

Styremøte i styret for Sykehuset Telemark HF

ons. 17. februar 2021, 09.30 - 15.30




Elektronisk møte via Skype

Agenda

09.30 - 09.35 **001-2021 Godkjenning av innkalling og saksliste**

5 min



Beslutning *Styreleder Per Anders Oksum*

-  _Innkalling til styremøte i Sykehuset Telemark HF 17. februar 2021.pdf (1 sider)
-  _Saksliste med kjøreplan til styremøte 17. februar 2021.pdf (2 sider)
-  001-2021 Godkjenning av innkalling og saksliste.pdf (1 sider)

09.35 - 09.40 **002-2021 Godkjenning av protokoll fra styremøte fra styremøte 16. desember 2020**

5 min

Beslutning *Styreleder Per Anders Oksum*

-  002-2021 Godkjenning av protokoll fra styremøte 16. desember 2020.pdf (1 sider)
-  002-2021 Vedlegg_Protokoll 2020-12-16.pdf (9 sider)

09.40 - 10.00 **003-2021 Driftsorienteringer fra administrerende direktør**

20 min



Orientering *Administrerende direktør Tom Helge Rønning*

-  003-2021 Driftsorienteringer fra administrerende direktør.pdf (4 sider)

10.00 - 10.45 **004-2021 Virksomhetsrapport per 3. tertial 2020**

45 min

Orientering *Økonomidirektør Geir Olav Ryntveit*

-  004-2021 Virksomhetsrapport per 3. tertial 2020.pdf (43 sider)
-  004-2021 Vedlegg_Virksomhetsrapport STHF 2020_12_til_styret.pdf (36 sider)



10.45 - 10.55 **Pause**

10 min

10.55 - 11.40 **005-2021 Virksomhetsrapport per januar 2021**

45 min

Orientering *Økonomidirektør Geir Olav Ryntveit*

-  005-2021 Virksomhetsrapport per januar 2021.pdf (14 sider)
-  005-2021 Vedlegg_Virksomhetsrapport STHF 2021_01.pdf (19 sider)

11.40 - 12.10 **006-2021 Sluttrapport akuttkjedeprojektet**

30 min

Orientering *Klinikkjef Frank Hvaal*

-  006-2021 Sluttrapport Akuttkjedeprojektet.pdf (3 sider)

Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

12.10 - 12.40 Pause/lunsj

30 min

12.40 - 13.10 007-2021 Utbygging somatikk Skien – Forberedelse til forprosjekt

30 min

Beslutning *Utviklingsdirektør Annette Fure*

📄 007-2021 Utbygging somatikk Skien - Forberedelse forprosjekt.pdf (6 sider)

13.10 - 13.40 008-2021 Årlig melding 2020

30 min

Beslutning *Administrerende direktør Tom Helge Rønning*

📄 008-2021 Årlig melding 2020.pdf (2 sider)

📄 008-2021 Vedlegg 1_Årlig melding 2020.pdf (43 sider)

📄 008-2021 Vedlegg 2_Drøftingsprotokoll Årlig melding 2020.pdf (2 sider)

13.40 - 13.50 Pause

10 min

13.50 - 14.20 009-2021 Internrevisjon resultater 2020 og plan 2021

30 min

Beslutning *Fagdirektør Halfrid Waage*

📄 009-2021 Interne revisjoner Årsrapport 2020 og Plan 2021.pdf (3 sider)

📄 009-2021 Vedlegg 1_Årsrapport Internrevisjon 2020.pdf (22 sider)

📄 009-2021 Vedlegg 2_Internevisjon STHF 2020 Samlerapport elektroniske egenvurderinger.pdf (70 sider)

14.20 - 14.50 010-2021 Forskningsåret 2020 ved STHF

30 min

Orientering *Fagdirektør Halfrid Waage*

📄 010-2021 Forskningsåret 2020 ved STHF.pdf (2 sider)

14.50 - 14.55 011-2021 Protokoll fra foretaksmøte 17. des. 2020

5 min

Beslutning *Styreleder Per Anders Oksum*

📄 011-2021 Protokoll fra foretaksmøte 17. desember 2020.pdf (1 sider)

📄 011-2021 Vedlegg 1_Protokoll foretaksmøte STHF 17. desember 2020.pdf (4 sider)

📄 011-2021 Vedlegg 2_Vedtekter STHF oppdatert 17. desember 2020.pdf (5 sider)

14.55 - 15.00 012-2021 Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår

5 min

Beslutning *Administrerende direktør Tom Helge Rønning*

📄 012-2021 Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår.pdf (2 sider)

📄 012-2021 Vedlegg 1_Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår 2020.pdf (2 sider)

📄 012-2021 Vedlegg 2_Retningslinjer lønn og godtgjørelser_brev av 17. mars 2015.pdf (5 sider)


15.00 - 15.05
5 min

013-2021 Status og oppfølging av styresaker i Sykehuset Telemark

Orientering

Administrerende direktør Tom Helge Rønning

 013-2021 Status og oppfølging av styresaker i Sykehuset Telemark.pdf (1 sider)

 013-2021 Vedlegg_Oppfølging av styresaker.pdf (3 sider)

15.05 - 15.10
5 min

014-2021 Styrets årsplan 2021 - oppdatert

Orientering

Styreleder Per Anders Oksum

 014-2021 Styrets årsplan 2021 - oppdatert.pdf (1 sider)

 014-2021 Vedlegg_Styrets årsplan 2021.pdf (3 sider)

15.10 - 15.15
5 min


Andre orienteringer

Orientering


Styreleder Per Anders Oksum

1. Styreleder orienterer
2. Protokoll fra BU møte 10. desember 2020
3. Protokoll fra ekstraordinært styremøte Helse Sør-Øst RHF 15. januar 2021
4. Foreløpig protokoll ungdomsråd 26. januar 2021
5. Foreløpig protokoll fra BU møte 4. februar 2021

 Andre orienteringer 02_Protokoll brukerutvalgsmøte 10. desember 2020.pdf (4 sider)

 Andre orienteringer 03_Protokoll fra ekstraord. styremøte HSØ 15. januar 2021.pdf (5 sider)

 Andre orienteringer 04_Foreløpig protokoll ungdomsråd 26. januar 2021.pdf (2 sider)

 Andre orienteringer 05_Foreløpig protokoll brukerutvalgsmøte 4. februar 2021.pdf (5 sider)

 Andre orienteringer 06_Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 4. februar 2021.pdf (8 sider)

15.15 - 15.30
15 min

Tema: Styrets egnevaluering - lukket møte

Styreleder Per Anders Oksum

Styret i Sykehuset Telemark HF
Brukerutvalgets representanter

Vår referanse:

Saksbehandler: Tone Pedersen +47 957 94 426

Dato:

10. februar 2021

Innkalling til styremøte i Sykehuset Telemark HF

Det innkalles til styremøte i Sykehuset Telemark HF

Tid: Onsdag 17. februar 2021 kl. 0930 - 1530

Sted: Skype-møte

Vedlagt oversendes saksliste og saksfremlegg til møtet.

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
Sykehuset Telemark HF

Per Anders Oksum
styreleder

Styremøte i styret for Sykehuset Telemark HF

Dato og kl.: 17. februar 2021, kl. 0930 – 1530

Sted: Skype-møte

Møteleder: Styreleder Per Anders Oksum

Saksliste

Tentativ plan	Saksnr.	Sakstittel	Sakstype
0930 – 0935	001 - 2021	Godkjenning av innkalling og saksliste v/styreleder	Beslutning
0935 – 0940	002 - 2021	Godkjenning av protokoll fra styremøte fra styremøte 16. desember 2020 v/styreleder	Beslutning
0940 – 1000	003 - 2021	Driftsorienteringer fra administrerende direktør v/administrerende direktør	Orientering
1000 – 1045	004 - 2021	Virksomhetsrapport per 3. tertial 2020 v/økonomidirektør	Orientering
1045 – 1055		Pause	
1055 – 1140	005 - 2021	Virksomhetsrapport per januar 2021 (ettersendes) v/økonomidirektør	Orientering
1140 – 1210	006 - 2021	Sluttrapport akuttkjede-prosjektet v/klinikkjef Frank Hvaal	Orientering
1210 – 1240		Pause	
1240 – 1310	007 - 2021	Utbygging somatikk Skien – Forberedelse til forprosjekt v/utviklingsdirektør	Beslutning
1310 – 1340	008 - 2021	Årlig melding 2020 v/administrerende direktør	Beslutning
1340 – 1350		Pause	
1350 – 1420	009 - 2021	Internrevisjon resultater 2020 og plan 2021 v/fagdirektør	Beslutning

1420 – 1450	010 - 2021	Forskningsåret 2020 ved STHF v/fagdirektør	Orientering
1450 – 1455	011 - 2021	Protokoll fra foretaksmøte 17. des. 2020 v/styreleder	Etterretning
1455 – 1500	012 - 2021	Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår v/administrerende direktør	Beslutning
1500 – 1505	013 - 2021	Status og oppfølging av styresaker i Sykehuset Telemark v/administrerende direktør	Orientering
1505 – 1510	014 - 2021	Styrets årsplan 2021 - oppdatert v/styreleder	Orientering
1510 – 1515		Andre orienteringer 1) Styreleder orienterer 2) Protokoll fra BU møte 10. desember 2020 3) Protokoll fra ekstraordinært styremøte Helse Sør-Øst RHF 15. januar 2021 4) Foreløpig protokoll ungdomsråd 26. januar 2021 5) Foreløpig protokoll fra BU møte 4. februar 2021 6) Foreløpig protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 4. februar 2021	Orientering
1515 – 1530		Tema: Styrets egnevaluering – lukket møte v/styreleder	

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	17. februar 2021

Type sak (sett kryss)							
Beslutning	<input checked="" type="checkbox"/>	Etterretning	<input type="checkbox"/>	Orientering	<input type="checkbox"/>	Tema	<input type="checkbox"/>

Sak: 001 – 2021

Godkjenning av innkalling og saksliste

Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Skien, 8. februar 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	17. februar 2021

Type sak (sett kryss)							
Beslutning	<input checked="" type="checkbox"/>	Etterretning	<input type="checkbox"/>	Orientering	<input type="checkbox"/>	Tema	<input type="checkbox"/>

Sak: 002 – 2021

Godkjenning av protokoll fra styremøte 16. desember 2020

Hensikten med saken

Forslag til protokoll fra styrets foregående møte er signert elektronisk av alle styremedlemmer. Protokollen legges frem for godkjenning av styret.

Forslag til vedtak

Protokoll fra styrets møte 16. desember 2020 godkjennes.

Skien, 8. februar 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg

- Protokoll fra styremøte 16. desember 2020 i Sykehuset Telemark HF

Signers:

Name	Method	Date
Jordbakke, Kine Cecilie	BANKID_MOBILE	2020-12-17 10:23 GMT+1
Vik-Johansen, Ann Iserid	BANKID_MOBILE	2020-12-17 10:25 GMT+1
Bogen, Kristian Nils	BANKID_MOBILE	2020-12-17 11:23 GMT+1
Wiig, Kristian	BANKID_MOBILE	2020-12-17 11:37 GMT+1
Oksum, Per Anders	BANKID	2020-12-17 13:08 GMT+1
Pedersen, Tone	BANKID_MOBILE	2020-12-17 13:34 GMT+1
Turid Ellingsen	BANKID_MOBILE	2020-12-17 15:51 GMT+1
Tveit, Solfrid Nikita	BANKID_MOBILE	2020-12-17 16:59 GMT+1
Voss, Per Christian	BANKID_MOBILE	2020-12-22 00:44 GMT+1

**This document package contains:**

- Front page (this page)
- The original document(s)
- The electronic signatures. These are not visible in the document, but are electronically integrated.



This file is sealed with a digital signature.
The seal is a guarantee for the authenticity
of the document.

Document ID:
F6995F9CA3AB4ABA9A2F635B1AB4AF02

THE SIGNED DOCUMENT FOLLOWS ON THE NEXT PAGE >

Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

PROTOKOLL FRA STYREMØTE I SYKEHUSET TELEMAR HF

Dato: 16. desember 2020 Tidspunkt: kl. 0930–1410

Sted: Skype-møte

Følgende medlemmer møtte

Per Anders Oksum Styreleder
Kine Cecilie Jordbakke Nestleder
Ann Iserid Vik-Johansen
Kristian Wiig
Nils Kristian Bogen
Per Christian Voss
Solfrid Nikita Tveit
Turid Ellingsen

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)

Presentasjon av saker:

Sak 073, 074 og 082: Per Anders Oksum styreleder
Sak 075 og 078: Tom Helge Rønning, administrerende direktør
Sak 076 og 077: Geir Olav Ryntveit, økonomidirektør
Sak 079: Halfrid Waage, fagdirektør
Sak 080: Lars Ødegård, klinikk sjef Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling
Sak 081: Liv Carlsen, spesialrådgiver Kvalitetsavdelingen

Styreleder ledet møtet



073-2020	Godkjenning av innkalling og saksliste
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner innkalling og saksliste til styremøte 16. desember 2020.

074-2020	Godkjenning av protokoll og B-protokoll fra styremøte fra styremøte 28. okt.2020
-----------------	---

Protokoll fra styremøtet 28. oktober er godkjent elektronisk av styrets medlemmer før møtet. B-protokollen godkjennes også elektronisk.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner protokoll og B-protokoll fra styremøte 28. oktober 2020.

075-2020	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
-----------------	---

Oppsummering

Administrerende direktør orienterte, i tillegg til skriftlig informasjon, om:

- ADs ledergruppe har gjennomført lokal beredskapsøvelse om IKT-sikkerhet som oppspill til regional øvelse
- Lokal beredskapsøvelse om simulert eskalering av C-19 er avholdt av ADs ledergruppe

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Side 2 av 8



076-2020	Virksomhetsrapport per november 2020
-----------------	---

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport per november 2020.

Sykehuset har gode resultater på de fleste områder i november:

- God utvikling på fristbrudd, løftebrudd og ventetider.
(Stabile ventelister og antall pasienter passert planlagt tid er nede på nivå med andre halvår 2019)
- Poliklinisk aktivitet i somatikken på nivå med oktober – dvs. fortsatt relativt bra
- Poliklinisk aktivitet i psykiatrien øker sammenliknet med oktober (+5,5 %) og november er blant de beste månedene i 2020
- Belegg i somatikken er svakt økende men fortsatt på lavere nivå enn før pandemien
- Positiv utvikling for de fleste pakkeforløp i november
- Stort sett god utvikling for pakkeforløp psykiatri
- Prioriteringsregelen – ingen endring fra tidligere perioder
- Brutto månedsverk er fortsatt på et høyt nivå
- STHF har per nå fått tildelt totalt 201,9 millioner kroner i C-19 kompensasjon
 - Inntektsført per oktober 183,9 millioner kroner
 - Rest (nov. – des.) 18,0 millioner kroner
 - Estimat for 2020 65,0 millioner kroner
- Betydelig usikkerhet:
 - Smitteutvikling
 - Aktivitet/DRG
 - Forbedringsarbeid er forsinket
 - Effekt av lønnsoppgjør ikke bokført
- Resultat for november (eksklusiv C-19 effekter) er estimert til + 0,4 millioner kroner

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per november 2020 til orientering.

077-2020	Budsjett 2021
-----------------	----------------------

Oppsummering

Saken beskriver budsjettet for 2021 med mål for kvalitetsindikatorer, økonomisk resultat, bemanning og aktivitet. Sykehusets budsjett for 2021 legger opp til et positivt årsresultat på 50 millioner kroner og en investeringsramme på 120 millioner kroner (inkludert overheng fra 2020). Et årsresultat på 50 millioner kroner betyr at driftsresultat opprettholdes omtrent som forutsatt i ØLP 2021-2024. Reduksjonen i årsresultatet på 10 millioner kroner forklares med lavere finansinntekter og økning i kostnader til pasienter behandlet under ordningen

Side 3 av 8



fritt behandlingsvalg (FBV).

Rammeforutsetningene og resultatmålsettingen for 2021 krever realisering av betydelig intern effektivisering. Risiko vurderes å være større enn normalt. For det første er det usikkerhet omkring utvikling i koronapandemien generelt og hvordan den rammer Sykehuset Telemark HF spesielt. Videre er det betydelig risiko knyttet til forutsetninger om aktivitetsbaserte inntekter, hvor det er lagt til grunn at volum av døgnpasienter kommer tilbake til nivået fra før koronapandemien.

Store deler av den budsjetterte nedbemanningen knytter seg til midlertidige pandemistillinger.

Økning i produksjon og samtidig nedbemanning forutsetter effekter av forbedringsarbeidene som foreløpig ikke er materialisert.

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

Kommentarer i møtet

Styret takket for en god presentasjon. Styret ser at sykehusets største risiko i budsjett 2021 er å innfri det økonomiske resultatet. Styret er ikke tilfreds med at resultatkravet er redusert med 10 millioner kroner i forhold til økonomisk langtidsplan.

Styret er fornøyd med at sykehuset har klart å løfte investeringsnivået totalt og øker budsjettet til vedlikeholdsprosjekter.

Styret ber administrasjonen om jevnlige statusoppdateringer i 2021 for de tre sykehus-overgripende prosjektene.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret vedtar budsjettet for 2021 med målsettingene for kvalitet, aktivitet, resultat og investeringsrammer som beskrevet i saken. Oppdrags- og bestillerdokumentet skal legges til grunn for leveransene i 2021.



078-2020	Valg av ansattevalgte styremedlemmer - Oppnevning av valgstyre
----------	--

Oppsummering

Inneværende to-års valgperiode for de ansattevalgte styremedlemmer og varamedlemmer gjelder frem til og med 15. mars 2021. For kommende periode skal det velges ansatte representanter som styremedlemmer og varamedlemmer.

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

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Ny valgperiode for ansattevalgte styremedlemmer er for 2 år med virkning fra 16. mars 2021. Valgperioden tas til etterretning.
2. Styret oppnevner følgende valgstyre:
 - Ansatt representant Arvid Fosse (Fagforbundet)
 - Ansatt representant Heidi Flemmen (Legeforeningen)
 - Ansatt representant Ann Iserid Vik-Johansen (NSF)
 - Ansatt representant Linda Jeanette Jamsgard (NSF)
 - Ansatt representant Wenche Kongerød (FO)
 - Avdelingsleder HR Bjarne Lia
 - Spesialrådgiver direktørens stab Tone Pedersen
3. Valgstyret oppnevner selv leder og nestleder
4. Styret legger til grunn at den praktiske valggjennomføringen følger samordningen innen Helse Sør-Øst.

079-2020	Etablering av Helsefelleskap
----------	------------------------------

Oppsummering

Hensikt med saken er å sikre at STHF sitt styre er godt informert om status i arbeidet med å etablere Helsefelleskap i Telemark. Styret må også behandle og vedta de endringer som ligger i Overordnet samarbeidsavtale. Avtalen er revidert for å inkludere organiseringen av Helsefelleskap i Telemark.

Kommentarer i møtet

Styret gav tilbakemelding om at tidspunkt for evaluering av arbeidet med Helsefelleskapet bør tas inn i avtalen.



Styrets enstemmige**VEDTAK**

1. Styret vedtar de endringene som er gjort i revidert *Overordnet samarbeidsavtale*, for å inkludere organiseringen av Helsefelleskap i Telemark.
2. Styret gir sin tilslutning til at styreleder deltar i partnerskapsmøte som representant for styret ved STHF.
3. Styret anbefaler at fagdirektør deltar på de to øverste nivåene i Helsefelleskapet sin møtестruktur.

080-2020	Bruk av tvang i psykisk helsevern – konsernrevisjonens revisjonsrapport 1-2020
-----------------	---

Oppsummering

Saken fremmes for å gi styret et orientering om Konsernrevisjonens revisjonsrapport 1-2020 - Bruk av tvang i psykisk helsevern og hvilke tiltak/forbedringsområder som Sykehuset Telemark har arbeidet/arbeider med.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar saken til orientering.

081-2020	Overordnet HMS mål- og handlingsplan 2021
-----------------	--

Oppsummering

HMS mål og handlingsplan 2021 legges fram for forankring og godkjenning av direktørens ledergruppe. HMS mål- og handlingsplan er et overordnet styringsdokument som angir mål og tiltak på prioriterte satsningsområder innen HMS arbeidet for STHF. Måltrettet og systematisk arbeid med forbedring innen HMS har stor betydning for utvikling av et velfungerende arbeidsmiljø og et trygt og godt arbeidsmiljø bidrar til økt pasientsikkerhet.

Kommentarer i møtet

Styret gav tilbakemelding om at sykehusets HMS mål- og handlingsplanen for 2021 synes å være en svært god og strukturert plan.

Styret gav innspill om at det er ønskelig at administrasjonen vurderer å legge inn *ansattes og innleides eksponering av løsemiddel og fraværskader på ansatte og innleide* som en del av planen.



Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar overordnet HMS mål- og handlingsplan for 2021 til orientering.

082-2020	Styrets årsplan 2021
----------	----------------------

Oppsummering

Som ledd i virksomhetsstyringen ved Sykehuset Telemark HF utarbeides det en plan for styrets arbeid for det enkelte år. Årsplan 2021 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.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret slutter seg til den fremlagte årsplanen for styret i 2021.

Andre orienteringer

1. Styreleder informerte om styreleders møter utenom styremøter
2. Protokoll fra styremøte Helse Sør-Øst RHF 22. oktober
3. Foreløpig protokoll fra ekstraord. styremøte HSØ 19. november
4. Foreløpig protokoll fra styremøte Helse Sør-Øst RHF 26. november

Møtet hevet kl. 1400

Side 7 av 8



Skien, 16. desember 2020

Per Anders Oksum
Styreleder

Kine Cecilie Jordbakke
Nestleder

Turid Ellingsen

Nils Kristian Bogen

Ann Iserid Vik-Johansen

Per Christian Voss

Kristian Wiig

Solfrid Nikita Tveit

Tone Pedersen
Styresekretær

Side 8 av 8



Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	17. februar 2021

Type sak (sett kryss)							
Beslutning	<input type="checkbox"/>	Etterretning	<input type="checkbox"/>	Orientering	<input checked="" type="checkbox"/>	Tema	<input type="checkbox"/>

Sak: 003 – 2021

Driftsorienteringer fra administrerende direktør

Forslag til vedtak

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Skien, 9. februar 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Driftsorienteringer fra administrerende direktør:

1. Brann på Rjukan Sykehus

Det gamle lasarettet på Rjukan Sykehus brant ned natt til lørdag 6. februar. Bygget var satt opp av Norsk Hydro omkring 1920 og var bygget for å kunne behandle pasienter med spesielt smittsomme sykdommer. Bygget er i løpet av den senere tid forsøkt sikret for at det ikke skal være mulig å ta seg inn i bygningskroppen, etter at det tidligere ble kjent at det var benyttet som et uformelt samlingssted for ungdom. Noen dager etter hendelsen fortalte politiet at de anså brannen for oppklart. Noen barn hadde fortalt at de hadde lekt i området og at leken hadde inneholdt bruk av ild.

Det har ikke vært noen aktivitet i bygget siden 1990-tallet og bygget var generelt i dårlig forfatning. Lasarettet var en del av fortellingen om verdensarvbyen Rjukan, men sto ikke på prioriteringslisten over bygg som skulle renoveres.

2. Tilsynssak avsluttet

Pasient ble avvist – funnet død hjemme

Torsdag 4. februar hadde Varden en større artikkel om at en pasient for en tid tilbake hadde kommet for sent til å få medisinen sin (LAR-pasient) og blitt avvist. Noen dager senere ble pasienten funnet død hjemme.

På grunn av korona-pandemien fikk mannen injeksjonene på et annet sted enn han pleide. Sykehuset Telemark opprettet rutinemessig en tilsynssak etter dødsfallet, som ble meldt til Helsetilsynet som «alvorlig hendelse». I Helsetilsynets konklusjon ble det trukket frem noen spørsmål som de ba Statsforvalteren se nærmere på.

Sykehuset ga sitt svar til Statsforvalteren 12. januar 2021 og det er nå trukket konklusjon i saken. Statsforvalteren vurderer at det er sannsynlighetsovervekt for at opplysningene om at pasienten ble tilbudt injeksjon neste dag er i overensstemmelse med de faktiske forhold. Derved er det ikke lengre grunnlag for tilsynssaken, og vurderingen er at behandlingen har vært forsvarlig. Konklusjonen er således at «Behandlingen var forsvarlig i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.»

3. C-19 vaksinerings av ansatte

I den første tildelingen til spesialisthelsetjenesten fikk Sykehuset Telemark tildelt doser til å kunne vaksinere i overkant av 400 ansatte. Denne vaksinerings ble gjennomført i perioden uke 2 til uke 6, noe som betyr at mottakerne av vaksinen nå er «fullvaksinert» med to doser. I den første puljen ble det utarbeidet en vaksineplan som tok utgangspunkt i føringer fra myndighetene. Her ble følgende kriterier lagt til grunn:

- Opprettholde kritiske funksjoner i spesialisthelsetjenesten
- Eksponeringsgrad
- Akutfunksjoner
- Klinisk virksomhet, eller funksjoner som understøtter dette
- Døgnbehandling

I den første runden ble det på bakgrunn av kriteriene i hovedsak prioritert vaksineringsfunksjoner som intensiv, akuttmottak og prehospitale tjenester, samt anestesileger og noen andre legegrupper. Det ble i tillegg prioritert noe vaksineringsfunksjoner på somatiske sengeposter.

Etter at vi søndag 7/2 fikk bekreftet at vi kan påregne å få doser til å vaksinere ytterligere 1000 ansatte, er sykehuset i skrivende stund i gang med å utarbeide en plan for gjennomføring av runde 2 av vaksineringsfunksjoner. Dette vil etter planen starte opp allerede i uke 7. Kriteriene for fordeling av vaksiner, er tilsvarende som i runde 1. I denne runden vil vi kunne oppnå helt eller tilnærmet full dekning av de mest kritiske funksjonene i tillegg til at vi kan legge til flere funksjoner som i større grad enn tidligere sikrer driften ved økt smittetrykk.

I den første runden ble det vaksinert med vaksiner fra produsenten Pfizer, mens det i runde to vil bli fordelt vaksiner fra AstraZeneca. Den siste vaksinen er en annen vaksineteknologi som også er enklere å administrere. I tillegg skal det være et lengre intervall mellom dose 1 og dose 2. Imidlertid er ikke denne vaksinen anbefalt til personer over 65 år og vi forventer at det vil bli prioritert vaksiner til denne aldersgruppen fra en av de to andre godkjente leverandørene.

Det er Bedriftshelsetjenesten som står for den praktiske gjennomføringen.

4. Nytt hovedverneombud

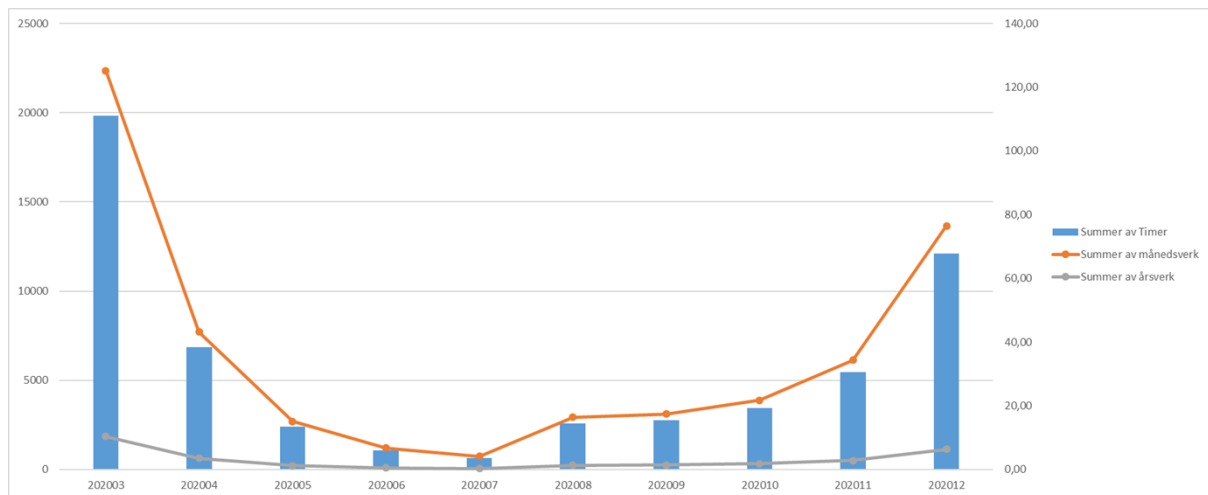
Hovedverneombud Øystein Boklund har sagt opp sin stilling for å flytte til et annet område av landet. Han erstattes av Anne Trønnes Borgen, som i dag er ansatt som psykiatrisk sykepleier ved DPS nedre Telemark i Porsgrunn. Skiftet skjer sannsynligvis i månedsskifte februar/mars.

5. Covid-19-situasjonen

Knyttet til smittesituasjonen ved sykehuset og i opptaksområdet satte sykehuset Gul beredskap 17. desember. På det tidspunktet var situasjonen på sykehuset svært krevende, bl.a med et smitteutbrudd på en medisinsk sengepost og mange inneliggende pasienter med påvist c-19. Vi hadde på det meste 16 inneliggende pasienter, hvilket er svært høyt i norsk målestokk når vi tar hensyn til sykehusets størrelse. Vi fikk snart kontroll på utbruddet, men hadde en svært krevende driftssituasjon gjennom jule- og nyttårshelgen og langt inn i det nye året. I denne perioden ble planlagt operativ aktivitet redusert noe og arealet som normalt er post operativ avdeling, ble i henhold til planverket vårt utnyttet som kohort til intensivpasienter.

14. januar gikk sykehuset tilbake til grønn beredskap og har siden opprettholdt dette beredskapsnivået. Kohorten for intensivpasienter, ble igjen tilbakeført til post operativ avdeling fra og med mandag 18. januar.

I en situasjon med mye smitte utfordres driften av at det oppstår mye c-19 relatert fravær i form av karantener. Tabellen nedenfor viser c-19 relatert fravær gjennom pandemiperioden. Denne situasjonen vedvarte inn i januar i år, men er nå tilbake på nivå med i fjor høst.



Som styret tidligere er informert om, følger administrasjonen opp smitteutbruddet gjennom en analyse av hendelsesforløpet. Analysen skal belyse de faktiske hendelser, hva som gikk galt og foreslå tiltak som kan sikre at lignende hendelser ikke skjer igjen. Det er opprettet et analyseteam bestående av fagpersoner som ikke har hatt tilknytning til selve smitteutbruddet. Det forventes at det foreligger konklusjoner fra arbeidet i månedsskiftet februar/mars. Det vises for øvrig til informasjon i notat av 22. januar.

Gjennom den siste uken har sykehuset hatt 2 innlagte pasienter med påvist c-19 og situasjonen betegnes nå som rolig. Det er for øvrig lavt belegg på sengepostene. Det er en generell bekymring for at det er færre innleggelses og ubenyttede polikliniske timer på grunn av frykt for smitte på sykehuset. I denne sammenheng er det verdt å minne om at det med unntak av utbruddet i begynnelsen av desember i fjor, vært svært liten smitte på sykehuset. Det vil fremover bli dokumentert og formidlet at det generelt er grunn til å oppfatte sykehuset som et trygt sted å oppholde seg.

Øvrige orienteringer blir gitt muntlig i styremøtet.

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	17.02.2021

Type sak (sett kryss)							
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema	

Sak: 004-2021

Virksomhetsrapport per 3. tertial 2020

Hensikten med saken

Saken beskriver oppnådde resultater per 3. tertial 2020.

Forslag til vedtak

Styret tar virksomhetsrapport per 3. tertial 2020 til orientering.

Skien, 8. februar 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Sammendrag

Økonomi

Sykehuset Telemark rapporterer et resultat på 35,6 millioner kr. per desember. Dette er 5,6 millioner kr. bedre enn periodisert styringsmål. Korrigert for samlet økonomisk effekt av koronasituasjonen i 2020 (inntektstap, følgekostnader og kompensasjon), er resultatet for året beregnet til 23,9 millioner kr, mot budsjett 30,0 millioner kr. Budsjettavviket samstemmer med nedgangen i finansinntekter som ikke er rapportert som koronaeffekt.

Akkumulert er koronaeffekten beregnet til 158,1 millioner kroner, mens vi har inntektsført totalt 169,9 millioner kroner av samlet ekstraordinær tildeling på 220,3 millioner kroner. Resterende del av bevilgningen overføres til 2021 og sees i sammenheng med estimerte negative effekter av pandemien, som forventes å overstige basisbevilgningen innarbeidet i budsjettet for 2021. Deler av overføringen til 2021 vil dekke fremtidige avskrivninger av ekstraordinære COVID-19 investeringer foretatt i 2020.

Resultatforverringen i desember på 26,9 millioner skyldes i hovedsak endringene i regnskapsføring av basismidlene mottatt som kompensasjon for negative effekter av koronapandemien. I desember er det inntektsført 36,1 millioner kr., herav ekstra bevilgning på 18,1 millioner kr. og samtidig reversert inntektsføring av 50,4 millioner kr. som overføres til 2021. (20,4 millioner kr. knyttet til gjennomførte ekstraordinære COVID-19 investeringer og 30 millioner kr. til dekning av forventede negative konsekvenser i foretakets ordinære drift). Koronasituasjonen har påvirket foretakets drift med 18,8 millioner kr. i desember. Det er identifisert direkte kostnader på om lag 10,8 millioner kr., på nivå med de høyeste merkostnadene registret i mars og inntektstapet er beregnet til 8 millioner kroner.

Foretakets øvrige drift bidrar positivt til resultatet med 6 millioner kr.

Årets lønnsoppgjør har gitt lavere kostnader på 27 millioner kr., årsoppgjørdisposisjoner øker kostnadene med 12 millioner kr. (bl.a. nedskrivning av verdi bygningsmasse i Porsgrunn og Rjukan på 7,6 millioner kr. samt avsetninger for overlegepermisjoner og uavviklet ferie), mens øvrig drift påvirker resultatet negativt med 9 millioner kr. Dette skyldes merkostnader for fritt behandlingsvalg i (FBV) i psykiatri/TSB, økte varekostnader knyttet til ressurskrevende pasienter, volumvekst ved kjøp av helsetjenester eksternt, lavere finansinntekter og økte variable lønnskostnader grunnet stort etterslep i ferieavviklingen.

Aktivitet

Sykehuset hadde i de første ukene av desember tilnærmet normal drift. Deretter økte smittetall i Telemark i løpet av få dager sterkt. Antall innlagte koronasmittede pasienter, antall smittede ansatte og antall ansatte i karantene ved sykehuset økte betydelig og driftssituasjonen ble raskt krevende. Sykehuset gikk derfor over i gul beredskap med redusert elektiv aktivitet og begrensinger på inntak til enkelte sengeposter. Dette påvirket både kostnader og aktivitetsnivå på en negativ måte.

Det har hele høsten vært gjennomført en rekke smitteverntiltak i poliklinikker og driften for øvrig, og disse videreføres i 2021. Det er tilrettelagt for økt aktivitet for å redusere ventelistene, bl a gjennom midlertidig å gjenoppta operasjonsaktivitet på fredager i Porsgrunn.

Til tross for en utfordrende situasjon i andre halvdel av desember er det gode resultater på de fleste områder for måneden:

- Svak økning i fristbrudd, løftebrudd og ventetider for ventende. Det har vært stabile ventelister og antall pasienter passert planlagt tid er nede på nivå før pandemien
- Poliklinisk aktivitet i somatikken er høyere enn i desember foregående år
- Poliklinisk aktivitet i psykiatrien er høyere enn i desember foregående år
- Nye elektive henvisninger er lavere enn normalt for desember.
- Belegg i somatikken er svakt økende men fortsatt på lavere nivå enn før pandemien
- Ventelister til operasjon er tilbake på nivå fra før korona.
- Antall operasjoner er over budsjett og høyere enn i 2019. Dette tilsvarer om lag ekstra kapasitet i Porsgrunn på fredager.

Aktiviteten i PHV/TSB var lavere enn budsjettet i starten av året, og avviket ble noe forsterket fra andre uke i mars. Et stort antall konsultasjoner ble imidlertid gjennomført på video eller telefon. Aktiviteten innenfor TSB har i snitt ligget høyere enn fjoråret fra mars måned og utover, mens BUP økte sine konsultasjoner fra juni og har ligget over fjorårsnivået siden. VOP har gjennom hele året ligget lavere enn på samme tid i fjor.

Prioriteringsregelen er oppfylt målt i ventetid for alle fagområdene. Antall polikliniske konsultasjoner er redusert i VOP, mens BUP og TSB viser en vekst og innfrir prioriteringsregelen. Somatikken er på nivå med 2019. Når det gjelder kostnadsveksten, så er det kun BUP som kan vise til høyere vekst enn somatikken. BUP har økt sine kostnader med 7,3 %, mens somatikken viser til en vekst på 3,3 %. VOP og TSB har lavere vekst enn somatikken med hhv 1,8 % og 2,3 % vekst.

Antall pasienter på venteliste er stabilt. Antall pasienter passert tentativ tid øker svakt, men er på nivå med første halvår 2019. Antall henvisninger inn fortsatte nedgangen i desember.

Gjennomsnittlig ventetider (påstartet og ventende) innenfor somatikken er på nivå med samme tid i fjor. Ventetidene innenfor PHV og TSB er lave og redusert sammenlignet med fjoråret.

Arbeid med forbedringsprosjekter i klinikkene og i de sykehusovergripende prosjektene ble startet opp igjen etter sommeren og har pågått også i desember. Forbedringsarbeidet er forsinket og planlagte effekter ble ikke realisert i 2020. Det har vært fokus på å holde arbeidet i gang samtidig som beredskap og smittevern opprettholdes, slik at prosjektene kan bidra til å legge et best mulig fundament for driften i videre i 2021.

Innhold

Sammendrag	2
Økonomi	2
Aktivitet	2
Risikovurdering per 3. tertial	5
Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD 2020	8
Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	8
Prioritere psykisk helsevern og TSB	10
Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	12
Aktivitet	13
Somatikk	13
Psykisk helsevern og TSB	15
Prioriteringsregelen	16
Brutto månedsverk	17
Økonomi	17
Klinikkene	18
Tertialvise forhold	21
Forskning	21
Innkjøp	21
HMS/ arbeidsmiljø	22
Pasientsikkerhet: I trygge hender 24/7:	24
Eksterne tilsyn og revisjoner	24
Uønskede hendelser og klagesaker	27
Informasjonssikkerhet og GDPR	29
Status tiltaksplan for Ledelsens gjennomgang 2020	30

Risikovurdering per 3. tertial

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

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

Koronasituasjonen preger risikobildet og drift for hele sykehuset, men det har vært en god utvikling siden 2020. Sykehuset er i grønn beredskap per 14. januar, og har i forbindelse med koronasituasjonen tatt grep for å sikre tilgang på personell og utstyr etter behov, samt opprettholde god balanse mellom beredskap og øvrig drift. Vaksinerings av ansatte startet i uke 2 2021.

Risikomatrix 3. tertial 2020 STHF						
		Konsekvens				
		1	2	3	4	5
Sannsynlighet	5					
	4					1
	3			2, 6, 8	3	
	2			4, 5, 7		
	1					

Risikoområder		Sannsynlighet					Konsekvens					Historisk utvikling			
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	T3-19	T1-20	T2-20	T3-20
1	Kvalitet og tilgjengelighet				x						x				
2	Økonomi			x	←				x						
3	Aktivitet og bemanning			x	←					x					
4	Strategi - attraktivitet og konkurransesituasjon		x						x						
5	Prioriteringsregelen		x						x						
6	Informasjonssikkerhet			x					x						
7	Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring		x						x						
8	Koronaberedskap			x					x						

1. Kvalitet og tilgjengelighet – Ingen endring. Ventetid for ventende og påstartet er hhv. 62,6 og 49 dager. Ventetider og fristbrudd er sterkt redusert som følge av ekstraordinære tiltak blant annet på poliklinikk og operasjon, og som fremdeles pågår. Det er en svak øking i fristbrudd og ventetider i desember. Andelen korridorpasienter er lav grunnet lavere belegg. Det er et sterkt fokus på å tilpasse drift, og opprettholde pasienttilbudet avhengig av beredskapssituasjonen.

2. Økonomi – Redusert sannsynlighet. Sykehuset rapporterer et driftsresultat på 35,7 millioner kroner per desember, som er 5,7 millioner kroner bedre enn budsjett. Ekskludert koronaeffekter ville resultatet vært 23,9 millioner kroner. Samlet koronaeffekt utgjør -158,1 millioner kroner. Sykehuset har fått kompensert 220,3 millioner kroner fra HSØ, hvorav 169,9 millioner kroner er bokført per desember. 21,3 millioner kroner gjelder koronarelaterte investeringer, hvorav 1 million er inntektsført i 2020, og resterende 20,4 millioner kroner inntektsføres i takt med avskrivninger. 30 millioner kroner fra koronamidlene overføres til 2021. Ekstra midler i statsbudsjettet bidrar også til å redusere risiko i en situasjon som er meget usikker både mht varighet og hvor sterk effekten av pandemien rammer sykehuset i 2021. Beregnet resultat etter koronaeffekter viser at underliggende styringsfart gir risiko i forhold til langsiktig økonomisk utvikling og bærekraft.

