

Møteinnkalling for styret i Sykehuset Telemark HF til styremøte

Møtedato og tid: 18. desember 2019 kl. 0930 – 1530
Møtested: Direktørens møterom i Skien
Møteleder: Styreleder Per Anders Oksum

Saksliste:

Tid	Saksnr.	Sak	Sakstype
0930 – 0935	066-2019	Godkjenning av innkalling og saksliste v/Styreleder	Beslutning
0935 – 0940	067-2019	Godkjenning av protokoll og B-protokoll fra styremøte 23. oktober 2019 v/Styreleder	Beslutning
0940 – 1000	068-2019	Driftsorienteringer fra administrerende direktør v/Administrerende direktør	Orientering
1000 – 1100	069-2019	Virksomhetsrapport per november 2019 v/Økonomidirektør	Orientering
1100 – 1200	070-2019	Budsjett 2020 v/Økonomidirektør	Beslutning
1200 – 1230		Lunsj	
1230 – 1315	071-2019	Alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser v/Fagdirektør og kvalitetssjef	Orientering
1315 – 1345	072-2019	Interne revisjoner - rapport 2018-2019 og plan 2020 v/Fagdirektør og kvalitetssjef	Beslutning
1345 – 1415	073-2019	Overordnet HMS handlingsplan 2020 og helhetlig HMS system ved STHF v/Fagdirektør	Orientering
1415 – 1500	074-2019	Forskning ved STHF - hvor står vi nå og hvor går veien videre? v/Fagdirektør og forskningssjef	Orientering
1500 – 1505	075-2019	Styresaker i STHF - status og oppfølging v/Administrerende direktør	Orientering
1505 – 1510	076-2019	Årsplan styresaker 2020 v/Styreleder	Beslutning

Tid	Saksnr.	Sak	Sakstype
1510 – 1515		Andre orienteringer v/Styreleder	Orientering
1515 – 1530		Til disposisjon	

Vararepresentanter møter kun etter særskilt innkalling.

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

Med vennlig hilsen

Per Anders Oksum
Styreleder

Vedlegg: Saksdokumenter

Elektronisk kopi er sendt til:

Helse Sør-Øst RHF
Revisor Hans Christian Berger, PWC
Styrets varamedlemmer
Direktørens ledergruppe

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak nr.	Saksansvarlig og saksaksbehandler	Sakstype	Møtedato
066-2019	Tone Pedersen, spesialrådgiver direktørens stab	Beslutning	18.12.2019

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 2. desember 2019

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Godkjenning av protokoll og B-protokoll fra styremøte 23.10.2019

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
067-2019	Tone Pedersen, spesialrådgiver direktørens stab	Beslutning	18.12.2019

Trykte vedlegg: Protokoll fra styremøte 23. oktober 2019

Utrykte vedlegg:

Forslag til vedtak:

Protokoll og B-protokoll fra styremøte 23. oktober 2019 godkjennes.

Skien, den 2. desember 2019

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

PROTOKOLL FRA STYREMØTE I SYKEHUSET TELEMAR HF

Dato: 23.oktober 2019 Tidspunkt: kl. 09.30 – 16.30

Sted: Direktørens møterom, bygg 54 i Skien

Følgende medlemmer møtte

Per Anders Oksum	Styreleder	
Marit Kasin	Nestleder	
Folke Sundelin		(til kl. 14.20)
Kari Dalen		Forfall
Kristian Bogen		
Ann Iserid Vik-Johansen		(fra kl. 10.10)
Kristine Stranheim Sunde		
Kristian Wiig		

Fra brukerutvalget møtte

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

Fra administrasjonen deltok

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

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

Per Urdahl klinikkssjef, Lars Ødegård klinikkssjef, Mai Torill Hoel HR-direktør, Frank Hvaal klinikkssjef, Kjetil Christensen klinikkssjef og Annette Fure utviklingsdirektør

Presentasjon av saker:

Sak 055-2019, 056-2019, 064-2019 og 065-2019: Per Anders Oksum styreleder

Sak 057-2019, 062-2019, 063-2019: Tom Helge Rønning administrerende direktør

Sak 058-2019 og 059-2019: Tom Helge Rønning administrerende direktør,
Geir-Olav Ryntveit økonomidirektør

Sak 060-2019: Annette Fure utviklingsdirektør

Sak 061-2019: Tom Helge Rønning administrerende direktør og Mai Torill Hoel HR-direktør

Styreleder ledet møtet

Saker som ble behandlet:

055-2019	Godkjenning av innkalling og saksliste
-----------------	-----------------------------------------------

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

056-2019	Godkjenning av protokoll fra styremøte 25. september 2019
-----------------	------------------------------------------------------------------

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 25. september 2019 godkjennes.

057-2019	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
-----------------	---------------------------------------------------------

Administrerende direktørs orienterte i møtet om at foretaket har gjennomført oppdatering av Metavision til versjon 6.11. Oppdateringen har gitt bedre hastighet. Styret fikk også en kort orientering om status for prosjekt Utbygging somatikk Skien (USS).

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

058-2019	Virksomhetsrapport per september 2019
-----------------	----------------------------------------------

Oppsummering

Saken presenterer status for virksomheten per september 2019.

Kommentarer i møtet:

Styret ønsker at administrasjonen reviderer virksomhetsrapporten og viste til tidligere tilbakemeldinger angående dette.

Styret er bekymret for at foretaket ikke har god nok hastighet i forbedringsarbeidet og pekte spesielt på de økonomiske utfordringene i Kirurgisk klinikk. Til tross for iverksetting av tiltak øker klinikkens underskudd. Styret viste til at det fortsatt er jevnt god styring totalt med økonomien, men styret er bekymret for økningen i foretakets bemanning og den lave produktivitetsveksten.

Styret viste også til at det er utfordringer med å nå mål blant annet innen prioriteringsregelen, fristbrudd, korridorpasienter og pakkeforløp kreft.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per september 2019 til orientering.

059-2019	Status budsjett 2020
-----------------	-----------------------------

Oppsummering

Saken presenterer status for virksomhetens budsjett 2020. Arbeidet med driftseffektiviseringen som kreves for å nå de økonomiske målsettingene fastsatt i ØLP oppleves utfordrende. Budsjettprosessen 2020 gjennomføres etter avtalt fremdriftsplan frem til den endelige styrebehandlingen i desember.

Kommentarer i møtet

Styret var fornøyd med at foretaket i budsjett 2020 opprettholder resultat tilsvarende i ØLP og at foretakets positive resultat har bidratt til økt investeringsevne. Styret er imidlertid bekymret for at foretaket så langt kun har identifisert 46 % av nødvendige driftsforbedringer for 2020.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status på budsjettarbeidet 2020 til orientering.

060-2019	Sykehuset Telemarks strategi 2020–2022
-----------------	-----------------------------------------------

Oppsummering

Strategien for 2020-2022 bygger i hovedsak på foretakets strategi fra forrige periode 2016-2019 med flere av de samme strategiske områdene. Basert på foretakets langsiktige mål og visjon er det definert strategiske områder og suksessfaktorer for strategiperioden. For hvert strategisk område og suksessfaktor settes egne mål. Det vil deretter være en årlig prosess for å definere konkrete delmål og tiltak for kommende år.

Kommentarer i møtet

Styrets er fornøyd med at styrets innspill til strategien i styreseminaret i september er hensyntatt. Styret mener det er viktig at foretaket legger vekt på kulturbygging og sikrer positiv medvirkning i de utøvende ledd i operasjonaliseringen av strategien for å nå foretakets mål og visjon.

Styret gav i møtet innspill om å tydeliggjøre foretakets behovet for omstilling i strategien. Styrets deltakelse i arbeidet med å påvirke rulleringen av strategien ble diskutert.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

1. Styret vedtar Sykehuset Telemark HFs strategi 2020-2022 justert med innspill gitt i møtet.
2. Styret gav administrasjonen fullmakt til å innarbeide tillitsvalgtes innspill i dokument/handlingsplaner.

061-2019	Sommerferieavvikling 2019
-----------------	----------------------------------

Oppsummering

Saken gir en sammenstilling av de evalueringer som er foretatt i etterkant av årets ferieavvikling. Det er utarbeidet to ledergruppesaker, hvor den ene inneholder en bred gjennomgang av erfaringene ved Notodden sykehus etter at foretaket i år driftet sykehuset i fire uker uten tilgang på lokale operasjonsstuer. Det er gjennomført evalueringer i de ulike klinikkene og fagmiljøene med innspill fra tillitsvalgte og hovedverneombud. På Notodden er det i tillegg innhentet innspill fra fastleger.

Kommentarer i møtet

Styret mente den interne evalueringen er god, men at foretaket i planleggingen av sommerferieavvikling 2020 i større grad må samarbeide med kommunene.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar saken til orientering.

062-2019	Revidert mandat brukerutvalget
-----------------	---------------------------------------

Oppsummering

Mandatet for brukerutvalget ved Sykehuset Telemark HF er revidert i henhold til styrets innspill i styremøtet 19. juni 2019.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret vedtar administrasjonens forslag til revidert mandat for brukerutvalget ved Sykehuset Telemark HF.

063-2019	Ledelsens gjennomgang (LGG) 2019
-----------------	-----------------------------------------

Oppsummering

Ledelsens gjennomgang 2019 på overordnet nivå for Sykehuset Telemark ble gjennomført 27. august 2019. Ledelsens gjennomgang for miljøsystemet 2019 ble gjennomført som en del av den totale LGG for Sykehuset Telemark HF. LGG er i 2019 også gjennomført i alle foretakets klinikker.

Kommentarer i møtet

Styret var fornøyd med det systematiske og omfattende arbeidet som foretaket har gjort i forbindelse med LGG, samt formen på mal og referat.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar Ledelsens gjennomgang (LGG) 2019 til orientering.

064-2019	Årsplan styresaker
-----------------	---------------------------

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Årsplan styresaker tas til orientering.

065-2019	Styrets årlige evaluering av administrerende direktørs arbeid og resultater
-----------------	------------------------------------------------------------------------------------

Saken ble behandlet i lukket møte, jf. helseforetakslovens § 26a, andre ledd nr. 1.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret utarbeider egen protokoll som er unntatt offentlighet.

Andre orienteringer

1. Styreleders møter utenom styremøtene:
 - a. Medarbeidersamtale AD 17.10.2019
2. Foreløpig protokoll styremøte HSØ 19.09.2019

Temasak:

Styret holdt ingen egnevaluering.

Møtet hevet kl. 15.30

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

Førstkommende styremøte

Onsdag 18. desember i administrerende direktørs møterom, bygg 54 i Skien.

Skien, 23. oktober 2019

Per Anders Oksum
Styreleder

Marit Kasin
Nestleder

Folke Sundelin

Nils Kristian Bogen

Ann Iserid Vik-Johansen

Kari Dalen (sett)

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
068 -2019	Administrerende direktør Tom Helge Rønning	Orientering	18.12.2019

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 9. desember 2019

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Driftsorienteringer fra administrerende direktør

1. Sykehuset Telemark fikk prisen for årets leanprosjekt av Lean Forum Norge

I styremøtet i oktober ble det informert om at Sykehuset Telemark var nominert til årets leanprosjekt og denne gangen kan vi informere om at vi faktisk fikk prisen.

Forbedringsarbeidet i ortopedisk poliklinikk imponerte både juryen og konferansedeltakerne under Lean Forum Norge, som gikk av stabelen i begynnelsen av november. Ortopedisk poliklinikk har jobbet med å forbedre pasientflyten, og resultatene er svært gode. Seksjonen har blant annet redusert antall løftebrudd med 97 prosent. Ved årsskiftet var det 431 løftebrudd ved poliklinikken, og dette tallet var redusert til 15 ved utgangen av september. Ortopedisk poliklinikk har klart dette ved å involvere de ansatte og skapt felles forståelse for utfordringer og mål. Seksjonen har også fått bistand fra EY i dette arbeidet.

De andre nominerte til årets leanprosjekt var ASKO Sentrallager, BIR Privat, DNB, Furnes Jernstøperi og OrbitArena. Lean Forum Norge arrangeres av NHO, LO, KS, Forskningsrådet, Sintef, NTNU, Norsk Industri og Siva.

2. I Nasjonal helse- og sykehusplan er det flere prosjekter fra Sykehuset Telemark som blir løftet fram

Helse- og omsorgsminister Bent Høie la 22. november fram Nasjonal helse- og sykehusplan. Der nevner han spesielt tre prosjekter fra Sykehuset Telemark som gode eksempler på god og fremtidsrettet helsetjeneste:

- Akuttkjedeprojektet
Prosjektet er et samhandlingsprosjekt mellom Sykehuset Telemark HF og alle kommunene i fylket. Målet er Norges beste akuttkjede. Det er utviklet flere praktiske samhandlingsverktøy for å hjelpe alle involverte til å få en bedre tillit og anerkjennelse av hverandre, til pasientens beste.
- Forbedringsarbeidet i ortopedisk poliklinikk
(Beskrevet ovenfor)
- Småhusprosjekt
Prosjektet er et samarbeid mellom Skien kommune og Sykehuset Telemark. Målet er å samarbeide bedre om pasienter som har utfordringer med å bo i ordinære boliger, og som har behov for tjenester både fra sykehuset og bostedskommunen. Arbeidet er i en tidlig fase, men ideen er å etablere kommunale boliger for denne pasientgruppen på sykehusets område slik at sykehuset og kommunen kan samarbeide bedre om tjenestene for hver enkelt pasient.

Palliativt team ved kreftavdelingen blir trukket fram som et eksempel på god og fremtidsrettet pasientbehandling, og også her blir samhandlingen med kommunene nevnt i positive ordelag.

3. Akuttbil – status 6 første driftsuker

- 142 oppdrag
- 14 intensivtransporter
 - Halvparten akutt overføringer til OUS
- 8 first responder oppdrag der ambulanse ikke tilgjengelig innen rimelig tid
- Fordeling av oppdrag de 6 første driftsukene:

Kommune og hastegrad

	A	H	V	Total
Bamble	7			7
Bø i Telemark	3			3
Hjartdal	1			1
Kragerø	8			8
Larvik	1			1
Nome	5	2		7
Notodden	7			7
Oslo			3	3
Porsgrunn	41			41
Sauherad	2			2
Seljord	1			1
Siljan	1			1
Skien	51	1	3	55
Tokke	3			3
Tønsberg			2	2
Total	131	3	8	142

4. Dialogmeldinger

Fra og med 28. november er det mulig for sykehuset å kommunisere med fastleger via dialogmeldinger. Sykehuset håper at dialogmeldinger vil føre til færre telefonsamtaler og feilaktige henvisninger. Det er enkelt å bruke dialogmeldinger, og det er derfor ikke behov for noe omfattende opplæringsprogram. Målet er at dette skal forenkle arbeidshverdagen til både sykehusansatte og fastleger. Kontorfaglig personell skal håndtere dialogmeldinger som omhandler administrative henvendelser. Medisinfaglige henvendelser skal videresendes til riktig lege. Sykehuslegen har ansvar å følge opp de dialogmeldinger han eller hun har i sin private arbeidsmappe.

Dialogmeldinger kommer i første omgang til å bli tilgjengelig for fastleger i Telemark. I slutten av januar 2020 kan dialogmeldinger benyttes i både Telemark og Vestfold. Når alle helseforetakene i Helse Sør-Øst har tatt i bruk løsningen, kan dialogmeldinger benyttes på tvers av alle helseforetak – både for sykehusleger og fastleger.

Det er utarbeidet et e-læringskurs for prosjekt Dialogmelding helseforetak og kurset tar maks ti minutter.

5. Influensavaksine

Om lag 1900 ansatte ved Sykehuset Telemark har tatt årets influensavaksine. Det er ny rekord, og nærmere 400 flere ansatte har vaksinert seg i år sammenlignet med 2018. Ved seksjon mage-, tarm- og infeksjonssykdommer er det mer enn 90 prosent av de ansatte som har vaksinert seg.

Samlet har sykehuset en vaksinasjonsdekning på ca. 70 prosent 20. november. Målet vårt er 75 prosent. Tilbudet om vaksiner vil vare en stund til.

6. Enheten for behandlingshjelpemidler inn i nye lokaler

Enheten for behandlingshjelpemidler har flyttet fra trangbodde lokaler i 2. etasjen i bygg 57 til B100, en større og mer moderne bygning bak bygg 70. Den leies av Skien kommune og er pusset opp og tilpasset de nye brukerne før innflytting. Aktivitetsveksten for behandlingshjelpemidler har vært stor de siste årene og enheten betjener i år nærmere 8000 pasienter. Muligheter for medisinsk hjemmebehandling er viktig for store pasientgrupper og de nye lokalene legger til rette for at fortsatt forventet aktivitetsøkning kan håndteres på en trygg og god måte.

7. Prevalens sykehusinfeksjoner

Målingen i november viser 3,4 % prevalens sykehusinfeksjoner. Det ble hos 271 pasienter registrert 9 infeksjoner som fordelte seg slik:

- 3 urinveisinfeksjoner (1,1 %)
- 2 nedre luftveisinfeksjoner (0,7 %)
- 3 postoperative sårinfeksjoner (1,1 %) - (1 overfladisk infeksjon (0,4 %), 2 dype sårinfeksjoner (0,7 %))
- 1 blodbaneinfeksjon (0,4 %)

Sykehuset Telemark registrerer også infeksjoner som har oppstått på andre sykehus, fordi det er ønskelig å ha med infeksjoner som er oppstått på andre lokasjoner (Notodden) når pasienten overflyttes til Skien - og omvendt.

8. Tilsyn utlokaliserte pasienter

Det er nettopp gjennomført et tilsyn vedrørende utlokaliserte pasienter eller det vi kaller satelittpasienter. Tilsynet er landsomfattende og er gjennomført av fylkesmannen i Agder. Den foreløpige rapporten vil bli oversendt før jul, men av det som fremkom på sluttmøte er det grunn til å anta at vi får minst ett avvik. Det forventes at det fremkommer forbedringsområder på informasjon til pasienter, deler av styringssystemet vårt og internkontrollen. Samtidig som vi har forbedringsområder, fremkom det også flere positive tilbakemeldinger i sluttmøtet. Det ble poengtert at vi har tydelig definert og fulgt opp at overlege beslutter at en pasient skal

utlokaliseres. Tydelig definerte ansvarsforhold, bl.a ved at lege på moderpost har det medisinske ansvaret og at sykepleier på satellittpost har pleieansvaret.

Foreløpig rapport blir oversendt før jul. Den endelige rapporten forventes ikke å foreligge før litt utpå nyåret.

Øvrige orienteringer kan gis muntlig i styremøtet.

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Virksomhetsrapport per november 2019

Sak nr.	Saksansvarlig/saksbehandler	Sakstype	Møtedato
069-2019	Økonomidirektør Geir Olav Ryntveit Økonomisjef Dana Tønnessen	Orientering	18.12.2019

Trykte vedlegg: Virksomhetsrapport per november 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 november 2019 til orientering.

Skien, den 11. desember 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Sammendrag

Resultatene for **de fleste medisinske parameterne** viser liten endring siste måned. Gjennomsnittstall per 11 måneder i år viser 80 % andel nye pasienter inkludert i pakkeforløp, dette er noe lavere enn i tilsvarende periode i fjor (83 %). 74 % av pasientene i pakkeforløp behandles innen standard forløpstid. Dette er noe lavere enn ved tilsvarende periode i fjor (77 %) men innfrir målet om 70 %. Sykehuset Telemark HF scorer høyest på andel behandlet innen standard forløpstid innen foretaksgruppen.

Ventetidene for pasienter med påstartet behandling reduseres i november og antall pasienter med passert tentativ tid går ned. Det er imidlertid registrert økt antall fristbrudd og en økning i antall pasienter på ventelistene.

Samlet **ventetid** (påstartet) i november er 55 dager, 2 dager høyere enn i november 2018. Gjennomsnittlig ventetid for påstartet pasienter er redusert for VOP, men øker for somatikk, BUP og TSB sammenlignet med november 2018. Andel fristbrudd påstartet pasienter og andel fristbrudd ventende er økt sammenlignet med november 2018.

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

Aktivitet i somatikken, målt i antall «sørge for» ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk, legemidler), er 896 poeng lavere enn budsjettet per 11 måneder. Avviket er i all hovedsak relatert til døgnaktiviteten ved Kirurgisk klinikk, og skyldes en kombinasjon av færre opphold og lavere DRG-indeks («pleietyngde»). Sykehuset har også oppnådd færre ISF-poeng knyttet til legemidler enn hva som er budsjettet.

Sykehuset Telemark forbedrer **driftsresultatet** med 5,1 millioner kr. i november og reduserer det akkumulerte budsjettavviket til – 2,0 millioner kr. Driftsresultatet hittil i år er på + 25,5 millioner kr.

Resultatforbedringen i november skyldes økt salg av helsetjenester, i hovedsak lab.prøver og høyere inntekter fra poliklinisk virksomhet. Øvrige positive bidrag til driftsresultatet er knyttet til lavere kostnader for gjestepasienter og H-resepter samt effekt av ISF avregningen for 2019. Klinikken rapporterer negative resultater, grunnet lavere DRG uttelling i somatikken og høye lønnskostnader på sengepostene, delvis kompensert av inntekter for utskrivningsklare pasienter.

Akkumulert resultat hittil i år viser høye polikliniske inntekter, høye salgsinntekter lab/røntgen og lavere kostnader ved kjøp/salg av helsetjenester, som kompenserer for svakere fremdrift av effektivitetsarbeidet i klinikken.

Prognosen for året opprettholdes til balanse i forhold til budsjettet styringsmål.

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	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	Kirurgi	Medisin	MSK	Smertepo	BUK (som.)	BUK (psyk.)	VOP/TSB
Gjennomsnitt ventetid i dager	50 dager somatikk 35 dager VOP/TSB 30 dager BUP	61	56,2	53,4	62,3	62,9	58,2	55,2	65	46	52	84	43	38	30/38
Fristbrudd avviklede, antall pr mnd	0	56	30	34	67	69	40	56	3	53	-	-			
Antall som venter	reduksjon	7 819	7 665	7 266	7 137	7 235	7 418	7 670	4 827	2 117	184	102	215	62	163
Antall med ventetid over 1 år	reduksjon	332	89	53	39	41	40	43	40	1	2				
Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp	70 %	69 %	79 %	81 %	79 %	79 %	79 %	80 %							
Andel innen definert forløpstid	70 %	71 %	69 %	77 %	72 %	73 %	73 %	74 %							
Antall passert tentativ tid	reduksjon	4 969	3 537	4 577	5 719	5 163	4 869	4 864	2 492	2 091	3	10	130	36	102

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

Tabellen ovenfor reflekterer de interne målsettingene for ventetid i 2019.

Pakkeforløp

Urologi generelt har en svært god utvikling. Blærekreft har for perioden jan-november 91 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid, andelen for nyrekreft er 80 %, testikkelkreft 75 %, mens prostata har 61 % (64 % i fjor). Sykehuset har hatt høyt fokus på prostata fra medio 2017 og statistikken har siden den gangen vist en positiv utvikling. På bryst har man oppnådd andel behandlet innen standard forløpstid over 70 %. Tall per 11 måneder 2019 viser 83 %.

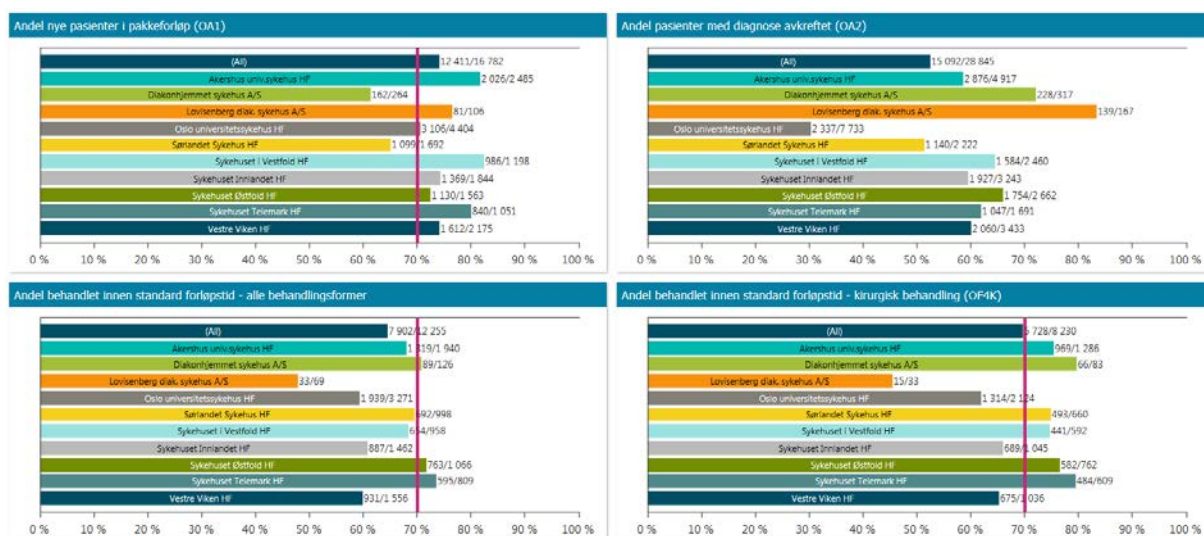
Innen gynekologisk kreft har vi relativt små tall (få pasienter) og det er utfordringer med måloppnåelse; eggstokkreft 35 %, livmorhalskreft 25 %, livmorkreft 57 %. Her foregår behandling sentralt og vi har relativt liten påvirkning på tempo. Forløpskoordinator og kreftkoordinator jobber aktivt for å bedre samhandlingen. Føflekkreft oppnår 93 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid, hele forløpet utføres ved STHF.

For lunge er 54 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid hittil i år. Fra uke 37 har vi fått tilgang på PET ved Sykehuset i Vestfold, ventetiden her er kort. Foreløpig er det litt for tidlig til at vi kan se resultater.

Innen hematologi har lymfomer 80 %, myelomatose 80 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid.

Innen tykk- og endetarmkreft er 91 % av pasientene inkludert i pakkeforløp. Ut fra Helsedirektoratets statistikk er kun 59 % av pasientene er behandlet innen standard forløpstid – noe som er svakere enn i samme periode i fjor (73 %). De svake resultatene tas opp i de aktuelle fagmiljøene ved sykehuset for å se hvor i forløpet forsinkelsene oppstår.

Figuren nedenfor viser resultater for 11 måneder 2019:



Gjennomsnittstall per 11 måneder i år viser 80 % andel nye pasienter inkludert i pakkeforløp, dette er noe lavere enn i tilsvarende periode i fjor (83 %). 74 % av pasientene i pakkeforløp behandles innen standard forløpstid, som er noe lavere enn ved tilsvarende periode i fjor (77 %), og innfrir dermed målet om 70 %. Sykehuset Telemark HF scorer høyest på andel behandlet innen standard forløpstid innen foretaksgruppen.

Prioritere psykisk helsevern og TSB

Prioriteringsregelen kommenteres under avsnittet om aktivitet.

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

Antall tvangsinnlagte hittil i år er 270. Dette tilsvarer et snitt på 0,14 per 1000 innbyggere. Det er 6,3 % lavere antall tvangsinnlagt i år enn i samme periode i fjor (fra 288 til 270). Høyt antall tvangsinnlagte i starten av året, men lavere enn i fjor i perioden april til oktober. November måned viser en liten økning.

Hittil i 2019 er det er det 1927 innleggelse og 270 av disse er tvangsinnlagte. Aktivitet målt i antall innleggelse viser en vekst på 0,4 %, og med redusert antall tvangsinnlagte har andelen falt fra 15,0 % til 14,0 % per november. Andelen var oppe i 14,9 % i november måned.

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	mål 2019	des.16	des.17	des.18	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	Kirurgi	Medisin	MSK	ABK	BUK	VOP/ TSB
Sykehusinfeksjoner %	<3%	4,5 %		3,8 %		3,5 %		3,40 %	3,0 %	4,1 %			0,0 %	
Korridorpasienter - antall	0	85	50	51	88	123	99	140	16	124				
Korridorpasienter %	0,0 %	0,9 %	0,6 %	0,7 %	1,1 %	1,5 %	1,2 %	1,7 %	0,5 %	3,1 %				
Direkte time i %	100 %		84 %	78 %	79 %	85 %	83 %	82 %	78 %	82 %	100 %		95 %	88 %
Antall åpne dokumenter > 14 dager		4 550	4 920	4 669	3 293	3 743	3 390	3 585	1 095	943	50	11	650	836
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode og uten ny kontakt	1000	1 861	1 445	1 734	1 711	1 170	1 062	2 088	477	1 328	108	11	116	48
Andel dialysepasienter som får hjemme	>30%		28 %	30 %	28 %	31 %	25 %	26 %		26 %				

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

Sykehusinfeksjoner

Prevalensmålingen for februar viste 4,3 %, mai viste 4,4 %, september viste 3,50 %, mens målingen i november ga 3,4 % som resultat. 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

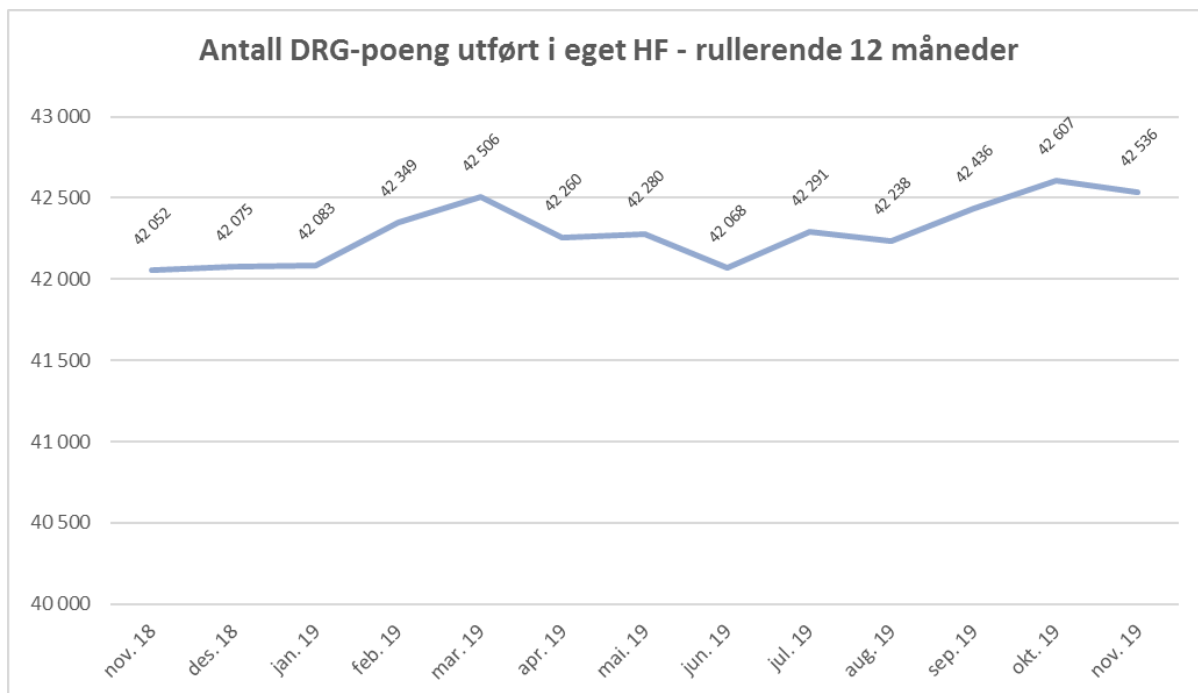
Somatikk

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

Antall “sørge for” ISF-poeng i november (døgn, dag, poliklinikk, legemidler) var 89 poeng lavere enn budsjettert. Avviket er i all hovedsak relatert til færre antall utskrivninger knyttet til døgnbehandlingen. Inntekter knyttet til dyre legemidler var noe høyere enn budsjettert i november.

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

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



DRG-poeng	faktisk 11 m 19	bud. 11 m 19	avvik 11 m 19	faktisk 11 m 18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Faktisk 2018
Kirurgisk klinikk	17 821	18 478	-657	17 702	1 %	119	20 132	19 257
Medisinsk klinikk	18 297	18 289	8	18 057	1 %	240	19 924	19 564
Barne og ungdomsklinikken	2 726	2 764	-38	2 522	8 %	204	3 010	2 700
ABK	91	74	17	94	-3 %	-3	80	99
Medisinsk serviceklinikk	451	464	-13	434	4 %	17	500	464
SSL	10		10	5	100 %	5	-	6
Sum DRG-poeng behandlet i eget HF	39 396	40 069	-673	38 814	1 %	582	43 646	42 090
- døgn	27 603	28 356	-753	27 403	1 %	200	30 906	29 754
- dagbehandling	4 827	4 510	317	4 473	8 %	354	4 904	4 618
- poliklinikk	6 966	7 203	-237	7 008	-1 %	-42	7 836	7 718
Sum DRG-poeng behandlet i eget HF	39 396	40 069	-673	38 884	1 %	512	43 646	42 090
DRG-poeng pasienter fra andre regioner beh. i eget HF	196	276	-80	260	-25 %	-64	300	259
DRG egne pasienter behandlet ved andre regioner/private	315	367	-52	400	-21 %	-85	400	420
DRG kreftmidler og dyre biologiske legemidler (H-reseptor)	2 568	2 820	-252	3 114	-18 %	-546	3 000	3 164
Sum DRG-poeng i h.h.t. "sørge for"-ansvaret	42 083	42 980	-897	42 068	0 %	15	46 746	45 415

Sykehusopphold	faktisk 11 m 19	bud. 11 m 19	avvik 11 m 19	faktisk 11 m 18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Faktisk 2018
Opphold behandlet i eget HF								
- døgn - inkl. Nordagutu	24 868	25 876	-1 008	25 599	-3 %	-731	28 200	27 833
- dagbehandling	20 947	20 057	890	19 423	8 %	1 524	21 800	20 999
- poliklinikk	155 307	155 708	-401	154 138	1 %	1 169	169 400	165 846

Antall sykehusopphold i november var 7 % færre enn budsjettet og i fjor. Antall liggedøgn i november (8.550) var høyere enn budsjettet (8.400) og november i fjor (8.250).

I november ble det utført 5 % flere dagbehandlinger enn budsjettet og 8 % flere enn i fjor. Samtidig ble det utført i underkant av 15.000 polikliniske konsultasjoner. Dette er 6 % færre enn budsjettet, og 3 % færre enn i fjor. November i år har 1 arbeidsdag færre enn i fjor.

Polikliniske konsultasjoner	faktisk 11 m 19	bud. 11 m 19	avvik 11 m 19	faktisk 11 m 18	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Faktisk 2018
Kirurgi	74 343	76 190	(1 847)	74 080	263	83 000	79 777
Medisin	64 785	63 052	1 733	64 236	549	68 650	69 124
BUK	8 390	8 860	(470)	8 028	362	9 550	8 705
ABK	1 090	1 113	(23)	1 210	(120)	1 200	1 280
MSK	6 482	6 493	(11)	6 484	(2)	7 000	6 960
SSL	217	-	217	100	117	-	116
STHF	155 307	155 708	(401)	154 138	1 169	169 400	165 962

Antall sykehusopphold hittil i år er 4 % lavere enn budsjettet og 3 % færre enn i fjor. Det har vært høyt pasientbelegg i årets 7 første måneder; mellom 96 %-105 %. Beleggsprosenten i høst har imidlertid vært noe lavere; 90 %-96 %. Antall liggedøgn er 90.900 per 11 måneder. Dette er tilnærmet likt med budsjett og i fjor.

Per 11 måneder ble det utført 4 % flere dagbehandlinger som budsjettet og 8 % flere enn i fjor. Samtidig ble det utført om lag 155.000 polikliniske konsultasjoner. Dette er likt som budsjettet og 1 % flere enn i fjor.

Kirurgisk klinikk har et budsjettavvik på – 657 DRG-poeng per november, som er en forverring på – 30 poeng siden forrige periode. Det er en nedgang i døgnopphold, og økning i dagopphold både mot budsjett og fjorår. Endringer i opphold på dag og døgn forklarer 62 % av avviket. Resterende forklares med lave indekser på dag og døgn, samt mindre poliklinikk enn budsjettet. Det forventes at utviklingen vil vedvare ut året.

Aktiviteten i **Medisinsk klinikk**, målt i DRG, har vært tilnærmet likt som budsjettet per 11 måneder. Antall avdelingsopphold ved Medisinsk klinikk 11 måneder var 2 % flere enn budsjettet og likt med i fjor. Den polikliniske aktiviteten har vært 2,5 % høyere enn budsjettet og 1 % høyere enn i fjor. DRG-indeksen (som er en indikasjon på kompleksiteten blant pasientene) var per 11 måneder noe svakere enn plan, men moderat høyere enn fjoråret.

Barne- og ungdomsklinikken har et budsjettavvik på -37 DRG-poeng. Årsaken er færre opphold på barneavdelingen samt lavere aktivitet enn budsjettet på barnepoliklinikken. Antall konsultasjoner på barnepoliklinikken er 8 % lavere enn budsjettet hittil i år.

Medisinsk serviceklinik har aktivitet som budsjettet målt i konsultasjoner, men 12 DRG-poeng færre enn budsjettet hittil i år. Det forventes DRG-poeng om lag som budsjettet for 2019. Økningen fra 2018 skyldes i hovedsak økte vekter.

Psykisk helsevern og TSB

Døgnaktivitet liggedøgn	faktisk nov.19	bud. nov.19	avvik nov.19	faktisk nov.18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Estimat 2019	Faktisk 2018
Voksenpsykiatri	29 964	29 872	92	30 489	-2 %	-525	32 500	32 500	33 119
Barne- og ungdomspsykiatri	2 283	1 931	352	1 954	17 %	329	2 100	2 500	2 197
TSB / RUS	3 633	2 942	691	2 579	41 %	1 054	3 200	3 900	2 798
STHF	35 880	34 745	1 135	35 022	2 %	858	37 800	38 900	38 114

Døgnaktivitet Utskrevne	faktisk nov.19	bud. nov.19	avvik nov.19	faktisk nov.18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Estimat 2019	Faktisk 2018
Voksenpsykiatri	1 466	1 526	-60	1 511	-3 %	-45	1 650	1 600	1 627
Barne- og ungdomspsykiatri	110	86	24	88	25 %	22	95	120	97
TSB / RUS	361	367	-6	298	21 %	63	400	390	330
STHF	1 937	1 979	(42)	1 897	2 %	40	2 145	2 110	2 054

Antall sykehusopphold er hittil per november 2,1 % lavere enn budsjettet. Antall liggedager er derimot 3,3 % høyere enn budsjettet. Antall liggedager er høyere enn budsjettet innenfor alle tjenesteområdene, mens i antall sykehusopphold er det kun BUP som ligger over budsjett. Avviket er på hele 27,9 %.

Avrusningsposten viser en aktivitet som er 23,5 % høyere antall liggedager enn budsjettet, mens antall sykehusopphold er 1,6 % lavere enn budsjett. Kan ikke sammenlignes med fjoråret som følge av 10 måneders drift i 2018.

Aktiviteten innenfor VOP var veldig høy i starten av året, men har vært litt fallende fra sommeren og utover. I 2018 gikk kurven motsatt vei, med lavere aktivitet på våren enn på høsten. Per november er antall liggedager 0,3 % over budsjett, men ligger 1,7 % lavere enn i fjor.

Som tidligere nevnt er den inneliggende aktiviteten på BUP historisk høy i år. Aktiviteten har riktignok avtatt noe de siste 3 månedene, men antall liggedøgn per november ligger 18,2 % høyere enn budsjettet og 16,8 % høyere enn i fjor på samme tid. Antall sykehusopphold ligger hele 27,9 % over budsjett og 25,0 % høyere enn i fjor.

Poliklinikk psykiatri	faktisk nov.19	bud. nov.19	avvik nov.19	faktisk nov.18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Estimat 2019	Faktisk 2018
Antall ISF-konsultasjoner									
BUP	26 682	26 262	420	25 436	4,9 %	1 246	28 100	28 500	27 451
VOP	46 259	48 481	-2 222	47 754	-3,1 %	-1 495	52 650	50 000	51 405
- herav Helse og arbeid	274	928	-654	497	-44,9 %	-223	1 000	300	497
TSB	10 293	11 648	-1 355	11 664	-11,8 %	-1 371	12 650	11 000	12 349
SUM	83 234	86 391	-3 157	84 854	-2 %	-1 620	93 400	89 500	91 205
ISF-poeng									
BUP	8 999	8 550	449	8 345	8 %	654	9 150	9 600	8 984
VOP	6 750	6 908	-158	7 104	-5 %	-354	7 502	7 300	7 538
- herav Helse og arbeid	42	77	-35	76	-45 %	-34	84	45	76
TSB	1 323	1 451	-128	1 332	-1 %	-9	1 575	1 475	1 515
SUM	17 072	16 909	163	16 781	1,7 %	292	18 227	18 375	18 037

Antall ISF-berettigede polikliniske konsultasjoner innenfor PHV og TSB er fallende innenfor alle tjenesteområdene og ligger samlet 3,7 % lavere enn budsjettet. Innenfor BUP har det hittil per november vært høyere poliklinisk aktivitet enn både budsjettet og målt mot fjoråret, mens både VOP og TSB ligger lavere enn både budsjettet og sett opp mot fjoråret. BUP viser 1,6 % høyere enn budsjett og 4,9 % høyere enn i fjor. VOP ligger 4,6 % lavere enn budsjettet og 3,1 % lavere enn i fjor.

Trekker vi ut Helse og arbeid (tidligere raskere tilbake), så ligger VOP 3,3 % lavere enn budsjettet og 2,7 % lavere enn i fjor. TSB ligger hele 11,6 % lavere enn budsjettet, og 11,8 % lavere enn i fjor.

Prioriteringsregelen

Ventetid	2018	2019	Endring
Somatikk	55,73	58,19	4,4 %
BUP	42,81	39,87	-6,9 %
VOP	43,79	36,51	-16,6 %
TSB	30,12	29,67	-1,5 %

Aktivitet	2018	2019	Endring
Somatikk	154 138	155 307	0,8 %
BUP	25 436	26 682	4,9 %
VOP	47 754	46 259	-3,1 %
TSB	11 664	10 293	-11,8 %

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

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

Prioriteringsregelen for ventetider er oppfylt. Det er en oppgang i ventetidene innenfor somatikken, mens alle tjenesteområdene innenfor psykiatrien viser nedgang i ventetidene. VOP og BUP ligger under 40 dager, og TSB ligger under 35 dager. De innrapporterte og offisielle tallene inkluderer som viser 39,9 innenfor BUP inneholder en feil hvor en pasient var registrert med 2800 dagers ventetid.

Ventetid for somatikken er økt med 2,5 dager per november målt mot samme periode i fjor. Voksenpsykiatrien har redusert ventetiden med 7,3 dager, barne- og ungdomspsykiatrien har redusert sin ventetid med 2,9 dager, mens ventetid innen TSB er viser en reduksjon med 0,5 dager. De relative endringene viser at ventetidene i voksenpsykiatri har gått ned med 16,6 %, innen TSB har det gått ned med 1,5 %, og barne- og ungdomspsykiatrien har redusert med 6,9 %. Oppgangen i somatikken er på 4,4 %.

Polikliniske konsultasjoner

Prioriteringsregelen for poliklinisk aktivitet er oppfylt for BUP, men ikke for de andre tjenesteområdene. VOP har en nedgang på 3,1 % og TSB har en nedgang på 11,8 %.

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

Kostnader per tjenesteområde (tertialvis rapportering)

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

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

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

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

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

Bemanning

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

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

STHF rapporterer 2.991 brutto månedsverk per november. Det er 19 månedsverk høyere enn i fjor. Tallene i 2019 er ikke sammenlignbare med fjoråret, da bemanningen på den nye avrusningsenheten var fulltallig først i mars måned 2018. Trekker vi ut avrusningen begge årene så er forbruket økt fra 2948 til 2963 månedsverk. Sett opp mot budsjetterte antall årsverk, så er det per november et overforbruk på 2,4 %. Andelen variabelønnede per november 2019 er 8,8 %, noe som er 0,1 % -poeng høyere enn i fjor.

Økonomi

Sykehuset Telemark rapporterer et positivt driftsresultat på 25,5 millioner kr. pr. november 2019. Dette er 2,0 millioner kr. svakere enn budsjett hittil i år, mot budsjettavvik på – 4,6 millioner ved forrige rapportering.

Resultatforbedringen i november skyldes økt salg av helsetjenester, i hovedsak lab.prøver og høyere inntekter fra poliklinisk virksomhet. Øvrige positive bidrag til driftsresultatet er knyttet til lavere kostnader for gjestepasienter og H-resepter samt effekt av ISF avregningen for 2019. Klinikken rapporterer negative resultater, grunnet lavere DRG uttelling i somatikken og høye lønnskostnader på sengepostene, delvis kompensert av inntekter for utskrivningsklare pasienter.

