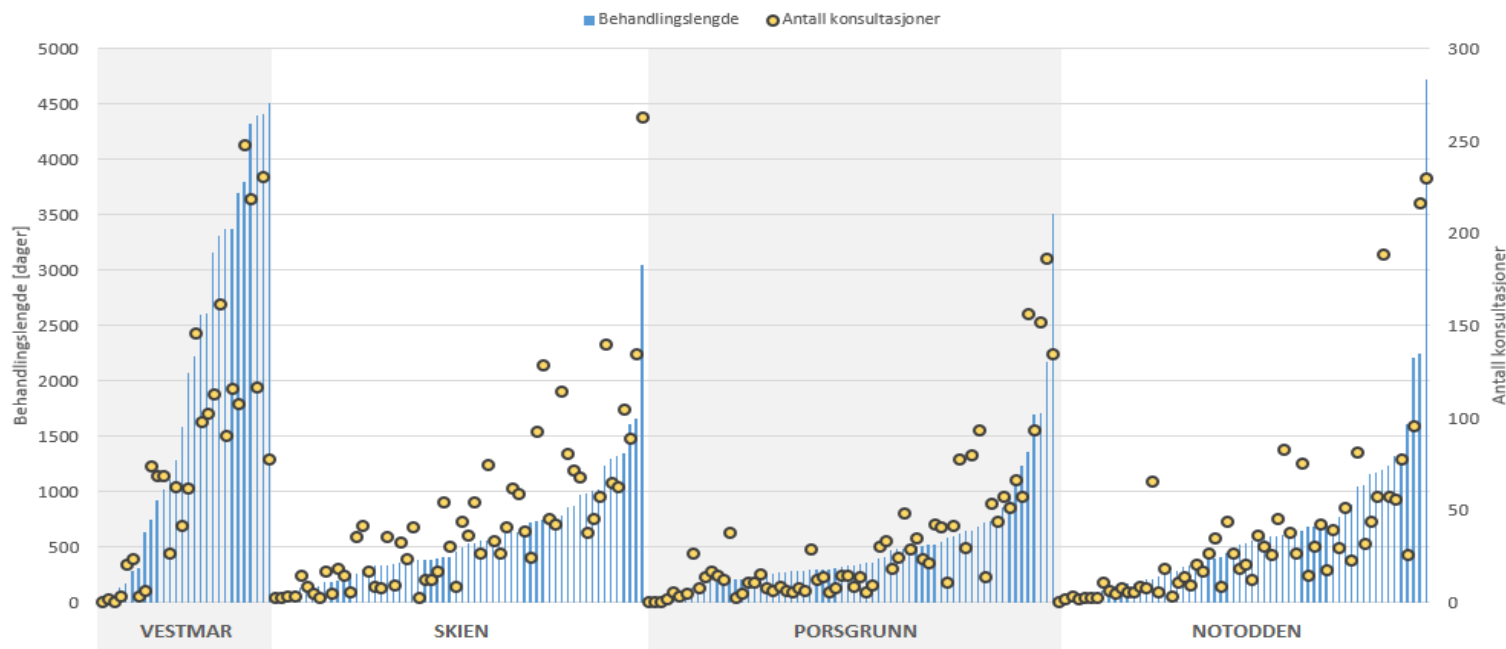
## Pasienter med ADHD

Tabell 5 viser at BUP Vestmar har lengst gjennomsnittlig behandlingstid på 2005 dager, mens BUP Porsgrunn har kortest behandlingstid på 518 dager. Videre viser tabellen at BUP Skien, Porsgrunn og Notodden har ca. samme hyppighet mellom konsultasjonene i snitt, mens BUP Vestmar har langt flere dager mellom hver konsultasjon i sitt snitt.

Figur 7 bekrefter tallene som vises i tabellen. BUP Vestmar har mye lengre behandlingsforløp for flesteparten av pasientene, sammenlignet med de andre poliklinikkene.

Tabell 5: Gjennomsnitt behandlingstid, antall konsultasjoner og hyppighet. Kilde: DIPS- rapport 2028.

poliklinikk	Behandlingslengde	Antall konsultasjoner	Hyppighet $\bar{x}$ konsultasjoner
VESTMAR	2005	82	24 dgr
SKIEN	602	45	13 dgr
PORSGRUNN	518	33	16 dgr
NOTODDEN	654	37	18 dgr



Figur 7: Varighet på behandlingen og antall konsultasjoner (ICD-10 F 900-909) for poliklinikkene Vestmar, Skien, Porsgrunn og Notodden. Behandling avsluttet i 2017 og 2028. Kilde: DIPS- rapport 2028.

### **5.3 Forberedelser til pakkeforløp**

#### *Organisering*

Det er ikke utarbeidet egne prosedyrer for pakkeforløp for barn og unge. ABUP benytter føringer som er gitt fra Helsedirektoratet og Helse Sør-Øst RHF.

I forbindelse med innføring av pakkeforløp, etablerte klinikken en prosjektgruppe høsten 2018. Prosjektbeskrivelsen angir organiseringen av implementeringsarbeidet, fordeling av ansvar og roller, opplæringskrav og frister for møtevirksomhet.

Som en forlengelse av prosjektgruppen opprettet ABUP en arbeidsgruppe. Denne har hatt i oppgave å tilrettelegge for tilpasninger av sentrale temaer i pakkeforløpet, herunder forløpskoordinering, basisutredning, utvidet utredning og behandling. Status for arbeidet og fortløpende beslutninger er vedtatt av avdelingens lederteam.

Arbeidsgruppen har bestått av en representant fra hver poliklinikk i ABUP og ungdomspsykiatrisk senter (UPS) samt to sekretærer. Leder deltar i regional arbeidsgruppe for implementering av pakkeforløp for psykisk helse i Helse Sør-Øst RHF.

Gruppen har definert fraser og standardtekster i DIPS som skal sikre at alle aktiviteter i pakkeforløpet gjennomføres og dokumenteres i tråd med føringene. Det er ikke obligatorisk å benytte disse.

Det er bestemt at seksjonslederne skal ha rollen som forløpskoordinatorer. Det er ikke utarbeidet spesifikke føringer for hvordan avdelingen skal organisere arbeidet. Innhold i rollen er beskrevet i klinikkens prosjektmandat for innføring av pakkeforløpet.

#### *Rapportering og oppfølging*

Innføring av pakkeforløp inngår ikke i virksomhetsplaner eller i lederavtaler for 2019. Helseforetakets styre har ikke hatt dette som egen sak. Ledergruppen er orientert. Det orienteres også om at pakkeforløpet på sikt vil inngå i måneds- og tertialrapporteringen.

Klinikkleder har ansvaret for innføring av pakkeforløpet. Dette innebærer både rapportering til direktøren, og å følge opp egne ledere. Avdelingene har foreløpig ikke utarbeidet handlingsplaner, men klinikken har planer om å starte med dette. Det påpekes at områder som særskilt skal følges opp, herunder pakkeforløpene, skal inngå i lederavtalene.

Det utvikles et verktøy for å monitorere pakkeforløpet. Målgruppen er ledere og kodeansvarlige. Hensikten med verktøyet er å skaffe en oversikt over pasientporteføljen, og hvor langt disse har kommet i utrednings- og behandlingsforløpet. Verktøyet skal også gi en oversikt over hvor lenge det er igjen til evalueringspunktene.

#### *Opplæring*

Poliklinikkene har kompetanseutviklingsplaner for 2019. Planen for BUP Skien og Porsgrunn inneholder kurs og internundervisning om innføring av pakkeforløpet for barn og unge.

Opplæringen i pakkeforløp er hovedsakelig e-læringskurs. Seksjonslederne er ansvarlig for at medarbeiderne har gjennomført kurset (trinn 1) innen utgangen av 2018. Ledere og andre som er intervjuet oppgir at dette er gjennomført. Kurstrinn 2 «utredning og behandling» var planlagt publisert i uke 50 2018. Kurset ble gjennomført av flertallet i februar/mars.

Alle ansatte har fått en informasjonsmappe som gir behandlere en beskrivelse av hovedpunkter som de er ansvarlig for gjennom pakkeforløpet. Informasjonsmappen synes å være kjent, og det bemerkes at den vil være til god hjelp. Arbeidsgruppens aktiviteter har blitt forankret i fagavdelingen som har ansvaret for planlegging og forberedelse til innføring av pakkeforløpene.

Videre har det vært regelmessig informert om fremdrift i forberedelsene og innføringen i seksjonsledermøtene. Tre av fire poliklinikker har hatt planleggingsdager hvor fokus har vært hvordan den interne samhandlingen skal være.

#### 5.4 Spesialistinvolvering i pakkeforløp

Pakkeforløpene inneholder flere kliniske beslutninger. Her skal spesialisten konkludere og dokumentere vurdering, status og videre oppfølging. Det betyr at spesialistene må beregne ytterligere av tiden sin til å drøfte andre pasienter i tillegg til sine egne. Enkelte ledere og behandlere gir uttrykk for bekymring for å ikke ha tilstrekkelige ressurser.

For å nå dette kravet er det en forutsetning at lederne har god oversikt og kontroll på hvordan ressursene brukes. Vi har derfor valgt å undersøke hvor mye tid spesialistene må bruke på kliniske beslutninger i løpet av ett år, og om poliklinikkene har tatt høyde for dette ved innføring av pakkeforløpet.

Tabell 6 viser hvor mange saker den enkelte poliklinikk vil ha i løpet av året. Tabell 7 viser antall timer en spesialist må bruke pr år.

Det er tatt utgangspunkt i helseforetakets føringer for organisering av pasientforløp. Disse angir at behandler i 100 % stilling skal ha minimum 25 åpne saker til en hver tid. Hver måned skal behandlerne avslutte og starte opp to saker. Vi forutsetter videre at behandlerne har byttet ut pasientporteføljen i løpet av ett år.

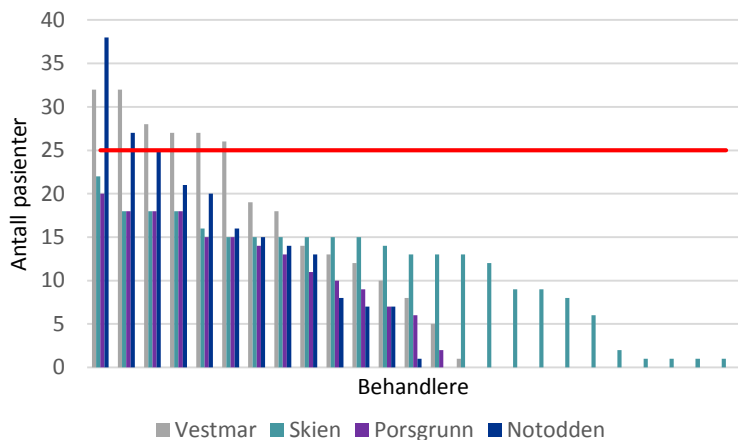
Med utgangspunkt i disse føringene og antall budsjetterte behandlerstillinger i den enkelte poliklinikk har vi beregnet antall saker pr poliklinikken vil ha i løpet av ett år, se tabell 6.

Tabell 6: Fordeling av antall saker pr poliklinikk

Poliklinikk	Antall behandlere	Antall pasienter pr behandler	Totalt antall saker
Skien	18	25	450
Porsgrunn	10,3	25	257,5
Notodden	11,5	25	287,5
Vestmar	10	25	250

Figur 8 på neste side viser at antall pasienter pr behandler varierer mellom poliklinikkene og behandlerne. Uttrekket er kun basert på at en pasient har én behandler. Sekundærbehandlere er således ikke med i dataene. Erfaring, spesialitet og kompleksitet i sakene kan også være avgjørende for hvor mange pasienter hver behandler har. I tillegg vil stillingsbrøk og andre pålagte oppgaver påvirke resultatet.

Figuren viser at behandlerne i gjennomsnitt har mindre enn 25 saker pr behandler, se rød linje. Vi har likevel valgt å basere oss på helseforetakets føringer for å vurdere hvilket spesialistbehov dette vil utgjøre.



Figur 8: Antall pasienter pr behandler. Kilde: DIPS-rapport 1117.

Noen av poliklinikkene har tatt høyde for kravet til økt spesialistinvolvering ved å avsette tid i elektronisk timebok til kliniske beslutninger. Eksempelvis setter spesialistene av en hel dag i ukekalenderen (ev. to halve dager) til dette formålet. De elektroniske timebøkene er i hovedsak åpne. I BUP Vestmar styrer behandler timeboken i stor grad selv.

En klinisk beslutning angis av avdelingen å vare omtrent én time. Ut fra dette har vi forutsatt at en pasient i et pakkeforløp binder opp spesialisten i totalt fire timer. Tidsintervallet vi undersøker er for ett år.

Ut fra antall budsjetterte stillinger for spesialister i poliklinikkene har vi beregnet hvordan fordelingen av antall saker til klinisk beslutning vil være på hver spesialist i poliklinikkene. Tabell 7 på neste side viser resultatet.

Tabell 7: Antall timer pr spesialist må bruke på kliniske beslutninger i løpet av et år.

poliklinikk	Budsjetterte ant spesialister	Totalt antall saker	Antall saker pr spesialist	Antall timer pr spesialist
Skien	6,4	450	70	281
Porsgrunn	4	257,5	64	258
Notodden	3,9	287,5	74	295
Vestmar	3,1	250	81	323

Eksempelvis betyr dette at spesialistene i BUP Porsgrunn må sette av 258 timer til pasientene i pakkeforløp i løpet av ett år. Mens det tilsvarer 323 timer hos BUP Vestmar som har flest antall saker pr spesialist. Fordeler vi antall timer med 230 arbeidsdager, vil behovet pr spesialist ved BUP Vestmar være 1,4 timer pr dag.

Tabell 7 viser kun en liten del av det arbeidet som daglig skal utføres av spesialistene, og hva dette til sammen utgjør i tid. Utregningen er således ment som en illustrasjon som kan benyttes i videre arbeid med god ressursstyring i avdelingen. Men den indikerer at poliklinikkene har satt av tilstrekkelig med tid pr uke for å få gjennomført kliniske beslutninger. Dette vil tilsvare omlag 15 % - 20 % av en fulltidsstilling for den enkelte spesialist.

Beregningen bygger på antall budsjetterte spesialiststillinger. Det opplyses om at ABUP har utfordringer knyttet til rekruttering av spesialister og at ikke alle stillingene er besatt i dag.

## 5.5 Vurderinger

### *Journalene støtter i liten grad behandlernes arbeid*

For at helseforetaket skal klare å implementere og gjennomføre pakkeforløpet ut fra de føringene som er gitt, er det viktig å ha kjennskap til tidligere praksis. Dette for å kunne iverksette målrettede tiltak der man ser at tidligere praksis ikke tilfredsstillende kravene i et pakkeforløp.

Helseforetaket har føringer som dekker kravene i nasjonale veiledere om hva pasientjournalen skal inneholde av dokumentasjon. Disse er kjent i avdelingen. Vår testing av tidligere praksis i dokumentasjon av helsehjelp i pasientjournalene viste at samtlige pasienter fikk gjennomført en første samtale, og at spesialist i stor grad var involvert i pasientforløpet. Dette er et godt grunnlag når pakkeforløp skal innføres.

Testingene viste imidlertid at utrednings- og behandlingsplaner kun var tatt i bruk for få pasienter. Utredninger av pasienten skal lede til en helhetlig vurdering og beslutning om videre utredning eller behandling. Når utredningsplanene er mangelfulle eller ikke foreligger vil det være risiko for at videre forløp ikke baseres på resultater fra utredningene og de diagnostiske vurderingene. Behandlingsplaner skal angi tidsrammen og gi oversikt over planlagte aktiviteter. Når disse ikke finnes er det vanskelig å evaluere om behandlingen har gitt ønsket effekt, underveis i behandlingsforløpet og ved avslutning av behandlingen.

Ved at enkelte poliklinikker fortsatt vil benytte årshjul som et av dokumentene i pasientjournalen vil også videre praksis bli uensartet. Dette kan medføre risiko for misforståelser når alternative dokumenter kan benyttes til samme formål. Hvis avdelingen likevel ser det hensiktsmessig å benytte årshjul bør avdelingen vurdere bruksområdet.

I tråd med klinikkens føringer i prosjekt «Innføring av pakkeforløp psykisk helse og rus» har avdelingen gjennomført mange forberedelser og tilpasninger. De mest sentrale områdene har vært rundt organisering, opplæring, forløpskoordinering, basisutredning, utvidet utredning og behandling. Andre sentrale temaer har vært å styrke samarbeidet om henvisningsrutiner med henvisere og med andre samarbeidspartnere.

Vedrørende innføring av kodeverk i EPJ, registrering, arbeidsflyt og målepunkter er det også nedlagt et betydelig arbeid, men som denne revisjonen ikke omfatter.

Nasjonale retningslinjer har vært førende i arbeidet. Det er så langt ikke utarbeidet prosedyrer for tilpasninger for egen avdeling. Rollen som forløpskoordinator er plassert på seksjonslederne, men vårt inntrykk er at det kan være behov for ytterligere forankring av hvilket ansvar som tilligger denne rollen. Dette for å forsterke rollen slik at avdelingen unngår uklarheter om ansvarsfordelingen og unødig ulik praksis mellom poliklinikkene.

Innhold i pasientjournalene er tilpasset og standardisert gjennom nye fraser. Disse tilfredsstillende endrede krav, men er ikke obligatoriske. Med henvisning til våre observasjoner fra test i pasientjournalene, vurderer vi det slik at avdelingen har behov for et løft i arbeidet med struktur og dokumentasjon i pasientjournalene. Med obligatorisk bruk av både maler og fraser vil avdelingen ha større mulighet for å oppnå lik struktur og ramme for innhold i journalene. Med ytterligere opplæring vil det påvirke kvaliteten på journalføring.

Samlet sett må de ovennevnte forholdene tas med i det videre arbeidet for å kunne møte kravene i pakkeforløpet.



### *Ressursstyring - spesialistinvolvering i pakkeforløp*

Spesialistinvolvering er tydeliggjort gjennom innføring av pakkeforløp. Journalgjennomgangen viser at poliklinikkene ikke har involvert psykologspesialist eller psykiater for alle pasienter i løpet av behandlingstiden. Manglende involvering av spesialist medfører risiko for at vesentlige forhold ved pasientens problematikk ikke fanges opp.

For å nå kravet om at spesialist i psykiatri/psykologi skal delta i kliniske beslutninger der de diagnostiske og behandlingsmessige vurderinger gjøres gjennom pasientforløpet, må lederne ha god oversikt over hvordan spesialistene bruker sin arbeidstid.

Tabell 7 gir en oversikt over hvor mange timer som må avsettes for å nå kravet til spesialistinvolvering. Tabellen viser at poliklinikkene har satt av tilstrekkelig tid med at de har satt av ca. en arbeidsdag pr uke for å få gjennomført kliniske beslutninger.

Våre undersøkelser viser at det er variasjon i fordelingen av antall pasienter pr behandler, og de færreste har 25 saker slik føringene angir. Dette kan skyldes at noen behandlere har pasienter med større problematikk og kompleksitet. Vår vurdering er at det kan være hensiktsmessig å synliggjøre om variasjonen er faglig begrunnet.

Ses disse faktorene i sammenheng, kan dette skyldes utfordringer knyttet til intern ressursstyring. Etter konsernrevisjonens vurdering er det potensiale for å i større grad benytte tilgjengelige aktivitetsdata som grunnlag for planlegging av aktivitet og styring av ressursene i avdelingen. Dette vil være et bidrag til mere likeverdige og forutsigbare helsetjenester.

### *Oppfølging og rapportering er ikke forankret og formalisert*

Oppfølging av pakkeforløp er så langt ikke formalisert, hverken gjennom lederavtaler eller virksomhetsplaner. Kravene i oppdragsdokumentet for 2019 er at andel pakkeforløp skal være gjennomført innen forløpstid for utredning med minst 80 %, og at andel pakkeforløp skal være gjennomført med evaluering av behandling med minst 80 %.

Vi vurderer det slik at det vil være hensiktsmessig å formalisere dette som mål for den enkelte leder, og at det i tillegg rapporteres og følges opp i helseforetakets styringslinje.

Det utvikles et verktøy for oppfølging, oversikt og kontroll av logistikk gjennom hele pakkeforløpet. Dette er forsinket. Etter vår vurdering er det viktig at oppfølgingsverktøyet kommer raskt på plass slik at ansvarlige kan følge utviklingen i pasientforløpene.