3. Aktivitet og bemanning – Redusert sannsynlighet. Koronasituasjonen og tilhørende omstillinger har ført til et midlertidig økt behov for bemanning. Sykehuset er rustet til å håndtere svingninger i beredskapsnivået, og samtidig opprettholde et godt nivå på øvrig drift. Pågående tiltak for å redusere ventetider og fristbrudd har hatt god effekt. Parallelt med den pågående koronasituasjonen jobbes det med å forbedre produktiviteten for å etablere en bærekraftig drift og skape handlingsrom til egen utvikling.

4. Attraktivitet og konkurransesituasjon – Uendret. Sykehuset må jobbe aktivt og mer bevist med å tilpasse seg konkurransesituasjonen som er styrt av pasientrettighetene, for å holde kostnadene knyttet til FBV og gjestepasienter på et lavt nivå. FBV-ordningen medfører merkostnader i psykiatri og TSB. Kostnadsøkningen avtok noe i 2019, men har økt innenfor TSB i 2020.

5. Prioriteringsregelen – Ikke oppnådd. Målet om høyere vekst innen PHV og TSB for poliklinisk aktivitet er oppfylt for BUP og TSB, men ikke for VOP. Prioriteringsregelen er oppfylt målt i ventetid for alle fagområdene, med en ventetid for VOP på 29,4 dager, BUP med 35,2 dager og TSB med 27 dager. Antall polikliniske konsultasjoner er redusert i VOP, mens BUP og TSB viser en vekst og innfrir prioriteringsregelen. Somatikken er på samme nivå som i fjor. Når det gjelder kostnadsveksten, så er det kun BUP som kan vise til høyere vekst enn somatikken. BUP har økt sine kostnader med 7,3 %, mens somatikken viser til en vekst på 3,3 %. VOP og TSB har lavere vekst enn somatikken med hhv 1,8 % og 2,3 % vekst.

Side 6 av 43

6. Informasjonssikkerhet og GDPR - Ingen endring. Koronasituasjonen bidrar til risiko i forbindelse med utvidede tilganger, hjemmekontor, fjernaksess for leverandører og risiko for at leverandører går konkurs.

Når det gjelder det løpende arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern kan nevnes at arbeidet med protokoll etter Artikkel 30 er ferdigstilt i første versjon. Den regionale IT-løsningen for protokoll er tilgjengeliggjort, men ikke tatt i bruk enda. Det er forhøyet risiko ved overføring av personopplysninger til 3. land (land utenfor EU/EØS) ved at EU-domstolen i juli 2020 avsa en dom (Schrems II) som stiller økte krav til at databehandler sørger for tilfredsstillende sikkerhetsnivå ved overføring inkl. ved fjernaksess. Det er behov for å kartlegge i hvilket omfang det foreligger databehandlinger som omfattes av endringen og vurdere hvordan det skal håndteres.

Fokus på datasikkerhet og risikoene rundt dette er aktualisert ved datainnbruddet på Sykehuset Innlandet. Det legges nå planer for et prosjekt som i steg 1 skal gjennomføre et kartleggingsarbeid innenfor flere sentrale områder. Dette gjelder bl.a. hvilke sikkerhetskrav som stilles ved anskaffelser av systemer/utstyr, løsningsdesign for leverandøraksess; hvordan er dette dokumentert, er løsningsdesign risikovurdert og hvilke rutiner finnes for internkontroll databehandleravtaler, samt vurdering av ansvarsforhold der det i dag er utfordringer med roller og ansvar med lokalt HF som databehandler men RHF som ansvarlig for regionale løsninger.

7. Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring – Ingen endring. Sykehuset skal i henhold til Strategi 2020-2022 redusere andel pasientopphold med minst én pasientskade, alle alvorlighetsgrader (E-I) med 25 % fra 2017-nivå til utgangen av 2023(GTT). Dette tilsvarer en reduksjon fra 15,8 % (2017) til 11,9 %. I 2018 var GTT 9,2 %. Tall for 2019 blir ikke tilgjengelig før høsten 2020, men STHF ligger både under snittet for norske sykehus i 2018 (11,9 %), og er innenfor målsetningen for 2023. Inntil videre vurderes risikoen som uendret. Hvilke konsekvenser som Covid-19 pandemien kan føre til for pasientsikkerheten, er det for tidlig å si noe om. Lavere aktivitet og økt fokus på opplæring blant annet innen smittevern og tidlig oppdagelse av forverret tilstand (NEWS-2), må forventes å ha bidratt til økt pasientsikkerhet for inneliggende pasienter. I perioden er det gitt prioritet til livreddende og nødvendig behandling som ikke kan utsettes. Konsekvensen av utsatte utredninger og behandlinger vil vise seg over tid.

8. Koronaberedskap – Ny. Konsekvens 3, sannsynlighet 3. Sykehuset skal sikre tilgang på utstyr, ressurser og kompetanse i forbindelse med koronapandemien, samt til enhver tid sikre god balanse mellom beredskap og øvrig drift. Det er opprettet lister over frivillige, pensjonister og klinisk personell i administrative funksjoner som kan tilkalles ved behov. Det legges også til rette for utveksling av personell mellom klinikker og sengeposter. For personell på sengepostene følges det nasjonale opplæringsprogrammet. Sykehuset har også opplæring av reservepersonell til intensiv. Det er sikret lager og leveranse av testutstyr, og lagt til rette for testing av pasienter, og ansatte ved behov. Det er opprettet et smittesporingsteam som jobber dag, kveld og helg. Vaksinerings av ansatte startet i uke 2.

Det er lagt til rette for rask omstilling mellom ulike driftsformer, og det holdes løpende kontakt med andre HF i HSØ som bidrar til utveksling av erfaring og læring.

Sykehuset er tilbake til grønn beredskap per 14. januar.

Side 7 av 43

Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD 2020

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

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Redusere unødvendig ventetid	mål 2020	des.18	des.19	aug.20	sep.20	okt.20	nov.20	des.20	Kirurgi	Medisin	MSK	Smertepoli	BUK (som.)	BUK (psyk.)	VOP/TSB
Gjennomsnitt ventetid i dager	50 dager somatikk 30 dager BUP/VOP/TSB	53	54	66	63	60	55	50	57	42	69	76	37	29	28/20
Fristbrudd avviklede, antall pr mnd	0	34	62	135	188	103	36	21	7	10	2	-	2	-	-
Antall som venter	reduksjon	7 266	7 534	6 594	6 581	6 575	6 582	6 416	3 539	1 750	486	106	177	115	243
Antall med ventetid over 1 år	0	53	42	73	57	36	26	33	25	5	-	2			1
Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp (OA1)	70 %	81 %	80 %	79 %	79 %	78 %	78 %	79 %							
Andel innen definert forløpstid	70 %	77 %	74 %	75 %	76 %	77 %	77 %	77 %							
Antall passert tentativ tid (STHF egne tall)	reduksjon	4 577	5 051	6 017	5 633	5 244	4 218	4 545	2 507	1 616	6	10	330	31	45
Andel passert tentativ tid %	<6%	15 %	16 %	18 %	18 %	17 %	13 %	14 %	20 %	11 %	1 %	5 %	12 %	16 %	10 %

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

Tabellen ovenfor reflekterer de interne målsettingene for ventetid i 2020.

Det er et krav i OBD 2020 at minst 94 % av pasientavtalene overholdes. Pandemisituasjonen i har ført til kraftig forverring i antall pasienter passert tentativ tid, men dette har bedret seg mot slutten av året.

Tiltak knyttet til ventelister

Kirurgisk klinikk har iverksatt ekstra/ kveldspoliklinikk innen flere fag, og åpning av operasjon på fredager i Porsgrunn for å øke behandlingsskapiteten, og redusere ventelister og fristbrudd. I desember har Ort, Gyn og ØNH brukt fredagskapasiteten, og det er utført 44 ekstra operasjoner i perioden. Kveldspoliklinikk og ekstrapoliklinikk for Ort, Plast, Uro og ØNH pågår.

I medisinsk klinikk har faget Mage-tarm hatt flest fristbrudd over tid. Avdelingene i Skien og på Notodden har jobbet aktivt med dette, og har flyttet en del pasienter til avtalespesialist og en del til Fritt behandlingsvalg-leverandør. Avdelingen kommer til å fortsette å jobbe med disse løsningene samt lære opp flere LIS 2-skopører det neste året, slik at avdelingen øker sin behandlerkapasitet. Både i Skien og på Notodden er det ansatt LIS2 som startet direkte i skopi-opplæring 1. september. Fra 1.mars vil det bli ansatt ytterligere 1 LIS2 i Skien.

Pakkeforløp kreft – andel behandlet innen standard forløpstid og antall nye pasienter i pakkeforløp

Sykehuset har de siste 6 måneder hatt en positiv utvikling på standard forløpstid for de aller fleste pakkeforløp. Tallene under angir resultat for siste 12 måneder mens tall i parentes viser andel siste 6 måneder. Krav for måloppnåelse er 70%.

Urologi generelt har en god utvikling. Her har blærekreft for 12 måneders perioden januar 2020 til desember 2020 oppnådd 94 % mens tallet for siste halvår er 100 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid. Tilsvarende tall for nyrekreft er 63 % (67 %), testikkelkreft 40 % (75 %) og prostata 64 % (75 %). På bryst har man oppnådd andel behandlet innen standard forløpstid på 78 % for hele året og 81 % siste halvår.

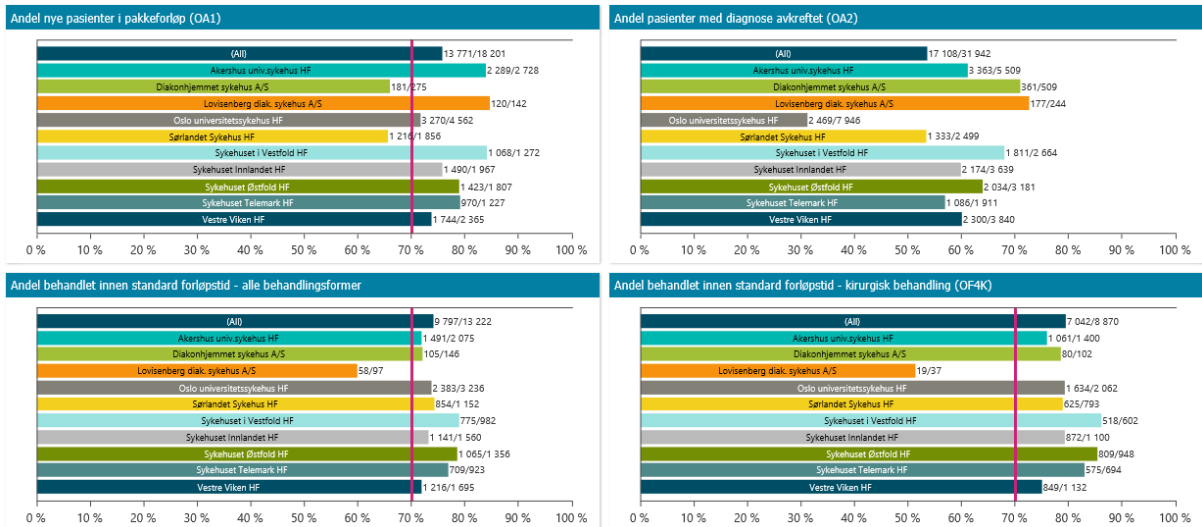
Innen gynekologisk kreft har vi relativt få pasienter og tallene vil derfor svinge noe mer. Her er også sykehuset avhengig av samarbeid med OUS. Utviklingen her er også i hovedsak positiv. Eggstokkreft har for hele året 78 %, men oppnår 100 % i annet halvår. Livmorhalskreft oppnår målsetning for året med 90 %, men har en liten nedgang i annet halvår (88 %), mens livmorkreft viser en betydelig bedring i annet halvår 76 % (90 %). Dette er en svært positiv utvikling. Forløpskoordinator og kreftkoordinator jobber aktivt for å få en god samhandling innen gynekologifeltet og dette synes å gi bedring i forløpstidene.

For føflekkreft oppnås 96 % (95 %) av pasientene behandlet innen standard forløpstid. Her utføres hele forløpet ved STHF.

For lunge er 53 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid i siste 12 måneder. Det registreres en bedring i annet halvår (64 %) men resultatene er under måltall på 70%. Sykehuset jobber nå tett sammen med Sykehuset i Vestfold og vi har nå fått økt tilgang på PET timer. Vi ser at dette gir gode resultater på forløpstiden for lungekreft og de siste 3 måneder klarer vi 71 % innen standard forløpstid.

Innen hematologi blir kun 16 % (10 %) av lymfomer og 75 % (50 %) av myelomatose behandlet innen standard forløpstid. Pakkeforløp innen lymfomer er utfordrende for hele landet. Diagnostikken (flow cytometri) utføres ved patologisk avdeling ved OUS, og man venter ofte lenge på svar. Her jobbes det aktivt sammen med både ØNH, kreftkoordinator og avdeling for kreft og blodsykdommer for å bedre måloppnåelsen.

Figuren nedenfor viser samlet resultater for 12 måneders perioden januar 2020-desember 2020:



Innen tykk- og endetarmkreft er 87 % av pasientene inkludert i pakkeforløp. 68 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid siste 12 måneder. Tall for siste seks måneder viser en bedring med 74 %. Det jobbes aktivt med tiltak for å forbedre resultatene, blant annet formalisert samarbeid mellom seksjonslederne på Notodden, i Skien og i Kragerø for å fange opp og prioritere det som haster. Mange kontrollpasienter og nyhenviste er overført til avtalespesialist og til FBV leverandør (i henhold til endring pga. koronaloven) for å frigjøre tid for pakkeforløp i større grad på sykehuset.

Samlede resultater for siste 12 måneders periode viser 79 % av nye pasienter inkludert i pakkeforløp. 77 % (81 %) av pasientene i pakkeforløp behandles innen standard forløpstid, som er noe høyere enn foregående 12 måneders periode (75 %). Mål på 70% er innfridd. Sykehuset Telemark HF scorer tredje høyest på andel behandlet innen standard forløpstid i foretaksgruppen etter Sykehuset Vestfold og Sykehuset i Østfold.

Prioritere psykisk helsevern og TSB

Prioriteringsregelen kommenteres under avsnittet om aktivitet.

Det er 335 tvangsinnlagte i år, mot 296 i fjor. Dette tilsvarer et snitt på 0,16 per 1000 innbyggere. Med totalt antall innlagte på 1923 i år, så er andelen tvangsinnlagte på 17,4 %. Andelen tvangsinnlagte har økt de to siste månedene, og i desember isolert var andelen på hele 24,2 %.

Prioritere psyk.helsevern og TSB	mål 2020	2017	2018	2019	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	mai.20	jun.20	jul.20	aug.20	sep.20	okt.20	nov.20	des.20	Hittil 2020
Antall tvangsinnleggelse psyk./1000 innbyggere	lavere enn 2020	0,13	0,15	0,14	0,16	0,21	0,17	0,13	0,17	0,19	0,12	0,14	0,16	0,13	0,18	0,17	0,16
Andel tvangsinnleggelse	lavere enn 2020	14,9 %	14,7 %	14,3 %	15,4 %	20,8 %	22,7 %	17,7 %	17,5 %	17,5 %	13,0 %	14,1 %	16,1 %	14,0 %	19,0 %	24,2 %	17,4 %
Antall pasienter i døgnbehandling som har minst ett tvangsmiddelvedtak	reduseres	9	9	11	9	13	8	12	7	8	17	16	9	11	11	14	11

Pakkeforløp psykisk helsevern og TSB

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

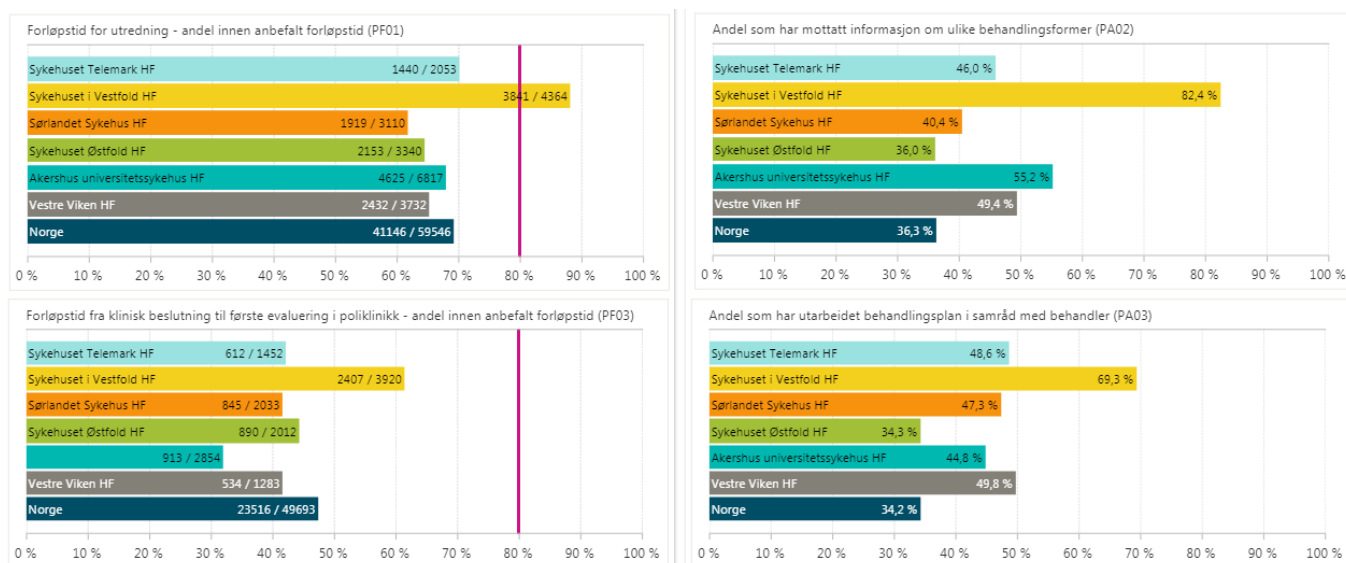
helse og gode levevaner. Det brukes fortsatt mye tid og ressurser på å følge opp koding av pakkeforløp.

Det har nå kommet tall fra Helsedirektoratet (se tabell under) som viser resultater for pakkeforløpene per helseforetak og for landet samlet. Tallene er oppgitt i % - vis måloppnåelse innenfor fristen.

Sykehuset Telemark ligger bedre enn landsgjennomsnittet på 4 av de 6 pakkeforløpene når det gjelder forløpstid for utredning. Per desember er det pakkeforløp D06, D08 og D12 vi har bedre score enn landsgjennomsnittet på forløpstid for første evaluering av behandlingen.

Statistikken som presenteres her er basert på pakkeforløpsdata som er rapportert til NPR. For enkelte typer forløp, og ved oppstart av nye pakkeforløp, vil forløpsindikatorene baseres på et lavt antall registreringer. Dette kan gi store variasjoner i måloppnåelsen fra måned til måned.

Dette er oversikten for alle pakkeforløpene samlet sett. Her er sammenlignbare sykehus tatt med i oversikten:



Pakkeforløp STHF Helsedirektoratets offisielle tall	Prosentvis måloppnåelse	
	Forløpstid for utredning (landsgjennomsnitt i parentes)	Forløpstid fra klinisk beslutning til første evaluering (landsgjennomsnitt i parentes)
D01 - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	75,4 (81,1)	31,5 (37,1)
D06 - Psykoseutvikling og psykoselidelser	83,6 (82,5)	56,8 (54,7)
D07 - Utredning og behandling av tvangslidelse, OCD	94,6 (84,7)	tomt register
D08 - Spisefortyrelser barn og unge	tomt (84,6)	58,8 (48,0)
D11 - Utredning og behandling PHV voksne	73,6 (72,7)	42,3 (50,8)
D12 - Utredning og behandling PHV barn og unge	59,3 (55,0)	43,1 (43,0)

Pakkeforløp STHF Helseidrettoratets offisielle tall	Prosentvis måloppnåelse							
	Forløpstid for utredning			Endring siste mnd	Forløpstid fra klinisk beslutning til første evaluering			Endring siste mnd
	per okt	per nov	per des		per okt	per nov	per des	
D01 - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	74,5	74,8	75,4	↑	29,6	30,9	31,5	↑
D06 - Psykoseutvikling og psykoselidelser	81,0	82,0	83,6	↑	54,5	52,9	56,8	↑
D07 - Utredning og behandling av tvangslidelse, OCD	93,9	94,6	94,6	=				
D08 - Spisefortryrelser barn og unge						66,7	58,8	↓
D11 - Utredning og behandling PHV voksne	72,5	73,3	73,6	↑	42,3	41,8	42,3	↑
D12 - Utredning og behandling PHV barn og unge	57,2	57,3	59,3	↑	43,5	43,4	43,1	↓

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	mål 2020	des.18	des.19	aug.20	sep.20	okt.20	nov.20	des.20	Kirurgi	Medisin	MSK	ABK	BUK	VOP/ TSB
Sykehusinfeksjoner %	<3%				2,2 %		2,4 %		1,2 %	3,8 %			0,0 %	
Korridorpasienter - antall	0	51	121	59	47	37	52	66	8	57			1	
Korridorpasienter %	0,0 %	0,7 %	1,5 %	1,0 %	0,7 %	0,5 %	0,8 %	1,0 %	0,3 %	1,6 %			0,2 %	
Direkte time i %	100 %	78 %	84 %	77 %	83 %	85 %	86 %	85 %	85 %	82 %	93 %	50 %	93 %	92 %
Antall åpne dokumenter > 14 dager	<3000	4 669	3 951	2 724	3 014	3 324	3 645	3 662	1 436	919	30	11	613	653
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode og uten ny kontakt	reduseres	1 734	1 068	1 346	1 568	1 113	772	794	194	393	18	12	127	50
Andel dialysepasienter som får hjemmedialy	>30%	30 %	28 %	28 %	26 %	26 %	27 %	28 %		28 %				

Det har vært kun små variasjoner i kvalitetsindikatorerne fram til februar 2020. Koronasituasjonen førte imidlertid til endringer i resultatene på de fleste områder. Antall korridorpasienter ble kraftig redusert pga lavt belegg på de fleste avdelingene. Direkte time gikk ned siden det i mindre grad ble planlagt pasientkontakter framover i tid. Samtidig har lavere aktivitet gitt behandlere anledning til å rydde i åpne dokumenter, som vises i en kraftig reduksjon utover sommeren. Med høyere aktivitet fra slutten av august er de fleste indikatorerne tilbake på nivået før pandemien. Unntaket er korridorpasienter som fortsatt er relativt lavt, grunnet lavt belegg.

Sykehusinfeksjoner

Prevalensmålingen for november var 2,4 % og dette var således bedre enn målet på under 3 %.

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

Koronaviruspandemien har medført et ytterligere fokus på smittevernområdet, og da spesielt håndhygiene og forebyggende tiltak.

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

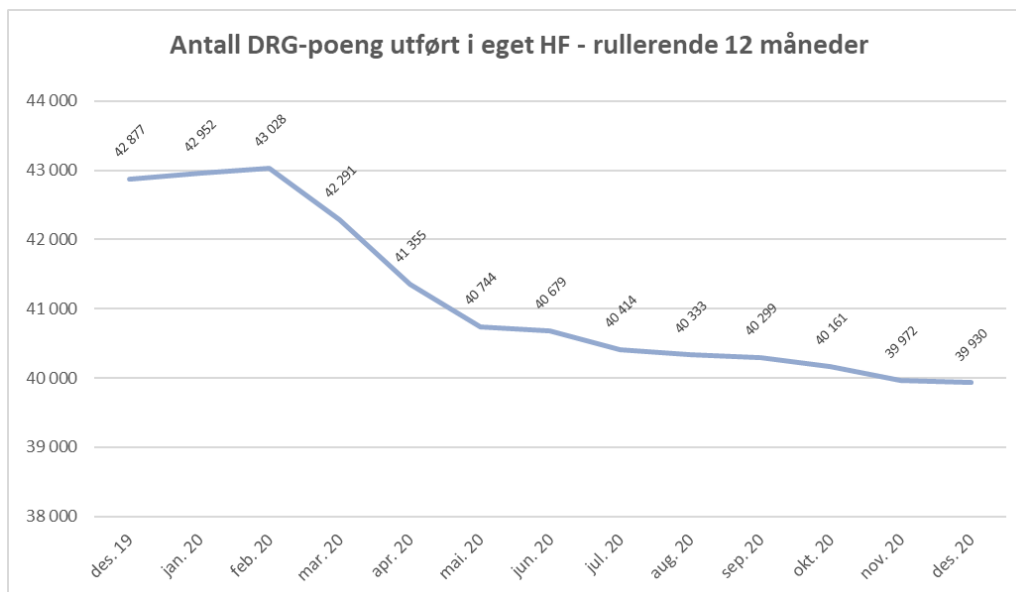
Pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområder med trygg kirurgi, forebygging av urinveisinfeksjoner og infeksjoner knyttet til sentralvenøse kateter, samt forebygging av blodbaneinfeksjoner på sengeposter videreføres.

Aktivitet

Somatikk

Antall "sørge for" ISF-poeng per 12 måneder (døgn, dag, poliklinikk, legemidler, FBV) er 3.368 poeng lavere enn budsjettet (-7 %). Budsjett-underskuddet i høst er mindre enn tidligere i koronavirus-pandemien som et resultat av at sykehuset gradvis har økt operasjons- og poliklinikk-kapasiteten.

Trenden «rullerende ISF-poeng siste 12 måneder» viser en tydelig dipp fra og med mars grunnet den svake aktiviteten etter korona-utbruddet i mars måned.



ISF-poeng	faktisk 12 m 20	bud. 12 m 20	avvik 12 m 20	faktisk 12 m 19	endring 2019-2020	endring 2019-2020	Budsjett 2020	Faktisk 2019
Kirurgisk klinikk	18 455	19 686	-1 231	19 412	-5 %	-957	19 686	19 412
Medisinsk klinikk	18 381	20 364	-1 983	19 880	-8 %	-1 499	20 364	19 880
Barne og ungdomsklinikken	2 549	3 033	-484	2 985	-15 %	-436	3 033	2 985
ABK	80	100	-20	99	-19 %	-19	100	99
Medisinsk serviceklinikk	431	550	-119	473	-9 %	-42	550	473
SSL	16	10	6	11	45 %	5	10	11
Felles	18	-	18	31		-13	-	31
Sum ISF-poeng behandlet i eget HF	39 930	43 743	-3 813	42 891	-7 %	-2 961	43 743	42 891
- døgn	26 899	30 411	-3 512	30 124	-11 %	-3 225	30 411	30 124
- dagbehandling	5 552	5 300	252	5 209	7 %	343	5 300	5 209
- poliklinikk	7 479	8 032	-553	7 558	-1 %	-79	8 032	7 558
Sum ISF-poeng behandlet i eget HF	39 930	43 743	-3 813	42 891	-7 %	-2 961	43 743	42 891
Gjestepasienter fra andre regioner	184	210	-26	188	-2 %	-4	210	188
Egne pasienter behandlet ved andre regioner/private	276	360	-84	331	-17 %	-55	360	331
Fritt behandlingsvalg	71	-	71	-	0 %	71	-	-
Legemidler	3 232	2 800	432	3 075	5 %	157	2 800	3 075
Sum ISF-poeng i h.h.t. "sørge for"-ansvaret	43 325	46 693	-3 368	46 108	-6 %	-2 783	46 693	46 108

Sykehusopphold	faktisk 12 m 20	bud. 12 m 20	avvik 12 m 20	faktisk 12 m 19	endring 2019-2020	endring 2019-2020	Budsjett 2020	Faktisk 2019
Opphold behandlet i eget HF								
- døgn - inkl. Nordagutu	23 159	28 200	-5 041	27 007	-14 %	-3 848	28 200	27 007
- dagbehandling	24 898	22 592	2 306	22 753	9 %	2 145	22 592	22 753
- poliklinikk	167 930	178 333	-10 403	168 047	0 %	-117	178 333	168 047

Side 13 av 43

Det negative budsjettavviket for antall sykehusopphold og antall liggedøgn er fortsatt betydelig i desember. Svikten i antall døgnopphold var om lag 18 %, mens antall polikliniske konsultasjoner var 6 % lavere enn budsjettert nivå. Antall dagbehandlinger (hovedsakelig dagkirurgi, cellegiftkurer og dialyse) var 14 % høyere enn budsjettert i desember. Desember 2020 har 2 flere virkedager enn desember i fjor.

Akkumulert per 12 måneder har antall sykehusopphold vært 18 % færre enn budsjettert og 14 % færre enn i fjor. Antall polikliniske konsultasjoner har i 2020 vært 6 % færre enn budsjettert og tilnærmet likt med i fjor. Antall dagbehandlinger har i 2020 vært 10 % høyere enn budsjett og 9 % høyere enn fjoråret.

Aktiviteten i somatikken var på budsjettert nivå fram til 2. uke i mars. Da beredskap og tiltak for å håndtere korona ble iverksatt, gikk aktiviteten betydelig ned. Det er nedgang i både ØH-innleggelses og elektiv behandling. Polikliniske konsultasjoner er i de tilfellene det er hensiktsmessig, gjort om til telefon- eller videokonsultasjoner. Nedgangen i aktivitet skyldes både at behandling er utsatt av sykehuset, og at pasienten ikke har ønsket å møte til behandling.

Polikliniske konsultasjoner	faktisk 12 m 20	bud. 12 m 20	avvik 12 m 20	faktisk 12 m 19	endring 2019-2020	Budsjett 2020	Faktisk 2019
Kirurgi	78 043	85 030	(6 987)	80 676	(2 633)	85 030	80 676
Medisin	72 959	74 053	(1 094)	69 934	3 025	74 053	69 934
BUK	9 839	10 700	(861)	9 123	716	10 700	9 123
ABK	1 131	1 300	(169)	1 184	(53)	1 300	1 184
MSK	5 661	7 000	(1 339)	6 890	(1 229)	7 000	6 890
SSL	297	250	47	240	57	250	240
STHF	167 930	178 333	(10 403)	168 047	(117)	178 333	168 047
- herav telefonkonsultasjoner	13 280	2 500	10 780	-	13 280	2 500	-
- herav nye personellgrupper	1 550	3 450	(1 900)	-	1 550	3 450	-

Kirurgisk klinikk ligger 1 231 ISF-poeng bak budsjett pr desember, som er en forbedring fra forrige periode på 1 poeng. Det har vært høy aktivitet på dagopphold, særlig på grunn av operasjoner på fredager i Porsgrunn, men det har også vært forstyrrelser i operasjonsdriften som følge av smitteverntiltak og karantener. Det antas også at Operasjon 2020 har hatt en effekt i perioden. Trenden i glidning fra døgn til dagbehandling fortsetter i perioden, med 89 færre døgnopphold, og 11 flere dagopphold enn budsjettert. Indekser for dag- og døgnbehandling er i 2020 høyere enn budsjettert (hhv. 1,7 og 3,4 %).

Aktiviteten i **Medisinsk klinikk**, målt i ISF-poeng, har vært 1.982 poeng lavere enn budsjettert i 2020. Som følge av utbruddet av koronavirus, ble sykehusdriften fra midten av uke 11 lagt vesentlig om, for å kunne håndtere en forventet tilstrømming av pasienter. Hele det akkumulerte budsjettavviket refererer seg til perioden mars-desember. Fortsatt er antall avdelingsopphold i Medisinsk klinikk vesentlig lavere enn i fjor; i desember ble det registrert 184 færre opphold enn i fjor – en reduksjon på 15 %.

Den polikliniske aktiviteten har i 2020 vært 1,7 % lavere enn budsjettert og 4 % høyere enn fjoråret. Antall dagbehandlinger (cellegift-kurer og dialysebehandlinger) har vært respektive 10 % og 9 % høyere enn budsjettert og i fjor.

Barne- og ungdomsklinikken har et negativt budsjettavvik på -484 ISF-poeng i 2020. Av dette kan om lag 125 poeng knyttes til redusert aktivitet pga. pandemisituasjonen (færre innleggelses på

barneavdelingen og stor nedgang i poliklinisk aktivitet i mars og april). Resterende avvik er knyttet til friske nyfødte og nyfødt intensiv. Fra mai måned er poliklinisk aktivitet tilbake på normalt nivå.

Medisinsk serviceklinikk ligger 119 ISF-poeng bak budsjett i 2020. Hele avviket skyldes driftsendringer i fertilitetsavdelingen som følge av pandemisituasjonen. Grunnet smitteverntiltak tas det inn færre pasienter i avdelingen og kapasiteten er på om lag 80 % av normalt nivå.

Psykisk helsevern og TSB

Sengepostene rapporterer at antall sykehusopphold hittil i år er 7,2 % lavere enn både budsjettet og målt mot i fjor. Antall sykehusopphold i desember isolert viste en aktivitet som var 4,9 % høyere enn i fjor, men 7,4 % lavere enn budsjettet nivå.

Antall liggedager i 2020 er langt lavere enn både målt mot budsjett og fjoråret. Det er et negativt budsjettavvik på 12,4 % og en aktivitet som er 12,7 % lavere enn i fjor lavere enn i fjor. Aktiviteten tok seg opp i løpet av høsten, og desember isolert var 7,6 % lavere enn budsjettet og 8,5 % lavere enn i fjor.

Døgnaktivitet liggedøgn	faktisk des.20	bud. des.20	avvik des.20	faktisk des.19	endring 2019-2020	endring 2019-2020	Budsjett 2020	Estimat 2020	Faktisk 2019	Avvik i fjor	Avvik bud.	Avvik est/bud
Voksenpsykiatri	29 267	32 500	-3 233	32 556	-10 %	-3 289	32 500	29 267	32 556	-10,1%	-9,9%	-9,9%
Barne- og ungdomspsykiatri	2 085	2 400	-315	2 437	-14 %	-352	2 400	2 085	2 437	-14,4%	-13,1%	-13,1%
TSB / RUS	2 621	3 900	-1 279	3 929	-33 %	-1 308	3 900	2 621	3 929	-33%	-32,8%	-32,8%
STHF	33 973	38 800	(4 827)	38 922	-12,7 %	-4 949	38 800	33 973	38 922	-12,7%	-12,4%	-12,4%

Døgnaktivitet Utskrevne	faktisk des.20	bud. des.20	avvik des.20	faktisk des.19	endring 2019-2020	endring 2019-2020	Budsjett 2020	Estimat 2020	Faktisk 2019	Avvik i fjor	Avvik bud.	Avvik est/bud
Voksenpsykiatri	1 474	1 600	-126	1 570	-6 %	-96	1 600	1 474	1 570	-6,1%	-7,9%	-7,9%
Barne- og ungdomspsykiatri	116	110	6	118	-2 %	-2	110	116	118	-1,7%	5,5%	5,5%
TSB / RUS	359	390	-31	393	-9 %	-34	390	359	393	-9%	-7,9%	-7,9%
STHF	1 949	2 100	(151)	2 081	-6,3 %	-132	2 100	1 949	2 081	-6,3%	-7,2%	-7,2%

Poliklinikk psykiatri	faktisk des.20	bud. des.20	avvik des.20	faktisk des.19	endring 2019-2020	endring 2019-2020	Budsjett 2020	Estimat 2020	Faktisk 2019	Avvik i fjor	Avvik bud.	Avvik est/bud
Antall ISF-konsultasjoner												
BUP	31 659	30 550	1 109	28 760	10,1 %	2 899	30 550	31 659	28 760	10,1%	3,6%	3,6%
VOP	45 102	52 950	-7 848	49 840	-9,5 %	-4 738	52 950	45 102	49 840	-9,5%	-14,8%	-14,8%
- herav Helse og arbeid	316	400	-84	302	4,6 %	14	400	316	302	4,6%	-21,0%	-21,0%
TSB	11 812	11 900	-88	11 197	5,5 %	615	11 900	11 812	11 197	5,5%	-0,7%	-0,7%
SUM	88 573	95 400	-6 827	89 797	-1,4 %	-1 224	95 400	88 573	89 797	-1,4%	-7,2%	-7,2%
ISF-poeng												
BUP	9 869	10 102	-233	9 697	2 %	172	10 100	9 869	9 697	1,8%	-2,3%	-2,3%
VOP	6 320	7 599	-1 279	7 269	-13 %	-949	7 600	6 320	7 269	-13,1%	-16,8%	-16,8%
- herav Helse og arbeid	45	84	-38	45	2 %	1	84	45	45	1,8%	-45,8%	-46,0%
TSB	1 718	1 540	178	1 512	14 %	206	1 540	1 718	1 512	13,6%	11,6%	11,6%
SUM	17 907	19 241	-1 334	18 478	-3,1 %	-570	19 240	17 907	18 478	-3,1%	-6,9%	-6,9%

Som følge av Korona—situasjonen, så har aktiviteten i perioden mars-mai vært betraktelig lavere enn årets to første måneder og sammenlignet med 2019.

Antall konsultasjoner innenfor PHV og TSB samlet viser for året et negativt budsjettavvik på 7,2 %, og resultatene er 1,4 % lavere enn fjoråret.

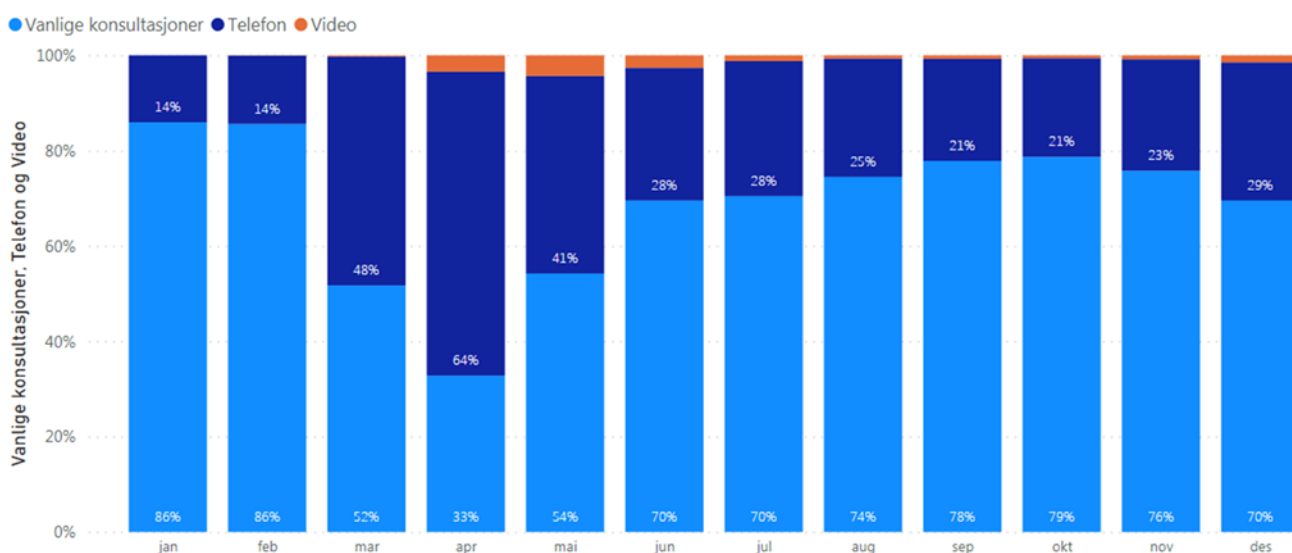
BUP endte året med et positivt budsjettavvik på 3,6 %, mens VOP og TSB viser et negativt budsjettavvik på henholdsvis 14,8 % og 0,7 %. Målt mot fjoråret så er det kun VOP som viser nedgang. BUP og TSB har en vekst på henholdsvis 10,1 % og 5,5 %.

I desember måned leverte BUP et positivt budsjettavvik på hele 38,2 %. Dette er hele 26,3 % høyere enn samme måned i fjor. VOP leverte et negativt budsjettavvik på 5,3 %, og en aktivitet som kun var 3,2 % lavere enn i fjor. TSB leverte en aktivitet som ligger hele 13,9 % høyere enn budsjettert nivå, og 3,5 % høyere enn i fjor.

Det samlede negative ISF-avviket innenfor PHV/TSB er i 2020 på 6,9 %, mens det per november var 9,5 %. I desember isolert leverte psykiatrien et positiv budsjettavvik på hele 29,2 % i antall ISF-poeng. Det positive avviket på ISF-poeng i perioden august og frem til årsslutt kan forklares med høyere aktivitet innenfor BUP og TSB i tillegg til den økte DRG-vekten for telefonkonsultasjoner med virkning fra 1. juli.

Innenfor PHV og TSB var det i perioden mar-mai en vridning fra fysisk oppmøte til å gjennomføre konsultasjonene over telefon og video. De siste månedene har andelen telefon- og videokonsultasjoner normalisert seg igjen, men andelen ligger fremdeles litt høyere enn før pandemien inntok landet.