Akkumulert resultat hittil i år viser høye polikliniske inntekter, høye salgsinntekter lab/røntgen og lavere kostnader ved kjøp/salg av helsetjenester, som kompenserer for svakere fremdrift av effektivitetsarbeidet i klinikken. Prognosen for året opprettholdes til balanse i forhold til budsjettert styringsmål.

Resultatutviklingen i flere av klinikkene er svært bekymringsfull, med til dels svikt i inntekter uten mulighet til tilsvarende kostnadsreduksjoner. Kirurgisk klinikk har det største underskuddet, men også medisinsk klinikk og akutt og beredskapsklinikken har betydelige underskudd per november.

Det rapporteres om mer ressurstrengende pasienter på flere av sengepostene. Vridningen fra døgn til dagbehandling innen kirurgi gir lavere uttelling i DRG-poeng enn det som er lagt til grunn i budsjettet.

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

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

Regnskapsresultat pr. november 2019	regnskap	budsjett	avvik	Budsjett	Prognose	avvik
	november	november	november	2019	2019	2019
Basisramme	2 174 669	2 154 731	19 938	2 366 779	2 388 603	21 824
Kvalitetsbasert finansiering	15 346	15 346	-	16 741	16 741	-
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	729 952	737 286	-7 335	803 331	795 517	-7 814
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	154 558	159 359	-4 800	173 385	170 036	-3 349
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	46 901	46 382	520	49 997	50 476	479
ISF fritt behandlingsvalg	-	-	-	-	-	-
ISF refusjon pasientadministrerte legemiddel (H-resepter)	57 330	62 962	-5 632	66 981	60 729	-6 252
Utskrivningsklare pasienter	17 996	12 429	5 567	13 559	19 059	5 500
Gjestepasienter	16 774	19 596	-2 822	21 352	18 352	-3 000
Konserninterne gjestepasientinntekter	78 476	70 894	7 583	76 853	84 853	8 000
Polikliniske inntekter	89 731	79 658	10 073	86 386	96 886	10 500
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	-	-	-	-	-	-
Andre øremerkede tilskudd	10 827	10 823	4	11 807	11 807	-
Andre driftsinntekter	252 267	252 407	-140	274 988	274 988	-
SUM DRIFTSINNTEKTER	3 644 828	3 621 872	22 956	3 962 159	3 988 048	25 889
Kjøp av offentlige helsetjenester	38 555	40 104	1 549	43 750	42 250	1 500
Kjøp av private helsetjenester	90 514	90 239	-275	100 027	100 027	-
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	419 909	455 412	35 503	497 261	459 261	38 000
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	25 272	10 955	-14 318	11 688	26 688	-15 000
Konserninterne gjestepasientkostnader	250 220	249 950	-271	271 267	271 267	-
Lønn til fast ansatte	1 643 337	1 624 950	-18 388	1 778 611	1 798 611	-20 000
Overtid og ekstrahjelp	94 934	69 355	-25 579	76 692	103 692	-27 000
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	314 912	293 857	-21 055	321 647	344 693	-23 046
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-93 151	-93 175	-24	-101 723	-101 723	-
Annen lønn	259 742	266 207	6 465	293 276	287 276	6 000
Avskrivninger	90 601	93 153	2 552	101 668	99 168	2 500
Nedskrivninger	-	-	-	-	-	-
Andre driftskostnader	500 220	505 556	5 336	551 202	543 545	7 657
SUM DRIFTSKOSTNADER	3 635 066	3 606 560	-28 506	3 945 364	3 974 754	-29 389
DRIFTSRESULTAT	9 762	15 312	-5 550	16 795	13 295	-3 500
Finansinntekter	18 052	14 285	3 767	15 490	19 240	3 750
Finanskostnader	2 356	2 097	-259	2 285	2 535	250
FINANSRESULTAT	15 696	12 188	3 507	13 205	16 705	3 500
(ÅRS)RESULTAT	25 457	27 500	-2 043	30 000	30 000	-0

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

Klinikkene

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

Resultater pr. klinikk vises i tabellen under:

BUDSJETTAVVIK per november 2019	lønn	andre driftskostnader	driftsinntekter	Sum	herav effekt forbedringstiltak	herav øvrig drift
Kirurgi	-16 060	-2 480	-13 153	-31 692	-9 908	-21 784
Medisin	-25 289	1 807	3 430	-20 052	-5 110	-14 942
Barne- og ungdomsklinikken	-64	-1 564	4 132	2 504	-572	3 075
Akutt og beredskap	-13 515	-8 435	3 074	-18 876	-3 296	-15 580
Medisinsk serviceklinikk	7 681	-778	8 837	15 740	-470	16 210
Psykatri og rus	1 500	-4 021	1 352	-1 169	-596	-573
Service og systemledelse	204	-11 500	4 341	-6 955	642	-7 596
SUM klinikker	-45 542	-26 970	12 013	-60 500	-19 310	-41 190
Administrasjon	9 168	690	-5 668	4 189	-	4 189
Kjøp og salg av helsetjenester		43 068	-14 239	28 829		28 829
- biol. legemidler og kreftmidler		39 393	-21 919	6 241		6 241
- somatikk		6 148	8 840	4 176		4 176
- psykiatri og TSB		-2 473	-1 160	898		898
Felles poster	-2 268	16 859	10 852	25 443	-	25 443
Budsjettavvik per november	-38 643	33 646	2 958	-2 039	-19 310	17 271

Kirurgisk klinikk har et budsjettavvik på – 31,7 millioner kroner per november, som er en forverring på –3,0 millioner kroner siden forrige periode. Avviket mot forrige periode skyldes hovedsakelig uløst utfordring (-1,6 millioner). I tillegg har lave inntekter på plast, urologi og Notodden gitt et inntektsavvik på -0,9 millioner, mens økt aktivitet på ortopedi også har medført økte kostnader på 0,3 millioner. Den totale uløste budsjettutfordringen er økt etter at klinikken overtok operasjonsteamet på Notodden som hadde budsjettert en innsparing på 1,4 millioner på slutten av året uten tilhørende tiltak. Det jobbes kontinuerlig for å finne og implementere tiltak med både langsiktig og kortsiktig effekt.

Medisinsk klinikk har et negativt avvik på -20 millioner kroner per 11 måneder som i all hovedsak er knyttet til lønnskostnader. 20 % av lønns-merkostnadene er knyttet til klinikkens uløste utfordringer i 2019-budsjettet. Klinikken har ikke klart å identifisere tiltak for å løse årets uløste utfordring på 4,6 millioner kroner. Klinikken har for tiden et høyere antall leger enn budsjettert. Klinikken har i hele år hatt et høyt pasientbelegg ved sengepostene samt et økende sykefravær, noe som har gitt merkostnader utover budsjettert nivå. Vanligvis har pasientbelegget avtatt noe fra april, men i år har belegget i hele sommer vært tett opp mot 100 %. Varekostnadene, deriblant forbruk av dyre legemidler innen kreftbehandling, har per 11 måneder vært noe lavere enn budsjettert. Den polikliniske aktiviteten har vært høyere enn budsjettert; noe som har resultert i høyere inntekter fra egenandeler enn budsjettert.

Barne- og ungdomsklinikken har et overskudd per november på 2,5 millioner kr. Høye inntekter og innsparinger grunnet vakanser i barne- og ungdomspsykiatrien oppveier for innleie av behandlere, samt lavere inntekter og merforbruk på lønn i barne- og ungdomsmedisin.

Akutt og beredskapsklinikken har et resultat per november på – 18,9 millioner kroner. Det er avvik på både lønn, innleie, medikamenter og varer. Hovedårsaken til dette er svært høy aktivitet på intensiv

i starten av året, og i sommer. Det har vært roligere fra midten av august, og det vises i bedring i resultat. Akuttmottaket har fortsatt vekst i aktiviteten; 6 % i forhold til 2018. Planlagte endringer på FOVA/Mottak på Notodden er under arbeid og krever ombygging- det er p.t. usikkert om dette tiltaket igangsettes.

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

Sykefraværet i klinikken har vært høyt i en periode, men er nå på 6,25 % (per september fra HR-kuben). Det jobbes aktivt med å redusere fraværet, og det er på vei ned igjen. GAT-tallene per november er på 6,45 %. Klinikkenes mål er 5% i løpet av året.

Medisinsk serviceklinik har et overskudd per november på 15,7 millioner kroner. Inntektene er høyere enn budsjett pga høy aktivitet innen medisinsk genetikk og medisinsk biokjemi som mer enn oppveier for negativt budsjettavvik innen radiologi. I tillegg har en takstendring for fertilitetsavdelingen gitt økte inntekter på 8,0 millioner kroner hittil. Innsparinger på lønnskostnader grunnet vakanser i flere av avdelingene mer enn dekker opp for innleie av radiologer og patolog.

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling leverer et negativt budsjettavvik på 1,2 millioner kroner per november. På grunn av rekrutteringsutfordringer har klinikken hatt lavere poliklinisk aktivitet de siste månedene, og spesielt de tre siste månedene. November alene ga en minus på 0,8 millioner, noe som gir et negativt budsjettavvik på pasientrettede inntekter tilsvarende 2,1 millioner hittil i år.

Driften på Psykiatrisk sykehusavdeling har vært veldig krevende i året som har gått på alle akuttseksjonene og på UPS. Det har vært særdeles ressurskrevende enkeltpasienter innlagt. Verdt å nevne er at 19A og 19B i oktober og november isolert sett leverer et regnskapsresultat med positivt budsjettavvik. De siste månedene har hovedutfordringen vært den ungdomspsykiatriske sengeposten som fremdeles har svært ressurskrevende pasienter innlagt. Avdelingen viser samlet per november et negativt resultat på 7,4 millioner. Både DPS øvre og nedre Telemark leverer store positive budsjettavvik som følge av mange vakante stillinger, noe som veier opp for det store negative budsjettavviket på den Psykiatriske sykehusavdelingen.

Service- og Systemledelse har ved utgangen av november et negativt resultat på 6,9 millioner kroner. En betydelig forverring i forhold til forrige måned. Det er utelukket avdeling for medisinsk teknologi som står for forverringen, resten er akkumulert i balanse. Ytterligere forverring i BHM / insulinområde og overforbruk av småutstyr innen MTU er hoved-kostnadsdrivere. Klinikken har et positivt avvik på lønnskostnader (+0,2 millioner kroner) men har overforbruk på eksternt innleie – avvik lønn inkludert eksternt innleie er -0,8 millioner kroner. Størst forbruk på eksternt innleie er innen pasientreiser.

Administrasjonen har et positivt budsjettavvik på 4,3 millioner kroner per november grunnet vakante stillinger (økonomidirektør, juridisk rådgiver, bedriftshelsetjenesten).

Felles: Positivt avvik har sammenheng med risikobufferen i budsjettet.

Virksomhetsrapport

November 2019

Innhold

1. Hovedmål

2. Pasient

3. Bemanning

4. Aktivitet

5. Kvalitetsindikatorer

6. Økonomi

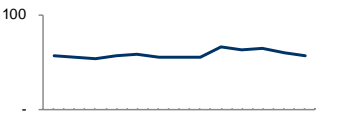
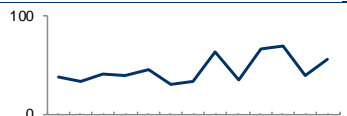
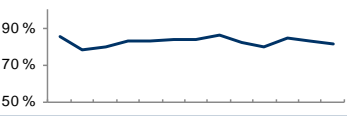

7. Klinikker

Oppsummering

november 2019

Sykehuset Telemark	Faktisk HIÅ	Budsjett HIÅ	Avvik HIÅ	HIÅ 2018	Årsestimat	Årsbudsjett	Avvik
Kvalitet per måned							
Ventetid påstartet, denne periode	55			53			
Ventetid ventende, denne periode	57			55			
Antall fristbrudd påstartet, denne periode	56			53		0	
Antall fristbrudd venter, denne periode	52			21		0	
Aktivitet							
ISF-poeng somatikk							
"Sørge for" (døgn, dag og polkl.)	39 516	40 160	-644	38 954	43 146	43 746	-600
Legemidler	2 568	2 820	-252	3 114	2 720	3 000	-280
Totalt antall ISF poeng "sørge for"	42 084	42 980	-896	42 068	45 866	46 746	-880
Utført eget HF/Sykehus	39 397	40 069	-672	38 814	43 046	43 646	-600
ISF-poeng Psyk							
Voksenpsykiatri og TSB	8 075	8 358	-283	8 437	8 775	9 077	-302
Barne- og ungdomspsykiatri	8 999	8 551	447	8 344	9 600	9 150	450
Polikliniske konsultasjoner							
Somatikk	155 307	155 708	-401	154 138	169 400	169 400	-
VOP	46 259	48 481	-2 222	47 754	50 000	52 650	-2 650
BUP	26 682	26 262	420	25 436	28 500	28 100	400
TSB	10 293	11 648	-1 355	11 664	11 000	12 650	-1 650
Bemanning							
Brutto månedsværk	2 991	2 922	-69	2 971	2 990	2 920	-70
Innleie helsepersonell	25 272	10 955	-14 318	18 591	26 688	11 688	-15 000
Lønn til fast ansatte	1 643 337	1 624 950	-18 388	1 582 918	1 798 611	1 778 611	-20 000
Overtid og ekstrahjelp	94 934	69 355	-25 579	89 384	103 692	76 692	-27 000
Sykefravær (forrige måned)	6,86			6,98			
Økonomi (hele tusen)							
Driftsinntekter	3 644 828	3 621 872	22 956	3 433 486	3 988 048	3 962 159	25 889
Driftskostnader	3 635 066	3 606 560	-28 506	3 437 415	3 974 754	3 945 364	-29 389
Netto finansresultat	15 696	12 188	3 507	10 623	16 705	13 205	3 500
Pensjon	-	-	-	-	-	-	-
Årsresultat	25 457	27 500	-2 043	6 694	30 000	30 000	-0

Regionale hovedmål

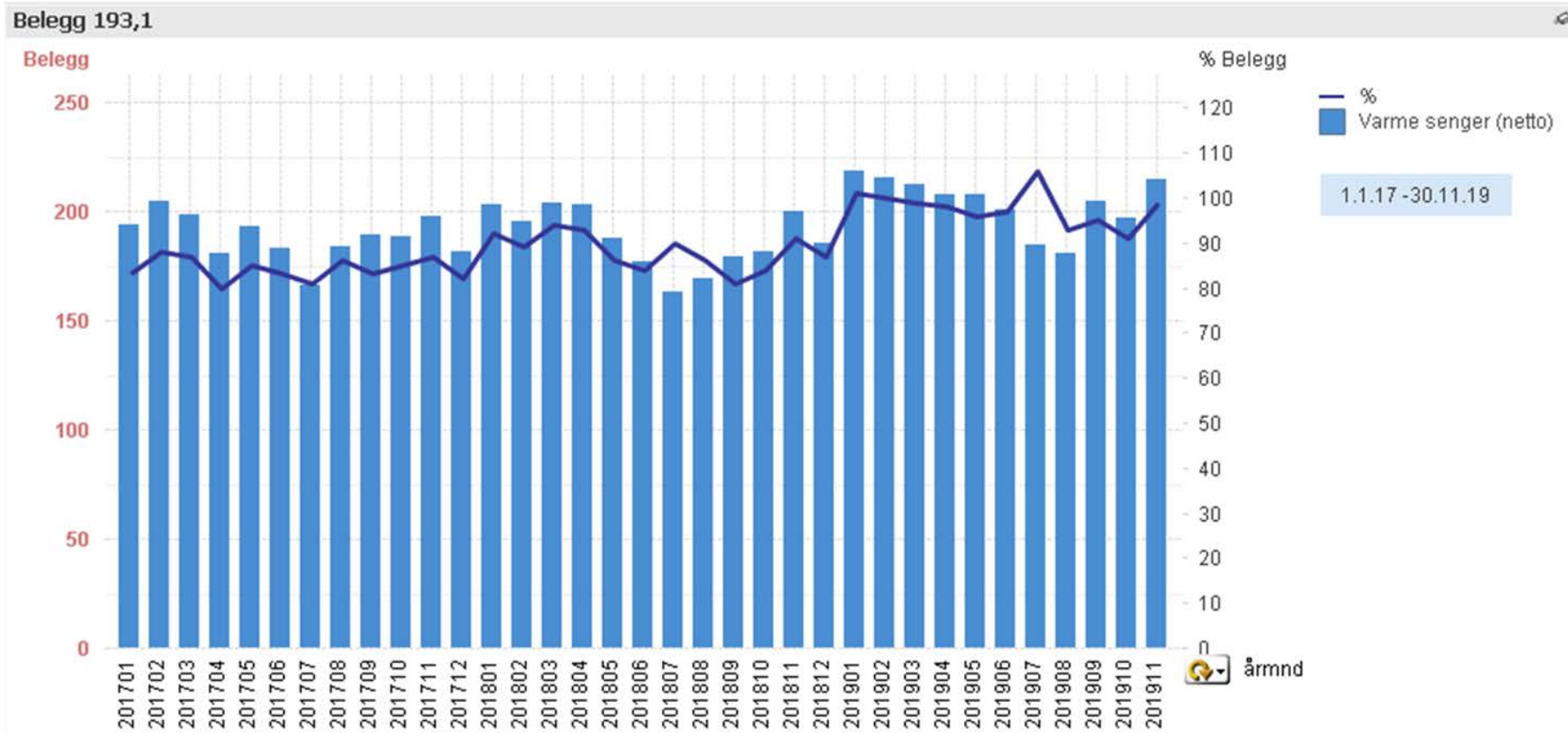
Hovedmål	Mål 2019	Utvikling siste	Status	Resultat	Resultat
		12 mnd	2017	2018	nov.19
Gjennomsnitt ventetid somatisk redusert til 60 dager. Ordinært avviklede pasienter.	50		57	55	57
Pasienten opplever ikke fristbrudd (påstartet)	Antall brudd		30	34	56
	Andel av med frist		1,0 %	1,3 %	1,8 %
Pasienten får bekreftelse og tidspunkt for behandling i samme brev	100%		84 %	78 %	82 %
Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer	Årsresultat		-12,9 mill	8,9 mill	25,5 mill
	Budsjettavvik		12,1 mill	-21,1 mill	-2,0 mill
Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3%	3%	Siste måling november 2019	2,8 %	3,8 %	3,4 %
Alle medarbeider involveres i oppfølging av medarbeider-undersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet	100%	Siste måling vår 2019	87 %	86 %	86 %
Korridorpasienter	0 %		0,6 %	0,7 %	1,7 %

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
November 2019								
STHF	57	55					0,7 %	
SOMATIKK	58	56	4 %		1 %		0,6 %	
BUP	40	43		-7 %		5 %		7 %
VOP	37	44		-17 %		-3 %		0 %
TSB	30	30		-1 %		-12 %		5 %
Endring pr klinikk	0	0						
(01) Kirurgisk klinikk	69	64	7 %		0 %		-2 %	
(02) Medisinsk klinikk	45	44	4 %		1 %		2 %	
(03) Barne- og ungdomsklinikken, somatikk	41	47	-12 %		4 %		0 %	
(303) Avdeling for barn og unges psykiske helse	40	43		-7 %		5 %		4 %
(06) Akutt og beredskap	79	65	22 %		-10 %		1 %	
(07) Medisinsk Serviceklinikk	46	71	-35 %		0 %		1 %	
(09) Klinikk for psykisk helsevern, VOP	36	44		-17 %		-3 %		0 %
(09) Klinikk for psykisk helsevern, TSB	30	30		-1 %		-12 %		5 %
(13) Service og systemledelse							-1 %	
(15) Administrasjon							1 %	

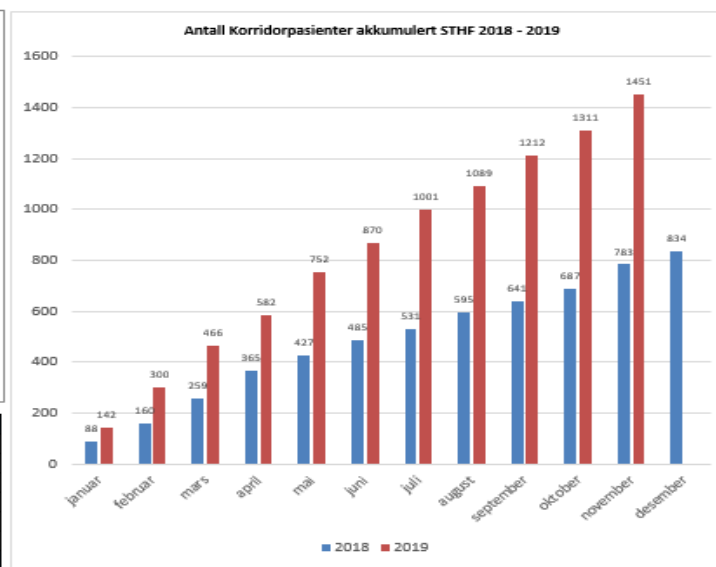
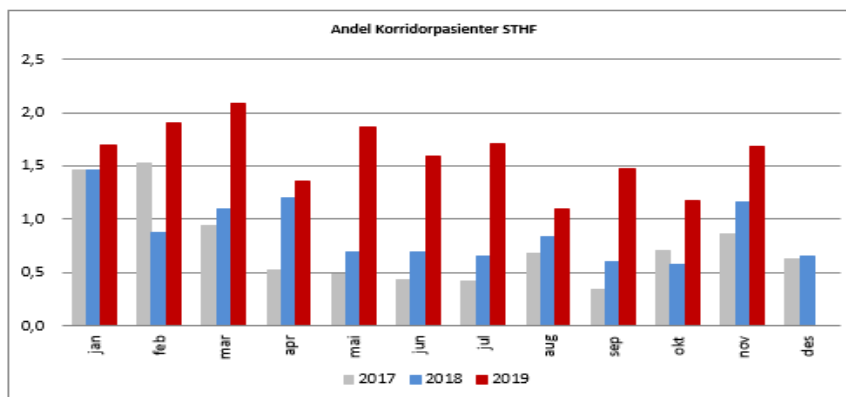
Fotnote: Påstartet = Avviklet

Fotnote: Kostnadene er eks. avskrivninger, legemidler og pensjon

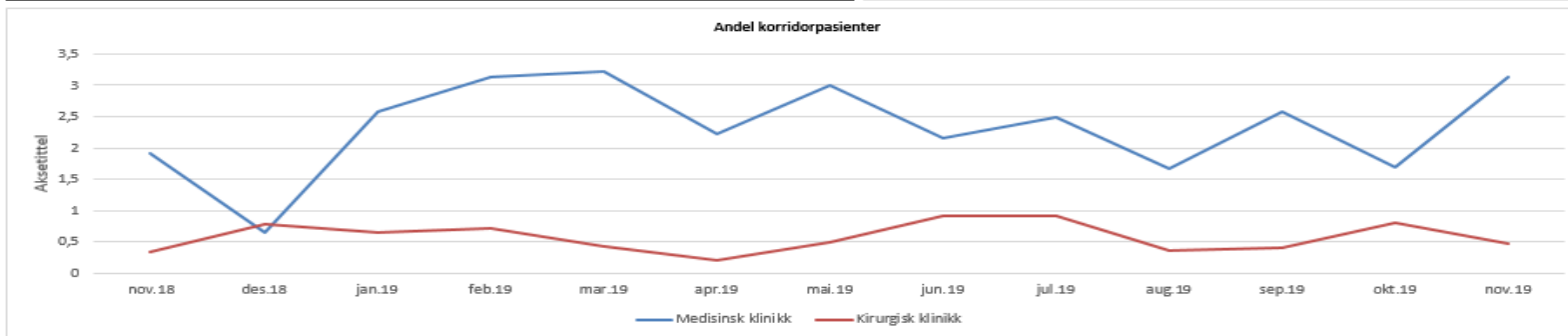
Antall postopphold, ved f.eks permisjoner blir både oppholde før, selve permisjon og etter telt som selvstendige postopphold. Tallene blir tilsvarende "blåst opp" ved tekniske postopphold



Senger i bruk for somatiske sengeposter. Tekniske poster utelatt.



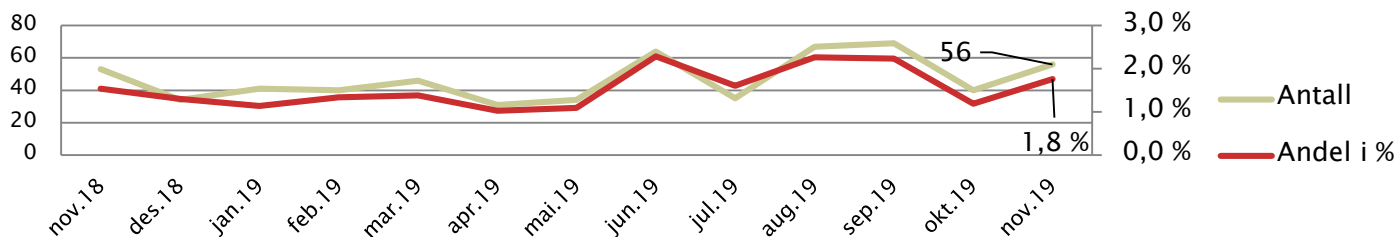
Antall korridorpasienter - somatik	Oktober	November	HiÅ 2019	HiÅ 2018	HiÅ 2017
Kirurgisk klinikk	26	16	205	118	110
Medisinsk klinikk	73	124	1245	305	325
Barne og ungdomsklinikk	0	0	0	4	3
Akutt og beredskaps klinikk	0	0	1	0	0
Medisinsk teknisk klinikk	0	0	0	0	3
Psykiatrisk klinikk	0	0	0	0	0
Sykehuset Telemark	99	140	1451	427	441



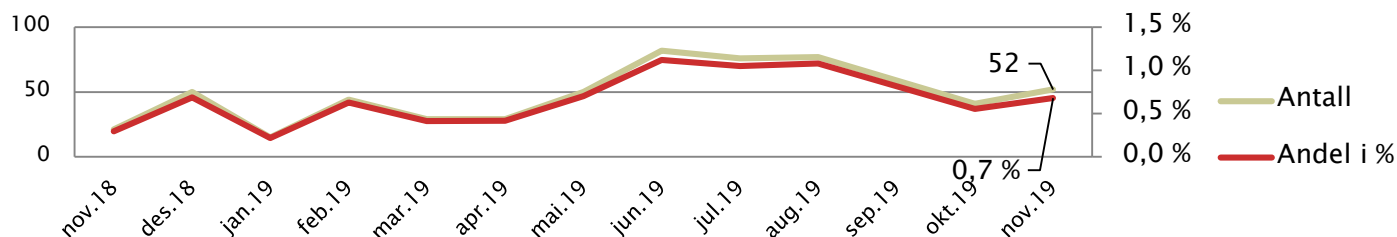
Pasient

Utvikling over tid for aktivitet i hele STHF alle omsorgsnivåer

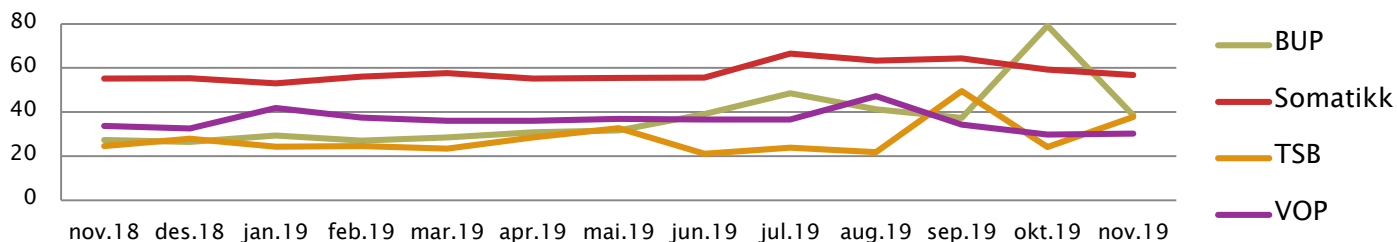
1. Antall/andel fristbrudd påstartet STHF.



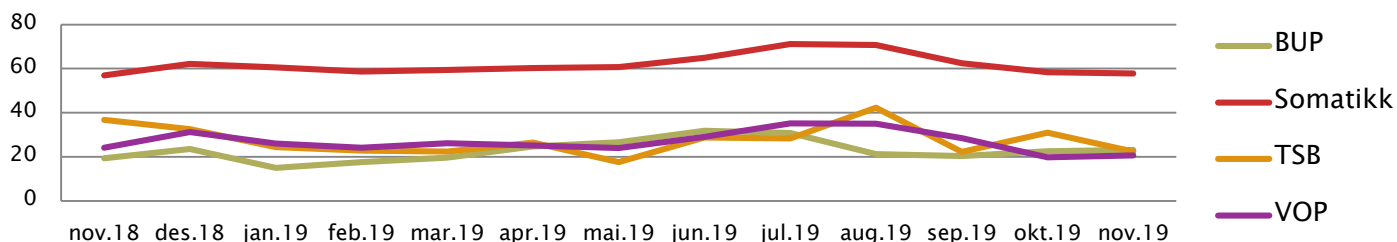
2. Antall/andel fristbrudd ventende STHF.



3. Gjennomsnittlig ventetid påstartet STHF



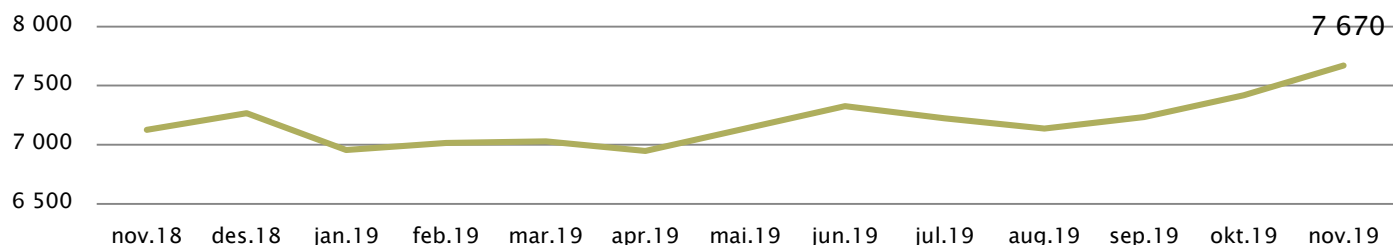
4. Gjennomsnittlig ventetid ventende STHF.



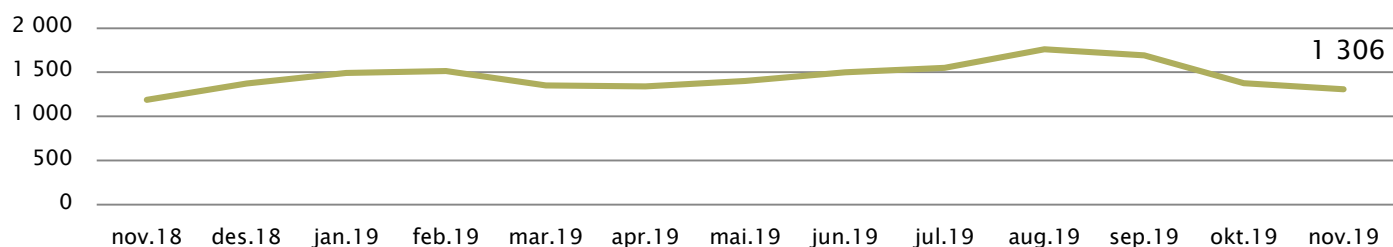
Paul Husmo, husp@sthf.no tlf:35 08 03 02

Utvikling over tid for aktivitet i hele STHF alle omsorgsnivåer

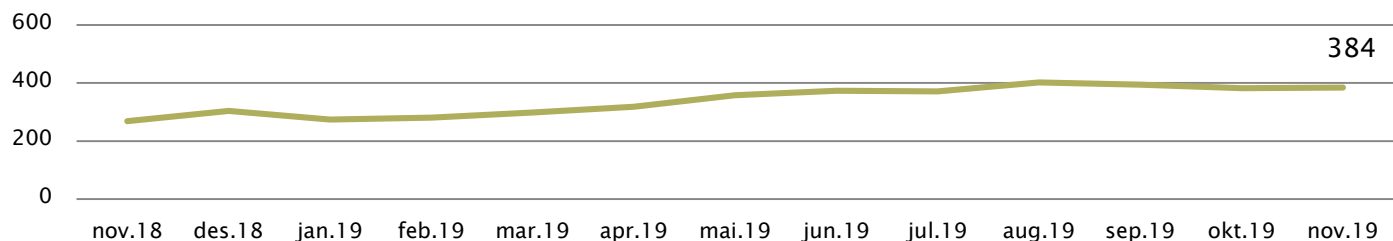
5. Antall som venter på STHF.



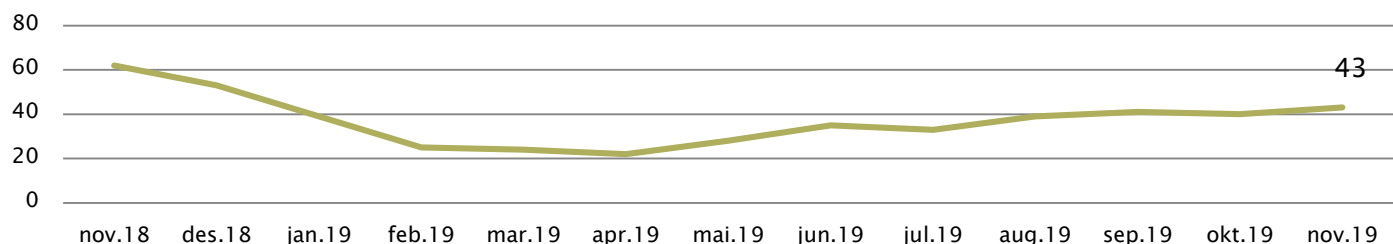
6. Antall ventende som har ventet mer enn 3 måneder STHF.



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



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



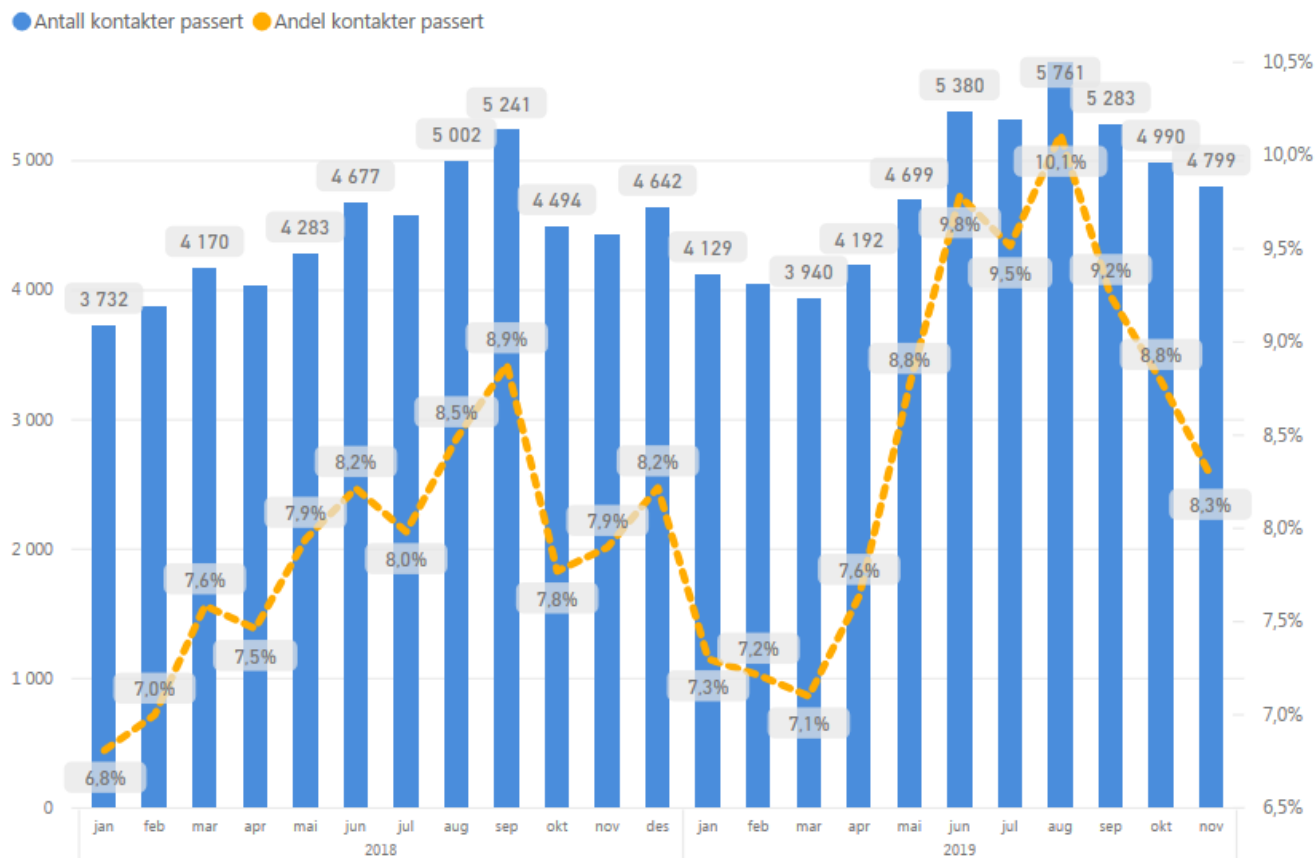
Paul Husmo, husp@sthf.no tlf:35 08 03 02

Utvikling «Passert planlagt tid»

Valgte seleksjoner

- Sykehuset Telemark
- Alle avdelinger valgt
- Alle fagområder valgt
- Alle kontaktyper valgt

Tabellen viser utvikling i antall og andel pasientkontakter der avtalt tid for kontakt er passert. Statistikk om passert planlagt tid er basert på øyeblikkstill og tabellen viser antallet og andel passerte kontakter ved de ulike rapporteringstidspunktene.



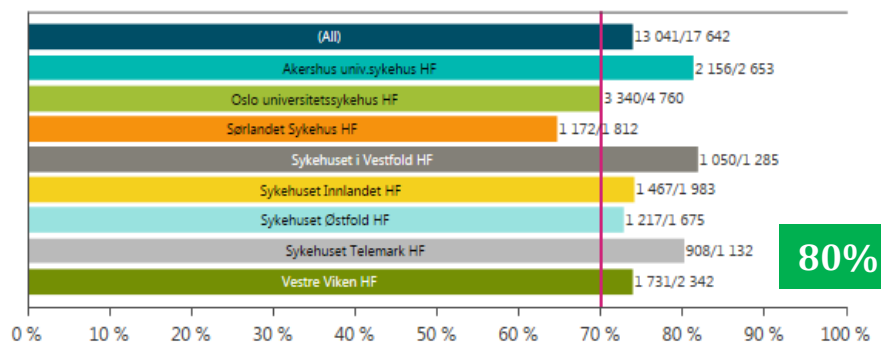
Sammenligning pr november

Helseforetaksnavn	Antall planlagte kontakter	Kontakter ikke passert planlagt tid	Kontakter med passert planlagt tid	Andel passert planlagt tid
Akershus Universitetssykehus	151 144	133 407	17 737	11,7 %
Oslo Universitetssykehus	253 005	237 377	15 628	6,2 %
Sykehuset Innlandet	106 588	99 287	7 301	6,8 %
Sykehuset i Vestfold	93 849	86 829	7 020	7,5 %
Sørlandet Sykehus	115 790	103 373	12 417	10,7 %
Sykehuset Telemark	56 773	51 783	4 990	8,8 %
Sykehuset Østfold	111 198	96 102	15 096	13,6 %
Vestre Viken	158 494	146 024	12 470	7,9 %
Sunnaas Sykehus	4 410	3 971	439	10,0 %
Diakonhjemmet Sykehus	36 468	29 965	6 503	17,8 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	37 486	34 705	2 781	7,4 %
Betanien Hospital	9 629	8 479	1 150	11,9 %
Martina Hansen Hospital	14 863	14 270	593	4,0 %
Revmatismesykehuset Lillehammer	5 109	4 089	1 020	20,0 %
Totalt	1 154 806	1 049 661	105 145	9,1 %

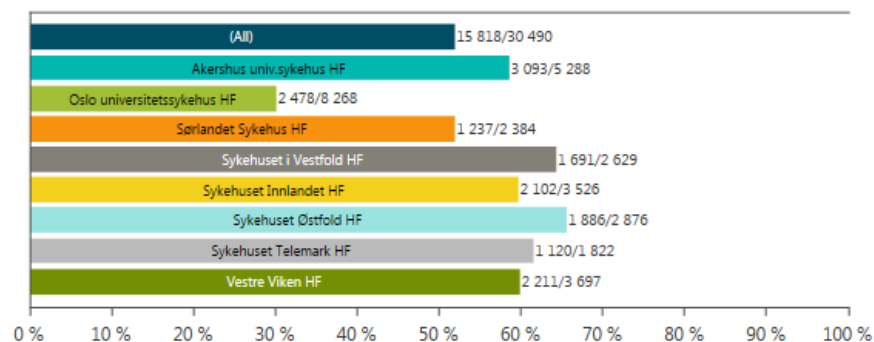
Pakkeforløp Kreft

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

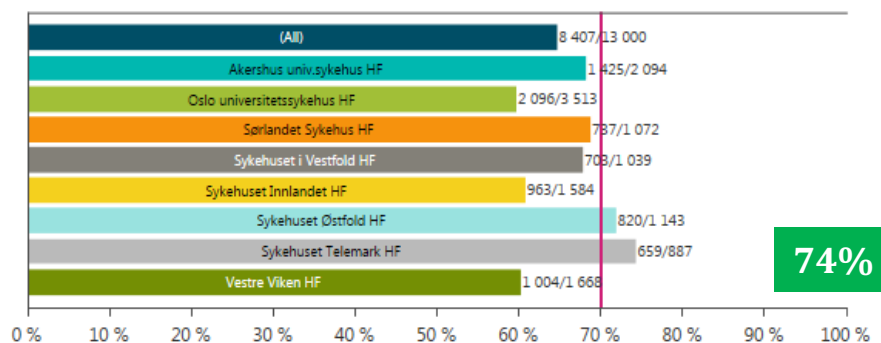
Andel nye pasienter i pakkeforløp (OA1)



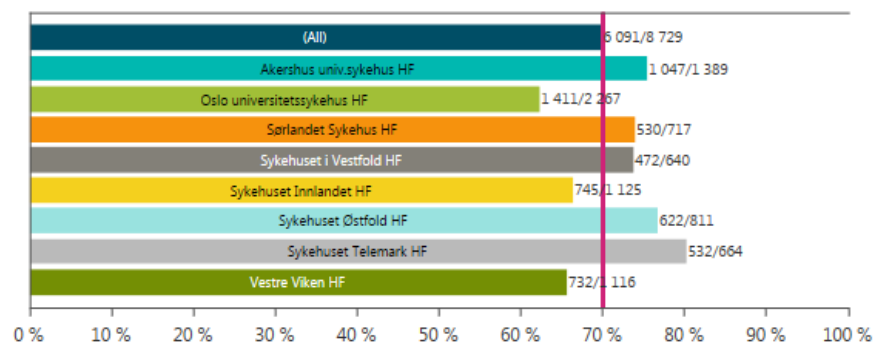
Andel pasienter med diagnose avkreftet (OA2)



Andel behandlet innen standard forløpstid - alle behandlingsformer



Andel behandlet innen standard forløpstid - kirurgisk behandling (OF4K)