### *Stor variasjon i forløpene - usikkerhet i styringsdataene*

Analysene viser at det er variasjoner på varighet av behandlingstid, antall konsultasjoner og hyppighet på konsultasjoner for pasienter i samme diagnosegruppe. BUP Vestmar har i gjennomsnitt lengst behandlingstid og flest dager mellom konsultasjonene for alle tre diagnosegruppene sammenlignet med de øvrige poliklinikkene.

Analyser av variasjon er et viktig utgangspunktet for å få innsikt i egne pasientforløp. Det er et godt grunnlag for å kunne styre ressurser og ha oversikt over egen praksis. Denne revisjonen belyser ulike sider ved variasjon, men det er helseforetaket selv som må vurdere om variasjonen som fremkommer er planlagt eller uønsket. Pasienter innenfor samme diagnosegruppe vil ha ulike behov for helsehjelp. Etter vår vurdering er det viktig å anvende styringsdata for å utvikle innsikt i om pasientene får likeverdig helsehjelp.

I pasientjournalene ser vi at innarbeidet praksis kan medføre usikkerhet rundt styringsinformasjonen. Det er en etablert praksis om at pasienter som overføres internt til annen enhet ikke avsluttes, og trolig blir stående på flere pasientlister. For å unngå unødig forstyrrelser i styringsdataene, er vår vurdering at avdelingen vil være tjent med å se om annen praksis kan anvendes.

Videre ser vi at flere pasienter som var avsluttet i journal, ble værende på pasientlisten i flere uker uten å ha kontakt med behandler. Avdelingen bør sikre at registreringer og styringsinformasjonen er riktig, slik at den kan benyttes, både som en sikkerhet for pasient og helseforetak, men også som et verktøy for å følge opp uønsket variasjon.

# Vedlegg 1

## *Revisjonskriterier:*

- Helseforetaket har gjort nasjonale prioriteringsveiledere gjeldende for prioritering av pasienter til spesialisthelsetjenesten
- Helseforetaket har sikret at ansatte som vurderer henvisninger har tilstrekkelig kompetanse til å prioritere i tråd med nasjonale prioriteringsveiledere.
- Helseforetaket har iverksatt tiltak for å sikre at praksis er i tråd med prioriteringsveilederne
- Helseforetaket følger opp prioriteringspraksis.
- Helseforetaket har implementert pakkeforløpene for utredning- og behandling i rutine for planlegging, oppfølging og avslutning.
- Ansatte har fått tilstrekkelig opplæring for å gjennomføre helsehjelpen i tråd med pakkeforløpene.
- Helseforetaket har iverksatt tiltak for å sikre at pasientforløp gjennomføres i tråd med føringene.
- Helseforetaket følger opp at pasientforløpene gjennomføres i tråd med føringene.

## *Revisjonskriteriene er utledet av følgende krav og føringer:*

- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Prioriteringsforskriften
- Journalforskriften
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Regional strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS 2018-2020
- Oppdrag og bestillingsdokumentet til Sykehuset Telemark HF for 2018
- Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge
- Prioriteringsveileder - psykisk helse for barn og unge
- Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge

# Vedlegg 2

Tabell 1 Informasjonsgrunnlag

Dokumentasjon
Prioriteringsveileder - BUP. Helsedirektoratet
Utvalgte rutiner og prosedyrer fra STHFs kvalitetssystem
Månedrappporter, tertialrapporter, strategier og planer for ulike nivåer i helseforetaket.
Prosjektbeskrivelse «Pakkeforløp psykisk helse og rus»
Maler og fraser for rettighetsvurderinger og pakkeforløp
Kompetanseutviklingsplaner for reviderte poliklinikker
DIPS-rapport 6817 - Oversikt Polikliniske besøk i perioden 1.6.17 - Uttreksdato (18.12.2018)
DIPS-rapport 6813 - Oversikt henvisninger mottatt i periode 1.1.17- Uttreksdato (18.12.2018)
DIPS-rapport 4829 - Timetildeling/oppmøtetid pr uttreksdato (18.12.2018)
DIPS-rapport 2028 – Avsluttede konsultasjonsserier i perioden 1.1.17 - Uttreksdato (17.12.18)
DIPS-rapport 3964 –Aktivitetsrapport pr behandler i perioden 1.1.18 - Uttreksdato (17.12.2018)
DIPS-rapport 1117 – Pasienter pr. behandler pr uttreksdato (25.01.19)

# Vedlegg 3

Tabell 1 Gjennomførte samtaler

Dato	Navn og tittel
24. Januar 2019	Tom Helge Rønning, administrerende direktør
24. Januar 2019	Halfrid Waage, fagdirektør
25. Januar 2019	Anlaug Johre Kaasin, avdelingsleder ABUP (sluttet 1.2.19) og Anne Kjendalen, avdelingsleder fra 1.2.19
25. Januar 2019	Gunnar Gausel, klinikkssjef BUK
28. Januar 2019	Katarina Hristov-Strbac, overlege BUP Skien
28. Januar 2019	Lars Endresen, seksjonsleder BUP Skien
29. Januar 2019	Anne Kjendalen, seksjonsleder BUP Porsgrunn (sluttet 1.2.19) og Susanne Ehrhardt-Knutsen, seksjonsleder fra 1.2.19
29. Januar 2019	Katarina Nymo, psykolog BUP Porsgrunn
5. Februar 2019	Petter Langlo, seksjonsleder BUP Vestmar
5. Februar 2019	Christina Holen Lunde, psykologspesialist BUP Vestmar
6. Februar 2019	Tove Bråthen, seksjonsleder BUP Notodden
6. Februar 2019	Terje Lier, psykolog BUP Notodden

Tabell 2 Deltakelse i inntaksmøter

28. Januar 2019	BUP Skien
29. Januar 2019	BUP Porsgrunn
5. Februar 2019	BUP Vestmar
6. Februar 2019	BUP Notodden

## ***Om konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst***

Konsernrevisjonen er organisert direkte under styret i Helse Sør-Øst RHF og rapporterer funksjonelt til styrets revisjonsutvalg og administrativt til administrerende direktør i det regionale helseforetaket. Våre rapporter behandles av styret i det reviderte helseforetak.

Konsernrevisjonen ble etablert i 2005, og er fra 1.1.2013 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 revisjonsprosjektet:***

Revisjonsperiode: Januar - mars 2019

Virksomhet: Sykehuset Telemark HF

Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisorer:

- Espen Anderssen (oppdragseier)
- Torun Vedal (oppdragsleder)
- Liv Lüdemann (internrevisor)

Rapporten er oversendt til:

- Styrets revisjonsutvalg
- Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF
- Styret i Sykehuset Telemark HF
- Administrerende direktør i Sykehuset Telemark HF

## ***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)

## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

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

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
039-2019	Tom Helge Rønning, adm. dir./ Anne Borge Kallevig, adm.konsulent	Beslutningssak	19.6.2019

**Trykte vedlegg:** Mandat for brukerutvalget for Sykehuset Telemark HF

**Utrykte vedlegg:** Ingen

### Saksutredning:

Saken omhandler oppnevning av medlemmer og valg av leder og nestleder til brukerutvalget for neste periode. Mandatet har også vært gjenstand for en mindre revisjon og styret bes derfor stadfeste mandatet slik det fremkommer av det trykte vedlegget.

Brukerutvalgets funksjonsperiode er på to år. Medlemmer kan oppnevnes for flere perioder, dersom de foreslås fra egen organisasjon, men ikke sammenhengende for flere enn tre perioder.

Styret godkjenner kriterier for sammensetning av brukerutvalget

Nytt brukerutvalg under etablering gjennomførte møte 6.juni 2019, hvor det ble vedtatt å fremme forslag til styret på Rita Andersen fra FFO Telemark som leder og Sondre Otervik fra A-Larm som nestleder i funksjonsperioden.

På bakgrunn av forslag fra de aktuelle organisasjonene, er forslaget til Brukerutvalg ved sykehuset Telemark for perioden 2019 – 2021 som følger:

Navn	Organisasjon
<b>Björg T. Lønnberg</b>	<b>SAFO/NFU</b>
<b>Vidar Bersvendsen</b>	<b>FFO Telemark / LHL</b>
<b>Gunn Inger Heibø</b>	<b>FFO Telemark / MS Foreningen</b>
<b>Rita Andersen</b>	<b>FFO Telemark / PEF</b>
<b>Olaf Kristiansen</b>	<b>FFO Telemark / Profo</b>
<b>Gunn Ingeborg KavI-Engstad</b>	<b>FFO Telemark / Ryggmargsbrokk- og Hydrocephalusforeningen</b>
<b>Sondre Otervik</b>	<b>A-larm</b>
<b>John Arne Rinde</b>	<b>Pensjonistforbundet Telemark</b>
<b>Hanne Kittilsen</b>	<b>Kreftforeningen</b>

## **Forslag til vedtak:**

- 1) Styret i Sykehuset Telemark godkjenner mandatet, inklusive kriteriene for sammensetning av brukerutvalget.
- 2) Styret oppnevner brukerutvalg ved STHF i henhold til listen ovenfor, for en funksjonsperiode på 2 år (2019-2021)
- 3) I henhold til forslag fra Brukerutvalget selv velger styret Rita Andersen (FFO/Psoriasis og Eksemforbundet Telemark, PEF) som leder og Sondre Ottervik (A-larm) som nestleder i brukerutvalget ved STHF for en funksjonsperiode på to år (2019-2021).

Skien, den 12. juni 2019

Tom Helge Rønning  
Administrerende direktør



## Mandat for brukerutvalget for STHF

### **Brukerutvalgets rolle er å være:**

- Et rådgivende organ for styret og administrerende direktør i saker som angår tilbudet til brukere, pasienter og pårørende i virksomhetsområdet.
- Et forum for tilbakemelding fra brukerne, pasienter og pårørende om erfaringer innenfor det regionale helseforetakets ansvarsområde og oppgavene.
- Et samarbeidsforum mellom helseforetaket og brukerorganisasjonene.

### **Brukerutvalgets formål er å:**

- Arbeide for gode, likeverdige og brukerorienterte helsetjenester uavhengig av alder, kjønn, bosted, etnisk opprinnelse, sosial status, sykdom/diagnose og funksjonshemming.
- Arbeide for at tjenestetilbudet i foretaksgruppen har høy kvalitet og gir gode pasientforløp.
- Bidra til god medvirkning fra brukere, pasienter, pårørende og deres organisasjoner.
- Bidra til at brukerkompetansen blir benyttet som grunnlag for planlegging, gjennomføring og evaluering av helsetjenestene

### **Brukerutvalgets oppgaver er å:**

- Fremme saker av betydning for brukere, pasienter og pårørende.
- Bidra i helseforetakets mål- og strategiarbeid, budsjettprosesser, årlig melding, forbedrings- og omstillingsprosesser, risikoanalyser og i øvrige faglige råd og utvalg i saker som angår tjenestetilbudet.
- Avgi uttalelse til helseforetakets årlige melding.
- Avgi høringsuttalelser til planer og utredninger og gi innspill til helseforetakets høringsuttalelser i saker som angår tjenestetilbudet.
- Uttale seg i styresaker som brukerutvalget finner relevante.
- Bidra til utvikling og evaluering av pasient- og brukererfaringsundersøkelser.
- Foreslå brukerrepresentanter fra brukerutvalg og brukerorganisasjoner til arbeidsgrupper, prosjekter, prosesser, råd og utvalg som oppnevnes fra STHF.
- Arbeide for god kontakt mellom det regionale brukerutvalget og brukerutvalgene i helseforetak bl.a. gjennom kontaktpersonordningen.

Brukerutvalgets leder og/eller nestleder, eventuelt andre utvalget bestemmer deltar i styrets møter med anledning til å uttale seg og komme med forslag i saker som angår pasienttilbudet. Arbeidsform avtales.

## **Kriterier for sammensetning av brukerutvalg for STHF**

Brukerutvalget skal representere brukere, pasienter og pårørende i helseforetakets virksomhetsområde. Utvalget skal ha 9 medlemmer. Disse er personlig oppnevnt av styret på bakgrunn av sine erfaringer, kompetanse, nettverk, verv og organisasjonstilknytning.

### **Kriteriene for sammensetning er:**

- Medlemmer i brukerutvalget skal selv ha erfaring som pasient- og/eller pårørende og ha tilknytning til foretakets geografiske og faglige virksomhetsområde.
- Sammensetningen av brukerutvalget må gjenspeile bredden i virksomhetsområdet gjennom balansert representasjon fra somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer.
- Videre legges vekt på representasjon fra brukergrupper med erfaring innen kreftomsorgen, og at pårørendeperspektivet med særlig vekt på foreldre til syke barn, samt at eldre og etniske minoriteter er representert.
- Alminnelige prinsipper for kjønnsmessig representasjon følges. Geografisk representasjon ivaretas i størst mulig grad. Det skal legges til rette for representasjon av yrkesaktive, personer som er trygdet og alderspensjonister.
- Ved oppnevning av nytt brukerutvalg skal både hensynet til kontinuitet og fornyelse ivaretas.
- Både små og store organisasjoner skal være representert, slik at utvalget totalt sett har en god forankring i en bredde av organisasjoner.

### **Funksjonstid**

Brukerutvalgets funksjonsperiode er to år. Medlemmer kan oppnevnes for flere perioder, dersom de foreslås fra egne organisasjoner, men ikke sammenhengende for flere enn tre perioder.

### **Nominasjon, oppnevning og konstituering av brukerutvalg for STHF**

Sammenslutningene av organisasjonene FFO og SAFO, Kreftforeningen, Pensjonistforbundet og organisasjoner med virksomhet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, inviteres til å foreslå kandidater til brukerutvalg.

Fordelingen av representanter er som følger: FFO: 5 representanter, SAFO: 1 representant, Pensjonistforbundet: 1 representant, Kreftforeningen 1 representant og A-Larm eller annen organisasjon innen TSB: 1 representant.

For å møte nasjonale og regionale føringer om representasjon for prioriterte pasientgrupper, kan andre organisasjoner enn de som er nevnt over forespørres.

De som inviteres til å foreslå kandidater kan samarbeide slik at kandidater til utvalget samlet sett oppfyller kriteriene. Organisasjonene kan foreslå prioritert liste med flere kandidater.

Administrerende direktør har fullmakt fra styret til nye oppnevninger innen funksjonsperioden. Ved behov for ny oppnevning, rettes som hovedregel henvendelse til den organisasjon som avgått medlem var foreslått fra.

Styret velger leder og nestleder etter forslag fra Brukerutvalget selv.

God dialog sikres mellom berørte parter i oppnevningsprosessen.

## **Habilitet og konfidensialitet**

- Medlemmer i brukerutvalg skal ikke samtidig være involvert i virksomheter med forretningsmessige interesser i STHF.
- Medlem i brukerutvalg skal ikke samtidig være ansatt i helseforetak.
- Medlemmer i brukerutvalget skal ikke samtidig være medlem i brukerutvalg ved flere helseforetak.
- Medlemmet er selv ansvarlig for å fremlegge eventuell habilitetskonflikt for utvalget. I samsvar med prinsipp i forvaltningslovens § 8, annet ledd treffes avgjørelse av habilitetsspørsmål av brukerutvalget selv, uten at vedkommende medlem deltar.
- Brukerutvalgets medlemmer eller andre som eventuelt deltar i utvalgets behandling har taushetsplikt om de forhold som etter forvaltningslovens bestemmelser er taushetsbelagte, jf forvaltningslovens § 13 flg. Utvalgets leder eller den som innkaller til møter, kan for øvrig pålegge taushetsplikt i saker hvor det er hjemlet i lov eller bestemmelser hjemlet i lov (jf vedlegg 2).
- I saker der det kan være tvil om i hvilken utstrekning opplysninger og dokumenter kan diskuteres fritt, skal brukerutvalget/medlemmet ta dette opp med oppdragsgiver.
- Brukerutvalgets medlemmer skal undertegne taushetserklæring (jf vedlegg 2)
- Anmodning om innsyn fra offentligheten i dokumenter fremlagt for brukerutvalget skal ivaretas av helseforetaket i dialog med brukerutvalgets leder.
- Brukerutvalgets medlemmer skal følge alminnelige etiske regler i samfunnet.

## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

### Sakstittel: Årsmelding 2018 fra Pasient- og brukerombudet i Telemark

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
040-2019	Tone Pedersen, spesialrådgiver	Orientering	19.06.2019

#### Trykte vedlegg:

- Årsmelding 2018 fra Pasient- og brukerombudet i Telemark
- Nasjonal årsmelding 2018 fra Pasient- og brukerombudet

#### Ingress:

Pasient- og brukerombudet nasjonalt og pasient- og brukerombudet i Telemark utarbeider hvert år en årsmelding.

Pasient- og brukerombudet i Telemark, Else Jorunn Saga, deltar i møte og vil presentere resultat fra årsmeldingen som vedrører Sykehuset Telemark.

#### Forslag til vedtak:

Styret tar presentasjonen til orientering.

Skien, den 11. juni 2019

Tom Helge Rønning  
Administrerende direktør

# Årsmelding 2018

Pasient- og brukerombudet i Telemark



## **Innhold**

Ombudet har ordet .....	3
Om Pasient- og brukerombudet i Telemark.....	4
Hva ombudet gjør.....	4
Utadrettet virksomhet.....	4
Hvem kontaktet ombudet i Telemark i 2018?.....	5
Kommunenes helse- og omsorgstjenester.....	6
Spesialisthelsetjenesten .....	9
Pasient- og brukerombudene i Norge anbefaler.....	11

## Ombudet har ordet

Pasient- og brukerombudet arbeider for å ivareta behov, interesser og rettssikkerhet til pasienter og brukere av helse- og omsorgstjenestene. I tillegg arbeider ombudet for å bedre kvaliteten i tjenestene.

Ombudet legger vekt på å hjelpe de som trenger det mest. Vi møter pasienter og brukere i alle aldersgrupper og innen de fleste helse- og omsorgstjenestene. Vi er opptatt av at det skal være lav terskel for å henvende seg til ombudet og det skal være lett å få tak i oss som jobber ved kontoret i Telemark. Folk skal også være klar over at det ikke innebærer noen risiko å kontakte ombudet. Vi foretar oss ikke noe på vegne av andre uten denne personens samtykke. På denne måten ønsker vi å fjerne noe av ubehaget vi veit at folk opplever ved å si ifra om kritikkverdige forhold.

Av og til må vi presisere at vi ikke er en del av helsetjenesten og at vi ikke foretar medisinskfaglige vurderinger. Våre vurderinger gjøres i tråd med mandatet vårt, og ut i fra mandatet kan vi gi råd og veiledning samt bistå med å klage eller arrangere et møte med tjenestestedet. Vi legger stor vekt på verdien i at pasienter får gjenopprettet tilliten til helsetjenesten når denne er redusert eller ødelagt. Dette skjer først og fremst gjennom åpen og strukturert dialog med tjenestene.

Vi ser at antall henvendelser til ombudet i Telemark er stabilt, men vi vet at flere kunne hatt god nytte av å kontakte oss. For å gjøre ombudsordningen bedre kjent, reiser vi mye ut og orienterer om ordningen i lag, foreninger og grupper, også til de som ikke er pasienter eller brukere. Hovedpoenget er at folk skal kjenne til ombudet når de, ektefelle, slektninger, nabo, venner eller kollegaer trenger oss.

Årsmeldingen fra Pasient- og brukerombudet i Telemark er et bidrag til kunnskap om pasienters og brukeres møte med helsetjenestene. Årsmeldingen forteller også om hvordan ombudet arbeider og den aktiviteten vi har. Årsmeldingen for Telemark er todelt, der del en tar for seg spesifikke forhold for Telemark og del to utgjør felles årsmelding for alle pasient- og brukerombudene i Norge.

Skien 28.februar 2019



Else Jorunn Saga

Pasient- og brukerombud i Telemark

## Om Pasient- og brukerombudet i Telemark

Pasient – og brukerombudets virksomhet og mandat er hjemlet i lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 kapittel 8. Pasient- og brukerombudet skal arbeide for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene.

Ombudet utøver sitt faglige virke selvstendig og uavhengig. Administrativt er ordningen knyttet til Helsedirektoratet. Pasient- og brukerrettighetsloven sier at det skal være pasient- og brukerombud i alle landets fylker.

Ombudet i Telemark holder til på Skagerak Arena i Skien, Østre tribune, 5.etasje. Det er fire årsverk med tverrfaglig kompetanse ved kontoret. Pasient- og brukerombudet i Telemark hadde i 2018 et budsjett på rundt 3,3 millioner kroner.