Nedenfor vises utviklingen i andelen video- og telefonkonsultasjoner inneværende år. Tallene for desember måned viser vekst i andel telefoner og videokonsultasjoner fra forrige måned.



Prioriteringsregelen

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

Prioriteringsregelen er oppfylt målt i ventetid for alle fagområdene, med en ventetid for VOP på 29 dager, BUP med 35 dager og TSB med 27 dager.

Polikliniske konsultasjoner

Antall polikliniske konsultasjoner er redusert innenfor VOP, mens BUP og TSB viser en vekst og innfrir prioriteringsregelen. Somatikken viser en nedgang.

Kostnadsvekst 3. tertial 2020

Når det gjelder kostnadsveksten i 2020, så er det kun BUP som kan vise til høyere vekst enn somatikken. BUP har økt sine kostnader med 7,3 %, mens somatikken viser til en vekst på 3,3 %. VOP og TSB har lavere vekst enn somatikken med hhv 1,8 % og 2,3 % vekst.

Brutto månedsverk

Brutto månedsverk var i desember 3075, noe som er 4,3 % over budsjettert bemanningsforbruk, og 3,1 % høyere enn i desember i fjor. Det er i desember utbetalt 26 månedsverk direkte knyttet til den økte beredskapen som følge av pandemien. Det resterende merforbruket av brutto månedsverk skyldes blant annet utsatte budsjetterte innsparingstiltak som følge av pandemien.

Brutto månedsverk ble i år 3057, noe som er 3,5 % høyere enn budsjettert og 2,2 % høyere enn i fjor. Dette skyldes både den økte beredskapen og forsinkelser i forbedringsarbeidet i klinikkene rapportert til flat periodisering i budsjettet. Av merforbruket på 103 brutto månedsverk var 36 av disse direkte knyttet til pandemien.

Økonomi

Sykehuset Telemark rapporterer et resultat på 35,6 millioner kr. per desember. Dette er 5,6 millioner kr. bedre enn periodisert styringsmål. Korrigert for samlet økonomisk effekt av koronasituasjonen i 2020 (inntektstap, følgekostnader og kompensasjon), er resultatet for året beregnet til 23,9 millioner kr, mot budsjett 30,0 millioner kr. Budsjettavviket samstemmer med nedgangen i finansinntekter som ikke er rapportert som koronaeffekt.

Resultatforverringen i desember på 26,9 millioner skyldes i hovedsak endringene i regnskapsføring av basismidlene mottatt som kompensasjon for negative effekter av koronapandemien. I desember er det inntektsført 36,1 millioner kr., herav ekstra bevilgning på 18,1 millioner kr. og samtidig reversert inntektsføring av 50,4 millioner kr. som overføres til 2021. (20,4 millioner kr. knyttet til gjennomførte ekstraordinære COVID-19 investeringer og 30 millioner kr. til dekning av forventede negative konsekvenser i foretakets ordinære drift). Koronasituasjonen har påvirket foretakets drift med 18,8 millioner kr. i desember. Det er identifisert direkte kostnader på om lag 10,8 millioner kr., på nivå med de høyeste merkostnadene registret i mars og inntektstapet er beregnet til 8 millioner kroner.

Foretakets øvrige drift bidrar positivt til resultatet med 6 millioner kr.

Årets lønnsoppgjør har gitt lavere kostnader på 27 millioner kr., årsoppgjør disposisjoner øker kostnadene med 12 millioner kr. (bl.a. nedskrivning av bygningsmasse i Porsgrunn og Rjukan på 7,6 millioner kr. samt avsetninger for overlegepermisjoner og uavviklet ferie), mens øvrig drift påvirker resultatet negativt med 9 millioner kr. Dette skyldes merkostnader for fritt behandlingsvalg i (FBV) i psykiatri/TSB, økte varekostnader knyttet til ressurskrevende pasienter, volumvekst ved kjøp av helsetjenester eksternt, lavere finansinntekter og økte variable lønnskostnader grunnet stor etterslep i ferieavviklingen.

Regnskapsresultat pr. desember 2020	regnskap desember	budsjett desember	avvik desember	Budsjett 2020	Prognose 2020	avvik 2020
Basisramme	2 411 000	2 424 871	-13 871	2 424 871	2 444 171	19 300
Kvalitetsbasert finansiering	16 971	16 971	-	16 971	16 971	-
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	746 290	822 500	-76 211	822 500	754 633	-67 867
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	170 406	182 824	-12 418	182 824	171 372	-11 452
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	56 587	60 798	-4 212	60 798	55 142	-5 656
ISF fritt behandlingsvalg	1 864	-	1 864	-	1 718	1 718
ISF refusjon pasientadministrerte legemiddel (H-reseptor)	74 018	64 131	9 887	64 131	75 354	11 223
Utskrivningsklare pasienter	14 360	19 931	-5 571	19 931	14 931	-5 000
Gjestepasienter	17 759	17 832	-72	17 832	17 832	-
Konserninterne gjestepasientinntekter	86 985	88 592	-1 607	88 592	84 392	-4 200
Polikliniske inntekter	95 095	100 394	-5 299	100 394	95 394	-5 000
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	-	-	-	-	-	-
Andre øremerkede tilskudd	84 272	16 572	67 700	16 572	82 572	66 000
Andre driftsinntekter	263 870	267 138	-3 268	267 138	256 138	-11 000
SUM DRIFTSINNTEKTER	4 039 477	4 082 555	-43 078	4 082 555	4 070 620	-11 935
Kjøp av offentlige helsetjenester	41 948	40 497	-1 451	40 497	42 497	-2 000
Kjøp av private helsetjenester	116 838	107 785	-9 053	107 785	117 785	-10 000
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	505 704	479 829	-25 875	479 829	495 829	-16 000
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	23 157	13 760	-9 397	13 760	21 260	-7 500
Konserninterne gjestepasientkostnader	279 679	286 747	7 067	286 747	276 747	10 000
Lønn til fast ansatte	1 884 915	1 872 025	-12 890	1 872 025	1 902 025	-30 000
Overtid og ekstrahjelp	117 153	88 332	-28 821	88 332	116 332	-28 000
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	227 274	345 396	118 122	345 396	226 066	119 331
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-121 865	-105 088	16 777	-105 088	-120 088	15 000
Annen lønn	281 141	297 781	16 640	297 781	283 781	14 000
Avskrivninger	98 509	102 595	4 087	102 595	99 095	3 500
Nedskrivninger	7 633	-	-7 633	-	7 000	-7 000
Andre driftskostnader	553 518	539 511	-14 007	539 511	548 808	-9 296
SUM DRIFTSKOSTNADER	4 015 604	4 069 171	53 567	4 069 171	4 017 136	52 035
DRIFTSRESULTAT	23 873	13 384	10 489	13 384	53 484	40 100
Finansinntekter	14 191	19 647	-5 456	19 647	14 047	-5 600
Finanskostnader	2 417	3 032	615	3 032	2 532	-500
FINANSRESULTAT	11 774	16 616	-4 841	16 616	11 516	-5 100
(ÅRS)RESULTAT	35 647	30 000	5 647	30 000	65 000	35 000
Pensjonskostnader	-	-	-	-	-	-
RESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER	35 647	30 000	5 647	30 000	65 000	35 000

Klinikkene

Klinikkene har betydelige negative budsjettavvik som følge av store inntektstap og ekstra kostnader knyttet til pandemisituasjonen.

Resultater pr. klinikk vises i tabellen under:

BUDSJETTAVVIK per desember 2020	lønn	andre driftskostnader	driftsinntekter	Sum	manglende effekt	akkumulert effekt korona
Kirurgi	-26 934	-2 308	-29 902	-59 144	-4 819	-47 620
Medisin	-1 951	-26 955	-43 612	-72 518	-8 000	-57 810
Barne- og ungdomsklinikken	3 481	-3 467	-10 707	-10 694	-250	-6 950
Akutt og beredskap	-21 643	-5 735	-1 078	-28 457	-2 271	-21 390
Medisinsk serviceklinikk	3 274	-4 430	-6 432	-7 587	-2 300	-10 990
Psykatri og rus	339	-6 673	-3 654	-9 988	-	-3 990
Service og systemledelse	-1 915	3 026	-7 531	-6 420	-4 610	-3 195
SUM klinikker	-45 350	-46 542	-102 916	-194 808	-22 250	-151 945
Administrasjon	-1 753	7 486	-3 461	2 272	-550	-1 417
Kjøp og salg av helsetjenester		-12 567	11 668	-899		2 800
- biol.legemidler og kreftmidler		-9 752	13 183	3 431		
- somatikk		7 856	-3 385	4 472		
- psykiatri og TSB		-10 672	1 870	-8 801		
Felles poster	38 344	-9 478	170 217	199 083	-	162 324
BUDSJETTAVVIK per desember 2020	-8 758	-61 102	75 508	5 648	-22 800	11 762

Avviket i **Kirurgisk klinikk** er pr desember -59,1 millioner kroner. Av dette gjelder -45,8 millioner effekten fra koronasituasjonen, herunder inntektstap på -37,5 millioner kroner og netto kostnadsøkning på 8,3 millioner kroner. Resterende 13,3 millioner gjelder utrykninger, overtid, uforutsette vakter, og lav måloppnåelse av merverditiltak, samt innleie av leger i sommerperioden. Avviket i lønnskostnader har økt vesentlig i perioden, og forklares blant annet med høyt sykefravær og pågående aktivitetstiltak.

Medisinsk klinikk har et negativt avvik på -72,8 millioner kroner pr 12 måneder. En betydelig del av dette skyldes lavere ISF-inntekter fra øyeblikkelig hjelp-pasienter (ca. 43 millioner kroner) og beredskapskostnader knyttet til håndteringen av Covid-19. Et annet kostnadselement som har gjort seg gjeldende i 2020 er dyre kreftlegemidler i Skien og Notodden; overforbruket i forhold til budsjett utgjør om lag 18 millioner kroner per 12 måneder. Klinikken har dessuten et uløst merverdikrav i budsjettet på til sammen 10 millioner kroner i 2020.

Barne- og ungdomsklinikken har et negativt avvik per november på -10,7 millioner kroner. Av dette er 7,0 millioner kr knyttet til i hovedsak lavere inntekter som følge av redusert aktivitet grunnet Covid-19. Øvrig negativt avvik skyldes lavere ISF-inntekter enn budsjettet for friske nyfødte og nyfødt intensiv. I ABUP dekkes flere vakante legestillinger ved innleie, og dette forklarer avviket på driftskostnader. ABUP har hatt svært høy aktivitet og inntekter over budsjett i 3. tertial, og dette dekker opp for økte kostnader.

Akutt og beredskapsklinikken har et resultat per desember på -28,4 millioner kroner. Herav er det identifisert 21,2 millioner kroner som er knyttet til Covid-19.

Prosjekt AK 24 i 4. etg. i perioden juni – august, påvirker resultatet med 2,2 millioner kroner.

Ekstra aktiviteten i Porsgrunn fredager og syketransportbilen medfører også høyere kostnader enn planlagt for i budsjettet. Det er høy aktivitet på operasjonsstuen nå og kombinert med høyt sykefravær fører det til bruk av vikarbyrå og overtid. Det har også vært fokus på å avvikle restferie de siste månedene, slik at etterslep til 2021 blir minst mulig.

Intensivavdelingen har hatt lavere aktivitet en periode i høst, og det vises på økonomien.

Sykefraværet i klinikken per desember er 6,71 %, korrigert for effekten av Covid-19; 6,6 %.

Medisinsk serviceklinik har et negativt avvik på -7,6 millioner kroner i 2020. Koronaeffekten er beregnet til 11,0 millioner kroner, og knyttes i hovedsak til inntektstap som følge av nedgang i aktiviteten innen laboratoriemedisin, radiologi og fertilitetsbehandling, samt reagenser til covid-19 analysene. Siden juni måned har aktiviteten vært tilbake på normalt nivå, med en liten nedgang i desember. Høy aktivitet samtidig med langtidssykemeldinger har ført til økte innleiekostnader innen radiologi de siste månedene.

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling leverer et negativt budsjettavvik på 10,0 millioner kroner per desember, noe som er en resultatforverring på 2,8 millioner i desember måned. Koronaeffektene i klinikken er i hovedsak det polikliniske inntektstapet i månedene mars-mai, i tillegg til økte lønnskostnader som følge av endringene i døgndriften i samme periode. Klinikken fikk i slutten av oktober utfordringer med hensyn til smittevernet, noe som også er gjeldende i desember måned.

Den negative resultatbanen kommer som følge av flere ting. Klinikken har økt utdanningskapasitet LIS, de har for øyeblikket 4 innleide leger, og det er et stigende sykefravær som gir høyere variabel lønnskostnader. De lukkede akuttpostene hadde i desember, og har fortsatt, et stort press med særs krevende pasienter hvor mange trenger 1 til 1 oppfølging. Dette har ført til et stort forbruk av overtid og ekstrahjelp for å takle driften. Det er også en økning i kostnader til medikamenter og metadonutleveringer. Endringen i takster for telefon- og videokonsultasjoner har gitt positiv effekt på resultatet i de polikliniske tjenestene.

Service- og Systemledelse avslutter 2020 med et negativt resultat på 6,4 millioner kroner. Derav er 3,2 million kroner ekstrakostnader som er relatert til Covid-19 aktivitet og 2,6 million kroner overforbruk innen behandlingshjelpemidler (BHM område). Dvs. at underliggende drift i klinikken avsluttet 2020 nærmest i balanse, men med store forskjeller mellom avdelingene. Det er en usikkerhet om Covid-19 relaterte kostnader kan tilbakeføres til 0 når pandemien er over og behov for utvidet tjenestetilbud opphører. Klinikken jobber godt med å konkretisere alle uløste tiltak for 2021 for å oppnå budsjett i balanse i det nye året.

Administrasjonen har et resultat i 2020 på 2,3 millioner kroner bedre enn budsjettet. Resultatet skyldes ekstraordinære inntekter i bedriftshelsetjenesten grunnet Covid-19 og anskaffelsesstopp i velferdstiltak og opplærings/lederutviklingsprogrammet. Styremøtene har vært avholdt som Skype-møter og ikke som fysiske møter. Dette har resultert i lavere møtekostnader.

Felles: Positivt avvik skyldes inntektsføring av koronakompensasjon på 184,65 millioner kroner. Dette er fordelt på lavere arbeidsgiveravgift i 3. termin med 14,75 millioner kroner og kompensasjon for ekstrakostnader, inntektstap og investeringer bevilget i RNB med 169,9 millioner kroner. Lavere kostnader med lønnsoppgjøret bidrar positivt med 27 millioner kroner.

Tertialvise forhold

Forskning

Forskningsproduksjonen i 2020 vil resultere i kreditering for 55 vitenskapelige artikler og 2,25 gjennomførte doktorgrader. Dette er en liten økning fra 2019 i antall forskningspoeng som gir uttelling i inntektsmodellen for forskning. Vi har store forventninger til en vesentlig større økning i forskningspoeng i årene som kommer.

Vi har gjennomført flere av tiltakene i forskningsplanen ved å opprette flere akademiske bistillinger ved Universitetet i Oslo og vi har gitt flere ansatte med forsknings- og veiledningskompetanse forskerstipender. Vi har innført et grundigere fagfellevurderingssystem der alle nye forskningsprosjekter som søker om interne forskningsmidler vurderes av en eksternt bedømmelseskomite. Tiltakene har resultert i 7,5 mill kroner økning i eksterne forskningsmidler til nye prosjekter som skal startes opp i 2021. I tillegg har vi økt interne overføringer til forskning de siste to årene. Dette muliggjør at vi kan starte opp fem nye PhD-prosjekter i 2021, hvorav to av disse er finansiert med eksterne midler. Tre forskerstipend er tildelt, også to av disse er eksternt finansiert.

Flere kliniske behandlingsstudier er i oppstartsfasen og STHF skal lede to store nasjonale og internasjonale multisenterstudier de neste årene. Prosjektene har fått eksternt finansiering. Dette har skapt overskrifter i media og satt forskningen ved sykehuset på kartet. Vi har en målsetning om å øke ressurser til forskning fra 0,6 til 1 % av totalt driftsbudsjett samt at en større andel av forskningen vår finansieres av eksterne forskningsmidler. Forskningsåret 2020 har bragt oss et godt stykke videre mot å nå målene og vi forventer at dette vil resultere i langt større forskningsaktivitet og forskningsproduksjon i årene som kommer.

Innkjøp

Det er også i 3. tertial jobbet mye mot vareforsyning og Covid-19. Sykehuset fikk en ny smittetopp før jul og jobben med rasjonering og lagerbeholdning for å sikre vareflyt til alle våre lokasjoner og kritiske funksjoner har vært i fokus. Sykehuset Telemark har hatt stor nytte av våre logistikkmedarbeider på sengepostene som har sikret tilgjengelig beholdning til enhver tid.

Vi ser det fremdeles er avvik på tall hentet fra BI APPS, men det jobbes med andre metoder for å hente ut tall og i samarbeid med andre helseforetak.

1. Faktisk kjøp på avtale – mål 85 %

I 3. tertial hadde STHF kjøp på avtale på 93%. Også i 3. tertial, som i 2. tertial, er det gjort en manuell jobb med å hente ut tallen og ikke brukt BI APPS. Denne KPI'en er meldt inn som sak til Forum for innkjøp og logistikk for en gjennomgang og metode for innsamling av tallmateriale da det oppleves stor usikkerhet rundt tallene.

2. Utnyttelse av elektronisk bestillingssystem – mål 60 %

I 3. tertial hadde STHF en andel på 64% på kjøp via system mot 56% i 2. tertial. STHF har fått flere bestillinger på blant annet investeringer inn i systemet. Potensiale for å få flere bestillinger inn i system er der og jobbes videre med blant annet innenfor mat og tekststilbestillinger.

4. Bruk av elektronisk varekatalog – mål 98 %

Side 21 av 43

I 3. tertial lå STHF på 97,4% i bruk av elektroniske varekataloger. Dette har ligget jevnt de siste årene. STHF har valgt at det skal brukes fritekstbestillinger istedenfor refusjon på utlegg.

5. Utnyttelse av forsyningskonseptet – mål 65 %

I 3. tertial gikk 61% av sentral- og sterillager over aktiv forsyning. Utvidelse av aktiv forsyningskonseptet jobbes med kontinuerlig, der hvor det er hensiktsmessig. Ved neste rapportering i 2021 vil vi trekke ut salg til BHM og nyrepoliklinikk. Det er til hjemmeboende pasienter og utgjør en stor del av omsetningen som ikke kan gå som aktiv forsyning.

6. Omløpshastighet – mål 12,0

Vi hadde i 3. tertial en omløpshastighet på 10,00. Det jobbes kontinuerlig med å tilpasse min/max punktene på våre artikler. Pga korona situasjonen har vi mer varer på lager enn normalt for beredskap. Spesielt nå på slutten av året med høyt smittetrykk og helligdager.

7. Andel kjøp fra felles forsyningscenter til sentrallager – mål 44 %

I 3. tertial var vårt kjøp fra Felles Forsyningscenter på 47 % inn til våre lager. Andelen er nok mye høyere da mange smittevernprodukter er priset til 0,- Vi jobber aktivt med å alltid velge alternativer fra FS.

HMS/ arbeidsmiljø

Sykehuset har ansvar for å sikre at de ansatte har et trygt og forsvarlig arbeidsmiljø og skal bidra til beskyttelse mot vold og trusler så langt det er mulig. Det er et økt fokus på dette området både ved Sykehuset Telemark, de andre helseforetakene og sentralt i HSØ.

Foretakene rapporterer tertialvis på utvalgte HMS indikatorer til Helse Sør-Øst. Disse HMS indikatorene rapporteres også internt for oppfølging av utvikling og effekt av tiltak både til AMU, ledergruppe og styre.

Sykehuset planla å starte med manuell klassifisering av alle HMS avvik som meldes i avvikssystemet (TQM) fra 2020. Dette arbeidet er utsatt pga. ressursituasjon og prioriteringer og må vente til nytt forbedringssystem er å plass. Arbeidet med anskaffelse av nytt forbedringssystem startet i juni 2020.

Det har som følge av korona-pandemien i perioden vært stor fokus på smitteverntiltak og andre tiltak for ivaretagelse av de ansatte, og det er etablert en Covid-19 sjekklister HMS til bruk for forebyggende oppfølging av de ansatte i enhetene.

Det er i 2020 igangsatt et prosjekt for opplæring av alle ansatte i sykehuset innen vold og trusler med oppbygging av et kompetansemiljø som skal bygge varige strukturer for kontinuerlig opplæring og trening etter behov. Kompetansemiljøet har utgangspunkt i erfaring fra klinikk for psykisk helsevern og rus men skal dekke hele sykehuset. Til nå har flere enheter og godt over 250 personer vært igjennom opplegget og det har fått gode tilbakemeldinger om at det er nyttig.

HMS indikatorer tertialvis 2020

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

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

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

HMS/ Arbeidsmiljøindikatorer pr. tertial 2020			
Indikator/ tertial	1. tertial	2. tertial	3. tertial
Fraværsskader	5	4	3
Antall registrerte HMS hendelser	122	104	171
Antall lukkede HMS hendelser	61	61	88
Antall registrerte vold og trusselhendelser (somatikk)	7	12	14
Antall registrerte vold og trusselhendelser (psykiatri)	50	52	81
Totalt antall vold og trussel hendelser registrert	57	64	95

Tall for fraværsskader har vært jevnt lave gjennom året.

Det har vært en stor økning av antall meldte HMS avvik fra 2. til 3. tertial. En del av økningen skyldes en økning i meldte vold og trussel-avvik innen psykiatrien. Det er både i 2. og 3. tertial meldt en del HMS avvik i forbindelse med Covid-19 hendelser.

Det er meldt ca 25 HMS-avvik relatert til Covid-19 i 3. tertial, men vi ser også at det er meldt noen (ca 15) Covid-19 avvik som generelle avvik. De fleste hendelser er meldt fra kirurgisk- og medisinsk klinikk og ABK. Meldte Covid-19 relaterte HMS-avvik gjelder både Covid-19 smittede, utsatt for smitte og avvik knyttet til smittevern og bruk av smittevernutstyr. Alle ansatte som er Covid-19 smittet eller mistenkt smittet på jobb skal meldes i TQM og det skal sendes yrkesskademelding til NAV. I tillegg er det viktig at alle ansatte som utsettes for smitte eller potensiell smitte ivaretas på en god måte.

Det har vært en økning i antall registrerte vold og trussel hendelser gjennom året. I somatikken er det tredje tertial meldt to (2) avvik i barne- og ungdomsklinikken, tre (3) avvik i medisinsk klinikk og (8) i ABK. Det har vært en større øking i psykiatrien fra femtito (52) meldte i 2. tertial til åttien (81) meldte i 3. tertial.

Pasientsikkerhet: I trygge hender 24/7:

De nasjonale målene for å redusere pasientskader, bedre pasientsikkerhetskulturen, og å skape varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring er forankret i Strategiplan 2020-2022.

Innsatsområdene innen pasientsikkerhet følges opp med kvartalsvise prevalensmålinger for å sikre fokus over tid. I 2020 har prevalensundersøkelsen blitt elektronisk og det er gjort omfattende forbedringer på bakgrunn av innspill fra seksjonene. Samtidig har oppslutningen om undersøkelsen økt i 2020. I september deltok 17 seksjoner. I november var antallet økt til 27 seksjoner.

Som følge av at resultatene blir raskt tilgjengelig – er det mulig å starte forbedringsarbeidet mens målingene fremdeles er ferske. Prevalensmålingene gir et øyeblikksbilde av pasientsikkerheten og er en viktig indikator for pasientsikkerhetsarbeidet for ledere på alle nivå.

Kvalitetsavdelingen tilbyr oppfølgingsmøter på klinikk/avdelingsnivå med gjennomgang av resultater og forbedringsområder. De siste prevalensmålingene er gjennomgått i Medisinsk klinikk og i Akuttmedisinsk avdeling høsten 2020.

Legemiddelsikkerhet er vedtatt som prioritert satsningsområde. Følgende tiltak fra handlingsplan for legemiddelsikkerhet er startet opp i 2020; kurs og opplæringsprogram for helsepersonell og ledere, bruk av avviksstatistikk og analyse (NOKUP) i forbedringsarbeidet og satsning på samstemming av legemiddellister med klinisk farmasøyt i akuttmottak.

NEWS – metodikk for tidlig oppdagelse av forverret tilstand – blir også styrket gjennom forbedret systematikk for opplæring og bruk av verktøyet. Planleggingen av dette arbeidet har blitt gjennomført høsten 2020.

Det er gjennomført 5 pasientsikkerhetsvisitter i 2020.

Eksterne tilsyn og revisjoner

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

God forberedelse og oppfølging av tilsyn og revisjoner er en sentral del av det systematiske forbedringsarbeidet som skal sikre god kvalitet på tjenestene og sikkerhet for både pasienter og ansatte. Det er et mål at tilsyn bidrar til læring på tvers i hele organisasjonen. Tilsyn og revisjoner følges derfor systematisk opp i direktørens ledergruppe, kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget og AMU.

Kiwa erstatter DNV-GL og er ny revisjonspartner for perioden 2020-2022. De gjennomførte sin første systemrevisjon ved STHF i oktober 2020.

Tabellen under gir en kortfattet oversikt med status for gjennomførte og pågående tilsyn og revisjoner per tredje tertial 2020:

Tid	Tilsynsorgan	Enhet	Tema	Funn	Handlingsplan/tiltak	Status
Okt 2017 – jan 2018	Konsernrevisjon	STHF	<i>Om det er etablert en hensiktsmessig, overordnet styrings- og forvaltningsmodell for GAT i hele foretaksgruppen, og om denne fungerer etter hensikten.</i>	3 anbefalinger	Presentert i egen styresak 23.05.2018	Konsernrevisjonens oppfølging av tiltaksarbeid etter revisjon "Forvaltning av GAT" i 2017. Tiltak er i all hovedsak gjennomført og i tråd med anbefalingene i revisjonsrapporten. Gjenstående tiltak er satt i bero i påvente av implementering av ny kompetanseportal i 2021.
Jan-mars 2019	Konsernrevisjonen	BUP	<i>Likeverdige og forutsigbare helsetjenester – innføring av pakkeforløp</i>	Det er i rapporten gitt 3 anbefalinger.	Handlingsplan med konsernrevisjonens anbefalte tiltak er gjennomført	Tiltakene i handlingsplanen er gjennomført og det er iverksatt undersøkelser og stikkprøver for å sikre oppfølging og effekt. seksjonene. Forbedringsarbeidet er gjennomgått av konsernrevisjonen i november.
Des 2019	Fylkesmannen	Landsomfattende tilsyn, STHF	<i>Tilsyn med spesialisthelsetjenester til utlokaliserte pasienter</i>	Konklusjon: Fylkesmannen konkluderte med mangler ved ledelsens kontroll og oppfølging av risikoreducerende tiltak ved utlokalisering av pasienter.	<i>Tilsynet vil følges opp med periodiske kontrolltiltak som sikrer at iverksatte tiltak har forventet effekt over tid.</i>	<i>Tilsynet avsluttet desember 2020. Forutsetter at ledelsen fremover følger med på, og kontrollerer om de iverksatte tiltak har hatt effekt.</i>
Mai/juni 2020	Konsernrevisjonen	STHF	<i>Varsling – system for å håndtere varsler om kritikkverdige forhold ved</i>	Rapport 4/ 2020 varsler om kritikkverdige forhold ved Sykehuset Telemark HF har anbefaling om forbedring av varselordningen innen følgende områder; Ledelsesforankring og systemintegrering,	<i>Oppfølging av revisjonen pågår</i>	<i>Rapporten første gang behandlet i styret september 2020. Forbedringsarbeidet vil presenteres for styret i egen sak</i>

Tid	Tilsynsorgan	Enhet	Tema	Funn	Handlingsplan/tiltak	Status
			<i>Sykehuset Telemark HF</i>	<i>varslingsrutinen- trygt å varsle, IKT-støtte/sikker saksbehandling, opplæring og kommunikasjon.</i>		
2019/2020	Konsernrevisjonen	Regionalt, STHF	<i>Bruk av tvang i psykisk helsevern Del 1: Kartlegging alle HF, desember 2019. Del 2: Stedlig revisjon i tre HF, mars-juni 2020</i>	Konsernrevisjonens rapport 1/2020, delrapport 1 Tvang i psykisk helsevern, påpeker følgende forbedringsområder: Styring og oppfølging, kompetanse, forebygging i bruk av tvangsmidler, gjennomføring av tvangsmiddelvedtak, oppfølging etter bruk av tvangsmidler og registrering av tvangsmiddelbruk.		Rapport fra Del 1 foreligger. Del 2 forsinket pga pandemisituasjonen.
Høst 2020	Statens helsetilsyn	Landsomfattede kartlegging-STHF	Kartlegging av risiko og sårbarhet når det gjelder tilgjengelighet av IKT-system; Virksomhetens tiltak for å kunne yte forsvarlig helsehjelp når ett eller flere viktige IKT-system er utilgjengelige.			Pågår
2020-2021	Riksrevisjonen	Nasjonalt/STHF	Forvaltningsrevisjon av kliniske behandlingsstudier i helseforetakene			Første del av revisjonen gjennomføres som en undersøkelse. Deretter intervjuer i utvalgte foretak. Resultatet planlegges rapportert til Stortinget våren 2021
2020-2021	Riksrevisjonen		Forvaltningsrevisjon av investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr i helseforetakene			Første del av revisjonen gjennomføres som en undersøkelse. Deretter intervjuer i utvalgte foretak. Resultatet planlegges rapportert til Stortinget våren 2021

Tid	Tilsynsorgan	Enhet	Tema	Funn	Handlingsplan/tiltak	Status
2020	Riksrevisjonen		Utvidet 3. årsoppfølging av riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene (2016-17 Dok 3:5).			Besluttet utsatt til 2021 pga pandemien.
Okt 2020	KIWA – ny revisjonspartner fra 2020 (erstatte DNV-GL)	STHF	Resertifisering miljøsystem, ISO 14001	Ingen avvik. 3 forbedringspunkter.	Under oppfølging	KIWAS gir god tilbakemelding på sykehusets miljøarbeid. «Øverste ledelse og de intervjuede viser engasjement, forpliktelse og en høy forståelse på hva som er deres bidrag for å redusere sitt miljøavtrykk.»

Uønskede hendelser og klagesaker

Uønskede hendelser er viktige kilder for å ha oversikt over om tjenestene utføres på en forsvarlig måte, i samsvar med lovkrav og sykehusets egne målsetninger.

Sentralt i pasientsikkerhets- og HMS arbeidet er systematisk oppfølging av uønskede hendelser. Helseforetaket har fokus på å sikre god meldekultur hvor det er trygt og akseptert å melde fra om og diskutere uønskede hendelser og forbedringsområder. Det er et mål at de ansatte skal oppleve det meningsfullt å melde fra om uønskede hendelser. Det fordrer at meldingene blir håndtert på en god måte. Det er et kontinuerlig arbeid å nå dette målet.

På grunn av manglende funksjonalitet i dagens forbedringssystem, blir klassifisering «Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser» (NOKUP) gjennomført manuelt etter at hendelsene er ferdig behandlet i klinikkene. Inntil videre vil derfor statistikk og analyse kun være tilgjengelig som årlige rapporter. Våren 2020 ble de klassifiserte pasienthendelsene for 2019 presentert i egen styresak.

Tabellen under viser utvikling og status for uønskede pasienthendelser:

Rapportering	Uønskede pasienthendelser	Varsel om alvorlige pasienthendelser til Statens helsetilsyn og Ukom (§ 3-3a)
Resultat 2016	1039	25
Resultat 2017	923	19
Resultat 2018	934	22

Side 27 av 43

Rapportering	Uønskede pasienthendelser	Varsel om alvorlige pasienthendelser til Statens helsetilsyn og Ukom (§ 3-3a)
1. tertial 2019	346	8
2. tertial 2019	334	4
3. tertial 2019	398	6
Resultat 2019	1078	18
1.tertial 2020	372	1
2. tertial 2020	288	6
3. tertial 2020	340	4
Resultat 2020	1000	11

Det er registrert noe færre hendelser i 2020. Lavere aktivitet som følge av koronaepidemien kan være en medvirkende årsak.

Det var ved årsskiftet varslet 11 alvorlige pasienthendelser som § 3-3a saker til Statens helsetilsyn og Ukom. Helsetilsynet avsluttet seks av sakene etter innledende undersøkelser. Fem av sakene ble oversendt til Fylkesmannen for vurdering av videre tilsynsmessig oppfølging. Det er åpnet tilsyn i to av disse sakene. Ingen av varslene er fulgt opp av Ukom.

I tillegg ble det i januar 2021 meldt 15 uønskede pasienthendelser som gjaldt mistenkt Covid-19 smitte av pasient i STHF. Seks av disse døde, og ble også varslet som alvorlige pasienthendelser til Statens helsetilsyn og Ukom etter § 3-3a.

Tabellen under viser utvikling og status for pasientklager, hendelsesbaserte tilsynssaker og NPE-saker

Rapportering	Pasientklager	Hendelses-baserte tilsynssaker	NPE-saker (registrert i 2020)
Resultat 2016	157	51	121
Resultat 2017	133	29	122
Resultat 2018	138	45	131
1.tertial 2019	71	12	36
2.tertial 2019	79	12	29
3.tertial 2019	71	14	39
Resultat 2019	221	38	104
1.tertial 2020	53	11	34

Side 28 av 43

Rapportering	Pasientklager	Hendelses-baserte tilsynssaker	NPE-saker (registrert i 2020)
2. tertial 2020	37	6	27
3. tertial 2020	61	14	34
Resultat 2020	151	31	95

Antall pasientklager er betydelig redusert sammenlignet med 2019. Som ved § 3-3 a saker kan dette ha sammenheng med pandemien og redusert aktivitet.

Hendelsesbaserte tilsynssaker og NPE- saker er noe redusert sett i forhold til 2019. Det er kun 15 av de 95 NPE-sakene som har hendelsesdato i 2020.

Ny kvalitetsindikator for meldekultur ved Sykehuset Telemark

Utviklingen i antall medholdsaker NPE og om de er registrert som avvik, følges som ny kvalitetsindikator for meldekultur fra 01.01.2020;

Antall medholdsaker NPE meldt i avvikssystemet/ antall medholdsaker NPE

Bakgrunnen for etableringen av den nye kvalitetsindikatoren er NPE sin rapport fra 2019 «Undersøkelse av samsvar mellom NPE-saker og saker i sykehusenes avvikssystemer». Rapporten viste at sykehuset hadde stort forbedringspotensial for registrering av pasientskadeavvik. Den nye indikatoren skal bidra til at alvorlige pasientskader blir registrert og fulgt opp i tråd med gjeldende krav. Dersom disse sakene ikke blir registrert som avvik kan sykehuset miste oversikten over et stort antall alvorlige pasienthendelser. Manglende avviksregistreringer kan også føre til svikt i oppfølgingen av rettighetene til pasienter og pårørende.

Tabellen under viser status på NPE-saker og avvik per 3. tertial 2020.

NPE-saker og avvik	KIR	MED	ABK	Totalt
Antall NPE-saker med hendelsesdato 2020	11	3	1	15
Ikke avgjort av NPE	8	3	1	12
Pasient fått avslag av NPE	2			2
Pasient fått medhold NPE	1			1
Medholdsaker meldt i avvikssystemet	0			0

Informasjonssikkerhet og GDPR

Som ved forrige rapportering vurderes koronasituasjonen å bidra til risiko i forbindelse med utvidede tilganger, hjemmekontor, fjernaksess for leverandører og risiko for at leverandører går konkurs.

Når det gjelder det løpende arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern kan nevnes at arbeidet med protokoll etter Artikkel 30 er ferdigstilt i første versjon. Den regionale IT-løsningen for protokoll er tilgjengeliggjort, men ikke tatt i bruk enda. Det er forhøyet risiko ved overføring av personopplysninger til 3. land (land utenfor EU/EØS) ved at EU-domstolen i juli 2020 avsa en dom (Schrems II) som stiller økte krav til at databehandler sørger for tilfredsstillende sikkerhetsnivå ved overføring inkl. ved fjernaksess. Det er behov for å kartlegge i hvilket omfang det foreligger databehandlinger som omfattes av endringen og vurdere hvordan det skal håndteres.

Fokus på datasikkerhet og risikoene rundt dette er aktualisert ved datainnbruddet på Sykehuset Innlandet. Det legges nå planer for et prosjekt som i steg 1 skal gjennomføre et kartleggingsarbeid innenfor flere sentrale områder. Dette gjelder bl.a. hvilke sikkerhetskrav som stilles ved anskaffelser av systemer/utstyr, løsningsdesign for leverandøraksess; hvordan er dette dokumentert, er løsningsdesign risikovurdert og hvilke rutiner finnes for internkontroll databehandleravtaler, samt vurdering av ansvarsforhold der det i dag er utfordringer med roller og ansvar med lokalt HF som databehandler men RHF som ansvarlig for regionale løsninger.

Status tiltaksplan for Ledelsens gjennomgang 2020

Direktørens ledergruppe gjennomførte Ledelsens gjennomgang 2020 i fjor den 15. september. Hensikten med gjennomføringen var å vurdere om helseforetakets styringssystem fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i helseforetaket. Dette for å sikre at kravene til helseforetaket følges, at kvaliteten på systemene, tjenestene og resultatene er som forventet, samt hva som bør forbedres i styringssystemet og hvordan. Ledelsens gjennomgang av miljøsystemet inngår som en integrert del av foretakets gjennomgang.

Tabellen under viser *Status tiltaksplan for Ledelsens gjennomgang 2020*. Her fremgår det at Sykehuset Telemark har god kontroll på arbeidet med å gjennomføre de 36 tiltakene, som ble besluttet i Ledelsens gjennomgang 2020.

Tiltaksplanen viser at 17 av besluttede tiltak er gjennomført (status grønn). Status gul rapporteres for halvparten av vedtatte tiltak. En del av disse tiltakene rapporteres som påbegynt, mens endel rapporteres som utsatt. Hovedårsaken til utsettelse av tiltak er korona pandemien. Tiltakene skal gjennomføres før Ledelsens gjennomgang for 2021, de fleste våren 2021. Sykehuset har ett tiltak hvor status er rapportert som rød. Dette gjelder området *16. Informasjonssikkerhet og personvern* i tiltaksplanen. Det første tiltaket på dette området gjelder *ivaretagelse av systemeiers ansvar*. Her har ikke sykehuset mottatt oppdatert liste over systemeiere til ulike løsninger fra Sykehuspartner, til tross for purringer. Enheten Teknologi og E-helse har heller ikke klart å fremskaffe oversikt. Det videre arbeidet har derfor stoppet opp. Derimot er utkast til sjekklister påbegynt. Hensikten er å sikre at systemeiere til løsninger med stort volum av personopplysninger gjennomgår sjekklisten for å identifisere gap og oppfølgingstiltak. Sykehuset vil arbeide med de 5 største systemene Q1.

Ledelsens gjennomgang (LGG) 2020

Status tiltaksplan per. 31.12.2020

1. Oppfølgingstiltak etter tidligere LGG

Konklusjon/ behov for endringer:

Tiltaksarbeidet etter LGG 2019 ser ut til å være godt fulgt opp og status viser god kontroll på restanser. Årets gjennomgåelse ivaretar oppfølging av restanser fra fjoråret. Det foreslås å videreføre etablert system for oppfølging etter LGG inntil nytt forbedringssystem er implementert.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/status per 31. des. 2020	Status/farge
Ingen tiltak ble vedtatt.				

2. Vurdering av prestasjoner og måloppnåelse

Konklusjon/ behov for endring:

Arbeidet med en mer oversiktlig og brukervennlig system for ledelsesinformasjon må videreføres. I første omgang med fokus på de forenklinger og forbedringer som kan gjennomføres lokalt i STHF og i tett dialog med brukere av informasjonen. Når regional plattform for data og analyse (RDAP) kommer på plass må det sikres at vi realiserer de nye og forbedrede muligheter som følger av denne.