Kilde: NPR

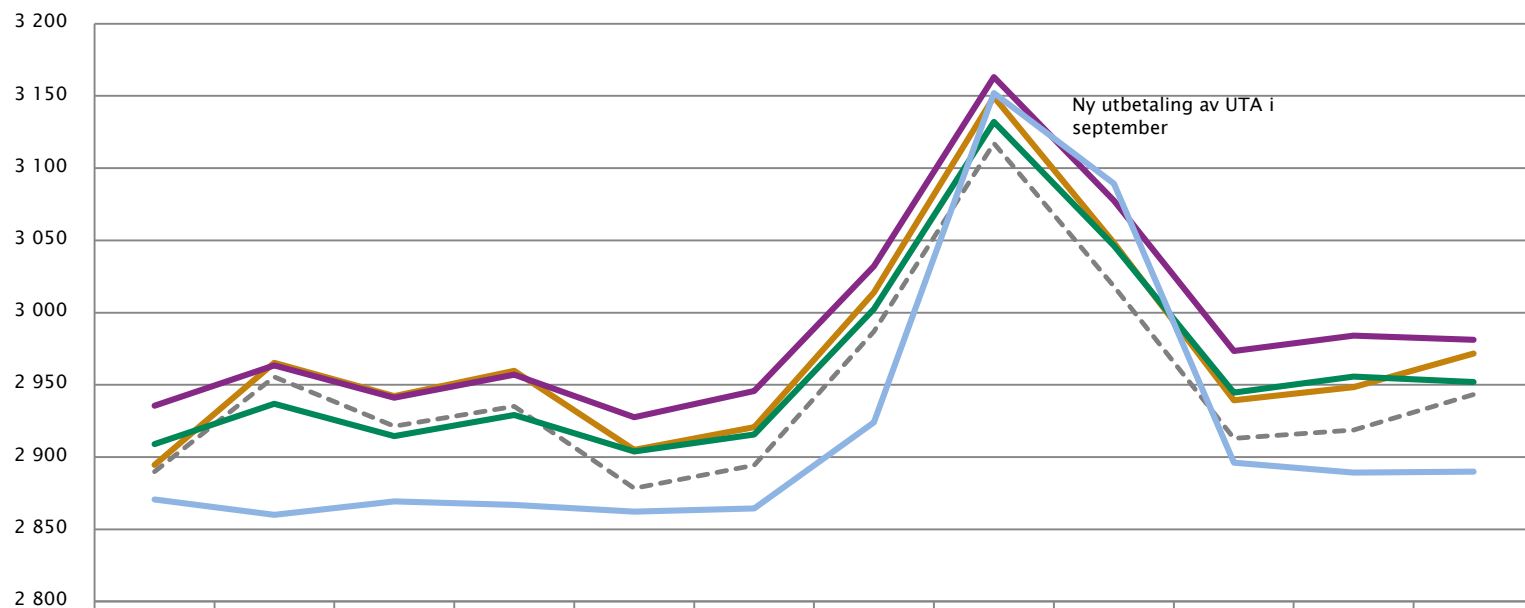
Periode: des-18 til nov-19

Oppdaterte tall finnes på :

<https://statistikk.helsedirektoratet.no>

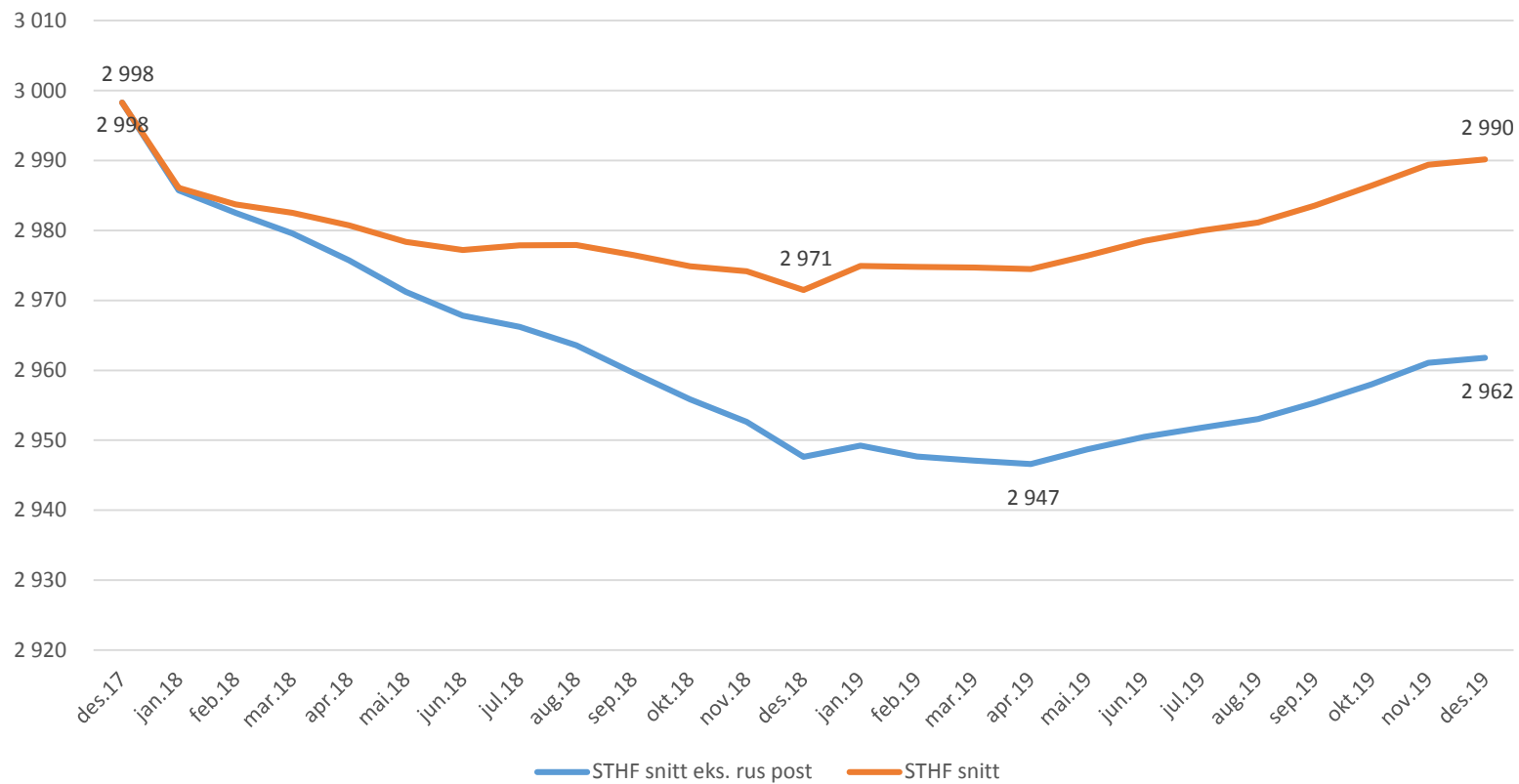
Bemanning

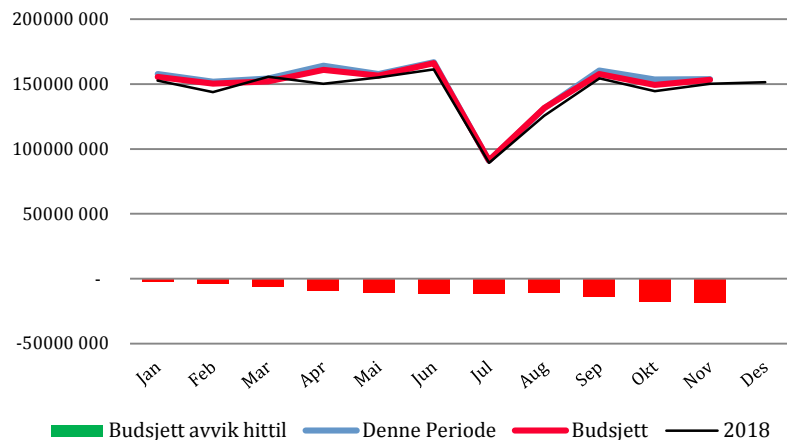
Antall årsverk



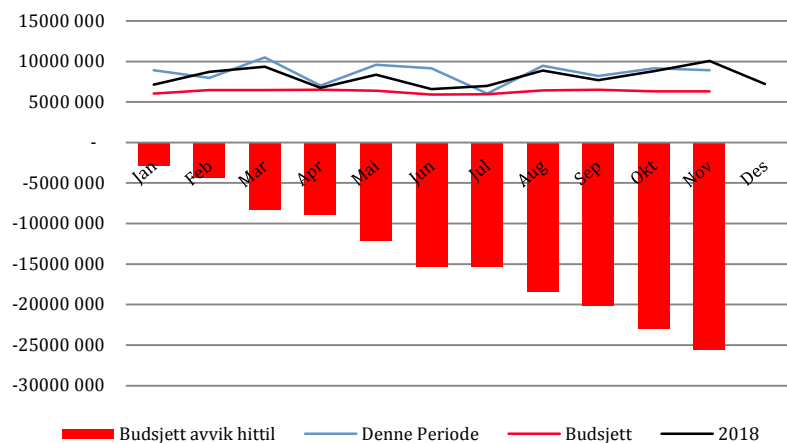
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Faktisk 2018	2 895	2 965	2 942	2 960	2 905	2 921	3 014	3 149	3 048	2 939	2 948	2 972
Faktisk 2019	2 936	2 963	2 941	2 957	2 928	2 946	3 032	3 163	3 077	2 973	2 984	2 981
Faktisk 2018 eks avrusning	2 890	2 955	2 921	2 935	2 878	2 894	2 987	3 117	3 018	2 913	2 919	2 943
Faktisk 2019 eks avrusning	2 909	2 937	2 914	2 929	2 904	2 916	3 002	3 132	3 046	2 945	2 956	2 952
STHF budsjett 2019	2 871	2 860	2 869	2 867	2 862	2 865	2 924	3 152	3 089	2 896	2 889	2 890

Brutto månedsverk 12 mnd snitt

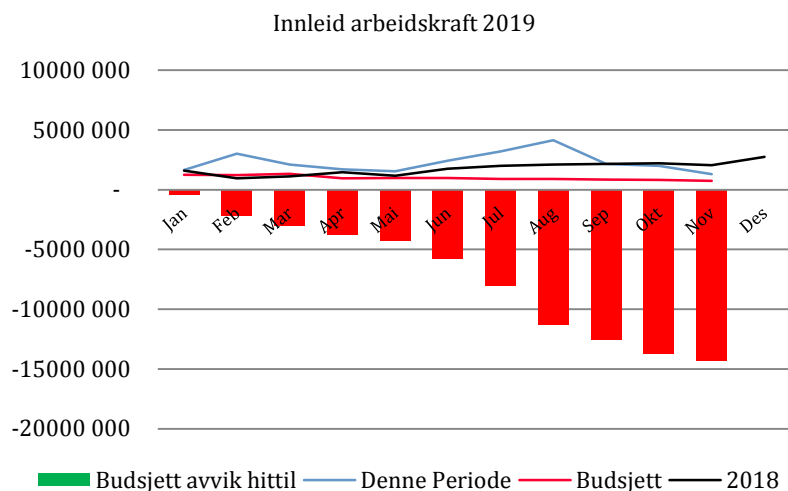


Fastlønn 2019


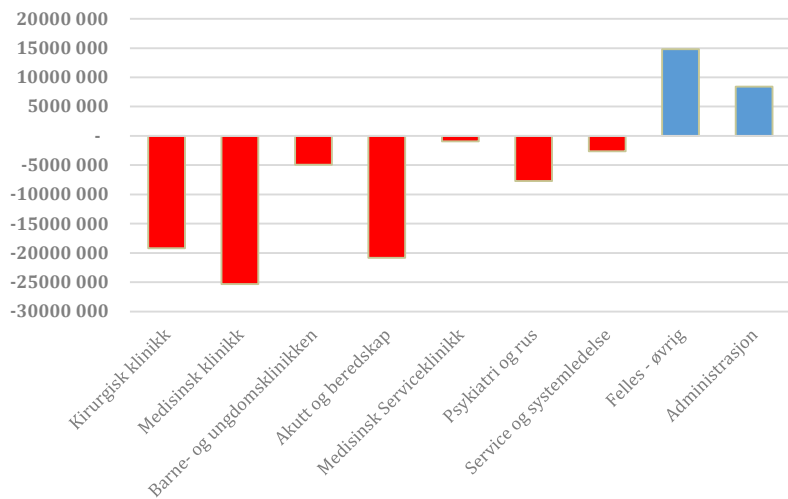
201911	Fastlønn hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
STHF totalt	1 643 337 061	1 624 949 508	-18 387 553	-1 %
Kirurgisk klinikk	276 845 774	263 275 789	-13 569 985	-5 %
Medisinsk klinikk	316 215 933	300 685 130	-15 530 804	-5 %
Barne- og ungdomsklinikken	121 389 589	123 037 237	1 647 648	1 %
Akutt og beredskap	232 403 719	221 545 096	-10 858 623	-5 %
Medisinsk Serviceklinikk	153 842 800	163 383 863	9 541 063	6 %
Psykiatri og rus	302 302 696	306 772 409	4 469 713	1 %
Service og systemledelse	129 005 619	128 400 856	-604 762	0 %
Felles - øvrig	42 565 533	40 020 736	-2 544 797	-6 %
Administrasjon	68 765 399	77 828 393	9 062 994	12 %

Variabel lønn 2019


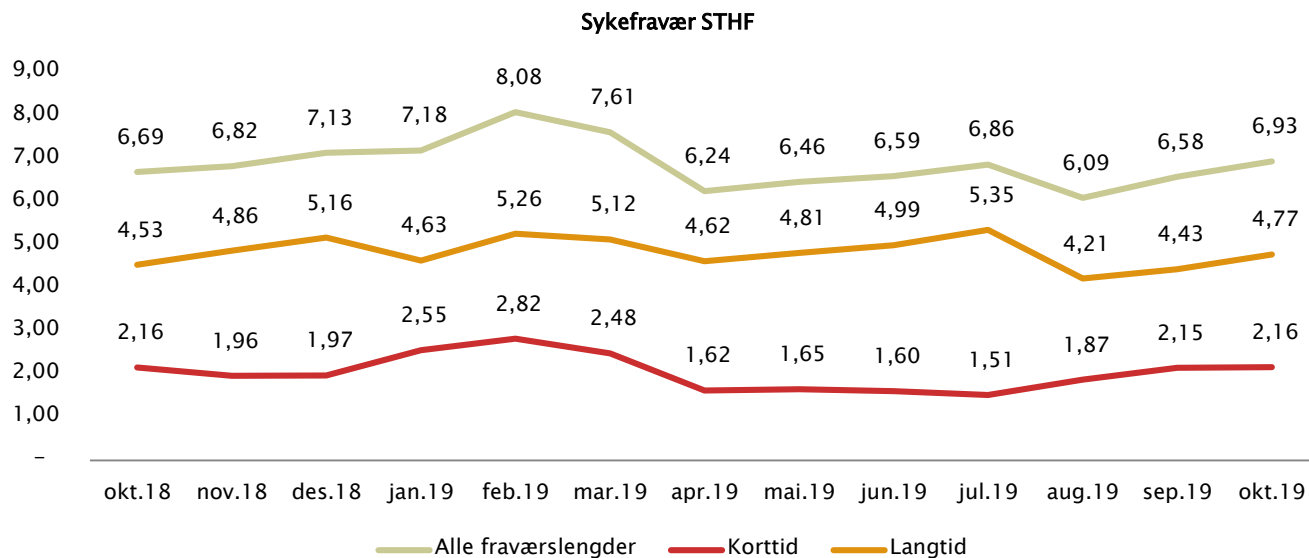
201911	Variabellønn hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	94 933 645	69 354 664	-25 578 981	-37 %
Kirurgisk klinikk	20 110 264	16 305 616	-3 804 648	-23 %
Medisinsk klinikk	22 835 825	13 263 613	-9 572 212	-72 %
Barne- og ungdomsklinikken	5 358 966	699 642	-4 659 325	-666 %
Akutt og beredskap	13 672 079	7 173 857	-6 498 221	-91 %
Medisinsk Serviceklinikk	10 726 837	4 221 704	-6 505 134	-154 %
Psykiatri og rus	12 061 196	2 803 280	-9 257 917	-330 %
Service og systemledelse	4 754 620	2 741 894	-2 012 726	-73 %
Felles - øvrig	1 033 831	18 394 795	17 360 964	94 %
Administrasjon	4 380 026	3 750 263	-629 763	-17 %



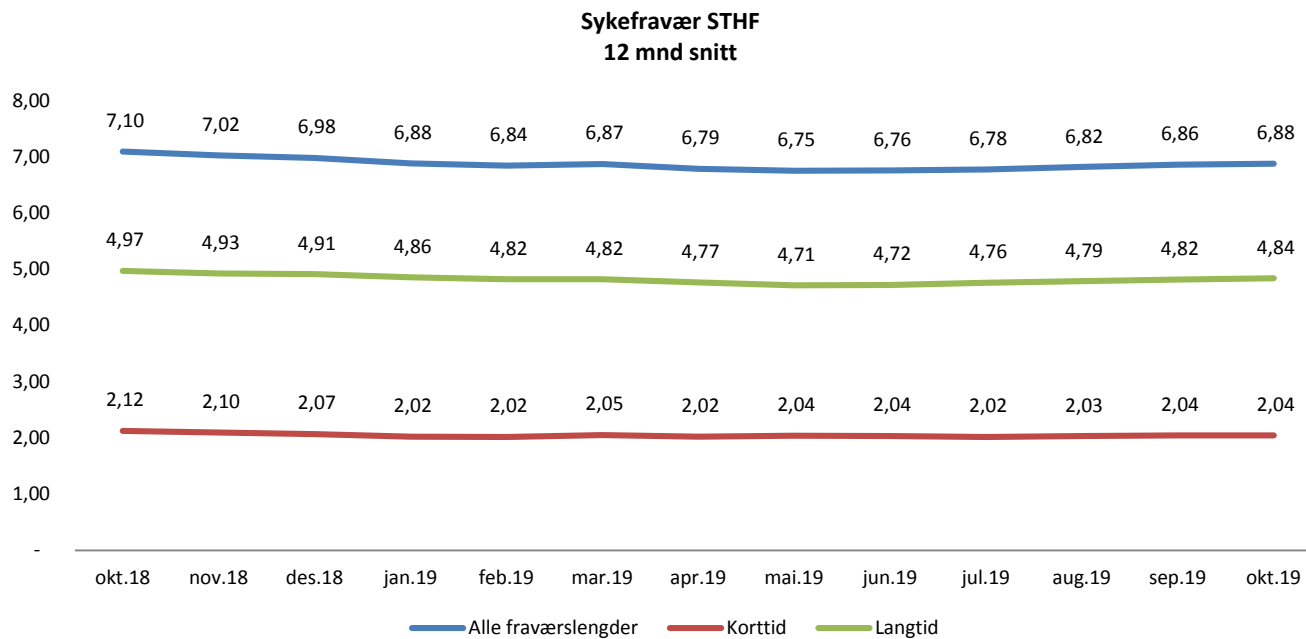
201911	Innleid arbeidskraft hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	25 272 472	10 954 549	-14 317 923	-131 %
Kirurgisk klinikk	3 611 690	1 812 216	-1 799 475	-99 %
Medisinsk klinikk	203 340	-	-203 340	0 %
Barne- og ungdomsklinikken	3 737 345	1 815 000	-1 922 345	-106 %
Akutt og beredskap	3 482 639	-	-3 482 639	0 %
Medisinsk Serviceklinikk	6 596 727	2 627 333	-3 969 394	-151 %
Psykiatri og rus	7 640 731	4 700 000	-2 940 731	-63 %
Service og systemledelse	-	-	-	0 %
Felles - øvrig	-	-	-	0 %
Administrasjon	-	-	-	-

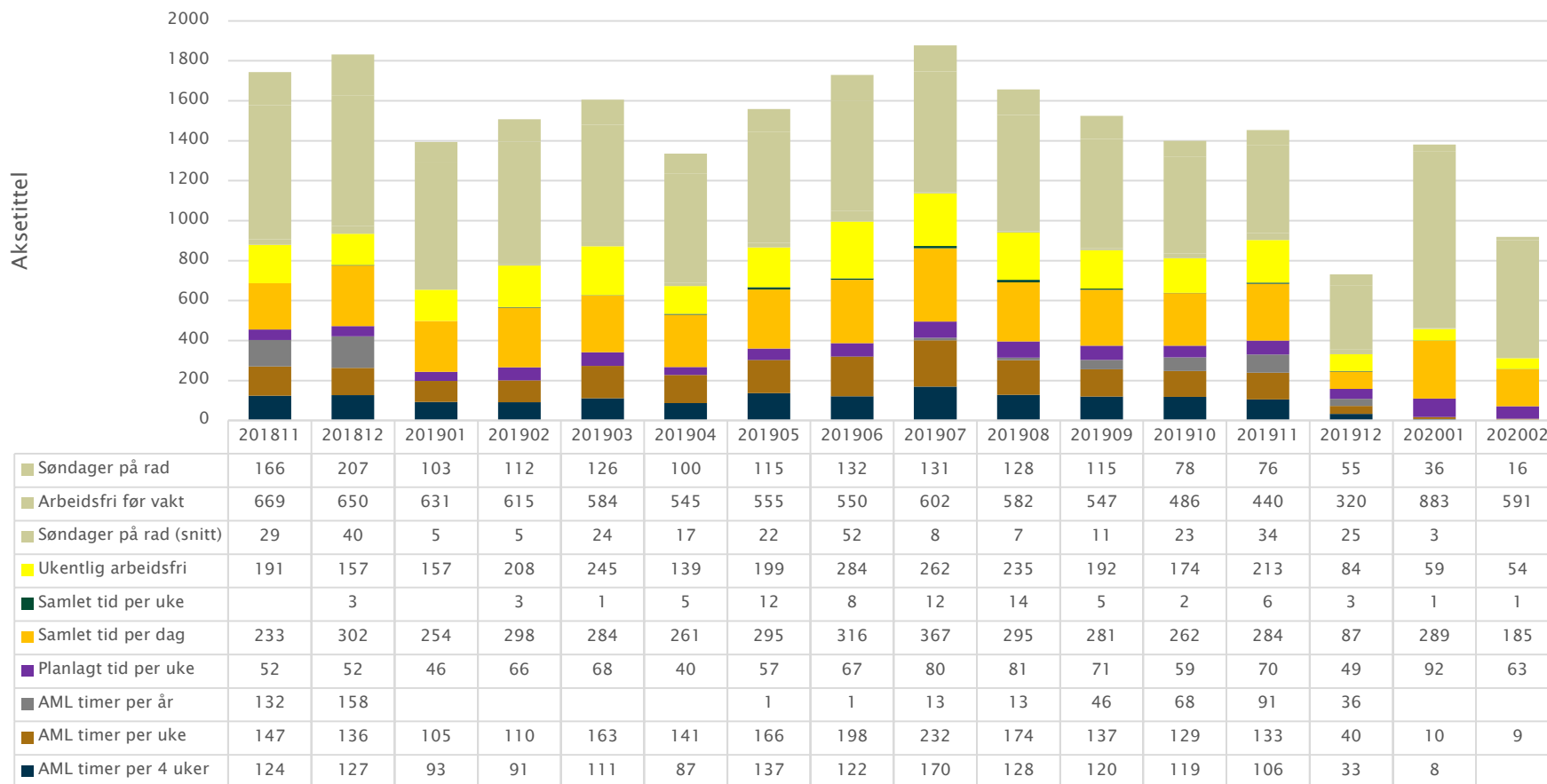


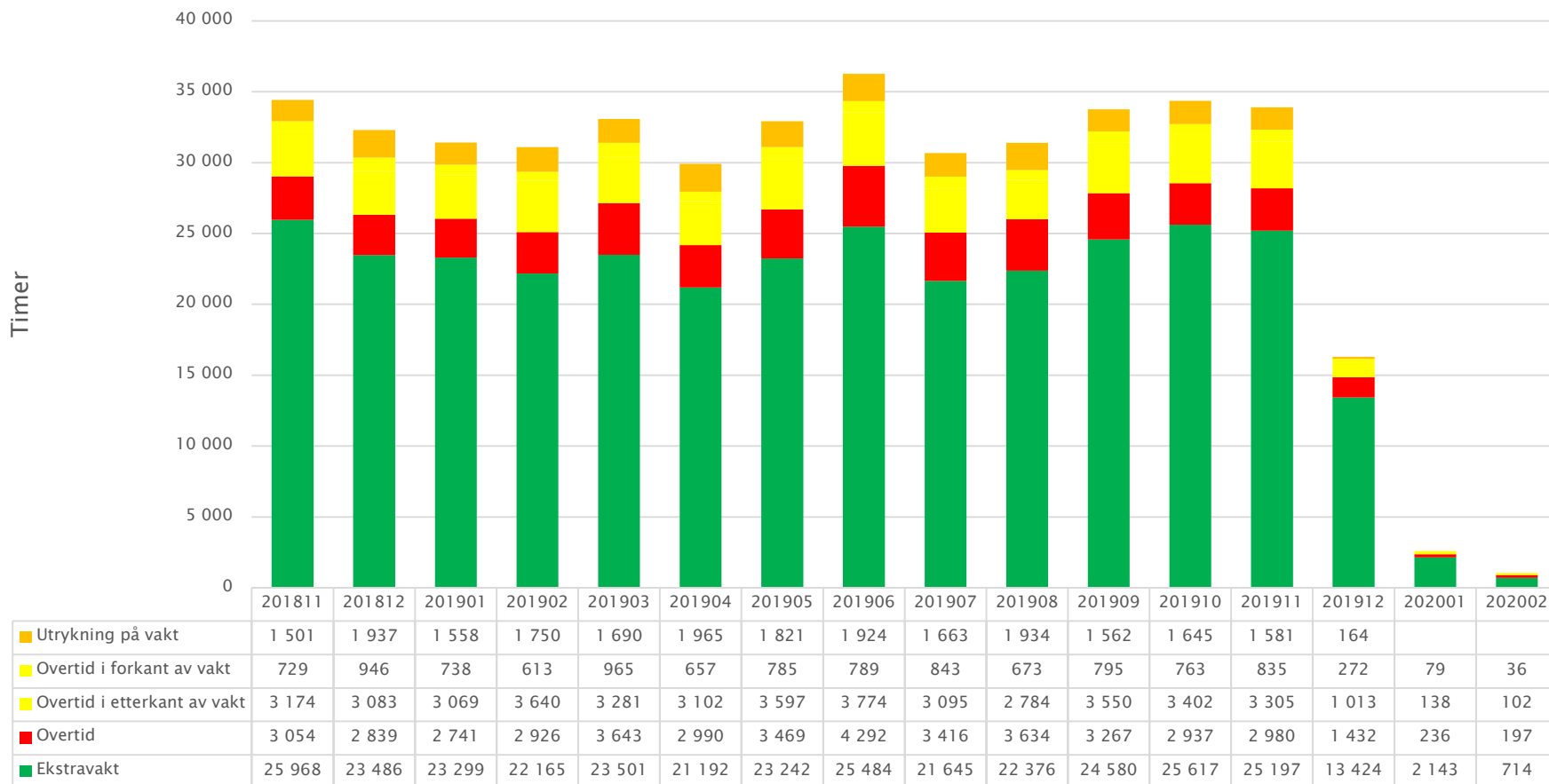
201911	Sum fastlønn, variabel lønn og innleid arbeidskraft hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	1 763 543 179	1 705 258 721	-58 284 458	-3 %
Kirurgisk klinikk	300 567 728	281 393 621	-19 174 107	-7 %
Medisinsk klinikk	339 255 098	313 948 742	-25 306 356	-8 %
Barne- og ungdomsklinikken	130 485 900	125 551 878	-4 934 022	-4 %
Akutt og beredskap	249 558 436	228 718 953	-20 839 483	-9 %
Medisinsk Serviceklinikk	171 166 364	170 232 900	-933 464	-1 %
Psykiatri og rus	322 004 623	314 275 689	-7 728 934	-2 %
Service og systemledelse	133 760 239	131 142 751	-2 617 488	-2 %
Felles - øvrig	43 599 364	58 415 531	14 816 167	25 %
Administrasjon	73 145 425	81 578 656	8 433 231	10 %



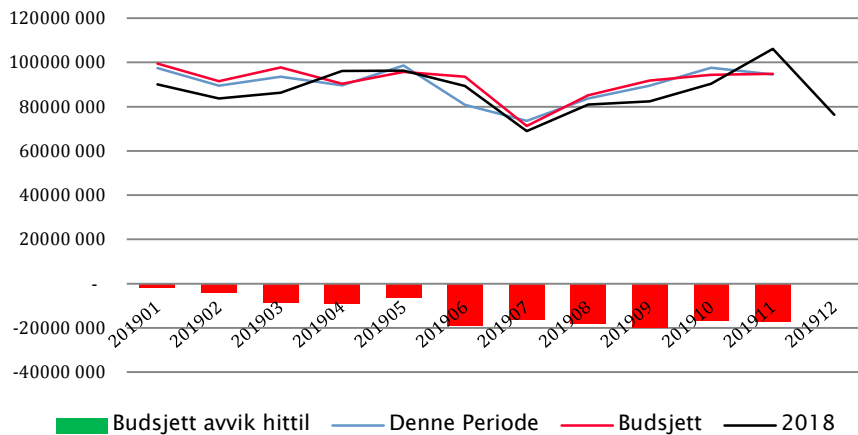
sent	jan.18	feb.18	mar.18	apr.18	mai.18	jun.18	jul.18	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19
	8,27	8,56	7,24	7,20	6,85	6,54	6,58	5,59	6,06	6,69	6,82	7,13	7,18	8,08	7,61	6,24	6,46	6,59	6,86	6,09	6,58	6,93
	9,49	7,69	7,02	7,66	6,76	5,67	6,15	6,36	6,00	7,03	7,04	8,14	8,24	7,59	7,94	6,29	6,65	6,70	6,24	5,51	5,54	
	6,91	7,53	6,35	6,47	6,00	5,15	5,07	3,69	4,61	6,04	6,54	6,80	7,50	6,88	6,26	6,02	7,22	5,24	5,40	5,47	6,19	
msklinikken	8,71	10,73	6,79	6,52	6,47	6,22	6,76	6,62	4,91	5,34	5,75	5,12	4,73	7,73	7,05	4,35	6,68	7,09	8,82	6,93	8,66	
p	7,18	8,40	7,38	7,63	7,93	7,36	7,41	4,92	6,06	7,03	6,14	7,19	6,62	7,28	7,03	5,03	4,79	5,42	7,26	5,51	6,25	
eklinikk	7,72	7,76	5,81	6,07	5,16	5,56	5,32	3,70	5,13	5,93	7,23	6,77	6,59	8,09	8,39	7,05	6,67	6,68	5,73	4,86	5,14	
k helsevern og rusbehandling	9,32	9,48	8,12	8,05	7,78	7,76	7,47	7,08	6,91	6,95	7,33	8,08	8,56	10,01	9,03	7,53	7,22	7,48	7,99	7,14	7,37	
ledelse	10,49	11,09	10,22	8,32	8,63	8,98	8,17	7,52	9,33	8,94	8,92	8,47	7,62	11,15	9,69	7,82	7,05	9,05	7,88	8,36	8,91	
	4,70	5,15	4,28	4,77	3,67	4,38	5,69	4,48	4,95	4,37	3,20	1,75	2,85	2,71	2,31	3,01	2,84	4,80	5,67	3,44	3,83	







Aktivitet

ISF 2019


Graf og tabell viser summen av følgende linjer.

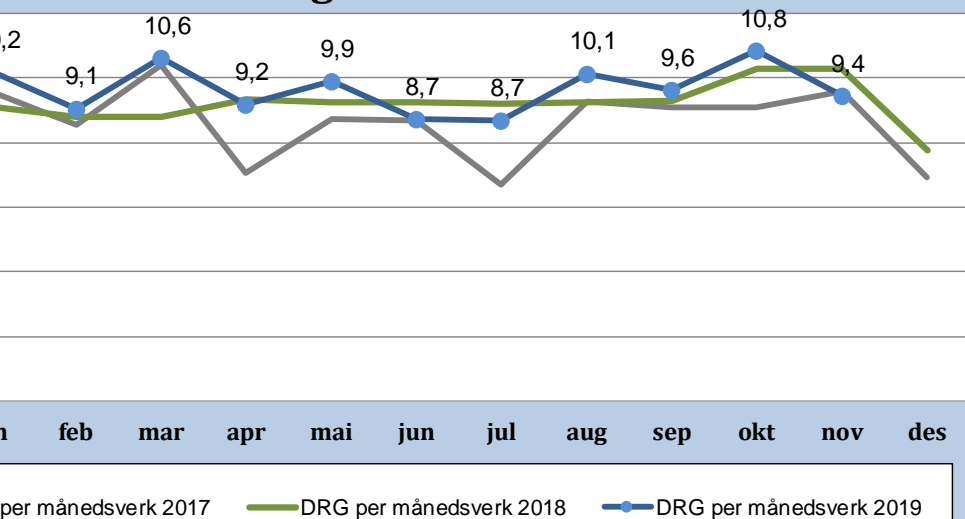
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	-7 335
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	-4 800
ISF-refusjon kommunal medfinansiering	-
ISF refusjon poliklinisk PHV/TSB	520
IFS - refusjon pasientadministrative kreftlegemidle	-5 632
	-17 247

	201911			201911		
	Denne Periode			Hittil		
	Faktisk	Budsjett	Avik Budsjett	Faktisk	Budsjett	Avik Budsjett
Alle Ansvarssteder	94 642 832	94 862 315	-219 483	988 741 184	1 005 988 564	-17 247 381
Kirurgisk klinikk	39 230 772	39 902 368	-671 596	398 606 234	412 565 897	-13 959 663
Medisinsk klinikk	36 876 442	38 827 512	-1 951 069	408 025 927	408 554 918	-528 991
Barn- og ungdomsklinikken	7 478 020	8 319 108	-841 088	85 778 617	85 161 708	616 909
Akutt og beredskap	169 685	174 151	-4 465	2 033 990	1 643 267	390 723
Medisinsk Serviceklinikk	1 042 671	1 132 678	-90 007	10 073 942	10 354 700	-280 757
Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling	2 023 578	2 323 759	-300 182	22 068 129	22 714 624	-646 495
Felles - øvrig	7 799 337	4 182 740	3 616 597	61 928 841	64 993 450	-3 064 609

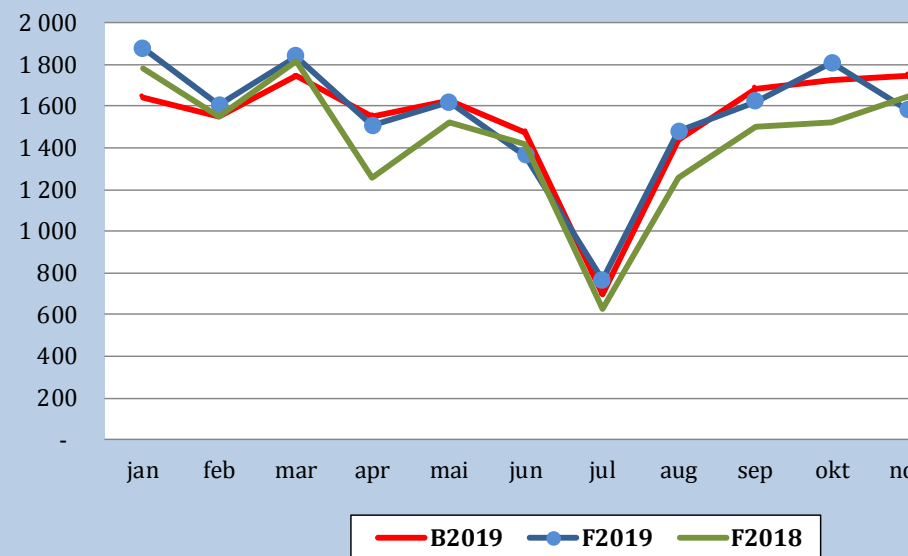
DRG-poeng PHV og TSB utført ved STHF

	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2018	Budsjett 2019
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%		
PHV og TSB + Raskere tilbake	538	651	(114)	-17 %	6 056	6 367	(310)	-5 %	6 858	6 924
PHV og TSB + Raskere tilbake + Raskere tilbake	184	173	11	6 %	1 774	1 687	87	5 %	1 870	1 835
PHV og TSB + Raskere tilbake + Raskere tilbake + Raskere tilbake	15	22	(7)	-31 %	203	215	(12)	-5 %	249	234
PHV og TSB (underlagt Medisinsk klinikk)	6	7	(1)	-12 %	42	77	(35)	-46 %	76	84
PHV og TSB + Raskere tilbake	743	853	(110)	-13 %	8 075	8 346	(271)	-3 %	9 053	9 077
PHV og unges psykiske helse - ABUP	839	897	(57)	-6 %	8 999	8 539	460	5,4 %	8 984	9 150
PHV og unges psykiske helse - ABUP + Raskere tilbake	839	897	(57)	-6 %	8 999	8 539	460	5 %	8 984	9 150
PHV og unges psykiske helse - ABUP + Raskere tilbake	1 582	1 749	(167)	-10 %	17 074	16 884	189	1 %	18 038	18 227

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

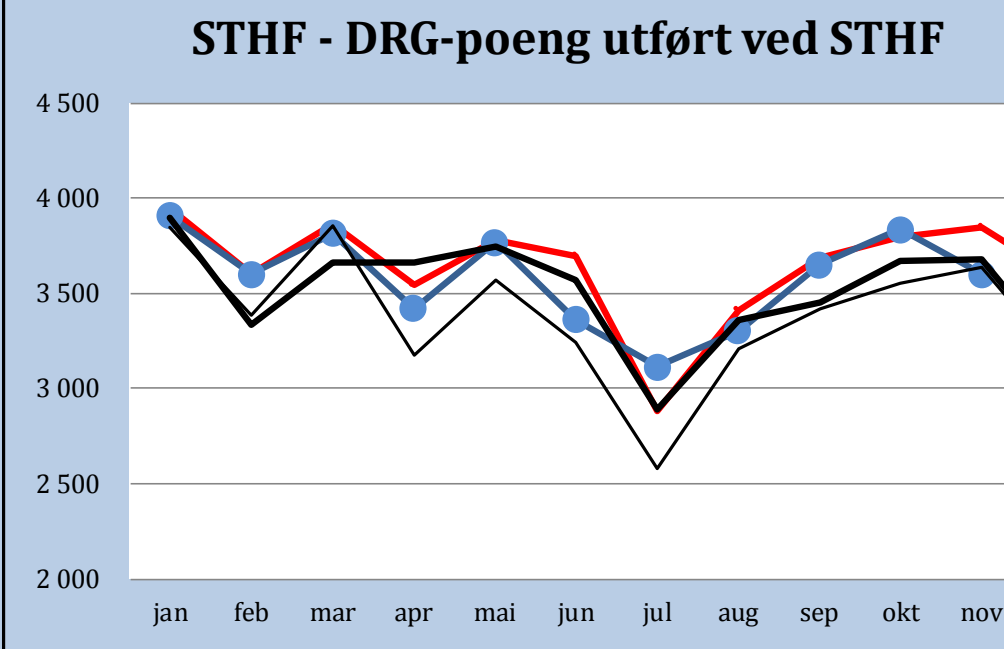
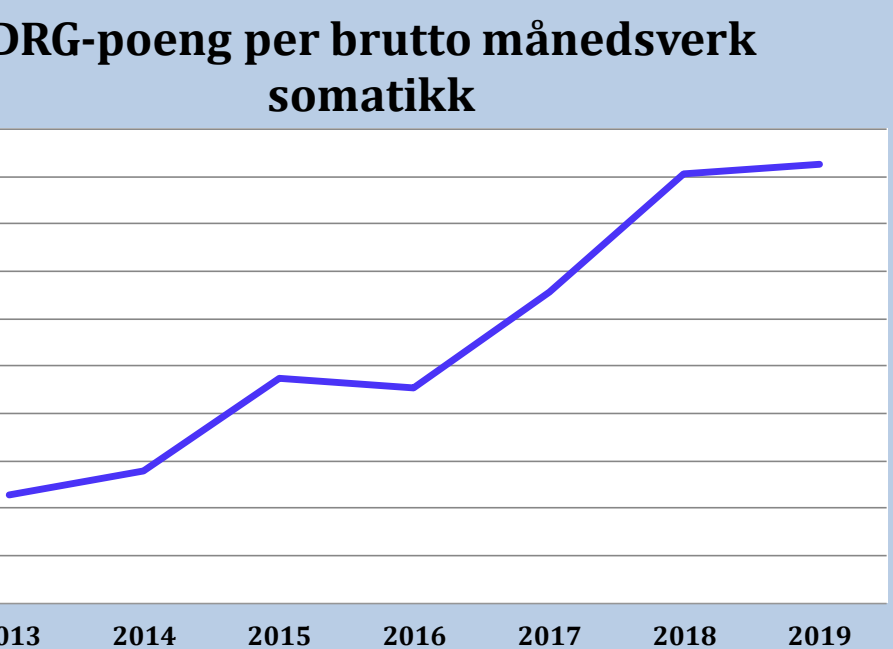


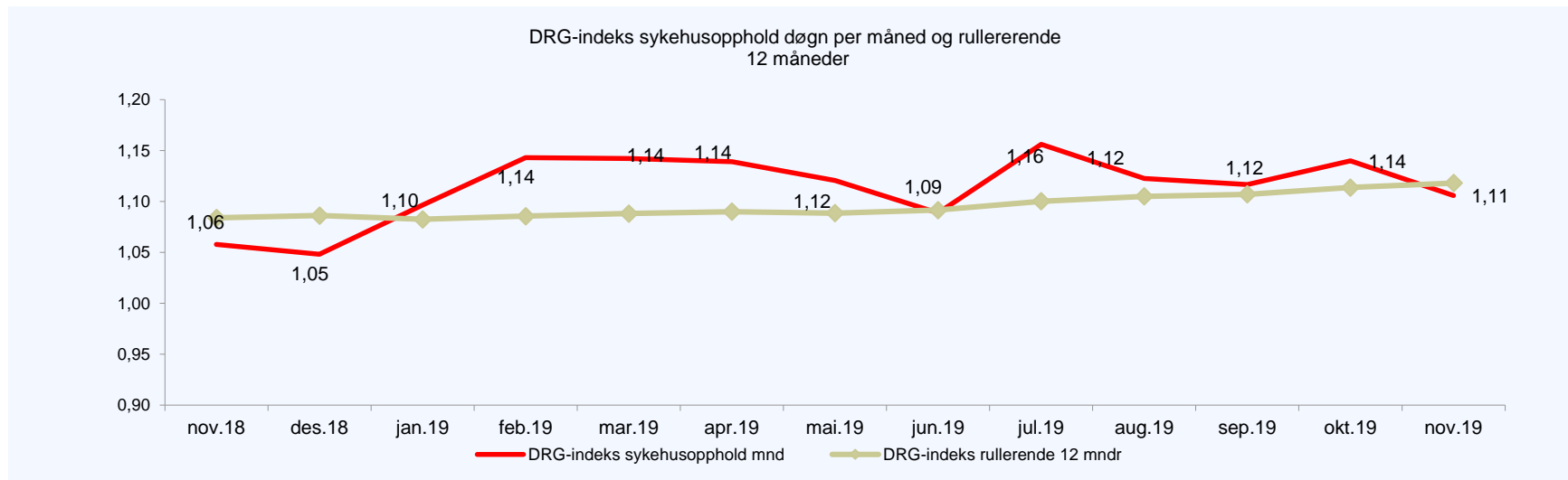
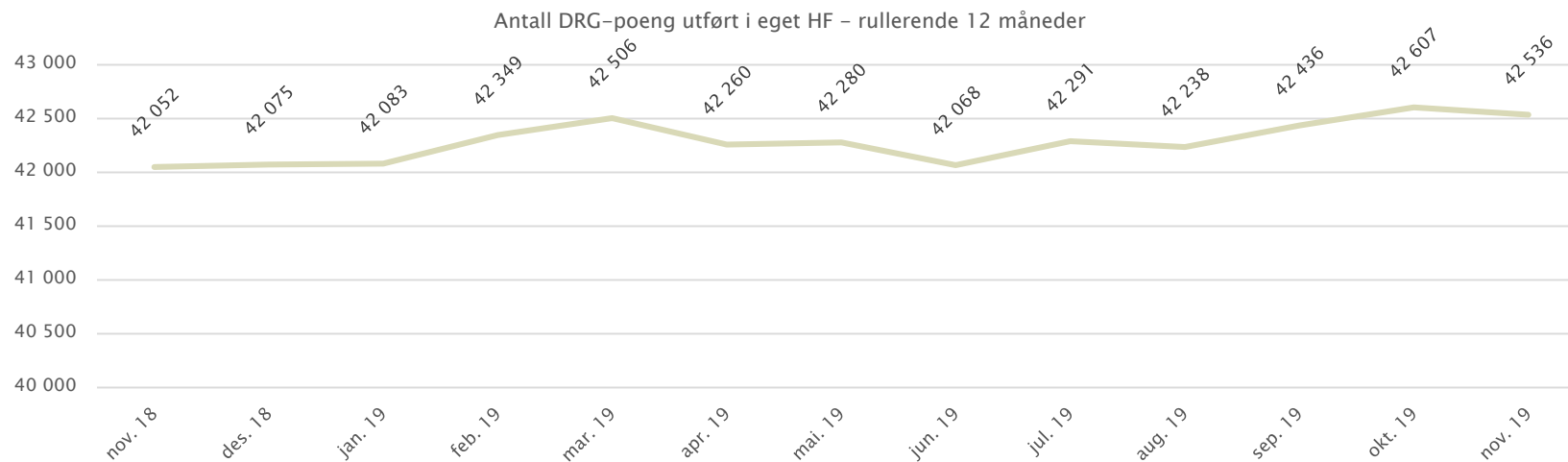
DRG-poeng PHV og TSB ved STHF