### Hva ombudet gjør

Pasient- og brukerombudets arbeid er todelt. Ombudet bistår pasienter og brukere i enkeltsaker og arbeider for å fremme kvalitetsforbedringer i tjenestene.

Alle kan henvende seg til ombudet. De som tar kontakt er hovedsakelig pasienter, brukere, pårørende eller ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Det er mulig å kontakte ombudet anonymt dersom forespørselen likevel kan håndteres på en tilfredsstillende måte. Av og til faller spørsmålene utenfor ombudets mandat og virkeområde, og da forsøker ombudet å vise videre til rett instans.

Pasient- og brukerombudet er et lavterskeltilbud, tjenesten er gratis og det skal være lett å ta kontakt. Ombudet gir informasjon, råd og veiledning når det er ønsket. Ombudet har som mål å finne gode løsninger og å bidra til dialog på laveste nivå, da vi erfarer at det ofte er det beste både for pasient/bruker og for læringen i tilbakemeldingen for tjenestestedet. Ombudet kan også bistå i å kontakte tjenestestedet eller rett klageinstans. Noen av sakene mener vi er så alvorlige at de skal sendes videre til tilsynsmyndigheten. Det kan også være aktuelt for pasienter å søke Norsk pasientskadeerstatning (NPE) og her kan ombudet bistå.

### Utadrettet virksomhet

Ombudet deltar i dialogmøter med tjenesteytere på ledernivå, både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten. Ombudet møter fast i Brukerutvalget ved Sykehuset Telemark og har der anledning til å legge fram aktuelle problemstillinger og tema som opptar ombudet. Ombudet deltar også i Sentralt Brukerråd ved Borgestadklinikken.

I 2018 presenterte ombudet erfaringer og tilbakemeldinger for helsepolitikere i flere kommuner. Det har også vært flere kontaktpunkter med fylkets eldrerårsrepresentanter i 2018.

Det er et mål at flere skal få kjennskap til ombudsordningen. Foredrag i lag og organisasjoner om blant annet pasientrettigheter, er et viktig arbeid som vi prioriterer.



## Hvem kontaktet ombudet i Telemark i 2018?

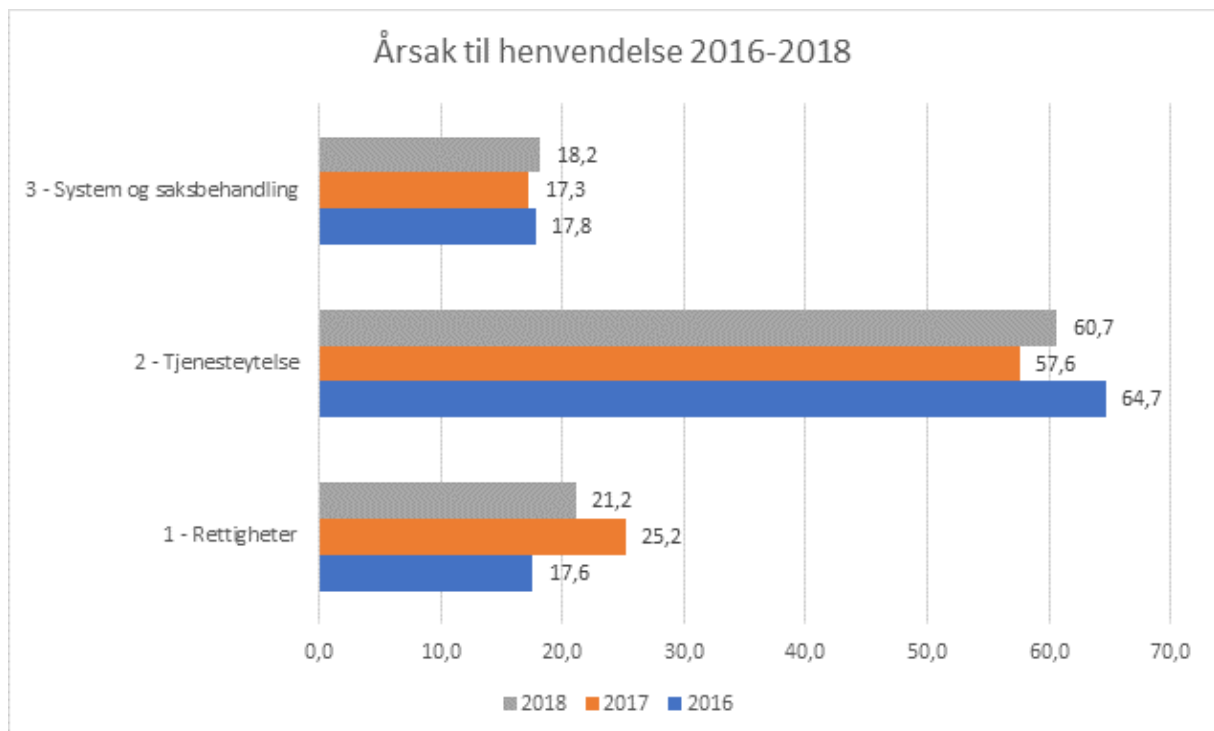
Pasient- og brukerombudet i Telemark registrerte 557 henvendelser i 2018. Dette resulterte i 777 problemstillinger, da en henvendelse kan dreie seg om flere ulike forhold. Dette er en økning fra 2017 på åtte prosent. For landet totalt sett, registrerer pasient- og brukerombudene en stabil pågang, rundt 15 000 årlig.

	2014	2015	2016	2017	2018
Antall problemstillinger	713	786	709	719	777

 (Figur 1)

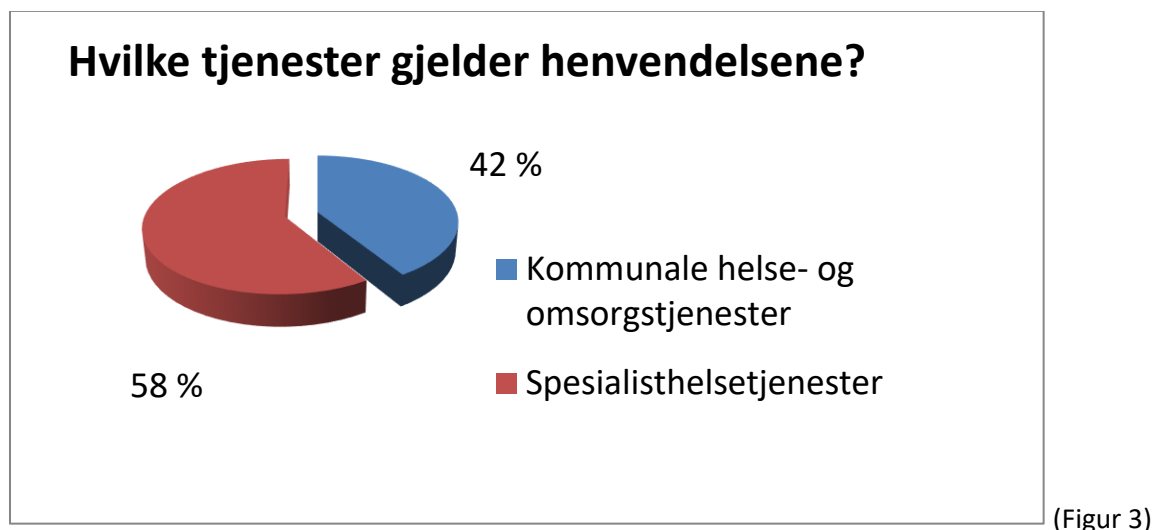
Rundt 61 prosent av henvendelsene til Pasient- og brukerombudet i Telemark handler om kvalitet og forsvarlighet i helse- og omsorgstjenesten. Ofte dreier det seg om at pasient eller pårørende mener at det ikke er gitt riktig, tilstrekkelig eller god nok behandling eller tjeneste. Det kan ha oppstått en komplikasjon eller pasienten er påført skade eller problemer i forbindelse med undersøkelser eller behandling. Årsakene til kontakt med ombudet er mange.

21 prosent av henvendelsene dreier seg om rettigheter man har som pasient eller bruker. De øvrige henvendelsene i 2018, rundt 18 prosent, går på system og saksbehandling enten i spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Figur 2 viser variasjonen mellom de ulike årsaksområdene de tre siste åra.



(Figur 2)

Av nye henvendelser i 2018 dreide 42 prosent seg om den kommunale helse- og omsorgstjenesten i Telemark. 58 prosent av henvendelsene var knyttet til spesialisthelsetjenesten. De siste åra har vi sette en endring mot en større andel henvendelser om kommunale tjenester. Det er en naturlig endring, med tanke på det store volumet og mangfoldet av tjenester som ytes i kommunene. Det kan også være en naturlig konsekvens av oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten/sykehusene til kommunene.



### Kommunenes helse- og omsorgstjenester

To av fem henvendelser til Pasient- og brukerombudet i Telemark i 2018 dreide seg om kommunale helse- og omsorgstjenester. **Registreringene hos ombudet brukes til å gi tilbakemeldinger til kommunene.** Dette gjøres i en form som sikrer pasienten/brukeren anonymitet, men som gir kommunen en mulighet til å forbedre tjenesten der det er grunnlag for det. Som det framgår i figur 4, varierer antall henvendelser på de ulike kommunene fra år til år. Det er også naturlig at det er flere henvendelser fra de mest folkerike kommunene. Ombudet registrerer en eventuell klagesak på den kommunen der tjenesten ytes. Noen henvendelser dreier seg om kommuner utenfor Telemark. Det er fritt valg når det gjelder hvilket ombudskontor man ønsker å kontakte og ombudet bistår likt uansett hvilket fylke kommunen hører til.

	2016	2017	2018
Bamble	8	16	20
Bø	9	10	14
Drangedal	2	3	3
Fyresdal	0	0	6
Hjartdal	0	5	1
Kragerø	6	12	2
Kviteseid	5	5	3
Nissedal	2	2	0
Nome	3	9	11

Notodden	8	32	25
Porsgrunn	39	54	66
Sauherad	4	5	4
Seljord	4	7	0
Siljan	0	0	1
Skien	74	58	98
Tinn	2	11	3
Tokke	2	0	2
Vinje	3	0	6
Kommuner utenfor Telemark		4	7
		233	272

(Figur 4)

Det er et stort mangfold av tjenester som ytes i kommunene. Figur fem viser hvilke tjenesteområder Pasient- og brukerombudet i Telemark har fått flest henvendelser om i 2018.

Over 60 prosent av alle henvendelser til ombudet innenfor de kommunale tjenestene, dreier seg om fastleger. Det har vært en klar økning de siste årene og årsakene til at pasienter kontakter ombudet om sin fastlege, er mange. Pasienter forteller at de ikke blir lyttet til, føler seg misforstått, er uenig med legen i videre oppfølging som for eksempel henvisning til spesialisthelsetjenesten. Pasienter oppgir også at de er uenig med fastlegen om medisiner, enten det er typen, doseringen, opp- eller nedtrappingen av medikamenter. I noen av sakene kan det være aktuelt å råde pasienten til å be om en ny vurdering hos en annen lege, en såkalt "second opinion", eller det kan være grunnlag for å klage formelt.

Rundt 42 000 personer bor på sykehjem i Norge til en hver tid. Det betyr at sykehjemstilbudet, både i omfang og kvalitet, angår mange mennesker, både de som bor i sykehjem og deres pårørende. Årsakene til henvendelsene vi får om sykehjem, er mange. Vi mener flere burde sagt i fra om uhell og uheldige hendelser på sykehjem, slik at kommunene kan lære og forbedre sykehjemstjenesten.

Tjenesteområde kommuner	2016	2017	2018
Fastlege	95	132	167
Sykehjem	20	9	23
Legevakt	17	17	16
Helsetjenester i hjemmet	19	20	15
Tidsbegrenset opphold i institusjon	9	10	14
Omsorgsbolig	6	8	12
Brukerstyrt personlig assistanse		3	9
Bolig til vanskeligstilte		3	3
Fysioterapi		1	3

(Figur 5 - områder med færre enn tre henvendelser i 2018 er ikke tatt med)

Figur seks viser de vanligste årsakene til henvendelse innen kommunene samlet for alle tjenesteområder:

Årsak til henvendelse - kommuner	2016	2017	2018
Omsorgsfull hjelp	22	26	27
Medisinering	12	16	23
Egenandeler/finansierings spørsmål	3	8	21
Henvi sning	11	16	17
Tilgjengelighet	6	16	17
Informasjon	12	13	16
Oppfølging	3	4	16
Behandlingstiltak	22	21	14
Diagnostisering	22	12	13
Kommunikasjon/språk	1	8	12
Oppførsel	10	17	11
Journal			9
Omfang av tjenester	6	7	8
Rutiner	3	3	7
Samarbeid mellom eksterne	1	2	5
Verdighet	6	5	5
Medvirkning	3	9	4
Personvern	1	4	4
Utskrivning			4
Ventetid			4

(Figur 6 – årsaker med tre eller færre henvendelser er utelatt fra oversikten)

Flest henvendelser i kommunesektoren knytter seg til spørsmål rundt medisinering og om situasjoner der hjelpen den enkelte har mottatt, ikke har blitt oppfattet som god omsorg. Disse sakene er knyttet til handlinger eller vurderinger hos helsepersonell knytta til medisinske vurderinger.

I 2018 så vi en betydelig økning i henvendelser knytta til betaling og egenandeler, særlig i forbindelse med legebekø. Pasienter blir ofte overrasket over hva det blir krevd egenandeler for. I tillegg brukes det betalingsordninger som ikke er brukervennlig for alle. God og tydelig informasjon, riktig bruk av regelverket og fleksibilitet fra legekantorene vil kunne forebygge frustrasjon hos pasienten og ubehagelige betalingspåminnelser og trusler om inkasso.

Pasient- og brukerombudet i Telemark vil følge opp hver enkelt kommune i fylket og gi en mer utfyllende informasjon om årsaker til kontakt med ombudet og hvilke tjenesteområder som er berørt.

## Spesialisthelsetjenesten

58 prosent av henvendelsene til pasient- og brukerombudet i Telemark i 2018 var knyttet til spesialisthelsetjenesten, det vil si de offentlige sykehusene eller private institusjoner med offentlig driftsavtale.

Helseforetak/private med avtale	2016	2017	2018
Sykehuset Telemark	242	247	284
Oslo Universitetssykehus	30	23	35
Betanien hospital	15	17	13
Sykehuset i Vestfold	7	13	10
Diverse avtalespesialister	9	10	7
Sørlandet sykehus	6	1	5
Blå Kors Borgestadklinikken	4	2	3

(Figur 7 - 10 offentlige foretak/tjenestetilbydere med avtale innen spesialisthelsetjenesten med to eller færre henvendelser er ikke tatt med)

Figur åtte viser hvilke områder henvendelsene til pasient- og brukerombudet i Telemark knytter seg til. Fordelingen holder seg relativt stabil over de siste årene. Psykisk helsevern for voksne har i flere år vært det området der vi får flest henvendelser. I 2017 så vi en betydelig økning i saker som omhandlet rettigheter innen psykisk helsevern for voksne. Denne endringen holder seg også i 2018. 36 prosent av henvendelsene reiser rettighetsspørsmål, mot 25 prosent i 2016. Dette kan ha sammenheng med stadig endringer i rettigheter for pasientene og økt bevisstgjøring rundt disse.

Merk at inndelingene i tabell åtte ikke nødvendigvis samsvarer med hvordan de ulike sykehusene organiserer sine tjenester. Ombudet tilbyr klinikkene og avdelingene ved sykehusene mer detaljert tilbakemelding på hvilke områder ombudet ser utfordringer og muligheter for forbedring.

Spesialitet (problemstillinger alle HF+avtale)	2016	2017	2018
Psykisk helsevern for voksne	47	47	56
Ortopedisk kirurgi	43	34	47
Gastroenterologisk kirurgi	13	12	22
Onkologi	18	14	20
Plastikkirurgi	11	10	17
Fordøyelsessykdommer	19	20	16
Hjertesykdommer	15	8	16
Nevrologi	19	19	16
Akuttmottak	5	5	11
Generell kirurgi	4	7	11
Lungesykdommer	6	11	11
Øre, nese, hals	9	13	11
Generell gynekologi	6	6	10
Infeksjonsmedisin	4	5	10
Syketransport	8	8	8
Øyesykdommer	11	8	7

Geriatri			6
Psykisk helsevern for barn og unge (BUP)	5	5	6
Revmatologi	7	11	6
Assistert befruktning		2	5
Obstetrikk	3	5	5
Ambulansetjeneste	1	2	4
Anestesiologi	3	15	4
Fysikalsk medisin og rehabilitering	<3	1	4
Nevrokirurgi			4
Urologi	10	11	4

(Figur 8 - områder med tre eller færre henvendelser i 2018 er ikke tatt med)

Som vist i figur ni er det mange ulike årsaker til at pasient- og brukerombudet kontaktes. Den vanligste årsaken til at pasienter tar kontakt når det gjelder spesialisthelsetjenesten, er opplevelse av feil eller mangelfullt behandlingstiltak, eller at pasienten i forbindelse med en behandling mener at de er påført en komplikasjon eller skade. Disse henvendelsene dreier seg om hele spekteret fra de mest alvorlige sakene til mindre hendelser både i konsekvens og omfang. Det vil ofte være grunnlag for en klage til sykehuset og/eller Fylkesmannen i det aktuelle fylket. Noen saker er av en slik art at en tilbakemelding til sykehuset og/eller et oppklarende møte med en beklagelse kan være det som skal til for at pasienten igjen kan få tillit til sykehuset der en feil er begått. I noen saker kan det være aktuelt for pasienten å søke erstatning hos Norsk pasientskadeerstatning (NPE).

Mangler, forsinkelser eller feil i forbindelse med diagnostisering har økt, det samme har saker som gjelder oppfølging. Vi ser ofte et sprik mellom pasientens forventning om oppfølging og det som faktisk blir tilbudt. Det skjer også at spesialisthelsetjenesten ikke følger de planene de selv har lagt for pasienten.

De to siste årene har vi sett en halvering i henvendelser som gjelder ventetid. Vi fikk heller ingen henvendelser i 2018 som gjaldt fristbrudd. Dette betyr ikke at alle pasienter er fornøyd med ventetiden eller at det ikke skjer fristbrudd. Sykehusene dokumenterer selv at fristbrudd fortsatt skjer. Det er mulig at informasjonen til pasientene både om tidsperspektiver og retten til å velge behandling andre steder med kortere ventetid kan ha blitt bedre.

Hvorfor tas det kontakt med ombudet?	2016	2017	2018
Behandlingstiltak	72	80	92
Diagnostisering	39	22	44
Informasjon	21	32	36
Oppfølging	13	17	27
Omsorgsfull hjelp	23	16	20
Ventetid	30	19	17
Egenandel/finansiering	13	12	15
Journal/journalføring	6	10	14
Medisinering	20	14	13
Manglende tildeling av tjenester/avslag	8	12	12
Utskrivning	12	5	12
Kommunikasjon/språk	3	11	9
Oppfølging	9	11	8
Vurdering	1	8	7
Henvisning	1	5	6
Samarbeid mellom eksterne	3	3	6
Personvern	4	2	4
Samarbeid internt	2	7	4
Tvang/brudd på regler ved bruk av tvang	2	1	4
Valg av behandlingssted	3	6	4
Rutiner	7	6	3
Annet/uregistrert	8	8	3
Bortfall/reduksjon av tjenester		2	3
Dokumentbehandling	6	4	3
Medvirkning	10	6	2
Avvisning	3	2	1
Omfang av tjenester		2	1
Saksbehandling (generell)		2	1
Verdighet i tjenestetilbud			1

(figur 9)

## Pasient- og brukerombudene i Norge anbefaler

I felles nasjonal årsmelding for landets pasient- og brukerombud blir en rekke sentrale tema omtalt; kunnskap om pasient- og brukerrettigheter, fastlegeordningen, ivaretagelse av hjemmeboende med hjelpebehov, rusavhengige og behandlingsforløp med mer.

Årsmeldingen kan leses i sin helhet på [helsenorge.no/pasient- og brukerombudet](https://helsenorge.no/pasient-og-brukerombudet).

Felles årsmelding er representativ for helheten i pasient- og brukerombudenes erfaringer. Årsmeldingen brukes i den årlige meldingen til Stortinget om Kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. Ombudene legger også fram sine erfaringer for Stortingets helse- og omsorgskomite under høringen av meldingen.