Sykehusovergripende prosjekter vil bli avgjørende for at STHF skal klare å levere på forbedringstakt fremover. Det er nødvendig å etablere klar struktur for styring og resultatoppfølging av disse prosjektene.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/status per 31. des. 2020	Status/farge
Pågående arbeid i økonomi/analyse for å forbedre virksomhetsstyringen og å sikre flyt av relevant styringsinformasjon (fra bla DIPS, ERP osv.) videreføres	Øk.dir	Des. 2020 - deretter løpende utvikling	Styrerapport blir ferdigstilt til rapportering av januar 21	
Utvikle grensesnitt mellom controlling/analyse og klinikkene for å sikre god kommunikasjon mellom klinikker og stab	Øk.dir	Løpende	Møtepunkter etablert for månedlig samordning og koordinering.	
Etablere styringsregime for de sykehusovegripende prosjektene	Øk.dir	Høst 2020	Mål for økonomiske effekter er innarbeidet i budsjett 2021. Oppfølging vil dels skje i klinikkene og dels samlet for STHF. Endelig	

			regime for oppfølging er ikke ferdigstilt.	
2.1 Vurdering av prestasjoner og måloppnåelse - HMS				
<p>Konklusjon/ behov for endring: Fortsatt fokus på oppfølging i dagens HMS system i påvente av nye støttesystem som forbedringssystem og handlingsplanverktøy - vurdere bruk av Confirmat som sjekklister for vernerunde og for rapportering ved rullering av HMS handlingsplan og årsrapport. Etablere eksponeringsregister som ivaretar registreringsplikt for Covid-19 eksponering, og nødvendig Covid-19 oppfølging. Tilby kurs/ opplæring for å oppdatere kompetanse hos ledere på ulike HMS områder. Behov for avklaring og tydeliggjøring av oppfølgingsansvar innen ulike HMS områder. Oppfølging av varslingsrutiner etter konsernrevisjon</p>				
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/status per 31. des. 2020	Status/farge
Etablere eksponeringsregister innen Covid-19	HR	2021	Etablering av register er vedtatt av ledergruppen. Arbeidet med registrert er påbegynt	
Bruke sjekklister i Confirmat til vernerunde og statusrapportering ved årlig rullering av HMS handlingsplanen	HR	2020/2021	Det var planlagt å ta i bruk Confirmat for gjennomføring av vernerunde, men pga. Korona, tidspress og utsatt frist ble dette ikke prioritert i år. Årets intern revisjon er gjennomført med bruk av Confirmat så verktøyet er prøvd ut. Anskaffelse av nytt forbedringssystem vil kanskje også gi mulighet for enkelt verktøy for gjennomføring av sjekklister og må vurderes.	
Forbedring av håndtering av varsling med utgangspunkt i	HR	2020	Det pågår revisjon av prosedyren for varsling. Ferdigstilles våren 2021	

Side 32 av 43

tilbakemelding fra konsernrevisjonen				
3. Lederavtaler og fullmakter				
Konklusjon/ behov for endring: Dagens system for lederavtaler og tilhørende fullmakter fungerer tilfredsstillende. Det er rom for å øke nytteverdi ved å styrke oppfølging, forankring i linja og kobling mot forbedringsarbeid.				
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/status per 31. des. 2020	Status/farge
Sikre at forbedringspunkter i lederavtalene er konkrete og i tråd med overordnet strategi og retning for STHF, samt at de følges opp og brukes aktivt som verktøy til å drive forbedring.	Klinikker og kontrollere/Øk.dir	Til avtaler 2021 og deretter oppfølging i drift	Mål for 20221 innarbeides i avtaler i uke 1-2021.	
4. Lover, forskrifter, nasjonale retningslinjer og andre myndighetskrav				
Konklusjon/ behov for endring: System er etablert. LGG fra klinikkene viser at dette oppleves positivt av klinikkene. Det er utfordringer knyttet til bl.a. søkefunksjon i HELIKS.				
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/status per 31. des. 2020	Status/farge
Ingen tiltak ble vedtatt				
5. Opplæring, kompetanse og rekruttering, inkl. dokumentasjon				
Konklusjon/ behov for endring: Utfordrende å få alle ledere til å følge gjeldende retningslinjer for rekruttering og ansettelse. Lederutvikling og opplæring må prioriteres i 2021.				
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/status per 31. des. 2020	Status/farge
Oppdaterer gjeldende retningslinjer for rekruttering og ansettelse	HR	2020/21	Revisjon av gjeldende retningslinje pågår. Ferdigstilles våren 2021	
HR-rådgivere kan i større grad gi ledere råd og støtte i rekrutteringsprosesser	Leder som skal rekruttere må kontakte HR	Løpende	HR-rådgiverne gir råd og støtte i rekrutteringsprosesser til linjen	
Implementere kompetanseportal	HR	2021	Kompetansportalen i fullskala skal etter planen iverksettes 2021	

6. Risikostyring

Konklusjon/ behov for endring:

Viktig med god implementering av oppdatert systematikk for sentral risikovurdering.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/status per 31. des. 2020	Status/farge
Samstemme overordnede risikovurderinger i stab og ledergruppe	Øk.dir og Fagdir	Desember 2020	Forberedende arbeid gjennomført. Behandling i ledergruppe utsatt til T1-21 pga. beredskaps-situasjonen i desember - 20	
Enhetlig oppbevaring og arkivering av risikovurderinger (P360 med varsling)	SSL	Desember 2020	Sykehuset startet høst 2020 et forbedringsarbeid for sykehusets arkivtjeneste inkl. bruk av IKT-systemet Public 360. Arbeidet har identifisert 12 forbedringspunkt, hvor 6 punkt er vedtatt og implementert høst 2020, og ytterligere 6 punkt jobbes videre med i 1. halvår 2021. Midtveisrapportering av forbedringsarbeidet ble presentert og vedtatt i AD ledergruppemøte i november.	

7. Brukermedvirkning og samvalg

Konklusjon/ behov for endring:

Bør avklare mulighet for å få satt opp ny felles brukerundersøkelse og avklare hvordan den skal implementeres og følges opp.

Forbedre klagesaksbehandlingen gjennom opplæring i saksbehandling og bruk av P360 i tett samarbeid med pasient og brukerombudet.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/status per 31. des. 2020	Status/farge
Etablere felles brukerundersøkelse i nytt system.	Komm.sjef, Fagdir og klinikker	2020/2021	Komm.sjef har utarbeidet tre undersøkelser. <ul style="list-style-type: none">• for døgnpasienter (sengeposter)• for dagbehandling (poliklinikk, undersøkelser m.m.)	

Side 34 av 43

			<ul style="list-style-type: none"> • for pårørende <p>I de nye undersøkelsene er det lagt til et spørsmål om sykehusets kjerneverdier: trygghet, kvalitet og respekt. Hvordan synes du de ansatte levde opp til disse verdiene?</p> <p>Sykehuset vil hente ut svarene flere ganger i året, og målet er å bruke resultatene i forbedringsarbeid.</p>	
Opplæring saksbehandling og bruk av P360	Fagdir, HR og SSL (dok.senteret), juridisk team	2021	<p>Ledergruppen har behandlet sak knyttet til mer effektiv saksbehandling ved bruk av P360. Det vil i 2021 bli etablert et opplæringsprogram for brukere av P360.</p> <p>Se også måloppnåelse under pkt. 6 tiltak nr. 2</p>	

8. Beredskap

Konklusjon/ behov for endring:

Revisjon av delplaner beredskap med hensyn til struktur og innhold
Bedre ansattes kjennskap til beredskapsplaner

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/status per 31. des. 2020	Status/farge
Prosess for revisjon av delplanene for sykehusets beredskap	ABK	30.06.2021	Oppgavene for etablering/revisjon av delplanene er fordelt til ansvarlige	
Teknisk oppgradering av planene på sykehusets intranett	ABK	31.12.2020	Gjennomført	

9. Kvalitet og pasientsikkerhet

Konklusjon/ behov for endring:

Behov for oppdatering av ventetider på HelseNorge.no spesielt for fysisk helse.
Behov for bedre koordinering og tilrettelegging for bruk av 24/7, bl.a. NEWS – kritisk forbedringsområde.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/status per 31. des. 2020	Status/farge
---------	------------	------------	---------------------------------------	--------------

Metodikk for oppfølging av 24/7	Fagdir	2021	<ul style="list-style-type: none"> • Kvartalsvise prevalensmålinger. • NEWS – etablering av systematikk for opplæring og bruk av verktøyet, sak i ledermøte 09.02.2021. • Tilbyr oppfølgingsmøter på klinikk/avdelingsnivå med gjennomgang av resultater og forbedringsområder. Foreløpig gjennomført i Medisinsk klinikk og i Akuttmedisinsk avdeling. • Styrking av ressurser og kompetanse i kvalitetsavdelingen for varig oppfølging av 24/7 i 2021. • Årlig oppfølging av NOKUP-resultater (klassifisering og analyse av uønskede hendelser) – i påvente av bedre muligheter for statistikk og rapport i nytt avvikssystem. Jf LG-sak 056/2020. • Legemiddelsikkerhet vedtatt som prioritert område, med tilhørende handlingsplan, ref LG-sak 099/2020.
Systematikk for oppdatering av ventetider (HelseNorge.no)	Klinikkene – klinikk kontakter	2020	<p>BUK: Oppdateres månedlig, rapporteres i klinikkens ledergruppe 6 ganger pr år.</p> <p>MSK: Kun radiologi som det er aktuelt for. Vi rapporterer inn</p>

			<p>månedlig. Følges opp ved behov.</p> <p>KIR: Det er innført fast oppfølging av ventetider.</p> <p>Medisin: Skal oppdateres pr. mnd. – rapport hvert halvår internt</p> <p>MSK: Kun radiologi som det er aktuelt for. Det rapporteres inn månedlig. Følges opp ved behov.</p> <p>ABK: Ventelister oppdateres løpende og gjennomgås i månedlige Klinikkråd. Gjelder kun pasienter på smertepoliklinikk</p>	
Kvartalsvis oppfølging av utfordringsområder vedrørende kvalitet og pasientsikkerhet	Fagdir	2021	<ul style="list-style-type: none"> • Kvartalsvise prevalensmålinger med oppfølging • Etablering av fagråd for oppfølging av de årvisse resultatene for 30 dagers overlevelse og kreftoverlevelse. 	
10. Uønskede hendelser/ avvik og korrigerende tiltak				
<p>Konklusjon/ behov for endring:</p> <p>Oppfølging av meldekultur avvik og NPE saker (egen indikator)</p> <p>Behov for forbedring i avviksoppfølgingen (varig effekt av tiltak)</p>				
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/status per 31. des. 2020	Status/farge
Oppfølgingstiltak meldekultur avvik og NPE saker	Fagdir	2020/2021	<ul style="list-style-type: none"> • Årlig oppfølging av NOKUP-resultater (klassifisering og analyse av uønskede hendelser) – i påvente av bedre muligheter for statistikk og rapport i nytt avvikssystem. Jf LG-sak 056/2020. 	

			<ul style="list-style-type: none"> • Legemiddelsikkerhet vedtatt som prioritert område, med tilhørende handlingsplan, ref LG-sak 099/2020. • Kurstilbud avviksbehandling - nyansatte og på forespørsel til seksjoner. • Ny kvalitetsindikator NPE-saker 	
Opplæring/ støtte til avvikshåndtering/ forbedringsarbeid – implementering av nytt avvikssystem	Fagdir	2021/2022	Arbeidet er i rute. Undervisning gjennomført i flere seksjoner. Anskaffelse av nytt avvikssystem pågår.	
11. Interne revisjoner				
Konklusjon/ behov for endring: Behov for å etablere nødvendige implementerings og oppfølgingstiltak av interne revisjoner.				
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/status per 31. des. 2020	Status/farge
Kommunikasjon og dialog med klinikkene for oppfølging. Kvalitetsavdelingen deltar en gang per år i den enkelte klinikk KPU	Fagdir	2020/2021	Internrevisjon 2020 gjennomført elektronisk som følge av pandemien. Årsrapport internrevisjon 2020 med resultater og anbefalinger for læring og forbedring i og på tvers av klinikkene legges fram i ledermøte 26.01.2021. Som følge av pandemien er det ikke gjennomført egne møter med klinikkene.	
12. Eksterne revisjoner/eksterne tilsyn				
Konklusjon/ behov for endring: Sikre læring på tvers gjennom aktiv bruk av KPU. Sikre systemstøtte for oppfølging av tiltak i nytt forbedringssystem.				
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/status per 31. des. 2020	Status/farge

Eksterne tilsyn presenteres og rapporteres til KPU	Fagdir/Klinikkene	2020	Ingen aktuelle tilsyn i 2. halvår 2020. I tillegg rapporteres tilsyn og eksterne revisjoner tertialvis til ledergruppen, styret og HSØ.	
13. Hendelsesbaserte tilsyn/klagesaker				
Konklusjon/ behov for endring: Behov for styrket saksbehandlerkompetanse i organisasjonen.				
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/status per 31. des. 2020	Status/farge
Etablere og gjennomføre opplæringsprogram saksbehandling	Juridisk team/Fagdir.	2020/2021	Under planlegging. Fokus på å styrke saksbehandlerkompetanse avvik og klagesaker Sees i sammenheng med P 360 og nytt forbedringssystem.	
14. Uønskede hendelser/ avvik og korrigerende tiltak				
Konklusjon/ behov for endring: Endringer i eksterne og interne forhold som har betydning for styringssystemet, inkl. behov og forventninger hos interesseparter.				
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/status per 31. des. 2020	Status/farge
15. Samhandling med kommuner og fastleger				
Konklusjon/ behov for endring: Etablere praksiskoordinator i alle relevante klinikker.				
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/status per 31. des. 2020	Status/farge
Etablere Helsefellesskap	Fagdir	Utgangen av 2020	I rute. Innkalt til første møte i partnerskapet 22.01.2020.	
Vurdere behov for praksiskoordinator i den enkelte klinikk	Klinikker	2020	BUK: Vurdert, men ikke prioritert. Har flere gode arenaer for samhandling. KPR: har dette etablert. MED: Har 10% - fortsetter. KIR: Klinikken har vurdert praksiskoordinator og utlyst stilling, men har ingen søkere	

			MSK: Ikke aktuelt for klinikken ABK: Ikke vurdert å være relevant med egen praksiskoordinator	
16. Informasjonssikkerhet og personvern				
Konklusjon/ behov for endring: Det er et kontinuerlig arbeid å vedlikeholde, forbedre og implementere ledelsessystemet for informasjonssikkerhet og personvern for å sikre måloppnåelse og etterlevelse av lovkrav, ref. ledergruppesak 079/2020. Det har de siste årene vært betydelig fokus på forbedring. Arbeidet videreføres. De viktigste tiltakene som gis prioritet rettes inn mot ivaretagelse av systemeieres ansvar, meldekultur ved brudd på personopplysningssikkerheten, inkl. etterlevelse av meldeplikt til Datatilsynet egevaluering informasjonssikkerhet og personvern Lokale systemer koblet på nett – sikkerhetsrisiko (ref. SI HF).				
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/status per 31. des. 2020	Status/farge
1. Ivaretagelse av systemeiers ansvar. Det følges opp med * Oversikt sendes systemeiere for å verifisere eierskap, forvaltere og kritikalitet på løsningen. * Sjekkliste for systemeiere utarbeides som bestilt i ledergruppesak i juni * Systemeiere til løsninger med stort volum av personopplysninger gjennomgår sjekklisten for å identifisere gap og oppfølgingstiltak	Utv.dir/øk.dir	Q1-21	Oppdatert liste over systemeiere til ulike løsninger er ikke mottatt fra Sykehuspartener, til tross for purringer. TeH har heller ikke klart å fremskaffe oversikt. Utkast til sjekklister er påbegynt og vi tar for oss de 5 største systemene Q1.	
2. Meldekultur ved brudd på personopplysningssikkerheten inkl. etterlevelse av meldeplikt til Datatilsynet * Oppdatering av HELIKS ID 8563 Behandling av uønskede hendelser for å tydeliggjøre involvering av ISL og PVO	Systemeiere og linjeledelsen med støtte av informasjonssikkerhetsleder og personv.ombud	31/12-20	To hendelser meldt til Datatilsynet i 2H-20. Flere saker i tillegg vurdert. HELIKS ID er ikke oppdatert.	
3. For å identifisere gap og prioritere videre forbedringstiltak vil informasjonssikkerhetsleder og personvernombud gjennomføre egevaluering informasjonssikkerhet og personvern som presenteres for ledelsen	Utv.dir/øk.dir	31/12-20	Arbeidet er påbegynt. Det siktes mot presentasjon i ledergruppen i løpet av Q1.	

Kartlegge risiko og foreslå tiltak knyttet til lokale applikasjoner koblet på nett.	Utv.dir	31/12-20	STHF har ingen internetteksperte	
17.1. Oppfølgingstiltak etter tidligere LGG miljø				
<p>Konklusjon/ behov for endring: De fleste tiltak fra LGG miljø 2019 er fulgt opp og gjennomført. Det er god kontroll på restansene som videreføres som tiltak for oppfølging i 2020 Det foreslås å videreføre etablert system for oppfølging etter LGG.</p>				
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/status per 31. des. 2020	Status/farge
Etablere rapportering på mål og sentrale tiltak innen miljø til årsrapport og til neste års til LGG (fra 2019)	Miljøkoordinator	2020	Utsatt arbeid pga. Corona – dette vil gjennomgås våren 2021 i forbindelse med kartleggingsrunde miljøsystem.	
Avklare behov for måling og overvåking av miljøaspekter i årlig kartlegging av miljøaspekter. (fra 2019)	Miljøkoordinator med fagansvarlige	2020	Utsatt arbeid pga. Corona – dette vil gjennomgås våren 2021 i forbindelse med kartleggingsrunde miljøsystem.	
Informasjon om miljøarbeidet internt og eksternt bidrar til holdningsskapende arbeid.(Pulsen, Facebook, ledermøter) (fra 2018)	Kom.sjef/ miljøkoordinator	2020/2021	Utsatt pga. Corona – planlegges gjennomført våren 2021.	
17.2. Endrede forutsetninger som angår virksomhetens miljøaspekter				
<p>Konklusjon/ behov for endring annet: Kontekstvurdering er oppdatert for 2020, gir oversikt over krav til sykehusets miljøarbeid. Økt samhandling om miljøarbeidet og utarbeidelse av felles Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten for RHF'ene gjør at lokale mål og tiltak i større grad bør tilpasses felles krav og føringer for spesialisthelsetjenesten. Vurdering av miljøaspektene i et livsløpsperspektiv gir økt fokus både på direkte og indirekte påvirkning på miljøprestasjonene. Kontekstvurderingen vil inngå som et grunnlag i årets miljøkartlegging og samsvarsvurdering med fagansvarlige som er planlagt gjennomført i Q3. Arbeid med felles rammeverk for miljøarbeid i spesialisthelsetjenesten vil påvirke utvikling av miljøsystemet og gi økt fokus til nasjonale mål og FNs bærekraftsmål.</p>				
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/status per 31. des. 2020	Status/farge
Miljøsystemet videreutvikles i samsvar med kontekstvurdering	Miljøkoordinator med ledelsen	2020/2021	Mål og tiltak er oppdatert og	

og krav og føringer i nasjonalt rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten.			gjennomgått med ansvarlige for de ulike miljømålene med grunnlag bl.a. i kontekstanalyse og nasjonale krav.	
17.3. Miljømål, halvårsstatus				
Konklusjon/ behov for endring: God oppslutning og god måloppnåelse i 2019. Mål er fulgt opp i fagmiljøene gjennom året og presentert for ledelse og styre i årsrapport HMS. Målområder for 2020 har utgangspunkt i FNs bærekraftsmål og har mer fokus på innkjøp og forbruk men vil fortsatt ivareta oppfølging innen alle vesentlige miljøaspekter.				
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/status per 31. des. 2020	Status/farge
Ingen tiltak ble vedtatt.				
17.4. Organisasjonens miljøprestasjoner inkludert trender				
Konklusjon/ behov for endring: Det registreres lite avvik innen ytre miljø. Lite system-støtte for kategorisering og oversikt er en utfordring. Det er i 2020 igangsatt prosjekt for anskaffelse av nytt forbedringssystem som i større grad vil ivareta behov for kategorisering og rapportering på avvik innen ytre miljø. Det gjennomføres måling og overvåking på aktuelle miljøområder der ansvar er lagt til linjeledelsen. Måling og overvåking kan i større grad følges opp i årlig miljøkartlegging for å avdekke behov for oppfølging. Miljøindikatorer og mål for prestasjoner viser positiv utvikling i sykehusets forbedringsarbeid innen miljø.				
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/status per 31. des. 2020	Status/farge
Avklare behov for måling og overvåking av miljøaspekter i årlig kartlegging av miljøaspekter.	Miljøkoordinator med fagansvarlige	Miljø-kartlegging 2020	Utsatt arbeid pga. Corona – dette vil gjennomgås våren 2021 i forbindelse med kartleggingsrunde miljøsystem.	
17.5. Henvendelse fra eksterne berørte parter				
Konklusjon/ behov for endring: Det er ikke kommet inn relevante henvendelser fra berørte parter angående miljøsystemet det siste året som vi kjenner til. Det synes å være bevissthet rundt eksterne klager og henvendelser som gjelder ytre miljø. Utfordring: Gjenkjenne, registrere og følge opp henvendelser vedr. ytre miljø i sak/arkiv system.				
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/status per 31. des. 2020	Status/farge
Ingen tiltak ble vedtatt				

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

Konklusjon/ behov for endring annet:

Er miljøpolitikk og miljømål fremdeles aktuelle?

Er informasjon og opplæringsaktiviteter tilstrekkelige?

Er det tilstrekkelige ressurser?

Er miljøstyringssystemet:

- *Velegnet - er styringssystemet tilpasset virksomheten og i stand til å ivareta endringer?*
- *Tilstrekkelig - har vi nødvendig styring og kontroll, og dekker systemet relevante krav?*
- *Virkningsfullt - bidrar systemet til at vi når målene?*
- *Tilstrekkelig integrert i virksomhetsstyringen?*

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

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/status per 31. des. 2020	Status/farge
Informasjonskampanjer innen miljøtema	Miljøkoordinator med fagansvarlige	2020/2021	Utsatt pga Corona – planlegges gjennomført våren 2021.	Yellow
Innføre e-læringskurs eco online (til ansvarlige)	Miljøkoordinator med HR	2020	Innført for alle som har hatt opplæring høsten 2020, settes mer i system ila 2021.	Green

Vedlegg:

- Virksomhetsrapport per desember 2020

Virksomhetsrapport

Desember - 2020

Innhold

1. Hovedmål

2. Pasient

3. Bemanning

4. Aktivitet

5. Kvalitetsindikatorer

6. Økonomi

7. Klinikker

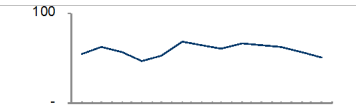



Oppsummering

desember 2020

Sykehuset Telemark HF	Faktisk Hiå	Budsjett Hiå	Avvik Hiå	Hiå 2019	Årsbudsjett	Årsestimat	Avvik
Kvalitet per måned							
Ventetid påstartet, denne periode	50			54			
Ventetid ventende, denne periode	63			64			
Antall fristbrudd påstartet, denne periode	21			62		0	
Antall fristbrudd venter, denne periode	56			70		0	
Aktivitet							
ISF-poeng somatikk							
"Sørge for" (døgn, dag og polkl.)	40 093	43 893	-3 800	43 034	43 893	40 093	-3 800
Legemidler	3 232	2 800	432	3 075	2 800	3 232	432
Totalt antall ISF poeng "sørge for"	43 325	46 693	-3 368	46 108	46 693	43 325	-3 368
Utført eget HF/Sykehus	39 931	43 743	-3 812	42 891	43 743	39 931	-3 812
ISF-poeng Psyk	-	-	-	-	-	-	-
Voksenpsykiatri og TSB	8 087	9 140	-1 053	8 780	9 140	8 087	-1 053
Barne- og ungdomspsykiatri	9 820	10 100	-280	9 697	10 100	9 820	-280
Polikliniske konsultasjoner	-	-	-	-	-	-	-
Somatikk	167 930	178 333	-10 403	168 047	178 333	167 930	-10 403
VOP	45 102	52 950	-7 848	49 840	52 950	45 102	-7 848
BUP	31 659	30 550	1 109	28 760	30 550	31 659	1 109
TSB	11 812	11 900	-88	11 197	11 900	11 812	-88
Bemanning							
Brutto månedsværk	3 057	2 954	-103	2 991	2 954	3 057	-103
Innleie helsepersonell	23 157	13 760	-9 397	28 019	13 760	23 157	-9 397
Lønn til fast ansatte	1 884 915	1 872 025	-12 890	1 800 649	1 872 025	1 884 915	-12 890
Overtid og ekstrahjelp	117 153	88 332	-28 821	102 845	88 332	117 153	-28 821
Sykefravær (forrige måned)	7,60	-	-	6,90	-	-	-
Økonomi (hele tusen)							
Driftsinntekter	4 039 477	4 082 555	-43 078	4 029 299	4 082 555	4 039 477	-43 078
Driftskostnader	4 015 604	4 069 171	-53 567	4 003 939	4 069 171	4 015 604	-53 567
Netto finansresultat	11 774	16 616	-4 841	17 473	16 616	11 774	-4 841
Pensjon	-0	-	-0	-	-	-	-
Årsresultat	35 647	30 000	5 647	42 833	30 000	35 647	5 647

Confidential, Pedersen, Tone 02/12/2021 12:43:33

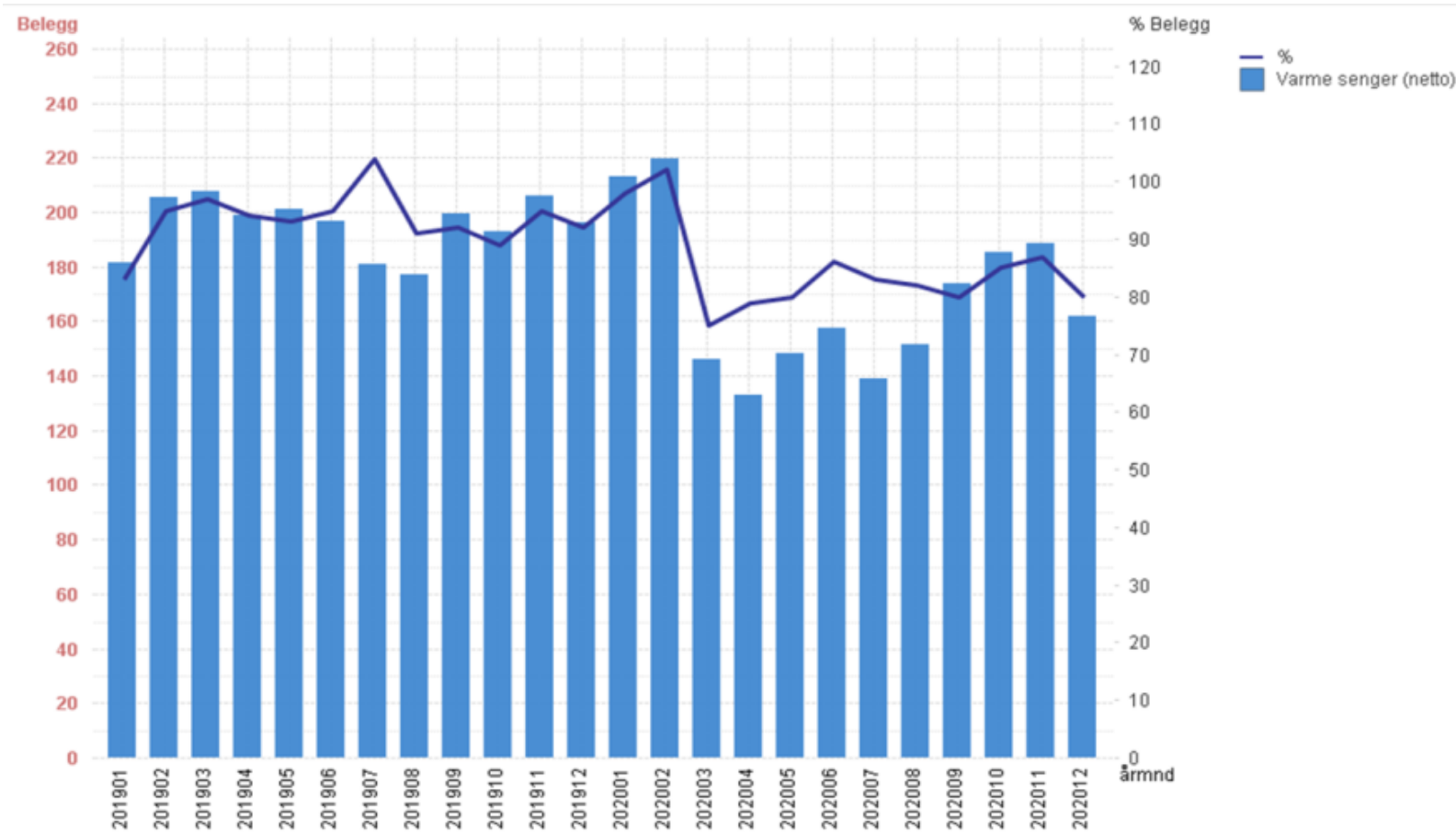
Regionale hovedmål

Hovedmål	Mål 2020	Utvikling siste	Status	Resultat	Resultat
		12 mnd	2018	2019	des. 20
Gjennomsnitt ventetid somatikk redusert til 60 dager. Ordinært avviklede pasienter.	50		55	55	51
Pasienten opplever ikke fristbrudd (påstartet)	Antall brudd		34	62	21
	Andel av med frist		1,3 %	2,2 %	0,8 %
Pasienten får bekreftelse og tidspunkt for behandling i samme brev	100%		78 %	84 %	85 %
Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer	Årsresultat		8,9 mill	42,8 mill	35,6 mill
	Budsjettavvik		-21,1 mill	12,8 mill	5,6 mill
Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3%	3%	Siste måling november 2020	3,8 %	3,4 %	2,4 %
Alle medarbeider involveres i oppfølging av medarbeider-undersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet	100%	Siste måling vår 2020	86 %	86 %	83 %
Korridorpasienter	0 %		0,7 %	1,5 %	1,0 %

Prioriteringsregelen - status hittil i år	Antall dager		% endring hittil i år 2019-2020					
Desember 2020	Ventetider påstartet		Ventetider påstartet		Polikliniske konsultasjoner		Kostnader per 1. tertial	
	Hiå '20	Hiå '19	Somatikk	Psykiatri/TSB	Somatikk	Psykiatri/TSB	Somatikk	Psykiatri/TSB
STHF	58	57					3,0 %	
SOMATIKK	60	58	4 %		0 %		3,3 %	
BUP	35	40		-11 %		10 %		7,3 %
VOP	29	36		-18 %		-10 %		1,8 %
TSB	27	30		-8 %		5 %		2,3 %
Endring pr klinikk	0	0						
(01) Kirurgisk klinikk	71	68	4 %		-3 %			
(02) Medisinsk klinikk	45	45	0 %		4 %			
(03) Barne- og ungdomsklinikken, somatikk	48	42	13 %		8 %			
(303) Avdeling for barn og unges psykiske helse	35	40		-11 %		10 %		
(06) Akutt og beredskap	77	78	-2 %		-4 %			
(07) Medisinsk Serviceklinikk	62	46	33 %		-18 %			
(09) Klinikk for psykisk helsevern, VOP	29	36		-18 %		-10 %		
(09) Klinikk for psykisk helsevern, TSB	27	30		-8 %		5 %		
(13) Service og systemledelse					24 %			
(15) Administrasjon								

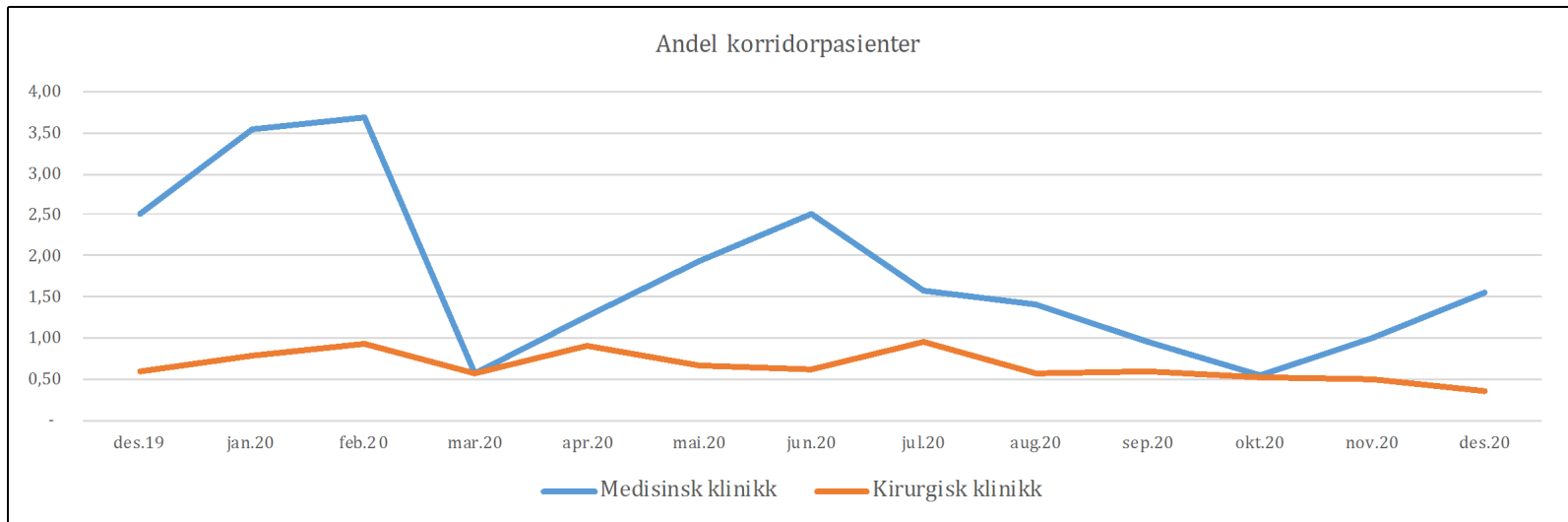
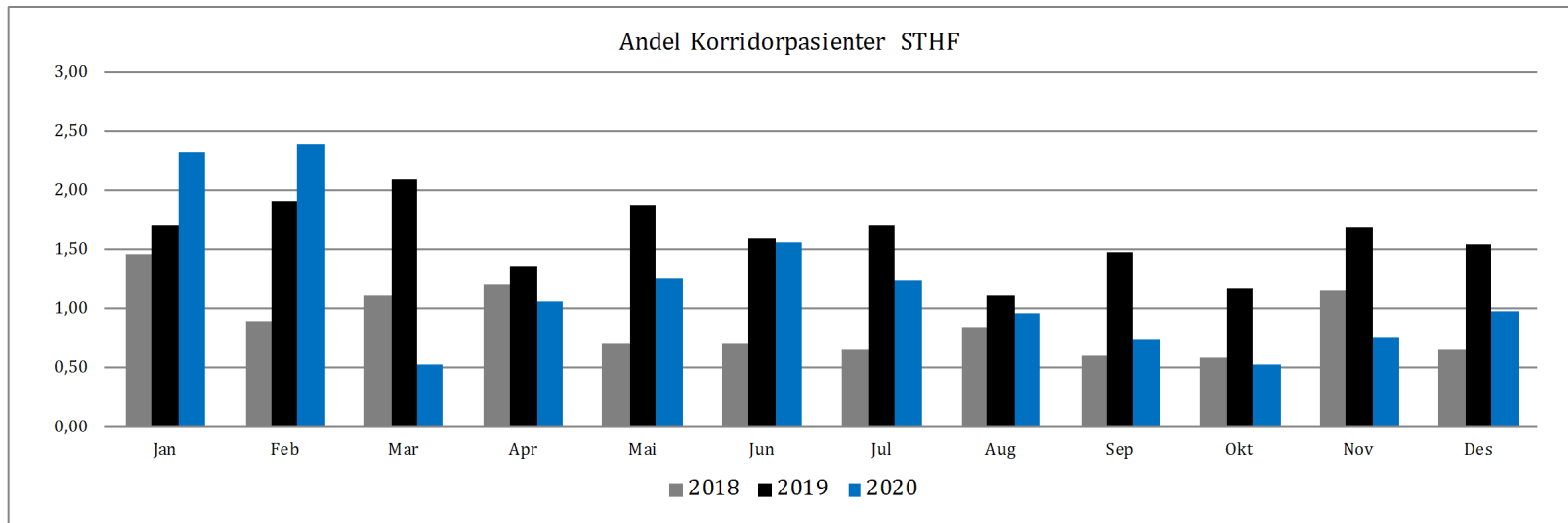
Fotnote: Påstartet = Avviklet

Fotnote: Kravet for ventetid avviklet er: VOP lavere enn 40, BUP lavere enn 37 og TSB lavere enn 30. Kravet for ventetiden samlet på STHF er 54 dager.



Senger i bruk for somatiske sengeposter.
Tekniske poster utelatt.

Korridorpasienter

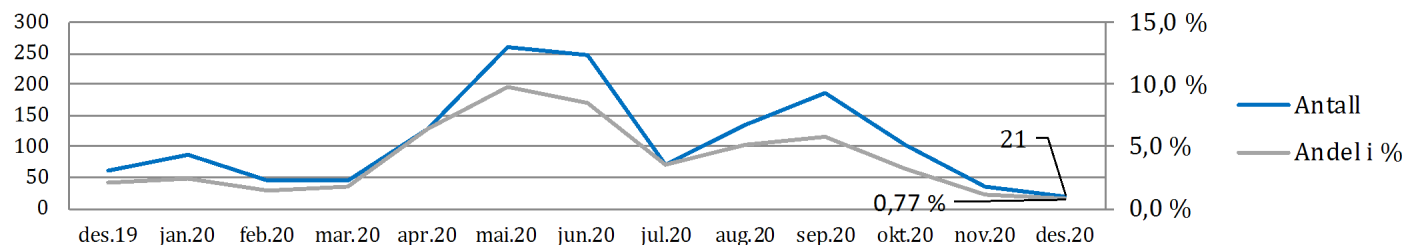


Pasient

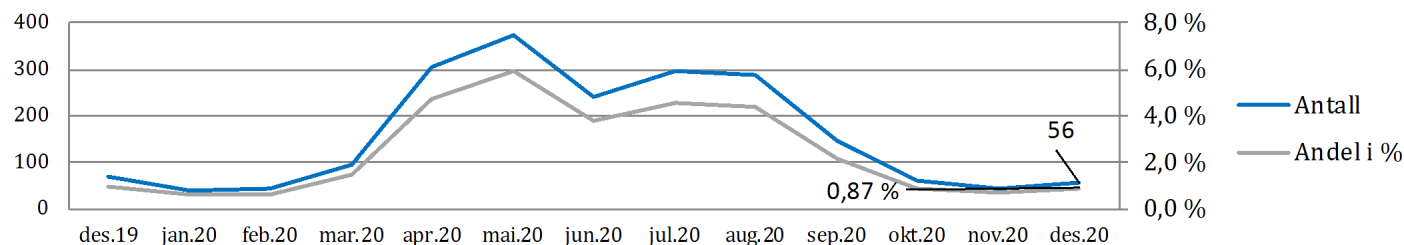
Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

Utvikling over tid for aktivitet i hele STHF alle omsorgsnivåer

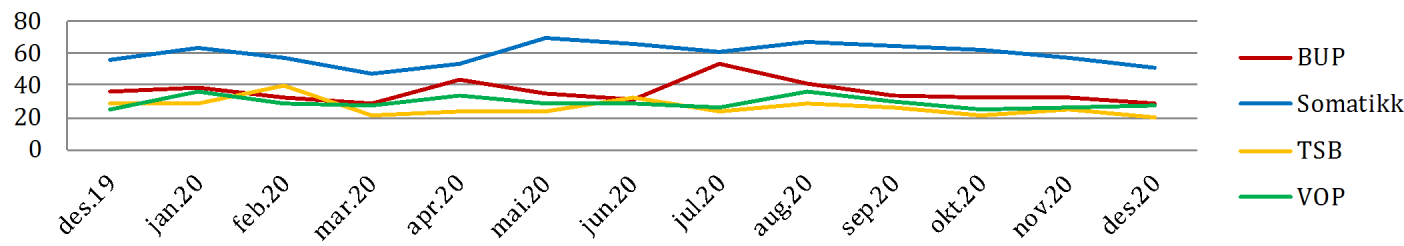
1. Antall/andel fristbrudd påstartet STHF.



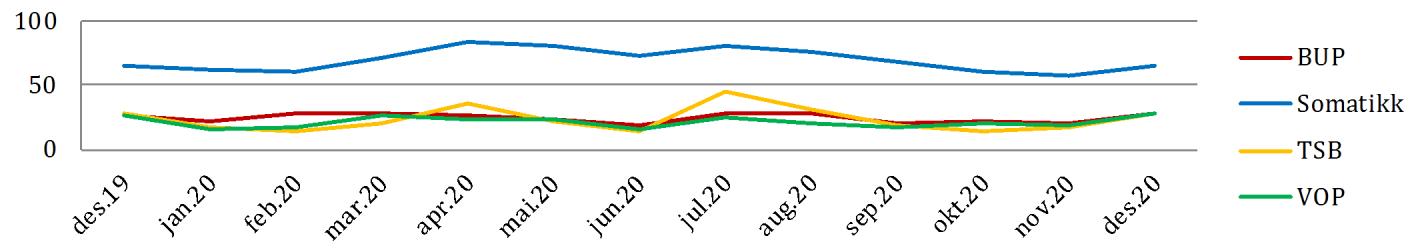
2. Antall/andel fristbrudd ventende STHF.