DRG-poeng, utført ved STHF

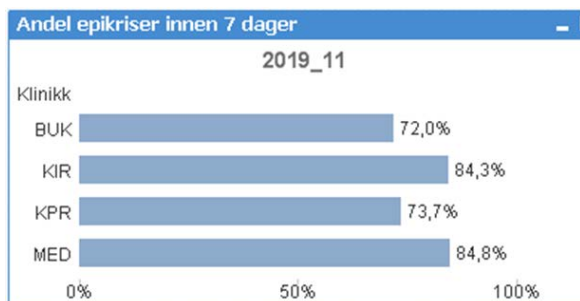
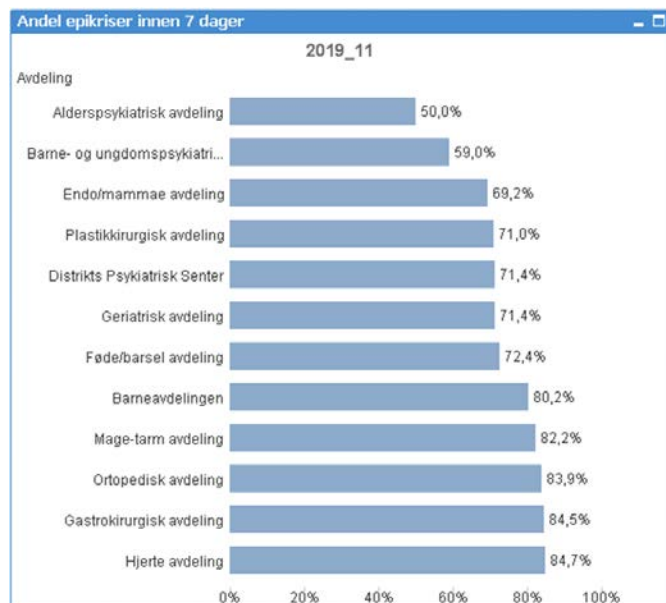
	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2018	Budsjett 2019
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%		
Medisinsk	1 725	1787	-62	-3 %	17 821	18 478	-657	-4 %	17 734	16 963
Kirurgi, Notodden	856	841	15	2 %	8 804	8 863	-59	-1 %	8 528	8 585
Medisinsk	661	700	-39	-6 %	6 889	7 239	-351	-5 %	6 923	5 762
Kirurgi, Notodden	209	246	-38	-15 %	2 128	2 376	-248	-10 %	2 283	2 615
Spesialmedisinsk	1 564	1738	-174	-10 %	18 274	18 289	-15	0 %	18 080	19 924
A (lunge, Kragerø, ger., mage/tarm)	427	494	-67	-14 %	5 118	5 158	-40	-1 %	5 156	5 625
B (hjerte, nyre, hormon)	244	261	-17	-7 %	2 757	2 826	-70	-2 %	2 817	3 075
C (hjerte, nyre, hormon)	347	394	-47	-12 %	4 172	4 139	32	1 %	3 992	4 506
D (hjerte, nyre, hormon)	264	279	-15	-5 %	2 822	2 841	-18	-1 %	2 823	3 099
E (hjerte, nyre, hormon)	283	310	-27	-9 %	3 406	3 325	81	2 %	3 292	3 619
Spesialmedisinsk	252	262	-11	-4 %	2 726	2 764	-37	-1 %	2 522	3 010
Spesialmedisinsk	8	8	-1	-8 %	91	74	17	23 %	94	80
Spesialmedisinsk	47	51	-4	-8 %	451	464	-13	-3 %	434	500
Spesialmedisinsk	1	-	1	100 %	10	-	10	100 %	0	0
Spesialmedisinsk	6	-	6	100 %	23	-	23	100 %	-11	0
Spesialmedisinsk	3 602	3 847	-244	-6 %	39 397	40 069	-673	-2 %	38 852	40 477





Kvalitetsindikatorer

Andel epikriser sendt innen 7 dager	Måned											
	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19
Klinikker												
BUK	75 %	69 %	69 %	79 %	67 %	56 %	62 %	73 %	65 %	60 %	66 %	72 %
Kir. K	86 %	82 %	83 %	84 %	83 %	82 %	86 %	89 %	85 %	83 %	87 %	84 %
KPR	84 %	84 %	81 %	79 %	81 %	82 %	84 %	86 %	76 %	80 %	75 %	74 %
Med. K	81 %	84 %	82 %	83 %	81 %	82 %	86 %	86 %	85 %	80 %	80 %	85 %
STHF	83 %	82 %	81 %	83 %	80 %	79 %	84 %	86 %	81 %	80 %	80 %	82 %
Andel epikriser sendt innen 1 dag												
Klinikker												
BUK		45 %	41 %	41 %	37 %	32 %	40 %	44 %	31 %	31 %	39 %	38 %
Kir. K		62 %	62 %	62 %	65 %	62 %	64 %	71 %	64 %	64 %	68 %	65 %
KPR		42 %	41 %	41 %	44 %	42 %	45 %	55 %	41 %	44 %	38 %	36 %
Med. K		56 %	56 %	56 %	56 %	56 %	63 %	61 %	58 %	51 %	52 %	57 %
STHF		55 %	54 %	54 %	55 %	54 %	58 %	62 %	55 %	53 %	54 %	55 %



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

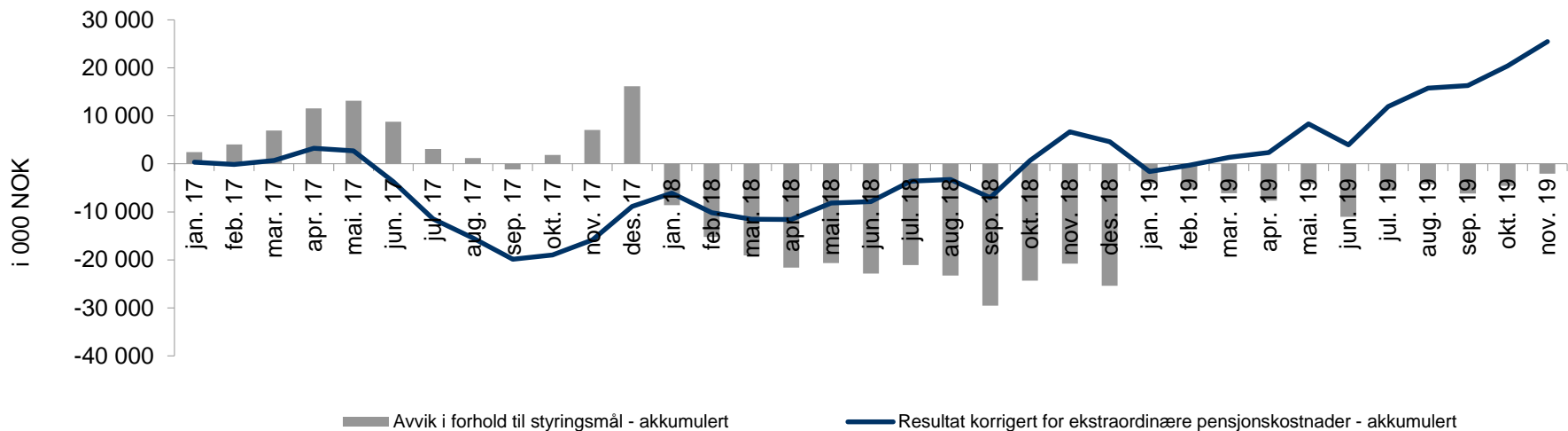
Direkte time	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19
ABK	100 %	100 %	100 %	96 %	0 %	100 %	100 %	100 %	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %
BUK	93 %	91 %	89 %	89 %	95 %	92 %	83 %	86 %	89 %	94 %	90 %	91 %	95 %
KIR	77 %	72 %	77 %	80 %	81 %	84 %	88 %	92 %	88 %	87 %	88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

Tid (døgn) fra mottak av henvisning til henvisning er fullført.															
	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19		
	17,93	2,46	12,06	2,16	4,68	2,47	1,96	1,69	10,79	1,31	3,46	2,14	2,20		
	4,76	4,82	3,63	5,65	5,25	5,71	5,33	5,86	5,49	5,76	5,12	4,90	5,11		
	1,50	1,53	1,81	1,36	2,46	1,40	1,58	1,71	1,05	0,95	1,19	1,27	1,27		
	4,80	5,58	4,65	6,20	5,77	7,88	4,89	4,24	5,21	4,08	4,25	4,04	4,04		
	6,98	8,32	6,34	9,05	7,04	10,19	7,04	2,14	2,61	2,25	2,66	2,64	3,20		
	2,20	2,06	2,18	4,60	17,98	2,61	2,00	2,21	11,14	1,54	1,58	1,80	1,80		
	4,31	4,57	2,88	4,88	5,15	5,42	4,82	2,25	2,41	1,78	2,16	2,20	2,20		
Henvisninger vurdert.	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19		
	85	81	94	84	82	64	76	45	33	78	69	75	75		
	355	314	328	328	315	316	334	275	246	220	341	388	388		
	3009	2338	3077	2 653	3 009	2717	3125	2749	2328	2911	3036	3178	3178		
	407	323	340	378	360	356	372	374	258	300	377	429	429		
	2565	1944	2642	2 269	2 548	2264	2467	2302	1836	2168	2482	2744	2744		
	264	167	220	243	241	229	220	281	122	258	263	287	287		
	6 685	5 167	6 701	5 955	6 555	5 946	6 594	6 026	4 823	5 935	6 568	7 101	6 701		
Henvisninger vurdert innen 10 virkedager	6 609	5 094	6 633	5 881	6 481	5 865	6 518	5 969	4 723	5 902	6 522	7 040	6 633		
ert innen 10 virkedager	98,9 %	98,6 %	99,0 %	98,8 %	98,9 %	98,6 %	98,8 %	99,1 %	97,9 %	99,4 %	99,3 %	99,1 %	99,0 %		

8b - Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle		nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19
Totalt antall dokumenter som er mer enn 14 dager gamle (uansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	4 303	4 669	4 037	3 679	3 606	3 786	3 890	3 581	3 185	3 293	3 743	3 390	3 585
	ABK	12	10	15	16	6	4	7	7	15	4	6	4	11
	BUK	826	974	772	854	896	878	914	972	675	614	694	625	650
	KIR	1 028	1 059	1 020	1 073	975	1 054	1 009	919	1 043	1 169	1 224	1 110	1 095
	KPR	743	744	642	739	810	863	873	711	574	613	819	774	836
	MED	1 642	1 797	1 538	965	887	925	1 014	938	844	874	979	846	943
	MSK	52	85	50	32	32	62	73	34	34	19	21	31	50
Herav: antall legedokumenter som er mer enn 14 dager gamle (uansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	1 800	1 881	1 689	1 406	1 320	1 423	1 522	1 294	1 135	1 304	1 598	1 472	1 540
Herav: antall sykepleiedokumenter som er mer enn 14 dager gamle (uansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	1 300	1 367	1 191	1 069	1 039	1 113	1 083	982	1 037	1 039	1 029	899	977
Antall dokumenter som det normalt tar mer enn 14 dager å få ferdigstilt	STHF	268	258	51	44	41	36	38	38	40	39	43	39	40
	BUK	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	KIR	217	209	30	32	33	34	34	35	37	37	41	37	38
	KPR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	MED	51	49	21	12	8	2	4	3	3	2	2	2	2
	MSK	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8c - Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt.		nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	STHF	1 720	1 734	1 765	1 827	1 800	2 021	2 167	2 542	2 105	1 711	1 170	1 062	2 088
	ABK	26	6	17	6	6	10	15	6	7	7	13	9	11
	KPR	46	20	54	41	24	70	75	55	73	78	94	53	48
	MSK	140	111	102	142	162	210	209	103	112	104	129	53	108
	BUK	221	245	122	162	239	250	308	203	156	139	141	178	116
	KIR	233	267	315	341	258	335	385	838	257	157	222	221	477
	MED	1 054	1 085	1 155	1 135	1 111	1 146	1 175	1 337	1 500	1 226	571	548	1 328
	ååMEDKIR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ååPRE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ååAKP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ååKIR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	301
ååNYHO	-	-	-	-	2	-	-	1	-	-	1	-	-	1
ååEØNHNO	-	-	-	-	-	-	-	-	527	-	-	-	-	-
ååMED	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	808

Økonomi

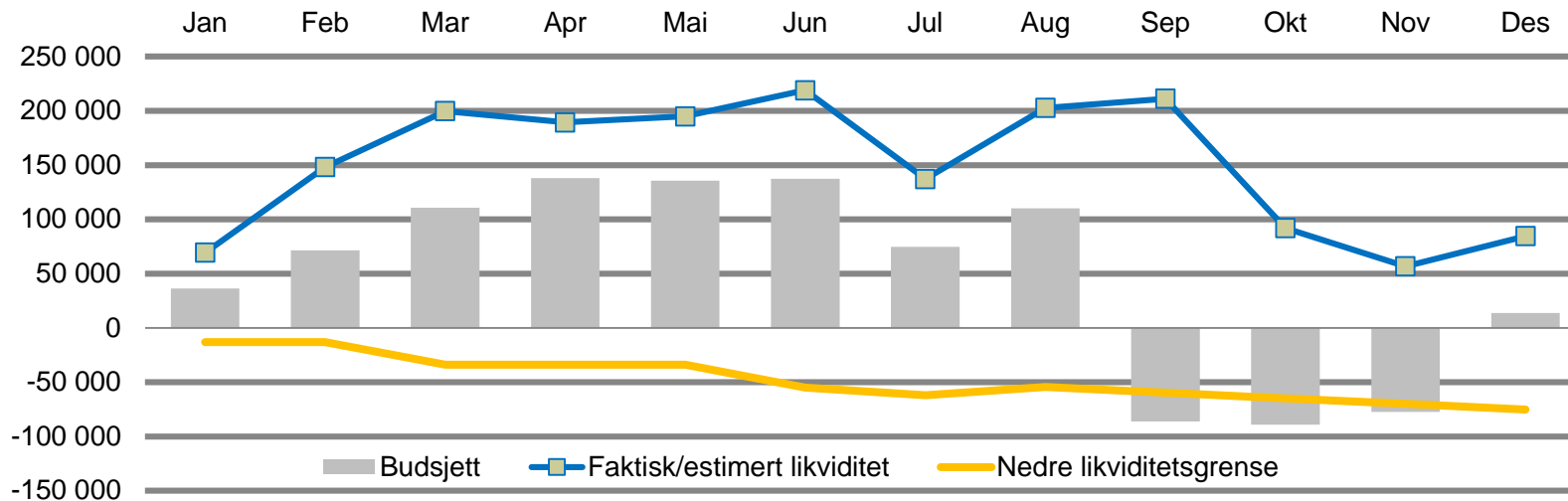
Driftsresultat og budsjettavvik 2017 til 2019 - foretak og klinikker



	Hittil i år	Hittil i år	Denne periode, resultat.											
	Resultat	Budsjettavvik	Nov. 19	Okt. 19	Sep. 19	Aug. 19	Jul. 19	Jun. 19	Mai. 19	Apr. 19	Mar. 19	Feb. 19	Jan. 19	
	(31 693)	(31 693)	(3 010)	(1 808)	(3 998)	(4 894)	944	(5 958)	(1 249)	(3 361)	(2 003)	(2 054)	(3 054)	
	(20 052)	(20 052)	(3 650)	(3 201)	(2 025)	(2 734)	220	(806)	(2 108)	(3 464)	137	327	(2 054)	
linikken	2 504	2 504	(461)	565	(35)	2 362	20	(1 700)	1 774	(69)	13	(447)	(447)	
	(18 876)	(18 876)	(1 608)	(2 245)	(1 265)	(3 156)	(2 274)	(1 217)	(1 282)	(882)	(1 395)	(2 261)	(2 261)	
hikk	15 740	15 740	1 122	802	2 270	1 609	2 327	1 119	3 152	1 844	505	(145)	(145)	
	(1 170)	(1 170)	(755)	469	(1 379)	(103)	1 912	(344)	(414)	(454)	(508)	686	686	
delse	(6 957)	(6 957)	(3 144)	(637)	265	1 111	533	(3 228)	(1 872)	347	(819)	578	578	
	4 189	4 189	(72)	798	(102)	943	793	(918)	979	357	281	1 209	1 209	
	81 771	54 271	16 644	9 350	6 813	8 679	3 506	8 690	6 979	4 586	3 509	3 391	5 000	
	25 457	(2 043)	5 066	4 092	543	3 818	7 981	(4 361)	5 958	(1 097)	(281)	1 284	(1 284)	

Likviditet og investeringer.

Tall i tusen



Investeringer - tall i 1000	Regn. 2019	Est. 2019	Bud. 2019
Bygg & anlegg	3 304	6 000	25 000
MTU	32 154	59 000	95 000
Annet utstyr, biler m.m.	11 674	14 000	15 000
IKT-investeringer - lån til Sykehuspartner	-227	-227	5 000
Tilbakebetalt lån fra Sykehuspartner	-3 175	-3 732	-5 000
SUM	43 730	75 041	135 000

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Budsjett 2020

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
070-2019	Økonomidirektør Geir Olav Ryntveit	Beslutning	18.12.2019

Trykte vedlegg: Protokoll fra drøftingsmøte

Utrykte vedlegg: Styresak RHF 094-2019 Budsjett 2020 – fordeling av midler til drift og investeringer

Ingress:

Saken beskriver budsjettet for 2020 med mål for kvalitetsindikatorer, driftsresultat, bemanning og aktivitet.

Sykehusets budsjett for 2020 legger opp til et årsresultat på +30 millioner kroner og en investeringsramme på 170 millioner kroner, som inkluderer stort overheng fra 2019.

Rammeforutsetningene for 2020 viser en nedgang i basisbevilgningene og budsjettopplegget krever betydelig intern effektivisering og god budsjettdisiplin for å nå målsettingene.

Målsettingene innen kvalitet og pasientsikkerhet er utarbeidet i tråd med nasjonale og regionale føringer, med fokus på tilgjengelighet, korte ventetider og prioriteringsregelen.

Det legges opp til tett oppfølging av arbeidet med realisering av planlagte effektiviseringstiltak. Det igangsettes samtidig 4 sykehusovergripende tiltak. Prosjektarbeidet er godt forankret i ledergruppen og det er lagt vekt på gevinstpotensialet og samordning med øvrig forbedringsarbeid i klinikkene.

Forslag til vedtak:

Styret vedtar budsjettet for 2020 med målsettingene for kvalitet, aktivitet, bemanning, resultat og investeringsrammer som beskrevet i saken. Oppdrags- og bestillerdokumentet legges til grunn for leveransene i 2020.

Skien, den 11. desember 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Innledning og budsjettprofil

Gjennom 2020 vil de sentrale målene følges opp med fokus på reduksjon av unødvendig ventetid, bedre kvalitet, prioriteringsregelen og forbedring av foretakets bæreevne.

Den interne virksomhetsstyringen bygger på «sørge for» ansvaret iht Oppdragsdokumentet og forutsetter at alle målsettingene om kvalitet, aktivitet, tilgjengelighet og økonomi oppnås samtidig.

Driftsbudsjett for 2020 legger opp til et årsresultat på +30 millioner kroner. Resultatmålet forutsetter realisering av driftseffektiviseringer på minst 60 millioner kr. og pr. medio november er det identifisert tiltak med estimert effekt på 33 millioner kr.

I tillegg til de klinikkvise forbedringstiltak som er identifisert i budsjettprosessen, er det startet arbeid med sykehusovergripende prosjekter som skal bidra i betydelig grad til driftseffektiviseringene i 2020 og dessuten legge grunnlag for videre forbedrings- og utviklingsarbeid fra 2021 og utover.

Det legges opp til en reduksjon i antall årsverk, samtidig med at aktiviteten øker i forhold til 2019 nivå.

ISF ordningen i somatikken utvides ved å inkludere nye grupper utførende helsepersonell og telefonkonsultasjoner i beregningsgrunnlaget. Forventet volumvekst som følge av denne utvidelsen antas å utgjøre 0,5%. Det er usikkerhet knyttet til utfallet av TFG-basert ISF, som vil utvides med hoftebehandling i 2020. Effekten av nye DRG-vekter viser en ubetydelig endring på foretaksnivå, simulert på samme volum og pasientmix som i 2019.

Utvidelsen av refusjonsberettigede konsultasjoner i somatikken, telefonkonsultasjoner og nye behandlergrupper, vil utfordre prioriteringsregelen og kreve ytterligere tiltak i psykiatrien for å oppnå forventet vekst.

Budsjettet er utarbeidet i samarbeid med ledere på alle nivå i hver klinikk. Alle ledere med budsjettansvar har deltatt i budsjettprosessen og vært med å finne tiltak og løsninger. Det vurderes at behovet for omstilling er godt kjent og at budsjettprosessen er godt forankret i organisasjonen. Sterk involvering i planleggingen av foreslåtte driftsendringer, er av kritisk betydning for å sikre gjennomføringskraft internt.

Mål og satsingsområder i 2020

Følgende krav gjelder for helseforetakene/sykehusene i 2020:

- Samlet vekst i pasientbehandlingen skal være om lag 1,5 % fra 2019 til 2020, herav om lag 1,4 % vekst i ISF-finansiert pasientbehandling. Vekstkravet differensieres sett opp mot befolkningsveksten i opptaksområdet.
- Veksten i pasientbehandlingen og kostnadsutviklingen innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere hver for seg enn innen somatikk. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge, samt innføring av pakkeforløp innen psykisk helsevern og rusbehandling skal prioriteres.
- Krav til tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet gitt i ØLP videreføres i 2020.

Følgende nasjonale og regionale målsettingene legges til grunn i budsjettarbeidet:

Nasjonale mål og satsingsområder

- Redusere unødvendig og ikke-medisinsk begrunnet venting for pasientene
- Fremme kommunenes evne til omstilling og kvalitetsforbedring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, basert på eldrereformen Leve hele livet
- Prioritere psykisk helse- og rusfeltet, med satsing på tidlig innsats, bedre behandling og forebygging
- Øke tilgjengelighet og kapasitet, samt styrke kvaliteten i helse- og omsorgssektoren
- Folkehelse som fremmer gode liv og helse gjennom livsløpet

For å skape pasientens helsetjeneste, vil det beskrives konkrete krav og mål i oppdragsdokumentet for 2020, samlet i hovedområder:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- IKT
- Samhandling, ressursutnyttelse og samordning

Regionale mål og satsningsområder

Styret i Helse Sør-Øst vedtok i ØLP at helseforetakene skal legge de fem prioriterte satsingsområdene fra *Regional utviklingsplan 2035* til grunn som planforutsetning for perioden 2020-2023:

- Nye arbeidsformer – bedre bruk av teknologi og mer brukerstyring
- Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte tjenester
- Redusere uønsket variasjon
- Mer tid til pasientrettet arbeid
- Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste

Rammebetingelser i 2020

Rammebetingelsene for 2020 viser en nedgang i basisinntektene som skyldes effekt av oppdateringer i inntektsmodellen og etableringstilskuddet til avrusningsenheten som trekkes ut av basisrammen.

Som tidligere år, gis det økt bevilgning til aktivitetsvekst og det foretas samtidig en rekke budsjettneutrale endringer som må sees i sammenheng med nye oppgaver eller endring fra rammefinansiering til aktivitetsbasert finansiering.

Det gis samtidig en kompensasjon på 21,8 millioner kr. i basisrammen som tilsvarer økning i pensjonskostnadene. Endringen foretas for å nøytralisere resultateffekten.

I tillegg er følgende forhold hensyntatt i basisrammen for 2020:

- KPI – prisveksten 2019-2020 er 3,1 prosent (hvor lønnsvekst er 3,6 % og øvrig prisvekst er 1,9 %)
- Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (ABE-reformen) - 0,5 % er trukket av basisrammen samt aktivitetsbaserte inntekter og tilskudd – det er samtidig tilført 12,5 millioner kr. i basisrammen som kan benyttes til investeringer

SYKEHUSET TELEMARKE HF	2020
Basisramme 2019 inkl. KBF	2 381 718
<i>Nye forhold inn mot 2019</i>	
KBF 2019 tilbakelegging av uttrekk basis	15 693
KBF 2019 uttrekk av KBF- bevilgning	-16 741
Inntektsmodell 2020, fra ØLP 2020-2023	-15 479
RNB 2019 - pensjon	21 824
Redusert apotekavanse	-499
Drift egen avrusingsenhet Sykehuset Telemark	-31 899
Basisramme 2020 før statsbudsjettet	2 354 616
<i>Endringer som følge av Prop 1S 2020</i>	
Prisomregning	62 308
Økt aktivitet, alle tjenesteområder	22 125
<i>Avbyråkratiseringsreformen ABE</i>	
# uttrekk basisramme ABE	-12 471
# ABE lagt tilbake	12 599
<i>Kvalitetsbasert finansiering, KBF</i>	
# uttrekk basisramme KBF	-15 900
# bevilget sfa score på kvalitetsparametere	16 971
<i>Legemidler</i>	
Helårseffekt legemidler overført i 2019	466
Legemidler i basis 2019, gjenstående basis	2 504
<i>Endringer i ISF</i>	
Overføring fra basis til ISF- PHV	-5 122
Overføring fra basis til ISF- TSB	-814
Telefonkonsultasjon ISF - som.	-997
Utførende personell ISF - sosionom, vernepleier, ..	-3 422
<i>Andre forhold fra Prop. 1</i>	
Komp. for manglende prisjustering av egenandeler	2 321
Nasjonale inntektsmodell	5 823
Egenandelsopplegget økning tak 1 og tak 2	-4 415
Gebyr ikke-møtt	-832
<i>Nye forhold fra Helse Sør-Øst RHF</i>	
Transport psykisk syke	761
Oppdatering avregning PHV modell 2020 helse og arbeid	-156
Oppdatering avregning TSB modell 2020	1 616
Dyre legemidler-aktivitetsavhengig del private ideelle	2 370
Basisramme 2019 inkl. KBF	2 440 351
Strategiske forskningsmidler, fra post 72	0
Nasjonale kompetansetjenester, øvrige	0
Statlige tilskudd, post 70	4 896
Turnustjeneste	1 034
Medisinsk undersøkelse på barnehusene	0
Omlegging av arbeidsgiveravgift	3 862
Drift av nye metoder	0
Sum faste inntekter	2 445 248

SLA med Sykehuspartner

Budsjettinnspillet fra Sykehuspartner er mottatt og viser redusert tjenestepris med 3 millioner kr. som følge av nye fordelingsnøkler implementert i tjenesteprismodellen. Alle planlagte IKT prosjekter under forløp i 2020 er fanget opp i budsjettet, inkludert STIM (Program for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering) samt oppgraderingen av RIS/PACS.

Kvalitet, hovedmål og styringsparametere

Det årlige Oppdrag- og bestillerdokumentet fra eier gir tydelige føringer for kvalitet og pasientsikkerhet. Endelig dokument for 2020 mottas ikke før i slutten av februar. De foreløpige signalene tyder imidlertid på at fokuset på tilgjengelighet, pakkeforløp og psykisk helse vil videreføres.

Prioriteringsregelen, som innebærer at veksten innenfor psykisk helse og rus skal være større enn i somatikken, vil også gjelde i 2020. Budsjettet tar derfor opp i seg disse områdene. Målsettingene er ytterligere skjerpet på noen av områdene, for eksempel «langventere». Mens for områder hvor resultatkravet ikke er helt oppnådd i 2019, er samme nivå videreført. Dette gjelder blant annet ventider somatikk.

Videre er 2020 sluttåret i den nasjonale satsningen om 30 % reduksjon i bredspektret antibiotikabruk (målt mot 2012), slik at det er naturlig å innlemme det i STHF sine målsettinger.

I tillegg til de regionale føringene har STHF satt tydelige mål innenfor kvalitet og medisinske parametre i Strategi 2020-2022. Neste års målsetting omfatter derfor også de fire vedtatte medisinske strategiske områdene, samt avvik på legemiddelområdet, som er den største gruppen av uønskede hendelser.

Kvalitets- og styringsindikatorne drøftet i ledergruppen vil innarbeides i lederavtalene og suppleres med to egne valgte forbedringsområder.

Målsettingen i 2020 for de medisinske parameterne vises i tabellen under:

Målsetting medisinske parametre 2020	2015	2016	2017	2018	mål 2019	sep.19	mål 2020
Tilgjengelighet							
Fristbrudd ventende, gjennomsnitt per år	28	55	38	34	0	51	0
Fristbrudd pasient påstartet, gjennomsnitt per år	165	50	45	45	0	47	0
Gjennomsnittlig ventetid i dager - SOM påstartet	56	54	58	56	50	58	50
Gjennomsnittlig ventetid i dager - BUP påstartet			44	41	30	34	30
Gjennomsnittlig ventetid i dager - VOP påstartet			49	43	30	38	30
Gjennomsnittlig ventetid i dager - TSB påstartet			37	30	30	29	30
Langventere, antall	406	368	228	96	50	41	0
Antall pasienter passert tentativ tid	4 900	5 000	4 181	4 577	3 000	5 283	< 7 %
Oppdatert info HelseNorge							100 %
Avvisningsrate psykisk helsevern			14,1 %	14,5 %	<2018	14,5 %	< 15 %
Prioriteringsregelen							
Vekst pol. aktivitet somatikk				2,3 %	2,0 %	1,3 %	1,8 %
Vekst pol. aktivitet BUP, overgang til ISF fra 2017				7,3 %	>SOM	7,3 %	2,4 %
Vekst pol. aktivitet VOP, overgang til ISF fra 2017				-0,3 %	>SOM	-1,8 %	2,7 %
Vekst pol. aktivitet TSB, overgang til ISF fra 2017				-3,4 %	>SOM	-8,7 %	2,7 %
Korridorpasienter % (årlig gjennomsnitt)	3,5	0,9	0,8	0,8	0,0	1,7	0 %
Pakkeforløp							
Andel kreftpasienter registrert i pakkeforløp		65	79	81	>70	78	>70
Andel kreftpakkeforløp gjennomført innen definert forløpstid		69	69	77	>70	72	>70
Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i BUP/PHV					>80	75	>80
Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt behandling TSB i døgnhet							>60
Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk BUP/PHV/TSB					>80	68	>80
Akuttkjede prosjektet							jfr. strategidokument
Barn og unges helse							jfr. strategidokument
Forbruk bredspektrede antibiotika - reduksjon sammenlignet med 2012				-14 %	-20 %	-30 %	>30%
Antall registrerte pasientskader relatert til legemiddelfeil							<2018
Tvangsbruk og tvangsinnleggelse - skal reduseres							
Antall tvangsinnlagte			266	304	<2018	226	<2019
Andel tvangsinnlagte			14,9 %	14,7 %	<2018	14,4 %	<2019
Antall pasienter med tvansmiddelvedtak							<2019
Åpne dokumenter		4 550	4 920	4 501	3 000	3 595	3 000

Aktivitet og aktivitetsbaserte inntekter

Aktivitet somatikk

Aktivitetsbudsjettet viser en forventet vekst på 1% i 2020, tilsvarende 439 DRG-poeng. Målsettingen er lite ambisiøs og er på tilnærmet samme nivå som årets budsjettert nivå. Det legges opp til en høyere intern målsetting i forbindelse med gjennomføring av «Operasjon 2020».

Til sammenligning, i ØLP 2020-2023 var det forutsatt en vekst i antall ISF-poeng på 1,6 % fra 2019 til 2020.

DRG/ISF Somatikk	Estimat 2019	Budsjett 2020	vekst E2019-B2020
Kirurgisk klinikk	19 447	19 699	1,3 %
Klinikk for medisin	19 974	20 125	0,8 %
Barne- og ungdomsklinikken - som/hab	2 960	2 996	1,2 %
ABK	100	100	-0,4 %
Medisinsk serviceklinikk	500	500	0,0 %
SSL	10	10	0,0 %
SUM klinikker	42 991	43 430	1,0 %

DRG-budsjettet vil oppjusteres med nye DRG-vekter 2020 og i tråd med utvidelsen av ISF ordningen for telefonkonsultasjoner og nye behandler grupper (sosionom, vernepleier, barnevernpedagog, pedagog, logoped, genetiker, stråleterapeut). Endringene er minimale og gir en teknisk vekst på ca. 300 DRG tilsammen.

Aktiviteten ved somatiske poliklinikker budsjetteres med en økning på 5,3 % i forhold til estimat 2019. I dette tallet er inkludert 3.600 konsultasjoner knyttet til nytt utførende personell og 2500 telefonkonsultasjoner i 2020.

Poliklinikk somatikk	Styringsfart utgangen 2019	Budsjett 2020	vekst E2019-B2020
Kirurgisk klinikk	81 100	85 030	4,8 %
Klinikk for medisin	70 150	73 600	4,9 %
Barne- og ungdomsklinikken - som/hab	9 100	10 700	17,6 %
ABK	1 200	1 200	0,0 %
Medisinsk serviceklinikk	7 000	7 000	0,0 %
SSL	250	250	0,0 %
Ufordelt	600	600	0,0 %
SUM klinikker	169 400	178 380	5,3 %

Aktivitet psykisk helse og TSB

Psykiatrien har hatt rekrutteringsutfordringer særlig for psykiatere, noe som har ført til lavere aktivitet i 2019. Rekruttering av behandlere er kritisk viktig for å kunne oppnå økningen i aktivitet som prioriteringsregelen krever. Det er en målsetting å bedre rekrutteringssituasjonen og det arbeides med en konkret handlingsplan.

Det er lagt opp til en vekst i produktivitet pr. behandler i 2020 og en volumvekst som følge av forventningen om rekruttering i vakante stillinger.

En samlet aktivitetsvekst målt i DRG-poeng på 2,5 % og målt i antall konsultasjoner på 3 % vurderes som realistisk å forvente og vil være i tråd med prioriteringsregelen.

Prioriteringsregelen gir klare føringer for intern styring og pålegger skjerming fra kostnadsreduksjoner innen psykiatri- og rusbehandlingen. Utvidelsen av refusjonsberettigede konsultasjoner i somatikken, telefonkonsultasjoner og nye behandlergrupper, vil kreve ytterligere tiltak i psykiatrien for å oppnå høyere vekst.

Forbedringsarbeidet i psykiatrien vil ha fokus på økt aktivitet, reduksjon i ventetider, samarbeid med kommunene og økt kvalitet i behandlingen gjennom godt gjennomførte pakkeforløp.

DRG-poeng Psykisk helsevern og TSB	Estimat 2019	Budsjett 2020	vekst E2018-B2019
BUP	9 600	10 100	5,2 %
VOP	7 300	7 600	4,1 %
TSB	1 475	1 540	4,4 %
SUM	18 375	19 240	4,7 %

Innen psykisk helsevern for barn og unge planlegges aktivitetsnivå i 2020 basert på tilsetting i alle ledige behandlerstillinger og økning i produktiviteten som tilsvarer 12 flere konsultasjoner pr. terapeut i driftsåret 2020, enn det som er oppnådd i 2019. Det er lagt til grunn full bemanning (78 behandlerårsverk) og 2,4 konsultasjoner per behandler per dag i poliklinikkene og 1,5 konsultasjoner per behandler per dag i de fylkesdekkende tjenestene.

Voksenpsykiatrien og TSB har 100 behandlerstillinger og det er lagt opp til en vekst på 5,4 %. Det vil med andre ord si at hele veksten er lagt til produktivitsvekst, som tilsvarer 30 flere polikliniske konsultasjoner pr. terapeut i driftsåret 2020, enn det som er oppnådd i 2019. Det legges opp til en samlet produktivitet på 2,5 konsultasjoner per dag i DPS og i de fylkesdekkende tjenestene.

Prioriteringsregelen omfatter poliklinisk virksomhet og måler veksten i antall inntektsgivende konsultasjoner. Som tidligere år stilles det krav om en større vekst innen VOP, BUP og TSB hver for seg enn innen somatikk for polikliniske opphold og kostnader per tjenesteområde. Budsjett 2020 vil bli målt mot faktisk 2019. Alle foretak og sykehus er pålagt av HSØ å budsjettere slik at prioriteringsregelen for foretaket innfris, og dette er tatt høyde i aktivitets- og kostnadsbudsjett.

Prioriteringsregelen - pol.kons.	Estimat 2019	Budsjett 2020	vekst E2019-B2020
Somatikk	169 400	178 380	5,30 %
PSYK samlet	89 500	94 350	5,42 %
BUP	28 500	30 050	5,44 %
Voksen	50 000	52 700	5,40 %
TSB	11 000	11 600	5,45 %

Bemanning

Budsjettet for 2019 var på 2920 årsverk, mens estimat for året er 2989 årsverk, en økning på 17 årsverk sammenliknet med 2018.

HR budsjett per fagområde	Faktisk 2018	Estimat 2019	Budsjett 2020	ØLP 2020
Somatikk	2 070	2 066	2 040	1 973
VoP - Psykisk helsevern for voksne	538	542	540	544
BUP - Psykisk helsevern for barn og unge	138	148	143	141
Psykisk helsevern	677	689	684	685
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	58	61	64	62
Preshospitale tjenester	149	157	148	141
Annet (Barnehagen)	17	15	15	17
TOTAL	2 972	2 989	2 951	2 878

Det legges opp til en reduksjon på 38 årsverk i 2020, som gir en budsjettmålsetting på 2951 årsverk. Dette er en mindre nedgang enn det som var forutsatt i ØLP 2020. Dette skyldes et høyere bemanningsnivå inneværende år enn planlagt og viser at omstillingstakten har avtatt i 2019.

Brutto årsverk	Faktisk 2018	Estimat 2019	Budsjett 2020	ØLP 2020
Kirurgisk klinikk	477	466	454	434
Medisinsk klinikk	569	579	573	539
Barne og ungdomsklinikken	220	224	223	220
ABK	425	430	416	410
MSK	283	287	293	287
KPR	556	563	560	557
SERVICE OG SYSTEMLEDELSE	322	319	311	324
ADMINISTRASJONEN	119	121	122	108
TOTAL	2 972	2 989	2 951	2 878

HR og HMS

Sykehuset Telemark arbeider for at Helse, miljø og sikkerhet (HMS) skal være en integrert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet. Et godt arbeidsmiljø er avgjørende for god og sikker pasientbehandling. Det er i 2019 gjennomført en felles medarbeiderundersøkelse, ForBedring, som omfatter både pasientsikkerhetskultur, HMS kartlegging og medarbeidertilfredshet. Undersøkelsen viser at sykehuset har et godt arbeidsmiljø og at det jobbes aktivt med handlingsplaner knyttet til forbedringsarbeid. Sykehuset har i 2019 ansatt HMS-kordinator som samordner tiltak og arbeider med å sikre at sykehuset har en felles overordnet plan for HMS-arbeidet.

Overordnet HMS-handlingsplan inneholder mål innenfor områdene: helse og arbeidsmiljø med bl.a. inkluderende arbeidsliv (IA), sykefravær/personer med nedsatt funksjonsevne og avgangsalder, ytre miljø/ grønt sykehus og sikkerhet. Alle ledere ved sykehuset jobber med lokalt forbedringsarbeid gjennom oppfølging av medarbeiderundersøkelsen, vernerunden, ytre miljø og pasientsikkerhetskultur. Arbeidsmiljøtiltak, miljøtiltak og tiltak innen pasientsikkerhetskultur følges opp gjennom hele lederlinjen på en systematisk måte. Alle nivåer utarbeider handlingsplan for forbedringer. Dette gjøres i samarbeid mellom leder, medarbeidere, tillitsvalgte og vernetjenesten.

Tiltak innen miljø og klima (Ytre miljø) baseres på Eierskapsmeldingen (Meld.St.8(2019-2020)) og Regional utviklingsplan 2035 for HSØ som gir føringer for arbeidet med miljø og klima og spesialisthelsetjenestens samfunnsansvar.

Sykehuset Telemark har varslingsutvalg og prosedyre for saksbehandling av varslings saker. Prosedyren skal sikre riktig behandling av varslings saker i sykehuset.

Målparametrene fra 2019 videreføres i 2020.

Målsetting HR indikatorer for 2020	Resultat 2018	Mål 2019	Resultat 2019	Mål 2020
Deltagelse i ForBedring	86 %	90 %	86 %	90 %
Andel fast ansatte involvert i oppfølgingen av ForBedring	72 %	100 %	66 %	100 %
Har gjennomført medarbeidersamtale med leder	-	100 %	70 %	100 %
Sykefravær	7,0 %	6,7 %	6,8 %	6,7 %

Mål for Helse, arbeidsmiljø og Sikkerhet2020:

- **Økt nærvær** – sykefravær skal ikke overstige 6,7 %
- Avgangsalder ved uttak av pensjon - minimum 63 år
- Tilrettelegge slik at gravide kan stå i arbeid ut uke 33
- Systematisk opplæring av ledere og vernetjenesten i HMS-arbeid
- Vaksinasjonsrate influensavaksine for ansatte > 75 %
- Risikostyring og risikovurdering gjøres løpende
- Plan for bruk av BHT
- Forebygge vold og trusler om vold gjennom systematisk opplæring
- Etterleve IA-avtalens målsettinger

Mål for miljø og klima (Ytre miljø) 2020:

- Redusere sykehusets CO² utslipp med tiltak innen energi og transport
- Redusere unødig forbruk av ressurser innen forbruksmateriell, legemidler og medisinske forbruksvarer
- Redusere matsvinn
- Redusere bruk av helse- og miljøfarlige kjemikalier
- Økt miljøfokus ved anskaffelser
- Økt samhandling om miljømål
- Redusere forbruk av bredspektret antibiotika med 30% innen 2020 sammenliknet med 2012

Budsjettutfordring og planlagt driftseffektivisering i 2020

I budsjettprosessen for 2020, er det foretatt en justering av klinikkenes budsjetttrammer i tråd med driftsnivået som gjenspeiles i årets regnskapsresultater, korrigert for engangsforhold. Dette for å legge opp til realistisk budsjettering og etablere et godt utgangspunkt for oppfølging av effektivitetsarbeidet planlagt neste år.

Det legges det opp til et merverdikrav på totalt 60 millioner kroner i 2020. Det er innarbeidet konkrete tiltak for 33 millioner kr. og det jobbes videre med identifisering av øvrige tiltak for resterende 27 millioner kr.

Klinikkene rapporterer følgende status:

Budsjettutfordring klinikker 2020	Merverdikrav 2020	planlagte nye tiltak 2020	måloppnåelse
Kirurgisk klinikk	9 500	6 345	67 %
Klinikk for medisin	9 500	1 450	15 %
Barne- og ungdomsklinikken - som/hab	1 400	1 400	100 %
Barne- og ungdomsklinikken - psyk	-		
ABK	6 000	5 100	85 %
Medisinsk serviceklinikk	6 000	5 700	95 %
Psykiatrisk klinikk	7 000	7 000	100 %
Service og systemledelse	7 000	3 390	48 %
Administrasjon/fag/HR/øk. ERP	2 500	2 500	100 %
Felles budsjettutfordring	11 100		0 %
SUM	60 000	32 885	55 %
Felles - sykehusovergripende prosjekter	?		

Felles budsjettutfordring sees i sammenheng med gevinstene som forventes realisert ved gjennomføring av sykehusovergripende prosjekter.

I arbeidet med budsjettet er det identifisert ulike forhold som isolert sett øker foretakets budsjettutfordring. Dette gjelder bl. a.:

Kjøp av helsetjenester

- Beslutningsforum har godkjent Prosigna test for brystkreft. Det er estimert en betydelig kostnad for den nye testen, som vil bli fakturert pasientens opptaksområdesykehus basert. Per dags dato foreligger det intet budsjettgrunnlag og derfor er dette ikke inkludert i internhandelsbudsjettet for 2020
- Det er bestemt av HPV-screening (livmorhalskreft) skal innføres i 2020 og estimert kostnad er 3,4 millioner kr. HPV-tester er bare tatt i små volum frem til i dag ved enkelte helseforetak og private
- OUS varsler betydelig kostnadsøkning for lab.prøver og behandling av gj.pasienter fra Telemark, som følge av bl.a. økte DRG-vekter.

Vedlikehold – driftsførte anskaffelser og tiltak innen BYGG, MTU, Annet

I driftsbudsjettet for 2019 er det avsatt 15 millioner kr. til årlige mindre anskaffelser og vedlikeholdstiltak. For 2020 er det kartlagt kritiske vedlikeholdsbehov av større omfang, i hovedsak grunnet at bygningmassen har akkumulert et betydelig vedlikeholdsetterslep. Denne budsjettposten økes til det dobbelte i 2020 for å finansiere prioriterte tiltak.

Felles budsjettutfordring og sykehusovergripende tiltak

I tillegg til felles budsjettutfordring på 11,1 millioner kr., er det behov for å realisere forbedringer og driftseffektiviseringer gjennom sykehusovergripende tiltak. Dette for å reetablere resultatbuffer og for å oppnå forbedringstakt som forutsatt i ØLP.