I felles årsmelding for 2018 gir ombudene følgende anbefalinger:

- Ombudene mener at helsemyndighetene må stille strengere krav til sykehusene for å nå målet om at psykisk helse og rusbehandling skal ha høyere vekst enn somatikken.
- Kommunene må ta et større ansvar for å sikre at fastlegene følger fastlegeforskriften og andre krav som stilles fra helsemyndighetene.
- Pasienter må få kopi av henvisning og tilbud om kopi av prøvesvar.
- Pasienter som forlater en konsultasjon i spesialisthelsetjenesten og er i et forløp, må få vite når neste konsultasjon vil bli - de vil ha en time i hånda.
- Ungdom mellom 16 og 18 år bør fritas for å betale egenandel hos fastlegen.
- Formålet med BPA-ordningen må oppfylles uavhengig av bosted. Forslaget om å oppheve aldersgrensen på 67 år for å beholde BPA, støttes.
- Pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling bør få rett på fullføring av påbegynt tannbehandling uavhengig av om de fortsatt er i institusjon.
- Tilsynsmyndighetene må sikres ressurser til å gi forsvarlig oppfølging av brudd på pasient- og brukerrettighetene.
- Det er et stort behov for økt kompetanse på pasient- og brukerrettigheter blant ansatte i helse- og omsorgstjenestene.
- Det bør gjennomføres tiltak for å bedre kompetanse på bruk av tolk. Helsetjenestens ansvar for å bestille tolk ved behov må etterleves.

Årsmeldingen til Pasient- og brukerombudet i Telemark kan lastes ned elektronisk fra hjemmesiden [www.pasientogbrukerombudet.no](http://www.pasientogbrukerombudet.no)

Denne årsmeldingen anbefales lest sammen med felles årsmelding for landets pasient- og brukerombud. Den finner du på hjemmesiden [pasientogbrukerombudet.no](http://pasientogbrukerombudet.no)



**Pasient- og brukerombudet i Telemark**

Postboks 212 Skøyen

Telefon: 35 54 41 70

e-post: [telemark@pasientogbrukerombudet.no](mailto:telemark@pasientogbrukerombudet.no)

Besøksadresse: Skagerak Arena, Odds plass 3, Skien

[www.pasientogbrukerombudet.no](http://www.pasientogbrukerombudet.no)



ÅRSMELDING

2018



# Forord

---

Gapet mellom ønsker og ressurser er en utfordring i fordelingen av offentlige velferdsgoder, mellom ulike tjenesteområder og innad i helsetjenesten. Vanskelige valg må foretas i åpenhet, ikke i de lukkede rom. Prioriteringene må følge prinsipper og prosedyrer det er enighet om. Målet må være forutsigbare kriterier som danner rammen rundt den individuelle vurderingen. En vurdering som skal skje i samarbeid med den informerte og involverte pasient og bruker. Dette er krevende. Det må tilrettelegges for brukermedvirkning, det må settes av tid og kompetansen må styrkes. Og gevinsten vil være stor. Resultatet vil være en større forståelse for den endelige beslutningen hos pasient og bruker.

Helsepersonellet må gis støtte for sine vanskelige valg. Ledere må bidra til riktig prioritering og støtte sine ansatte i deres vurderinger. Politikere må stå for sine prinsipper og beslutninger også når medias makt truer med gripende historier.

Som ombud for pasienter og brukere møter vi mennesker som ikke alltid har nådd opp i helse- og omsorgskonkurransen. Vår jobb er ikke å sikre vinnere, men å bidra til rettferdighet. Da er det prosessen frem til beslutningene vi etterspør. For det du ikke kan forklare, kan du ikke forsvare.

Hver dag hjelper vi pasienter og brukere i alle aldre med å få slike forklaringer. I 2018 ble det foreslått å endre pasient- og brukerombudsordningen til en eldre-, pasient- og brukerombudsordning. Det var vi og mange brukerorganisasjoner og tjenestesteder sterkt imot. Hvorfor? Jo fordi mange da ville tro vi bare var et ombud for eldre. Forslaget endte ut med etableringen av et eget statlig eldreombud på linje med barneombudet. Vi er fortsatt pasient- og brukerombud for alle.

I 2019 er vi utfordret på å etablere et nasjonalt pasient- og brukerombud som skal jobbe tett med de eksisterende lokale kontorene. Det støtter vi. Vi ønsker å bidra til en videreutvikling av ordningen og ser dette som en mulighet til å styrke vårt faglige og uavhengige ombudsarbeid og få en tydeligere nasjonal stemme.

I denne rapporten deler vi noen erfaringer fra arbeidet vårt.

Anne-Lise Kristensen

Leder for pasient- og brukerombudenes arbeidsutvalg og ombud i Oslo og Akershus

# Innhold

---

<b>Ombudene anbefaler</b>	4
<b>Introduksjon til ombudenes virksomhet</b>	5
Enkelt saker	7
Kvalitetsforbedringer i tjenestene	7
Utadrettet virksomhet	8
Årsaker til at ombudene ble kontaktet	8
<b>Utvalgte tema</b>	10
Trenger vi færre og mer forpliktende pasientrettigheter?	10
Kommunene må ta mer ansvar for fastlegeordningen	11
Leve hele livet – også for de som trenger hjelp	12
Brukerstyrt personlig assistanse – en ordning ute av kurs?	14
Den gylne regel må etterleves	15
Tannhelse er også helse	17
Ny time i hånda	18
Ombudene etterlyser alminnelig folkeskikk	19
Lang saksbehandling truer rettsikkerheten og pasientsikkerheten	21
<b>Sammendrag av Pasient- og brukerombudets årsmelding for 2018</b>	23
Årsaker til at ombudene ble kontaktet	23
Ombudene etterlyser alminnelig folkeskikk	26
Lang saksbehandling truer rettsikkerheten og pasientsikkerheten.	27

## Ombudene anbefaler

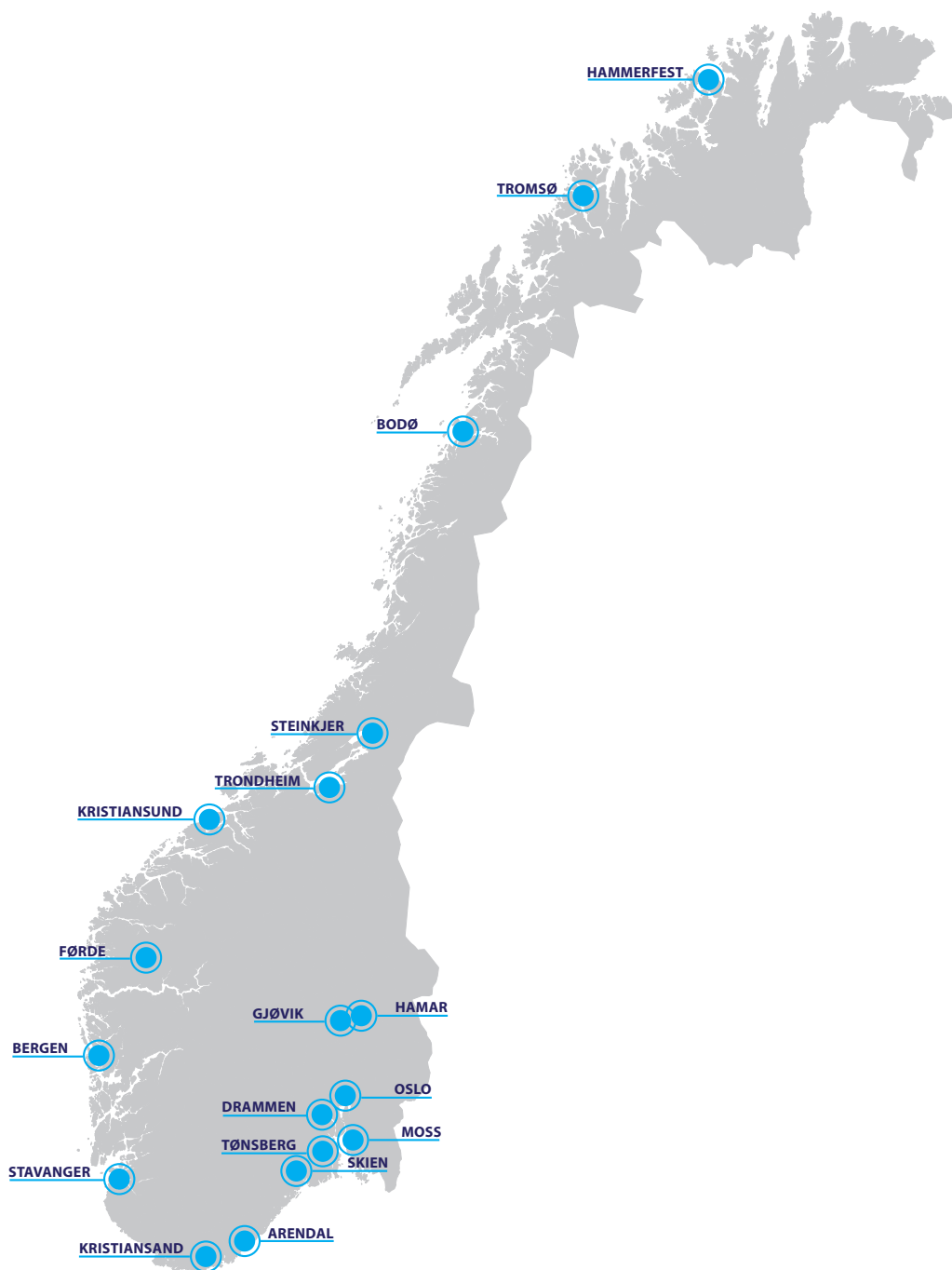
---

- Ombudene mener at helsemyndighetene må stille strengere krav til sykehusene for å nå målet om at psykisk helse og rusbehandling skal ha høyere vekst enn somatikken.
- Kommunene må ta et større ansvar for å sikre at fastlegene følger fastlegeforskriften og andre krav som stilles fra helsemyndighetene.
- Pasienter må få kopi av henvisning og tilbud om kopi av prøvesvar.
- Pasienter som forlater en konsultasjon i spesialisthelsetjenesten og er i et forløp, må få vite når neste konsultasjon vil bli - de vil ha en time i hånda.
- Ungdom mellom 16 og 18 år bør fritas for å betale egenandel hos fastlegen.
- Formålet med BPA-ordningen må oppfylles uavhengig av bosted. Forslaget om å oppheve aldersgrensen på 67 år for å beholde BPA, støttes.
- Pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling bør få rett på fullføring av påbegynt tannbehandling uavhengig av om de fortsatt er i institusjon.
- Tilsynsmyndighetene må sikres ressurser til å gi forsvarlig oppfølging av brudd på pasient- og brukerrettighetene.
- Det er et stort behov for økt kompetanse på pasient- og brukerrettigheter blant ansatte i helse- og omsorgstjenestene.
- Det bør gjennomføres tiltak for å bedre kompetanse på bruk av tolk. Helsetjenestens ansvar for å bestille tolk ved behov må etterleves.

# Introduksjon til ombudenes virksomhet

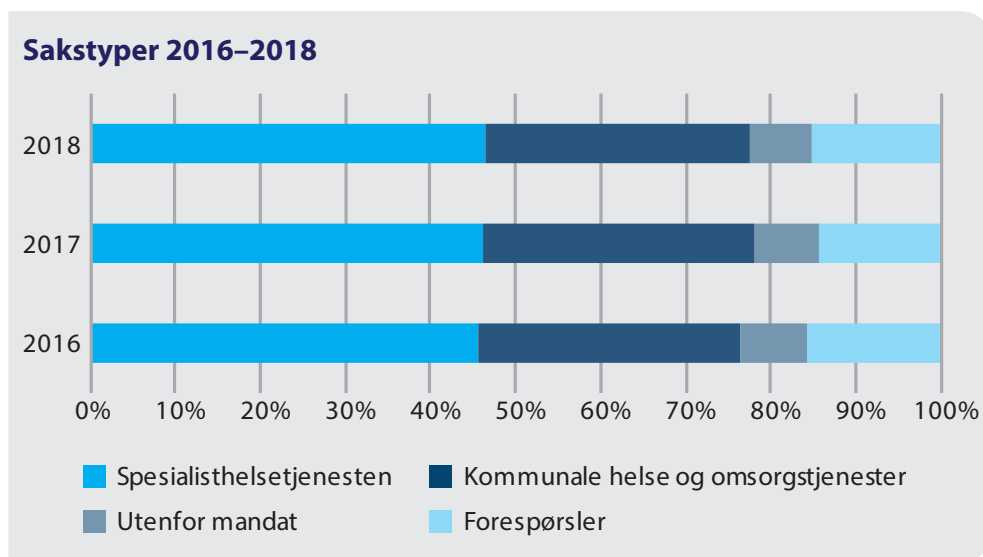
---

Du finner oss i hele landet:



Pasient- og brukerombudet skal arbeide for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene. (Pasient- og brukerrettighetsloven § 8-1)

I 2018 mottok vi 14830 nye henvendelser med 17525 problemstillinger. Fremdeles får vi flest henvendelser fra spesialisthelsetjenesten.



Av det store antall pasienter som søker eller får behandling, pluss det antall brukere som mottar tjenester i landet, er det relativt få som kontakter oss. Likevel mener vi at våre erfaringer peker på områder som bør og kan forbedres. Vi mener langt flere burde ta opp sine negative erfaringer, da vi ser at det nytter. Klager og spørsmål kan føre til forbedringer. Men vi ser altfor ofte at de samme problemstillingene gjentar seg. Tjenestestedene er ikke flinke nok til å lære av egne feil. De som har livslange behov for behandling og bistand har høy terskel for å ta kontakt, og til å gå videre med en sak. Det samme gjelder i små kommuner der tjenestemottaker og tjenesteytere ofte er bekjente. Vi omtaler dette som klagefrykt.

## Enkelt saker

Ombudenes arbeid kjennetegnes ved tett og direkte kontakt med pasienter, brukere, pårørende og tjenestestedene. Enhver kan henvende seg til ombudet. Det er mulig å ta kontakt anonymt, og tjenesten er gratis.

Ombudene skal være et lett tilgjengelig tilbud for de som har spørsmål, tilbakemeldinger eller klager i tilknytning til de offentlige helse- og omsorgstjenestetilbudene.

Ombudene vektlegger møter ansikt til ansikt. Vi lytter, stiller spørsmål, gir informasjon, hjelper med sortering, gir råd og veiledning. Vi tilstreber å bistå slik at pasienter og brukere selv kan ta opp sin sak på en konstruktiv måte. Når det er grunnlag for å gå videre med en sak, gir vi råd i videre saksgang. Kan en sak avklares ansikt til ansikt med pasient/bruker og tjenestested, kan vi tilby å delta i dialogmøter. Det er gode arenaer for gjensidige oppklaringer, forklaringer, informasjon og beklagelser. Møtene kan også bidra til at saker løses uten videre behandling på tjenestestedet eller hos fylkesmannen. Dialogmøter kan gi partene en større forståelse og læring enn skriftlig saksfremstilling og kan bidra til å gjenopprette tillit.

Ombudenes tilstedeværelse lokalt gir den nødvendige nærhet og kjennskap til pasienter, brukere og tjenestestedet, og er avgjørende for at ombudene kan arbeide på denne måten. Vi reiser rundt der folk bor og der tjenestene gis. Med en økt overføring av tjenester fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, blir dette desto viktigere

## Kvalitetsforbedringer i tjenestene

Pasient- og brukerombudene skal bidra til økt kvalitet i tjenestene og har regelmessig kontakt med tjenestestedene. Vi deler erfaringer fra enkelt saker og bidrar med et «utenfra-blikk».

Ombudene har møter med helseforetakenes styrer, brukerråd, ungdomsråd, og kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg. Vi har møter med kommunal ledelse, administrative og politiske. Vi har jevnlig møter med fylkesmennene, Statens helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning og andre som bidrar til nyttig og viktig kunnskapsdeling.

Ombudenes erfaringer benyttes i den årlige meldingen til Stortinget om Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Vi bidrar også med hørings-

uttalelser innen vårt arbeidsområde. Stortingspolitikere får informasjon om ombudenes erfaringer, både ved ombudenes deltakelse i høringer på Stortinget og i direkte kontakt.

## **Utadrettet virksomhet**

Ombudene arbeider aktivt for å øke kunnskapen om pasient- og brukerrettigheter og ombudsordningen, og for å dele pasienters og brukeres erfaringer fra møter med tjenesten. Vi holder foredrag for ansatte i spesialisthelsetjenesten og i kommunale tjenester, politiske og administrative råd og utvalg, pasient- og brukerorganisasjoner, studenter, elever, innvandrere på introduksjonskurs, ansatte på introduksjonskurs, pensjonistforeninger og interesseforeninger etc. I den utadrettede virksomheten får vi mye kunnskap om hvordan tjenestene erfares, og vi kommer i kontakt med pasienter og brukere som ellers ikke hadde kontaktet oss. Ombudene benyttes også som foredragsholdere på nasjonale og regionale kurs og konferanser.

I 2018 arrangerte vi frokostmøte med tema «Barn og unges psykiske helse» under Arendalsuka. Vi hadde også egen stand og deltakelse på flere andre arrangementer.

På den offisielle norske helseportalen helsenorge.no er ombudsordningen omtalt og der finnes kontaktinformasjon om samtlige pasient- og brukerombudskontor i landet. Vi har profil på Facebook der brukerne kan få et inntrykk av ordningen og hva ombudene er opptatt av. Våren 2018 publiserte vi en kampanje med fire små informasjonsfilmer på Facebook og TV2.

## **Årsaker til at ombudene ble kontaktet**

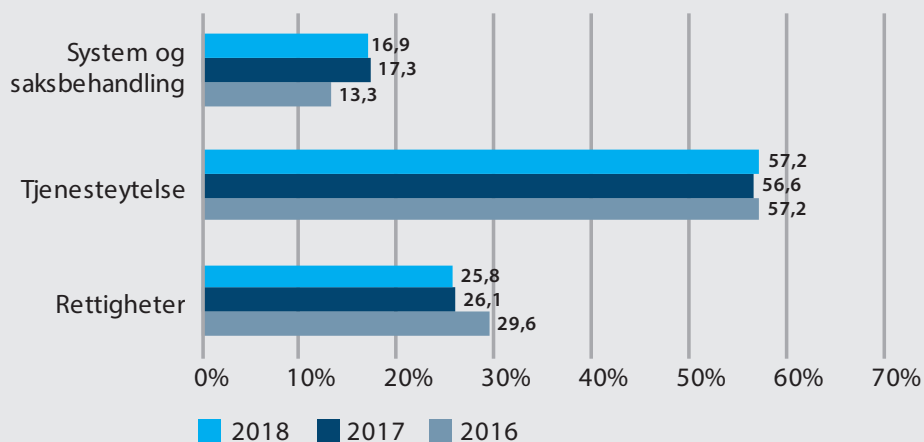
Over halvparten av henvendelsene dreide seg om misnøye med selve utførelsen av tjenesten. Det er eksempler på lite omsorgsfull behandling, spørsmål om feilbehandling, pasientskade, henvisninger som er mangelfulle eller forsinket, mangelfull informasjon, kommunikasjon og språkproblemer.

26 prosent av henvendelsene handlet om rettigheter. Som oftest var det mistanke om brudd på pasient- og brukerrettigheter, for eksempel avslag på søknader om tjenester, fristbrudd, innsyn i journal eller feil i journal, eller mangel på medvirkning og informasjon.



17 prosent av henvendelsene gjaldt organisering og rutiner, rot og sommel, for eksempel mangelfull tilgjengelighet, samhandling mellom etater, lang saksbehandlingstid eller mangelfull saksbehandling

### Årsak til henvendelse 2016–2018



## Utvalgte tema

---

### **Trenger vi færre og mer forpliktende pasientrettigheter?**

For å realisere pasientens helsetjeneste er det etablert ulike ordninger som skal sikre gode behandlingsforløp. De etablerte ordningene med kontaktlege, forløpskoordinatorer, koordinatorer og individuelle planer og hvem som er ansvarlige for de ulike ordningene, er forvirrende både for pasientene og helsepersonellet. Vi stiller derfor spørsmål ved om tiden er inne for å etablere færre, men mer virkningsfulle og forpliktende ordninger.

Pasientene forteller om en helsetjeneste som styres ut fra ordninger og rutiner som ikke alltid er til det beste for pasienten, for eksempel at henvisning til en annen avdeling i spesialisthelsetjenesten enn der pasienter får behandling, krever henvisning fra fastlegen. Videre om brutte forventninger og planlagt oppfølging mellom universitetssykehus, og lokalsykehus – og til sist også til de som skal følge opp i kommunene. Epikriser og medisinalister som ikke følger pasienten, og heller ikke formidles til neste nivå. Samhandling og klare ansvarsforhold er viktig for pasienten. Altfor ofte hører vi at prøver ikke er bestilt eller forundersøkelser ikke er gjort, journaler ikke lest etc., og at behandlinger må utsettes av den grunn.