3. Gjennomsnittlig ventetid påstartet STHF



4. Gjennomsnittlig ventetid ventende STHF.

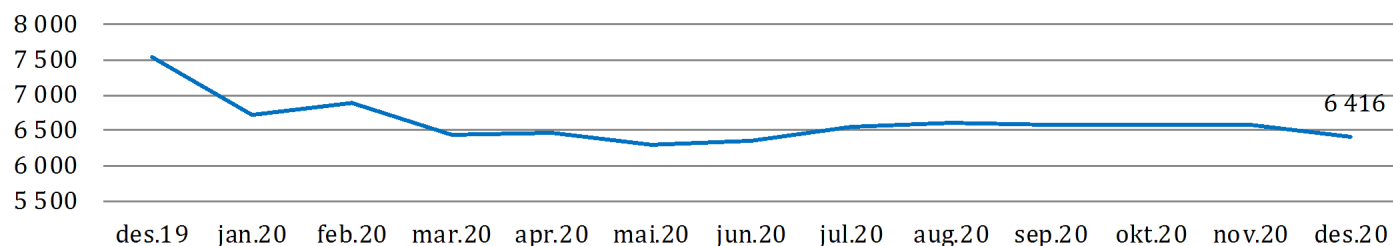


Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

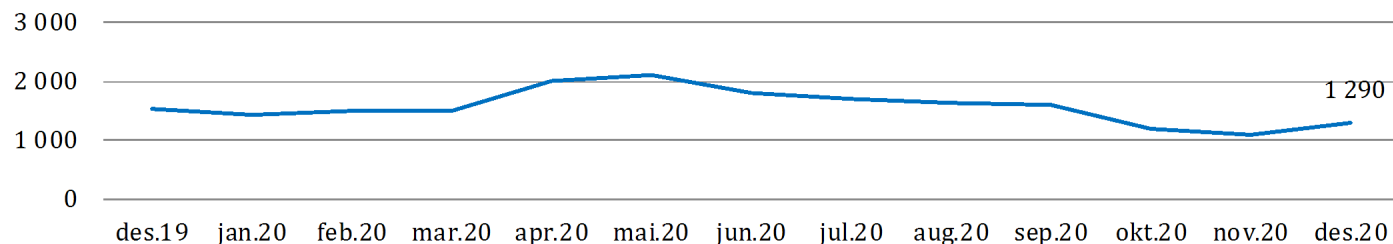
Paul Husmo, husp@sthf.no tlf:35 08 03 02

Utvikling over tid for aktivitet i hele STHF alle omsorgsnivåer

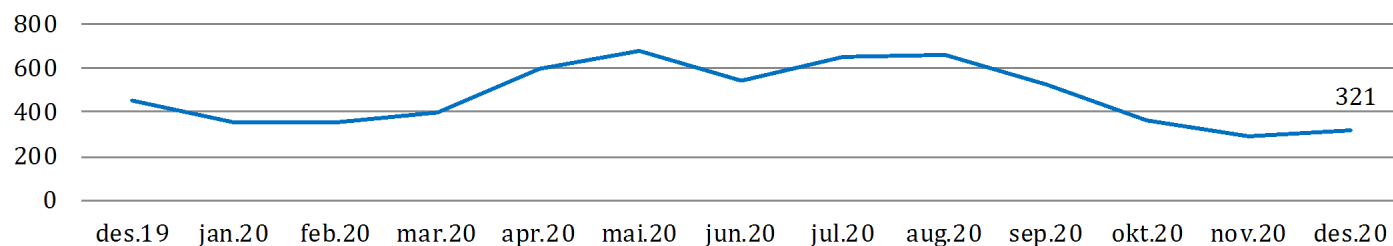
5. Antall som venter på STHF.



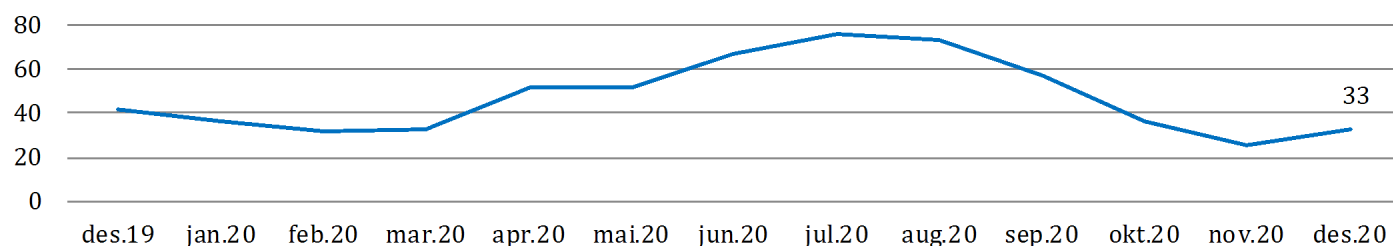
6. Antall ventende som har ventet mer enn 3 måneder STHF.



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



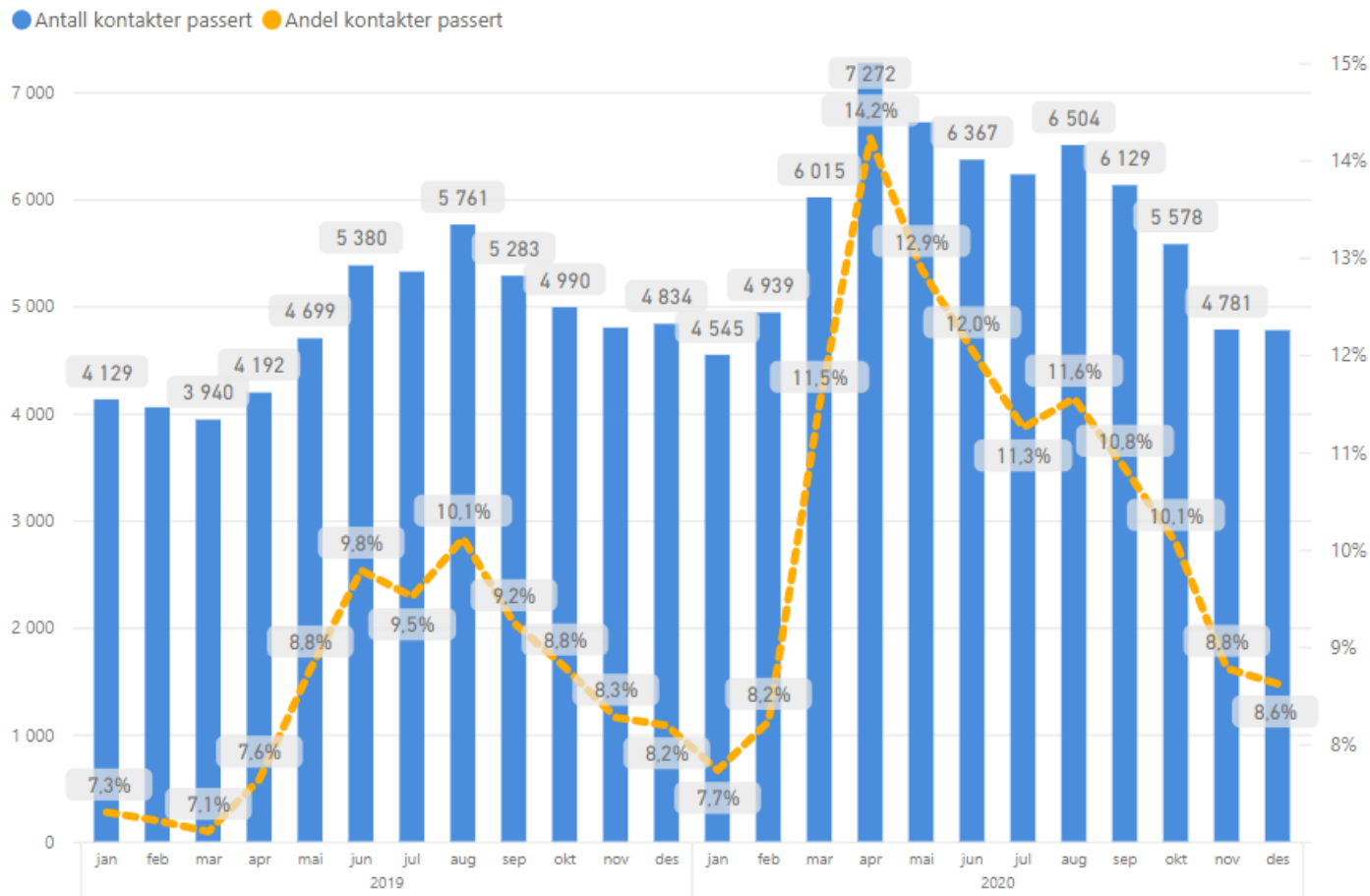
8. Antall ventende som har ventet mer enn et år STHF.



Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

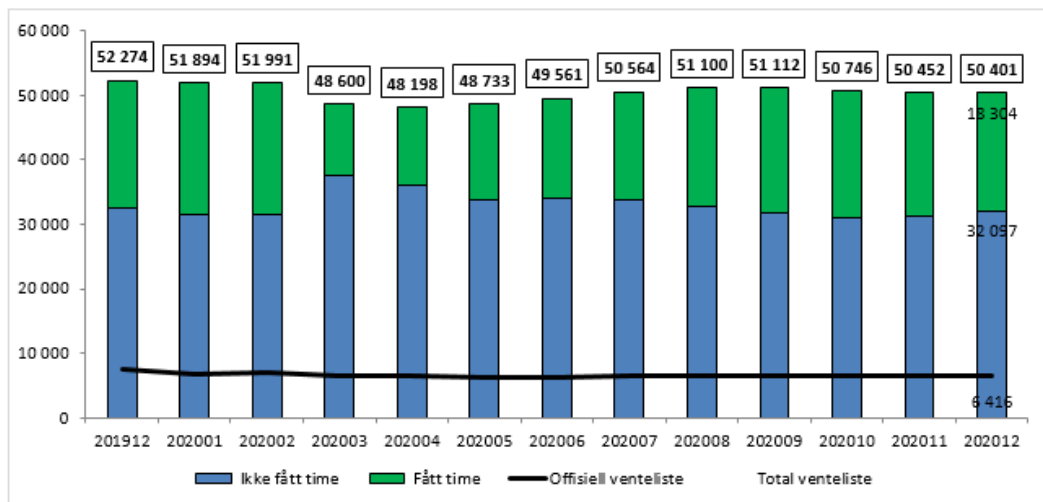
Paul Husmo, husp@sthf.no tlf:35 08 03 02

Utvikling «Passert planlagt tid»



Sammenligning pr desember

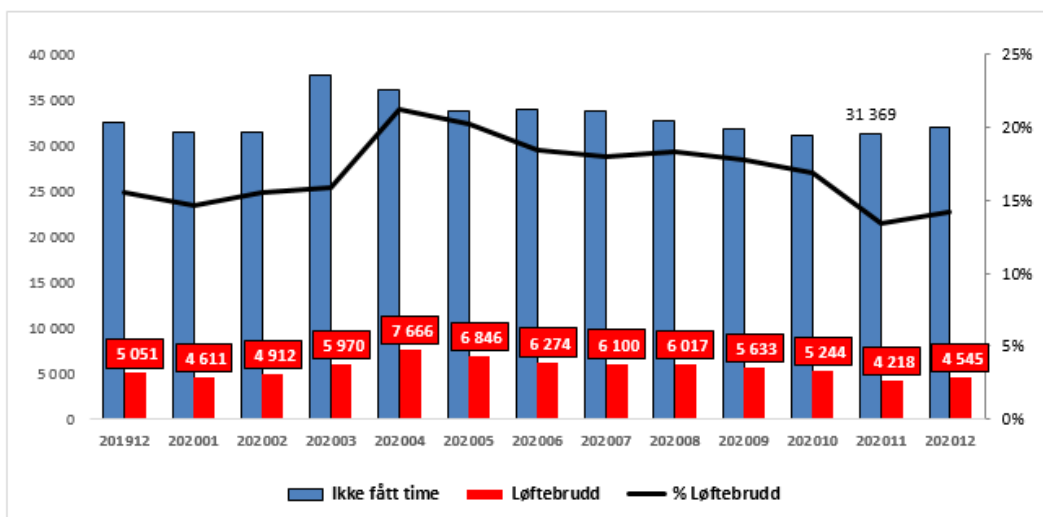
Helseforetaksnavn	Antall planlagte kontakter	Kontakter ikke passert planlagt tid	Kontakter med passert planlagt tid	Andel passert planlagt tid
▲				
Akershus Universitetssykehus	157 258	139 448	17 810	11,3 %
Oslo Universitetssykehus	245 343	229 443	15 900	6,5 %
Sykehuset Innlandet	108 080	100 695	7 385	6,8 %
Sykehuset i Vestfold	94 249	84 110	10 139	10,8 %
Sørlandet Sykehus	114 585	105 118	9 467	8,3 %
Sykehuset Telemark	55 389	50 615	4 774	8,6 %
Sykehuset Østfold	110 030	95 968	14 062	12,8 %
Vestre Viken	157 163	143 430	13 733	8,7 %
Sunnaas Sykehus	4 179	3 717	462	11,1 %
Diakonhjemmet Sykehus	34 497	29 318	5 179	15,0 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	35 929	33 817	2 112	5,9 %
Betanien Hospital	10 170	8 190	1 980	19,5 %
Martina Hansen Hospital	15 152	13 732	1 420	9,4 %
Revmatismesykehuset Lillehammer	5 199	4 202	997	19,2 %
Totalt	1 147 223	1 041 803	105 420	9,2 %



Utvikling i total venteliste

I desember er den totale ventelisten er på 50401 pasienter. Den offisielle ventelisten er på 6416 pasienter.

Den totale ventelisten fordeler seg på 18304 pasienter som har fått time, og 32097 pasienter som ikke har fått time.



Pasienter som venter på timeinnkalling

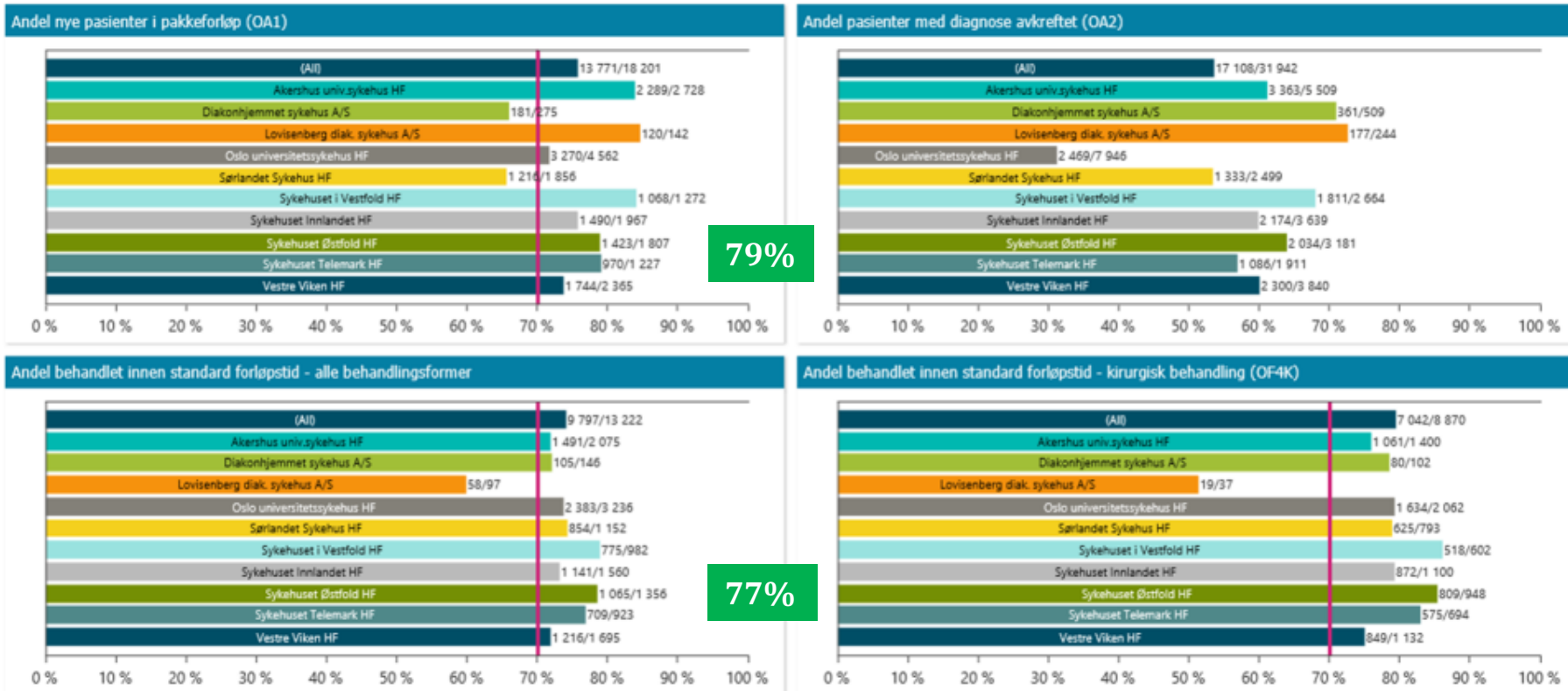
Av de som venter og ikke har fått timeinnkalling (32097), har 4545 pasienter passert tentativ dato for oppmøte (Løftebrudd). Dette utgjør 14,2 % av pasientene.

Offisiell venteliste= nyhenviste (antall henvisninger der helsehjelp ikke er påbegynt)

Totalt venteliste = antall avtalte pasientkontakter (både tildelte timer og ikke tildelte timer)

Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

Pakkeforløp kreft (hiå) er på samme nivå som forrige måned



Kilde: NPR

Periode: jan-20 til des-20

Oppdaterte tall finnes på:

<https://statistikk.helsedirektoratet.no>

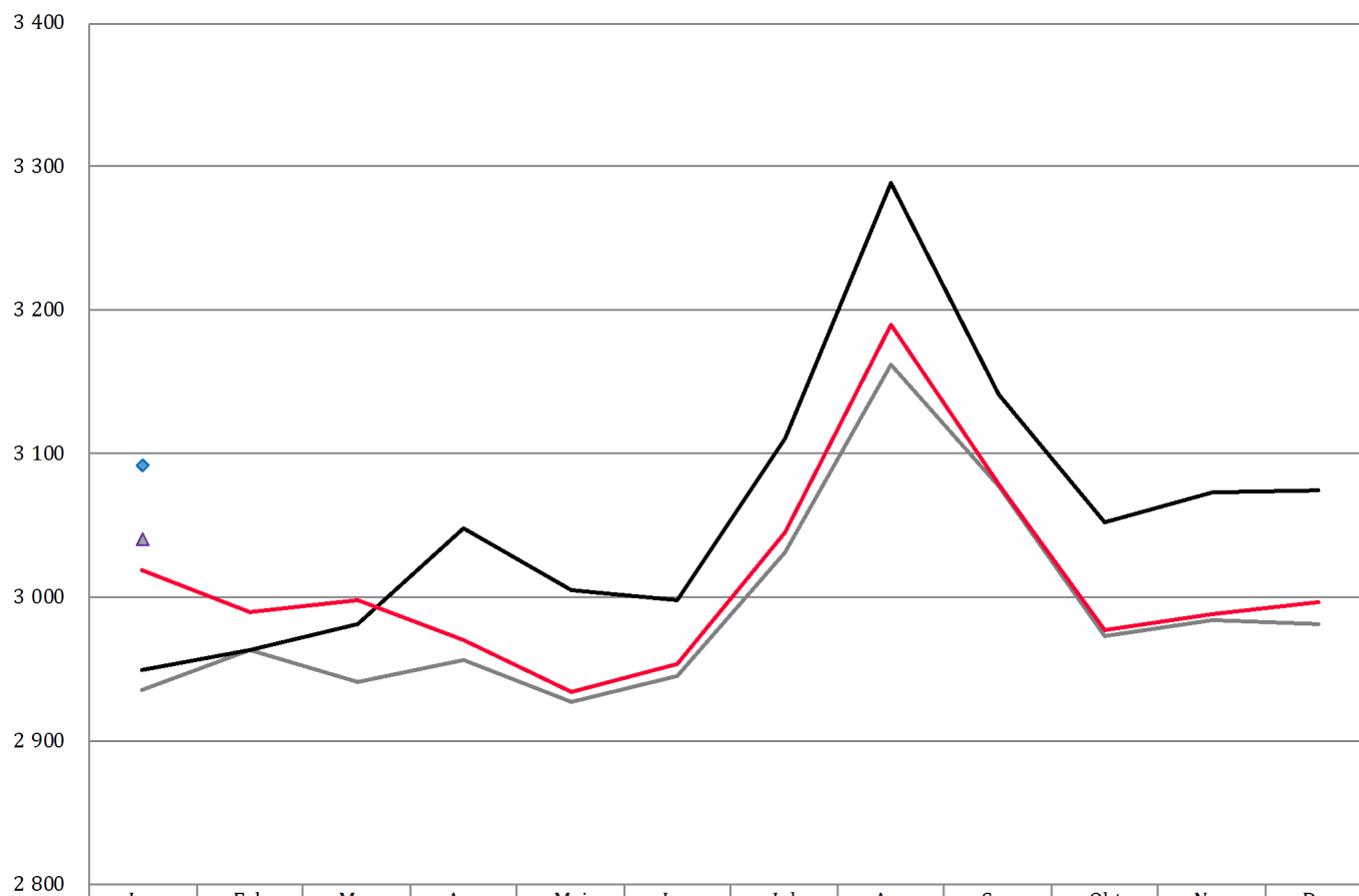
Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

Gode resultater for de fleste pakkeforløp i desember

ÅRmnd	2020-12			Total			
	Pakkeforløp	Antall	Herav innen std forløpstid	% Innen std forløpstid	Antall	Herav innen std forløpstid	% Innen std forløpstid
Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi	-	-	-		3	3	100 %
Blærekreft	3	3	100 %	63	59	94 %	
Brystkreft	8	7	88 %	89	69	78 %	
Bukspyttkjertelkreft	2	1	50 %	8	4	50 %	
Eggstokkreft (ovarial)	-	-	-	9	7	78 %	
Føflekkreft (føflekkreft er mer enn bare i hud)	13	13	100 %	310	297	96 %	
Kreft hos barn	1	1	100 %	1	1	100 %	
Kreft i spiserør og magesekk	-	-	-	6	4	67 %	
Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)	-	-	-	1	1	100 %	
Livmorhalskreft (cervix)	3	2	67 %	10	9	90 %	
Livmorkreft (endometrie)	1	1	100 %	21	16	76 %	
Lungekreft	12	8	67 %	90	48	53 %	
Lymfomer	2	-	0 %	19	3	16 %	
Myelomatose	-	-	-	4	3	75 %	
Nevroendokrine svulster	-	-	-	1	1	100 %	
Nyrekreft	5	4	80 %	38	24	63 %	
Peniskreft	1	1	100 %	2	2	100 %	
Primær leverkreft (HCC)	-	-	-	4	-	0 %	
Prostatakreft	14	13	93 %	118	76	64 %	
Skjoldbruskkjertelkreft	2	1	50 %	5	3	60 %	
Testikkelkreft	-	-	-	3	1	33 %	
Tykk og endetarmskreft	9	8	89 %	111	75	68 %	
Total	76	63	83 %	916	706	77 %	

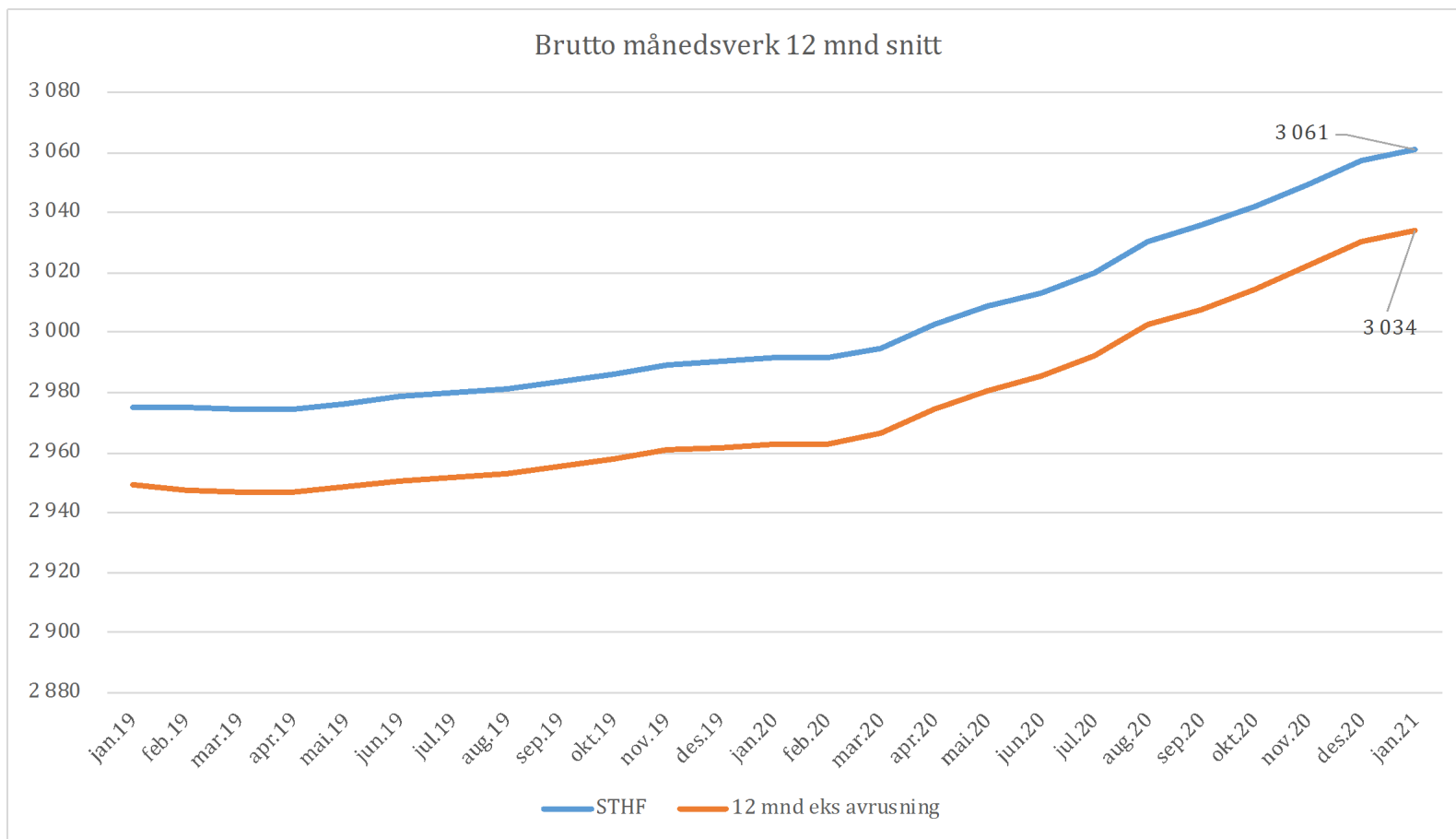
Bemanning

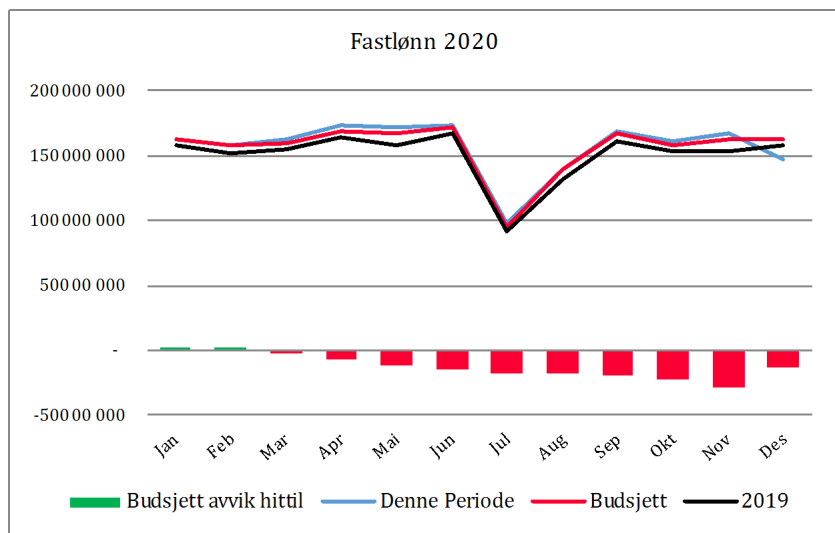
Brutto månedsverk



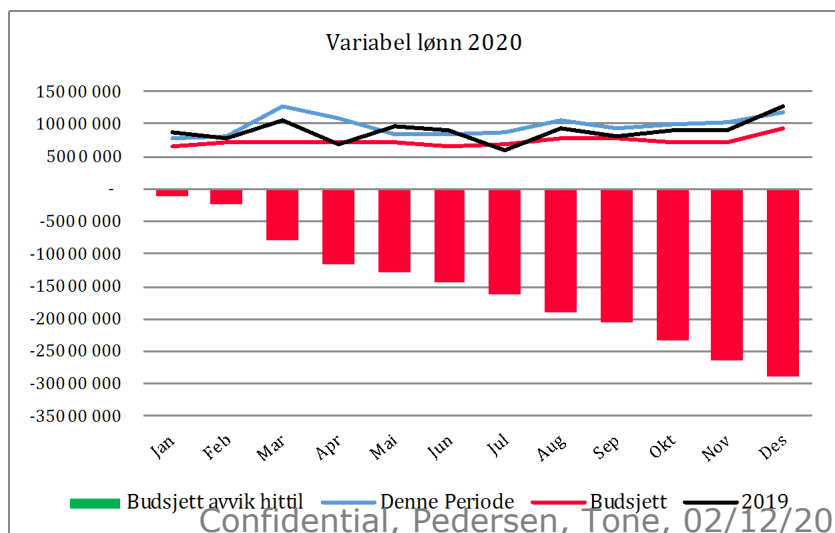
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Faktisk 2019	2936	2963	2941	2957	2928	2946	3032	3163	3077	2973	2984	2982
Faktisk 2020	2950	2964	2982	3048	3005	2999	3111	3288	3141	3052	3073	3075
Faktisk 2021	3093											
STHF budsjett 2021	3020	2990	2999	2970	2934	2954	3045	3190	3079	2978	2989	2998
Faktisk 2021 uten Covid-19	3040											

Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

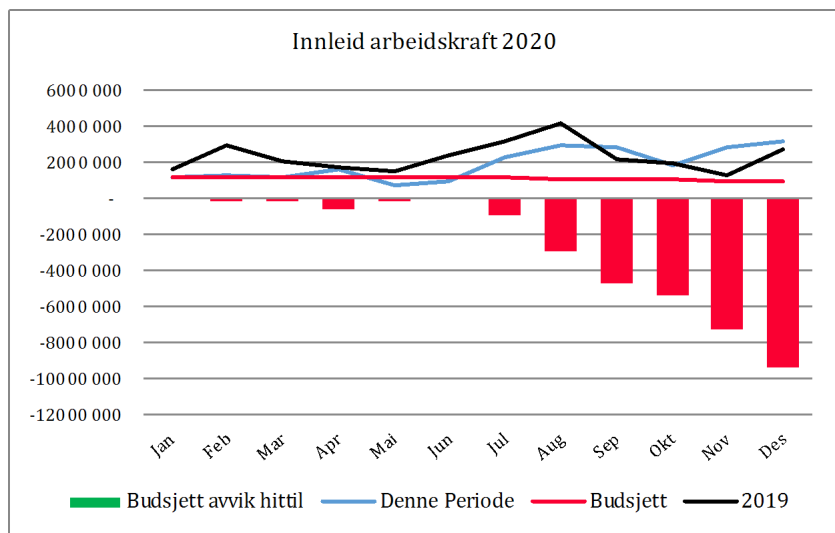




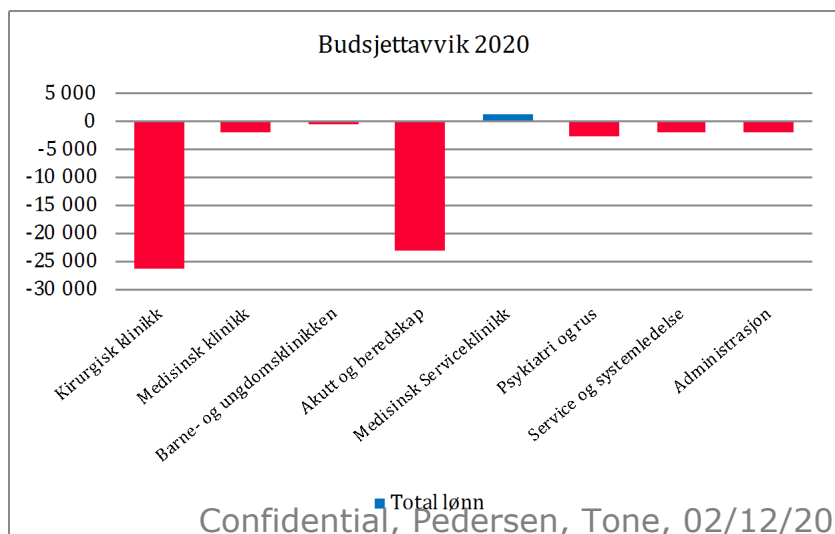
202012 Tall i 1000 NOK	Fastlønn hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
STHF totalt	1884 915	1872 025	-12 890	-1 %
Kirurgisk klinikk	297 739	279 513	-18 226	-7 %
Medisinsk klinikk	380 280	371 846	-8 434	-2 %
Barne- og ungdomsklinikke	144 841	144 680	- 161	0 %
Akutt og beredskap	287 780	274 010	-13 770	-5 %
Medisinsk Serviceklinikk	180 642	183 670	3 028	2 %
Psykatri og rus	346 270	347 743	1 473	0 %
Service og systemledelse	146 454	144 738	-1 716	-1 %
Felles - øvrig	20 956	40 864	19 908	49 %
Administrasjon	79 952	84 960	5 008	6 %



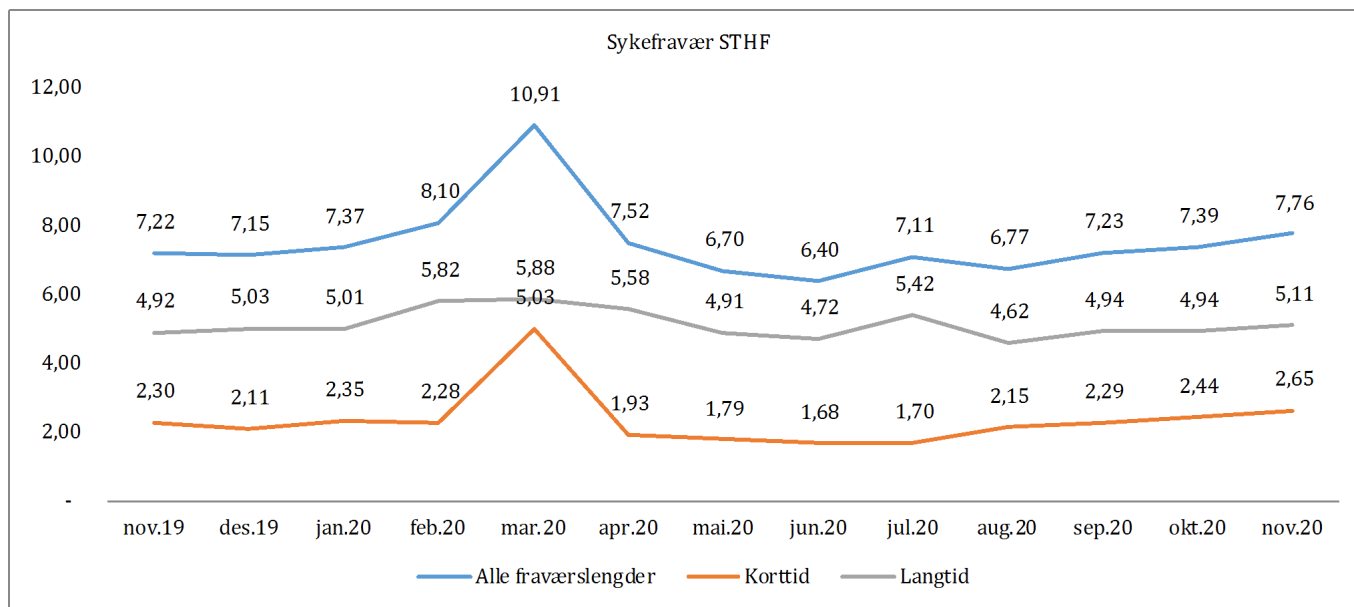
202012 Tall i 1000 NOK	Variabellønn hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	117 153	88 332	-28 821	-33 %
Kirurgisk klinikk	24 179	17 263	-6 915	-40 %
Medisinsk klinikk	25 645	18 699	-6 945	-37 %
Barne- og ungdomsklinikke	6 467	2 585	-3 882	-150 %
Akutt og beredskap	24 012	13 048	-10 965	-84 %
Medisinsk Serviceklinikk	12 224	5 759	-6 464	-112 %
Psykatri og rus	13 441	6 639	-6 802	-102 %
Service og systemledelse	7 602	3 167	-4 435	-140 %
Felles - øvrig	0	20 887	20 887	100 %
Administrasjon	3 582	283	-3 299	-1166 %



202012 Tall i 1000 NOK	Innleid arbeidskraft hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
STHF totalt	23 157	13 760	-9 397	-68 %
Kirurgisk klinikk	572	1 228	656	53 %
Medisinsk klinikk	119	0	- 119	0 %
Barne- og ungdomsklinikke	3 876	234	-3 642	-1554 %
Akutt og beredskap	3 742	2 209	-1 533	-69 %
Medisinsk Serviceklinikk	5 423	3 465	-1 958	-57 %
Psykiatri og rus	9 425	6 623	-2 801	-42 %
Service og systemledelse	0	0	0	0 %
Felles - øvrig	0	0	0	0 %
Administrasjon	0	0	0	0 %