Sett i lys av dette er det avgjørende å lykkes med sykehusovergripende forbedringsprosjekter som gir effekter utover tiltakene som identifiseres i klinikkene. Klinikkene vil derfor involveres i arbeidet med utvalgte sykehusovergripende tiltak. Prosjektet som omfatter operasjonsaktiviteten er igangsatt høsten 2019 og vil foregå frem til sommeren 2020. Øvrige områder som er identifisert som særlig aktuelle er optimalisering av sengeposter, drift av merkantile støttefunksjonene og utvikling/nye modeller for bemanningssenteret.

For god gjennomføring av denne type prosjektarbeid er det nødvendig med sterk forankring i ledergruppen, og samtidig at klinikkene tar eierskap til de endringene det legges opp til. I prioriteringen av sykehusovergripende prosjekter, skal det legges vekt på gevinstpotensial og samordning med øvrig forbedringsarbeid i klinikkene.

I 2020 foreslås gjennomføring av utvalgte sykehusovergripende prosjekter med følgende ansvarsfordeling:

- Operasjon 2020 - prosjekter Kjetil Christensen
- Sengepost prosjekt – prosjekter Kjetil Christensen / Per Urdahl
- Medisinske støttefunksjoner – prosjekter Elin Marie Skei
- Utvikling og optimalisering av Bemanningssenter – prosjekter Mai Toril Hoel

Eieransvaret omfatter både prosjektorganisering, gjennomføring og gevinstrealisering.

I tillegg til de sykehusoverggripende prosjektene er det avgjørende at større IKT prosjekter som skal gi driftseffektivisering (f eks Klinisk logistikk) følges tett opp for å sikre gevinstrealisering så hurtig som mulig.

Driftsresultat 2020

Driftsbudsjettet for 2020 viser et overskudd på 30 millioner kr:

STHF - DRIFTSBUDSJETT	Bud. 2019	Estimat 2019	Budsjett 2020	endring
Basisramme	2 366 779	2 388 603	2 425 182	36 579
Kvalitetsbasert finansiering	16 741	16 741	16 971	230
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	803 331	793 284	822 500	29 216
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	173 385	170 036	182 070	12 034
ISF refusjon poliklinisk PHV/TSB	49 997	51 094	60 790	9 696
ISF - refusjon pasientadministrative kreft	66 981	60 729	64 131	3 402
Utskrivningsklare pasienter	13 559	18 559	19 931	1 372
Gjestepasienter	21 352	18 352	17 832	-520
Konserninterne gjestepasientinntekter	76 853	83 853	88 592	4 739
Polikliniske inntekter	86 386	97 386	100 394	3 009
Andre øremerkede tilskudd	11 807	11 807	16 572	4 765
Andre driftsinntekter	274 988	274 988	266 827	-8 160
SUM DRIFTSINTEKTER	3 962 159	3 985 433	4 081 793	96 360
Kjøp av offentlige helsetjenester	43 750	42 750	40 497	-2 252
Kjøp av private helsetjenester	100 027	98 527	107 785	9 258
Varekostnader knyttet til aktiviteten i fore	497 261	458 261	479 829	21 568
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	11 688	27 688	13 760	-13 928
Konserninterne gjestepasientkostnader	271 267	271 267	286 621	15 354
Lønn til fast ansatte	1 778 611	1 798 611	1 870 942	72 331
Overtid og ekstrahjelp	76 692	102 692	88 399	-14 293
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	321 647	344 693	345 504	811
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arb	-101 723	-101 723	-112 088	-10 365
Annen lønn	293 276	288 276	304 636	16 360
Avskrivninger	101 668	99 168	101 900	2 732
Andre driftskostnader	551 202	541 929	540 692	-1 237
SUM DRIFTSKOSTNADER	3 945 364	3 972 138	4 068 477	96 339
DRIFTSRESULTAT	16 795	13 295	13 315	21
Finansinntekter	15 490	18 990	19 647	657
Finanskostnader	2 285	2 285	2 963	678
FINANSRESULTAT	13 205	16 705	16 685	-21
ORDINÆRT RESULTAT	30 000	30 000	30 000	0

ISF-inntektene øker som følge av forventet vekst i aktivitet, høyere enhetspriser i psykiatri/TSB og utvidelse av ISF ordningen i somatikken (telefonkonsultasjoner, nye behandlingsgrupper). Effekten av nye kostnadsvekter for 2020 er tilnærmet 0.

Lavere budsjettnivå for innleid arbeidskraft og overtid/esktrahjelp har sammenheng med klinikkenes budsjetteringspraksis der det ikke tas høyde for ekstraordinære vakanssituasjoner.

Lavere andre driftsinntekter skyldes nedgang i eksternfinansiert aktivitet (prosjekter).

Alle budsjettpostene er prisjustert iht regionale føringer for KPI-justeringer.

Investeringer

Investeringslistene er gjennomgått med fagansvarlige for bygg, MTU, Annet og det er foretatt en streng prioritering av helt nødvendige tiltak, med høy grad av kritikalitet.

Det er store investerings- og vedlikeholdsforpliktelser som må håndteres i 2020, inkludert et stort overhøg fra 2019, grunnet bl.a. forsinket anskaffelsesprosess for lab.linjen. Overhøget fra 2019 estimeres til 55 millioner kr.

Etter to prioriteringsrunder, rapporteres det et kritisk investeringsbehov på 230 millioner kr. for 2020, 55 millioner kr. overheng fra 2019 og 175 millioner nye innmeldte investeringer. Tatt i betraktning at anskaffelsesprosessene er tidkrevende, vurderes det at leveransetidspunktet for flere investeringer vil forskyves til 2021.

- **MTU** - gjennomsnittsalderen på MTU parken er over 9 år, 25 % av utstyrsmassen har passert 10 år og nesten 40 % har passert avskrivningen. Etterslep og aldersfordeling har hatt en negativ utvikling, som har medført flere havarier med negativ påvirkning på effektivitet i driften, samt umoderne og utdatert MTU i pasientbehandlingen. I budsjettoppsettet for 2020 er det lagt vekt på prioritering av flåteutskiftinger, større anskaffelser som vil få store konsekvenser i pasientbehandlingen ved stans, erstatning av utstyr som er «end of support», oppfylle lovkrav, erstatte pasientkritisk utstyr og tilføre utstyr for effektivisering i driften. Nedskalering av den prioriterte listen utarbeidet av LPA MTU vil medføre stor risiko for økt driftsstans ved havarier og stans i MTU som ikke lenger lar seg reparere. Konsekvens ved havarier og stans i driften er sløsing med ressurser i klinikkene og fagtekniske disipliner samt inntektstap for foretaket.
- **BYGG** - innen bygg er det kartlagt investeringsbehov for 600 millioner kr. og foretatt en ny prioritering av aktiverbare prosjekter på 42 millioner kr. Det jobbes videre med en løsning der gjennomføringen av prioriterte tiltak fordeles over 2 år, for å begrense likviditetsbehovet i 2020 til 30 millioner. Resterende tiltak / arbeid til 12 millioner kr. ville fullføres i løpet av 2021.

Det varsles om alvorlige konsekvenser ved ytterligere nedskalering av prioriteringslisten utarbeidet av LPA bygg, som bl.a. ikke ivaretatt brannsikkerheten, dårlige arbeidsforhold, råteskader på bygg samt økt vedlikeholdsetterslep.

- **ANNET** – denne porteføljen har akkumulert et betydelig etterslep og det er registrert økende antall havarier. Det er foreløpig foretatt prioriteringer av helt nødvendige anskaffelser på til sammen 17 millioner kr. I dette inngår anskaffelse av 3 nye ambulanser som vurderes finansiert ved leasing
- Lokal finansierte IKT investeringer – nedskalering av prosjektomfanget med ca. 50% krever revidering av våre prioriteringer

Det foreslås en investeringsramme på 170 millioner kr.i 2020, basert på innmeldte behov og tilgjengelig likviditet.

INVESTERINGER 2020	overheng fra 2019	Budsjettforslag 2020 inkl. overheng fra 2019	Bud 2020	overheng til 2021
Ordinære investeringer:				
Uforutsette		6 000 000	6 000 000	
BYGG	5 000 000	47 000 000	30 000 000	17 000 000
MTU - øvrig	16 000 000	129 000 000	89 000 000	40 000 000
MTU - lab.linjen	31 000 000	31 000 000	31 000 000	
ANNET	3 000 000	17 000 000	14 000 000	3 000 000
SUM ordinære investeringer	55 000 000	230 000 000	170 000 000	60 000 000
EK innskudd til KLP			15 000 000	
lokale IKT oppgraderinger - nettolån til SP	-		2 000 000	
SUM			187 000 000	
Finansiering:				
Leasing ambulanser 2020 og lab.linjen fra 2019			-31 000 000	
Investeringstilskudd 2020			-52 000 000	
Driftsresultat			-30 000 000	
Oppsparte midler inkl. overheng vedtatte inv. 2019			-74 000 000	

Finans

Renteforutsetningene for konserninterne fordringer er satt til 1,6 % for 2020, mens den var 1,3 % for budsjett 2019. Basisfordringen mor Helse Sør-Øst RHF utgjør nå ca 1 milliard kroner.

Den økte rentesatsen, samt at fordringen øker år for år, gjør at de renteinntektene kan økes med 3,5 millioner kroner i forhold til budsjett 2019.

Likviditet

Estimert likviditetsbeholdning pr. 1. januar 2020 er vurdert til 83 millioner kroner og med bakgrunn i det forventede likviditetsbidraget fra driften samt endringer i arbeidskapital estimeres likviditetsbeholdningen pr. 31. desember 2020 til - 198 millioner kroner.

Reell disponibel likviditet, inkludert kassekredittrammen som sykehuset kan benytte, er vurdert til 158 millioner kr. pr. 1.januar 2020 og estimeres til 58 millioner kr. ved utgangen til 2020.

Nedgangen i kontantbeholdningen skyldes at pensjonspremien er høyere i 2020 enn i 2019. Det foretas samtidig en oppjustering av kassekredittrammen for å kompensere likviditetseffekten.

Likviditetsbudsjettet for 2020 viser følgende endringer:

Likviditetsstrøm fra drift	Estimat 2019	Budsj. 2020	kommentar
Årsresultat	30 000	30 000	
Ordinære avskrivninger	99 168	101 900	
Nedskrivninger varige driftsmidler			
Inntektsføring av investeringstilskudd	-1 771	-1 646	
Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler	683		
Basisfordring	-48 847	-39 646	
Forskjell mellom inntektsført og utbetalt ISF	38 044	-24 484	
Endring i interne omløpsmidler og kortsiktig gjeld			
Endring i eksterne omløpsmidler og kortsiktig gjeld	1 419		
Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn/utbet	-58 557	-181 630	Kompenseres med økt driftskredittramme
Likviditetsstrøm fra drift	60 139	-115 506	
Likviditetsstrøm fra investeringer	Estimat 2019	Budsj. 2020	
Immaterielle eiendeler			
Tomter, bygninger og annen fast eiendom	-7 000	-45 000	
Medisinskteknisk utstyr, inventar, transportmidler	-73 000	-125 000	
Anlegg under utførelse (AUU)	-		
Salg av anleggsmidler (salgssum)	131		
Finansielle anleggsmidler	-14 710	-15 268	
Likviditetsstrøm fra investeringer	-94 579	-185 268	
Likviditetsstrøm fra finansiering	Estimat 2019	Budsj. 2020	
Langsiktige lån HOD			
Investeringslån (HOD)			
Langsiktige lån IKT (intern)	3 959	-2 176	
Lånt/tilbakebetalt basislikviditet			
Innbetaling av tilskudd og gaver til investeringer			
Avdragsbetaling	-4 754	-4 754	ENØK-lån og Moflata lån
Avdragsfinansiering	3 324	3 324	Moflatalån
Endring øvrige langsiktige forpliktelser	8 752	30 800	Etablering finansiell leie
Øvrige finansieringsposter	-4 048	-8 129	Avdrag finansiell leie
Likviditetsstrøm fra finansiering	7 233	19 065	
Total endring likviditet	-27 207	-281 709	
IB likviditetsbeholdning	110 787	83 580	
Utgående likviditetsbeholdning	83 580	-198 129	
Kassekredittramme	75 000	256 630	
Disponibel likviditet	158 580	58 501	
Opparbeidede rettigheter	134 034	60 069	

Helseforetakenes finansielle stilling styres iht. oversikten «opparbeidede rettigheter», som viser oppsparte midler over tid / reell oppspart likviditet til disposisjon.

I budsjettoplegget for 2020 vil det benyttes 74 millioner kr. av oppsparte midler, til drift og investeringer, som inkl. overheng av vedtatte men ikke gjennomførte investeringer fra 2019.

Sykehuset finansierer driften og investeringene innenfor opparbeidede rettigheter, også ved å holde budsjettert driftsresultat i 2020 utenfor.

Sykehuset Telemark HF	2017	2018	2019	2020	2020
Overførte rettigheter fra tidligere år	122 169	119 415	126 662	134 034	134 034
Andel av investeringsmidler (775, 800, 825, 855) (Regional finansiering) ENØK-lån	44 113	50 190	51 050	52 479	52 479
Finansiering IKT	475	4 896	1 200	-2 176	-2 176
Avdrag finansiell leie (skal ikke tas med)					
Gaver/tilskudd		641			
Salg AM	2 635	17 033	10 348		
EK innskudd	-15 286	-16 112	-14 660	-15 268	-15 268
Resultat fra døtre					
Disponible midler til investeringer	154 106	176 063	174 600	169 069	169 069
Resultat	-12 933	8 937	30 000	30 000	
Gevinst/tap ved salg	-37	-10 236	682	-	-
Oppspart likviditet	141 136	174 764	205 282	199 069	169 069
Lokale Investeringer	31 320	52 262	80 000	170 000	170 000
Regionale investeringer		-			
Aktivering av finansiell leiekontrakt			-8 752	-31 000	-31 000
Korreksjon for nedskrivning bygg	-9 617	-4 160			
Avvik mot RHF	18				
Sum opparbeidede rettigheter til neste år	119 415	126 662	134 034	60 069	30 069
endring	-2 754	7 247	7 372	-73 965	

Risiko

Risiko i driftsbudsjettet er knyttet til uløst budsjettutfordring, realisering av planlagte forbedringstiltak i klinikkene og arbeidet med sykehusovergrepene prosjekter.

Videre foreligger det en risiko forbundet med veksten i kostnader for dyre medikamenter/behandlingshjelpemidler samt kjøp av helsetjenester og fritt behandlingsvalg.

Drøftingsprotokoll

Den 9. desember 2019 ble det holdt drøftingsmøte med foretakstillitsvalgte i forbindelse med fremleggelse av Budsjett 2020 for Sykehuset Telemark HF.

Drøftingene er gjennomført i henhold til bestemmelsene i Arbeidsmiljølovens §8-1 og 8-2 Hovedavtalens §30

Til stede på møtet:

Fra de ansattes organisasjoner
Spomenka Savie Balac
Ann Iserid Vik-Johansen
Peter Johan Sundberg
Thor Helge Gundersen
Thor Severinsen
Christina Olsen
Johanne Haugan

Fra Sykehuset Telemark HF:
Administrerende direktør Tom Helge Rønning
Økonomidirektør Geir Olav Ryntveit

I drøftingsmøtet ble innhold i budsjettet presentert, med fokus på forventet utvikling og resultat for kvalitetsparametre, aktivitet, bemanning, økonomi og investeringer.

Budsjettet vil bli fremmet for styret i møte 18. desember 2019.

Uttalelse fra tillitsvalgte og verneombud etter drøftingen i møtet:

Tillitsvalgte fikk tilsendt budsjettforslaget samme dag drøftingsmøtet var avholdt. Drøftingsunderlaget var Budsjettsaken i Ledergruppemøtet 26.11.19

Helse Sør-Øst bevilger for mye til OUS ihht behovsvurdering og andre regionssykehus sine tildelinger. Omfordeling etter gjennomgang av inntektsmodellen er ikke gjennomført, men vi ser fram til ny fordelingsmodell. Dette medfører at ST får for lav tildeling av HSØs totale ramme. Tildelingen dekker ikke nødvendige kostnader for økt pasientbehandling, økt kvalitet og kortere ventetider som vi må gjennomføre. Videre må sykehuset dekke kostnadene til kostbare medikamenter, gjestepasienter, fritt behandlingsvalg, pasientreiser mm som sykehuset ikke har innflytelse på.

Sykehuset planlegger å redusere bemanningen med ytterligere 26 årsverk, de fleste er kliniske stillinger. Med så stort press på hele organisasjonen øker risikoen for svikt i pasientbehandlingen siden vi har redusert så mye i tidligere år. Belastningen på de ansatte er så stor at arbeidsmiljøet forringes flere steder. Vi må også følge opp at nedskjæringer i årsverk ikke fører til økte EFO-kostnader. Derimot må sykehuset vurdere økt grunnbemanning og å øke antall stillinger i Bemanningssenteret. Tillitsvalgte oppfordrer til at sykehuset bruker rett bemanning til oppgavene.

Tillitsvalgte er spesielt bekymret for det økonomiske nedtaket i medisinsk klinikk og mangel på noen spesialister her.

Arbeidspresset har også stor betydning for rekruttering og at vi kan beholde kompetente medarbeidere. Presset er svært stort på mange ledere.

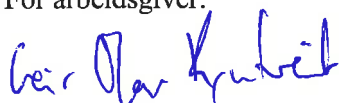
Investeringsbudsjettet er for detaljert til at vi kan kommentere alle postene. Men vi er bekymret for at det ikke er mulig å gjennomføre helt nødvendig vedlikehold og investeringer i bygg og MTU. ST må bruke leasing til noen av investeringene. Investeringene må gjennomføres, men bruk av leasing er tegn på svak økonomi

ST klarer ikke å oppfylle prioriteringsregelen. Det er spesielt behov for spesialister i psykisk helsevern og rusbehandling. For psykologene må arbeidsvilkår forbedres for å beholde flere spesialister. Det er ca 10 vakante stillinger for psykiatere og like mange vil pensjoneres 3-5 år. Sykehuset må derfor øke antall LIS 3 med ca 10 stillinger for å komme ut av denne mangelsituasjonen, forutsatt at man beholder de spesialistene vi har. Det er uakseptabelt at nødvendig behandling for personer med personlighetsforstyrrelse og psykose blir skåret ned.

Inntil nå har ST skåret godt på de fleste indikatorer for pasientbehandlingen, men risikoen kan øke for at vi ikke klarer det i fortsettelsen.

Skien, 9. desember 2019

For arbeidsgiver:



For ansattes organisasjoner:



Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
071-2019	Fagdirektør Halfrid Waage, kvalitetssjef Elisabeth Hessen	Orientering	18.12.2019

Utrykte vedlegg:

- [Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a](#)
- [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten.](#)
- [Lov om statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten](#)
- [Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2, 3-3 og 7-6.](#)
- [Helsedirektoratets veileder «Pasienters, brukeres og nærmeste pårørendes rett til informasjon ved skade eller alvorlige komplikasjoner»](#)
- [Rapport fra Helsetilsynet 4/2019 Eksempler og tilsynserfaringer fra Statens helsetilsyns arbeid med varsler om alvorlige hendelser i 2018. Pasient- og pårørendeperspektivet ved alvorlige hendelser](#)
- [Rapport NPE 2019 Undersøkelse av samsvar mellom NPE-saker og saker i sykehusenes avvikssystemer](#)

Har saken betydning for pasientsikkerheten?

Varsler etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a, er alvorlige hendelser som har ført til dødsfall eller betydelig skade på pasient, der utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko. Meldekultur, åpenhet og strukturert oppfølging for å redusere risikoen for at hendelsene skjer igjen, er et lederansvar og av stor betydning for pasientsikkerheten.

Ingress

Saken handler om hvordan varslingspliktige pasientskader og dødsfall etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a blir fulgt opp i Sykehuset Telemark.

Forslag til vedtak

Styret støtter opp om arbeidet med alvorlige hendelser og hendelsesanalyser, og ber om at:

1. Ledere på alle nivå gir økt oppmerksomhet til forbedring og læring etter alvorlige hendelser.
2. Kvalitetsavdelingen gjennomgår alle registrerte pasienthendelser for å sikre at alvorlige hendelser blir varslet i tråd med lovverket
3. Kvalitetsavdelingen koordinerer sykehusets analysepool og bistår i hendelsesanalyser etter spesielt alvorlige og komplekse hendelser, der flere klinikker er involvert
4. Samsvarsmålinger mellom NPE-saker med medhold og registrerte avvik etableres som kvalitetsindikator for sykehusets meldekultur.

Alvorlige pasienthendelser, hendelsesanalyser og indikator for meldekultur inngår i tertialrapportene og årlig melding fra og med 2020. Sak om forrige års alvorlige pasienthendelser, hendelsesanalyser og meldekultur legges fram i første tertial fra og med 2021.

Skien, den 10. desember 2019

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Bakgrunn for saken

Spesialisthelsetjenesten har plikt til å straks å varsle Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskomisjon om dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker som følge av tjenesteytelsen eller ved at en pasient eller bruker skader en annen. Varslingsplikten gjelder dersom utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko. (Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a)

Plikten til å varsle Statens helsetilsyn er lagt til virksomheten og ikke til det enkelte helsepersonell.

I tillegg til å varsle Statens helsetilsyn og UKOM, skal foretaket selv sikre læring ved å:

- følge opp og informere pasienter og pårørende
- ivareta involvert helsepersonell
- gjennomføre en hendelsesanalyse for å identifisere og følge opp risikoreducerende tiltak/barrierer

Sammendrag

§ 3-3a varsler er alvorlige hendelser som har ført til dødsfall eller betydelig skade på pasient, der utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko. Dersom det er tvil om at utfallet er utenfor påregnelig risiko, bør hendelsen alltid varsles og kreftene rettes inn mot å identifisere mulig læringspotensial.

Antall § 3-3a varsler til helsetilsyn har holdt seg relativt jevnt for Sykehuset Telemark de siste årene. Selvmord og selvmordsforsøk utgjør en stor andel av § 3-3 a varslingene.

Helsetilsyn er utført ett stedlig tilsyn ved Sykehuset Telemark i 2019, forrige stedlige tilsyn ble gjennomført i 2014. Det er mulig at dette kan sees i sammenheng med at § 3-3 sakene er fulgt opp med hendelsesanalyser siden 2014.

En ny NPE-undersøkelse viser at det er et stort antall NPE-saker gjelder alvorlige hendelser som ikke er registrert i sykehusets avvikssystem. Imidlertid viser undersøkelsen ForBedring en positiv trend for varslingskultur og sikkerhetsklima. Dette belyser hvor viktig det er å bruke tilgjengelige målinger og indikatorer for å belyse kompleksiteten i det systematiske forbedringsarbeid.

Det er leders ansvar å sikre at pasienter og pårørende blir fulgt opp etter alvorlige hendelser. Det er også leders ansvar at ansatte blir ivaretatt etter alvorlige hendelser.

Sykehuset Telemark har over flere år satset på hendelsesanalyser som sentralt verktøy i oppfølgingen etter alvorlige hendelser. Det er i dag stor oppslutning om hendelsesanalysene som er blitt et godt innarbeidet verktøy i sykehusets pasientsikkerhets- og forbedringsarbeidet.

Fakta og vurderinger

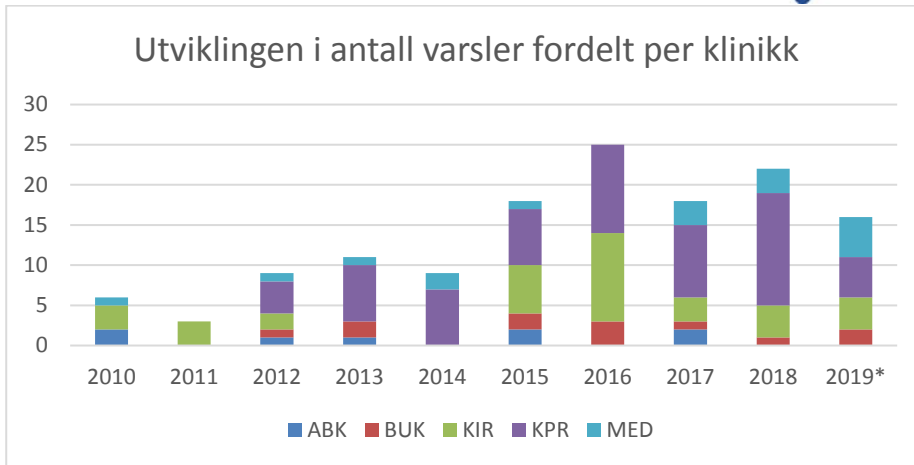
Når utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko

I noen alvorlige pasienthendelser kan det være vanskelig å vurdere om utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko. Når dødeligheten for en tilstand er høy, er det påregnelig risiko for at behandlingen ikke vil lykkes. Det er derimot utenfor påregnelig risiko dersom pasienten dør eller får betydelig skade fordi et legemiddel blir administrert feil, eller på grunn av svikt i medisinsk teknisk utstyr.

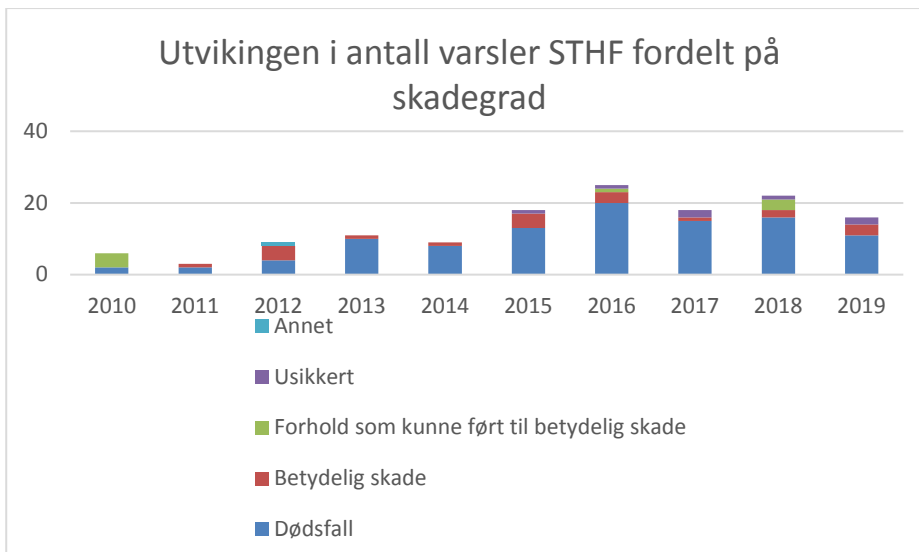
I tvilstilfeller bør hendelsen alltid varsles og kreftene rettes inn mot å identifisere læringspotensialet.

Omfang, hendelsestyper, medvirkende årsaker og alvorlighetsgrad.

Antall § 3-3a varsler til Statens helsetilsyn har økt jevnt siden varselordningen ble opprettet i 2010 og holdt seg relativt stabilt for Sykehuset Telemark de siste årene. Den samme trenden vises nasjonalt. Økningen i antall varsler har vært forventet og er en ønskelig effekt som følge av større kunnskap og erfaring med varslingsplikten.

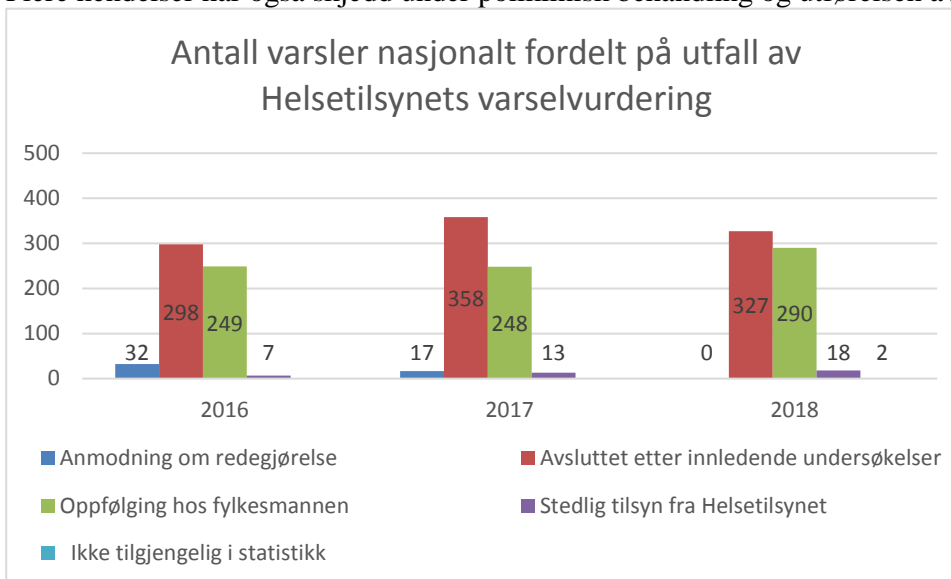


Bilde 1 viser utviklingen i antall varsler per klinikk. Kilde: Statens helsetilsyn per 22.11.2019

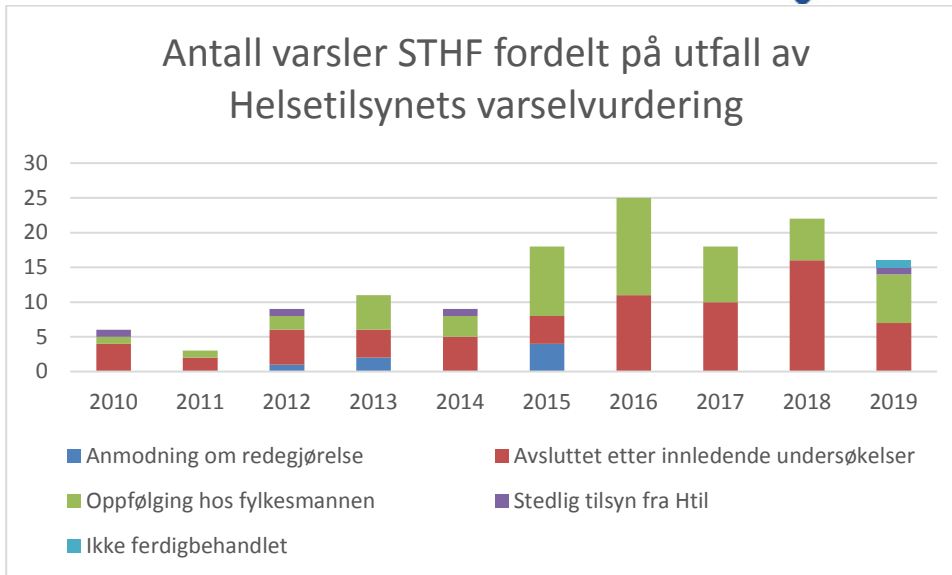


Bilde 2 viser utviklingen i antall varsler ved STHF, fordelt på skadegrad. Kilde: Statens helsetilsyn.

Selv mord og selvmordsforsøk utgjør en stor andel av § 3-3 a varslingene. I nasjonal sammenheng kommer omtrent halvparten av varslene fra psykisk helsevern og rus. Flere hendelser har også skjedd under poliklinisk behandling og utførelsen av behandlingsprosedyre.



Bilde 3 viser antall varsler nasjonalt fordelt på måten varslene er fulgt opp 2016-2018. Kilde: Statens helsetilsyn



Bilde 4 viser utviklingen i antall varsler ved STHF, fordelt på utfall av varselvurderingen i Statens helsetilsyn. Kilde: Statens helsetilsyn per 22.11.2019

Statens helsetilsyn har utført ett stedlig tilsyn ved Sykehuset Telemark i 2019. Forrige stedlige tilsyn ble gjennomført i 2014. Dette kan ha sammenheng med at de alvorlige sakene følges tett opp med hendelsesanalyser. I sin vurdering av varslene, vektlegger helsetilsynet hvordan foretaket selv har fulgt opp hendelsen, sakens alvorlighet og kompleksitet.

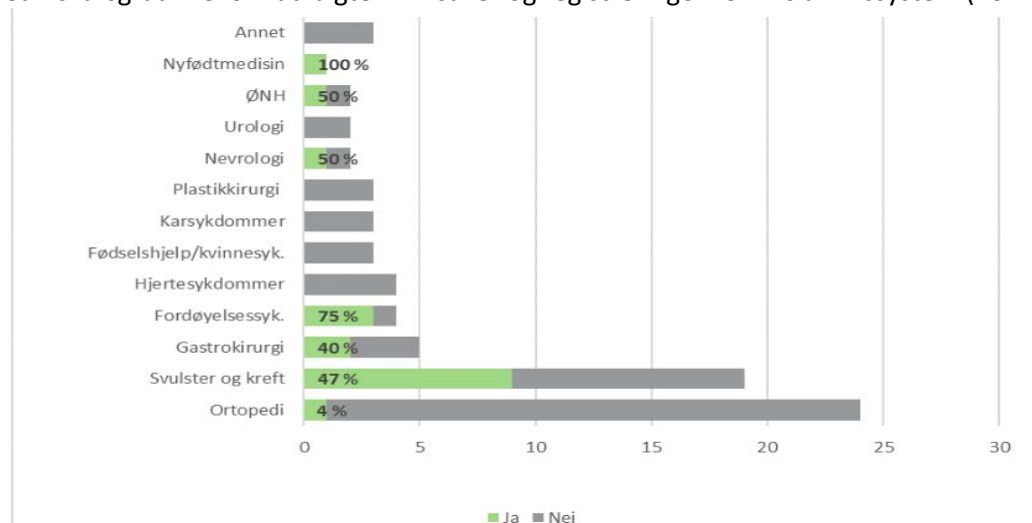
Meldekultur og NPE-saker

Formålet med varselordningen er å sikre at tilsynsmessig oppfølging blir vurdert, læring i tjenestene samt styrking av pasienters og pårørendes rolle.

Varslingsplikten har siden starten i 2010 hatt høyt fokus ved Sykehuset Telemark og er beskrevet i prosedyre ID 7755 Direkte varslingsplikt til Statens helsetilsyn (HELIKS).

Resultatene i NPE –rapporten «Undersøkelse av samsvar mellom NPE-saker og saker i sykehusenes avvikssystemer» viser imidlertid at kun 18 av 75 saker ble funnet igjen i avvikssystemet ved Sykehuset Telemark. Det gir en samsvarsandel på 24 prosent. Dette er noe lavere enn den samlede samsvarsandelen på 33 prosent på landsbasis. De undersøkte NPE-sakene er et utvalg av medholdsaker fra tidsrommet 2014-2017. Alle sakene er begrunnet med svikt i behandlingen og av en slik karakter at de skulle ha vært meldt i avvikssystemet. Alle sakene er i etterkant gjennomgått klinikkvis.

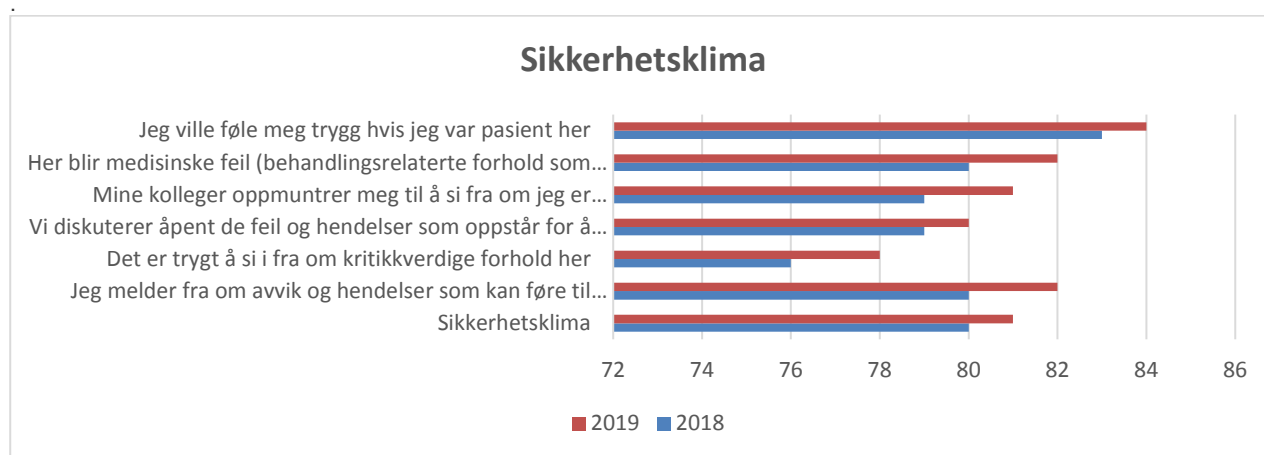
Samsvarsgrad mellom utvalgte NPE-saker og registreringer i STHFs avvikssystem (2014-2017)



Bilde 5 viser kategoriserte resultatet for Sykehuset Telemark på NPE-saker som funnet igjen/ikke funnet igjen som avvik i sykehusets avvikssystem

Styrking av meldekulturen og sikkerhetsklimaet er et lederansvar. NPE-undersøkelsen viser at Sykehuset Telemark har et stort forbedringspotensial på dette området. Dersom disse sakene ikke blir registrert som avvik kan sykehuset miste oversikt over og dermed læringspotensialet fra et stort antall alvorlige pasienthendelser, samtidig som oppfølgingen av pasienter og pårørende kan bli mangelfull. For å sikre den videre oppfølgingen, kan graden av samsvar mellom NPE-saker med medhold og avvik i avvikssystemet brukes som indikator på foretakets meldekultur. En slik måling vil også gi økt oppmerksomhet til oppfølgingen av uønskede pasienthendelser blir registrert og fulgt opp i tråd med gjeldende krav. Det er også viktig å merke seg at det ikke kan forventes å være fullt samsvar i alle hendelser. Det er for eksempel ikke sikkert at behandlerne oppfattet at det ble gjort en feil, selv om NPE i ettertid konkluderer med svikt. Pasienten kan også ha vært behandlet ved flere sykehus, noe som kan føre til at saken ikke er blitt meldt. Årsaken til manglende rapportering, kan også være at skaden først blir oppdaget i ettertid

På den annen side viser resultatene fra medarbeiderundersøkelsen ForBedring i hovedsak gode resultater og en positiv trend for meldekulturen i Sykehuset Telemark. Dette viser hvor viktig det er å bruke ulike målinger og indikatorer for å belyse kompleksiteten i det systematiske forbedringsarbeidet.



Bilde 6 viser utviklingen i sikkerhetsklimaet totalt for STHF 2018-2019. Kilde: Medarbeiderundersøkelsen ForBedring.

Med unntak av varsling av kritikkverdige forhold, er det jevnt over god score samlet sett for sykehusets sikkerhetsklima. Utviklingen fra 2018-2019 er positiv.

Oppfølging av pasienter og pårørende

Dersom pasienten eller brukeren blir påført en skade eller alvorlige komplikasjoner, og utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko, skal pasienten eller brukeren *også informeres om hvilke tiltak helse- og omsorgstjenesten vil iverksette for at lignende hendelse ikke skal skje igjen.* (Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 fjerde ledd)

Etter en alvorlig hendelse skal pasienten og eventuelt pårørende informeres, også om hendelsen oppdages i ettertid. Det er ikke informasjonsplikt om hendelser som kunne ha medført skade eller alvorlig komplikasjon. Hvilken informasjon som er gitt, skal dokumenteres i pasientens journal. Det skal også informeres om adgangen til å søke erstatning hos NPE, muligheten til å la seg bistå av pasient- og brukerombudet og til å be tilsynsmyndigheten om vurdering av eventuelle pliktbrudd, samt retten til selv å varsle Statens helsetilsyn og Ukom.

Det er et lederansvar å sikre at pasienter og pårørende blir fulgt opp etter alvorlige hendelser. Den vanskelige samtalen må ikke nedprioriteres. God og omsorgsfull oppfølging og informasjon bidrar til å gjenopprette tillit til helsepersonell og helsetjenesten. Profesjonell og omsorgsfull oppfølging skal sikre pasient og pårørende sine rettigheter, slik at det ikke er behov for å klage på sykehuset for forsikre seg om at den uønskede hendelsen blir tatt på alvor.

Pasient- og pårørende perspektivet blir belyst i [Helsetilsynets rapport 4/2019 Eksempler og tilsynserfaringer fra Statens helsetilsyns arbeid med varsler om alvorlige hendelser i 2018. Pasient- og pårørendeperspektivet ved alvorlige hendelser](#)

Oppfølging av helsepersonell

Involvert helsepersonell skal ivaretas etter alvorlige pasienthendelser. Dette er et lederansvar men også kolleger har en viktig rolle i å skape en støttende og ivaretagende kultur. Svikt i oppfølging kan føre til personlige lidelser, utfordringer for arbeidsmiljøet, sykefravær, og være negativt for rekruttering og omdømme. God ivaretagelse gir grunnlaget for en åpenhetskultur om uønskede hendelser. En god pasientsikkerhetskultur avhenger av at ledere og ansatte samarbeider om å redusere risikoen for uønskede hendelser. Oppfølgingen er beskrevet i prosedyren ID 8314 Oppfølging av ansatte etter alvorlige uforutsette hendelser på arbeidsplassen (HELIKS).

Oppfølging av varsel i Statens helsetilsyn

Når Statens helsetilsyn har mottatt et varsel innhenter de opplysninger fra sykehuset, pasient og eventuelt pårørende før de beslutter hvordan varselet skal følges opp videre;

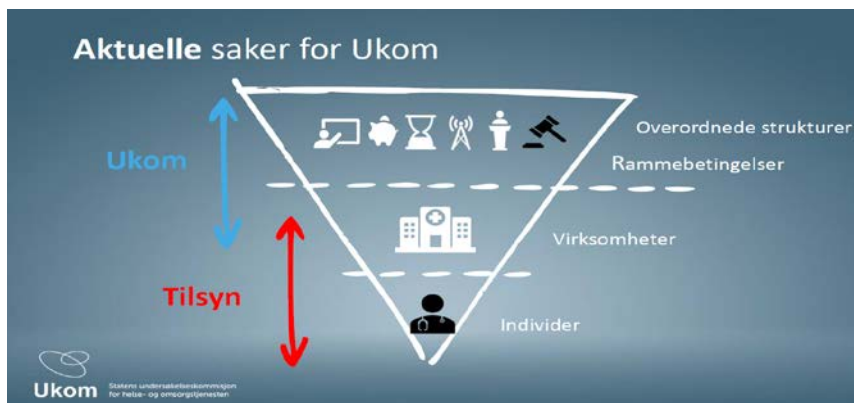
- Helsetilsynet kan avslutte saken hvis de ikke finner tegn til vesentlig svikt og grunnlag for videre tilsynsmessig oppfølging. Sykehuset blir bedt om å gå gjennom hendelsen for å vurdere om de kan gjøre noe for å redusere risiko for at det samme kan skje igjen.
- Helsetilsynet kan oversende saken til fylkesmannen for videre tilsynsmessig oppfølging. I disse sakene finner tilsynet tegn til svikt.
- Helsetilsynet kan selv gjennomføre stedlig tilsyn. Dette gjelder saker som er kompliserte med mange involverte, og mistanke om vesentlig svikt.

Både helseforetaket og pårørende mottar brev om hvordan helsetilsynet har besluttet at oppfølgingen skal skje. Det er ikke klageadgang på denne beslutningen. Alle rapporter etter stedlige tilsyn blir publisert på helsetilsynets nettside.

Oppfølging av varsel i Ukom

I mai 2019 ble varslingsplikten i § 3-3 a utvidet til også å omfatte nyetablerte Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom). Ukom formidler at de vil vurdere oppfølging av varslene ut fra:

- Potensiale for alvorlig skade og stort omfang
- Potensiale for læring og systemisk forbedring
- Trender og mønstre



Bilde 7 viser aktuelle saker for Ukom. Kilde: Ukom/ www.ukom.no

I mai 2019 fikk også pasienter og pårørende rett til å varsle Statens helsetilsyn og Ukom om alvorlige hendelser, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-6.

«En vei inn»

De fleste pasientrelaterte varsels- og meldeordningene er tilgjengelig på www.melde.no eller «En vei inn». Innen utgangen av 2019 skal etter planen «En vei inn» omfatte både varsel til Statens helsetilsyn og Ukom.

Hendelsesanalyser

Det gjennomføres som hovedregel hendelsesanalyser etter alvorlige pasienthendelser. Hendelsesanalysene skal ha systemperspektiv og er en strukturert gjennomgang av hva som har hendt, hvorfor det har hendt – medvirkende og bakenforliggende årsaker til svikt - og hvordan unngå at det skjer igjen.

Som regel gjennomføres hendelsesanalysene i et felles analysemøte for personell som har vært involvert i hendelsen med nærmeste ledere som støtte. Hendelses gjennomgås og resultatet oppsummeres og sjekkes ut av deltakerne.

Hendelsesanalysene fasiliteres av et analyseteam på 2-3 personer. Sykehuset har etablert en felles analysepool som skal gjennomføre hendelsesanalyser der flere klinikker er involvert.

Pasienter og pårørende deltar ikke i analysemøtene og informasjonen de bidrar med må innhentes utenom møtet. Informasjon fra pasient og pårørende kan bidra til å belyse og skape bedre forståelse av hendelsesforløpet og sikre oppfølgingen i etterkant. Pasienter og pårørende må sikres systematisk oppfølging som informasjonskilde.