Vi møter pasienter som ikke har individuell plan, IP, og som heller ikke vet at de har rett til å få IP. Vi hører om mangel på oppfølging og bruk av etablert IP spesielt i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Dette er et stadig problem i de litt større og komplekse sakene som gjerne har vart over år, med slitne pårørende. Pasienter og brukere med sammensatte og omfattende hjelpebehov har ofte behov for høyere kompetanse og flere ressurser enn det kommunene tilbyr. Vi har flere henvendelser fra fortvilte pårørende over at deres sønn/datter ikke får den hjelpen de trenger. De forteller at kampen med det offentlige er den tyngste. I tillegg opplever de at hjelperne ikke klarer å stå i det over tid, og gjentatte akuttinnleggelser blir resultatet. Det fortelles om manglende kontinuitet og forutsigbarhet for brukere med store hjelpebehov. Ferieavvikling og sykefravær resulterer i uker og måneder med marginal hjelp fordi det tar tid å rekruttere vikarer og nye ansatte.

Pasient- og brukerombudene mener at tjenesteyterne må ha større fleksibilitet og velvilje til å samarbeide om og med pasienter og brukere på tvers av nivåer i tjenestetilbudene, slik at pasient- og brukernes behov for tjeneste blir det sentrale, ikke organisering.

**Pasienterfaring:** En pasient med flere sykdommer kontakter pasient- og brukerombudet. Han er til oppfølging ved ulike avdelinger på sitt lokale sykehus, samtidig som han er til utredning og behandling for en alvorlig tilstand ved et universitetssykehus. Han opplever at han i stor grad må holde rede på alt selv og være sin egen sekretær. I tillegg bekymrer det han at det virker som at legene og helsepersonellet i de ulike avdelingene kun ser og er oppdatert på den sykdommen de er spesialist på. Pasienten savner en lege som ser helheten og som han kan ha en dialog om sin totale helsetilstand med. Når ombudet spør om han har fått tilbud om en kontaktlege, har pasienten verken fått tilbud om eller hørt om ordningen.

## **Kommunene må ta mer ansvar for fastlegeordningen**

Kommunene må ta et større ansvar for å sikre at fastlegene følger fastlegeforskriften og andre krav som stilles fra helsemyndighetene.

Pasienter må få kopi av henvisning og tilbud om kopi av prøvesvar. Dette vil bidra til økt kvalitet, styrket pasientsikkerhet og tryggere pasienter.

Unge mellom 16 og 18 år må fritas for egenandel, for å sikre at de har en reell mulighet til å oppsøke fastlegen også når de ikke ønsker å informere sine foreldre og be om penger til dette.

Nyhetsbildet er preget av fastleger som snakker om en uholdbar arbeidsdag. En virkelighet deres pasienter gjennom flere år har formidlet, blant annet gjennom pasient- og brukerombudene. Det er på høy tid at ordningen nå evalueres, noe ombudene påpekte behovet for allerede i 2014.

Pasienter forteller om forsinket diagnostisering, manglende oppfølging av prøvesvar, lite tid under konsultasjonen, dårlige henvisninger og dårlig tilgjengelighet. Det er heller ikke alle som har behov for tolk som får det.

Fastlegene har rundt 15 millioner pasientkontakter årlig. Pasient- og brukerombudene mottar årlig rundt 2000 henvendelser som omhandler fastlegene.

Det er ikke mange sett i forhold til antallet konsultasjoner, men som på andre områder erfarer vi at innholdet i henvendelsene avdekker utfordringer som er kjent også av fastlegene selv og deres samarbeidspartnere i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegene var også tema i Riksrevisjonens Dokument 3:4 (2017-2018) Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god *henvisningspraksis* fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten. Der oppsummeres det at «Fastleger og sykehusleger samarbeider ikke godt nok om henvisningene, som ofte mangler nødvendig informasjon. Undersøkelsen viser at fastlegene og sykehuslegene i mange tilfeller har ulik forståelse av hva som er nødvendig informasjon i en henvisning. Halvparten av sykehuslegene i utvalget opplever jevnlig at det ikke kommer klart fram av henvisningen hvorfor pasienten har behov for spesialistbehandling, og 9 av 10 sykehusleger opplever at det er stor variasjon i kvaliteten på henvisningene.»

Kommunene må ta langt mer styring med de fastlegene de har inngått avtale med. Dette gjelder alt fra etterlevelse av fastlegeforskriften, universell utforming, oppfølging av klagesaker og oppfølging av fastleger som ikke innretter seg etter Helsedirektoratets avklaringer knyttet til hvilke utgifter fastlegen kan pålegge den enkelte pasient.

Pasient- og brukerombudene har de to siste årene etterspurt en endring av egenandelsreglene for unge mellom 16 og 18 år for å sikre at den helserettslige myndighetsalderen i praksis blir 16 år. Vi gjentar denne utfordringen. Unge mellom 16 og 18 år bør ikke betale egenandel ved legebesøk.

## **Leve hele livet – også for de som trenger hjelp**

Pasient- og brukerombudene mottar daglig henvendelser fra eldre og deres pårørende. De forteller blant annet om lang ventetid på sykehjemsplass, for få timer og for lavt kvalifisert personell i hjemmetjenestene, et stort antall personer å forholde seg til, og demente som er overlatt til seg selv store deler av døgnet. Vi er, og skal fortsatt være, pasient- og brukerombud for alle aldergrupper, også de pasientene og brukerne som er «de eldre», og ser at det er nødvendig også etter at regjeringen har vedtatt opprettelsen av et nasjonalt eldreombud.

Folk skal bo hjemme så lenge det er mulig også etter at de er blitt avhengige av hjelp på grunn av sviktende helse. Kommunene skal yte bistand som er

forsvarlig slik at alle eldre skal ha gode hverdager. Vi hører likevel om pårørende til hjemmeboende demente eldre som forteller om bekymringer. De forteller om at deres eldre blir mer forvirret og utrygge, de kan ikke gjøre rede for hvordan dagen har vært, de har ikke fått nødvendig stell og mat og hjemmetjenesten møter stadig med nye personer. De er bekymret over hva som kan skje når deres eldre er mye alene.

Vi hører om store ulikheter mellom sykehjemmene når det gjelder kompetanse, fasiliteter, faglig tilnærming, ivaretagelse og respekt for den enkelte og deres behov i hverdagen. Vi hører om stadig utskifting av sykehjemslegene, og at de er for lite til stede. Det er liten kontinuitet i den medisinskfaglige behandlingen, og timene legene er på sykehjemmene er få. Mange pårørende ønsker å delta sammen med sine eldre ved konsultasjon hos sykehjemslegen, noe som etterspørres. Vi har flere eksempler på forsinket diagnostisering av brudd etter fall eller andre diagnoser, fordi det tar for lang tid før beboer blir undersøkt av lege og henvist til spesialisthelsetjenesten.

Ombudene mener at det er behov for høyere kompetanse hos pleie- og omsorgspersonalet. Pasientene i sykehjem er sykere enn tidligere og har større behov for avanserte helse- og omsorgstjenester. Det er også store utfordringer i forhold til språk, da både personell og beboere er mer flerkulturelle enn tidligere. Dette er en særlig utfordring i forhold til pasienter med demens der morsmålet etterhvert er det eneste de forstår.

Ombudene hører ofte om at det er for lite ressurser til rehabilitering både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Det er dessuten vanskelig for pasienter å forstå hvorfor noen får til dels omfattende rehabilitering etter sykdom og skade i spesialiserte rehabiliteringsinstitusjoner, mens andre henvises til det kommunale tilbudet. Det er store forskjeller i rehabiliteringstjenesten i kommunene, og for ofte preges tilbudet av lang ventetid, for få fysioterapeuter og ergoterapeuter, og rehabiliteringsprogram som framstår som minimumsløsninger for den enkelte. Vi får henvendelser der pasienter mener de har gått glipp av sitt potensiale fordi ventetiden til rehabilitering har vært for lang.

Vi erfarer at det er mangelfulle kunnskaper om helselovgivningen og om bruken av regelverket, både i tildeling og utforming av tjenestene, for eksempel venteliste på plass og tvang i sykehjem. (etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4A.). Ombudene anbefaler et kompetanseløft innen regelverket.

Pasienterfaring: En eldre kvinne, rullestolbruker med flere diagnoser, flyttet inn i kommunal servicebolig med hjemmesykepleie. Hun utviklet etter hvert et trykksår på setet uten at pleiepersonalet reagerte. Trykksåret utviklet seg og kvinnen ble innlagt i sykehus og operert flere ganger. Hun flyttet etterhvert til en omsorgsbolig med heldøgns pleie- og omsorg. Hun klaget på smerter i ankel/ kne, og det ble etter hvert påvist ankelbrudd. Flere ganger fikk hun skrapemerker og kul i panna som antas skyldes dunking av personheis. Ingen av hendelsene ble rapportert som avvik eller journalført. Fastlegen mente at kvinnen trengte høyere omsorgsnivå, og det ble søkt sykehjems plass. Også sykehuset søkte korttidsopphold ved sykehjem, men hun fikk avslag. Avslaget ble påklaget, og tatt til følge.

## **Brukerstyrt personlig assistanse – en ordning ute av kurs?**

Ordningen med Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) har uønskede variasjoner mellom kommuner når det gjelder tildeling av tjeneste, både i omfang og hvordan BPA sees i sammenheng med andre tjenester. Ombudene er kjent med tilfeller der brukere har valgt å flytte til kommuner som har bedre tilbud. Regjeringen har varslet en utredning av BPA-ordningen i 2019. Pasient- og brukerombudene forutsetter at utredningen må ha som mål å oppfylle formålet med ordningen, gi personer med stort hjelpebehov likeverd og frihet samt at bosted ikke skal være avgjørende for tilbudet til den enkelte.

Formålet med BPA, er å gi personer med stort hjelpebehov større frihet til å styre tjenestene og hverdagen selv, og å kunne ha et aktivt og mest mulig uavhengig liv. Siden 2015 har BPA vært en individuell lovfestet rettighet for personer med langvarig og stort behov for personlig assistanse.

Pasient- og brukerombudene har en økning i henvendelser som handler om BPA på 14 % fra 2017 til 2018. Sakene dreier seg både om avslag på BPA og tildeling av færre antall timer enn brukeren mener han eller hun trenger. Vi ser eksempler på vedtak som er svært kompliserte å forstå, og vedtak som er så detaljerte at de teller på minuttet hvor lang tid en aktivitet er beregnet å skulle ta, uten hensyn til brukerens varierende dagsform eller uforutsette hendelser. I Tilsynsmeldingen fra Statens Helsetilsyn for 2017, går det fram at 207 saker om BPA var til vurdering hos fylkesmennene det året. I 83 av disse sakene fikk klager helt eller delvis

medhold. Dette mener ombudene viser at kommunen har mye å gå på i å fatte riktige og gode vedtak, og at brukerne må benytte klageretten sin når de ikke er fornøyd med vedtak.

Det er grunn til å spørre om rettighetsfestingen av BPA gir reelle rettigheter til brukeren så lenge kommunene er gitt det vi må kunne kalle vide rammer i sine behovsvurderinger og tilbud. Slik tjenesten tilbys i mange kommuner i dag, er det grunn til å spørre om hensyn til kommunens økonomi går foran den enkelte brukers rett til et fritt og likestilt liv.

Regjeringens varslede gjennomgang av ordningen i løpet av 2019 ønskes velkommen. Det gjør også forslaget om å fjerne den øvre aldersgrensen for BPA ved 67 år. Målet om flere aktive og gode år for den eldste del av befolkningen bør også omfatte personer med langvarig og stort behov for personlig assistanse som har etablerte BPA-ordninger når de passerer 67 år.

**Pasienterfaring:** En ung mann som trenger bistand til alle gjøremål i løpet av døgnet ønsker å utvide antall timer han har BPA fordi helsetilstanden har blitt verre og alle aktiviteter mer tidkrevende. Han mener at det timeantallet han har, ikke oppfyller intensjonen bak og formålet med rettighetsfesting av ordningen, et meningsfullt og verdig liv. Mannen er kognitivt frisk og ønsker å delta i samfunnet og ha et sosialt liv. Søknaden om utvidelse avslås med begrunnelse at antall timer er tilstrekkelig. Med bistand fra ombudet klager mannen på vedtaket. Etter flere måneder i søknads- og klageprosess innvilges mannen en økning i timer med BPA.

## Den gylne regel må etterleves

Psykisk helse er ett av de områdene ombudene mottar flest henvendelser om. «Den gylne regel» som sier at satsing innen psykisk helse og rusbehandling skal ha en høyere vekst enn somatisk behandling, er stadig like blek. Ombudene mener helsemyndighetene må stille strengere krav til sykehusene for å få til ønsket endring.

Pasienter og pårørende forteller om feilslåtte eller mangelfulle behandlingstiltak og folk som blir sykere mens de venter på behandling. Det gjelder både dag- og døgnbehandling. Pasienter etterlyser tettere, bedre, mer planlagt og koordinert oppfølging. Pasienter i psykisk helsevern for voksne beskriver et

stort fokus på utskrivning fra dag en ved innleggelse. De siste års omlegging av tilbud fra døgn til dag, trekkes også fram av pasienter som opplever utrygghet i møte med helsetjenesten. Mange pasienter som tilbys poliklinisk behandling, uttrykker at de i større grad ønsker seg ro og en seng som del av tilbudet.

Pasient- og brukerombudene kan slå fast at det også innenfor psykisk helse er stor variasjon mellom tilbudene som gis rundt i landet, både fra spesialisthelsetjenesten og kommunene. Helsedirektoratet har slått fast at en av ti henvisninger til psykisk helsevern for voksne avvises (2017). Det vil si at mennesker med psykiske belastninger som fastlegen ikke klarer å hjelpe på en god måte, vises tilbake til fastlegen uten at han eller hun får møte en spesialist.

Kapasiteten innen psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) står ikke i forhold til behovet, slik pasient- og brukerombudene ser det. Det er mangel på spesialister innen poliklinikker og dagtilbud.

Omleggingen av tilbud fra døgnplasser til dagbehandling skaper utfordringer for noen av pasientene som henvender seg til ombudene. Noen vil ikke være innlagt, andre vil være innlagt lenger og motsetter seg utskrivning, enkelte synes utskrivning skjer for fort, eller lurer på hvorfor de ikke kan legges inn i døgnbehandling. Pasienter føler de er gitt opp alle steder. Spesialisthelsetjenesten kan ha gode begrunnelser for sine beslutninger, men disse er ikke alltid godt nok kommunisert til pasientene. Når pasientene informeres om at det ikke finnes aktuelle behandlingsvalg, oppfattes dette som at de er gitt opp, og at de har en adferd eller en sykdom som ingen vil befatte seg med.

Pasient- og brukerombudene mener det er for lite kjent hvilke tilbud som finnes i kommunene innen psykisk helse, både for pasienter og brukere og for spesialisthelsetjenesten og fastlegene. Det kan være tilfeldigheter som gjør at pasienter eller brukere blir kjent med, og får tilbud om, aktiviteter og tiltak som kan være avgjørende for deres livskvalitet og fungering. Ombudene etterlyser bedre koordinerte tjenester og større kapasitet til å ta imot pasienter og brukere i tiltak som gir god livskvalitet og mestring.

I 2018 ble det planlagt og lansert pakkeforløp innen psykisk helse med oppstart i 2019. Pakkeforløp har blitt ønsket velkommen fra mange hold, men også blitt møtt med skepsis. Noe bekymring er knyttet til mangelen på helsepersonell innen psykisk helse. I deler av landet er det problemer med rekruttering av psykologer, psykiatere og andre spesialister og fagfolk som er avgjørende for både faglig innhold i tjenestene og kapasitet. Det er viktig at ikke administra-



sjonen og dokumentasjonen av pakkeforløpene tar ressurser og kapasitet fra det som er viktigst i god pasientbehandling. Pakkeforløpene kan bare være rammen for den gode individuelle oppfølgingen.

Det uttrykkes bekymring for tilbudet til barn- og unge med psykiske lidelser. Fra foreldre, ungdom og ansatte i tjenestene etterspørres en økning i kapasiteten ved poliklinikkene og døgnavdelingene, og at samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten styrkes, for bedre å utnytte hverandres kapasitet og ressurser.

## **Tannhelse er også helse**

Som hovedregel må voksne selv dekke sine utgifter til tannbehandling, men tannhelsetjenesteloven hjemler unntak knyttet til enkelte diagnoser. Rusavhengighet er ikke en av disse. Erfaringen er at mange rusavhengige har dårlig tannhelse. Mange klarer ikke å ta godt nok vare på tennene sine. Flere unngår å gå til tannlege av økonomiske årsaker og de har store tannhelseutfordringer som følge av medisinbruk og år med rusmisbruk. Vi erfarer at institusjonsoppholdene blir kortere og kortere. Pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling rekker ikke å komme i gang med tannbehandlingen før vedkommende mister retten. Nødvendig tannbehandling bør etter ombudenes oppfatning slutføres, uavhengig av om institusjonsoppholdet avsluttes.

Personer med rusavhengighet har rett på offentlige tannhelsetjenester, såfremt de oppholder seg i helseinstitusjon eller mottar hjemmesykepleie fra kommunen. Personer med rusavhengighet vil i denne sammenheng kunne regnes som langtidssyke i institusjon i lovens forstand. Institusjoner og avdelinger innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling omfattes av institusjonsbegrepet i tannhelsetjenesteloven.

I henhold til forskrift om vederlag for tannhelsetjenester har pasienter i helseinstitusjoner som er finansiert direkte over offentlige budsjetter rett til vederlagsfrie tannhelsetjenester forutsatt at oppholdet i institusjonen har en varighet på minst tre måneder.

I forbindelse med at Stortinget i 2005 vedtok at personer i den kommunale rusomsorgen skulle gis et utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester, oppfordret Helse- og omsorgsdepartementet fylkeskommunene til å vurdere behovet for å treffe et lokalt vedtak om å innlemme denne persongruppen i tannhelsetjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv

I-2/2006 Utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud i 2006). Flere fylkeskommuner har gjort dette.

**Pasienterfaring:** En mann henvender seg til ombudet fordi han ønsker hjelp til å fullføre tannbehandlingen han startet på mens han var pasient på en rusinstitusjon. Han var innvilget et opphold på tre måneder og da han ble skrevet ut ble den påbegynte behandlingen stoppet. Han var selv uten penger til å fullføre den påbegynte behandlingen. Han pekte på utfordringene, både kosmetiske og smerter, som var en følge av hans dårlige tannstatus og han mente dette ville bidra til at det ble vanskeligere å komme seg i jobb og forbli rusfri. Mannen ble henvist til NAV for å søke om økonomisk bistand til å fullføre tannbehandlingen.

## Ny time i hånda

Pasient- og brukerombudene mener det bør være et krav at pasienter som forlater en konsultasjon i spesialisthelsetjenesten og er i et forløp, vet når neste konsultasjon vil bli. Det vil gi pasient og pårørende økt trygghet og forutsigbarhet. Det vil også gjøre det enklere å si i fra dersom de opplever brudd i behandlingen.

Pasient- og brukerrettighetene skal bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Det forutsetter tjenesteytere som kjenner rettighetene, praktiserer dem og sikrer at deres pasienter og brukere er kjent med dem. Videre forutsetter det et klageorgan som effektivt bidrar til å sikre at tjenestene drives i samsvar med lov og forskrift. Pasient- og brukerombudene erfarer daglig at så ikke er tilfelle.

De fleste pasienter erfarer at de innen rimelig tid får et første møte med sykehuset etter å ha blitt henvist fra fastlegen. Men deretter kan ventetiden bli lang, uten informasjon om hva som skal skje og når det skal skje. Dette gir manglende forutsigbarhet og mulighet til å planlegge, det skaper utrygghet og for enkelte forsinket behandling med et dårligere resultat enn nødvendig.

Et av formålene med innføring av pakkeforløp var nettopp å unngå dette og å sikre bedre flyt i pasientforløpene. De som har gode erfaringer med pakkeforløpene understreker at dette nettopp skyldes god flyt i forløpet, en forløps-

koordinator det er mulig å oppnå kontakt med og kontinuerlig informasjon om hva som er neste post på programmet. At de har time i hånda når de reiser hjem etter innleggelse eller poliklinisk oppmøte.