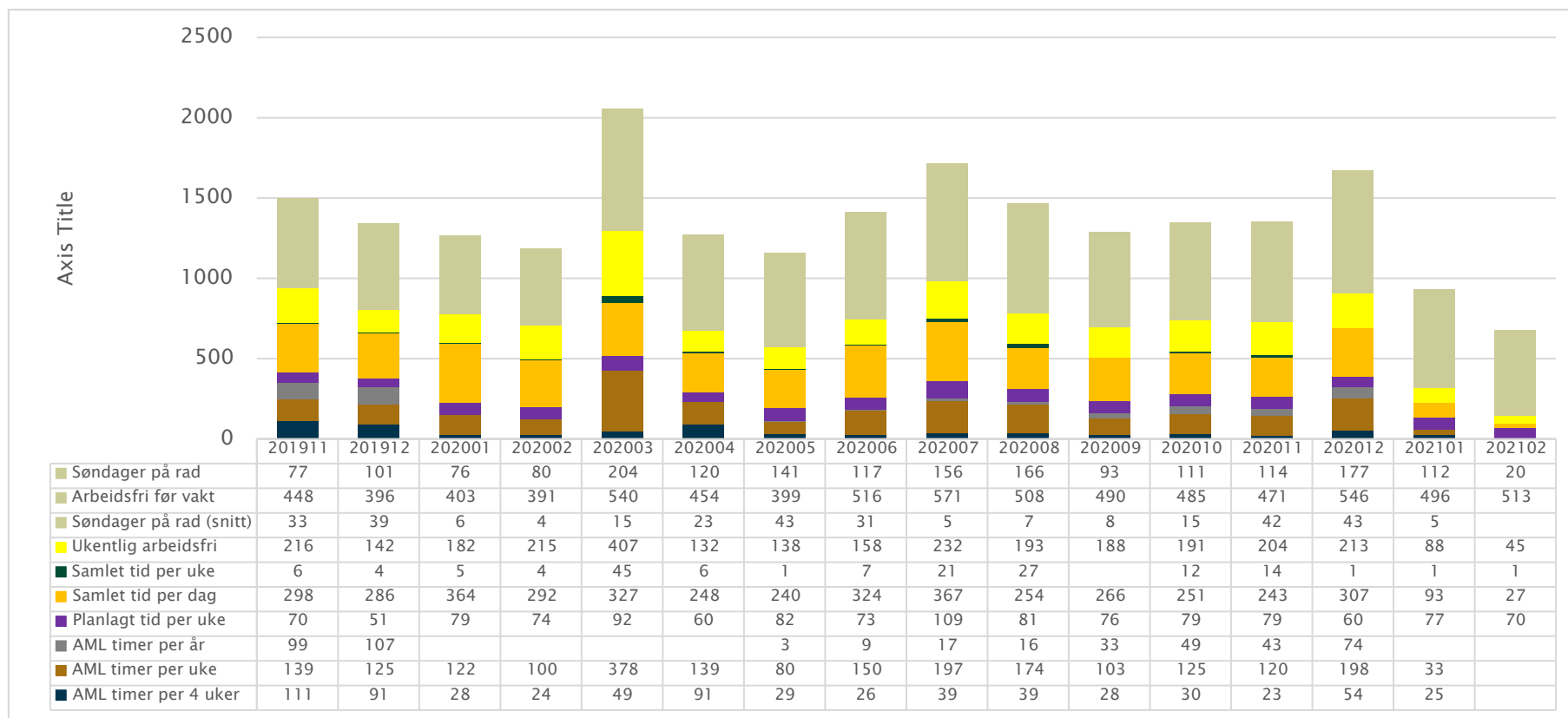


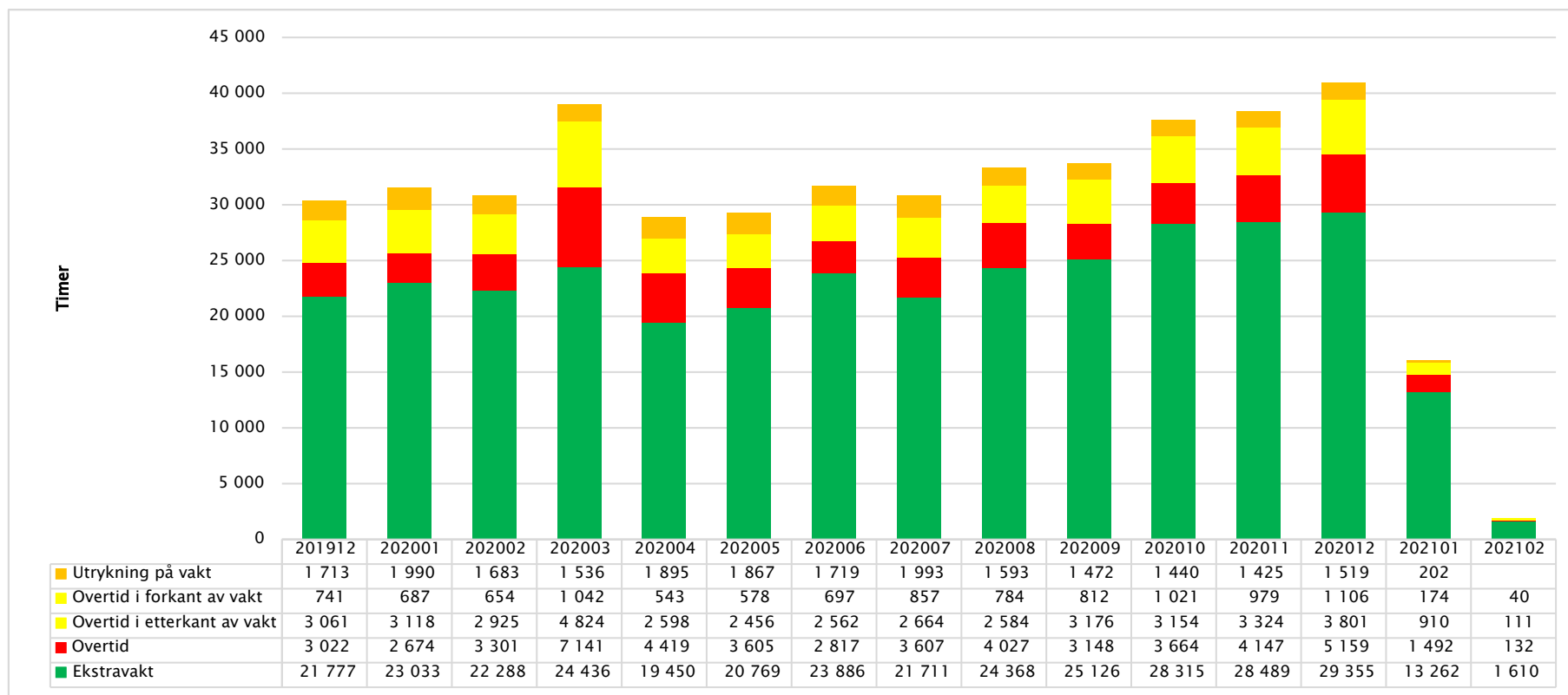
202012 Tall i 1000 NOK	Total lønn			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	2411 775	2512 205	100 431	-4 %
Kirurgisk klinikk	416 863	390 586	-26 278	7 %
Medisinsk klinikk	515 601	513 531	-2 070	0 %
Barne- og ungdomsklinikke	199 330	199 170	- 161	0 %
Akutt og beredskap	400 641	377 465	-23 176	6 %
Medisinsk Serviceklinikk	255 071	256 387	1 316	-1 %
Psykiatri og rus	474 131	471 668	-2 463	1 %
Service og systemledelse	194 349	192 434	-1 915	1 %
Administrasjon	117 567	115 814	-1 753	2 %
Felles - øvrig	-161 780	-4 850	156 930	3236 %



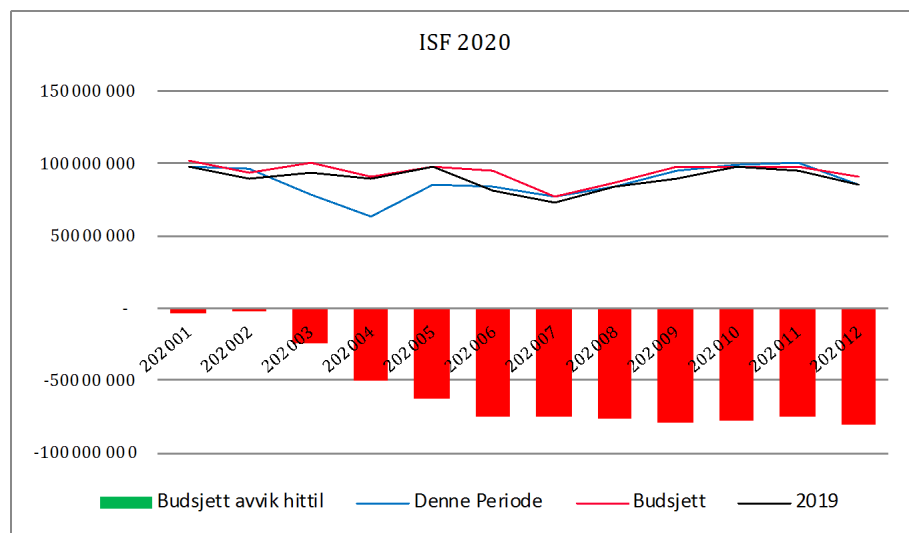
Sykefraværprosent	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	des.19	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	mai.20	jun.20	jul.20	aug.20	sep.20	okt.20	nov.20	des.20
Alle ansvarssteder	7,19	8,08	7,57	6,21	6,43	6,49	6,84	6,19	6,62	6,99	7,22	7,15	7,37	8,10	10,91	7,52	6,70	6,40	7,11	6,77	7,23	7,39	7,76	
(01) Kirurgisk klinikk	7,64	7,64	7,90	6,05	6,35	6,54	6,14	5,90	5,39	5,07	5,41	6,35	5,76	4,95	8,62	5,25	4,58	4,44	4,89	4,57	4,12	5,67	6,01	
(02) Medisinsk klinikk	7,85	6,85	6,33	6,15	7,19	5,28	5,35	5,38	6,20	6,72	6,46	7,28	7,75	8,04	10,89	8,74	7,42	7,20	8,65	7,39	8,45	7,88	7,98	
(03) Barne- og ungdomsklinikken	4,74	7,73	7,05	4,35	6,68	7,08	8,82	6,87	8,68	8,83	8,74	9,10	7,64	10,34	14,38	8,93	8,39	8,20	10,70	5,95	6,81	6,44	7,63	
(06) Akutt og beredskap	6,84	7,33	7,12	5,16	5,13	5,69	7,55	5,78	6,58	5,89	6,55	5,16	5,96	6,33	8,96	5,70	6,87	5,58	5,90	7,43	7,42	6,83	7,83	
(07) Medisinsk Serviceklinikk	6,60	8,09	8,39	7,11	6,67	6,68	5,72	4,85	5,14	7,10	8,26	7,41	7,42	8,88	12,48	8,86	8,13	6,95	7,98	7,44	7,37	7,50	7,50	
(09) Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling	8,57	10,01	8,97	7,54	7,24	7,49	8,01	7,14	7,32	7,56	7,70	7,47	8,60	9,13	12,68	8,51	6,93	6,98	6,85	6,59	7,30	8,10	8,93	
(13) Service og systemledelse	7,62	11,15	9,41	7,52	6,81	8,17	7,32	8,37	8,91	10,13	9,28	9,15	9,36	11,84	11,73	8,35	6,47	6,90	7,17	8,54	9,98	9,88	9,04	
(14) Administrasjon	2,85	2,72	2,31	3,02	2,85	4,80	6,43	4,28	4,03	4,40	6,22	5,82	4,91	5,47	6,96	4,80	3,85	4,33	5,45	5,15	4,57	5,04	5,17	

AML brudd





Aktivitet



Graf og tabell viser summen av følgende linjer.

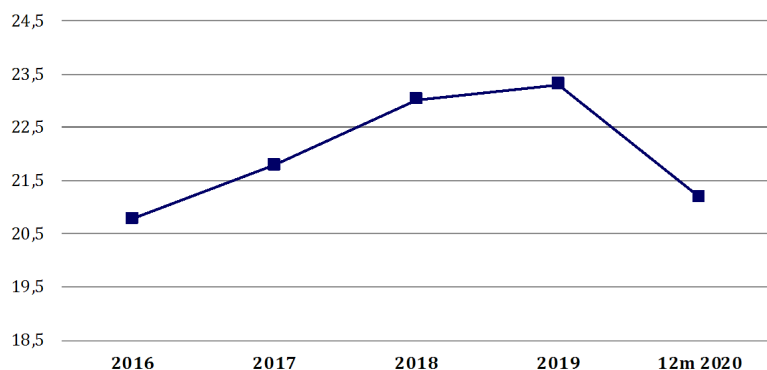
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	-76 211
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	-12 418
ISF-refusjon kommunal medfinansiering	1 864
ISF-refusjon poliklinisk PHV/TSB	-4 212
ISF-refusjon pasientadministrative kreftlegemidler	9 887
	-81 089

ISF Tall i 1000 NOK	202012 Denne Periode			202012 Hittil		
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett
Alle Ansvarssteder	85 998	91 705	-5 707	1049 164	1130 254	-81 089
Kirurgisk klinikk	37 022	36 939	83	423 135	450 891	-27 756
Medisinsk klinikk	33 951	38 299	-4 348	420 716	466 677	-45 961
Barne- og ungdomsklinikken	7 935	7 639	297	89 415	101 393	-11 978
Akutt og beredskap	121	175	- 53	1 832	2 281	- 449
Medisinsk Serviceklinikk	655	900	- 245	9 872	12 598	-2 726
Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling	2 362	2 099	264	25 411	28 618	-3 207
Felles - øvrig	3 910	5 639	-1 729	78 428	67 567	10 862

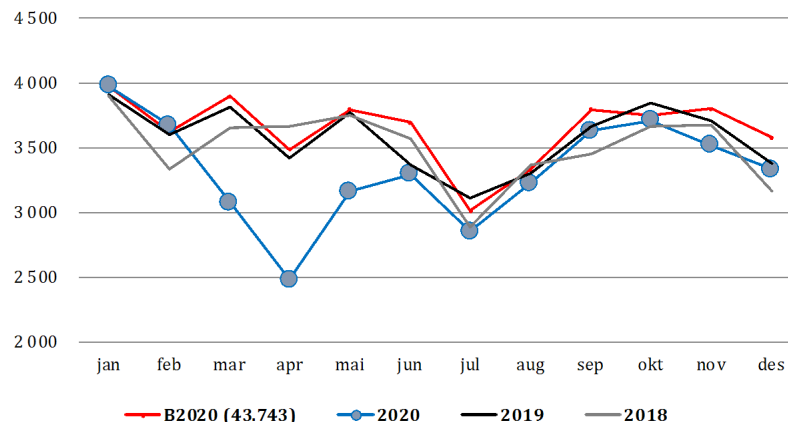
Samlet ISF for somatikken i 2020 er 8,7% lavere enn budsjett

DRG-poeng somatikk, utført ved STHF											
	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2019	Budsjett 2020	ISF budsj.-avvik (1000 kr)
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%			
Kirurgisk klinikk	1 625	1 613	12	1 %	18 455	19 686	-1 231	-6 %	19 408	19 686	-28 185
Medisinsk klinikk	1 468	1 671	-203	-12 %	18 381	20 364	-1 982	-10 %	19 868	20 364	-45 406
BUK	204	247	-43	-17 %	2 549	3 033	-484	-16 %	2 983	3 033	-11 094
Akutt og beredskap	5	8	-2	-31 %	80	100	-20	-20 %	99	100	-450
MSK	27	39	-13	0 %	431	550	-119	-22 %	473	550	-2 726
Ernæringspoliklinikk	2	1	1	0 %	16	10	6	0 %	11	10	127
Ufordelt/kvalitetssikring	2	-	2	0 %	18	-	18	0 %	-79	0	0
SUM DRG utført ved STHF	3 333	3 578	-245	-0	39 931	43 743	-3 812	-0	42 764	43 743	-87 735
SUM ISF-poeng (inkl. legemidler, FBV) "sørge-for"	3 587	3 824	-220	-0	43 326	46 693	-3 367	-0	45 451	46 693	

DRG-poeng per brutto månedsverk somatikk



STHF - DRG-poeng utført ved STHF



Det har vært god DRG-produksjon i psykiatrien i annet halvår 2020. For året er ISF 6,9% lavere enn budsjett.

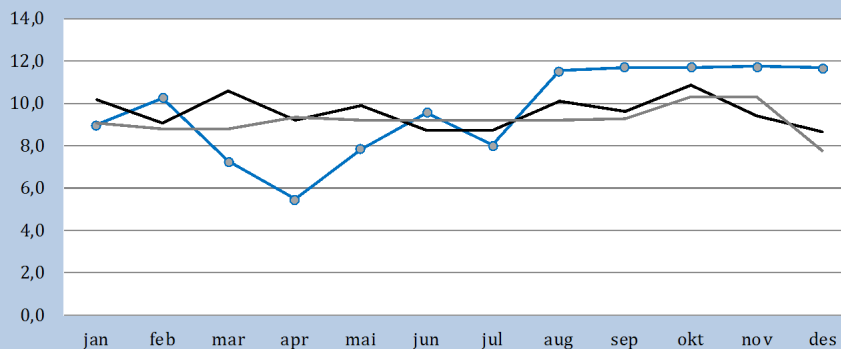
DRG-poeng PHV og TSB utført ved STHF

Denne måned

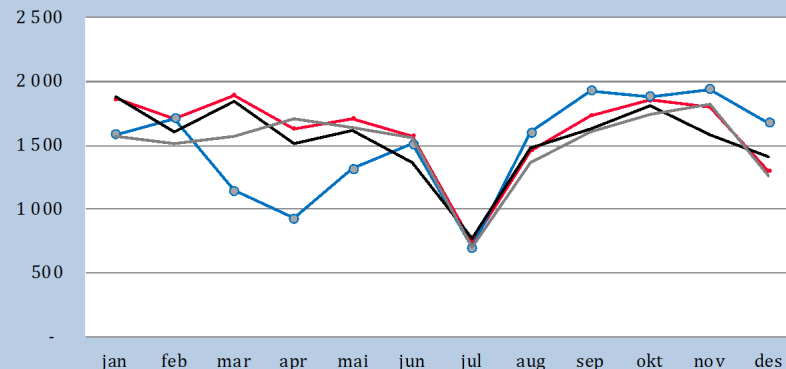
Hittil i år

	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk 2019	Budsjett 2020	ISF avvik
DPS nedre Telemark	574	512	63	12 %	5 989	6 939	-951	-14 %	6 858	6 939	-3 004 339
DPS øvre Telemark	144	135	9	7 %	1 675	1 878	-203	-11 %	1 870	1 878	-640 606
Psykiatrisk sykehusavdeling	29	17	12	68 %	378	239	139	58 %	249	239	437 889
Raskere tilbake PHV og TSB (underlagt Medisinsk klinikk)	5	6	-1	-16 %	45	84	-38	-46 %	76	84	-120 967
Klinikk for PHV og TSB + Raskere tilbake	753	670	82	12 %	8 087	9 140	-1 053	-12 %	9 053	9 140	-3 328 023
Avdeling for barn og unges psykiske helse - ABUP	924	628	296	47 %	9 820	10 100	-280	-2,8 %	8 984	10 100	-883 693
Barne- og ungdomsklinikken	924	628	296	47 %	9 820	10 100	-280	-3 %	8 984	10 100	-883 693
SUM DRG psykisk helsevern og TSB på STHF	1 676	1298	378	29 %	17 907	19 240	-1 333	-7 %	18 038	19 240	-4 211 717

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

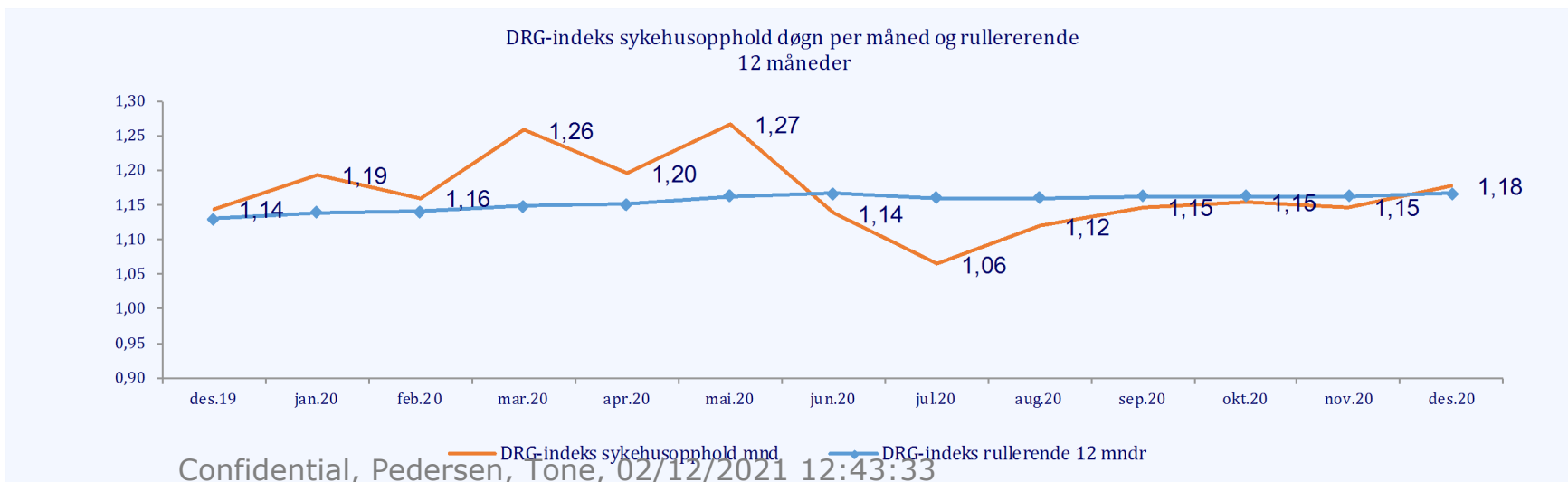
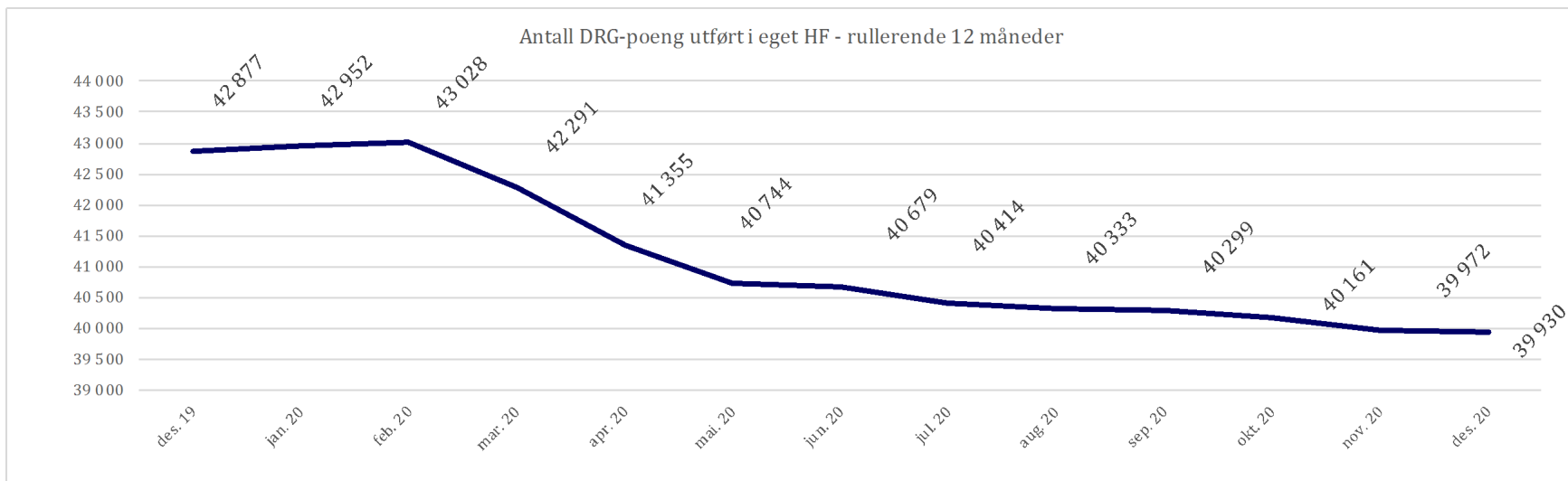


DRG-poeng PHV og TSB ved STHF



Confidential, Federsén, Tone, 02/12/2021 12:43:33

B2020 F2020 F2019 F2018



Kvalitetsindikatorer

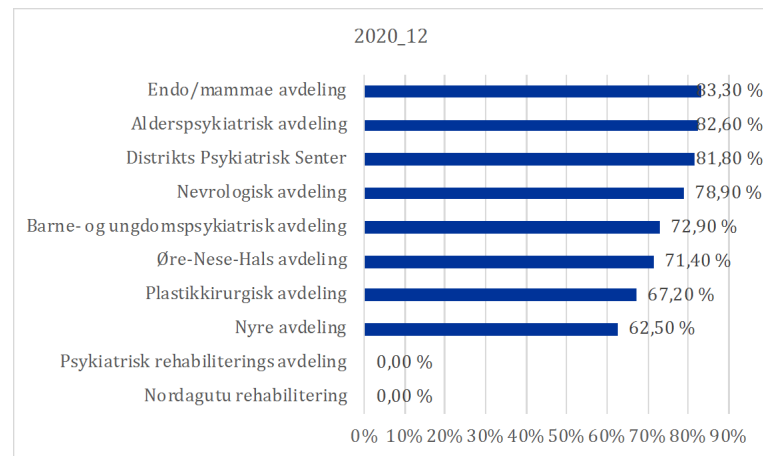
	Måltall
Andel epikriser sendt innen 7 dager Klinikker	80%
Andel epikriser sendt innen 1 dag PSV og TSB	50%
Andel epikriser sendt innen 1 dag Somatik	70%

Andel epikriser sendt innen 7 dager Klinikker	Måned												
	des.19	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	mai.20	jun.20	jul.20	aug.20	sep.20	okt.20	nov.20	des.20
BUK	77 %	63 %	65 %	78 %	75 %	81 %	74 %	76 %	80 %	74 %	71 %	73 %	80 %
Kir. K	87 %	86 %	87 %	86 %	89 %	89 %	89 %	86 %	87 %	85 %	88 %	89 %	86 %
KPR	71 %	83 %	83 %	82 %	79 %	82 %	79 %	86 %	81 %	81 %	77 %	84 %	82 %
Med. K	82 %	81 %	86 %	85 %	90 %	88 %	85 %	89 %	86 %	86 %	86 %	81 %	84 %
STHF	82 %	81 %	85 %	84 %	86 %	87 %	84 %	87 %	85 %	84 %	84 %	84 %	84 %

Andel epikriser sendt innen 1 dag Klinikker	Måned												
	des.19	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	mai.20	jun.20	jul.20	aug.20	sep.20	okt.20	okt.20	des.20
BUK	49 %	38 %	34 %	46 %	46 %	52 %	50 %	48 %	40 %	44 %	49 %	44 %	54 %
Kir. K	70 %	71 %	69 %	70 %	73 %	72 %	72 %	73 %	74 %	71 %	72 %	72 %	73 %
KPR	38 %	44 %	38 %	45 %	52 %	44 %	40 %	48 %	45 %	45 %	42 %	44 %	52 %
Med. K	57 %	56 %	58 %	60 %	66 %	60 %	56 %	65 %	60 %	57 %	59 %	52 %	58 %
STHF	58 %	57 %	56 %	59 %	64 %	60 %	57 %	64 %	61 %	59 %	60 %	57 %	62 %

Epikriser innen 7 dager per 2020_12				
Omsorg	Fag	Innen frist	Totalt	Andel
Innlagte	BUP	4	9	44,4 %
	PSY	130	142	91,5 %
	SOM	1492	1747	85,4 %
	Total	1626	1898	85,7 %
Pol	BUP	66	87	75,9 %
	PSY	227	293	77,5 %
	Total	293	380	77,1 %

Epikriser innen 1 dag per 2020_12				
Omsorg	Fag	Innen frist	Totalt	Andel
Innlagte	BUP	3	9	33,3 %
	PSY	93	142	65,5 %
	SOM	1122	1753	64,0 %
	Total	1218	1904	64,0 %
Pol	BUP	60	86	69,8 %
	PSY	132	288	45,8 %
	Total	192	374	51,3 %

Andel epikriser inne 7 dager, de 10 avdelingene med lavest resultat.


Direkte time	nov.19	des.19	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	mai.20	jun.20	jul.20	aug.20	sep.20	okt.20	nov.20
ABK	0 %	100 %	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	67 %	80 %	100 %	50 %
BUK	94 %	90 %	97 %	93 %	53 %	80 %	91 %	93 %	90 %	91 %	92 %	91 %	93 %
KIR	85 %	87 %	85 %	85 %	74 %	65 %	73 %	82 %	81 %	85 %	84 %	85 %	85 %
KPR	90 %	88 %	90 %	89 %	84 %	89 %	84 %	94 %	88 %	91 %	90 %	91 %	92 %
MED	80 %	78 %	80 %	84 %	74 %	79 %	84 %	85 %	67 %	79 %	84 %	85 %	82 %
MSK	97 %	98 %	92 %	98 %	86 %	91 %	91 %	88 %	82 %	91 %	91 %	94 %	93 %
STHF	84 %	84 %	84 %	85 %	73 %	73 %	80 %	85 %	77 %	83 %	85 %	86 %	85 %

Gjennomsnittstid (døgn) fra mottak av henvisning til vurdering av henvisning er fullført.	des.19	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	mai.20	jun.20	jul.20	aug.20	sep.20	okt.20	nov.20	des.20
ABK	3,85	2,41	3,16	2,85	3,71	4,43	3,03	3,04	2,27	2,53	1,63	3,35	5,37
BUK	4,17	3,94	5,38	4,26	2,87	3,47	3,88	3,16	4,50	3,32	3,57	3,86	3,94
KIR	1,08	1,71	1,08	1,02	1,08	1,25	0,89	1,05	1,43	1,00	1,06	1,18	1,22
KPR	4,75	3,64	3,41	3,60	3,69	3,54	3,12	2,61	2,32	2,48	2,63	2,74	3,27
MED	6,72	2,20	3,89	2,56	2,32	2,37	2,32	2,46	3,01	3,84	2,85	3,16	4,38
MSK	1,51	1,79	1,57	1,31	2,47	0,88	2,49	4,85	1,11	2,26	1,07	1,38	1,53
STHF	3,71	2,15	2,59	1,96	1,84	1,91	1,77	1,91	2,16	2,33	1,91	2,20	2,82

Antall henvisninger vurdert.	des.19	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	mai.20	jun.20	jul.20	aug.20	sep.20	okt.20	nov.20	des.20
ABK	63	70	72	36	15	44	39	35	61	83	59	55	40
BUK	326	330	402	267	171	219	316	245	236	324	285	353	317
KIR	2382	3016	2767	2 211	1 907	2339	2962	2191	2727	3036	3074	2714	2223
KPR	356	454	395	310	250	301	370	321	339	458	427	464	395
MED	2038	2333	2281	1 830	1 458	1891	2195	1778	2002	2435	2279	2262	2103
MSK	172	262	275	234	136	237	285	116	300	329	379	383	258
STHF	5 337	6 465	6 192	4 888	3 937	5 031	6 167	4 686	5 665	6 665	6 503	6 231	5 336
Antall henvisninger vurdert innen 10 virkedager	5 285	6 404	6 145	4 842	3 901	4 992	6 133	4 619	5 563	6 595	6 465	6 174	5 263
Andel vurdert innen 10 virkedager	99,0 %	99,1 %	99,2 %	99,1 %	99,1 %	99,2 %	99,4 %	98,6 %	98,2 %	98,9 %	99,4 %	99,1 %	98,6 %

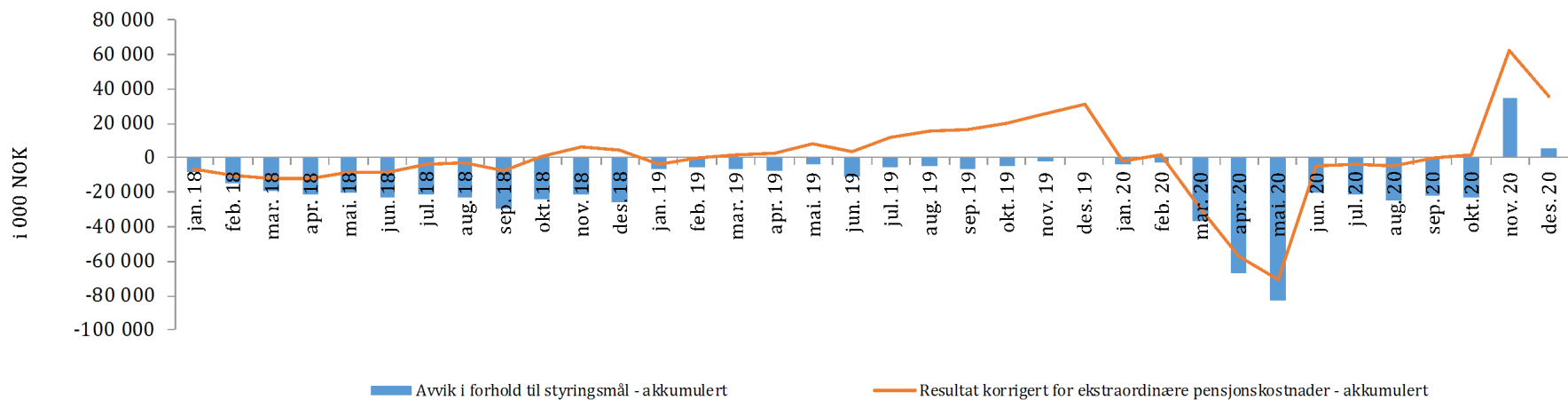
8b - Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle		des.19	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	mai.20	jun.20	jul.20	aug.20	sep.20	okt.20	nov.20	des.20
Totalt antall dokumenter som er mer enn 14 dager gamle (uansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	3 951	3 613	3 754	3 107	2 806	3 046	2 885	2 831	2 724	3 014	3 324	3 645	3 662
	ABK	5	9	2	7	4	8	10	13	4	7	5	8	11
	BUK	683	584	630	408	351	499	474	463	343	466	497	487	613
	KIR	1 208	1 174	1 101	1 092	1 097	1 131	1 120	1 169	1 125	1 135	1 287	1 410	1 436
	KPR	908	705	795	651	520	496	460	383	417	528	588	640	653
	MED	1 098	1 119	1 205	923	810	886	805	789	811	859	933	1 084	919
	MSK	49	22	21	26	24	26	16	14	24	19	14	16	30
Herav: antall legedokumenter som er mer enn 14 dager gamle (uansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	1 796	1 807	1 848	1 505	1 403	1 531	1 448	1 428	1 428	1 544	1 746	1 974	1 824
Herav: antall sykepleiedokumenter som er mer enn 14 dager gamle (uansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	953	839	833	759	726	764	768	727	738	666	701	775	818
Antall dokumenter som det normalt tar mer enn 14 dager å få ferdigstilt	STHF	42	44	49	59	63	70	74	105	78	133	83	84	83
	BUK	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	KIR	40	42	46	56	61	68	72	102	75	129	80	81	81
	KPR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	MED	2	2	3	3	2	2	2	3	3	4	3	3	2
	MSK	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8c - Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt.		des.19	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	mai.20	jun.20	jul.20	aug.20	sep.20	okt.20	nov.20	des.20
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	STHF	1 068	916	876	926	740	1 060	1 102	1 313	1 346	1 568	1 113	772	794
	ABK	13	16	-	10	11	10	22	18	26	8	1	7	12
	BUK	47	33	55	27	42	49	64	79	76	127	128	73	127
	KIR	51	90	71	79	106	95	93	211	194	228	281	299	194
	KPR	154	103	25	-	-	48	-	12	25	63	44	55	50
	MED	203	168	141	187	142	225	176	982	1 022	1 077	567	337	393
	MSK	600	506	584	623	439	633	747	11	3	65	92	1	18
Hvorav pasienter registrert på avdelinger som er omorganisert og lukket.	ååMEDKIR	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
	ååPRE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ååAKP	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ååKIR	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
	ååNYHO	-	-	-	-	4	5	-	-	-	-	-	-	-
	ååMED\$	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-
	ååMED	-	-	-	1	1	6	-	-	-	-	-	-	-

Økonomi

STHF: Desember - 2020	Denne periode faktisk	Denne periode budsjet	Denne periode Avvik	Hittil faktisk	Hittil budsjet	Hittil avvik	Hele året budsjet	Hele året estimat	Avvik budsjet
Basisramme	196 647	222 155	-25 509	2 411 000	2 424 871	-13 871	2 424 871	2 411 000	-13 871
Kvalitetsbasert finansiering	1 414	1 414	-	16 971	16 971	-	16 971	16 971	-
ISF - refusjon dag- og døgnbehandling	60 790	67 528	-6 738	746 290	822 500	-76 211	822 500	746 290	-76 211
ISF - refusjon somatisk poliklinisk aktivitet	14 582	14 729	-147	170 406	182 824	-12 418	182 824	170 406	-12 418
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	5 297	4 103	1 195	56 587	60 798	-4 212	60 798	56 587	-4 212
ISF - refusjon fritt behandlingsvalg	377	-	377	1 864	-	1 864	-	1 864	1 864
ISF refusjon pasientadministrerte legemiddel (H-re)	4 951	5 344	-393	74 018	64 131	9 887	64 131	74 018	9 887
Utskrivningsklare pasienter	766	1 661	-895	14 360	19 931	-5 571	19 931	14 360	-5 571
Gjestepasienter	1 553	1 480	72	17 759	17 832	-72	17 832	17 759	-72
Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasie)	9 669	7 054	2 615	86 985	88 592	-1 607	88 592	86 985	-1 607
Polikliniske inntekter	7 141	7 700	-559	95 095	100 394	-5 299	100 394	95 095	-5 299
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andre øremerkede tilskudd	2 787	1 381	1 406	84 272	16 572	67 700	16 572	84 272	67 700
Andre driftsinntekter	29 381	21 973	7 408	263 870	267 138	-3 268	267 138	263 870	-3 268
SUM DRIFTSINNTEKTER	335 355	356 523	-21 168	4 039 477	4 082 555	-43 078	4 082 555	4 039 477	-43 078
Kjøp av offentlige helsetjenester	3 619	3 351	268	41 948	40 497	1 451	40 497	41 948	1 451
Kjøp av private helsetjenester	9 840	9 091	749	116 838	107 785	9 053	107 785	116 838	9 053
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgr	51 942	40 765	11 177	505 704	479 829	25 875	479 829	505 704	25 875
Innleid arbeidskraft	3 205	1 018	2 187	23 157	13 760	9 397	13 760	23 157	9 397
Kjøp av konserninterne helsetjenester	25 950	21 979	3 971	279 679	286 747	-7 067	286 747	279 679	-7 067
Lønn til fast ansatte	147 714	162 952	-15 238	1 884 915	1 872 025	12 890	1 872 025	1 884 915	12 890
Overtid og ekstrahjelp	11 791	9 294	2 497	117 153	88 332	28 821	88 332	117 153	28 821
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	20 887	30 065	-9 179	227 274	345 396	-118 122	345 396	227 274	-118 122
Off. tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-10 225	-8 396	-1 829	-121 865	-105 088	-16 777	-105 088	-121 865	-16 777
Annen lønn	25 677	27 853	-2 175	281 141	297 781	-16 640	297 781	281 141	-16 640
Avskrivninger	8 279	8 873	-593	98 509	102 595	-4 087	102 595	98 509	-4 087
Nedskrivninger	7 633	-	7 633	7 633	-	7 633	-	7 633	7 633
Andre driftskostnader	56 514	48 401	8 113	553 518	539 511	14 007	539 511	553 518	14 007
SUM DRIFTSKOSTNADER	362 827	355 246	7 581	4 015 604	4 069 171	-53 567	4 069 171	4 015 604	-53 567
DRIFTSRESULTAT	-27 471	1 277	-28 749	23 873	13 384	10 489	13 384	23 873	10 489
Finansinntekter	683	1 517	-835	14 191	19 647	-5 456	19 647	14 191	-5 456
Finanskostnader	122	294	-172	2 417	3 032	-615	3 032	2 417	-615
FINANSRESULTAT	561	1 223	-662	11 774	16 616	-4 841	16 616	11 774	-4 841
ORDINÆRT RESULTAT	-26 911	2 500	-29 411	35 647	30 000	5 647	30 000	35 647	5 647
Pensjonskostnader	-	-	-	-0	-	-0	-	-	-
Korrigert resultat	-26 911	2 500	-29 411	35 647	30 000	5 647	30 000	35 647	5 647

Confidential, Pedersen, Tony, 12/12/2021 12:43:33

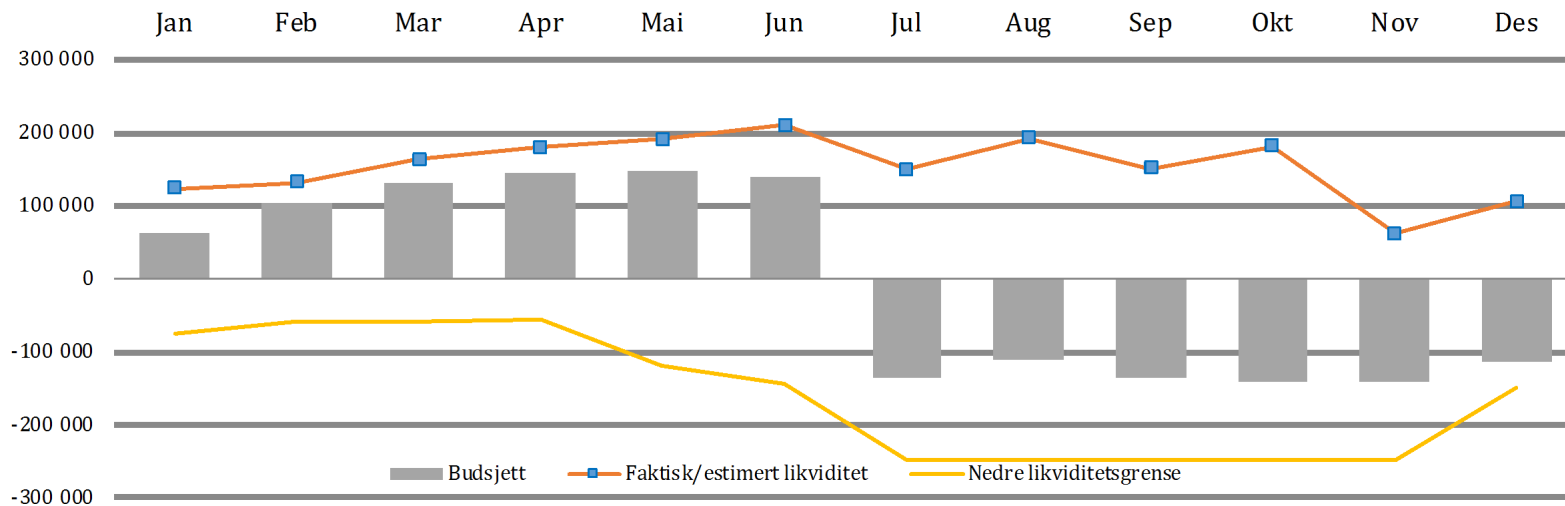
Driftsresultat og budsjettavvik 2018 til 2020 - foretak og klinikker



2020, tall i 1000	Hitil i år	Hitil i år	Denne periode, resultat.											
Resultat	Resultat	Budsjettavvik	Des. 20	Nov. 20	Okt. 20	Sep. 20	Aug. 20	Jul. 20	Jun. 20	Mai. 20	Apr. 20	Mar. 20	Feb. 20	Jan. 20
Kirurgisk klinikk	(59 143)	(59 143)	(3 881)	(3 968)	262	(3 590)	(882)	(4 822)	(8 121)	(6 940)	(14 603)	(10 697)	389	(2 290)
Medisinsk klinikk	(72 516)	(72 516)	(8 958)	(5 891)	(7 946)	891	(6 071)	(5 109)	(6 595)	(7 111)	(10 423)	(9 797)	(540)	(4 966)
Barne- og ungdomsklinikken	(10 693)	(10 693)	(420)	(1 031)	(327)	(966)	578	452	(1 257)	(550)	(3 171)	(2 255)	(200)	(1 548)
Akutt og beredskap	(28 462)	(28 462)	(1 048)	(2 405)	463	(1 518)	(2 357)	(3 632)	(1 663)	(3 143)	(7 115)	(5 061)	(362)	(622)
Medisinsk Serviceklinikk	(7 587)	(7 587)	(4 587)	(240)	74	(423)	556	824	775	(1 866)	(1 884)	(1 559)	(21)	763
Psykatri og rus	(10 114)	(10 114)	(2 911)	(3 244)	(1 497)	(459)	(802)	222	557	(215)	(894)	(1 262)	174	216
Service og systemledelse	(6 293)	(6 293)	(2 141)	(482)	(3 408)	1 070	(39)	(95)	(1 614)	(138)	3 662	(2 038)	(53)	(1 016)
Administrasjonen	2 272	2 272	(1 589)	729	847	375	661	(48)	312	1 081	185	(217)	303	(366)
Felles - øvrig	228 184	198 184	(1 377)	77 003	13 594	9 221	7 260	13 623	83 149	5 375	6 590	1 759	3 782	8 206
Totalt STHF	35 647	5 647	(26 911)	60 470	2 062	4 602	(1 097)	1 416	65 544	(13 508)	(27 653)	(31 127)	3 471	(1 623)

Likviditet og investeringer.