Metoden med strukturert gjennomgang av hendelsen i et analysemøte, bidrar spesielt til å synliggjøre svikt i kommunikasjon og samhandling og at det er bakenforliggende årsaker som bidrar til svikten. En gjennomgang av sykehusets hendelsesanalyser viser at medvirkende og bakenforliggende årsaker som regel kan knyttes til svikt i samhandling og kommunikasjon, kompetanse, organisering og tilrettelegging (HMS), teknisk utstyr og prosedyrer.

Sykehuset Telemark har nedlagt et omfattende arbeid i innføringen av hendelsesanalyser som forbedringsmetode. Det er i dag stor oppslutning om hendelsesanalysene, både de som gjennomføres internt i klinikkene og analysene som foregår på tvers. Analysene har avdekket risikofylte arbeidsprosesser og bidratt til at effektive barrierer og risikoreduserende tiltak.

Dette viser at hendelsesanalysene er i ferd med å bli godt innarbeidet og at de bidrar til reelle forbedringer. I det videre arbeidet, må det sikres at informasjon fra pasienter og pårørende blir ivaretatt i hendelsesanalysene.

Hendelsesanalyser er beskrevet i prosedyren ID 7087 Hendelsesanalyse (HELIKS).

Læring og forbedring etter alvorlige pasienthendelser

Hendelsesanalysene har som formål å avdekke medvirkende og bakenforliggende årsaker til svikt, slik at det kan iverksettes effektive tiltak og barrierer som hindrer, eller reduserer risiko for gjentakelse.

Det er derfor behov for å forbedre systematiseringen av hendelsesanalysene, slik at informasjon om forbedringstiltakene og effekten av dem blir mer tilgjengelig på tvers – i og mellom klinikkene.

Hendelsesanalysene gjennomgås i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalgene. Den enkelte leder må sikre informasjon og læring etter hendelser innen sitt ansvarsområde. Aktuelle arenaer kan være morgenmøter, fagmøter og personalmøter. Pasientsikkerhet er etablert som fast agenda på mange av sykehusets møteplasser.

Økonomiske konsekvenser

OECD-rapporten «The Economics of Patient Safety» anslår at 15 prosent av sykehusutgiftene i medlemslandene kan knyttes til behandling av pasientskader. Kostnadene knyttet til tiltak for å unngå pasientskader anslås å være vesentlig lavere enn kostnadene relatert til oppfølging av skadene. Kunnskap om de økonomiske konsekvensene bør brukes som styringsinformasjon til hjelp ved prioriteringer i pasientsikkerhetsarbeidet. I praksis kan dette for eksempel være å kartlegge antall ekstra liggedøgn ved pasientskader, ressursforbruket til hendelsesanalysene og oppfølging av hendelsene sammenstilt med størrelsen på utbetalingene i NPE-sakene.

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Interne revisjoner - rapport 2018-2019 og plan 2020

Sak nr.	Saksbehandler	Sakstype	Møtedato
072-2019	Fagdirektør Halfrid Waage, kvalitetssjef Elisabeth Hessen	Beslutning	18.12.2019

Trykte vedlegg:

Årsrapport internrevisjon 2018-2019

Utrykte vedlegg:

Ingen

Har saken betydning for pasientsikkerheten?

Ja, interne revisjoner er en sentral del av sykehusets systematiske kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid.

Ingress:

Saken omhandler:

- Årsrapport Internrevisjon 2018-2019 med anbefalinger til forbedring og læring på tvers.
- Revisjonstema 2020 og rullerende plan for interne revisjoner 2020 -2022.

Forslag til vedtak

1. Styret tar Årsrapport Internrevisjon 2018-2019 til etterretning og ber administrerende direktør sørge for at relevante anbefalinger til forbedring og læring fra årsrapport blir fulgt opp.
2. Styret gir sin tilslutning til plan internrevisjon 2020 og ber om at Årsrapport Internrevisjon legges fram for styret siste halvår 2020.

Skien, den 10. desember 2019

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Bakgrunn for saken

Internrevisjonen er en sentral del av helseforetakenes virksomhetsstyring. Det overordnede formålet med revisjonen er læring og forbedring.

Fakta og vurderinger

Resultater 2019

Fra 2019 presenteres resultatene fra internrevisjonen i en årlig revisjonsrapport, se vedlegget. Formålet er å gjøre konklusjoner og anbefalinger til forbedring og læring tilgjengelig på tvers. Årsrapporten oppsummerer internrevisjonen og er laget med utgangspunkt i konsernrevisjonens rapportmal. Målet er å flytte fokuset fra antall revisjonsavvik per enhet og tema, til et helhetlig systemperspektiv med anbefalinger for forbedring og læring på tvers i organisasjonen.

Kompetanse og samarbeid

Sykehusets internrevisorkorps ledes av kvalitetsavdelingen og består av erfarne og kompetente fagpersoner og ledere fra hele organisasjonen. Internrevisjonene gjennomføres i tett samarbeid med Sykehusapotekenes årlige fellesrevisjon innen legemiddelområdet. Det er også etablert samarbeid om internrevisjon med Betanien Hospital.

Metode

Ved Sykehuset Telemark inngår både elektroniske egenvurderinger og stedlige systemrevisjon i revisjonsmetodikken. Den elektroniske egenvurderingen ble i år gjennomført i fullskala på seksjonsnivå for å dekke opp for at det kun ble gjennomført et mindre antall internrevisjoner i 2018. 141 enheter mottok egenvurderingen, 120 fullførte, 16 besvarte delvis mens 5 ikke svarte.

Grønt sykehus, sertifisering og akkreditering

ISO-sertifisering og akkreditering stiller særskilte krav til internrevisjonen. Dette blir i hovedsak ivarettatt gjennom supplerende minirevisjoner på miljø og ved at enheter med sertifiserte og akkrediterte kvalitetssystemer samarbeider på tvers for å sikre at revisjonskrav utover sykehusets fellesrevisjon, blir ivarettatt. I tillegg til minirevisjonene er miljø fast gjennomgående revisjonstema.

Rullerende revisjonsplan

Fra 2020 gjennomføres revisjonene i henhold til en 3-årig rullerende plan der alle ca. 140 seksjoner inngår. En tredjedel, ca. 40-45 seksjoner revideres hvert år. Disse seksjonene gjennomfører elektronisk egenvurderinger, som etterfølges av ordinære systemrevisjoner i et mindre antall enheter. Enheter med stor miljøpåvirkning, revideres hvert år. Planen kvalitetssikres hvert år før revisjonsstart.

1. Mars/april 2020: Elektroniske egenvurderinger .
2. September 2020: Stedlige systemrevisjoner

Resultatene fra de elektroniske egenvurderingene skal være klare til å brukes i ledelsens gjennomgang (LGG) i klinikkene som gjennomføres i mai/juni. Enhetene trenger også tilstrekkelig tid til forbedring og læring mellom den elektroniske egenvurderingen og systemrevisjon

Revisjonstema 2020

Faste revisjonstema skal sikre at sentrale områder for internkontroll blir ivaretatt. Prioriterte områder og tilleggstema er risikoområder som i hovedsak er identifisert i forbindelse med uønskede hendelser, tilsyn og revisjoner.

Faste revisjonstema	Prioritert områder 2020
Oppfølging av tidligere tilsyn og revisjoner	Korridorpasienter/satellittpasienter Samtykke jf. spesialisthelsetjenesteloven kap.4 A.
Meldekultur. Avviks- og klagebehandling.	
Legemiddelhåndtering og blodtransfusjon	Teoretisk og praktisk opplæring Tema fellesrevisjon
Pasientadministrasjon og elektronisk pasientjournal, EPJ	
Personvern og informasjonssikkerhet	
Pasientsikkerhet Innsatsområder	
Miljø/grønt sykehus (ISO 14001)	Ytre miljø: organisering, ansvar og ressurser Ytre miljø: kompetanse og opplæring
HMS	HMS handlingsplaner, AML-brudd Risikovurdering arbeidsplaner
Medisinsk teknisk utstyr	
Smittevern	
Strålevern	
Brannvern og elsikkerhet	Brannvernopplæring
Kompetanse og opplæring	
Tilleggstema revisjon 2020	
Sepsis	

Oppsummering

Ny årsrapport internrevisjon oppsummerer revisjonsresultatene og gir anbefalinger til forbedring og læring på tvers i foretaket. Rullerende revisjonsplan og revisjonstema forankres i sykehusets ledelse og styre. Årsrapport internrevisjon 2020 legges fram for styret høsten 2020.

Årsrapport Internrevisjon 2018-2019

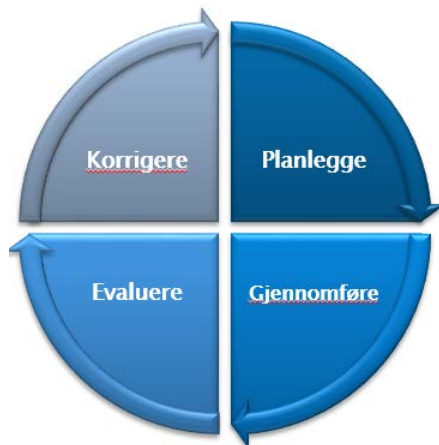
10.12.2019

Introduksjon

Om årsrapporten

Formålet med årsrapport internrevisjon er å gjøre resultatene fra internrevisjonen lett tilgjengelig slik at de kan bidra til læring og forbedring ikke bare i den enkelte enhet, men også på tvers i foretaket.

Årsrapporten basert på konseptet som konsernrevisjonen benytter i sine revisjonsrapporter.



Internrevisjon ved Sykehuset Telemark HF

Interne revisjoner skal identifisere gode eksempler og behov for forbedring og korrigerings:

- Avklare om styrende krav i lover og forskrifter samt sykehusets egne krav, er identifisert og dokumentert på en hensiktsmessig måte
- Avklare om styrende dokumenter som prosedyrer og retningslinjer er kjent, etterleves og fungerer i praksis
- Bidra til forbedring og læring i den reviderte enhet og på tvers i foretaket

Interne revisjoner gjennomføres både som elektronisk egenvurdering og som ordinær stedlig systemrevisjon i Sykehuset Telemark.

Innhold

	Side
1. Konklusjoner og anbefalinger	4
2. Metode og omfang	8
3. Revisjonsplan og tema	9
4. Deltakere og tidsbruk	10
5. Funn og vurderinger per tema	11–31
5.1 Forbedring	12
5.2 Innsatsområder pasientsikkerhet	13-14
5.3 Meldekultur	15
5.4 Personopplysningssikkerhet	16
5.5 Håndtering av farlig avfall og smitte/spesialavfall ...	17
5.6 Helse- og miljøfarlige kjemikalier	18
5.7 Risikostyring vold og trusler	19
5.8 Eattersyn branntekniske installasjoner mv.	20

5.9 Sikkerhet elektrisk utstyr	21
5.10 Tilgang på legemidler i ordinær drift og beredskapssituasjoner	22-23
5.11 Kontaktlege/kontaktpsykolog	24
5.12 Sikker identifisering av pasienter/ ID-kontroll	25
5.13 Opplæring/re-opplæring MTU	26
5.14 Pasientadministrativt arbeid i DIPS	27
5.15 Strålegivende utstyr	28
5.16 HELIKS	29-30
5.17 Oppfølging av tidligere revisjoner og tilsyn	31
6. Evaluering internrevisjon	32

1. Konklusjoner og anbefalinger (1-4)

Konklusjoner

Det er gode resultater innen mange av revisjonstemaene. Styrende krav og dokumenter synes å være godt kjent, de etterleves og oppleves som hensiktsmessige i forhold til enhetenes behov.

Innen de fleste områdene er det imidlertid forbedringsområder med læringspotensial på tvers i sykehuset. Disse gjengis som anbefalinger – til forbedring og læring under.

Anbefalinger

Oppfølging Forbedring: Sikre lederforankring, løfte viktige problemstillinger som ikke kan løses på seksjonsnivå, vurdere samarbeidsområder på tvers og sikre at planarbeidet blir igangsatt og «holder året ut».

Innsatsområder pasientsikkerhet: Resultatene viser at innsatsområdene fremdeles ikke er innført i alle relevante enheter. Dette arbeidet må intensiveres og prioriteres både av klinikkens ledelse og av kvalitetsavdelingen. Behov for revitalisering og tilpasning av innsatsområdene må sjekkes ut ifht nye nasjonale føringer.

Meldekultur:

Det er stort fokus på oppfølging av avvik og klager i de fleste seksjonene, men meldefrekvensen bør bli enda høyere. Behov for å sette opplæringen i system. Stort behov for nytt avvikssystem med moderne systemstøtte. Hendelsesanalyser oppleves som nyttige for å forbedre pasientsikkerheten. Analysene er ressurskrevende og seksjonene ønsker bistand til gjennomføring. Ledere bør gå foran for å sikre åpenhet rundt uønskede hendelser.

Konklusjoner og anbefalinger (2-4)

Personopplysningssikkerhet: Bli bedre til å makulere egne notater/sjekkliste mv. Bli flinkere til å bruke gule lapper i DIPS for å kommunisere med hverandre innad i egen seksjon rundt aktuelle pasienter

Håndtering av farlig avfall og smitte/spesialavfall:

Det anbefales å iverksette informasjonstiltak ut i klinikkene om betydning av riktig avfallshåndtering og hvordan sykehusets avfallshåndtering skiller seg fra den kommunale avfallssorteringen som ansatte ofte henviser til.

Helse- og miljøfarlige kjemikalier: Det anbefales at enhetene har jevnlig fokus på kjemikaliehåndteringen da alle ansatte har behov for å kjenne til praksis på dette området

Risikostyring vold og trusler: Det anbefales at enheter med identifisert risiko innen vold og trusler vurderer behov for systematisk opplæring og øvelse i forebygging og håndtering av volds- og trusselsituasjoner..

Ettersyn branntekniske installasjoner og manuelt slukkeutstyr: Ingen anbefalinger. Synes å fungere veldig bra.

Sikkerhet elektrisk utstyr: Ingen anbefalinger. Resultatene vurderes som samstemte og gjennomgående gode.

Konklusjoner og anbefalinger (3-4)

Tilgang på legemidler i ordinær drift og beredskaps-situasjoner: Beredskapen på legemiddelområdet må forbedres. Prosedyrer for beredskap, apotekets vaktordning samt Tønsys må gjøres bedre kjent. Oppbevaringen av legemidler må forbedres. Krav må tydeliggjøres i prosedyrene. Sykepleiere som er ansvarlig for medisinerom og narkotikakontroll har behov for økt kompetanse.

Kontaktlege/kontaktpsykolog: Til tross for økt oppslutning siden internrevisjonen i 2017, er det i alle klinikker behov for å øke innsatsen for å få kontaktlege/kontaktpsykolog implementert

Sikker identifisering av pasienter/ID-kontroll: Mange uønskede hendelser er knyttet til manglende ID-kontroll. Mange seksjoner har vurdert at ID kontroll ikke er, eller er lite relevant. Som et sikkerhetstiltak anbefales det at seksjonene forsikrer seg om at de kjenner risikoen innen dette området ifht egen drift og at de er kjent med og følger styrende krav til ID-kontroll.

Opplæring/re-opplæring medisinsk teknisk utstyr

Det anbefales å intensivere arbeidet med registrering av MTU i GAT. Det bør vurderes om det er hensiktsmessig med flere parallelle systemer. Mange seksjoner har behov for mer informasjon og opplæring.

Konklusjoner og anbefalinger (4-4)

Pasientadministrativt arbeid i DIPS: Seksjoner som mangler kontroll på arbeidsgrupper, må sikre at både ledere og medarbeidere får tilstrekkelig opplæring/re-opplæring og at oppfølgingen av arbeidsgruppene settes i system

Strålegivende utstyr: Tilbakemelding i egenvurderingen viser at det kan være behov for opplæring eller gjennomgang av prosedyrene i enkelte enheter.

HELIKS: Det anbefales å gjøre seg kjent med HELIKS, herunder å gjennomføre e-læringskurset. Søkefunksjonen har svakheter, men for å kunne bruke den optimalt er det viktig å sette seg inn i hvordan den virker.

De som opplever å stå fast, anbefales å søke hjelp hos superbrukerne eller i HELIKS workshop. Spørsmål kan også sendes kvalitetsavdelingen via meldeordningen@sthf.no. Det er viktig å følge med på når styrende dokumenter skal revideres.

Klinikker som har lokale kopier/duplikater av styrende dokumenter, må fase disse ut så raskt som mulig.

Oppfølging av tidligere tilsyn og revisjoner

Det er viktig å sikre seg at tilsyn og revisjoner blir forsvarlig fulgt opp - og at tiltakene har ønsket effekt - også over tid. Tilsyn og revisjoner i andre enheter er en viktig kilde til læring. Det anbefales å gjøre seg kjent og lære av relevante tilsyn og revisjoner både på tvers i sykehuset og i andre foretak.

2. Metode og omfang

Internrevisjonen i Sykehuset Telemark er en kombinasjon av elektroniske egenvurderinger og ordinære stedlige systemrevisjoner.

Elektroniske egenvurderinger

De elektroniske egenvurderingene skal bidra til et mer effektivt og målrettet forbedringsarbeid:

- Bevisstgjøring av leders ansvar for kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og HMS
- Tema blir gjennomgått i mange enheter
- Stor involvering – personell og enheter
- Reduksjon i antall heldagsrevisjoner
- Fleksibel gjennomføring - egenvurderingen kan gjennomføres når det passer
- Tema og spørsmålene filtreres, slik at enhetene kun får det som er mest relevant for dem.
- I tillegg til faste svaralternativ er det mulig å legge inn kommentarer og forslag til forbedringer.

Stedlige systemrevisjoner

- Skal kvalitetssikre om egenvurderingen er holdbar –og en reell kilde til forbedring og læring
- Enhetene velges på bakgrunn av resultatene i egenvurderingen
- Proaktiv tilnærming – forbedringstiltak gjennomføres i forkant
- Mellom den elektroniske egenvurderingen og systemrevisjonen, må seksjonene ha tilstrekkelig tid til å iverksette aktuelle forbedringstiltak.

Som et ledd i forbedringsarbeidet blir både de elektroniske egenvurderingene og de stedlige systemrevisjonene revidert av seksjonene. De stedlige systemrevisjonene revideres i tillegg av internrevisortemaet som gjennomførte revisjonen.

Den elektroniske egenvurderingen er utviklet i samarbeid med Sykehuspartner HR, Spørreundersøkelser.

3. Revisjonsplan og revisjonstema 2018-2019

Revisjonsplan

Alle seksjoner inngår i en 3-årig rullerende revisjonsplan der alle seksjoner blir revidert i løpet av tre år (ca 140 enheter totalt/ca 40-45 pr år.).

I 2019 ble elektronisk egenvurdering sendt ut i fullskala – til alle seksjoner. 120 fullførte helt, 16 fullførte delvis, mens 5 ikke gjennomførte egenvurderingen. Det ble gjennomført stedlige revisjoner i 10 seksjoner.

Revisjonstema

Internrevisjonen har faste tema som skal sikre at lovkrav til internkontroll blir ivaretatt. I tillegg er det hvert år et eller flere aktuelle tilleggstema.

Tilleggstema 2018-2019: Ibruktakelse av nytt kvalitetssystem – HELIKS

Faste revisjonstema:

- Meldekultur. Avviks- og klagebehandling
- Legemiddelhåndtering inkl. blodtransfusjon
- Pasientadministrativt arbeid i elektronisk pasientjournal, EPJ
- Personopplysningssikkerhet
- Pasientsikkerhet Innsatsområder
- Miljø/Grønt sykehus (ISO 14001)
- HMS
- Medisinsk teknisk utstyr, MTU
- Smittevern
- Brannvern og sikkerhet elektrisk utstyr
- Beredskap
- Oppfølging av tidligere tilsyn og revisjoner
- Kompetanseutvikling og opplæringsplaner

4. Deltakere og tidsbruk

Totalt ble følgende registrert som deltakere i den elektroniske egenvurderingen

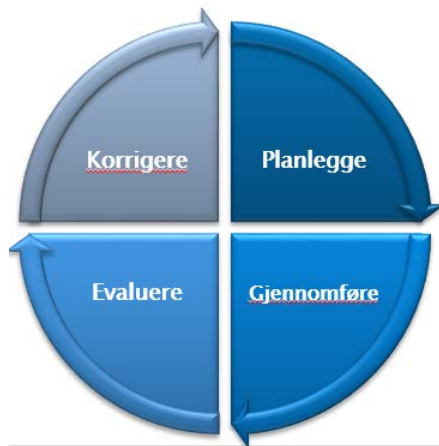
- 50 administrativt personell
- 1 ambulanspersonell
- 4 bioingeniører
- 25 brannvernansvarlige
- 6 vernepleiere
- 15 Leger
- 13 Psykologer
- 34 sykepleiere
- 3 teknisk/drifts personell
- 4 sosionomer
- 4 helsefagarbeider/hjelpepleier
- 1 stålevernkontakt
- 38 i andre funksjoner

- 45 verneombud
- 8 tillitsvalgte
- - og 136 ledere

Tidsbruk – hvor mye tid er gått med til å gjennomføre egenvurderingene i seksjonene?

41% brukte under 1 time på å gjennomføre egenvurderingen. 34% brukte mellom 1-2 timer. 16% brukte mellom 2-3 timer. 5% brukte mellom 3-4 timer mens 4% brukte mer enn 4 timer.

5. Funn og vurderinger



I trygge hender 

5.1 ForBedring

Undersøkelsen ForBedring

Den årlige undersøkelsen ForBedring kartlegger arbeidsmiljø, pasientsikkerhet og HMS.

Ledere på alle nivåer skal benytte resultatene fra ForBedring i enhetens forbedringsarbeid. Ansatte, tillitsvalgte og verneombud skal involveres i planlegging, tiltak og evaluering av resultatene.

Relevante styrende dokumenter (HELIKS): [ID 12609 ForBedring - retningslinjer for oppfølging](#)

Funn og vurderinger

75 % av 129 svarte at de har fulgt opp undersøkelsen i samsvar med retningslinjene. 9 % svarte kun delvis mens 2 % svarte nei.

Mange rapporterer om systematisk oppfølging av undersøkelsen med god involvering både av verneombud og medarbeiderne.

Andre er tydelige på at oppfølgingen starter bra, for deretter å dabbe fort av.

Fordi de ikke lar seg løse på seksjonsnivå, blir mange viktige forbedringspunkter ikke fulgt opp.

Noen ledere involverer seg ikke i oppfølgingsarbeidet

Etterlyser gode verktøy til planlegging og rapportering.

Utfordringer i arbeidsmiljøet følges opp med bistand fra BHT.

Ikke alle kommer i mål med medarbeidersamtalene.

Fokus på interaksjoner, analyser og utviklings-/løsningsfokus; på tvers av seksjoner, avdelinger og klinikker.

ForBedring er primært vertikalt forankret i linjen. Som ledere har vi imidlertid også et stort ansvar for horisontal forankring av utvikling og konsolidering; på tvers i ST HF.

Stedlig systemrevisjoner bekrefter at det i den store variasjonen finnes eksempel på beste praksis, med stor involvering og tett oppfølging av HMS-planen.

5.2 Innsatsområder pasientsikkerhet

Innsatsområdene skal stå sentralt i seksjonenes kontinuerlige arbeid innen pasientsikkerhet og kvalitetsforbedrings.

Alle relevante innsatsområder skal være implementert i seksjonene. Referanse: prosedyre HELIKS [ID 13232](#)
[Pasientsikkerhetsprogrammet ved STHF.](#))

Funn og vurderinger

Tema Innsatsområder pasientsikkerhet er besvart av 54 seksjoner fordelt på totalt 5 klinikker. De fleste seksjonene har gjort en vurdering av aktuelle innsatsområder. Noen seksjoner har ikke svart på hvorvidt de har implementert innsatsområdene. Resultatene viser at innsatsområdene fremdeles ikke er innført i alle relevante enheter.

Seksjonene etterspør fornying og tilpasning av tiltakspakkene. De synes at det kan være vanskelig å definere når et område er implementert. Mange opplever liten relevans, vanskeligheter på grunn av stort tidspress i hverdagen og de ønsker bedre systemstøtte og involvering av spesialister, som farmasøyt og ernæringsfysiolog. Det er også behov for å oppdatere de styrende dokumentene.

STHF total Innføring av innsatsområder pasientsikkerhet / antall seksjoner	Innført (ja)	Ikke innført (nei) men er relevant	Ikke innført. Ikke relevant.
Forebygging av fall	15 (30%)	3 (6%)	32 (64%)
Forebygging av UVI	11 (22%)	1 (2%)	38 (76%)
Forebygging av selvmord	25 (50%)	1 (2%)	24 (48%)
Forebygging av underernæring	16 (32%)	5 (10%)	29 (58%)
Forebygging av infeksjoner med SVK	14 (28%)	1 (2%)	35 (70%)
Samstemming av legemiddellister	39 (76%)	2 (4%)	10 (20%)
Tidlig oppdagelse av forverret tilstand (NEWS/PEWS/ONEWS)	12 (24%)	0	38 (76%)
Behandling av hjerneslag	5 (10%)	1 (2%)	43 (88%)
Ledelse av pasientsikkerhet	26 (53%)	5 (10%)	18 (37%)
Forebygging av trykksår	13 (26%)	1 (2%)	36 (72%)
Tidlig oppdagelse av Sepsis	13 (26%)	2 (4%)	35 (70%)
Trygg kirurgi	7 (15%)	0	41 (85%)
Trygg utskrivning	22 (44%)	3 (6%)	25 (50%)

Tema pasientsikkerhet – prioriterte innsatsområder

Samstemming av legemidler

76% har svart at Samstemming av legemiddellister er implementert i driften. Samtidig viser kommentarene og funn fra de stedlige revisjonene at mye arbeid gjenstår. Det er vanskelig å prioritere samstemming pga høyt tidspress og samstemmingen blir ikke dokumentert i MetaVision. Det meldes også om behov for å involvere farmasøyt i arbeidet. Imidlertid er det også funnet eksempler på god praksis innen samstemming.

Trygg utskriving

44% av seksjonene har innført trygg utskriving, mens 50% har vurdert det som ikke aktuelt. Noen melder at innsatsområdet skal prioriteres og følges opp i enhetenes kompetanseplaner.

Forebygging av underernæring

16% har innført forebygging av underernæring. 10 % av seksjonene vurderer forebygging av underernæring som aktuelt for deres drift, men at det enda ikke er implementert..

Noen planlegger implementering som del av sitt kompetanseprogram. Det stilles spørsmål ved at 58 % av de spurte enhetene ikke vurderer innsatsområdet som relevant.



Ledelse av pasientsikkerhet

Alle ledere har ledelse av pasientsikkerhet som sitt ansvarsområde. 63 % har innført innsatsområdet, mens 37% av seksjonene faktisk definerer at innsatsområdet ikke har relevans. Lederne er usikker på hva som menes med ledelse av pasientsikkerhet som innsatsområde og at det er behov for ytterligere avklaringer. Dette bekreftes av de stedlige systemrevisjonene.

5.3 Meldekultur

Det skal være trygt å si fra om uønskede hendelser slik at vi aktivt kan lære av feil og hindre de skjer igjen. Dette krever tydelige ledere og bevisste medarbeidere som sammen bidrar til en åpen, støttende og lærende sikkerhetskultur.

De styrende dokumentene i HELIKS beskriver krav til meldeplikt og til oppfølging av uønskede hendelser:

[ID 8563 Behandling av uønskede hendelser](#)

[ID 8314 Oppfølging av ansatte etter alvorlige uforutsette hendelser på arbeidsplassen](#)

[ID 7755 Direkte varslingsplikt til Statens helsetilsyn ved alvorlige hendelser](#) [ID 6814 Klagesaksbehandling](#)

[ID 7087 Hendelsesanalyse](#)

Funn og vurderinger

De styrende dokumentene var kjent i 58% av seksjonene, delvis kjent i 39 % . 2 % svarte nei og 1% visste ikke.

73% etterlevde dokumentene, 22% etterlevde dem delvis, 2 % svarte nei mens 2 % ikke visste.

68% vurderte at dokumentene var nyttige og dekte enhetens behov, 26% delvis, 2 % svarte nei mens 4% ikke visste.

I følge svarene var det flere som etterlevde de styrende dokumentene enn som kjente til dem. De stedlige revisjonene avdekket at kravene var kjent, men ikke dokumentene. Flere fokuserer på opplæring i meldekultur. Flere etterlyser nytt avvikssystem og påpeker at avvikskategoriseringen i TQM er mangelfull. Mange seksjoner har stort fokus på å melde avvik. Enkelte avdelinger melder også at de har egne prosedyrer som dekker disse emnene. Avvik registreres i parallelle systemer. Hendelsesanalyser er nyttige men veldig ressurskrevende. Ønske om bistand. Ønsker også tettere kopling mellom seksjonene og klinikkens KPU i oppfølgingen av hendelsene.

Stedlige revisjoner bekrefter at det bør skapes enda bedre forståelse for hva som skal meldes som avvik.

Avvik behandles i tillegg ikke alltid fortløpende, slik at det kan gå lang tid fra meldt pasientskadeavvik til saksbehandling og tiltak. Avvikene bør også gjennomgås å sikre læring innad i seksjonen.

5.4 Personopplysningssikkerhet jf. GDPR

Brudd på personopplysningssikkerheten

Utsiktet eller ulovlig tilintetgjøring, tap, endring, ulovlig spredning av eller tilgang til personopplysninger som er overført, lagret eller på annen måte behandlet i sykehuset. Uønskede hendelser skal registreres i avvikssystemet TQM. Meldepliktige brudd på personopplysningssikkerheten skal meldes til Datatilsynet innen 72 timer.

Styrende dokumenter i HELIKS:

[ID 9915 Prinsipper for tilgangsstyring av DIPS \(STHF\)](#)

[ID 9147 Taushetsplikt om helseopplysninger](#)

[ID 8563 Behandling av uønskede hendelser](#)

Funn og vurderinger

Det er gjennomgående gode resultater i seksjonenes egenvurderinger av hvordan personopplysningssikkerheten blir ivaretatt.

Flere vektlegger gode holdninger og praktiske tiltak som er iverksatt i seksjonene.

Flere vurderer at taushetsplikten kan være til hinder for læring og kvalitetssikring.

Etterlyser tilgang til Public 360 for klinikere.

Personalet må bli bedre til å makulere egne notater/sjekklister som diskuteres i for eksempel behandlingsmøter. Bli flinkere til å bruke gule lapper i DIPS for å kommunisere med hverandre innad i egen seksjon rundt aktuelle pasienter.

Skjerpe rutinene for rydding av pulter.

5.5 Håndtering av farlig avfall og smitte/spesialavfall

Håndtering av farlig avfall og smitte/spesialavfall

Et viktig aspekt ved sykehusets satsning på ytre miljø er å redusere miljøfarlige utslipp til luft, jord og vann.

Den enkelte enhet har ulik påvirkning på miljøet.

En viktig forutsetning for godt og effektivt miljøarbeid er at den enkelte enhet er bevisst på sin påvirkning og sørger for å etterlever de relevante miljøkravene.

Enheten skal ha oversikt over farlig avfall og smitte/spesialavfall og sikre en forsvarlig håndtering av avfallet.

Styrende dokument i HELIKS: [ID 7208 Avfallshåndtering](#)
[ID 12751 Cytostatika- prosedyre for avfallshåndtering](#)

Funn og vurderinger:

Egenvurderingen viser jevnt over gode resultater på etterlevelse, men på flere klinikker vurderer man delvis etterlevelse på opp mot 30%.

Ved stedlig internrevisjon er det avdekket at lokal retningslinje ikke samsvarer med styrende prosedyre.

Flere rapporterer at det jobbes godt med avfallshåndtering ute i enhetene.

Noen enheter ønsker flere sorteringsmuligheter av bl.a. matavfall og plast.

Som eksempel på beste praksis ved stedlig systemrevisjon er det tatt i bruk video/film for å «lære» retningslinjer bl.a. innen avfallshåndtering.

Det anbefales å iverksette informasjonstiltak ut i klinikkene om betydning av riktig avfallshåndtering og hvordan sykehusets avfallshåndtering skiller seg fra den kommunale avfallssorteringen som ansatte ofte henviser til.

5.6 Helse- og miljøfarlige kjemikalier

Helse og miljøfarlige kjemikalier

Stoffkartoteket Eco-online skal oppdateres årlig mht. sikkerhetsdatablad, substusjonsvurdering og risikovurdering.

Lokal systemansvarlig skal ha gjennomført opplæring i ECO-online.

Kjemikalier skal merkes og oppbevares i henhold til sikkerhetsdatablad.

Styrende dokument i HELIKS: [ID 7202](#)
[Kjemikaliehåndtering og stoffkartotek \(Eco-online\)](#)

Funn og vurderinger:

Det er gjennomgående gode tilbakemeldinger i egenrevisjonen av hvordan kjemikaliehåndteringen ivaretas.

Stedlige miljørevisjoner avdekket kjemikalier som ikke håndteres i henhold til prosedyre. Det gjelder både manglende merking og manglende registrering i Eco online.

Eco online krever mye kunnskap og det etterlyses at noen tar sentralt ansvar for dette ved STHF.

For flere enheter er dette lite relevant.

Det er ved stedlig revisjon avdekket behov for en gjennomgang av samsvar mellom tilførsel og bruk av lystgass.

Det anbefales at enhetene har jevnlig fokus på kjemikaliehåndteringen da alle ansatte har behov for å kjenne til praksis på dette området.

5.7 Risikostyring vold og trusler

Risikovurdering vold og trusler

Vold og trusler er hendelser hvor personer blir truet eller angrepet i forbindelse med arbeidet.

Seksjonsleder har ansvar for å utarbeide risikovurderinger og planer for å redusere eller fjerne risiko samt sikre at ansatte får nødvendig opplæring.

Ansatte har ansvar for å følge seksjonens krav til sikkerhet og delta i opplæringsprogram. Ansatte som blir utsatt for vold og trusler, skal melde dette til nærmeste leder. Hendelser skal meldes som avvik under kategorien "skade på ansatt" i avvikssystemet TQM.

Styrende dokumenter (HELIKS):

- [ID 7070 Risikostyring](#)
- [ID 8289 Vold og trusler mot ansatte](#)
- [ID 6804 Politianmeldelse av vold og trusler](#)

Funn og vurderinger:

Resultatene fra egevaluering viser jevnt over en mindre andel enheter som ikke er kjent med prosedyren, men det meldes om stor grad av etterlevelse.

Stedlig revisjon avdekker et par steder at det mangler gjennomføring eller oppfølging av risikovurdering av vold og trusler mot ansatte.

Flere enheter rapporterer om gjennomført risikovurdering.

Det etterlyses en mer omfattende generell rutine og kurs innen vold og trusler.

En del enheter har fokus på å melde avvik, men det meldes også om en underrapportering andre steder.

Det anbefales at enheter med identifisert risiko innen vold og trusler vurderer behov for systematisk opplæring og øvelse i forebygging og håndtering av volds- og trusselsituasjoner..

5.8 Ettersyn branntekniske installasjoner og manuelt slukkeutstyr

Ettersyn branntekniske installasjoner og manuelt slukkeutstyr:

De branntekniske installasjonene og manuelt slukkeutstyr i enheten skal jevnlig inspiseres for eventuelle feil og mangler. Brannansvarlig i den enkelte enhet har sammen med teknisk personell og brannvernleder sentrale oppgaver i ettersynet.

Styrende dokumenter i HELIKS:

- [ID 10128 Brannansvarlig](#)
- [ID 10134 Manuelt slukkeutstyr, ettersyn](#)
- [ID 10129 Branntekniske installasjoner, ettersyn](#)
- [ID 10224 Brannvern overordnet prosedyre](#)

Funn og vurderinger

Egenvurderingen viser høy grad av kjennskap til, etterlevelse og nytte av prosedyrer for håndtering av brann.

Mange enheter melder at ordning med brannvernansvarlig og kurs og opplæring fungerer bra.

5.9 Sikkerhet elektrisk utstyr

Sjekkliste elektrisk utstyr

I den årlige HMS - vernerunden skal det elektriske utstyret i enheten kontrolleres:

- Ettersyn av elektriske apparater, ledninger, støpsel ol.
- Bruk av skjøteledning
- Frittstående varmeovner
- Andre relevant forhold

Styrende dokument i HELIKS: [ID 7778 Sjekkliste HMS-temaer årlig vernerunde](#)

Funn og vurderinger

85% svarte at sjekklisten var kjent i seksjonen, 11 % svarte delvis, ingen svarte nei, mens 3 % svarte vet ikke.

Tilsvarende prosentfordeling kunne bekrefte at sjekklisten ble brukt, og at den var nyttig og tilfredsstilte seksjonens behov.

Resultatene vurderes som samstemte og gjennomgående gode.

5.10 Tilgang på legemidler i ordinær drift og beredskapssituasjoner

Sykehuset Telemark skal ha forsvarlig tilgang på legemidler og blodprodukter både i ordinær driftssituasjon og beredskapssituasjoner.

Den enkelte seksjon skal sikre forsvarlige bestilling, mottak, lagerhold og retur av legemidler. Utenom Sykehusapotekets åpningstid, kan legemidler lånes fra annen enhet ved hjelp av ["TønSys Lageroppslag - Hvor kan jeg låne?"](#).

Beredskap Delplan Svikt i legemiddelforsyning skal sikre tilgjengelighet og leveranse, oversikt over leveringssituasjonen og gode varslingsrutiner i en beredskapssituasjon .

Styrende dokumenter i HELIKS:

[ID 7764 Legemidler-Adgangskontroll, bestilling, mottak, oppbevaring og retur](#)

[ID 11807 Antidotliste for STHF](#)

[ID 12523 Beredskap Delplan Svikt i legemiddelforsyning](#)

Funn og vurderinger

56% av seksjonene kjente til de styrende dokumentene. 37% delvis. 5% kjente ikke til dem og 2 « visste ikke.

63% etterlever de styrende dokumentene. 26% delvis. 7 % gjør det ikke mens 4 % ikke vet.

65% opplever at dokumentene er nyttige og tilfredsstillende enhetens behov, 26% mener at de delvis gjør det. / prosent mener at de ikke gjør det og 2% vet ikke.

Flere enheter har behov for mer opplæring, mens andre opplever at de har god styring og kontroll. Beredskapsarbeidet – og spesielt TønSys må gjøres bedre kjent.

Tilgang på legemidler i ordinær drift og beredskapssituasjoner (fort)

Stedlige tilsyn

I 2019 var også legemiddelberedskap tema for fellesrevisjonen utført av farmasøyter fra de lokale sykehusapotekene i HSØ. Lokalt tema var i tillegg oppbevaring, istandgjøring og kontroll med A- og B-preparater. I tillegg ble det revidert på samstemming av legemiddellister i regi av sykehusets egne internrevisorer. Her ble det rapportert om manglende dokumentasjon av samstemming i MetaVision.

Farmasøytene har deltatt i de stedlige systemrevisjonene på ortopedisk sengepost, døgnsesksjonen på Notodden, alderspsyk sengepost, anestesi/opr. Notodden, sengepost blod kreft og ambulansestasjon Porsgrunn. Funn:

Tema	Avvik	Observasjon
Legemiddelberedskap	2	3
Oppbevaring av legemidler	3	1
Istandgjøring av legemidler	2	1
Kontroll med A og B preparater	3	
Legemiddelsamstemming	2	

Revisjonsfunnene bekrefter at det er behov å forbedre beredskapen innen tilgang på legemidler.

Det gjøres i ulik grad vurderinger av hvor mye legemidler seksjonene skal ha på lager. Vurderingene er som oftest begrunnet i plass, økonomi og daglig drift. Det er ikke definert forventinger til hvor lenge man skal kunne klare seg uten forsyning. Prosedyrer for beredskap og vaktordning er også lite kjent.

Farmasøytene påpeker at oppbevaring av legemidler, er område med behov for forbedring. I tillegg til revisjonsfunnene, bekreftes dette av apotekansatte som er ansvarlige for lagerpåfylling. Revisjonen har videre avdekket behov for å tydeliggjøre krav i prosedyrene, for eksempel gjelder dette temperaturkontroll. Det er også behov for å øke kompetansen til sykepleiere som er ansvarlig for medisinrom og narkotikakontroll.

5.11 Kontaktlege/kontaktpsykolog

Kontaktlege/kontaktpsykolog

Pasienter med alvorlig tilstand som medfører behov for oppfølging over tid fra spesialisthelsetjenesten, har rett på få oppnevnt kontaktlege/kontaktpsykolog. Hensikten er å gjøre oppfølgingen av hver enkelt pasient bedre, tryggere og mer effektiv. Det skal gjøres en konkret vurdering for hver enkelt pasient om vilkårene alvorlighet og varighet (3-5 dager) er oppfylt. Begge vilkårene skal være oppfylt for å ha rett til ordningen. Alvorlig tilstand er en medisinskfaglig vurdering. Kontaktlege/ kontaktpsykolog skal registreres i DIPS. Styrende dokument i HELIKS [ID 10597](#)
[Kontaktlege Kontaktpsykolog](#)

Funn og vurderinger

62 enheter fordelt på 5 klinikker vurderte kontaktlege / kontaktpsykolog. 45 seksjoner (74 %) svarte at de er kjent med kravene til ordningen mens 9 seksjoner (15 %) svarte at de kun er delvis kjent. En enhet svarte at kravene i ordningen ikke er kjent, mens 6 enheter svarer at de ikke vet.

I følge enkelte seksjoner har fokuset på oppnevning og registrering av kontaktlege økt og det gjennomføres undervisning som skal sikre at ordningen blir implementert.

Noen seksjoner har implementert ordningen fullt ut, mens andre vurderer at ordningen har liten nytte og relevans. Funksjonen kan ivaretas av fast behandler gjennom forløpene.

Enkelte fagfelt melder også om vanskelige skjønnsmessige vurderinger knyttet til vilkårene for kontaktlege.

Andre melder at de i praksis har hatt kontaktlege i flere år, men at det ikke har vært registrert i journalen før nå.

Oppsummert er det store klinikkvise variasjon i hvordan ordningen følges opp. Samtidig er det positivt at kunnskapen og oppslutningen om ordningen synes å ha økt betydelig, sammenlignet med funnene fra tilsvarende internrevisjon i 2017. Det er imidlertid uten tvil et stort behov for å øke innsatsen for å sikre implementeringen av kontaktlege/kontaktpsykolog.

Funn fra stedlig systemrevisjon bekrefter at ordningen ikke er implementert i alle seksjoner.

5.12 Sikker identifisering av pasienter/ ID-kontroll

Avvik knyttet til dokumentasjon og ID-kontroll er hyppige årsaker til at pasienter blir forvekslet.

Vanlige medvirkende årsaker:

- Manglende/feil ID-kontroll
- Registreringer på feil pasient i EPJ
- Papirdokumenter blir skannet inn på feil pasient i EPJ
- Feil i pasientoversikter
- Uoversiktlige og stressede arbeidssituasjoner
- Arbeidsoppgaver blir delt opp og mange involvert
- Hyppige avbrytelser
- Manglende opplæring/re-opplæring

Styrende dokumenter i HELIKS:

[ID 11813 Identifisering av pasient i sykehuset](#)

[ID 8573 Istandgjøring og utdeling av legemidler](#)

[ID 17017 LabCraft - registrering av SAG og](#)

[Trombocyttkonsentrat som hentes til transfusjon](#)

[ID 12181 Transfusjon av blod og blodprodukter](#)

[ID 10809 Bedside control - Identitetssikring ved](#)

[blodtransfusjoner](#)

Funn og vurderinger

50% av seksjonene svarte at dokumentene var kjent, 16% at de delvis var kjent, 2 % svarte nei, 1 % visste ikke mens 31% svarte ikke aktuelt.

57% svarer at dokumentene blir etterlevd, 10% svarer delvis. 1% svarer nei, 2% visste ikke mens 30% svarer ikke aktuelt.

48% mener dokumentene er nyttige og dekker enhetens behov, 16% svarer delvis, mens 2 % svarer nei, 2 % visste ikke mens 32 % svarer ikke aktuelt. Økt fokus på ID-kontroll med MetaVision. ID-kontroll relevant for sykepleiere, ikke for leger. Seksjonen har egne dokumenter for ID-kontroll. Behov for ID-armbånd i KPR

Stedlige tilsyn: Stor fokus på sikring av ID. Det kan være hensiktsmessig å innføre ID-bånd i alle seksjoner.

Mange feil og avvik er knyttet til manglende ID-kontroll. Siden mottakerne i utgangspunktet er vurdert som relevante for ID-kontroll bør årsaken til at dokumentene ikke er vurdert som relevante gjennomgå særskilt.