Pasient- og brukerombudene mener pasientene med sine erfaringer her peker på et område der spesialisthelsetjenesten har et forbedringspotensial. Et krav om *Ny time i hånda* vil styrke pasientenes rettsikkerhet og bidra til økt pasientsikkerhet.

## **Ombudene etterlyser alminnelig folkeskikk**

Mange henvendelser til ombudene dreier seg om mangel på omsorgsfull behandling og folkeskikk. Dårlig oppførsel fra helsepersonell gir tilleggsbelastninger for pasienter, brukere og pårørende som allerede står i krevende situasjoner. Helsetjenestene må i tillegg til å ha faglig forsvarlige og gode tilbud, også ha et aktivt forhold til kvaliteten i de menneskelige møtene. Dårlige pasientopplevelser påvirker tilliten til tjenesten, fagpersonellet og systemene. God og tilpasset informasjon til rett tid, brukermedvirkning, bruk av tolk der det er påkrevd, anerkjennelse av pårørende som ressurs og tid til dialog er viktig for god og verdig omsorg.

## **Informasjon til pasienter og brukere**

Mangelfull eller dårlig informasjon er et element i de fleste henvendelsene ombudene får. Det gjelder både i møte med spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tillegg gjelder underskuddet av god og hensiktsmessig informasjon både i møtet mellom pasient/bruker og behandler/helsepersonell, men også på et mer generelt plan der pasient og bruker mangler kunnskap og informasjon om hvilke tilbud som faktisk finnes og hva de skal kunne forvente av tjenestene. Mange kommuner sender ut brosjyrer i posten til sine innbyggere med oversikt over hva de kan kreve av standard fra kommunen når det gjelder tekniske tjenester som brøyting, vann og avløp. Kommunene bør på samme måte tilstrebe å informere sine innbyggere om helse- og omsorgstjenestene.

## **Brukermedvirkning**

Pasienter og brukere kommer til pasient- og brukerombudene med historier om at de føler seg verken sett eller hørt av helsepersonell, noen beskriver at de er møtt med arroganse. Pasienter og brukere har lovfestet rett til medvirkning ved

gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Kunnskapen om og kompetansen til å praktisere medvirkning kan bli bedre hos helsepersonell, både i spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Det er helsepersonellens ansvar å gi informasjonen i en form som er forståelig for pasientene, det samme gjelder ansvaret for å gi et realistisk bilde av hva helsetjenestene kan tilby.

## **Pårørende**

Pasient- og brukerombudene får henvendelser fra pårørende til pasienter og brukere. De fleste kontakter ombudet på vegne av andre, men de kan også ha spørsmål rundt sin egen rolle og sine selvstendige rettigheter som pårørende. Kommunene har ansvar for å tilby opplæring og veiledning, avlastning og omsorgsstønad til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid. (Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 Kommunens ansvar overfor pårørende). Ombudene erfarer at pårørende har mangelfull kunnskap om dette. Ombudene snakker med pårørende som har stor omsorgsbyrde, som er slitne, og som har begrenset kontakt med kommunen og er ukjent med hvilke muligheter for hjelp som finnes. Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal faglig veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenestene. Denne veilederen bør bli bedre kjent for helsepersonell og følges.

## **Tolk**

Språk og språkforståelse er sentralt i god og forsvarlig pasientbehandling. Noen pasienter har ingen eller begrenset norskkunnskap og det er behov for tolk i kommunikasjonen. Pasient- og brukerombudene er kjent med at anstrengt økonomi brukes som argument for ikke å bruke tolk. Andre grunner kan være mangelfulle rutiner for bestilling av tolk, dårlig tilgang på tolketjeneste og dårlige erfaringer med tolketjeneste. Dette er svært bekymringsfullt og kan true pasientsikkerheten.

Fortsatt brukes barn eller andre pårørende som tolk for familiemedlemmer. Det skjer også at tilfeldig tilgjengelige personer med kompetanse på det aktuelle språk blir hentet inn i situasjoner uten at han eller hun har kompetanse eller godkjenning som tolk. Dette er en praksis som ikke bare truer pasientsikkerheten, men også personvernet og pasientens integritet og verdighet.

## **Lang saksbehandling truer rettsikkerheten og pasient-sikkerheten**

I dag er saksbehandlingstiden svært lang hos de fleste fylkesmennene og i Statens helsetilsyn. Dette reduserer tilliten til den endelige avgjørelsen og reduserer læringsutbytte for tjenestestedene i sakene som omhandler kvaliteten på den hjelpen som er gitt.

Pasient- og brukerombudene etterlyser et større politisk engasjement for å sikre at tilsynsmyndighetene har tilstrekkelig ressurser til å gi forsvarlig oppfølging av brudd på rettigheter i helse -og omsorgslovgivningen.

Pasient -og brukerombudenes erfaring viser at det nytter å klage. Mange saker omgjøres av tjenestestedet, et typisk eksempel er innen psykisk helse hvor behandlingsstedet i flere tilfeller endrer vedtaket og tilbyr den omsøkte tjenesten uten at saken oversendes fylkesmannen til klagesaksbehandling.

Omgjøringsprosenten hos fylkesmennene er også høy på mange områder.

Det er et politisk mål at alle skal bo lengst mulig i eget hjem. Det erfarer vi stiller økte krav til pårørende. Pårørende kontakter ombudene og forteller at de er utslitt, men ikke tilbys nødvendig avlastning fra kommunene. Da oppfordrer vi til å klage. Statistikk fra Helsetilsynet viser at 50 % av avslag på avlastning omgjøres hos fylkesmennene.

Saksbehandlingstiden varierer og er gjennomgående svært lang. Det er i dag et mål at rettighetssaker, det vil si saker som omhandler plass på sykehjem, avlastning, helsehjelp i spesialisthelsetjenesten mv, skal behandles innen tre måneder. Erfaringer fra enkeltsaker viser at saksbehandlingstiden i dag kan komme opp mot åtte måneder i disse sakene. Det er en trussel mot pasientsikkerheten.

Mange av de som er i kontakt med ombudet forteller om opplevelser der de har opplevd sider av helsetjenesten som de finner uakseptable, og de ønsker bistand til å klage. Ikke sjelden kan ombudenes bistand føre til at saker oppklares og rettigheter innfris uten formell klagesaksbehandling.

En løsning til det beste for alle. Det viktigste for klager er at det tas lærdom av de feil som er gjort, at andre pasienter ikke skal måtte oppleve det samme og mange ønsker en beklagelse.

## Norsk pasientskadeerstatning

Pasienter som er påført en skade som er forårsaket av en svikt under behandlingen, skal informeres om at de kan sende en søknad til Norsk pasientskadeerstatning (NPE) for å få vurdert om de har rett til erstatning. De fleste sender inn erstatningssøknaden på egen hånd, ved behov gir ombudene råd og veiledning gjennom søknadsprosessen.

Det er viktig at pasientene får rett informasjon og realistiske forventninger til ordningen. Det er ikke slik at man har rett til erstatning fordi behandlingsresultatet ikke ble som forventet. Dersom pasienten har hatt forbigående plager eller en dårlig opplevelse, men ikke et økonomisk tap, har han ikke rett til erstatning. NPE gir ikke erstatning som «plaster på såret», noe pasienter kan ha vanskelig for å akseptere.

Helsepersonells kjennskap til erstatningsordningen er varierende, det er ikke alltid helsepersonellet kjenner til de vilkårene som må være oppfylt. Dette kan skape urealistiske forventninger hos pasientene. Det er svært uheldig dersom en lege har sagt at du har rett på erstatning, uten at det medfører riktighet.

Det er ikke alle erstatningssøkere som behersker norsk språk godt nok til å gjennomføre en sak hos NPE. Det er viktig at NPE tilbyr disse tolk og dekning av utgifter til nødvendig advokatbistand for at sakene blir så godt opplyst som mulig. Her må NPE være mer på tilbudssiden.

Saksbehandlingstiden er fortsatt altfor lang både i NPE og i klageinstansen Helseklage, dette er en merbelastning for pasientene.

# Sammendrag av Pasient- og brukerombudets årsmelding for 2018

---

Ombudene skal arbeide for å ivareta pasienters og brukeres behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ombudene skal bidra til å bedre kvaliteten i disse tjenestene.

Ombudenes arbeid kjennetegnes ved tett og direkte kontakt med pasienter, brukere, pårørende og tjenestested. Ombudene arbeider også aktivt for å øke kunnskapen om pasient- og brukerrettigheter i befolkningen. Det er 15 pasient- og brukerombud i landet med til sammen rundt 80 ansatte.

Ombudene har stabil pågang, og i 2018 var det rundt 15 000 henvendelser. I 2018 omhandlet 47 % av sakene tjenestesteder i spesialisthelsetjenesten, 31 % var knyttet til tjenestesteder i kommunal helse- og omsorgstjeneste. 15 % av sakene gjaldt henvendelser som ikke var knyttet til et konkret tjenestested, for eksempel generelle spørsmål om pasientrettigheter. 7 % var henvendelser utenfor ombudenes mandat.

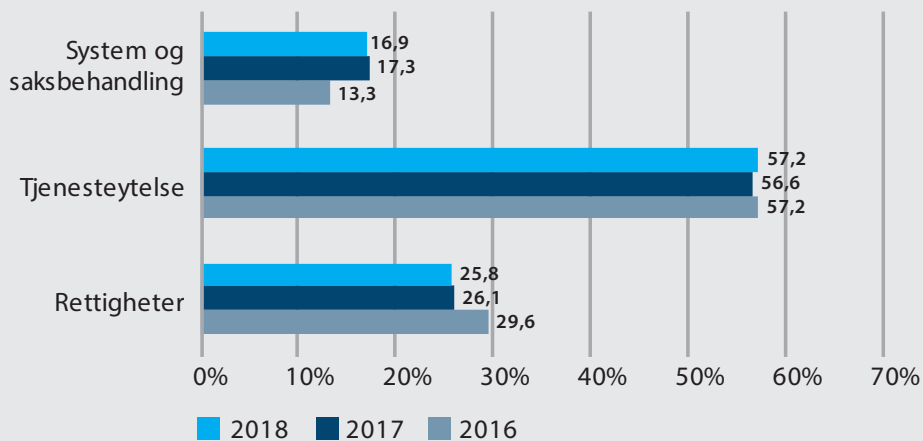
## Årsaker til at ombudene ble kontaktet

Over halvparten av henvendelsene dreide seg om misnøye med selve utførelsen av tjenesten. Det er eksempler på lite omsorgsfull behandling, spørsmål om feilbehandling, pasientskade, henvisninger som er mangelfulle eller forsinket, mangelfull informasjon, kommunikasjon og språkproblemer.

26 prosent av henvendelsene handlet om rettigheter. Som oftest var det mistanke om brudd på pasient- og brukerrettigheter, for eksempel avslag på søknader om tjenester, fristbrudd, innsyn i journal eller feil i journal, eller mangel på medvirkning og informasjon.

17 prosent av henvendelsene gjaldt organisering og rutiner, rot og sommel, for eksempel mangelfull tilgjengelighet, samhandling mellom etater, lang saksbehandlingstid eller mangelfull saksbehandling.

## Årsak til henvendelse 2016–2018



## Utvalgte tema i årsmeldingen

### Trenger vi færre og mer forpliktende pasientrettigheter?

For å realisere pasientens helsetjeneste er det etablert ulike ordninger som skal sikre gode behandlingsforløp. De etablerte ordningene med kontaktlege, forløpskoordinatorer, koordinatorer og individuelle planer og hvem som er ansvarlige for de ulike ordningene, er forvirrende både for pasientene og helsepersonellet. Pasient- og brukerombudene stiller derfor spørsmål ved om tiden er inne for å etablere færre, men mer virkningsfulle og forpliktende ordninger.

### Kommunene må ta mer ansvar for fastlegeordningen.

Kommunene må ta et større ansvar for å sikre at fastlegene følger fastlegeforskriften og andre krav som stilles fra helsemyndighetene, mener ombudene. Pasienter må få kopi av henvisning og tilbud om kopi av prøvesvar. Dette vil bidra til økt kvalitet, styrket pasientsikkerhet og tryggere pasienter. Unge mellom 16 og 18 år må fritas for egenandel, for å sikre at de har en reell mulighet til å oppsøke fastlegen også når de ikke ønsker å informere sine foreldre og be om penger til dette.



## **Leve hele livet – også for de som trenger hjelp**

Pasient- og brukerombudene mottar daglig henvendelser fra eldre og deres pårørende. De forteller blant annet om lang ventetid på sykehjemsplass, for få timer og for lavt kvalifisert personell i hjemmetjenestene, et stort antall personer å forholde seg til, og demente som er overlatt til seg selv store deler av døgnet. Pasient- og brukerombudene understreker at de er og skal fortsatt være ombud for alle aldergrupper, også de pasientene og brukerne som er «de eldre», og ser at det er nødvendig også etter at regjeringen har vedtatt opprettelsen av et nasjonalt eldreombud. Det bør gjennomføres et kompetanseløft på pasient- og brukerrettigheter blant ansatte i helse- og omsorgstjenestene. Det bør gjennomføres tiltak for å bedre kompetanse på bruk av tolk, slik at helse-tjenestens ansvar for å bestille tolk ved behov etterleves.

## **Brukerstyrt personlig assistanse – en ordning ute av kurs?**

Ordningen med Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) har uønskede variasjoner mellom kommuner når det gjelder tildeling av tjenesten, både i omfang og hvordan BPA sees i sammenheng med andre tjenester. Ombudene er kjent med tilfeller der brukere har valgt å flytte til kommuner som har bedre tilbud. Regjeringen har varslet en utredning av BPA-ordningen i 2019. Pasient- og brukerombudene forutsetter at utredningen må ha som mål å oppfylle formålet med ordningen, gi personer med stort hjelpebehov likeverd og frihet samt at bosted ikke skal være avgjørende for tilbudet til den enkelte. Formålet med BPA-ordningen må oppfylles uavhengig av bosted. Forslaget om å oppheve aldersgrensen på 67 år for å beholde BPA, støttes.

## **Den gylne regel må etterleves**

Psykisk helse er ett av de områdene ombudene mottar flest henvendelser om. «Den gylne regel» som sier at satsing innen psykisk helse og rusbehandling skal ha en høyere vekst enn somatisk behandling, er stadig like blek. Ombudene mener at helsemyndighetene må stille strengere krav til sykehusene for å nå målet om at psykisk helse og rusbehandling skal ha høyere vekst enn somatikken.

Pasienter og pårørende forteller om feilslåtte eller mangelfulle behandlingstiltak og folk som blir sykere mens de venter på behandling. Det gjelder både dag- og døgnbehandling. Pasienter etterlyser tettere, bedre, mer planlagt og koordinert oppfølging. Pasienter i psykisk helsevern for voksne beskriver et stort fokus på utskrivning fra dag en ved innleggelse. De siste års omlegging av tilbud fra døgn

til dag, trekkes også fram av pasienter som opplever utrygghet i møte med helsetjenesten. Mange pasienter som tilbys poliklinisk behandling, uttrykker at de i større grad ønsker seg ro og en seng som del av tilbudet.

## **Tannhelse er også helse**

Som hovedregel må voksne selv dekke sine utgifter til tannbehandling, men tannhelsetjenesteloven hjemler unntak knyttet til enkelte diagnoser. Rusavhengighet er ikke en av disse. Erfaringen er fortsatt at mange rusavhengige har dårlig tannhelse. Mange klarer ikke å ta godt nok vare på tennene sine. Flere unngår å gå til tannlege av økonomiske årsaker og de har store tannhelseutfordringer som følge av medisinbruk og år med rusmisbruk. Ombudene erfarer at institusjonsoppholdene blir kortere og kortere. Pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling rekker ikke å komme i gang med tannbehandlingen før vedkommende mister retten. Nødvendig tannbehandling bør etter ombudenes oppfatning slutføres, uavhengig av om institusjonsoppholdet avsluttes.

## **Ny time i hånda**

Pasient- og brukerombudene mener det bør være et krav at pasienter som forlater en konsultasjon i spesialisthelsetjenesten og er i et forløp, vet når neste konsultasjon vil bli. Det vil gi pasient og pårørende økt trygghet og forutsigbarhet. Det vil også gjøre det enklere å si i fra dersom de opplever brudd i behandlingen.

## **Ombudene etterlyser alminnelig folkeskikk**

Mange henvendelser til ombudene dreier seg om alminnelig omsorg og folkeskikk. Dårlig oppførsel fra helsepersonell gir tilleggsbelastninger for pasienter, brukere og pårørende som allerede står i krevende situasjoner. Helsetjenestene må i tillegg til å ha faglig forsvarlige og gode tilbud, også ha et aktivt forhold til kvaliteten i de menneskelige møtene. Dårlige pasientopplevelser påvirker tilliten til tjenesten, fagpersonellet og systemene. God og tilpasset informasjon til rett tid, brukermedvirkning, bruk av tolk der det er påkrevd, anerkjennelse av pårørende som ressurs og tid til dialog er viktig for god og verdig omsorg.

## **Lang saksbehandling truer rettsikkerheten og pasient-sikkerheten.**

I dag er saksbehandlingstiden svært lang både hos de fleste Fylkesmennene og i Statens helsetilsyn. Dette reduserer tilliten til den endelige avgjørelsen og reduserer læringsutbytte for tjenestestedene i sakene som omhandler kvaliteten på den hjelpen som er gitt. Pasient- og brukerombudene etterlyser et større politisk engasjement for å sikre at tilsynsmyndighetene har tilstrekkelig ressurser til å gi forsvarlig oppfølging av klager og brudd på rettigheter i helse- og omsorgslovgivningen.



## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

### Sakstittel: Styresaker i Sykehuset Telemark HF – Status og oppfølging

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
041-2019	Tone Pedersen, spesialrådgiver	Orienteringssak	19.06.2019

**Trykte vedlegg:** Oversikt over status og oppfølging av tidligere styrevedtak

**Utrykte vedlegg:**

**Har saken betydning for pasientsikkerheten?** Nei, ikke direkte.

#### **Sammendrag:**

Styret skal to ganger per år, i juni og desember, få fremlagt en oversikt over status og oppfølging av styresaker. Vedlagte oversikt gjelder besluttede saker i perioden 19. desember 2018 til og med 22. mai 2019, samt tidligere ikke avsluttede saker.

Hensikten med dette saksfremlegget er å sikre styret en systematisk og regelmessig tilbakemelding om status og oppfølging av utestående saker, basert på vedtak fattet av styret i Sykehuset Telemark HF. Oversikt over tidligere vedtak kan også benyttes for nye styremedlemmer til å sette seg inn i styrets arbeid.

Orienteringssaker, administrerende direktørs orientering, samt sakene; innkalling, sakliste og protokoll er ikke tatt med i oversikten.

#### **Forslag til vedtak:**

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

Skien, 11. juni 2019

Tom Helge Rønning  
Administrerende direktør

**Vedlegg 1 til sak 041-2019 Styresaker i STHF – Status og oppfølging**

Status og oppfølging av styrevedtak fra møtet 19. desember 2018 til og med møte 22. mai 2019, samt ikke avsluttede saker fra tidligere.

Saker med status «grønn farge» tas ut av listen etter styrets behandling av saken. Øvrige saker følges opp videre.

Saksnr. Dato	Sakstittel	Vedtak	Status	Kommentar
51-2014	<b>Videreføring av driftsmodell for ambulansedriften ved Sykehuset Telemark HF</b>  <i>Møtedato 24.09.2014</i>	Styrets enstemmige vedtak i sak 51-2014: 1. Styret vedtar administrerende direktørs anbefaling om å videreføre ordningen med private ambulansetjenester for 7 av Sykehuset Telemarks 12 ambulansestasjoner for en anbudsperiode på 5 år fra 1. april 2015 med opsjon på årlig forlengelse i inntil 3 år. 2. Styret ber administrerende direktør om en orienteringssak om ambulansedriften ved Sykehuset Telemark til styremøte 29. oktober 2014. 3. Styret ber administrerende direktør om en prinsipiell styresak for ambulansedriften ved Sykehuset Telemark HF til behandling høsten 2017, i god tid før avtaleperioden utløper. 1. Styret tar administrerende direktørs redegjørelse til orientering. 2. Styresak om videreføring av driftsmodell for ambulansedriften ved STHF utsettes til høsten 2018.		Endelig ambulanseplan 2035 er satt opp til behandling av styret på møtet i februar 2019.  Sykehuset har mottatt 15 høringsinnspill per 1. desember 2018.
53-2017	<b>ADs orientering</b>  <i>Møtedato 21.06.2018</i>			

**Vedlegg 1 til sak 041-2019 Styresaker i STHF – Status og oppfølging**

Status og oppfølging av styrevedtak fra møtet 19. desember 2018 til og med møte 22. mai 2019, samt ikke avsluttede saker fra tidligere.