Tall i tusen



Investeringer - tall i 1000	Regn. 2020	Est. 2020	Bud. 2020
Bygg & anlegg	13 872	13 872	36 000
MTU	133 961	133 961	120 000
Annet utstyr, biler m.m.	10 672	10 672	14 000
IKT-investeringer - lån til Sykehuspartner	2 140	2 140	5 700
Tilbakebetalt lån fra Sykehuspartner	-3 398	-3 398	-3 524
SUM Desember 2020	157 247	157 247	172 176

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	17.02.2021

Type sak (sett kryss)							
Beslutning	<input type="checkbox"/>	Etterretning	<input type="checkbox"/>	Orientering	<input checked="" type="checkbox"/>	Tema	<input type="checkbox"/>

Sak: Virksomhetsrapport per januar 2021

Hensikten med saken

Saken beskriver oppnådde resultater per januar 2021.

Forslag til vedtak

Styret tar virksomhetsrapport per januar til orientering.

Skien, 12. februar 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Innhold

0	Sammendrag	3
1	Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD	5
1.1	Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	5
1.2	Prioritere psykisk helsevern og TSB.....	6
1.3	Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	7
2	Aktivitet	8
2.1	Somatikk	8
2.2	Psykisk helsevern og TSB.....	9
3	Bemanning - brutto månedsverk, samlet lønnskostnad og innleie	10
4	Økonomi	12
4.1	Klinikkene	13

0 Sammendrag

Sykehuset Telemark rapporterer et resultat på 6,0 millioner kr. i januar. Dette er 1,8 millioner kr. bedre enn periodisert styringsmål og skyldes hovedsakelig lavere lønnskostnader enn budsjettet, som følge av høye sykepengerefusjoner og begrenset bruk av vikarer, i en periode med lavt belegg på sengepostene.

Det har også i januar vært tilrettelagt for økt aktivitet, bl. a gjennom midlertidig å gjenoppta operasjonsaktivitet på fredager i Porsgrunn. Følgekostnadene ved dette har vært lavere enn budsjettet og bidrar positivt til resultatet. Det forventes at aktiviteten med tilhørende kostnader vil øke igjen i tiden fremover.

Koronasituasjonen har påvirket foretakets drift negativt med om lag 16 millioner kr. i januar. Det er inntektsført tilsvarende beløp av årets øremerkede COVID-19 tilskudd. Det er identifisert økte kostnader på om lag 4,5 millioner kr., mens inntektstapet er beregnet til 11,5 millioner kr. Gjenstående øremerket tilskudd og utsatt inntekt fra 2020 utgjør dermed 46,7 millioner kr.

Koronasituasjonen preger aktiviteten ved sykehuset i januar. Sykehuset har hatt en krevende driftssituasjon også i den første delen av måneden. Etter smitteutbrudd i desember gikk sykehuset inn i januar med et betydelig antall innlagte koronasmittede pasienter, begrensninger på inntak til enkelte sengeposter, smittede ansatte, ansatte i karantene og høyt sykefravær. I tillegg ble det innført strenge nasjonale smittevernstiltak. Summen av dette påvirket kostnader, reduserte planlagt aktivitet og bidro trolig til redusert pasienttilstrømning.

Situasjonen over har ført til at januar er preget av lav aktivitet i de fleste deler av sykehuset:

- Poliklinisk aktivitet i somatikken er lavere enn planlagt, og lavere enn i januar i fjor. De poliklinikkene hvor telefon/videokonsultasjoner er et alternativ har til dels opprettholdt aktivitetsnivået.
- Poliklinisk aktivitet i BUP er høyere enn i januar foregående år, med svært høy andel telefon/video-konsultasjoner. Poliklinisk aktivitet i VOP/TSB er lav, både målt mot budsjett og fjoråret.
- Belegg i somatikken er fortsatt på lavt nivå. I januar var antall døgn-pasienter 16 % lavere enn i januar 2020.
- Antall operasjoner er lavere enn budsjett og lavere enn i foregående år.
- Nye elektive henvisninger er 80 % av normalt nivå for januar.
- Det er nedgang i antall ventende, dette har sammenheng med lavt antall nye henvisninger inn. Ventetid ventende øker, det kan ha sammenheng med lavere aktivitet.
- Mange pasientavtaler er avlyst eller utsatt, sannsynligvis som en følge av smitteutbruddet på sykehuset.

Januar måned viser at poliklinisk aktivitet innen psykiatrien som gjennomføres ved bruk av telefon- og videokonsultasjoner er høy og utgjør 27 % av all aktivitet mot 10 % i januar i fjor. Også innen somatikken er det økt bruk av telefon- og videokonsultasjoner med 8% av poliklinisk aktivitet i januar.

Prioriteringsregelen målt i ventetid er i januar kun oppfylt innenfor VOP, med en ventetid på 33 dager. BUP viser 41 dager og TSB viser 36 dager. Antall polikliniske konsultasjoner er redusert i VOP og TSB, mens BUP viser en vekst og innfrir prioriteringsregelen.

Gjennomsnittlig ventetider (påstartet og ventende) innenfor somatikken er på nivå med samme tid i fjor. Ventetidene for ventende innenfor PHV og TSB er fremdeles lave, men noe høyere enn fjoråret.

Sykehuset har fokus på å starte forbedringsarbeid når dette kan skje samtidig som beredskap og smittevern opprettholdes.

1 Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD

Nasjonale og regionale styringsmål for sykehuset blir formelt gitt i Oppdrag og bestillingsdokument (OBD) for 2021 i foretaksmøte 19. februar 2021. Utfra føringer og informasjon gitt fra HSØ har vi grunn til å tro at de samme målområdene gjelder i 2021 som i 2020. Vi har også mottatt signaler om hvilket nivå som vil gjelde på de ulike måltallene. OBD 2021 forventes å sette krav til at gjennomsnittlig ventetid skal være under 54 dager for somatikk, under 40 dager for psykisk helsevern voksne, under 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og under 30 dager for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Sykehuset har over noen år valgt å ha mer ambisiøse lokale mål for tilgjengelighet enn de nasjonale målene. For 2020 betyr dette mål for ventetider innen somatikk på 50 dager og 30 dager for BUP, VOP og TSB. I tabellen under er dette reflektert.

Det er definert tre målområder:

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

1.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Redusere unødvendig ventetid	mål 2021				jan.21					
		des.19	des.20	jan.21	KIR	MED	MSK	BUK (som)	BUK (psyk.)	VOP/TSB
Gjennomsnitt ventetid i dager	50 dager somatikk 30 dager BUP/VOP/TSB	54	50	52	56	46	67	44	41	33/35
Fristbrudd avviklede, antall pr mnd	0	62	21	33	20	9	3		1	
Antall som venter	reduksjon	7 534	6 416	6 120	3 410	1 621	534	144	67	237
Antall med ventetid over 1 år		42	33	32	26	1	2			
Andel telefon/videokonsultasjoner	Som:10% PHV/TSB:25%			18 %	4 %	18 %	8 %	26 %	38 %	35 %
Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp (OA1)	70 %	80 %	79 %							
Andel innen definert forløpstid	70 %	74 %	77 %							
Antall passert planlagt tid	reduksjon	4 834	4 774	3 944						
Andel passert planlagt tid %	<6%	8,2 %	8,6 %	7,0 %						
Antall passert tentativ tid (STHF egne tall)	reduksjon	5 051	4 545	3 386	1 679	1 475	6	127	40	48
Andel passert tentativ tid %	<6%	16 %	14 %	11 %	15 %	10 %	1 %	5 %	21 %	12 %

Tiltak knyttet til ventelister

Kirurgisk klinikk har iverksatt ekstra/ kveldspoliklinikk innen flere fag, og åpning av operasjon på fredager i Porsgrunn for å øke behandlingsskapasiteten, og redusere ventelister og fristbrudd. I januar har Ort, Gyn og ØNH brukt fredagskapasiteten, og det er utført 57 ekstra operasjoner i perioden. Kveldspoliklinikk og ekstrapoliklinikk for ØNH pågår.

I medisinsk klinikk har faget Mage-tarm hatt flest fristbrudd over tid. Avdelingene i Skien og på Notodden har jobbet aktivt med dette, og har flyttet en del pasienter til avtalespesialist og en del til Fritt behandlingsvalg-leverandør. Avdelingen kommer til å fortsette å jobbe med disse løsningene samt lære opp flere LIS 2-skopører det neste året, slik at avdelingen øker sin behandlerkapasitet. Både i Skien og på Notodden er det ansatt LIS2 som startet direkte i skopi-opplæring 1. september. Fra 1.mars vil det bli ansatt ytterligere 1 LIS2 i Skien.

Pakkeforløp kreft – andel behandlet innen standard forløpstid og antall nye pasienter i pakkeforløp

Tall for pakkeforløp kreft leveres fra Helsedirektoratet. På tidspunkt for ferdigstilling av virksomhetsrapporten foreligger ikke tall for januar 2021. Resultatene per januar 2021 forventes å være klare og å kunne bli presentert i styremøtet 17/2-2021.

1.2 Prioritere psykisk helsevern og TSB Prioriteringsregelen

Ventetider

Prioriteringsregelen målt i ventetid er i januar bare oppfylt innenfor VOP, med en ventetid på 33 dager. BUP viser 41 dager og TSB viser 36 dager. Kravet måles i absolutte tall, hvor ventetiden VOP skal være under 40, BUP under 35 og TSB skal ha ventetid lavere enn 30 dager.

Polikliniske konsultasjoner

Antall polikliniske konsultasjoner er redusert innenfor VOP og TSB, mens BUP viser en vekst og innfrir prioriteringsregelen. Somatikken viser en nedgang. Kravet måles ved at vekst i 2021 målt mot faktiske tall 2019 skal være større innenfor VOP, TSB og BUP enn i somatikken.

Se avsnitt 2 **Aktivitet** for detaljer om utvikling.

Bruk av tvang

Det var 18 tvangsinnlagte i januar 2021, mot 28 i januar i fjor. Dette tilsvarer et gjennomsnitt på 0,1 per 1000 innbyggere. Med totalt antall innlagte på 132 i januar, så er andelen tvangsinnlagte på 13,6 %. Andelen tvangsinnlagte var 15,4 % i januar i fjor.

Prioritere psyk.helsevern og TSB	mål 2021	2019	2020	jan.21
Antall tvangsinnleggelse psyk./1000 innbyggere	lavere enn 2020	0,14	0,16	0,10
Andel tvangsinnleggelse	lavere enn 2020	14,3 %	17,4 %	13,6 %
Antall pasienter i døgnbehandling som har minst ett tvangsmiddelvedtak	reduseres	11	11	7

Pakkeforløp psykisk helsevern og TSB

Seks pakkeforløp for psykisk helse og rus ble innført i 2019. I 2021 er det 7 pakkeforløp. Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene skal sørge for at praksis i spesialisthelsetjenesten blir endret i tråd med anbefalingene i pakkeforløpene. Målet er likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor, unngå unødig ventetid for utredning, behandling og oppfølging, økt brukermedvirkning og brukertilfredshet, sammenhengende og koordinerte pasientforløp og bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner. Det brukes fortsatt mye tid og ressurser på å følge opp koding av pakkeforløp.

Tall for pakkeforløp psykisk helse og rus leveres fra Helsedirektoratet. På tidspunkt for ferdigstilling av virksomhetsrapporten foreligger ikke tall for januar 2021. Resultatene per januar 2021 forventes å være klare og å kunne bli presentert i styremøtet 17/2-2021.

1.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	mål 2021	des.19	des.20	jan.21	jan.21						
					KIR	MED	MSK	ABK	BUK	VOP/TSB	
Sykehusinfeksjoner %	<3%										
Korridorpasienter - antall	0 %	121	66	34	3	29			2		
Korridorpasienter %	0,0 %	1,5 %	1,0 %	0,5 %	0,1 %	0,8 %			0,6 %		
Direkte time i %	100 %	84 %	85 %	81 %	83 %	76 %	100 %	67 %	87 %		88 %
Antall åpne dokumenter > 14 dager	<3000	3 951	3 662	3 345	1 358	852	26	20	490		599
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode og uten ny kontakt	reduseres	1 068	794	909	190	538	4	16	98		63
Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse	>30%	28 %	28 %	27 %		27 %					

Det har var små variasjoner i kvalitetsindikatorerne fram til februar 2020. Koronasituasjonen førte deretter til endringer i resultatene på de fleste områder. Antall korridorpasienter ble kraftig redusert pga lavt belegg på de fleste avdelingene. Samtidig har lavere aktivitet gitt behandlere anledning til å rydde i åpne dokumenter. Med høyere aktivitet høsten 2020 er de fleste indikatorerne tilbake på nivået før pandemien. Unntaket er korridorpasienter som fortsatt er relativt lavt, grunnet lavt belegg.

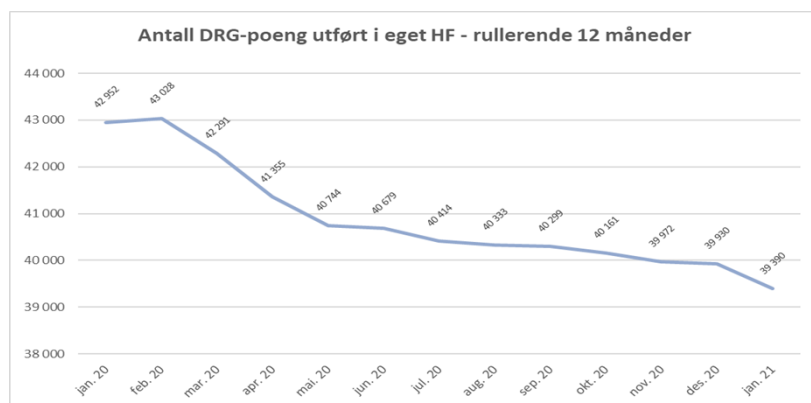
2 Aktivitet

2.1 Somatikk

Koronasituasjonen påvirker foretakets drift og aktivitet i stor grad. Nivået på øyeblikkelig hjelp-pasienter er betydelig lavere enn budsjettert og i fjor. Antall døgnpasienter har i januar vært 23 % færre enn budsjettert, og 16 % færre enn i fjor. Dette gir seg utslag i form av betydelig lavere ISF-inntekter enn budsjettert.

Samlet budsjettavvik knyttet til ISF poeng utført i eget HF (dag, døgn, poliklinikk og legemidler) er for januar 2021 -544 poeng (-13 %). Dette avviket ville medført 12,7 millioner kroner i reduserte inntekter hvis det ikke var gitt kompensasjon i Revidert nasjonalbudsjett.

Grafen under viser hvordan DRG-poeng opptjent har avtatt som følge av lavere aktiviteten etter korona-utbruddet i mars måned.



DRG-poeng somatikk, Sykehuset Telemark HF										
	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2020	Budsjett 2021
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%		
Kirurgisk klinikk	1 618	1 731	-113	-7 %	1 618	1 731	-113	-7 %	1 739	20 305
Medisinsk klinikk	1 547	1 891	-345	-18 %	1 547	1 891	-345	-18 %	1 877	20 989
BUK	232	281	-48	-17 %	232	281	-48	-17 %	264	3 050
Akutt og beredskap	9	9	0	2 %	9	9	0	2 %	11	100
MSK	27	30	-3		27	30	-3	-10 %	43	400
Ernæringspoliklinikk	2	1	1		2	1	1		2	10
Ufordelt/kvalitetssikring	4	-	4		4	-	4		-79	-
SUM DRG-poeng utført ved STHF	3 439	3 943	-504	-13 %	3 439	3 943	-504	-13 %	3 857	44 853
SUM DRG-poeng utført ved STHF "sørge-for"	3 453	3 959	-507	-13 %	3 453	3 959	-507	-13 %	3 976	45 068
SUM DRG-poeng (inkl. legemidler, FBV) "sørge"	3 727	4 236	-509	-12 %	3 727	4 236	-509	-12 %	6 544	48 388

Sykehuset Telemark	Januar 2021				Hittil i år				Endring HiÅ 2021 - 2020		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	Avvik i prosent	HiÅ 2020	Endring	%
Somatikk											
Antall utskrivninger døgnbehandling	1 897	2 480	- 583	-24 %	1 897	2 480	- 583	-24 %	2 255	- 358	-16 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	6 506	8 618	-2 112	-25 %	6 506	8 618	-2 112	-25 %	8 390	-1 884	-22 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	2 148	2 256	- 108	-5 %	2 148	2 256	- 108	-5 %	2 311	- 163	-7 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	14 384	15 823	-1 439	-9 %	14 384	15 823	-1 439	-9 %	16 741	-2 357	-14 %

Aktiviteten i januar, målt i antall døgnopphold var 23% lavere i januar 2021 sammenlignet med i fjor (spesielt øyeblikkelig hjelp). Antall dagbehandling (hovedsakelig dialyse-behandling og cytostatika-kurer for kreftpasienter) har vært på tilnærmet samme nivå som budsjettert og fjoråret.

Den polikliniske aktiviteten har også vært lavere enn budsjettert nivå i januar; -9 %. Sammenlignet med januar i fjor er avviket -14 %. Det var 20 arbeidsdager i januar 2021 – 2 færre enn i fjor.

I den regionale oversikten over antall telefonkonsultasjoner fremgår det at Sykehuset Telemark HF har hatt 1.186 slike konsultasjoner med egenandel i januar. Dette tilsvarer en andel på 8 %. Sykehusets interne krav i somatikken er 10 % i 2021.

Kirurgisk klinikk ligger 113 ISF-poeng bak budsjett pr januar. Avviket anses å være i stor grad knyttet til driftsforstyrrelser i forbindelse med koronasituasjonen. Dette gjelder avlyst kirurgi og behandling grunnet pasientsykdom, samt fravær hos pleiepersonell. Det er spesielt høyt avvik på døgnopphold (-12,3 % mot budsjett, -16,8% mot fjorår). Dag- og døgn-indekser er høye i perioden (hhv. +15,9 % og 4,0 %) som tyder på en videre glidning fra døgn til dag-opphold.

Aktiviteten i **Medisinsk klinikk**, målt i ISF-poeng, har i januar vært 345 poeng (-18 %) lavere enn budsjettet. Sammenlignet med januar i fjor er også avviket 18 %. Avviket skyldes for en stor del den pågående pandemien; nivået på øyeblikkelig hjelp-pasienter er betydelig lavere enn budsjettet og i fjor. Den polikliniske aktiviteten var i januar 12 % lavere enn budsjettet og 15 % lavere enn i fjor. Antall dagbehandlinger (cellegift-kurer og dialysebehandlinger) har vært tilnærmet likt med budsjett og fjoråret.

Barne- og ungdomsklinikken har et negativt budsjettavvik på -48 ISF-poeng (-17 %) i januar. Av dette kan om lag 40 poeng knyttes til redusert aktivitet pga. pandemisituasjonen (færre innleggelser på barneavdelingen). Resterende avvik er knyttet til friske nyfødte. Den polikliniske aktivitet er som budsjettet, med høy andel telefon/videokonsultasjoner (26 %).

Medisinsk serviceklinik ligger 3 ISF-poeng (-10 %) bak budsjett i januar. Hele avviket skyldes driftsendringer i fertilitetsavdelingen som følge av pandemisituasjonen. Grunnet smitteverntiltak tas det inn færre pasienter i avdelingen og kapasiteten er på om lag 80 % av normalt nivå.

2.2 Psykisk helsevern og TSB

Med unntak av antall liggedager i den ungdomspsykiatriske sengeposten, så rapporteres det en stor nedgang i den inneliggende aktiviteten i januar måned. Samlet sett så er det en nedgang på 19,2 % i antall liggedager, og det er hele 33 % færre sykehusopphold enn i januar i fjor.

Nedgangen skyldes blant annet nedtak av 6 senger som følge av gul beredskap og nedtak av 5 senger på DPS som følge av mangel på spesialister. I tillegg stoppet DPS all elektiv innleggelse i perioden med gul beredskap.

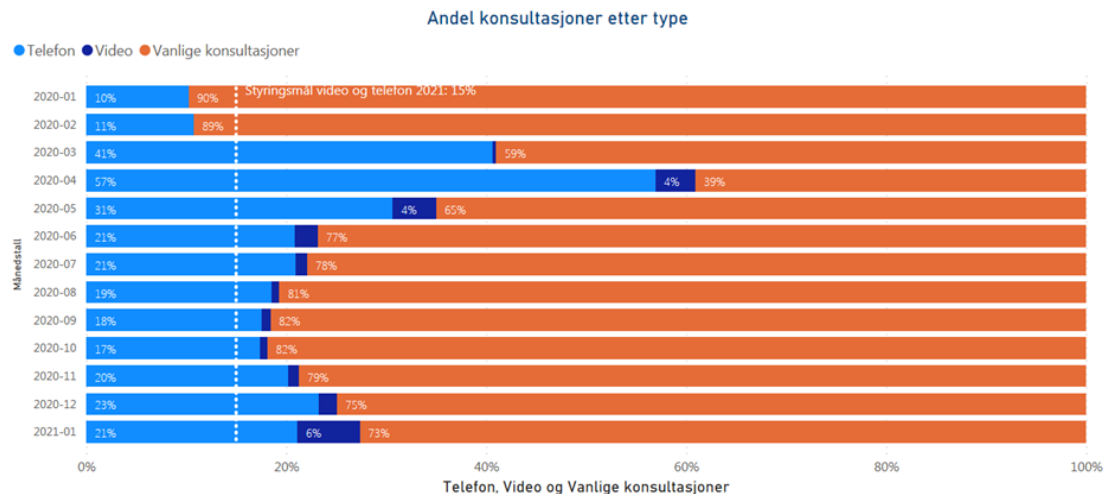
Antall henvisninger i januar var 20 % lavere enn januar i fjor.

DRG-poeng PHV og TSB utført ved STHF										
	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2020	Budsjett 2021
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%		
DPS nedre Telemark	472	636	-165	-26 %	472	636	-165	-26 %	5 989	7 001
DPS øvre Telemark	120	171	-51	-30 %	120	171	-51	-30 %	1 675	1 878
Psykiatrisk sykehusavdeling	36	35	2	5 %	36	35	2	5 %	378	381
Raskere tilbake PHV og TSB (Med. klinikk)	5	8	-3	-40 %	5	8	-3	-40 %	45	84
Klinikk for PHV og TSB + Raskere tilbake	632	849	-217	-26 %	632	849	-217	-26 %	8 087	9 345
Avdeling for barn og unges psykiske helse -	970	936	34	4 %	970	936	34	3,6 %	9 820	10 302
Barne- og ungdomsklinikken	970	936	34	4 %	970	936	34	4 %	9 820	10 302
SUM I	1 602	1 786	-183	-10 %	1 602	1 786	-183	-10 %	17 907	19 647

Sykehuset Telemark	Januar 2021				Hittil i år				Endring HiA 2021 - 2020		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	Avvik i prosent	HiA 2020	Endring	%
VoP - Psykisk helsevern for voksne											
Antall utskrivinger døgntilrettelagt	95	137	- 42	-31 %	95	137	- 42	-31 %	137	- 42	-31 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	2 218	2 693	- 475	-18 %	2 218	2 693	- 475	-18 %	2 767	- 549	-20 %
Antall oppholdsdager dagbehandling											
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	3 552	4 454	- 902	-20 %	3 552	4 454	- 902	-20 %	4 636	-1 084	-23 %
BUP - Psykisk helsevern for barn og unge											
Antall utskrivinger døgntilrettelagt	10	8	2	31 %	10	8	2	31 %	15	- 5	-33 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	177	240	- 63	-26 %	177	240	- 63	-26 %	171	6	4 %
Antall oppholdsdager dagbehandling											
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	3 106	2 955	151	5 %	3 106	2 955	151	5 %	2 805	301	11 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling											
Antall utskrivinger døgntilrettelagt	18	29	- 11	-38 %	18	29	- 11	-38 %	32	- 14	-44 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	226	282	- 56	-20 %	226	282	- 56	-20 %	305	- 79	-26 %
Antall oppholdsdager dagbehandling											
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	723	1 168	- 445	-38 %	723	1 168	- 445	-38 %	1 014	- 291	-29 %

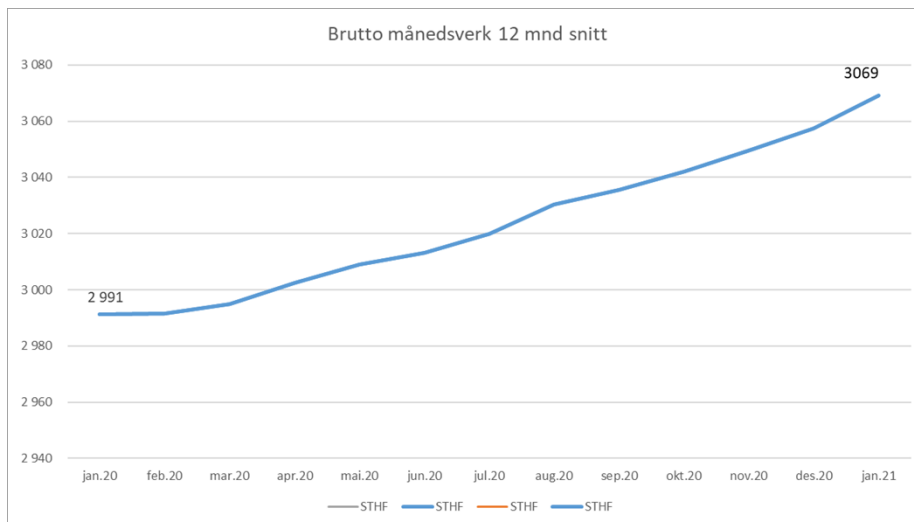
Antall konsultasjoner innenfor PHV og TSB samlet viser i januar et negativt budsjettavvik på 13,2 %, og resultatene er 12,7 % lavere enn fjoråret. BUP isolert viser derimot en høy aktivitet i januar, og ligger 5,1 % høyere enn budsjettet, og hele 10,7 % høyere enn januar i fjor. Det samlede negative ISF-avviket innenfor PHV/TSB er i januar 10,3 %, men målt mot fjoråret er det en vekst på 1,3 %. Med høyere aktivitet viser BUP et positivt budsjettavvik på 4,2 %, mens VOP og TSB viser et negativt budsjettavvik på hhv 25 % og 46 %.

Andel telefon- og videokonsultasjoner har økt, og utviklingen vises i grafen nedenfor. Som grafen viser, så er det andel video-konsultasjoner som viser størst vekst.



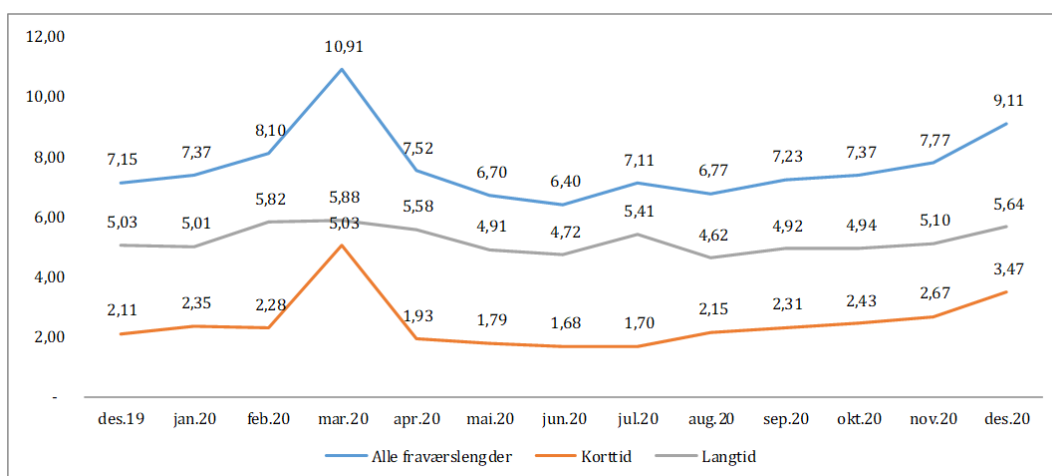
3 Bemanning - brutto månedsverk, samlet lønnskostnad og innleie

Brutto månedsverk som ble utbetalt i januar var 3093, noe som er 2,4 % over budsjettet bemanningsforbruk, og 4,8 % høyere enn i januar i fjor. Det er i januar utbetalt 52 månedsverk direkte knyttet til den økte beredskapen som følge av pandemien. Det resterende merforbruket av brutto månedsverk skyldes et stort etterslep av variabel lønn som ble opparbeidet i desember. Både økt sykefravær og et stort etterslep av ferieuttak førte til økt vikarforbruk i desember som ble utbetalt i januar. Som vist i graf under er det vekst i brutto årsverk gjennom hele pandemiperioden fra mars 2020. Denne veksten er høyere enn årsverkene direkte knyttet til pandemien, noe som understreker viktigheten av å holde fremdrift i sykehusets effektiviseringsarbeid også i den perioden vi er inne i.



Samlede lønnskostnader for egne ansatte i januar utgjorde 189,8 millioner kr. mot budsjett 192,2. Dette er på nivå med kostnaden i januar 2020. Innleie utgjorde 1,7 millioner kr. i januar, mot budsjett 1,4 millioner kr.

Tall for sykefravær rapporteres med en måneds forsinkelse. Som vist under økte sykefraværet betydelig i desember, noe som må sees i sammenheng med et høyt antall ansatte i karantene. Denne situasjonen preget også de første ukene av januar og bidrar til å øke brutto årsverk.



4 Økonomi

Sykehuset Telemark rapporterer et resultat på 6,0 millioner kr. i januar. Dette er 1,8 millioner kr. bedre enn periodisert styringsmål.

Koronasituasjonen har påvirket foretakets drift med om lag 16 millioner kr. i januar og det er inntektsført tilsvarende beløp av årets øremerket COVID-19 tilskudd. Det er identifisert direkte kostnader på om lag 4,5 millioner kr., og inntektstapet er beregnet til 11,5 millioner kroner. Gjenstående øremerket tilskudd /utsatt inntekt fra 2020 er 46,7 millioner kr.

Positivt resultat og budsjettavvik i januar skyldes lavere lønnskostnader enn budsjettet, som følge av høye sykerefusjoner og begrenset bruk av vikarer, i en periode med lavt belegg på sengepostene. Videre er følgekostnadene av økt aktivitet, for å ta ned ventelistene, lavere enn budsjettet og bidrar positivt til resultatet. Det forventes at denne aktiviteten vil øke i omfang fremover.

Regnskapsresultat pr. januar 2021	regnskap januar	budsjett januar	avvik januar	Budsjett 2021	Prognose 2021	avvik 2021
Basisramme	221 174	221 174	0	2 494 916	2 494 916	-
Kvalitetsbasert finansiering	1 323	1 323	-	15 870	15 870	-
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	65 692	75 689	-9 998	860 598	860 598	-
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	14 822	16 654	-1 832	190 427	190 427	-
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	5 165	5 759	-594	63 321	63 321	-
ISF fritt behandlingsvalg	144	146	-2	1 752	1 752	-
ISF refusjon pasientadministrerte legemiddel (H-resepter)	6 399	6 463	-64	77 554	77 554	-
Utskrivningsklare pasienter	1 621	1 063	558	12 750	12 750	-
Gjeste pasienter	1 538	1 477	62	18 900	18 900	-
Konserninterne gjestepasientinntekter	7 054	6 817	237	95 445	95 445	-
Polikliniske inntekter	8 176	9 420	-1 245	107 388	107 388	-
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake	-	-	-	-	-	-
Andre øremerkede tilskudd	11 222	3 984	7 238	47 808	47 808	-
Andre driftsinntekter	20 100	24 045	-3 944	301 598	301 598	-
SUM DRIFTSINNTEKTER	364 427	374 012	-9 585	4 288 328	4 288 328	-
Kjøp av offentlige helsetjenester	4 024	3 637	-387	43 488	43 488	-
Kjøp av private helsetjenester	9 196	10 060	864	123 352	123 352	-
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	47 609	43 280	-4 329	515 527	515 527	-
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	1 666	1 358	-308	15 218	15 218	-
Konserninterne gjestepasientkostnader	25 183	25 734	551	295 767	295 767	-
Lønn til fast ansatte	168 531	168 870	339	1 931 877	1 931 877	-
Overtid og ekstrahjelp	9 248	7 631	-1 617	100 509	100 509	-
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	32 307	27 510	-4 797	314 708	369 586	-54 879
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-14 822	-10 568	4 254	-122 061	-122 061	-
Annen lønn	26 803	26 264	-539	298 201	298 201	-
Avskrivninger	9 097	9 198	100	111 710	111 710	-
Nedskrivninger	-	-	-	-	-	-
Andre driftskostnader	44 937	57 298	12 361	615 022	615 022	-
SUM DRIFTSKOSTNADER	363 778	370 271	6 492	4 243 318	4 298 197	-54 879
DRIFTSRESULTAT	649	3 742	-3 093	45 010	-9 869	-54 879
Finansinntekter	736	637	99	7 527	7 527	-
Finanskostnader	210	212	2	2 537	2 537	-
FINANSRESULTAT	527	425	102	4 990	4 990	-
(ÅRS)RESULTAT	1 176	4 167	-2 991	50 000	-4 879	-54 879
Pensjonskostnader	4 797	-	4 797	-	54 879	54 879
RESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER	5 973	4 167	1 806	50 000	50 000	-0

4.1 Klinikkene

Klinikkene har betydelige negative budsjettavvik som følge av store inntektstap og ekstra kostnader knyttet til pandemisituasjonen.

Resultater pr. klinikk vises i tabellen under:

BUDSJETTAVVIK per januar 2021	lønn	andre driftskostnader	driftsinntekter	Sum	herav akkumulert effekt korona
Kirurgi	-332	355	-3 149	-3 126	-2 900
Medisin	152	-89	-7 861	-7 798	-7 400
Barne- og ungdomsklinikken	-22	-200	-1 069	-1 291	-1 000
Akutt og beredskap	895	-331	-113	451	-1 020
Medisinsk serviceklinikk	1 213	-92	-1 799	-678	-2 000
Psykatri og rus	2 040	-1 407	-928	-294	-430
Service og systemledelse	-584	171	-127	-540	-1 000
SUM klinikker	3 363	-1 593	-15 047	-13 277	-15 750
Administrasjon	148	676	-952	-128	-70
Kjøp og salg av helsetjenester		-2 336	90	-2 246	-
- biol.legemidler og kreftmidler		83	-64	19	
- somatikk		-3 399	77	-3 321	
- psykiatri og TSB		979	77	1 056	
Felles poster	-1 075	12 209	6 323	17 457	15 820
BUDSJETTAVVIK per januar 2021	2 436	8 955	-9 585	1 806	-

Avviket i **Kirurgisk klinikk** er pr januar -3,1 millioner kroner. Hele avviket ligger på inntektssiden. Koronaeffekten for januar anslås til 2,9 millioner, herunder inntektstap på 2,4 millioner og kostnadsøkning på 0,5 millioner. Kostnadssiden har likevel gått i balanse som følge av lavere varekostnader og høye sykepengerefusjoner.

Medisinsk klinikk har et negativt avvik på -7,8 millioner kroner i januar. I all hovedsak relaterer dette seg til lavere ISF-inntekter fra øyeblikkelig hjelp-pasienter (ca. 7 millioner kroner) og lavere antall gjennomførte polikliniske konsultasjoner enn budsjettet. Samlet kostnadsside, deriblant dyre kreftmidler, er innenfor budsjettet nivå i januar.

Barne- og ungdomsklinikken har et negativt avvik på -1,3 millioner kroner i januar. Av dette er 1,0 millioner kr knyttet til i hovedsak lavere inntekter som følge av redusert aktivitet grunnet Covid-19. Øvrig negativt avvik skyldes lavere ISF-inntekter enn budsjettet for friske nyfødte. I avdeling for barn- og ungdomspsykiatri (ABUP) dekkes flere vakante legestillinger ved innleie, og dette forklarer avviket på driftskostnader. ABUP har fortsatt svært høy aktivitet og inntekter over budsjett som dekker opp for økte kostnader.

Akutt og beredskapsklinikken har et positivt resultat i januar på 0,45 millioner kroner. Det er identifisert 1 million kroner knyttet til Covid-19, hvorav ca. 0,3 millioner kroner er knyttet til drift i Porsgrunn fredager.

Det er inntektsført betydelig etterslep på refusjon av sykepenge og fødselspenge i januar. Antall operasjoner har ligget noe lavere enn planlagt, men det har vært utført noe tyngre og tidkrevende operasjoner.

Sykefraværet i klinikken i januar er 8,39 %, korrigert for effekten av Covid-19; 8,15 %.

Medisinsk serviceklinikk har et negativt avvik på -0,7 millioner kroner i januar. Koronaeffekten er beregnet til 2,0 millioner kroner, og skyldes inntektstap som følge av nedgang i aktiviteten innen radiologi og fertilitetsbehandling, samt reagenser til covid-19 analysene. Høy aktivitet samtidig med langtidssykemeldinger har ført til økte innleiekostnader innen radiologi de siste månedene. Høye sykepengerefusjoner samt vakanser bidrar til lavere lønnskostnader.

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling leverer et negativt budsjettavvik på 0,3 millioner kroner per januar. Koronaeffektene i klinikken utgjør 0,4 millioner og er i sin helhet lønnskostnader. Den polikliniske aktiviteten er lav, noe som gjenspeiles i en mindreinntekt i januar på 1,0 millioner kroner. Aktiviteten på sengepostene var også lav, noe som skyldes nedtak av 6 senger som følge av gul beredskap og nedtak av 5 senger på DPS som følge av mangel på spesialister. DPS stoppet også all elektiv innleggelse i perioden med gul beredskap.

Antall henvisninger i januar var 20 % lavere enn januar i fjor.

Service- og Systemledelse har et resultat på minus 0,5 millioner kroner. Derav er 1 million kroner ekstrakostnader som er relatert til Covid-19 aktivitet. Per januar er ingen av de uløste effektiviseringstiltak konkretisert/løst og det er heller ikke oppnådd ønsket effekt i alle planlagte tiltak. Avvik på brutto årsverk er relatert til Covid-19. Uten Covid-19 og med fratrukk for sykefravær er forbruket på budsjett. Samlede lønnskostnader er med 0,3 millioner kroner i pluss, dersom man trekker fra korona relaterte kostnader der også.

Administrasjonen har et resultat i januar om lag som budsjettet, og er en kombinasjon av lavere inntekter og lavere kostnader. Brutto årsverk er også som budsjettet.

Felles: Positivt avvik skyldes inntektsføring av koronakompensasjon samt budsjettet buffer.