5.13 Opplæring/re-opplæring medisinsk teknisk utstyr (MTU)

Alle brukere av alt medisinsk teknisk utstyr (MTU) skal ha forsvarlige kunnskaper og ferdigheter i hvordan utstyret skal brukes og hvilke sikkerhetshensyn som må tas overfor pasient, ansatte og omgivelsene.

Det skal foreligge oppdaterte opplæringsplaner for alt medisinsk teknisk utstyr som benyttes i enheten. I tillegg skal både første gangs opplæring og re-opplæring (vedlikehold av kompetanse) dokumenteres i GAT. Seksjoner som ikke har fullført GAT-registrering av opplæringen, må i mellomtiden sikre manuelle registreringer.

I den årlige HMS - vernerunden skal det kontrolleres at MTU-opplæringen blir dokumentert i GAT, eventuelt manuelle registreringer i påvente av dette.

Styrende dokumenter i HELIKS:

- [ID 11550 Opplæring og re-opplæring av medisinskteknisk utstyr \(MTU\)](#)

- [ID 7778 Sjekkliste HMS-temaer årlig vernerunde](#)

Funn og vurderinger

Dokumentene er kjent i 85% av enhetene, 15% delvis, og 1% svarte nei.

Dokumentene ble etterlevd i 79% av enhetene, 17% delvis og 4% svarte nei.

73 % svarte at dokumentene var nyttige og dekte enhetens behov, 23% svarte delvis, 3% svarte nei mens 1% svarte vet ikke.

28% svarte at opplæring og re-opplæring var registrert i GAT, 22% svarte delvis, 45% svarte nei mens 5 % svarte vet ikke.

Flere er i gang med registreringen. Mye er fremdeles i permer. Noen seksjoner opplever at registreringssystemet er tungvint. Spørsmål om slik registrering er mulig for poliklinikkene.

DNV og Norsk akkreditering har godkjent parallelle systemer. Arbeidet er ressurskrevende. Benytter manuelle systemer. De stedlige revisjonene bekrefter at arbeidet pågår.

5.14 Pasientadministrativt arbeid i DIPS

Brukere av DIPS skal følge opp private og felles arbeidsgrupper i DIPS som de har tilgang til via sin rolle.

Det er avgjørende for pasientsikkerheten at bruker åpner private arbeidsgrupper hyppig, slik at arbeidsoppgavene som kommer dit blir sjekket ut fortløpende. Dette er særskilt viktig for dokumenter som ikke er godkjente eller ferdigstilte. Oppgavene skal kvitteres ut etterhvert som de løses.

Ved planlagt fravær, skal bruker sørge for at andre har tilgang og kan følge opp arbeidsgruppen.

Styrende dokumenter i HELIKS:

Arbeidsflyt: [ID 9962 DIPS Gi andre tilgang til mine arbeidsoppgaver](#)

Arbeidsflyt: [ID 9964 Mine arbeidsoppgaver](#)

Oppslag i journal: [ID 10499 DIPS journal – oppslag](#)

Funn og vurderinger

67% vurderte at dokumentene var kjent i enheten, 24 delvis 4% svarte nei mens 4% svarte vet ikke.

72% svarte at dokumentene ble etterlevd. 22% svarte delvis, 4% nei mens 3% ikke visste.

82% mente at dokumentene var nyttige og dekket seksjonens behov. 11% svarte delvis, 4 % svarte nei mens 3% svarte vet ikke,

Seksjonene kommenterer at de holder opplæring og kjører kontrollrapporter når behov. Enkelte dokumenter, f.eks. fagrapporter kan bli liggende lenger, da de opprettes under pasientens utredning og ferdigstilles når utredningen er ferdig (seksjonen blir ikke målt på epikrisetid). Flere melder at dokumentene er godt innarbeidet. Noen melder at noe ikke var kjent fra før. Etterspør re-opplæring – i tillegg til opplæring av nyansatte. Noen har veldig godt innarbeidede rutiner, mens andre må iverksette forbedringstiltak.

Stedlig systemrevisjon bekrefter at dokumentene verken er kjent eller innarbeidet i alle seksjoner.

5.15 Strålegivende utstyr

Strålegivende utstyr:

Innen medisinsk bruk av røntgen, MR og nukleærmedisinsk apparatur kan utilsiktet eksponering av personell eller pasient skje. Apparatsvikt kan også forekomme.

Ulykker, uhell og unormale hendelser knyttet til strålegivende utstyr skal varsles til Statens strålevern og rapporteres til seksjon for medisinsk teknologi, strålevernkoordinator ved Bedriftshelsetjenesten (BHT) og registreres i avvikssystemet TQM.

Varslingsplikten gjelder alle steder der strålegivende utstyr finnes og utilsiktet eksponering av personell eller pasient samt apparatsvikt kan skje.

Styrende dokumenter i HELIKS:

- [ID 12850 Strålevernorganisering ved Sykehuset Telemark HF](#)
- [ID 11996 Varslingsplikt ved unormale hendelser knyttet til strålegivende utstyr](#)
- [ID 8563 Behandling av uønskede hendelser](#)

Funn og vurderinger

Egenvurderingen viser en usikkerhet på over 50% på om disse prosedyrene er kjent og etterleves i alle relevante kliniker, men det meldes om stort samsvar på nytte.

Tilbakemelding i egenvurderingen viser at det kan være behov for opplæring eller gjennomgang av prosedyrene i relevante enheter.

5.16 HELIKS

Erfaringer med HELIKS

Det nye kvalitetssystemet - HELIKS - skal beskrive hvordan sykehusets aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lovgivningen.

Alle ledere skal innen sitt ansvarsområde sørge for at HELIKS:

- kun inneholder dokumenter som er oppdatert og nødvendige - med vekt på forsvarlig utførelse av særskilt risikofylte oppgaver
- blir brukt av ansatte slik at de styrende dokumentene etterleves (prosedyrer, retningslinjer, sjekklister etc)

Hver klinikk har minst en superbruker som skal fremme bruk av HELIKS. Superbrukernes primære oppgave er løpende support, veiledning og opplæring.

Alle ansatte skal utføre sitt arbeid i tråd med styrende dokumenter i HELIKS, og fremme forslag til endringer ved behov for forbedringer.

Funn og vurderinger

Obligatorisk e-læring: 55% av seksjonene har gjennomført e-læringskurset. 40% har delvis gjennomført, men 6% har ikke gjennomført kurset

Finne fram i dokumentene: 45 % finner dokumenter når de har behov, 50% kun delvis mens 5 % ikke finner fram.

Duplikater: 32 % har duplikater, 32% delvis mens de fleste, 59% har ikke duplikater.

Relevante og oppdaterte dokumenter: 70 % har relevante og oppdatert dokumenter, 29% delvis mens 1 % ikke har oppdaterte og relevante dokumenter.

Melde fra om revisjonsbehov: 57% kan melde fra om behov for å revidere et dokument, 36% delvis mens 8 % ikke kan.

Foreslå nytt/gjenbruke dokument: 54% kan foreslå nytt og gjenbruke dokument, 39% delvis mens 7% ikke kan.

Vet hvem superbruker er (opplæring og veiledning): 76% vet hvem superbruker er, 14% delvis og 10% nei.

Hvor fornøyd er dere med HELIKS? 13% av seksjonene er veldig fornøyd, 31% er litt fornøyd, 21% er nøytral, 27% er litt misfornøyd mens 7 % er veldig misfornøyd.

De stedlige revisjonene viser at enkelte enheter har mange dokumenter som ikke er revidert innen fristen.

HELIKS - kommentarer i utvalg

- Problemer med å søke opp dokumenter på ulike nivå.
- Elendig søkefunksjon (mange).
- Problemer med dokument- og bildebehandling på web, utskrifter mv. Ikke tilpasset vår avdeling.
- Lite intuitivt og veldig komplisert. Behov for enkelt system i travel hverdag.
- Mange lange sløyfer og beslutningsprosesser,
- Ønsker reduksjon i antall kvalitetssystemer
- Tungvint og omstendelig revisjonsprosess
- Krever god opplæring for å mestre.
- Tungvint godkjenningsstruktur
- Bør koples fra organisasjonsstrukturen
- Mindre lederstyrt
- Får ikke filtrert på dokumenter som seksjonen eier.
- Lettere å finne fram i gamle TQM.
- Dårlig søkefunksjon
- Gode erfaringer med bruk
- Greit system. LITTLEST, lett å bruke, intuitivt.
- Fungerer bedre når systemet blir mer brukt.
- Godt å ha dokumenter som er førende som en støtte i det daglige arbeid. Seksjonen bruker mange og spesielt godt der det kan bli en diskusjon eller usikkerhet på situasjonen.
- Mange gode funksjoner
- Greit å finne fram i HELIKS. Bedre enn TQM. Alle er kjent med at det finnes dokumenter for det meste og man spør evt. leder eller andre. Synes dokumentene dekker våre behov. Sjekker videre med noen i STHF hvis aktuelt.
- HELIKS er oversiktlig, har gode søkefunksjoner og er mer kommunikativt dynamisk enn tidligere TQM; ved at man kan foreslå endringer og/eller nye dokument.
- I forhold til TQM , meget bra.

5.17 Oppfølging av tidligere tilsyn og revisjoner

I tillegg til sykehusets egne interne revisjoner, gjennomfører eksterne tilsynsmyndigheter en rekke tilsyn

Det norske Veritas gjennomfører årlig miljørevisjoner

Alle revisjonsavvik skal følges opp med målrettede forbedringstiltak slik at de kan "lukkes". Dette forbedringsarbeidet har ofte læringsverdi på tvers i sykehuset.

Referanse: Prosedyre ID 12928 Eksterne tilsyn og revisjoner (HELIKS)

Funn og vurderinger

72% melder at avvik fra tidligere revisjoner og tilsyn er lukket. 11 % svarer delvis, 1 % nei mens det ikke er aktuelt for 16 %. Dette vurderes som gode resultater.

62 % vurderer at tiltakene har hatt effekt, 22 % delvis, ingen svarer nei – mens det ikke er aktuelt for de resterende 16 %.

42 % melder at de har gjennomført forbedringstiltak på bakgrunn av revisjoner i andre enheter mens 18% svarer delvis. 21 % svarer nei mens det ikke er aktuelt for 19%. Her kan klinikkene vise til bedre resultater enn stabsavdelingene.

Seksjonene melder om mange eksempler på læring fra tilsyn og revisjoner i andre enheter. Noen viser også til læring på tvers mellom helseforetakene. Mange er opptatt av at dette er en viktig kilde til læring.

6. Evaluering internrevisjon

I hvilken grad er dere fornøyd med elektronisk egenvurdering som revisjonsmetode? (124 svar)

Funn og vurderinger

52 % svarte at de var veldig fornøyd med egenvurderingen som revisjonsmetode, 24 % svarte at de var litt fornøyd, 22% var nøytrale mens 2 % var litt misfornøyd. Ingen av klinikkene var veldig misfornøyd.

Evalueringen viser en overveiende positiv oppslutning om egnevaluering som revisjonsmetode.

Kommentarer i utvalg

- «Nyttig, blir oppmerksom på hva vi kan og hva vi kan bli bedre på.»
- «Man lærer og blir oppdatert mens man har revisjonen - det er bra.»
- «Det har vært en nyttig gjennomgang innen ulike områder.»
- «Forenkler prosessen. Tydelig og grei. Gir oss rom for egenrefleksjon og evaluering av våre egne prosesser/systemer»
- «Tidkrevende..... – men samtidig lærerikt»
- «Unyansert. Lite læring.»
- «Blir litt venstrehåndsarbeid når man ikke utfordres ansikt til ansikt.»

- «Mange aktuelle temaer blir tatt opp i denne elektroniske internrevisjonen. Flere ansatte kan delta i arbeidet med å svare og man får en bevissthet i fht mange av temaene som vi nok ikke har hatt tidligere.»
- «Flott at man kan gå fram og tilbake og ut og inn av denne internrevisjonen.»
- «Nyttig for å få en gjennomgang og oppfriskning av informasjon og aktuelle prosedyrer»
- «Bra i forhold til tidsbruk, men burde vært mer tilpasset den aktuelle seksjonen.»
- «Fint å få oversikt over mangler som må følges opp og tilhørende dokumenter for bevisstgjøring av ansvar.»
- «Denne revisjonsmetoden gjorde at vi fikk gjennomgang av flere områder.»
- «Kan gjøre det når det passer. Har anledning til å gå tilbake og snakke med andre om hva de tenker.»
- «Det oppleves bedre å prate sammen. Vi ønsker oss en tilbakemelding på det som er gjort av vurderinger i denne besvarelsen»
- «Jeg skal bruke mer tid neste år.»

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Overordnet HMS handlingsplan 2020 og helhetlig HMS system ved STHF

Sak nr.	Saksbehandler	Sakstype	Møtedato
073 - 2019	Fagdirektør Halfrid Waage, Spesialrådgiver HMS Liv H Carlsen	Orientering	18.12.2019

Trykte vedlegg:

- Overordnet HMS handlingsplan 2020
- Beskrivelse av helhetlig HMS system

Har saken betydning for pasientsikkerheten?

Ja, målrettet arbeid med HMS og arbeidsmiljø bidrar til trygge og ivarettatte ansatte som igjen vil bidra positivt til pasientsikkerheten.

Ingress:

Overordnet HMS handlingsplan 2020

Overordnet handlingsplan for helse, miljø og sikkerhet (HMS) for STHF 2020 bygger på vedtatt plan og evaluering av resultater innen HMS for 2019. Arbeid med rullering av HMS handlingsplanen er gjennomført med bred involvering fra HVO, FTV, HR, HMS/ Kvalitet, fagansvarlige innen HMS og Bedriftshelsetjenesten.

Det er gjort noen strukturelle endringer i sykehusets HMS-planverket for neste år. Rammeverk og system for HMS arbeidet beskrives i en egen prosedyre, overordnet HMS handlingsplan beskriver mål og satsningsområder innen HMS og årsplan for HMS synliggjør aktiviteter som skal gjennomføres i løpet av året.

Beskrivelse av helhetlig HMS system

HMS arbeidet ved sykehuset skal bidra til videreutvikling av et godt arbeidsmiljø, forebygging av uhell og ulykker og vern av det ytre miljø. En videreutvikling av det systematiske HMS arbeidet må bygge på allerede etablerte prosesser og systemer i organisasjonen, og gjennomføres i samarbeid med fagansvarlige og ledere innen de ulike HMS områdene.

I internkontrollforskriften stilles det konkrete krav til systematisk HMS arbeid som skal ivaretas ved videreutvikling av et helhetlig HMS system.

I beskrivelsen av behov for et helhetlig HMS system er det tatt utgangspunkt i krav til internkontroll, dagens etablerte prosesser og ledelsessystem.

Elementene som inngår i det systematiske HMS arbeidet, vil videreutvikles i løpet av 2020 og bidra til et mer helhetlig HMS arbeid ved STHF.

HMS handlingsplanen for 2020 er behandlet i AMU 03.12.19 og HMS handlingsplanen og beskrivelse av helhetlig HMS system er behandlet i ledergruppa 10.12.19.

Forslag til vedtak:

Styret tar overordnet HMS handlingsplan for 2020 til orientering og stiller seg bak beskrivelse av helhetlig HMS system som grunnlag for videreutvikling av sykehusets HMS arbeid.

Skien, den 10. desember 2019

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Overordnet HMS handlingsplan 2020 for STHF

HMS handlingsplanen er et overordnet styringsdokument som angir mål og tiltak på prioriterte satsningsområder innen HMS arbeidet for STHF.

Mål for det systematiske HMS-arbeidet ved STHF

Ledelse vedtar årlig prioriterte mål og satsningsområder for HMS arbeidet for sykehuset. Det etableres sentrale tiltak som skal bidra til måloppnåelsen og dette vil følges opp sentralt i løpet av året gjennom rapportering til AMU, tertialrapportering, Ledelsens gjennomgang og årsrapport til ledelsen.

Mål og tiltak på alle nivå.

Alle ledere er ansvarlige for å gjennomføre risikovurderinger og sette egne mål innen HMS, og skal ta hensyn til overordnede mål og føringer i sine planer. Mål og tiltak for HMS arbeidet skal dokumenteres i HMS handlingsplanen i den enkelte seksjon, avdeling og klinikk og følges opp av den enkelte leder.

Overordnet HMS handlingsplan er delt inn i følgende hovedområder:

1. Mål og tiltak innen helse/ arbeidsmiljø
2. Mål og tiltak innen klima og miljø (Ytre miljø)
3. Mål og tiltak innen sikkerhet
4. Mål og tiltak innen systemutvikling
5. Kurs og opplæringstiltak innen HMS

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

1.1. IA-målene som omhandler sykefravær, ivareta personer med nedsatt funksjonsevne, hindra frafall fra arbeidslivet og økt avgangsalder

Mål og satsningsområder 2020	Forbedringstiltak	Tiltaks-ansvarlig	Gj.-førings ansvar	Måling/ dokumentasjon	Mål 2019/ Status nov 2019
Sykefravær – mål 2020: 6,7%	Nytt sykefraværprosjekt i samarbeid med NAV. Lederopplæring knyttet til sykefraværsoppfølging.	HR	Leder	Eli-sykefraværsrapportering, tertialrapport, årsrapport HMS	6,7% / 6,83% per 1. okt 2019
Inkluderingsdugnad	Behandling i ledergruppen med diskusjon om tiltak i januar 2020.	HR	Leder		Ny
Oppfølging av gravide arbeidstakere Mål 2020: Stå i arbeid til uke 33	Informasjonsmøte for gravide og ledere m/ BHT, Jordmor og NAV. Dele ut brosjyre til alle gravide. Trekantsamtale. Samtaler mellom jordmor, den gravide og leder for tilrettelegging. Vurdere omplasseres til vikariater.	HR	Leder og jordmor	Manuell telling, årsrapport HMS	Oppdaterte tall v/ årsslutt

Arbeidstakere med nedsatt funksjonsevne	Arbeidsutprøving på tvers av klinikker. Samarbeide med NAV for evt. virkemidler. Fokus på tilrettelegging så langt det er mulig for egne ansatte. Funksjonsvurdering kan gjennomføres av BHT.	HR	Leder	Tilretteleggingstiltak ved lokal leder, årsrapport HMS	
Hindre internt frafall fra arbeidslivet	Vurdere mulighet for å tilby tidsavgrenset arbeidsutprøving ved henvendelse. Bruke muligheten i KLP midlertidig/delvis uføregrad.	HR	Leder	Tall fra KLP: antall på midlertidig/delvis uføregrad, årsrapport HMS	Ny
Mål 2020: Avgangsalder 63 år	Seniortiltak for medarbeidere fra 58 år	HR	Leder	Tall fra KLP, årsrapport HMS	63 år / 63,2 år per 1. okt 2019

1.2. Arbeidsmiljøloven og lokalt forbedringsarbeid

Mål og satsningsområder 2020	Forbedringstiltak	Tiltaks-ansvarlig	Gj.-føringsansvar	Måling/dokumentasjon	Mål 2019/ Status nov 2019
AML-brudd Redusere antall brudd og sikre riktige registreringer	Gjennomgang i løp av vår 2020 med ledere for riktig bruk av GAT slik at AML brudd blir registrert riktig. Lokale ledere må jobbe systematisk for å forebygge og redusere AML-brudd. Inngå avtaler med tillitsvalgte for å redusere AML-brudd der det er mulig.	HR	Leder	Månedlig enhetsrapport, kvartalsrapport AMU, årsrapport HMS	Status: 17'brudd pr år, positiv trend siste halvår.
Forbedring Svarprosent over 90%	Systematisk plan for informasjon, gjennomføring og oppfølging som involverer ledere, tillitsvalgte og ansatte.	HR	Leder	Resultat ForBedring	90% / 86%
Influensa vaksinasjon, vaksinasjonsgrad – 75%	Systematisk plan for informasjon til ansatte og gjennomføring av vaksinasjon med bistand fra BHT.	HR	BHT	Rapportering til HSØ, årsrapport HMS	75%/ 63% per 25.11.19

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

Eierskapsmeldingen (Meld.St.8 (2019-2020)) sier at for å nå klimamålene, vedtatt i Paris-avtalen i 2015, vil det være behov for overgang til en grønnere og mer sirkulær økonomi. FN's bærekraftsmål frem mot 2030 (vedtatt i 2015) skal bidra til en bærekraftig utvikling der miljø, økonomi og sosial utvikling ses i sammenheng. Regjeringen har bestemt at bærekraftsmålene utgjør det politiske hovedsporet for å ta tak i vår tids største nasjonale og globale utfordringer. Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst gir føringer om å legge FN's bærekraftsmål til grunn for arbeidet med samfunnsansvar.

Mål 2020	Forbedringstiltak	Tiltaks-ansvarlig	Gjennomføringsansvar	Måling/dokumentasjon	Mål 2019/ Status nov 2019
----------	-------------------	-------------------	----------------------	----------------------	---------------------------

Redusere sykehusets CO2 utslipp	<p>Redusere unødig forbruk av energi:</p> <p>Sentrale energisparetiltak/ reduksjon i energiforbruk:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Benytte energi-effektive løsninger/ produkter ved utskifting/ utvikling av bygningsmasse - holdningskampanjer <p>Lokale energisparetiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Slå av lys, varme, PC-skjerm etc. og maskiner som ikke er i bruk 	Eiendoms-utvikling/ Energileder,	Eiendoms-utvikling/ energileder, SSL/ Leder	Lokale tiltak dokumenteres lokalt, jevnlig oppfølging av energiforbruk, årlig el-forbruk rapporteres til HSØ, årsrapport HMS	Oppdaterte tall v/ årsslutt
	<p>Redusere klimagassutslipp fra transport:</p> <p>Sentrale tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Optimalisere bruk av sykehusets biler/ el-biler - Tilrettelegge for en mer miljøvennlig ansatte transport til og fra jobb <p>Lokale transportsparetiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skype møter - Samkjøring/ kollektivkjøring 	SSL/ Transport/ HMS koordinator	SSL/ Transport, Leder	Lokale tiltak dokumenteres lokalt, årlig rapportering til HSØ på sentral transport-aktivitet, årsrapport HMS.	Oppdaterte tall v/ årsslutt
Redusere unødig forbruk av ressurser	<p>Redusere unødig forbruk av forbruksmateriell, legemidler og medisinske forbruksvarer.</p> <p>Mulige tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riktig bestilling – bl.a. unngå produkter utgått på dato - Bytte forbruksvarer med andre avdelinger - Effektiv lagerstyring - Informasjon/ holdningsskapende arbeid - Redusere ubrukt materiell til smitteavfall 	SSL/ sentrallager, alle ledere	Leder- alle enheter	Lokale mål og tiltak - dokumenteres lokalt, rapport på total avfallsmengde, årsrapport HMS.	NY
	<p>Redusere matsvinn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontroll av varemottak - Matbestilling i hht. sengepostliste i DIPS (Rett mat til rett pasient) - Implementere bestillingssystemet ERP-AIVO - Tilpasse god produksjonsplanlegging etter antall pasienter som er innlagt 	Leder ernæring	Leder – alle enheter	Matsvinn måles og rapporteres sentralt kvartalsvis og årlig. Årsrapport HMS	Oppdaterte tall v/ årsslutt

	Redusert bruk av helse og miljøfarlige kjemikalier: <ul style="list-style-type: none"> - Etablere og oppdatere sentral substitusjonsliste - Lokal substitusjon 	Miljøkoordinator	Leder	Oversikt bruk og substitusjon i Eco online, årsrapport HMS	NY
Økt fokus på miljøhensyn ved anskaffelser	Mulige tiltak: <ul style="list-style-type: none"> - Pådriver til miljøvennlige innkjøp og anskaffelser (krav til materialvalg, utslipp, energiforbruk etc.) - Øke kunnskapen om livsløpsperspektivet ved anskaffelser 	SSL/ Innkjøp og logistikk, innkjøpere	SSL/Innkjøp og logistikk, Ledere	Miljøkrav i anskaffelser, årsrapport HMS	NY
Samhandling om miljømål	Samhandling om miljøtiltak på tvers av enheter. Økt samarbeid om miljøtiltak med eksterne samarbeidspartnere som kommuner og andre aktører.	Miljø-koordinator, fagansvarlige,	Miljø-koordinator, fagansvarlige og ledere	Årsrapport HMS	NY
Redusert forbruk av bredspektret antibiotika med 30% innen 2020 sammenliknet med 2012.	Tiltak i henhold til smittevernplan, innsatsområde antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI).	Smittevernoverlege, antibiotika-team	Leder – alle enheter som bruker antibiotika	Rapportering på antibiotikabruk, årsrapport HMS	Oppdaterte tall v/ årsslutt.

3. Mål og tiltak innen sikkerhet

Mål 2020	Forbedringstiltak	Tiltaks-ansvarlig	Gj.-førings ansvar	Måling/ dokumentasjon	Mål 2019/ Status nov 2019
Innføre systematisk arbeid med vold og trusler ila 2020-2021	Oppdatere overordnet prosedyre og tiltakskort. Mal for kartlegging og risikovurdering. Etablere og igangsette opplæringsaktiviteter. Sikringstiltak og andre tiltak.	HR/ HMS koordinator	Leder	Tertialrapport og årsrapport HMS på tiltak i henhold til plan	NY
Sikkerhet i sykehus – ferdigstille tiltak ila 2020	Tiltak i vedtatt plan fra sikringsrisikoanalyser 2017 Vurdere behov for alarmanlegg og andre sikringstiltak som del av arbeid med vold og trusler (ikke avsatt midler)	SSL/ Eiendomsdrift	Leder	Gjennomførte tiltak i henhold til plan.	Under gj.føring

4. Mål og tiltak innen HMS systemutvikling

Mål 2020	Tiltak	Tiltaks-ansvarlig	Gjennomførings ansvar	Måling/ dokumentasjon	Mål 2019/ Status nov 2019
Aktive HMS handlingsplaner – 100%	Alle enheter har etablert og fulgt opp tiltak i HMS handlingsplanen etter: ForBedring, vernerunde, miljømål, kartlegging/ risikovurdering innen HMS (vold og trusler, arbeidsplaner), relevante tiltak i overordnet HMS handlingsplan	HR	Leder	Innrapportering fra leder til LGG og årsrapport HMS	100% / 121 av 156 planer er oppdatert i løpet av 2019 per 26.11.19 = 77%
Etablere systemtiltak for HMS oppfølging	Etablere HMS temaside i nytt intranett. Systematisk kategorisering og oppfølging av HMS avvik. Mal for kartlegging og risikovurdering innen HMS (vold og trusler, arbeidsplaner).	Kvalitetsavdelingen	HMS koordinator	HMS temaside etablert. Rapport – statistikk HMS avvik. Årsrapport HMS	NY
Oppdatere innhold i HMS opplæring for ledere og verneombud	Samme omfang som tidligere, men med oppdatert innhold	HR	HR/ BHT	Oppdatert kursinnhold	NY / Revisjon av kursinnhold er påbegynt

5. Kurs og opplæringstiltak innen HMS

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

For oversikt over alle kurs og opplæringsaktiviteter se oversikt i læringsportalen.

HMS kurs	Innhold/ omfang	Tiltaks-ansvarlig	Gj.-førings ansvar	Måling/ dokumentasjon	Antall gjennomført 2019
Årlig HMS kurs for ledere	3 x halvdagssamling pr år. Ikke gjennomført i 2019, ny samling våren 2020	HR	HR	Antall ledere m/ gjennomført kurs	0 kurs
HMS kurs for nye verneombud og AMU	3 dagers / 40 timers kurs hvert annet år. Neste kurs 2020	HR	HR / BHT	Antall deltakere	0 kurs
Verneombudssamlinger	3 timer x 4 pr år.	HR / HVO	HR / HVO	Antall deltakere pr kurs	4 samlinger
E-læringskurs HMS	<ul style="list-style-type: none"> Grønt sykehus (obligatorisk) Håndhygiene (obligatorisk) Brannvern (ikke obligatoriske fra 2020) HMS nye ledere (obligatorisk) Basale smittevernrutiner (for helsepersonell) HMS innføring nye ansatte 	HR	Leder	Antall deltakere pr kurs	569 (Grønt sykehus) 640 (Håndhygiene) 586 (Brannvern) Tall pr 26.11.19

	<ul style="list-style-type: none"> • Strålebruk for helsepersonell (obligatorisk årlig for alle som jobber med stråling) 				
HMS seminar	Arrangere HMS seminar våren 2020 for ledere, verneombud,	HR/HMS	HR/HMS	Gjennomført HMS dag.	NY

Bedriftshelsetjenesten:

Ved behov for bistand fra Bedriftshelsetjenesten (BHT) bør tiltak innarbeides i den enkelte enhets HMS handlingsplan, se årlig Plan for bruk av BHT.

Oppdatering av planen:

HMS handlingsplanen vil oppdateres ved aktuelle tilleggsoppdrag, som oppdrag og bestilling (OBD)2020.

Beskrivelse av helhetlig HMS system

Styringsgruppemøte STHF 18.12.2019

Omfang for HMS-arbeidet ved STHF

Helse

- Fysisk arbeidsmiljø
- Psykososialt arbeidsmiljø
- Inneklima
- Kjemikaliesikkerhet
- Smittevern
- Strålevern

Miljø

- Miljøledelse ISO 14001
- Avfall
- Energi
- Transport
- Utslipp og forurensning

Sikkerhet

- Sikkerhet og grunnsikring
- Brannsikkerhet og eksplosjonsvern
- EL-sikkerhet
- Beredskap

Helhetlig HMS

- Helhetlig og systematisk HMS arbeid
- Ses i sammenheng med kvalitet og pasientsikkerhet

Behov for helhetlig HMS arbeidet

Enhetlig system for systematisk HMS arbeid

Felles oversikt over rammer, lovkrav, samsvarsforpliktelser, roller og ansvar, støttesystemer etc. bidrar til styring og kontroll for ledelsen og gir bedre oversikt for den enkelte leder

Samlet oversikt over mål og tiltak innen HMS

Bidrar til enhetlig system for mål- og resultatoppfølging,

Prosess for rullering av mål og tiltak

Resultat og risikovurdering legges til grunn for rullering av mål og satsningsområder

Systematikk for planlegging, gjennomføring og oppfølging

Bidrar til helhetlig HMS i henhold til krav om internkontroll som del av etablert styringssystem,

Opplæring og støttesystemer

Tilstrekkelig opplæring til ledere, verneombud og ansatte bidrar til målrettet og aktivt HMS arbeid, støttesystemer og fagstab skal bidra til å styrke ledelsens HMS arbeid

En lærende kultur

Oppfølging og læring av avvik og tilsyn bidrar til kontinuerlig forbedring

Systematisk HMS arbeid

Planlegge: fastsette mål og prosesser

- Krav og forpliktelser
- Kartlegging av risikoområder/risikovurderinger
- Definere satsningsområder, mål og tiltak

Gjennomføre: prosesser og tiltak

- ForBedring
- Vernerunde
- Miljøkartlegging
- Tiltak i HMS handlingsplanen

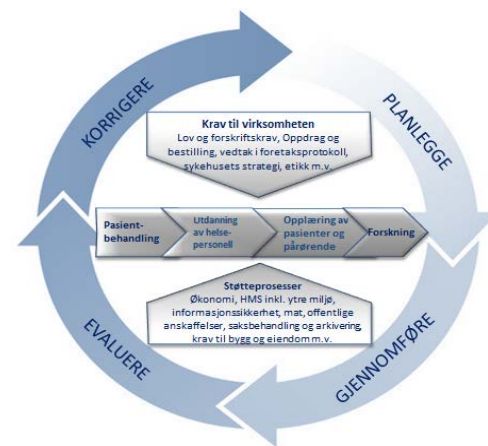
Evaluere: overvåke og måle, resultatrapport

- Intern revisjon – årlige HMS tema
- Ledelsens gjennomgang (LGG)
- Oppfølging HMS arbeid i AMU, ledermøter og styremøter – tertialrapport og årsrapport

Korrigere: tiltak for kontinuerlig forbedring

- Avvik – meldekultur og oppfølging ved leder
- HMS-avvik - kategorisering og systemoppfølging

- Ansvar og roller i HMS arbeidet – fagstab og fagavdelinger– støttefunksjoner og støttesystemer
- Opplæring – ledere, verneombud, ansatte - obligatoriske kurs og relevante temakurs
- AMU – faste årlige saker til behandling
- Bruk av BHT
- Møtearenaer HMS: HSØ – HMS lederforum, HMS forum internt, møter med arbeidstilsynet, plan- og oppfølgingsmøter BHT



Plan for systematisk HMS arbeid

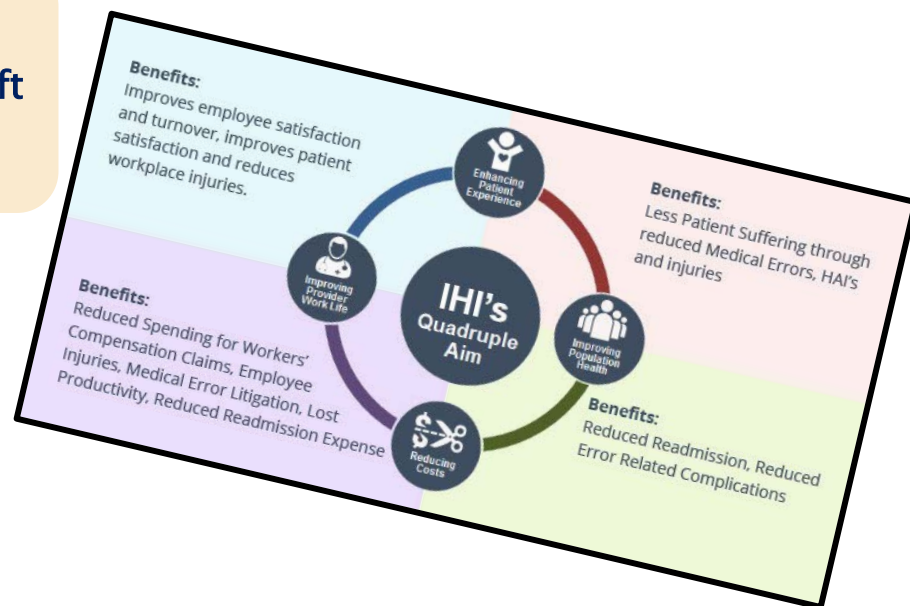
Systemområde	Aktivitet	Frist	Effekt
Oppdatert prosedyre for HMS og årsplan 2020	Oppdatere prosedyre med beskrivelse av HMS systemet og oppdatert årsplan 2020 for alle HMS aktiviteter gjennom året.	Januar 2020	Gir ledere grunnlag for systematisk oppfølging av HMS arbeidet gjennom året.
Oversikt over krav og forpliktelser	Oversikt over krav og forpliktelser og gjennomgang innen alle HMS områder for å sikre samsvar	Mars 2020	Grunnlag for styring og kontroll med overholdelse av lovkrav innen HMS
Mal for kartlegging av risikoområder	Oppdatere og implementere verktøy for kartlegging og risikovurdering som del av årsplan (spesielt innen vold og trusler og arbeidsplaner)	Juni 2020	Kartlegging og risikovurdering gir grunnlag for målrettet forbedringsarbeid
HMS handlingsplanen	Oppdatere krav og veiledning til bruk av HMS handlingsplan	Juni 2020	Gir fokus og oppfølging av HMS arbeidet ute i organisasjonen
HMS oppfølging i tertialrapportering og årsrapport	Sikre systematikk for oppfølging	Ila 2020	Oppfølging og fokus på HMS ved integrering i øvrig ledelsessystem
Kategorisering og oppfølging HMS avvik	Kategorisere alle HMS avvik, utarbeide statistikk og system for oppfølging i linja	Ila 2020	Gir økt kunnskap om årsak og sammenhenger innen HMS og grunnlag for forbedringsarbeid på systemnivå
Ansvar og roller innen HMS	Gjennomgå og beskrive fagansvarlig og fagstabs rolle i HMS arbeidet	Juni 2020	Tydelig rolleavklaring bidrar til oversikt for ledere og mer målrettet arbeid innen fagavdelinger og fagstab
Opplæring ledere og verneombud	Oppdatering av kurs og kompetansetiltak for ledere og VO innen HMS	Mars 2020	Oppdatert kurstilbud, skape entusiasme og positivt HMS arbeid – bidra til bedre arbeidsmiljø
Plan for bruk av bedriftshelsetjenesten	Oppdatere oversikt over når BHT skal og bør konsulteres i leders HMS arbeid.	Mars 2020	Ledere har oppdatert informasjon om tilbud fra BHT – vil kunne bidra til riktig og god bruk ved behov
Sikkerhet: systematikk for oppfølging vold og trusler	Se overordnet HMS handlingsplan 2020	Ila 2021	Tiltak for systematisk arbeid med vold og trusler
Arbeidsmiljø: oppfølging sykefravær	Se overordnet HMS handlingsplan 2020	Ila 2020	Tiltak for systematisk arbeid med sykefravær

HMS, kvalitet og pasientsikkerhet

Aml § 1-1
Et forsvarlig og
helsefremmende
arbeidsmiljø

Trygg og effektiv
pasientbehandling

Lavere sykefravær
Økt trivsel og stabil drift
God driftsøkonomi



Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Forskning ved STHF-hvor står vi nå og hvor går veien videre?

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
074-2019	Halfrid Waage, fagdirektør Hege Kersten, forskningssjef	Orientering	18.12.2019

Trykte vedlegg:

Utrykte vedlegg:

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

Ja

Ingress:

Forskning er en av sykehuset fire lovpålagte oppgaver. Overordnet målsetning for sykehusets satsning på forskning er å utvikle og forbedre spesialistfunksjonene ved sykehuset.

Sykehuset Telemark bruker minst ressurser på forskning i HSØ RHF og vi produserer også færrest vitenskapelige artikler og doktorgrader per år. Aktiviteten har økt noe de siste årene, men ikke tilstrekkelig til at vi minsker gapet til de andre helseforetakene. Forskningsproduksjonen er en variabel av stor betydning i inntektsmodellen for forskning og i 2020 får sykehuset overført ca. 20 millioner i kostnadskompensasjon og inntekter for forskningsaktiviteten.

Vi har ingen store forskningsmiljøer ved sykehuset og forskningsaktiviteten er i stor grad avhengig av enkeltpersoner. I neste planperiode vil vi fortsette arbeidet med å bygge opp noen større og mer robuste forskningsmiljøer, knytte forskningen tettere sammen med de medisinske satsningsområdene og styrke infrastrukturen for forskning ved STHF.

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering

Skien, den 10. desember 2019

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Bakgrunn for saken/faktabeskrivelse

Forskningen skal bidra til bedre helsetjenester ved å beholde og videreutvikle den kliniske og biomedisinske kompetansen og praksisen ved sykehuset. Med vitenskapelige metoder skal vi prøve ut nye behandlingsalternativer, evaluere endringer i tjenesteorganisering og arbeidsformer og kvalitetssikre metodene våre. Forskningen skal være klinikknær, utvikles fra et pasientperspektiv og bidra til å styrke samarbeidet med kommunehelsetjenesten og andre helsetjenesteaktører og næringsliv. Høy forskningsaktivitet bidrar til å rekruttere gode fagfolk og gjøre sykehuset attraktivt.

Helseforetakene i HSØ bruker 3,3 % av totale driftskostnader på forskning, hvorav en stor del gjennomføres på universitetssykehusene, spesielt OUS. De seks ikke-universitetssykehusene i HSØ bruker gjennomsnittlig 1,08 % av totale driftskostnader på forskning, mens Sykehuset Telemark bruker 0,6 % av sitt totale driftsbudsjett på forskning. Det er lavest av helseforetakene i HSØ.

Det er en klar sammenheng mellom ressurser brukt til forskning og forskningsproduksjonen. Selv om STHF har økt midlene brukt til forskning noe de siste årene og hatt en jevn vekst i forskningsproduksjonen siste ti år, har de andre foretakene i HSØ økt betydelig mer. Dette har resultert i at STHF får betydelig mindre inntekter fra forskningen sin enn andre HF i HSØ. I tillegg får vi lite eksterne forskningsmidler slik at forskningen i all hovedsak finansieres med interne midler. I 2017 var vi så heldige at forskningen ved sykehuset mottok en stor testamentarisk gave (9,7 mill netto) fra Tordis Elisabeth Dahl som muliggjorde at tre nye forskningsprosjekter kunne starte opp.

De siste tre årene har STHF publisert 50-55 vitenskapelige artikler per år. Antall doktorgrader varierer fra år til år da de fleste som tar PhD ved Sykehuset jobber 50 % klinisk og 50 % forskning og bruker derfor 6 år på sin doktorgrad. De siste ti årene er det gjennomsnittlig 2,3 nye doktorgrader fra STHF årlig.

Det er ingen store akademiske forskningsmiljøer ved Sykehuset Telemark. Vi har derfor gjennomført tiltak i forrige planperiode for å bygge opp noen miljøer som skal bli mer robuste blant annet ved å styrke samarbeidet med universitetene og således bli mer konkurransedyktige om eksterne forskningsmidler. I neste planperiode vil vi også jobbe med å knytte forskningen tettere sammen med de medisinske satsningsområdene og videreføre arbeidet med å styrke infrastrukturen for forskning ved STHF. I 2018-2019 har det vært stort fokus på å bygge opp et nytt kvalitetssystem for forskningen som er tilpasset ny personvernforordning, GDPR.

Forskningsadministrasjonen ved sykehuset er liten sammenliknet med andre HF og består per i dag av forskningssjef, to forskningsrådgivere i 50 % stilling, en forskningskoordinator og en bibliotekar. Samtidig er forskningsadministrasjonen den avdelingen som produserer flest vitenskapelige artikler og doktorgrader, hovedsakelig i samarbeid med andre forskningsinstitusjoner. De største kliniske forskningsmiljøene ved sykehuset er innenfor arbeidsmedisin, medisinsk genetikk, kardiologi, nevrologi og smerter hos barn. Forskningsaktiviteten er i stor grad avhengig av enkelte produktive forskere og vi har derfor gjennomført tiltak for bygge opp miljøer rundt forskere med PhD og veiledningskompetanse ved sykehuset. Dette arbeidet vil videreføres i neste planperiode.

Vurdering

Vi er fornøyd med å ha opprettholdt en jevn vekst i forskningsaktiviteten. Samtidig er det behov for å øke takten. Det vurderes mulige tiltak for å løfte forskningen til et høyere nivå og det vil i møtet bli presentert våre foreløpige innspill som er til vurdering.

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Styresaker i Sykehuset Telemark HF – Status og oppfølging

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
075-2019	Tone Pedersen, spesialrådgiver	Orienteringssak	18.12.2019

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 og innspill/kommentarer fra styret på saker i perioden 19. juni 2019 til og med 23. oktober 2019. Ikke avsluttede saker inngår også i oversikten.

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.

Saker til orientering, innkalling, saksliste og protokoll er ikke tatt med i oversikten.

Forslag til vedtak:

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

Skien, 9. desember 2019

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg 1 til sak 075-2019 Styresaker i STHF – Status og oppfølging

Status og oppfølging av styrevedtak fra møtet 19. juni 2019 til og med møte 23. oktober 2019, samt ikke avsluttede saker fra tidligere.

Saker med status «grønn» tas ut av listen etter styrets behandling av saken.

Saksnr.	Sakstittel og møtedato	Vedtak/kommentarer i møtet	Status	Kommentar
088-2018	Utviklingsprogrammet <i>Møtedato 19.12.2018</i>	Vedtak: Styret tar saken til orientering og understreker betydningen av å lykkes med utviklings- og forbedringsarbeidet fremover.		Utviklingsprogrammet jfr. styresak 060-2019 Sykehuset Telemarks strategi 2020–2022 Utviklingsprogrammet rapporteres i 2020 i sammenheng med
007-2019	Ambulanseplan 2035 <i>Møtedato 12.02.2019</i>	Vedtak: <ol style="list-style-type: none"> 1. Styret godkjenner «Ambulanseplan 2035» 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 aktivitetsvekst, interne omprioriteringer og gevinster fra planlagte forbedringstiltak. 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. 		Det er i 2019 satt i gang et nasjonalt inntektsmodellarbeid, som også omfatter modellen for prehospitaltjenester. Dette arbeidet pågår og vi har valgt å avvente henvendelser til RHF'et inntil resultatet av dette arbeidet foreligger.