Saker med status «grønn farge» tas ut av listen etter styrets behandling av saken. Øvrige saker følges opp videre.

Saksnr. Dato	Sakstittel	Vedtak	Status	Kommentar
067-2018	<b>Høringsdokument for Ambulanseplan 2035</b>  <i>Møtedato 26.09.2018</i>	1. Styret godkjenner det fremlagte forslaget til «Ambulanseplan 2035» 2. Dokumentet sendes ut på bred høring, med høringsfrist 1. desember 2018 3. Styret tar endelig Ambulanseplan 2035 opp til behandling etter at høringsperioden er avsluttet		<b>OK, jf. Sak 007-2019</b>
008-2018	<b>Prosjekt Utbygging somatikk Skien – Godkjenning av idefase (B2-beslutning) og innstilling til HSØ</b>  <i>Møtedato 07.02.2018</i>	1. Styret godkjenner den fremlagte idefaserapporten for prosjekt Utbygging somatikk Skien. Rapporten med tilhørende vedlegg vil danne grunnlag for en formell henvendelse til Helse Sør-Øst RHF om å få starte opp konseptfasearbeidet (B2 beslutning). Dette innebærer følgende: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosjekt Utbygging somatikk Skien videreføres til Konseptfase steg 1, i henhold til ny veileder.</li> <li>• Konseptfase steg 1 omfatter videre utredning av alternativer.</li> </ul> 2. Styret gir, med bakgrunn i “Utkast til mandat for Konseptfasen”, AD og styreleder i fellesskap, fullmakt til å utarbeide et endelig		15.11.2018 sendte STHF vedlegg til Idéfaserapport for Utbygging somatikk Skien med modifisert innhold og bygningsmessige alternativer til Helse Sør-Øst. Innholdet er modifisert for å tilpasses økonomisk ramme på 900 millioner kroner.  Avgrensningene i det modifiserte innholdet vil innarbeides i mandatet for Konseptfase. STHF håper å motta mandatet fra HSØ før årsskiftet.  OK. Jf. Sak 018-2019 Mandat for konseptfase Utbygging somatikk.

**Vedlegg 1 til sak 041-2019 Styresaker i STHF – Status og oppfølging**

Status og oppfølging av styrevedtak fra møtet 19. desember 2018 til og med møte 22. mai 2019, samt ikke avsluttede saker fra tidligere.

Saker med status «grønn farge» tas ut av listen etter styrets behandling av saken. Øvrige saker følges opp videre.

Saksnr. Dato	Sakstittel	Vedtak	Status	Kommentar
		<p>“Forslag til mandat for Konseptfasen” etter nærmere dialog med Helse Sør-Øst RHF.</p> <p>3. Dersom Helse Sør-Øst godkjenner og leverer STHF mandat for konseptfasen, ber styret Administrasjonen om å komme tilbake til styret med en egen sak med operasjonalisering av mandatet og nærmere om organisering, gjennomføring og styring av dette arbeidet.</p>		
<b>088-2018</b>	<b>Utviklingsprogrammet</b> <i>Møtedato 19.12.2018</i>	Styret tar saken til orientering og understreker betydningen av å lykkes med utviklings- og forbedringsarbeidet fremover.		Under oppfølging
<b>089-2018</b>	<b>Budsjett 2019</b> <i>Møtedato 19.12.2018</i>	<p><b>Protokolltilførsel fra de ansattevalgte styremedlemmene Severinsen, Vik-Johansen og Gundersen</b></p> <p>Ansattevalgte stemmer imot økonomisk driftsbudsjett og budsjett for bemanning (bemanningsreduksjoner). Vi støtter resten av budsjettets opplegg inklusive målsettingene for kvalitet og aktivitet.</p>		OK



**Vedlegg 1 til sak 041-2019 Styresaker i STHF – Status og oppfølging**

Status og oppfølging av styrevedtak fra møtet 19. desember 2018 til og med møte 22. mai 2019, samt ikke avsluttede saker fra tidligere.

Saker med status «grønn farge» tas ut av listen etter styrets behandling av saken. Øvrige saker følges opp videre.

Saksnr. Dato	Sakstittel	Vedtak	Status	Kommentar
		<p>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-vekter 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.</p> <p>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</p>		

**Vedlegg 1 til sak 041-2019 Styresaker i STHF – Status og oppfølging**

Status og oppfølging av styrevedtak fra møtet 19. desember 2018 til og med møte 22. mai 2019, samt ikke avsluttede saker fra tidligere.

Saker med status «grønn farge» tas ut av listen etter styrets behandling av saken. Øvrige saker følges opp videre.

Saksnr. Dato	Sakstittel	Vedtak	Status	Kommentar
		<p>betydning for rekruttering og at vi kan beholde kompetente medarbeidere. Presset er svært stort på mange ledere.</p> <p><b>Administrerende direktørs forslag til vedtak:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Styret vedtar budsjettet for 2019 med målsettingene for kvalitet, aktivitet, bemanning og økonomi som beskrevet i saken.</li> <li>2. Oppdrags- og bestillerdokumentet legges til grunn for leveransene i 2019</li> <li>3. Styret godkjenner bruk av finansiell leasing som finansieringsform til anskaffelse av fem ambulanser. Søknaden sendes til Helse Sør-Øst RHF for godkjenning.</li> <li>4. Administrerende direktør har fullmakt til å foreta mindre justeringer i forbindelse med kvalitetssikring og budsjettleveranse til RHF'et.</li> </ol> <p><b>Alternativt forslag til punkt 1 i vedtaket fra de ansattevalgte styremedlemmene Severinsen, Vik-Johansen og Gundersen</b></p>		

**Vedlegg 1 til sak 041-2019 Styresaker i STHF – Status og oppfølging**

Status og oppfølging av styrevedtak fra møtet 19. desember 2018 til og med møte 22. mai 2019, samt ikke avsluttede saker fra tidligere.

Saker med status «grønn farge» tas ut av listen etter styrets behandling av saken. Øvrige saker følges opp videre.

Saksnr. Dato	Sakstittel	Vedtak	Status	Kommentar
		<p>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.</p> <p><b>Votering</b></p> <p>Administrerende direktørs forslag til vedtak ble vedtatt mot 3 stemmer (Thor Severinsen, Ann Iserid Vik-Johansen og Thor Helge Gundersen).</p> <p><b>Styrets vedtak</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Styret vedtar budsjettet for 2019 med målsettingene for kvalitet, aktivitet, bemanning og økonomi som beskrevet i saken.</li> <li>2. Oppdrags- og bestillerdokumentet legges til grunn for leveransene i 2019</li> <li>3. Styret godkjenner bruk av finansiell leasing som finansieringsform til anskaffelse av fem ambulanser. Søknaden sendes til Helse Sør-Øst RHF for godkjenning.</li> <li>4. Administrerende direktør har fullmakt til å foreta mindre justeringer i forbindelse med</li> </ol>		

**Vedlegg 1 til sak 041-2019 Styresaker i STHF – Status og oppfølging**

Status og oppfølging av styrevedtak fra møtet 19. desember 2018 til og med møte 22. mai 2019, samt ikke avsluttede saker fra tidligere.

Saker med status «grønn farge» tas ut av listen etter styrets behandling av saken. Øvrige saker følges opp videre.

Saksnr. Dato	Sakstittel	Vedtak	Status	Kommentar
		kvalitetssikring og budsjettleveranse til RHF'et.		
<b>091-2018</b>	<b>Valg av ansattevalgte styremedlemmer – oppnevning av valgstyre</b>  <i>Møtedato 19.12.2018</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Styret tar informasjon om valg av ansattvalgte representanter til orientering.</li> <li>2. Styret oppnevner følgende valgstyre: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ansatt representant Mona Børrestad</li> <li>○ Ansatt representant Peter Johan Sundberg</li> <li>○ Ansatt representant Heidi Øyen Flemmen</li> <li>○ Ansatt representant Jim Tommy Lien Vibeto</li> <li>○ Ansatt representant Arvid Fosse</li> <li>○ Avdelingslederleder HR Bjarne Lia</li> <li>○ Spesialrådgiver direktørens stab Tone Pedersen</li> </ul> </li> <li>3. Valgstyret konstituerer seg selv med leder og nestleder.</li> <li>4. Styret legger til grunn at den praktiske gjennomføringen av valget følger samordningen innen Helse Sør-Øst.</li> </ol>		OK
<b>095-2018</b>	<b>Styrets årlige evaluering av administrerende</b>	Styret gjennomførte evalueringen av administrerende direktørs arbeid og resultater i lukket møte, jf. offentleglova § 23, 1. ledd.		OK, jf. Sak 002-2019

**Vedlegg 1 til sak 041-2019 Styresaker i STHF – Status og oppfølging**

Status og oppfølging av styrevedtak fra møtet 19. desember 2018 til og med møte 22. mai 2019, samt ikke avsluttede saker fra tidligere.

Saker med status «grønn farge» tas ut av listen etter styrets behandling av saken. Øvrige saker følges opp videre.

Saksnr. Dato	Sakstittel	Vedtak	Status	Kommentar
	<b>direktørs arbeid og resultater - unntatt offentlighet</b>  <i>Møtedato 19.12.2018</i>	<b>Styrets enstemmige vedtak</b> Styret utarbeider egen protokoll som er unntatt offentlighet.		
<b>006-2019</b>	<b>Årlig melding 2018</b>  <i>Møtedato 12.02.2019</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Styret gir sin tilslutning til det fremlagte forslaget til Årlig melding 2018 for Sykehuset Telemark HF.</li> <li>2. Styreleder og administrerende direktør gis fullmakt til å utforme endelig dokument basert på styrets innspill i møtet.</li> <li>3. Årlig melding 2018 sendes Helse Sør-Øst RHF for videre behandling innen fristen 1. mars 2019.</li> </ol>		OK
<b>007-2019</b>	<b>Ambulanseplan 2035</b>  <i>Møtedato 12.02.2019</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Styret godkjenner «Ambulanseplan 2035»</li> <li>2. 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</li> </ol>		Under oppfølging.

**Vedlegg 1 til sak 041-2019 Styresaker i STHF – Status og oppfølging**

Status og oppfølging av styrevedtak fra møtet 19. desember 2018 til og med møte 22. mai 2019, samt ikke avsluttede saker fra tidligere.

Saker med status «grønn farge» tas ut av listen etter styrets behandling av saken. Øvrige saker følges opp videre.

Saksnr. Dato	Sakstittel	Vedtak	Status	Kommentar
		<p>aktivitetsvekst, interne omprioriteringer og gevinster fra planlagte forbedringstiltak.</p> <p>3. Styret ber administrerende direktør å sende en henvendelse til RHF'et og be om en kvalitetssikring av kriteriesettet i inntektsmodellen for prehospitaltjenester, med bakgrunn i driftsmodellen beskrevet i Ambulanseplanen og i lys av de faktiske forhold i Telemark.</p>		
008-2019	<p><b>Årlig erklæring om ledernes ansettelsesvilkår</b></p> <p><i>Møtedato 12.02.2019</i></p>	<p>Styret vedtar vedlagte erklæring om ledernes ansettelsesvilkår inkludert redegjørelse for lederlønnspolitikken i 2018, som innarbeides i note til regnskapet for 2018.</p>		OK
015-2019	<p><b>Økonomisk langtidsplan 2020-2023</b></p> <p><i>Møtedato 10.04.2019</i></p>	<p>1. Styret godkjenner økonomisk langtidsplan og endret budsjettert resultatbane på 30, 70, 80 og 80 millioner kroner i årene 2020-2023, samt investeringsprofil som beskrevet i saken.</p> <p>2. Styret ber administrerende direktør legge ØLP til grunn for neste års budsjettarbeid.</p>		OK

**Vedlegg 1 til sak 041-2019 Styresaker i STHF – Status og oppfølging**

Status og oppfølging av styrevedtak fra møtet 19. desember 2018 til og med møte 22. mai 2019, samt ikke avsluttede saker fra tidligere.

Saker med status «grønn farge» tas ut av listen etter styrets behandling av saken. Øvrige saker følges opp videre.

Saksnr. Dato	Sakstittel	Vedtak	Status	Kommentar
016-2019	<b>Styrets beretning og årsregnskap 2018</b>  <i>Møtedato 10.04.2019</i>	1. Styrets beretning for 2018 godkjennes. 2. Styret vedtar årsregnskap for 2018 med noter. 3. Styret vil rette en stor takk til sykehusets ledelse og ansatte for godt arbeid i 2018.		OK
017-2019	<b>Anskaffelse av MR maskiner ved Sykehuset Telemark</b>  <i>Møtedato 10.04.2019</i>	Saken ble behandlet i lukket møte, jfr. offentleglova § 23, første ledd og protokollføres i B-protokoll.		OK. Jf. Sak 025-2019
020-2019	<b>Protokoll fra foretaksmøte og oppdragsdokument 2019</b>  <i>Møtedato 10.04.2019</i>	1. Styret tar <i>protokoll</i> fra foretaksmøte i Sykehuset Telemark HF 13. februar 2019 og <i>Oppdrag og bestilling 2019</i> for Sykehuset Telemark HF til etterretning. 2. Styret ber om å bli orientert om gjennomføringen av oppdraget i Sykehuset Telemarks ordinære rapportering til styret og i Årlig melding 2019.		OK
021-2019	<b>Revisjon av intern delegering av fullmakter ved STHF</b>	1. Styret vedtar revidert versjon av Intern delegering av fullmakter, herunder presiseringene av administrerende direktørs		OK

**Vedlegg 1 til sak 041-2019 Styresaker i STHF – Status og oppfølging**

Status og oppfølging av styrevedtak fra møtet 19. desember 2018 til og med møte 22. mai 2019, samt ikke avsluttede saker fra tidligere.

Saker med status «grønn farge» tas ut av listen etter styrets behandling av saken. Øvrige saker følges opp videre.

Saksnr. Dato	Sakstittel	Vedtak	Status	Kommentar
	<i>Møtedato 10.04.2019</i>	<p>fullmakter innenfor «daglig ledelse», i henhold til helseforetaksloven § 37.</p> <p>2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til på vegne av Sykehuset Telemark HF å:</p> <p><i>I straffesaker:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anmelde straffbar handling, begjære offentlig påtale for straffbare handling og begjære pådømt sivile krav i straffesak</li> <li>• Ivareta partsrettigheter i straffesaker, herunder anvende rettsmidler (erklære anke og begjære ny behandling av sivile krav)</li> </ul> <p><i>I sivile saker:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opptre som lovlig stedfortreder.</li> <li>• Inngå forlik, reise sak, herunder forliksklage og søksmål.</li> <li>• Anvende rettsmidler mot rettslige avgjørelser (herunder erklære anke)</li> </ul>		



**Vedlegg 1 til sak 041-2019 Styresaker i STHF – Status og oppfølging**

Status og oppfølging av styrevedtak fra møtet 19. desember 2018 til og med møte 22. mai 2019, samt ikke avsluttede saker fra tidligere.

Saker med status «grønn farge» tas ut av listen etter styrets behandling av saken. Øvrige saker følges opp videre.

Saksnr. Dato	Sakstittel	Vedtak	Status	Kommentar
022-2019	<b>Styrende dokumenter for Sykehuset Telemark HF i 2019</b>  <i>Møtedato 10.04.2019</i>	Styret tar til etterretning oversikten over styrende dokumenter.		OK
030-2019	<b>Bierverv</b>  <i>Møtedato 22.05.2019</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saken tas til orientering.</li> <li>2. Styret ber foretakets ledelse følge opp regelverket for bierverv, slik at hensynet til lojalitet, habilitet og samlet arbeidsbelastning blir vurdert i hver enkelt sak. Styret ber foretakets ledelse fortløpende vurdere innføring av mulige fellestiltak som foretaksgruppens anbefaler for likere praksis ved håndtering av bierverv.</li> </ol>		
031-2019	<b>Møteplan for styret 2020</b>  <i>Møtedato 22.05.2019</i>	<p>Styret godtar følgende møteplanlegging 2020 for styret i Sykehuset Telemark HF:</p> <p>Styremøter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styremøte i februar legges i tilknytning til foretaksmøte</li> <li>• Onsdag 25. mars</li> </ul>		OK, innkalling er sendt.

**Vedlegg 1 til sak 041-2019 Styresaker i STHF – Status og oppfølging**

Status og oppfølging av styrevedtak fra møtet 19. desember 2018 til og med møte 22. mai 2019, samt ikke avsluttede saker fra tidligere.

Saker med status «grønn farge» tas ut av listen etter styrets behandling av saken. Øvrige saker følges opp videre.

Saksnr. Dato	Sakstittel	Vedtak	Status	Kommentar
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Onsdag 22. april</li> <li>• Onsdag 20. mai</li> <li>• Onsdag 17. juni</li> <li>• Onsdag 16. september</li> <li>• Onsdag 28. oktober</li> <li>• Onsdag 16. desember</li> </ul> <p>Styreseminar i etterkant av styremøte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 22. april</li> <li>• 16. september</li> <li>• 16. desember</li> </ul>		
<b>033-2019</b>	<b>Protokoll fra foretaksmøte 20. mai</b>  <i>Møtedato 22.05.2019</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Styret tar protokoll fra foretaksmøte 20. mai til etterretning.</li> <li>2. Styret forutsetter at driften ved Sykehuset Telemark HF innrettes slik at gjenstående styringskrav fra tidligere år følges opp sammen med nye styringskrav for 2019.</li> </ol>		

## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

### Sakstittel: Årsplan styresaker

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
042-2019	Tone Pedersen, spesialrådgiver	Orientering	19.06.2019

**Trykte vedlegg:** Oppdatert styrets årsplan 2019

**Utrykte vedlegg:** Ingen

### **Ingress:**

Som ledd i virksomhetsstyringen ved Sykehuset Telemark HF, i henhold til veilederen «Styrearbeid i regionale helseforetak» utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet punkt. 4.4, samt som ledd i forskriften «ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten» § 6 a), utarbeides det en plan for styrets arbeid for det enkelte år.

Årsplan 2019 for styret arbeidstidfester styremøter og styreseminar (jfr. vedtatt møteplan styresak 54-2018) og gir oversikt over de viktigste kjente sakene og hovedaktivitetene som skal behandles i hvert av styremøtene i løpet av året.

Det legges fram oppdatering av årsplanen i hvert styremøte. Ytterligere saker vil således tilkomme etter hvert i løpet av året.

### **Forslag til vedtak:**

Årsplan styresaker tas til orientering.