Vedlegg 1 til sak 075-2019 Styresaker i STHF – Status og oppfølging

Saksnr.	Sakstittel og møtedato	Vedtak/kommentarer i møtet	Status	Kommentar
039-2019	Oppnevning av medlemmer til brukerutvalget og valg av leder og nestleder for perioden 2019 – 2021 <i>Møtedato 19.06.2019</i>	Kommentarer i møtet: Styret diskuterte mandatet og de to første kulepunktene under overskriften «Kriteriene for sammensetning». Det ble gitt innspill om manglende representasjon fra Notodden. Rita Andersen er imidlertid fra Seljord, slik at nord-fylket er representert. Styret diskuterte også om sammensetningen av brukerutvalget gjenspeiler bredden i sykehusets virksomhetsområde med hensyn til representanter fra psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. For framtidige valg av representanter bør det legges vekt på at brukerutvalget også får representant(er) knyttet til psykisk helsevern. Styret ba administrasjonen å revidere mandatet. I revisjonen bør det legges særskilt vekt på å spesifisere kriterier for geografiske spredning, slik at man får representanter fra nord-fylket inn i brukerutvalget samt representanter fra hele virksomhetsområdet (somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling). Mer spesifikke krav til foreningene i forbindelse med valg av kandidater bør utarbeides og tas inn i mandatet. Revidert mandat legges frem for styret i møtet i oktober 2019.		OK ref. styresak 062-2019 Revidert mandat brukerutvalget

Vedlegg 1 til sak 075-2019 Styresaker i STHF – Status og oppfølging

Saksnr.	Sakstittel og møtedato	Vedtak/kommentarer i møtet	Status	Kommentar
048-2019	Virksomhetsrapport per 2. tertial 2019 <i>Møtedato 25.09.2019</i>	Kommentarer i møtet: Styret ber om at sykehuset tar inn risikoområdet Risiko for pasientskader i risikomatriksen. Styret mener at risikoområde 5 Prioriteringsregelen har en noe høyere risiko enn risikomatriksen viser.		Inntas i risikovurderingen per 3. tertial 2019
051-2019	Konsernrevisjonens revisjonsplan 2020 <i>Møtedato 25.09.2019</i>	Vedtak: Styret prioriterer å sende tema 2, 3 og 5 som innspill til konsernrevisjonen. Tilbakemelding gis til konsernrevisjonen innen 1. oktober 2019.		OK
053-2019	Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2019 <i>Møtedato 23.10.2019</i>	Vedtak: Styret tar tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2019 – august 2019 til etterretning		OK

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Årsplan styresaker 2020

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
076-2019	Tone Pedersen, spesialrådgiver	Beslutning	18.12.2019

Trykte vedlegg: Styrets årsplan 2020

Utrykte vedlegg: Ingen

Ingress:

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

Vedtatt møteplan, styresak 031-2019, danner utgangspunktet for Årsplan 2020. I forhold til vedtatt plan foreslås ett nytt styremøte 22. januar 2020. Tidspunkt og lengde for dette møtet avklares av styret i møtet 18. desember.

Årsplan 2020 arbeidstidfester styremøter, styreseminar og kjente foretaksmøter. Planen gir oversikt over de viktigste kjente sakene 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:

Styret slutter seg til fremlagt Årsplan styresaker for 2020.

Skien, den 10. desember 2019

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2020

Ajournert per 10.12. 2019

Dato, tid og sted	Saker til beslutning	Saker til orientering	Temasaker
Styremøte 22. januar <i>Tidspunkt fastsettes av styret i møte</i> 18.12.2019 Dir. møterom, Skien	<ul style="list-style-type: none">• Utbygging somatikk Skien - Valg av hovedspor (B3A)• Utvikling tjenestetilbud		
Styremøte 25.februar Kl. 1230 – 1700 Clarion Hotel & Congress Gardermoen	<ul style="list-style-type: none">• Årlig melding 2019	<ul style="list-style-type: none">• Virksomhetsrapport per 3. tertial 2019• Virksomhetsrapport januar 2020• Årlig erklæring om ledernes ansettelsesvilkår	<ul style="list-style-type: none">• Styrets egenevaluering – lukket møte
Styremøte 25. mars Kl. 0930 – 1530 Dir. møterom, Skien	<ul style="list-style-type: none">• Beretning og årsregnskap 2019• Protokoll fra foretaksmøte og oppdragsdokument 2020• Fullmakter ved Sykehuset Telemark	<ul style="list-style-type: none">• Virksomhetsrapport februar 2020• Utbygging somatikk Skien – statusrapport• Revisjon av virksomhetsrapport	<ul style="list-style-type: none">• Styrets egenevaluering – lukket møte• Operasjon 2020, status og fremdrift i prosjektet
Styremøte 22. april Kl. 0930 – 1530 Dir. møterom, Skien	<ul style="list-style-type: none">• Økonomisk Langtidsplan 2021-2024	<ul style="list-style-type: none">• Virksomhetsrapport mars 2020• Årsmelding 2019 Pasient- og brukerombudet	<ul style="list-style-type: none">• Styrets egenevaluering – lukket møte
Styremøte 20. mai Kl. 0930 – 1530 Notodden sykehus Psykiatri 2 høyre side Bygg N6-2.etg.	<ul style="list-style-type: none">• Utbygging somatikk Skien - Vedtak konseptrapport (B3)• Møteplan for styret 2021	<ul style="list-style-type: none">• Virksomhetsrapport 1. tertial 2020	<ul style="list-style-type: none">• Styrets egenevaluering – lukket møte

Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2020

Ajournført per 10.12. 2019

Dato, tid og sted	Saker til beslutning	Saker til orientering	Temasaker
Styremøte 17. juni Kl. 0930 – 1530 Dir. møterom, Skien	<ul style="list-style-type: none">• Protokoll fra foretaksmøte xx. mai	<ul style="list-style-type: none">• Virksomhetsrapport mai 2020• Styresaker i STHF - status og oppfølging	<ul style="list-style-type: none">• Styrets egevaluering – lukket møte
Styremøte 16. september Kl. 0930 – 1530 Dir. møterom, Skien	<ul style="list-style-type: none">• Konsernrevisjonens revisjonsplan 2021• Tilleggsdokument til OBD 2020	<ul style="list-style-type: none">• Virksomhetsrapport august 2020• Plan for budsjett 2021• Status pasientsikkerhet ved STHF• Måloppnåelse OBD 2020 per seks måneder• ForBedring 2020 – gjennomføring av tiltak•	<ul style="list-style-type: none">• Brukerutvalgets møte med styret ved STHF• Styrets egevaluering – lukket møte
Styremøte 28. oktober kl. 0930 – 1530 Dir. møterom, Skien		<ul style="list-style-type: none">• Virksomhetsrapport per 2. tertial 2020• Status budsjett 2021• Ledelsens gjennomgang (LGG) 2020	<ul style="list-style-type: none">• Styrets årlige evaluering av administrerende direktørs arbeid og resultater – lukket møte• Styrets egevaluering – lukket møte
Styremøte 16. desember Kl. 0930 – 1530 Dir. møterom, Skien	<ul style="list-style-type: none">• Budsjett 2021• Valg av ansattevalgte styremedlemmer - Oppnevning av valgstyre• Årsplan styresaker 2021	<ul style="list-style-type: none">• Virksomhetsrapport per november 2020• Forskning STHF• Overordnet handlingsplan for helse-, miljø- og sikkerhet (HMS) Sykehuset Telemark 2021• Årsrapport internrevisjon og plan 2021• Styresaker i STHF - status og oppfølging	

Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2020

Ajourført per 10.12. 2019

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

Foretaksmøte og styreseminar:

Foretaksmøte 26. februar med påfølgende felles styresamling regi av Helse Sør-Øst RHF Sted: Clarion Hotel & Congress Oslo Airport, Hans Gaarders vei 15, Gardermoen
Foretaksmøte xx. mai kl. xxxx – xxxx
Styreseminar 22. april kl. 1600 – 2000 Tema: <ul style="list-style-type: none">•
Styreseminar 16. september kl. 1600 – 2000 Tema: <ul style="list-style-type: none">•
Styreseminar 16. desember kl. 1600 – 2000 Tema: <ul style="list-style-type: none">• Årlig egnevaluering av styrets arbeid og arbeidsform

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Vestre Viken HF, Drammen
Dato: 17. oktober 2019
Tidspunkt: Kl 09:15-15:30

Følgende styremedlemmer møtte:

Svein I. Gjedrem	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Kirsten Brubakk	
Christian Grimsgaard	
Bushra Ishaq	
Vibeke Limi	
Einar Lunde	
Geir Nilsen	
Lasse Sølvsberg	
Sigrun E. Vågeng	

Fra brukerutvalget møtte:

Rune Kløvtveit
Nina Roland

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Eierdirektør Tore Robertsen
Viseadministrerende direktør Jan Frich, konserndirektør Atle Brynstad, økonomidirektør Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø og konsernrevisor Espen Anderssen

Saker som ble behandlet:

080-2019	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	----------------------------------------------

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

081-2019	Godkjenning av protokoll fra styremøte 19. september 2019
-----------------	------------------------------------------------------------------

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 19. september 2019 godkjennes.

082-2019	Virksomhetsrapport for andre tertial 2019
-----------------	--------------------------------------------------

Oppsummering

Virksomhetsrapporten per andre tertial 2019 omhandler status for styringsmålene 2019 for drift. I tillegg inneholder rapporten risikovurdering med tilhørende tiltaksliste. Videre er temaene «Oppfølging av regional utviklingsplan Helse Sør-Øst» og «ForBedring – undersøkelse for kartlegging av arbeidsmiljø, pasientsikkerhet og HMS» omtalt i eget kapittel. Vedlagt tertialrapporten følger en tabell med vurdering av status for oppfølging av oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet per første halvår 2019.

Kommentarer i møtet

Styret var fornøyd med formen på den fremlagte tertialrapporten. Ved senere risikovurderinger ber styret om at det vurderes ytterligere tiltak der restrisiko er høy. Et samlet styre tar protokolltilførselen til de ansattevalgte til orientering og viser i den forbindelse til styrets innspill til statsbudsjett 2020 (jf styresak 103-2018) hvor tilsvarende synspunkter blir kommentert.

Styret var fornøyd med fremstillingen av risikovurderingen. Styret viste til at måloppnåelsen for ventetid og pakkeforløp kreft fortsatt er utfordrende. Videre konstaterte styret at den økonomiske utviklingen er positiv, men gjentar bekymringen for utviklingen i Oslo universitetssykehus HF.

I forbindelse med at styret får fremlagt evalueringen av nytt østfoldsykehus er det ønskelig at metoden for beregning av kapasitetsbehov i sykehuset evalueres.

Administrerende direktør viste til vedlegg 3 - halvårsrapport 2019 i Helse Sør-Øst RHF med vurdering av status for oppfølging av oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og styringskrav om andel enheter med «modent sikkerhetsklima». Her skal vurderingen markeres med gul, da det ikke er mulig å vurdere området pga. endret målemetode.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret ber administrerende direktør komme tilbake med vurdering av ytterligere tiltak der restrisiko er høy. Styret tar for øvrig virksomhetsrapport for andre tertial 2019 til etterretning.

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Brubakk, Sølvberg og Grimsgaard:

Ansattevalgte er bekymret for om RHF'et er tildelt tilstrekkelig økonomiske rammer for å nå de politiske målsetningene.

Til tross for stort fokus og omfattende tiltak for å nå kravene, rapporterer ansatte at det er svært krevende å gjennomføre ytterligere produktivetsforbedring innenfor dagens organisering og rammebetingelser. Det anmerkes også at digitaliseringen av sektoren har ført til betydelig merarbeid og opplæringsbehov som ikke hensyntas i tilstrekkelig grad ved implementering og derfor medfører merbelastning på de ansatte.

Det er behov for reorganisering og modernisering av sektoren som krever midler til investering og omstilling om det skal være mulig å innfri alle krav til effektivisering og kvalitetsforbedring. Hvis ikke står sektoren i fare for ikke å kunne rekruttere og beholde engasjerte og motiverte ansatte som er en forutsetning for å lykkes.

083-2019	Status og rapportering regional IKT-prosjektportefølje per andre tertial 2019
-----------------	--------------------------------------------------------------------------------------

Oppsummering

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

Kommentarer i møtet

Styret var fornøyd med formen på den fremlagte tertialrapporten. Styret ønsker at det i senere rapporter også omtales hvordan nye IKT-systemer virker der de tas i bruk. For regional kurve- og medikasjonsløsning ønsker styret mer informasjon om løsningen og hva som gjøres av forbedringstiltak både overfor leverandør og brukere.

Styrets enstemmige

VEDTAK

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

084-2019	Status og rapportering andre tertial 2019 for programmene STIM og ISOP, Sykehuspartner HF
-----------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

Oppsummering

Saken omfatter status per 31. august 2019 for programmet for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM) og programmet for informasjonssikkerhet og personvern (ISOP) som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF. Det rapporteres på fremdrift, kvalitet, økonomi og risiko for hvert prosjekt i de to programmene. Formatet på rapporteringen er endret fra sist rapportering.

Programmene gjennomføres og styres av Sykehuspartner HF og virksomhetsrapport for STIM og ISOP per andre tertial 2019 ble behandlet av styret i Sykehuspartner HF den 24. september 2019 (sak 058-2019).

Kommentarer i møtet

Styret var fornøyd med formen på tertialrapporten. Styret ba om å bli orientert om det oppsto samarbeidsproblemer mellom Sykehuspartner HF og helseforetakene. For de enkelte prosjektene ønsker styret at det også angis en sluttdato. Styret er opptatt av fremdrift i prosjektene og at det må gjøres prioritering mellom prosjektene. I de tilfeller hvor fremdriftsplaner ikke holdes, er det viktig at det utarbeides reviderte fremdriftsplaner.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status per andre tertial 2019 for programmene STIM og ISOP som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF til orientering.

085-2019	Tertialrapport 2. tertial 2019 for regionale byggeprosjekter
-----------------	---------------------------------------------------------------------

Oppsummering

Styresaken har som formål å redegjøre for status per 2. tertial 2019 for de regionale byggeprosjektene i Helse Sør-Øst.

I saken inngår en kort beskrivelse av prosjektene og en vurdering av situasjonen med særlig oppmerksomhet på risikoområder og eventuelle avvik.

Kommentarer i møtet

Styret er bekymret for fremdriften i «prosjekt regional sikkerhetsavdeling» ved Oslo universitetssykehus HF. Styret viste til at «prosjekt samling av sykehusbasert psykisk helsevern» ved Akershus universitetssykehus HF vil måtte bygge på styrets vedtak i sak om videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF på Aker og Gaustad og tidspunkt for overføring av spesialisthelsetjenestansvaret for psykisk helsevern og rusbehandling (jf styresak 050-2019). Dette vil behandles som del av konseptfaseutredningen som pågår og som vil fremlegges styret på ordinær måte.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status per andre tertial 2019 for regionale byggeprosjekter til orientering.

Protolltilførsel fra styremedlemmene Brubakk, Sølvberg og Grimsgaard:

I sak 85-2019 gis det en fremstilling av vesentlige endringer i prosjektet «Sykehusbasert psykisk helsevern» ved Akershus universitetssykehus. Ansattevalgte Brubakk, Grimsgaard og Sølvberg vil anmerke at det er reist bekymring fra Akershus universitetssykehus for at endringen innebærer en betydelig risiko når det gjelder å sikre tilstrekkelig kapasitet i perioden mellom ferdigstillelse av nytt bygg i 2024 og redusert kapasitetsbehov i 2031 som følge av overføring av bydelene i Groruddalen til Oslo sykehusområde. Sykehuset har gjort bærekraftanalyser som viser bedre bærekraft ved en annen dimensjonering enn den som legges til grunn i saksfremstillingen.

I sak 54/2018 overtok Helse Sør-Østeierskapet til prosjektet fra og med konseptfasen. Det er nå foreslått større endringer i planforutsetningene og løsningsforslag, og det bes om at saken forelegges styret.

086-2019	Sykehuset Østfold HF - samlokalisering av distriktsbaserte tjenester innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatikk i indre Østfold
-----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Oppsummering

Sykehuset Østfold HF har søkt Helse Sør-Øst RHF om fullmakt til å inngå leieavtale med Askim Rådhus AS om arealer i Helsehuset i Askim kommune. Planen er at virksomhet innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatikk, som i dag er lokalisert flere steder i indre Østfold, skal samlokaliseres. Det totale arealet til virksomhetene vil gjennom en slik samlokalisering reduseres.

Leieavtalen krever godkjenning fra styret i Helse Sør-Øst RHF, jamfør gjeldende finansstrategi (styresak 033-2019).

Saken orienterer videre om at det skal selges eiendommer dersom leieavtalen inngås. Salg av eiendommer vil fremmes styret som egen sak.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret gir Sykehuset Østfold HF fullmakt til å inngå avtale om leie av lokaler med Askim Rådhus AS i Helsehuset i Askim, basert på gjeldende utkast til leieavtale og skissert fremdriftsplan.

087-2019	Prosjekt regional telekomplattform, finansieringsfullmakt til Sykehuspartner HF
-----------------	----------------------------------------------------------------------------------------

Oppsummering

Sykehuspartner HF fikk i foretaksmøte 14. juni 2018 oppdrag om å etablere et nytt program, for standardisering og modernisering av regionens IKT-infrastruktur. Regional telekomplattform er et av prosjektene i programmet for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM). Målet med prosjektet regional telekomplattform er å erstatte dagens telekomplattform med en sentralisert, moderne og regional løsning.

Sykehuspartner HF søker om investeringsfullmakt for å kunne gjennomføre fase 1 av prosjektet regional telekomplattform. Omfanget for denne fasen dekker innføring av ny telekompløsnings for Oslo universitetssykehus HF ved Ullevål og Radiumhospitalet.

Investeringsøknaden som legges frem i denne saken er innenfor administrerende direktørs fullmakt, men er starten på en større omlegging med et totalomfang som krever styrebehandling.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret godkjenner gjennomføring av fase 1 av prosjektet regional telekomplattform i Sykehuspartner HF innenfor en kostnadsramme på 77,5 millioner kroner (P85; 2019-kroner). Fase 1 av prosjektet omfatter innføring av sentralisert regional IP-basert telekompløsnings for Oslo universitetssykehus HF ved Ullevål og Radiumhospitalet.
2. Styret ber om at prosjektet legges fram for ny behandling før det videreføres ut over aktivitetene beskrevet i vedtakspunkt 1.

088-2019	Administrerende direktørs arbeidsavtale – lønnsregulering 2019
-----------------	-----------------------------------------------------------------------

Saken ble behandlet i lukket møte, jf helseforetakslovens § 26a, andre ledd nr 1.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Administrerende direktørs lønn per 1. januar 2019 reguleres med 3,3 % som gir en ny årslønn på kr 2 360 000,-

089-2019	Årsplan styremøter
----------	--------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

090-2019	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
----------	--------------------------------------------------

Administrerende direktør orienterte i møtet om en tilleggssak angående forsinkelse i en pågående anskaffelse av radiologitjenester og behovet for å forlenge nåværende avtaler.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Andre orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 17. og 18. september 2019
3. Foreløpig protokoll fra møte i Revisjonsutvalget 17. september 2019
4. Brev fra Virke om strategi og plan for økt bruk av ideelle institusjoner

Temasaker

- Styrets besøk til Vestre Viken HF
 - Presentasjon av Vestre Viken HF v/styreleder Torbjørn Almlid og administrerende direktør Lisbeth Sommervoll, Vestre Viken HF
 - Bygging av nytt sykehus i Drammen v/prosjektdirektør Sykehusbygg HF Dag Bøhler
 - Mottaksprosjektet i Vestre Viken v/prosjektdirektør Vestre Viken HF Rune Abrahamsen
- Målretting av regionale forskningsmidler v/viseadministrerende direktør Jan Frich, Helse Sør-Øst RHF

Møtet hevet kl 15:30

Drammen, 17. oktober 2019

Svein I. Gjedrem
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
nestleder

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Vibeke Limi

Einar Lunde

Geir Nilsen

Lasse Sølvberg

Sigrun E. Vågeng

Tore Robertsen
styresekretær

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Helse Sør-Øst RHF, Hamar
Dato: 21. november 2019
Tidspunkt: Kl 08:00-14:45

Følgende styremedlemmer møtte:

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

Fra brukerutvalget møtte:

Rune Kløvtveit	Til kl 12:00
Nina Roland	

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Eierdirektør Tore Robertsen
Viseadministrerende direktør Jan Frich, konserndirektør Atle Brynestad, økonomidirektør Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen og direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø

Saker som ble behandlet:

091-2019	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	----------------------------------------------

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

092-2019	Godkjenning av protokoll fra styremøte 17. oktober 2019
-----------------	----------------------------------------------------------------

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 17. oktober 2019 godkjennes.

093-2019	Virksomhetsrapport per september og oktober 2019
-----------------	---------------------------------------------------------

Oppsummering

Status for virksomheten per september og oktober 2019 ble presentert. Det ble fokusert på status per oktober 2019 og tiltak der hvor mål ikke nås.

Administrerende direktør er tilfreds med den økonomiske utviklingen for foretaksgruppen samlet sett. Helse Sør-Øst RHF følger opp tiltak som helseforetakene arbeider med. Det er god dialog med Sykehuspartner HF om hvordan det regionale helseforetaket kan bidra i prioriteringsarbeidet, slik at omfanget av aktiviteter blir på et akseptabelt nivå.

Aktivitetsutviklingen vurderes også som positiv, med antall ISF-poeng i henhold til sørge for-ansvaret om lag som budsjettet. Antall månedsverk ligger 0,8 prosent over budsjettet hittil i år.

Prioriteringsregelen er et viktig styringsmål, og det er positivt at den fortsatt innfris hva gjelder antall polikliniske opphold.

Utviklingen innen pakkeforløpene er positiv for oktober med en samlet måloppnåelse på 68 prosent.

Kommentarer i møtet

Styret gleder seg over at den økonomiske utviklingen samlet sett er positiv og utvikler seg i riktig retning.

Styret registrerer at oppfølgingen av pakkeforløp kreft ser ut til å gi positive resultater og ber om at dette følges tett videre. Styret er fortsatt urolig for utviklingen i ventetider.

Det er en positiv utvikling blant annet for leveransepresisjon i Sykehuspartner HF, men styret viser til at det fortsatt er utfordringer som må følges opp av administrerende direktør.

Styret viste til utfordringene med innleie av helsepersonell og ber om at dette følges løpende.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapporten per september og oktober 2019 til etterretning.

094-2019	Budsjett 2020 – fordeling av midler til drift og investeringer
----------	----------------------------------------------------------------

Oppsummering

Administrerende direktør fremmer med denne saken forslag til fordeling av faste inntekter for 2020 til sykehusområdene, helseforetak og de private ideelle sykehusene med driftsavtale, samt for det regionale helseforetaket. I saken fremmes videre forslag til reservasjon av likviditet til regionalt prioriterte investeringsprosjekter.

Saken er basert på styresak 016-2019 *Økonomisk langtidsplan 2020-2023, planforutsetninger og styresak 055-2019 Økonomisk langtidsplan 2020-2023*, samt Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjon for 2020, Prop. 1 S (2019-2020).

Det tas et generelt forbehold om eventuelle endringer i inntektsforutsetningene som følge av Stortingets budsjettvedtak. Hvis Stortingets budsjettvedtak innebærer betydelige endringer i forhold til Prop. 1 S (2019-2020), vil administrerende direktør vurdere å legge fram en oppdatert budsjettsak i desember.

Kommentarer i møtet

Styret slutter seg til administrerende direktørs forslag til vedtak og viser til at det er en økende spenning mellom tilgangen til ressurser og krav til måloppnåelse. Styret ber om at det i forbindelse med behandlingen av forslag til ny nasjonal inntektsmodell også gis en nærmere vurdering av hvordan inntektsmodellen virker internt i Oslo sykehusområde og mellom Oslo universitetssykehus HF og regionen for øvrig.

I forbindelse med den foreslåtte økningen i gebyr for pasienter som ikke møter til time, forutsetter styret at helseforetakene har etablert gode rutiner for innkalling av pasientene.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret legger premisser, mål og prioriteringer som fremgår av Prop. 1 S (2019-2020) og *Regional utviklingsplan 2035* til grunn for budsjett 2020.

2. Følgende krav gjelder for helseforetakene/sykehusene i 2020:
 - Samlet vekst i pasientbehandlingen skal være om lag 1,5 % fra 2019 til 2020, herav om lag 1,4 % vekst i ISF-finansiert pasientbehandling. Vekstkravet differensieres overfor helseforetakene og sykehusene sett opp mot befolkningsveksten i hvert enkelt opptaksområde.
 - Veksten i pasientbehandlingen og kostnadsutviklingen innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere hver for seg enn innen somatikk. Det enkelte helseforetak og sykehus skal i sine aktivitetsbudsjetter legge til rette for at dette kravet innfris. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge, samt innføring av pakkeforløp innen psykisk helsevern og rusbehandling skal prioriteres.
 - Krav til tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet gitt i styresak 016-2019 *Økonomiske langtidsplan 2020-2023, planforutsetninger* videreføres i budsjett 2020.
3. Midler til vekst i pasientbehandlingen med 508,3 millioner kroner fordeles med 358,3 millioner kroner til helseforetakene/sykehusene og 150 millioner kroner til det regionale helseforetaket. Av midlene til Helse Sør-Øst RHF vil 30,2 millioner kroner gå til dekning av vekst i kostnader til drift, forvaltning og utvikling av nasjonale e-helseløsninger.
4. Styret legger til grunn følgende fordeling av faste inntekter bevilget gjennom Prop. 1 S (2019-2020):

Fordeling av faste inntekter i Prop. 1 S (2019-2020)	
Akershus SO	6 949
Innlandet SO	5 156
Oslo SO	15 797
Sørlandet SO	4 496
Telemark og Vestfold SO	5 732
Vestre Viken SO	6 058
Østfold SO	4 219
Private ideelle sykehus uten opptaksområde	301
Sykehuspartner	100
Helse Sør-Øst RHF	9 017
I alt	57 825

(tall i millioner kroner)

5. Styret bevilger 613,5 millioner kroner til forskning og innovasjon i 2020.
6. Helseforetakenes og sykehusenes inntektsrammer og krav for 2020, herunder ISF-refusjoner, forskningsmidler, vilkår for bevilgningen, resultatkrav, aktivitetskrav, øvrige styringskrav og rammebetingelser, vil bli endelig fastsatt i oppdrag og bestilling 2020.
7. Styret ber administrerende direktør følge opp regional plan for avtalespesialistområdet. Antall avtalehjemler skal øke og det skal iverksettes pilotprosjekt hvor avtalespesialister gis kompetanse til å rettighetsvurdere.
8. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å:
 - Fordele inntektsrammer internt i Oslo sykehusområde og Telemark og Vestfold sykehusområde, samt til de private ideelle sykehusene med driftsavtale. I fordeling av inntektsrammene til Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus i Oslo sykehusområde benyttes regional inntektsmodell innen

somatikk. Regional inntektsmodell benyttes i sin helhet i fordelingen til Sykehuset Telemark HF og Sykehuset i Vestfold HF i Telemark og Vestfold sykehusområde.

- Foreta eventuelle budsjettkorrigeringer gjennom året, blant annet som følge av nye bevilgninger eller føringer fra eier, styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF, tekniske justeringer som følge av feilbudsjetteringer med videre.
 - Tildel og korriger ekstraordinær inntektsstøtte ved endrede forutsetninger innenfor budsjettåret.
 - Inngå avtaler om kjøp av helsetjenester fra private tilbydere i tråd med gjeldende prioriteringer og føringer.
 - Fatte beslutninger om forlengelse av eksisterende lisensavtaler knyttet til IKT-drift som er innarbeidet i budsjettet.
 - Oppta investeringslån fra Helse- og omsorgsdepartementet i tråd med tildelingene over Prop 1S (2019-2020).
9. Det legges til grunn at følgende allerede iverksatte investeringsprosjekter videreføres i 2020:
- Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold HF med inntil 950 millioner kroner, hvorav 665 millioner kroner er ekstern lånefinansiering.
 - Oppgraderings- og vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus HF med inntil 170 millioner kroner, hvorav 119 millioner kroner er ekstern lånefinansiering. Resterende finansiering dekkes av foretakets egne midler.
 - Nytt sykehus i Drammen ved Vestre Viken HF med inntil 653 millioner kroner, hvorav 457 millioner kroner utgjør ekstern lånefinansiering.
 - Nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus HF med inntil 168 millioner kroner, hvorav 117 millioner kroner er ekstern lånefinansiering.
 - Nytt klinikkbygg Radiumhospitalet ved Oslo universitetssykehus HF med inntil 401 millioner kroner, hvorav 281 millioner kroner utgjør ekstern lånefinansiering.
 - Etablering av protonterapi senter Radiumhospitalet ved Oslo universitetssykehus HF med inntil 262 millioner kroner, hvorav 183 millioner kroner utgjør ekstern lånefinansiering og 79 millioner kroner utgjør tilskudd.
 - Ny regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus HF med inntil 15 millioner kroner, hvorav 11 millioner kroner utgjør ekstern lånefinansiering.
 - Videreutvikling av Aker og Gaustad ved Oslo universitetssykehus HF med inntil 210 millioner kroner, hvorav 100 millioner kroner er ekstern lånefinansiering.
 - Inntil 20 millioner kroner til konseptfase samling psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus HF og etablering av strålesenter og somatikkbygg ved Sykehuset Telemark HF.
10. Det reserveres inntil 600 millioner kroner til investering og inntil 170 millioner kroner til driftskostnader for regional IKT-prosjektportefølje.
11. Det reserveres likviditet til Sykehuspartner HF sitt investeringsbudsjett med inntil 740 millioner kroner.
12. Det reserveres en regional resultatbuffer på 600 millioner kroner, hvorav 50 millioner kroner gis som inntektsstøtte til Sykehuset Innlandet HF i 2020 som følge av overføringen av Kongsvinger sykehus til Akershus universitetssykehus HF. Videre tildeles inntil 30 millioner kroner for å dekke kostnader for legemidler overført i 2018 og inntil 86 millioner kroner til kostnader for behandlingshjelpemidler til Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus i 2020. Sykehuset Østfold HF tildeles en inntektsstøtte på inntil 35

millioner kroner som følge av vesentlig endrede budsjettforutsetninger for IKT-tjenestepriser.

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Grimsgaard, Sølvberg og Brubakk:

I sykehusene har vi lagt bak oss en lang periode med årvisst produktivitetsøkning. Etter en lengre periode med stram økonomistyring har en rekke tiltak blitt utsatt, og det er et etterslep i investeringene som kan bidra til styrket produktivitet. Ansatte i sykehusene har over tid meldt fra om at det er krevende å gjennomføre ytterligere produktivetsforbedringer uten at arbeidsbetingelsene styrkes. I mange sykehus svekkes driften av uhenksommessige arealer, manglende funksjonalitet og kapasitet innen IKT og øvrige støttetjenester, og flaskehals knyttet til utdatert eller mangel på medisinsk teknisk utstyr. I saken fremkommer det at kravene til aktivitetsvekst stadig ikke er fullfinansiert

Protokolltilførsel fra styremedlem Grimsgaard:

Det foreslås en styrking av inntektsforutsetningene til Oslo universitetssykehus, ved å tilføre midler fra regional buffer til de private ideelle sykehusene, som skal dekke regninger fra Oslo universitetssykehus for behandlingshjelpemidler. Dette elementet har ikke vært oppe til vurdering i regionens arbeid med inntektsmodellen. Det legges i denne saken opp til endringer som styrker inntektsforutsetningene til Oslo universitetssykehus med 86 millioner, sannsynligvis på varig basis. Dette kommer i tillegg til endringene beskrevet i sak 101, hvor sykehuset ble tilført 83 millioner utenom inntektsmodellen. Etter dette medlemmets syn bør større omdisponeringer av regionens midler presenteres i egne saksfremlegg, og større omdisponeringer i sykehusenes innbyrdes tildelinger vurderes i en helhetlig sammenheng i forbindelse med inntektsmodellarbeidet.

Det beskrives i saken opptrapping av avtalespesialistordningen. Dette er et oppdrag som har vært gitt i foretaksmøtet. Regionen har ikke nådd målsetningene, og antallet årsverk i ordningen har vært fallende fra 2015.

095-2019	Innspill til statsbudsjett for 2021
-----------------	--------------------------------------------

Oppsummering

I vedlegg 1 til foretaksprotokoll av 15. januar 2019 er det forutsatt at de regionale helseforetakene skal gi innspill til statsbudsjett for 2021 innen 1. desember 2019.

De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert aktivitetsbehovet for 2021 innen somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusmiddelbehandling (TSB).

I tillegg omhandler innspillet fra de regionale helseforetakene noen overordnede tema av betydning for statsbudsjettet for 2021.

Det fremmes likelydende styresaker for de fire regionale helseforetakenes styrer.

Kommentarer i møtet

Styret ber om at de økonomiske konsekvensene av den realveksten som er beskrevet i saken blir angitt. Det må også innarbeides et avsnitt som beskriver hvilke tiltak sektoren selv kan gjennomføre for å øke produktiviteten slik at den forventede aktivitetsveksten kan håndteres.

Styret mener også at det kan legges til at utviklingen i sykdomsbildet tilsier stadig mer komplekse helseutfordringer.

Styret påpekte at nye oppgaver bør være finansiert. Det ble vist til at det tilkommer nye kostnader som følge av nye krav i for eksempel byggeforskriftene uten at dette er finansiert.

Styret ønsker mer informasjon om hvordan realveksten i aktivitet beregnes.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret slutter seg til den foreliggende vurdering av aktivitetsforutsetninger for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmisbrukere, som innspill til statsbudsjett for 2021.
2. Styret ber videre om at følgende forhold vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2021:
 - Konsekvenser av de langsiktige utviklingstrekkene for sektoren
 - Finansiering av investeringer
3. Styret ber om at innspillet oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

096-2019	Oppstart av prosjektinnramming for stråle- og somatikkbygg ved Akershus universitetssykehus HF
----------	------------------------------------------------------------------------------------------------

Oppsummering

Saken omhandler søknad om oppstart av prosjektinnramming for stråle- og somatikkbygg ved Akershus universitetssykehus HF.

Styret i Akershus universitetssykehus HF har i styresak 09/18 godkjent mandat for prosjektinnramming av stråle- og somatikkbygg, datert 19. februar 2018.

I denne styresaken vurderes grunnlaget for å starte prosjektinnramming for stråle- og somatikkbygg ved Akershus universitetssykehus HF. Det gjøres videre en vurdering av mandatet opp mot føringer fra Helse Sør-Øst RHF og de krav som veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter stiller med hensyn til hva som skal utredes og avklares i en prosjektinnramming.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret godkjenner oppstart av prosjektinnramming for stråle- og somatikkbygg ved Akershus universitetssykehus HF.
2. Styret ber Akershus universitetssykehus HF som prosjekteier å innarbeide følgende presiseringer og tilføyelser i sitt mandat for prosjektinnrammingen:
 - a) Inkludere en vurdering av kapasitetsbehov for sengeplasser til somatisk virksomhet utover senger knyttet til kreftsenter etter at kapasiteten ved Kongsvinger sykehus er utnyttet og spesialisthelsetjenesteansvaret for bydelene Alna, Grorud og Stover er overført til Oslo universitetssykehus HF.
 - b) Avklare avhengigheter til andre planlagte eller pågående prosjekter.

- c) Konkretisere kravene til økonomiske analyser og vurderinger i prosjektinnrammingen i henhold til veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter.

097-2019	Oslo universitetssykehus HF - forprosjektrapport nytt klinikkbygg og protonsenters ved Radiumhospitalet
----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Oppsummering

Etablering av nytt klinikkbygg og protonsenters ved Radiumhospitalet er et ledd i realisering av målbildet for Oslo universitetssykehus HF slik det ble godkjent i foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF 24. juni 2016. Målbildet innebærer at Oslo universitetssykehus HF utvikles med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. I tillegg skal det etableres en regional sikkerhetsavdeling (RSA) til erstatning for nåværende virksomhet på Dikemark.

Radiumhospitalet er et elektivt kreftsykehus med lokale, regionale og nasjonale funksjoner, i tillegg til funksjoner innen forskning og innovasjon. Fremtidig virksomhetsmodell innebærer en samling av onkologi og kreftbehandling, inkludert all kirurgi innen brystkreft, prostatakreft og gynekologisk kreft på Radiumhospitalet.

I denne saken legges forprosjektet fram for styret i Helse Sør-Øst RHF for investeringsbeslutning (B4) i samsvar med gjeldende veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter.

Kommentarer i møtet

Med utgangspunkt i drøftinger i styret kom administrerende direktør med forslag til tillegg i vedtaks punkt 4 som følger: Arbeidet må skje i samarbeid med Helse Vest RHF som også skal etablere protonsenters i sin region og må inkludere en felles dialog med Helse- og omsorgsdepartementet om full finansiering av dette nye behandlingstilbudet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret godkjenner forprosjektrapporten for nytt klinikkbygg og protonsenters ved Radiumhospitalet, Oslo universitetssykehus HF, og ber om at den legges til grunn for den videre gjennomføringen av prosjektet.
2. Prosjektet skal gjennomføres innenfor en økonomisk styringsramme (P50) for klinikkbygget på 3 302 millioner kroner (prisnivå januar 2018) inkludert ikke-byggnær IKT med 242 millioner kroner. Styringsrammen (P50) for protonsenters er på 1 541 millioner kroner (prisnivå januar 2018) inkludert investeringer i ikke-byggnær IKT med 64 millioner kroner.
3. Styret understreker at Oslo universitetssykehus HF må arbeide videre med planer for effektivisering og ytterligere gevinstuttak i prosjektet for nytt klinikkbygg for å understøtte nødvendig økonomisk utvikling. Dette må følges opp som del av organisasjonsutviklingsprosjektet ved Oslo universitetssykehus HF.
4. Inntektsgrunnlaget for driften av protonsenters er ikke endelig avklart, og styret ber administrerende direktør arbeide for å etablere ordninger for en helhetlig finansiering av

fremtidige drifts- og kapitalkostnader. Arbeidet må skje i samarbeid med Helse Vest RHF som også skal etablere protonsenters i sin region og må inkludere en felles dialog med Helse- og omsorgsdepartementet om full finansiering av dette nye behandlingstilbudet.

5. Administrerende direktør gis fullmakt til å opprette og gi mandat til prosjektstyre med ansvar for gjennomføringen av prosjektet.

098-2019	Sykehuset Østfold HF – avhending av eiendom i Eidsberg kommune
----------	----------------------------------------------------------------

Oppsummering

Styret i Helse Sør-Øst RHF ga i styresak 086-2019 Sykehuset Østfold HF fullmakt til å inngå leieavtale med Askim Rådhus AS om arealer til samlokalisering av virksomhet innen psykisk helsevern, rusbehandling og somatikk i Indre Østfold. Samlokaliseringen reduserer arealbehovet, og som en konsekvens ønsker Sykehuset Østfold HF å avhende to eiendommer ved salg, Edwin Ruuds vei 4, gnr. 50, bnr. 9 i Eidsberg kommune og Prestenggata 4, gnr. 52, bnr. 649 i Askim kommune.

Edwin Ruuds vei 4 er taksert til 22 millioner kroner (2017) og salget krever godkjenning av styret i Helse Sør-Øst RHF og av foretaksmøtet, jf. helseforetaksloven § 31. Prestenggata 4 er taksert til 4,5 millioner kroner (2017) og krever ikke godkjenning av verken styret i Helse Sør-Øst RHF eller foretaksmøtet, ettersom eiendommen er verdsatt til mindre enn 10 millioner kroner. Saken gjelder således Sykehuset Østfold HF's anmodning om samtykke til avhending av eiendom Eidsberg kommune.

Kommentarer i møtet

Styret hadde en generell drøfting om leie av arealer og står fast på at hovedregelen er eie fremfor leie.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF oversender Sykehuset Østfold HF's anmodning om samtykke til salg av eiendom i Eidsberg kommune til foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF for behandling. Salget omfatter Edwin Ruuds vei 4, 1850 Mysen, gnr. 50, bnr. 9 i 0125 Eidsberg kommune.
2. I tråd med intensjonene i samhandlingsreformen tilbys vertskommunen Eidsberg å kjøpe eiendommen til markedspris. Dersom det ikke oppnås enighet, kan eiendommen legges ut for salg i det åpne markedet.
3. Frigjort likviditet kan benyttes til nedbetaling av gjeld, til investeringer i varige driftsmidler eller til rehabilitering og verdibevarende vedlikehold av bygninger som er nødvendig for klinisk drift.
4. Investeringer, herunder langsiktige leieavtaler, må behandles i henhold til gjeldende fullmaktsstruktur.
5. Styret presiserer at Sykehuset Østfold HF har ansvaret for at avhendingen gjennomføres korrekt og bærer all risiko knyttet til avhendingen.

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Brubak og Sølvberg:

Generelt sett mener vi at salg av egen bygningsmasse med daglig drift til nødvendig pasientrettet virksomhet, ikke er i tråd med hva vi mener er god virksomhetsstyring, når samme virksomhet skal drives videre i leide lokaler, blant annet ifht kostnadskontroll.

099-2019	Brukerutvalg for Helse Sør-Øst RHF – oppnevning av medlemmer
-----------------	---------------------------------------------------------------------

Brukerutvalgets observatør Nina Roland fratrådte under behandlingen av saken.

Oppsummering

Administrerende direktør la frem et forslag til sammensetning av brukerutvalget for Helse Sør-Øst RHF for perioden 1. januar 2020 til 31. desember 2021. Forslaget oppfyller kriteriene i vedtatte retningslinjer for brukerutvalg i helseforetak, jmf. styresak 043-2017.

Forslaget til nytt brukerutvalg sikrer representasjon fra virksomhetsområdene tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk, herunder kreftområdet. Medlemmene har i sum bred erfaring som pasienter og pårørende og representerer både store og små organisasjoner, etniske minoriteter og eldre. Videre er en god kjønnsfordeling ivaretatt. I tillegg vil alle sykehusområdene i regionen være representert

Kommentarer i møtet

Styret ba om at de felles retningslinjene for brukerutvalg som er vedtatt av styret i sak 043-2017 legges frem for gjennomgang i styret.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret oppnevner følgende personer til brukerutvalget for Helse Sør-Øst RHF for perioden 1. januar 2020 til 31. desember 2021:

Navn	Organisasjon	Fylke
Sebastian Blancaflor	Momentum	Akershus (Akershus sykehusområde)
Heidi Skaara Brorson	Kreftforeningen	Vestfold (Vestfold-Telemark sykehusområde)
Odvar Jacobsen	Norges Handikapforbund	Akershus (Vestre Viken sykehusområde)
Øystein Kydland	Norsk Tourette Forening	Aust-Agder (Sørlandet sykehusområde)
Anne Malerbakken	Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon	Oslo (Oslo sykehusområde)
Astri Myhrvang	Pensjonistforbundet	Østfold (Østfold sykehusområde)
Faridah Shakoor Nabaggala	Morbus Addison forening	Oslo (Oslo sykehusområde)
Nina Roland	Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte	Aust-Agder (Sørlandet sykehusområde)

Navn	Organisasjon	Fylke
Aina Rugelsjøen	Mental Helse	Buskerud (Vestre Viken sykehusområdet)
Egil Rye-Hytten	Landsforeningen for hjerte- og lungesyke	Telemark (Vestfold-Telemark sykehusområde)
Lilli-Ann Stensdal	Norges Handikapforbund	Oslo (Oslo sykehusområde)
Kjartan Th. Stensvold	Landsforeningen for hjerte- og lungesyke	Oppland (Innlandet sykehusområde)

2. Styret oppnevner Nina Roland til leder og Lill-Ann Stensdal til nestleder i brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til oppnevning av eventuelle nye medlemmer ved behov for suppleringer i perioden.

100-2019	Styresaker i Helse Sør-Øst RHF – status og oppfølging
-----------------	--------------------------------------------------------------

Oppsummering

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

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak til og med oktober 2019 til orientering.

101-2019	Årsplan styremøter
-----------------	---------------------------

Kommentarer i møtet

Styret ber styreleder, i samråd med administrerende direktør, finne et egnet tidspunkt for et nytt styreseminar.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

102-2019

Driftsorienteringer fra administrerende direktør

Administrerende direktør orienterte muntlig i møtet om utviklingen i AML-brudd og viste til at hun ville komme tilbake med en nærmere orientering om dette i neste styremøte. Videre orienterte administrerende direktør om anmodning fra Sykehuset Østfold HF om fullmakt til å inngå ny leieavtale for kontorarbeidsplasser til erstatning for nåværende leieavtale om kontorarbeidsplasser. Det vil bli gitt en nærmere orientering om dette i neste styremøte.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Andre orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget oktober 2019
3. Foreløpig protokoll fra møte i Revisjonsutvalget 16. oktober 2019
4. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet om ordningen Fritt behandlingsvalg
5. Brev fra Bunadsgeriljaen. Underskriftkampanje mot sommerstengning og nedleggelse av fødeavdelingen ved Gjøvik sykehus
6. Protokoll datert 20.11.19 fra drøftinger med konserntillitsvalgte

Møtet hevet kl 13:15

Hamar, 21. november 2019

Svein I. Gjedrem
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
Nestleder

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Vibeke Limi

Einar Lunde

Geir Nilsen

Lasse Sølvsberg

Sigrun E. Vågeng

Tore Robertsen
styresekretær