Skien, den 11. juni 2019

Tom Helge Rønning  
Administrerende direktør

## Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2019

Ajourført per 11. juni 2019

Dato og sted	Saker til beslutning	Saker til orientering	Temasaker
<b>Styremøte</b> 12. februar Kl. 12.30 – 17.30 Quality Airport hotel Gardermoen	<ul style="list-style-type: none"><li>Ambulanseplan 2035</li><li>Årlig erklæring om ledernes ansettelsesvilkår</li><li>Årlig melding 2018</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Virksomhetsrapport per 3. tertial 2018</li><li>Foreløpig resultater per januar 2019</li><li>Elektronisk kurve</li><li>Årsplan styresaker</li><li>Andre orienteringer</li><li>Driftsorienteringer fra AD</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Styrets egnevaluering – lukket møte</li></ul>
<b>Styremøte</b> 10. april kl. 09.30-16.30  Dir. møterom, Skien	<ul style="list-style-type: none"><li>Beretning og årsregnskap 2018</li><li>Protokoll fra foretaksmøte og oppdragsdokument 2019</li><li>Økonomisk langtidsplan 2020-2022</li><li>Styrende dokumenter for Sykehuset Telemark HF i 2019</li><li>Kjøp av MR maskiner</li><li>Revisjon av intern delegering av fullmakter ved Sykehuset Telemark</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Resultater per mars 2019</li><li>Mandat for konseptfase Utbygging somatikk</li><li>Måloppnåelse STHFs strategi</li><li>Forbedringsarbeid i Kirurgisk klinikk</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Styrets egnevaluering – lukket møte</li></ul>
<b>Styremøte</b> 22. mai kl. 09.30-15.30  Notodden sykehus Psykiatri 2 høyre side Bygg N6-2.etg.	<ul style="list-style-type: none"><li>Møteplan for styret 2020</li><li>Bierverv</li><li>Protokoll fra foretaksmøte 20. mai</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Virksomhetsrapport per 1. tertial</li><li>Årsrapport overordnet HMS-handlingsplan STHF 2018</li><li>Sluttrapport og evaluering HELIKS</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Innspill fra Notodden kommune. Utfordringer i den kommunale tjenesten. Samhandling og forventninger til helseforetaket</li><li>Beredskap ved Notodden sykehus</li><li>Styrets egnevaluering – lukket møte</li></ul>
<b>Styremøte</b> 19. juni kl. 09.30-15.30	<ul style="list-style-type: none"><li>Oppnevning av medlemmer til brukerutvalget og valg av leder og nestleder for perioden 06.2019-05.2021</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Virksomhetsrapport per mai</li><li>Årsmelding 2018 Pasient- og brukerombudet</li><li>Styresaker i STHF - status og oppfølging</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Status/orientering om ny spesialist utdanning for leger</li></ul>

## Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2019

Ajourført per 11. juni 2019

Dato og sted	Saker til beslutning	Saker til orientering	Temasaker
Dir. møterom, Skien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Konsernrevisjonens rapport om <i>Likeverdig og forutsigbar helsehjelp, psykisk helsevern for barn og unge ved Sykehuset Telemark HF</i></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Styrets egnevaluering – lukket møte</li> </ul>
<p><b>Styremøte</b> 25. september kl. 09.30-15.30</p> <p>Ulefoss møterom, Skien kl. 09.30-12.00</p> <p>Dir. møterom, kl. 12.30 – 15.30</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Konsernrevisjonens revisjonsplan 2020</li> <li>Tilleggsdokument til OBD 2019</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Virksomhetsrapport per 2. tertial</li> <li>Pasientsikkerhetsprogrammet</li> <li>Måloppnåelse OBD 2019 første halvår 2019</li> <li>ForBedring 2019 – gjennomføring av tiltak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brukerutvalgets møte med styret ved STHF</li> <li>Orientering om psykiatrien – sikkerhetspsykiatri, pasienttilbud og videre utvikling</li> <li>Styrets egnevaluering – lukket møte</li> </ul>
<p><b>Styremøte</b> 23. oktober kl. 09.30-15.30</p> <p>Dir. møterom, Skien</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>STHF's strategi 2020-2023</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Virksomhetsrapport per september</li> <li>Status budsjett 2020</li> <li>Ledelsens gjennomgang (LGG) 2019</li> <li>Interne revisjoner: resultater 2018 - 2019 og tema 2020</li> <li>STHF's meldinger om hendelser som har eller kunne ha ført til alvorlig personskade (spesialist-helsetjenesteloven § 3-3a)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Styrets årlige evaluering av administrerende direktørs arbeid og resultater – lukket møte</li> <li>Styrets egnevaluering – lukket møte</li> </ul>
<p><b>Styremøte</b> 18. desember kl. 09.30-15.30</p> <p>Dir. møterom, Skien</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Budsjett 2020</li> <li>Overordnet handlingsplan for helse-, miljø- og sikkerhet (HMS) Sykehuset Telemark 2020</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Virksomhetsrapport per november</li> <li>Forskning ved STHF</li> <li>Styresaker i STHF - status og oppfølging</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Årsplan styresaker</li> <li>Andre orienteringer</li> </ul>

**Faste styresaker i hvert styremøte:**

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

**Foretaksmøter og styreseminar:**

<b>Foretaksmøte</b> med påfølgende <b>felles styreseminar</b> i regi av Helse Sør-Øst RHF 13. feb. Quality Airport hotel Gardermoen
<b>Foretaksmøte</b> 20. mai kl. 13.00 – 14.30 Møtesenteret, Grev Wedels plass 5, Oslo. Møterom Peer Gynt
<b>Styreseminar</b> 22. mai kl. 16.00 – 18.00 Tema: <ul style="list-style-type: none"><li>• Kort orientering om status i konseptfasearbeidet utbygging somatikk Skien v/Administrerende direktør</li><li>• Styrets ansvar for oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet inkludert internkontroll og risikostyring v/Fagdirektør</li></ul>
<b>Styreseminar</b> 25. september kl. 16.00 – 20.00 Tema: <ul style="list-style-type: none"><li>• Styringssystemet ved STHF<ul style="list-style-type: none"><li>○ Virksomhetsstyringen og dens elementer</li><li>○ Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring - Styrets rolle</li></ul></li></ul>
<b>Styreseminar</b> 18. desember kl. 16.00 – 20.00 Tema: <ul style="list-style-type: none"><li>• Årlig egnevaluering av styrets arbeid og arbeidsform</li></ul>

## Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2019

*Ajourført per 11. juni 2019*

### **Saker til behandling hvor møtetidspunkt ikke er fastsatt:**

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

## PROTOKOLL FRA UNGDOMSRÅDET

28.05.2019 kl 18:00 til 21:00

**Sted: Sykehuset Telemark, Skien, bygg 54, direktørens møterom**

Tilstede: Hanna A.W. Thorsen  
Preben Myhre  
Ada-Marie Riis  
Amalie T. J. Hardi  
Nicklas Lindquist Haugen  
Sebastian Gundersen  
Karoline Sørensen Håstul

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: Guro Helene Sjørdalen  
Oda Skretteberg

Møtet ble ledet av Hanna A.W. Thorsen

<b>Sak 00/19</b>	<b>Innkallelse og sakliste til møte 28.05.19</b>  <u>Vedtak:</u> Innkalling og sakliste ble godkjent
<b>Sak 18/19</b>	<b>Godkjenning av protokoll fra ungdomsrådet 19.03.19</b>  <u>Vedtak:</u> Protokollen ble godkjent
<b>Sak 19/19</b>	<b>Samvalg</b> Valgene du og din lege tar sammen om din behandling. Viktig å engasjere seg i egen behandling – sjekke hvilke alternativer som finnes. Ungdomsrådet publiserer et innlegg på facebook om dette i uke 23. Målet er å fa tilbakemeldinger fra andre unge om sine erfaringer rundt dette.
<b>Sak 20/19</b>	<b>Presentasjon av ungdomsrådet på nett</b> Sak på facebook: «Hvem er vi ? For at dere skal bli bedre kjent med oss, vil vi fortelle litt mer om oss selv de neste dagene. Følg med på siden vår !» Publiseres fra 31.mai til 17.juni 2019.



<b>Sak 21/19</b>	<b>Forslag på ungdomsråds kandidat til Brukerutvalget i HSØ</b> HSØ ønsker unge representanter i brukerutvalget – som kan representere alle ungdomsrådene, bringe relevante saker og informasjon begge veier, og som kan løfte perspektivet til regionalt nivå. Aktuelle kandidater må rekrutteres via brukerorganisasjonene. I denne omgangen er det ikke anledning for ungdomsrådene å melde direkte inn en person som skal representere ungdommene.
<b>Sak 22/19</b>	Eventuelt <ul style="list-style-type: none"><li>• Oppfølging av sak 03/19: Ungdomsrådet ønsker å se på muligheten til å kunne bidra til å oppgradere spill, bøker, playstation etc på UPS. Venter fremdeles på tilbakemelding fra UPS på eventuelle ønsker.</li><li>• Ungdomsrådet ønsker stand i foajéen en dag (fra 13.00-18.00) for å synliggjøre ungdomsrådet.</li><li>• Dramagruppa på Skien V.S. ønsker å lage og framføre et teaterstykke på sykehuset – enten på en avdeling eller i foajéen. Sender en formell forespørsel.</li><li>• Landscamp Ungdomsråd 13.-15.september 2019 i Trondheim «Camp Revolution 2019» Ungdomsrådene ST.Olav og HNT inviterer alle ungdomsrådene i landet til landskonferanse. Kostnadene til konferansen er så høye at det kun vil være mulig for 2-3 deltakere herfra + koordinator. Anne Stine Kristvik, koordinator, tar kontakt med Mads Bøhle, sekretær ungdomsrådet St.Olavs Hospital, med tilbakemelding om at kostnadene til konferansen er for store til å kunne sende hele ungdomsrådet. De som ønsker å delta melder tilbake til Trine Helgen innen en uke (senest 07.06.19) Det vil bli loddtrekning blant de som ønsker å dra.</li></ul>

Skien, 29. mai 2019  
Anne Borge Kallevig  
referent

## PROTOKOLL FRA BRUKERUTVALGET

06.06.2019 kl 10:00 til 14:00

Sted: Sykehuset Telemark, Skien, direktørens møterom

Tilstede: Idar Grotle  
Birte Helene Moen  
Vidar Bersvendsen  
John Arne Rinde  
Gunn Ingeborg Kval-Engstad  
Hanne Kittilsen  
Bjørge T. Lønnberg

Per Urdahl, klinikkjef medisinsk klinikk  
Halfrid Waage, fagdirektør – til lunsj  
Anne Borge Kallevig, koordinator for brukerutvalget ved STHF

Sondre Otervik, A-larm (nytt medlem fra høsten 2019) – til lunsj

Egil Rye-Hytten, regional brukerkontakt  
Else Jorunn Saga, Pasient- og brukerombudet i Telemark

Saker presentert av:  
Per Urdahl, klinikkjef medisinsk klinikk

Forfall: Rita Andersen  
Olav Kristiansen  
Tom Helge Rønning, administrerende direktør  
Anne Brynjulfsen, rådgiver

Møtet ble ledet av Idar Grotle

<b>Sak 00/19</b>	<b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b>  <u>Vedtak:</u> Brukerutvalget godkjenner innkalling og saksliste
<b>Sak 24/19</b>	<b>Godkjenning av protokoll fra 11.04.2019</b> Protokollene fra 11.04.19 ble lagt frem for endelig godkjenning  <u>Vedtak:</u> Brukerutvalget godkjenner protokollen.
<b>Sak 25/19</b>	Virksomhetsrapport STHF pr april 2019 Per 1. tertial er driftsresultatet omtrent i balanse, med +2,4 mill kr. Dette er 7,6 mill kr dårligere enn budsjettet, med en målsetting for året på 30 mill kr.

	<p>Den økonomiske utviklingen ved sykehuset har vært positiv det siste året. Samtidig har klinikkene utfordringer med å opprettholde planlagt aktivitet grunnet færre innleggelses, kombinert med små muligheter til å redusere kostnader når pasientstrømmene varierer. Det er også høy ressursbruk knyttet til overbelegg og svært tunge pasienter, slik at få av pasientene bruker forholdsvis stor del av klinikkens ressurser.</p> <p>Det er stabile resultater for de fleste kvalitetsparametere. Innen pakkeforløp kreft er målsettingene nådd og STHF er blant de beste i landet. Pakkeforløp innføres nå innen PHV og TSB, og følges tett opp. Prioriteringsregelen målt i ventetider er oppfylt for alle tjenesteområdene, men grunnet mangel på behandlere er ikke prioriteringsregelen oppfylt innen VOP og TSB målt i aktivitet</p>
<b>Sak 26/19</b>	<p><b>Pasient- og brukerombudets orienteringer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antall henvendelser/saker vedr sykehuset stabilt</li> <li>• Mottatt henvendelser vedr åpningstidene på fertilitetsavdelingen som er endret for litt tid siden – har gitt avdelingen tilbakemelding på dette</li> <li>• I månedsskifte august/september blir det klart hvilken organisering ombudet vil få, og dette skal være gjeldende fra 01.01.20</li> <li>• Det skal etableres et koordinerende ombud i landet – legges til et eksisterende ombud. Dette skal ikke påvirke tilbud i negativ retning</li> <li>• Foregår et prosjekt på landsbasis om tilbud i psykisk helse i kommunene. Ombudet har bedt om og får god hjelp fra Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling (KPR) til å sende ut informasjon/tilbud om uforpliktende og åpen samtale med ombudet til pasienter som blir skrevet ut. I Telemark er det sendt ut ca 40 brev – foreløpig liten respons.</li> </ul>
<b>Sak 27/19</b>	<p><b>Konstituering av leder og nestleder i nytt Brukerutvalg for perioden 2019 – 2021</b></p> <p>Leder: Rita Andersen, FFO Telemark, Psoriasis og Eksemforbundet (PEF) Nestleder: Sondre Otervik, A-larm</p> <p><b>Endelig godkjenning vil bli tatt i styremøte STHF 19.06.19</b></p>
<b>Sak 28/19</b>	<p><b>Status – Gjennomgang av prosjekter – oversikt over brukerrepresentasjon</b></p> <p><b>Prosjekter</b></p> <p>Brukerutvalget gjennomgikk listen. Oppdatert liste sendes i egen e-post.</p>
<b>Sak 29/19</b>	<p><b>SULT – samarbeidsutvalg for leger i Telemark</b></p> <p>Praksiskoordinator ved Sykehuset Telemark, Edvard Løchen orienterte om etablering av samarbeidsutvalg for leger i Telemark – SULT.</p> <p>Etter mal fra «Møteplass Oslo» som ble presentert på ledersamlingen i Langesund i 2018 etableres det nå en arena for utvikling av medisinsk samhandling i Telemark.</p> <p>Målgruppen for SULT er fastleger, kommunalt ansatte allmennleger og leger på HF-nivå – et rent legesamarbeid. Hensikten er å etablere en samhandlingsarena med</p>

	<p>formål å arbeide fram felles anbefalinger om arbeids- og ansvarsdeling. I tillegg vil en slik arena kunne bidra til utvikling av samhandlingsfeltet og god ressursbruk på tvers av nivåene.</p>
<p><b>Sak 30/19</b></p>	<p><b>Referat fra møte mellom ledere og nestledere i brukerutvalg i Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene v/Birte Helene Moen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeid med utviklingsplanen i HF og RHF – veien videre med dette arbeidet og litt om den nye helse og sykehusplan som skrives. Viktig at brukerutvalg og brukerrepresentanter holder oppmerksomhet og fokus på utviklingsplanen i helseforetak/sykehus.</li> <li>• Digital brukeropplæring : E-læringskurs vil være åpent for alle, og kurset vil kunne benyttes til rekruttering. Kurset vil publiseres på nettsidene til Helse Sør-Øst RHF, og kan deles. Det vil ikke være krav om å ha gjennomført kurset før man kan foreslås som brukerrepresentant, men det er ønskelig at alle gjennomfører kurset ved oppnevning til brukerutvalg</li> <li>• Hvordan ønsker/bør brukerutvalg bli informert i saker som omhandler sykehuset og som «smeller» i media ? Ønskelig med kommunikasjonstrening og felles retningslinjer for mediekommunikasjon. Ingen enkeltpersoner i brukerutvalg skal uttale seg – kun leder. Sak(er) skal diskuteres i plenum.</li> <li>• Skjema for evaluering av brukerutvalg for helseforetak og år evalueringen gjennomføres. Skjemaet sendes i egen mail.</li> </ul>
<p><b>Sak 31/19</b></p>	<p><b>Eventuelt</b></p> <p>Det ble ikke spilt inn saker til dette punktet i møtet.</p>
	<p><b>Andre orienteringer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Digital journal av logg – Sykehuset Telemark HF på 30.08.19. Inn via Helse Norge</li> <li>• Samstemming av legemidler: Sykehuset har et veldig godt samarbeid med Sykehusapoteket og farmasøyt. Bidrar veldig mye, og er til god hjelp for legene. Gjennomgang og samstemming av legemidler er en stor jobb. Viktig å øke bevisnivået hos pasientene om å eie lista selv. Medlemmene i brukerutvalget tar dette med tilbake til sine organisasjoner.</li> </ul> <p><b>Egil Rye-Hytten, regional brukerkontakt orienterte fra brukerutvalget i HSØ:</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Habiliteringstjenesten for barn og unge – underprioritert – særlig i forhold til barn og unge med minoritetsspråklig bakgrunn. Helse Sør Øst RHF vil be fagrådet for habilitering om vurdering av ressursfordeling og kapasitet.</li><li>• Sykehusbyggingen i Oslo</li><li>• Behandlingstilbud til voksne med tourette syndrom. Helse Vest har et behandlingstilbud/ordning – Brukerutvalget i HSØ ber Helse Sør-Øst RHF følge utviklingen i Helse Vest RHF, og vurdere om samme behandlingstilbud kan gis i egen region.</li><li>• Pasientbrev – behov for revisjon av maler. Behov for en felles mal for pasientbrev for å sikre at informasjonen som innbygger trenger for å møte til riktig tid, på riktig plass og riktig forberedt presenteres på en lettfattelig måte i brevets første side. Brukerutvalget understreker at all utsendelse av pasientbrev skal være i henhold til forskrift om universell utforming.</li></ul>
--	---

Skien, 6. juni 2019  
Anne Borge Kallevig  
Referent

# Møteprotokoll

---

<b>Styre:</b>	Helse Sør-Øst RHF
<b>Møtested:</b>	Telefonmøte
<b>Dato:</b>	Ekstraordinært styremøte 6. juni 2019
<b>Tidspunkt:</b>	Kl 17:00-17:30

---

## Følgende styremedlemmer møtte:

---

Svein Ingvar Gjedrem	Styreleder	Forfall
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder	Møteleder
Kirsten Brubakk		
Christian Grimsgaard		
Bushra Ishaq		
Vibeke Limi		
Einar Lunde		
Geir Nilsen		
Lasse Bent Sølvberg		
Sigrun E. Vågeng		

---

## Fra brukerutvalget møtte:

---

Nina Roland

---

## Fra administrasjonen deltok:

---

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus

---

Eierdirektør Tore Robertsen

---

Direktør teknologi og e-helse Rune Simensen

---

**Saker som ble behandlet:**

<b>045-2019</b>	<b>Godkjenning av innkalling og sakliste</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

<b>046-2019</b>	<b>Utredning om videreføring av Nasjonal IKT HF</b>
-----------------	---

Protokoll datert 5. juni 2019 fra drøftinger mellom Helse Sør-Øst RHF og konserntillitsvalgte var sendt styrets medlemmer i forkant av møtet.

**Oppsummering**

De regionale helseforetakene ble i felles foretaksmøte 15. januar 2019 bedt om en vurdering av hvordan samarbeidet mellom de regionale helseforetakene innen IKT-området bør organiseres, herunder å vurdere rollen til Nasjonal IKT HF. En arbeidsgruppe, sammensatt med representanter fra de regionale helseforetakene, tillitsvalgte og vernetjenesten, har på oppdrag fra de administrerende direktører i de fire regionale helseforetakene utredet framtiden for Nasjonal IKT HF. Arbeidsgruppens anbefaling er at det igangsettes en styrt avvikling av Nasjonal IKT HF. Det er som del av utredningen også pekt på hvordan samarbeid mellom regionene innen IKT-området kan videreføres. Det er behov for at disse forslagene i tiden fremover bearbejdes og konkretiseres ytterligere.

De administrerende direktørene i de regionale helseforetakene har sluttet seg til anbefalingene fra arbeidsgruppen, og det blir fremmet likelydende styresak for styrene i de fire regionale helseforetakene for å behandle en eventuell styrt avvikling av Nasjonal IKT HF.

**Kommentarer i møtet:**

Det ble reist noen spørsmål om det videre arbeidet og tempo i gjennomføringen. Saken er høyt prioritert og tempo vil bli avstemt mot en god prosess for de ansatte.

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret gir sin tilslutning til anbefalingen om å igangsette en styrt avvikling av Nasjonal IKT HF og ber om at saken oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

Protokolltilførsel fra styremedlem Sølberg:

Ivaretagelse av medarbeiderne i Nasjonal IKT HF er beskrevet i rapporten. Kompetansen som er opparbeidet og utviklet i Nasjonal IKT sees på som vesentlig for videreføring av de oppgaver og aktiviteter som pågår og som vil bli videreført i ny struktur. Det bør legges til rette for at opparbeidet kompetanse bevares i spesialisthelsetjenesten i størst mulig grad. Det oppfordres til transparente og gode prosesser til beste både for de regionale helseforetakene og medarbeiderne i Nasjonal IKT. Representanten er fornøyd med at det nå arbeides konstruktivt med å sørge for en god avvikling, med videreføring av aktiviteter og ivaretagelse av medarbeidere etter gjeldende lover og regler tilsvarende en virksomhetsoverdragelse.

Møtet hevet kl 17:30



Hamar, 6. juni 2019

---

Svein Ingvar Gjedrem  
Styreleder

---

Anne Cathrine Frøstrup  
nestleder

---

Kirsten Brubakk

---

Christian Grimsgaard

---

Bushra Ishaq

---

Vibeke Limi

---

Einar Lunde

---

Geir Nilsen

---

Lasse Bent Sølvberg

---

Sigrun E. Vågeng

---

Tore Robertsen  
styresekretær