Vedlegg:

- Virksomhetsrapport STHF 2021_01

Vedlegg til virksomhetsrapport

Sykehuset Telemark HF januar 2021

Innhold

1. Oversikt og statusbilde

2. Kvalitet

3. Aktivitet

4. Prioritering av psykisk helsevern og rus

5. Bemanning

6. Økonomi/ finans

Oversikt

Januar - 2021	Faktisk Hiå	Budsjett Hiå	Avvik Hiå	Avvik %	Årsbudsjett	Årsestimat
Økonomi (hele tusen)						
Driftsinntekter	364 427	374 012	-9 585	-2,6 %	4 288 328	4 288 328
Driftskostnader	363 778	370 271	-6 492	-1,8 %	4 243 318	4 298 197
Driftsresultat	649	3 742	-3 093	-82,7 %	45 010	-9 869
Finansresultat	527	425	102	23,9 %	4 990	4 990
Årsresultat	5 973	4 167	1 806	43,3 %	50 000	50 000
Aktivitet						
Polikliniske konsultasjoner						
Somatikk	14 384	15 823	-1 439	-9,1 %	182 123	182 123
VOP	3 552	4 454	-902	-20,3 %	49 000	49 000
BUP	3 106	2 955	151	5,1 %	32 500	32 500
TSB	723	1 168	-445	-38,1 %	12 850	12 850
Bemanning						
-						
Brutto månedeverk	3 093	3 020	-73	-2,4 %	3 012	3 012
Somatikk	2 158	2 098	-59	0,0 %	2 093	2 093
VOP	539	541	2	0,0 %	539	539
BUP	161	153	-7	0,0 %	153	153
TSB	59	62	3	0,0 %	62	62
Prehospitale tjenester	159	147	-12	0,0 %	147	147
Annet	17	18	1	0,0 %	18	18

Kommentarer:

Koronasituasjonen preger aktiviteten ved sykehuset i januar. Etter smitteutbrudd i desember gikk sykehuset inn i januar med et betydelig antall innlagte koronasmittede pasienter, begrensninger på inntak til enkelte sengeposter, smittede ansatte, ansatte i karantene og høyt sykefravær. I tillegg ble det innført strenge nasjonale smittevernstiltak. Summen av dette påvirket kostnader, reduserte planlagt aktivitet og bidro trolig til redusert pasienttilstrømming.

Høyt sykefravær sammen med avviking av ferie i desember bidrar til utbetaling av flere månedeverk i januar.

Avvik driftskostnader er knyttet til nye aktuarberegninger for pensjon som vil bli nøytralisert gjennom justerte bevilgninger gjennom året

Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

Målekort

Januar	Målekort STHF	Denne periode			Hittil i år		
		Faktisk	Mål	Avvik	Faktisk	Mål	Avvik
Kvalitet							
Ventetid påstartet		52					
	Somatikk	53	50	-3		50	
	VOP	33	30	-3		30	
	BUP	41	30	-11		30	
	TSB	36	30	-6		30	
Ventetid venter		64					
	Somatikk	66	50	-16			
	VOP	24	30	6			
	BUP	22	30	8			
	TSB	21	30	9			
Andel kontakter passert planlagt tid		7 %	6 %	3 %	7 %	6 %	5 %
Pakkeforløp kreft - andel behandlet innen standard forløpstid alle fag		NA	70 %	NA	NA	70 %	NA
	Pakkeforløp VOP	NA	80 %	NA	NA	80 %	NA
	Pakkeforløp TSB	NA	80 %	NA	NA	80 %	NA
	Pakkeforløp BUP	NA	80 %	NA	NA	80 %	NA
Korridorpasienter somatikk		0,5 %	0,0 %	-0,5 %			

Kommentarer:

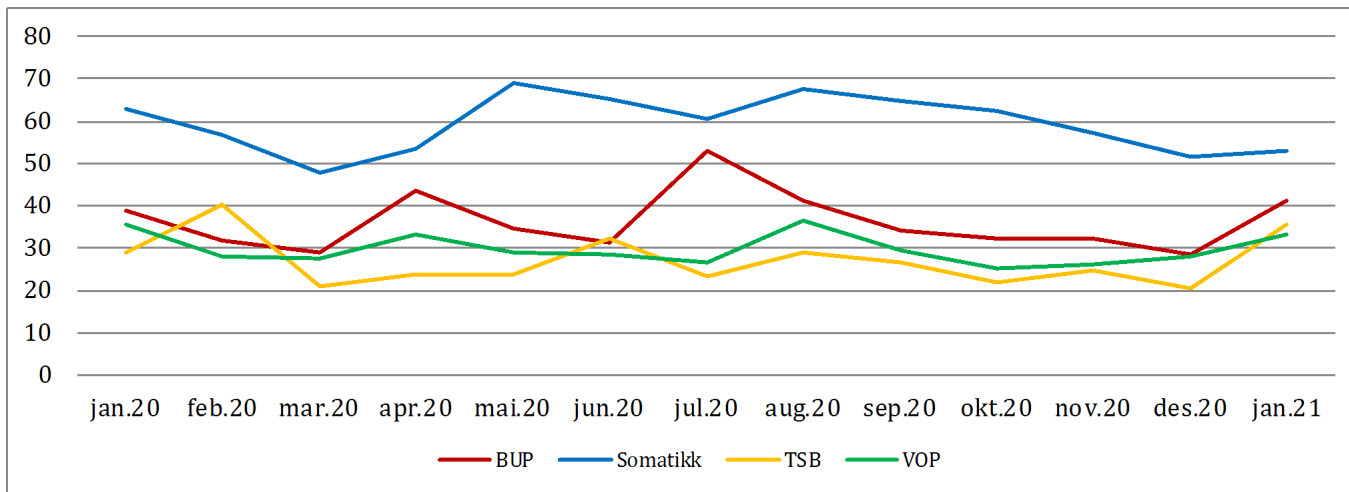
Gjennomsnittlig ventetid påstartet for alle tjenesteområder var i januar 51,7 dager, hvilket er en økning i ventetid på 2 dager sammenlignet med forrige periode. Ventetid påstartet innen somatikk er 53,1 dager. Innen psykiatri er det en økning innen alle tjenesteområder i forhold til desember, VOP 36,3, BUP 41, TSB 35,8. Gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter for alle tjenesteområder er 66 dager, som er en økning på 4 dager fra desember.

Pakkeforløp for kreft og psykiatri er ikke oppdatert fra Helsedirektoratet

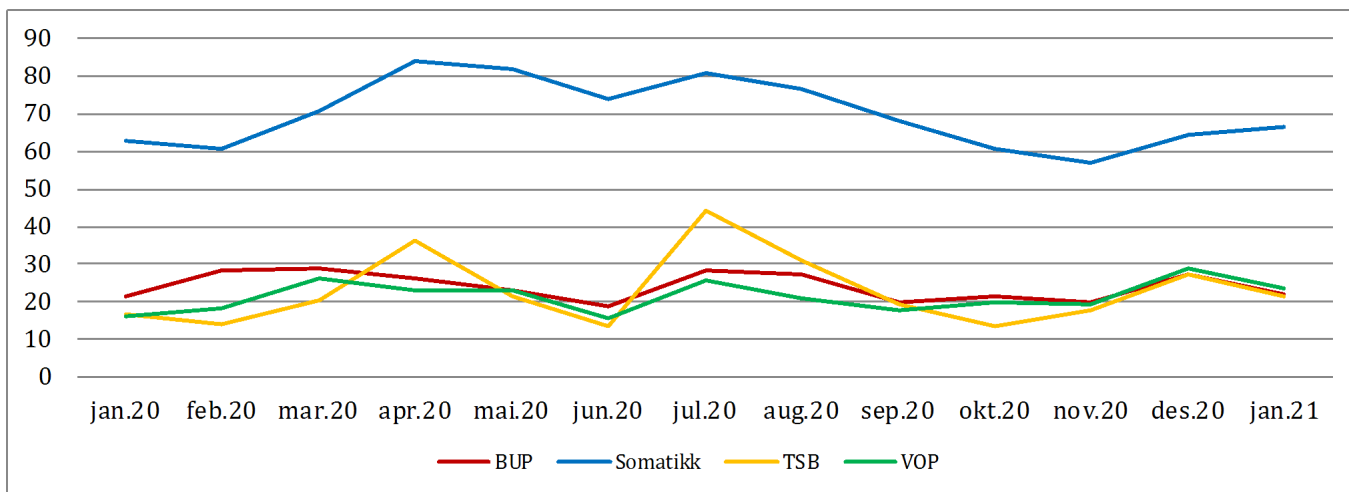
Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

Ventetid

Påstartet



Ventende



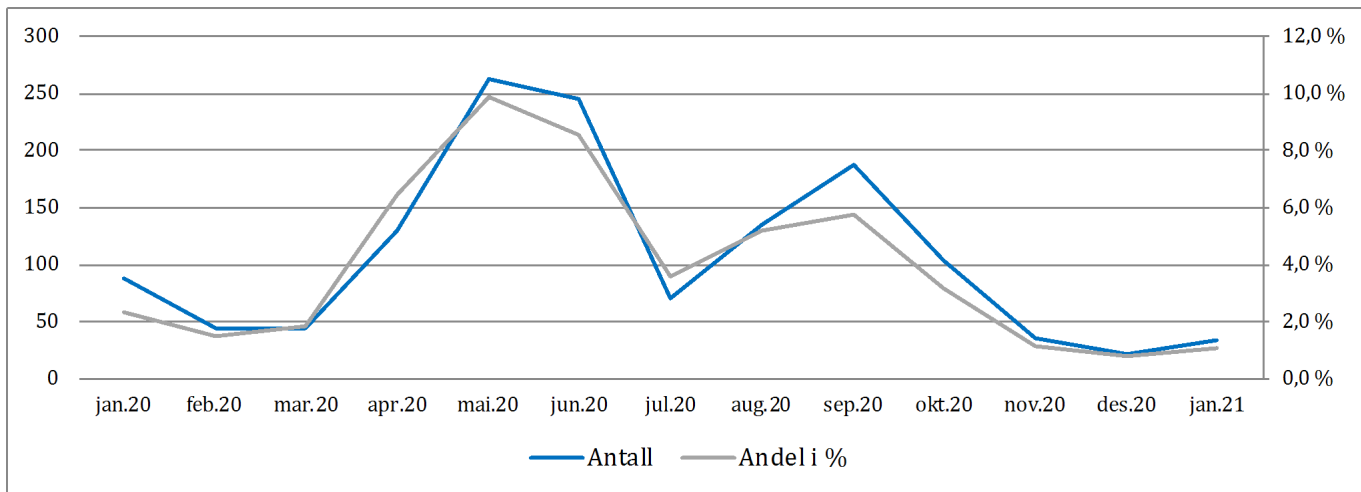
Kommentarer:

Antall ventende er redusert i januar, dette må sees i sammenheng med lavere antall nyhenviste i perioden.

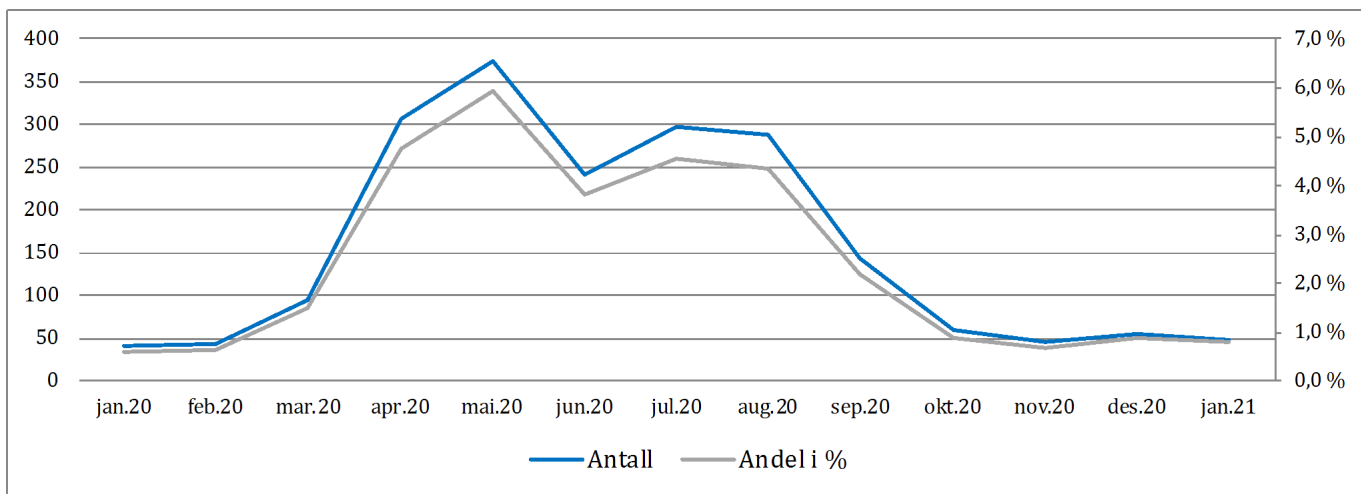
I samme periode har vi en økning i antall pasienter med ventetid over 90 dager innen fagområdene plast, øre nese hals og fertilitet.

Fristbrudd

Påstartet



Ventende



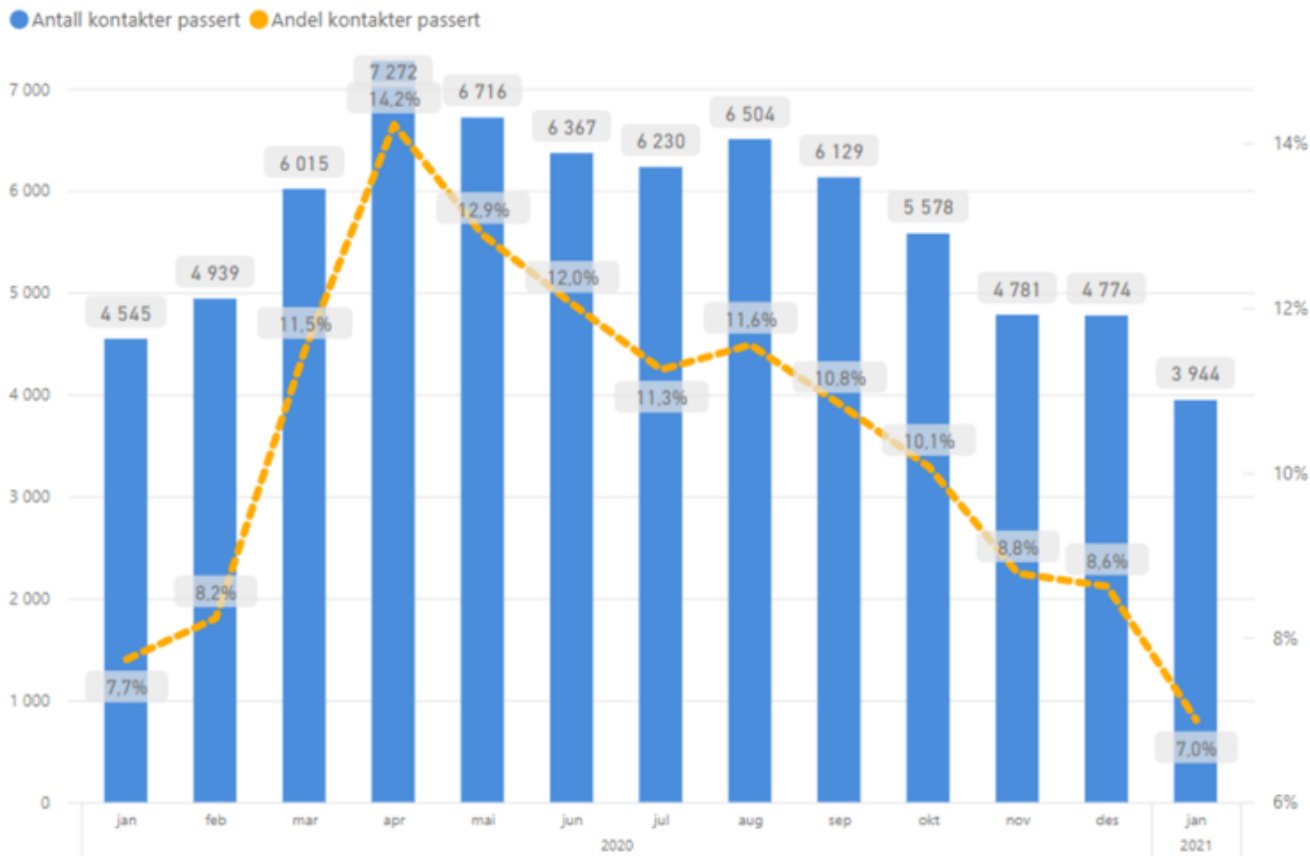
Kommentarer:

I januar er antall fristbrudd 1,1 % for alle tjenesteområder, dette er 1 %-poeng lavere enn på samme tid i fjor. Den største økningen i fristbrudd ses innen somatikk, mens fristbrudd i øvrige tjenesteområder er fortsatt lav.

Forklaring: Fristbrudd:

Frist for start helsehjelp:
Dato settes av lege som vurderer henvisningen. Denne settes i henhold til prioriteringsveiledere, men med en individuell vurdering av hver pasient. Dato er siste frist for å starte helsehjelpen som pasienten er gitt rett til (utredning eller behandling).

Passert planlagt tid



Kommentarer:

Antall pasienter passert planlagt tid viser en reduksjon fra desember, og er på sitt laveste nivå siste 12 mnd.

Øre nese hals (ØNH) har hatt en reduksjon på 700 løftebrudd.

Resultatet for STHF (7%) er blant de beste i HSØ og nærmer seg mål (<6%).

Forklaring:

Passert planlagt tid beskriver antall og andel pasientavtaler som er forsinket i forhold til tidspunkt for planlagt kontakt.

Alle planlagte pasientkontakter skal være registrert med dato/klokkeslett for neste pasientavtale, eller en tentativ uke/måned. Tidspunkt settes ut fra en medisinsk vurdering.

Indikatoren kan brukes til å justere uønsket variasjon i ventetid og forløpstid.

Pasientsikkerhet

Sykehuset Telemark HF	nov.20	des.20	jan.21
Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning til vurdering av henvisning er fullført.			
Gjennomsnitt vurderingstid	2,20	2,82	2,04
Antall henvisninger vurdert	6 231	5 336	5 614
Andel vurdert innen 10 virkedager	99 %	99 %	98 %
Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle			
Totalt antall som er mer enn 14 dager gamle	3 645	3 662	3 345
Herav antall legedokumenter	1 974	1 824	1 678
Herav antall sykepleierdokumenter	775	818	754
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	772	794	909
Andel direkte time (Rapporteres en måned på etterskudd)	85 %	81 %	

*Glemt av sykehuset.

Antall dokumenter i det pasient administrative system som er åpne (ikke markert som lest) etter 14 dager.

Antall pasienter der henvisningsperioden fortsatt er åpen uten at avtale om ny kontakt er registrert.

Kommentarer:

Vurderingstiden av henvisninger er tilbake på en normalt nivå, og i snitt ligger vi på ca. 99 %

Ortopedisk og Nevrologi har en stor andel av åpne dokumenter som ikke er godkjent

Forklaring

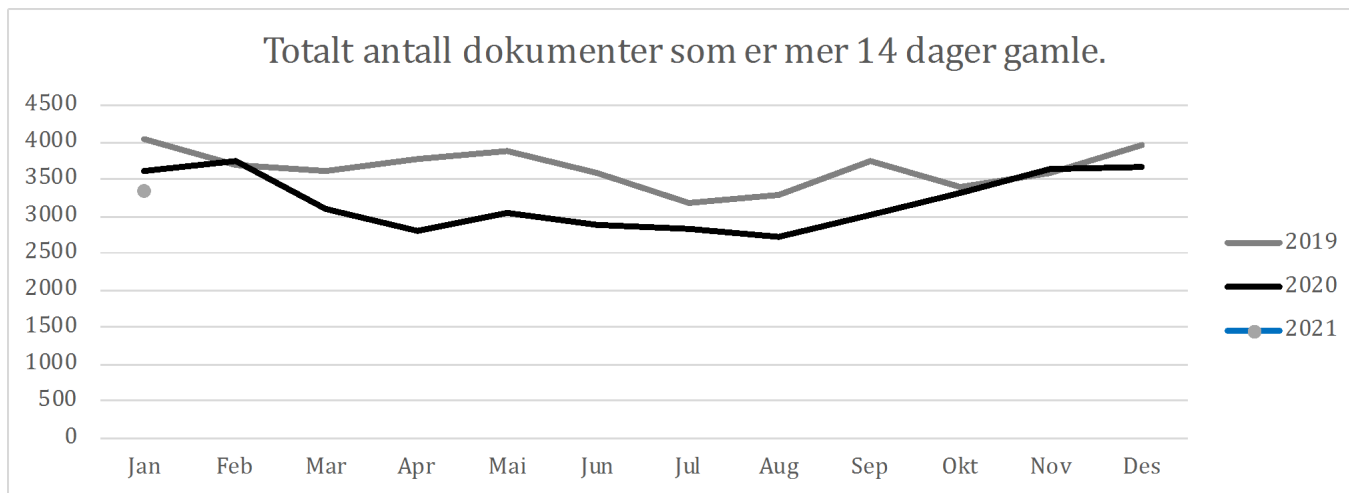
«Åpne dokumenter» vil si dokumenter som ikke er godkjente. Dette er en kladd og er ikke ferdigstilt. Hvis ikke dokumentet er ferdig (dvs godkjent) kan det innebære at det ikke er dokumentert hvilken helsehjelp som er gitt eller ikke komme tydelig frem hva som er videre plan for pasienten. En del dokumenter kan pasienten selv lese på HelseNorge. Hvis dokumentet ikke er godkjent, vil det ikke vises på HelseNorge og derfor ikke være tilgjengelig for pasienten

«Åpen henvisning uten planlagt kontakt» vil si at en pasient har vært på sykehuset til en time, men pasienten har ikke fått en ny time eller er satt tilbake på venteliste. Det kan av og til være ok, fordi man skal avvente prøvesvar osv før man tar stilling til om pas skal tilbake eller ei. Men; det kan også skyldes at man rett og slett har glemt å gi pasienten ny time/sette pas tilbake på ventelisten. Det er da pasienten «blir glemt av sykehuset». Det høyt fokus på denne indikatoren.

«Direkte time» er andel pasienter dom får time samtidig (innen 14 dager) som henvisningen er vurdert. Dette gjelder derfor kun de pasientene som er nyhenviste.

For øvrig kommer det nå i løpet av året en visning av status for henvisningen på HelseNorge. Det betyr at pasienten selv kan se om henvisningen er vurdert, om han har fått rett til helsehjelp, om det er gitt time mm på HelseNorge.

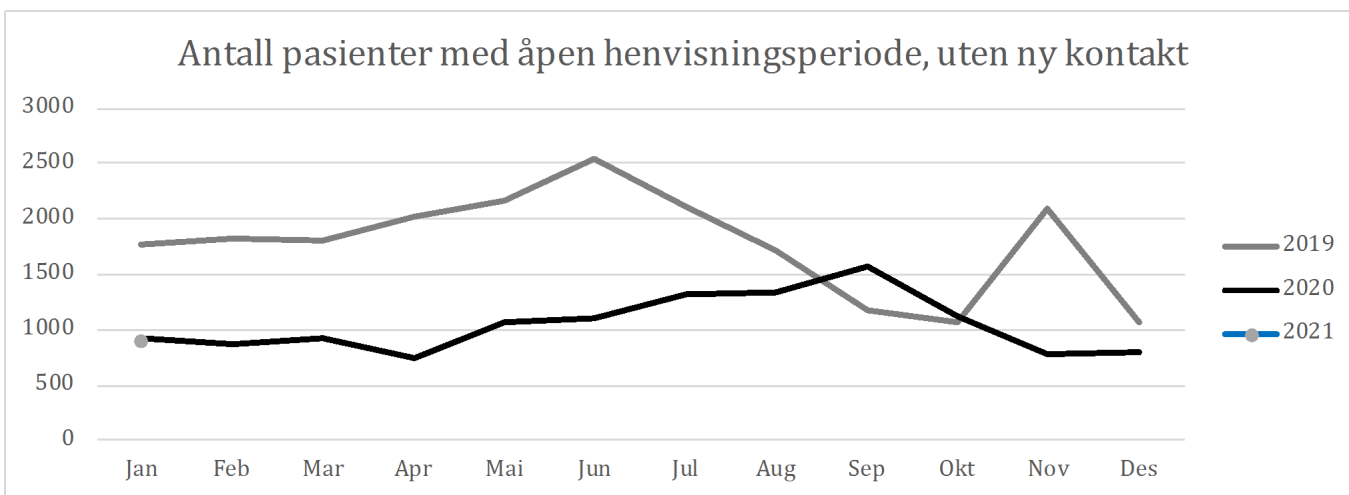
Pasientsikkerhet



Kommentarer:

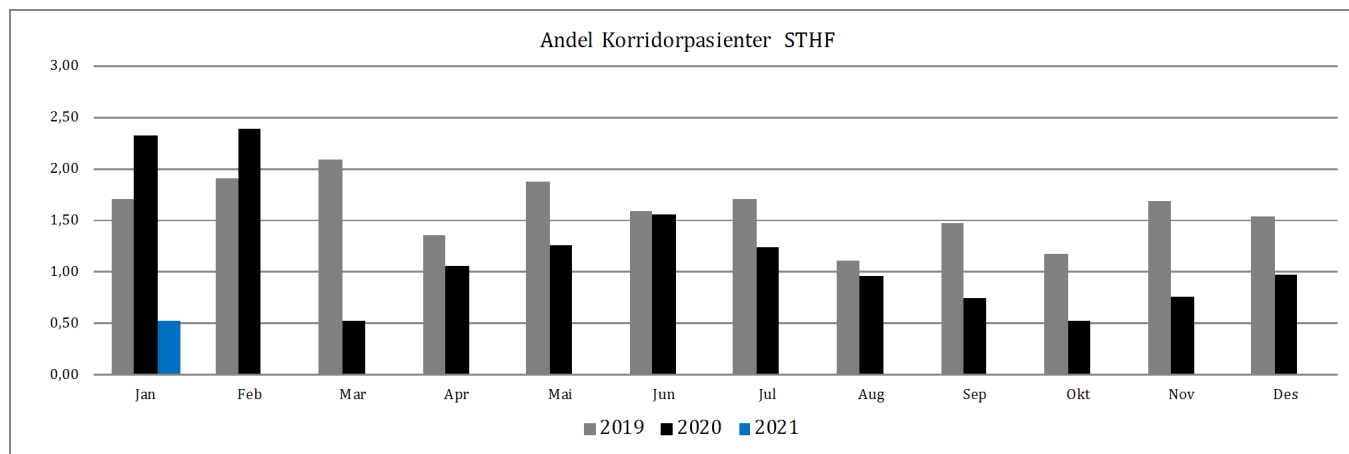
Nivå i januar er for dokumenter eldre enn 14 dager noe bedre enn tidligere år. Dette må sees i lys av lavere aktivitet i januar 2021 enn året før, og det er fortsatt behov for fokus på området.

Antall pasienter med åpen henvisningsperiode er på samme nivå som januar 2020.



Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

Korridorpasienter

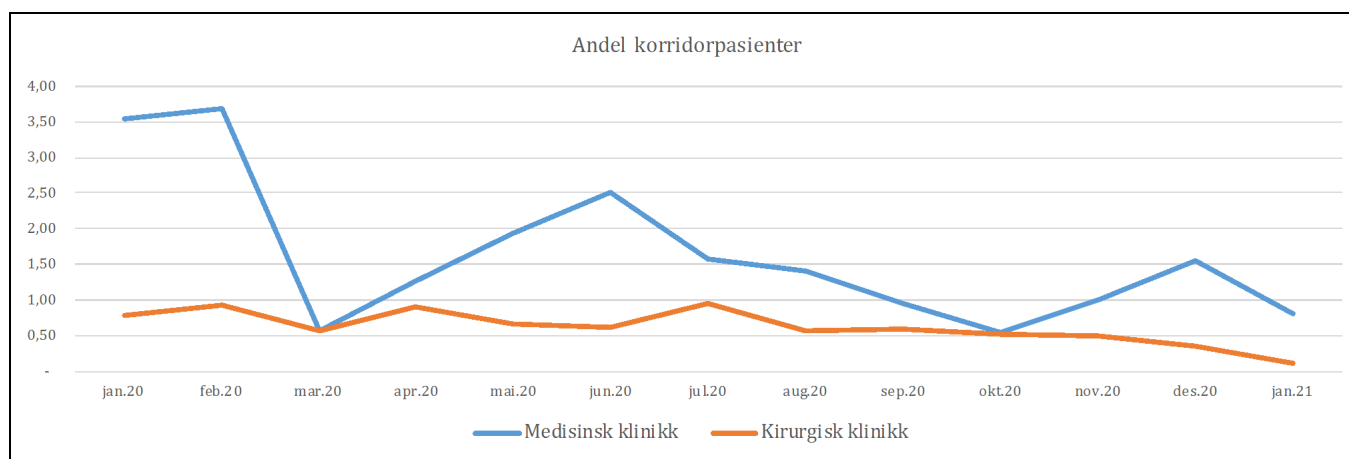


Kommentarer:

Målsettingen er ingen korridorpasienter.

Antall og andel korridorpasienter ved STHF var svært høyt (både sammenlignet med tidligere år og andre HF i HSØ) fram til pandemiutbruddet.

Lavere pasienttilstrømning og færre utskrivningsklare pasienter har gitt lavere belegg på de fleste sengepostene fra mars 2020. Dette har ført til færre pasienter på korridor.



ISF konsultasjoner

ISF konsultasjoner	Januar 2021				Hittil i år				Årsestimat mot årsbudsjett				Endring HiÅ 2021 - 2020		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	Avvik i prosent	Estimat	Budsjett	Avvik	Avvik i prosent	HiÅ 2019	Endring	%
Somatikk	14 384	15 823	-1 439	-9,1 %	14 384	15 823	-1 439	-9,1 %	182 123	182 123	0	0,0 %	16 741	-2 357	-14,1 %
Psykisk helsevern	6 658	7 409	-751	-10,1 %	6 658	7 409	-751	-10,1 %	81 500	81 500	0	0,0 %	7 441	-783	-10,5 %
VOP	3 552	4 454	-902	-20,3 %	3 552	4 454	-902	-20,3 %	49 000	49 000	0	0,0 %	4 636	-1 084	-23,4 %
BUP	3 106	2 955	151	5,1 %	3 106	2 955	151	5,1 %	32 500	32 500	0	0,0 %	2 805	301	10,7 %
TSB	723	1 168	-445	-38,1 %	723	1 168	-445	-38,1 %	12 850	12 850	0	0,0 %	1 014	-291	-28,7 %

Kommentarer:

Det er 9,1% færre ISF-konsultasjoner enn budsjettert i somatikken i januar. Også sammenliknet med januar 2020 som var en måned med høy aktivitet, er det betydelig nedgang.

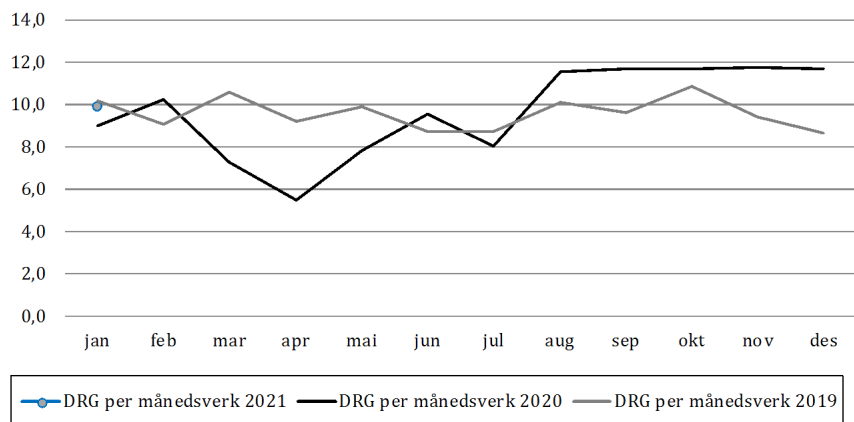
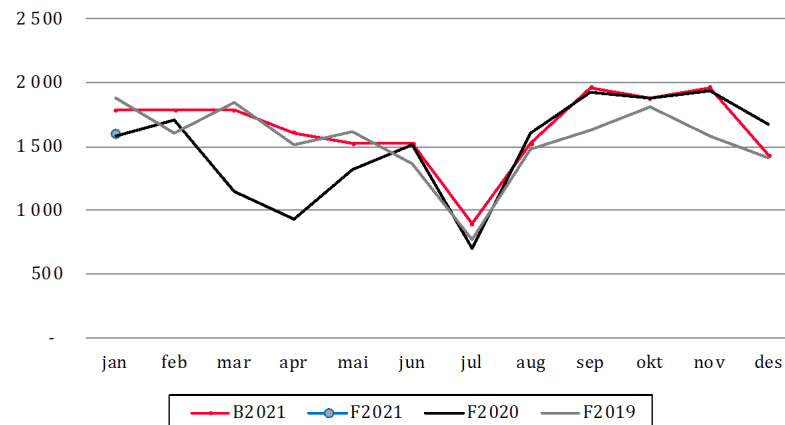
Det er lavere aktivitet enn i fjor innenfor VOP og TSB, mens BUP viser en vekst på hele 10,7 %.

Forklaring:

ISF er en aktivitetsbasert finansieringsordning fra staten til helseforetakene for somatisk spesialisthelsetjeneste, samt for polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB). Finansieringsordningens viktigste formål er å understøtte sørge-for-ansvaret til HFene.

DRG-poeng PHV og TSB utført ved STHF

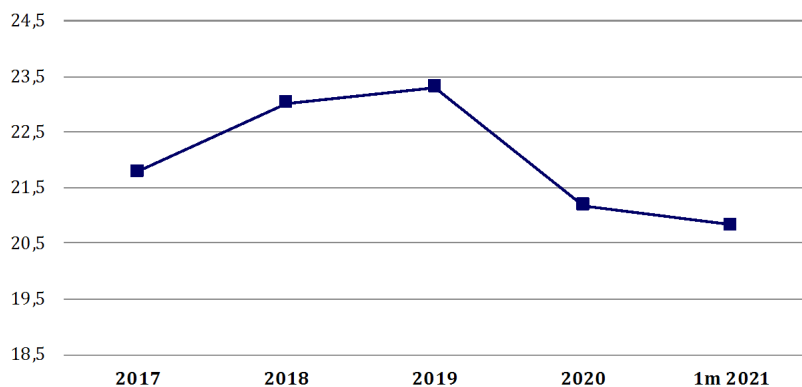
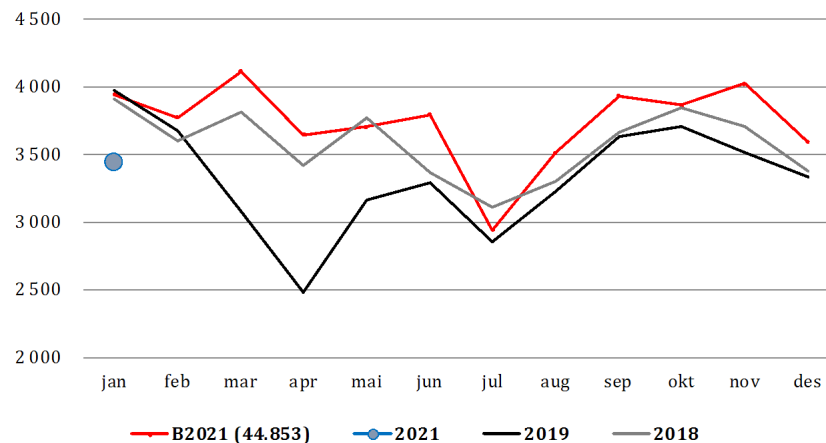
	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2020	Budsjett 2021	ISF avvik
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%			
DPS nedre Telemark	472	636	-165	-26 %	472	636	-165	-26 %	5 989	7 001	-520 642
DPS øvre Telemark	120	171	-51	-30 %	120	171	-51	-30 %	1 675	1 878	-161 552
Psykiatrisk sykehusavdeling	36	35	2	5 %	36	35	2	5 %	378	381	5 458
Raskere tilbake PHV og TSB (underlagt Medisinsk klinikk)	5	8	-3	-40 %	5	8	-3	-40 %	45	84	-9 388
Klinikk for PHV og TSB + Raskere tilbake	632	849	-217	-0	632	849	-217	-0	8 087	9 345	-686 124
Avdeling for barn og unges psykiske helse - ABUP	970	936	34	4 %	970	936	34	4 %	9 820	10 302	106 454
Barne- og ungdomsklinikken	970	936	34	0	970	936	34	0	9 820	10 302	106 454
SUM DRG psykisk helsevern og TSB på STHF	1 602	1 786	-183	-0	1 602	1 786	-183	-0	17 907	19 647	-579 671

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

DRG-poeng PHV og TSB ved STHF

Kommentarer:

BUP har hatt høy aktivitet i januar, sett mot både budsjett og fjoråret, og leverer et DRG-resultat 4 % bedre enn budsjettet. Innenfor VOP og TSB har det derimot vært lav aktivitet og dermed et stort inntektstap denne måneden.

DRG-poeng somatikk, utført ved STHF

	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2020	Budsjett 2021	ISF budsj.-avvik (1000 kr)
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%			
Kirurgisk klinikk	1 618	1 731	-113	-7 %	1 618	1 731	-113	-7 %	1 739	20 305	-2 640
Medisinsk klinikk	1 547	1 891	-345	-18 %	1 547	1 891	-345	-18 %	1 877	20 989	-8 052
BUK	232	281	-48	-17 %	232	281	-48	-17 %	264	3 050	-1 127
Akutt og beredskap	9	9	0	2 %	9	9	0	2 %	11	100	3
MSK	27	30	-3	0 %	27	30	-3	-10 %	43	400	-71
Ernæringspoliklinikk	2	1	1	0 %	2	1	1	0 %	2	10	30
Ufordelt/kvalitetssikring	4	-	4	0 %	4	-	4	0 %	-79	0	0
SUM DRG utført ved STHF	3 439	3 943	-504	-13 %	3 439	3 943	-504	-13 %	3 857	44 854	-11 857
SUM ISF-poeng (inkl. legemidler, FBV) "sørge-for"	3 727	4 236	-509	-12 %	3 727	4 236	-509	-12 %	6 544	48 388	

DRG-poeng per brutto månedsverk somatikk

STHF - DRG-poeng utført ved STHF

Kommentarer:

Aktiviteten er sterkt preget av den pågående pandemien. Det er fortsatt begrensninger på inntak til enkelte sengeposter. Dette gir seg spesielt negativt utslag i antall rapporterte DRG-poeng i Medisinsk klinikk.

Kirurgisk klinikk reduserte planlagte operasjoner de første to ukene i januar grunnet smittesituasjonen ved sykehuset. Dette forklare avviket fra budsjett.

Aktivitet – dag, døgn og poliklinikk

Alle tjenesteområder

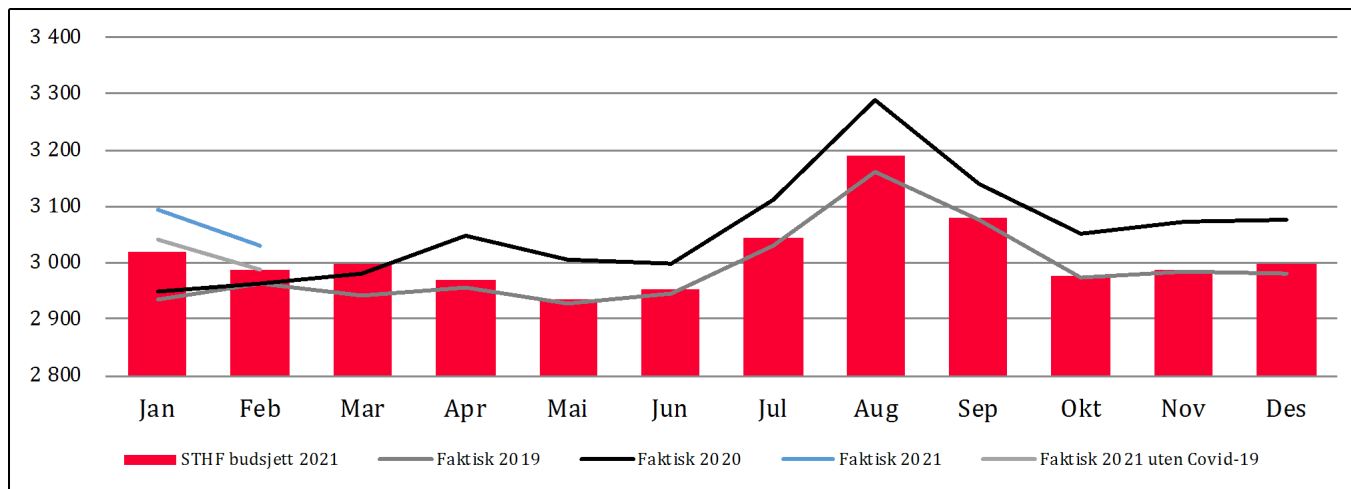
Sykehuset Telemark	Januar 2021				Hittil i år				Endring HiÅ 2021 - 2020		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett- avvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjett- avvik	Avvik i prosent	HiÅ 2020	Endring	%
Somatikk											
Antall utskrivinger døgnbehandling	1 897	2 480	- 583	-23,5 %	1 897	2 480	- 583	-23,5 %	2 255	- 358	-15,9 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	6 506	8 618	-2 112	-24,5 %	6 506	8 618	-2 112	-24,5 %	8 390	-1 884	-22,5 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	2 148	2 256	- 108	-4,8 %	2 148	2 256	- 108	-4,8 %	2 311	- 163	-7,1 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	14 384	15 823	-1 439	-9,1 %	14 384	15 823	-1 439	-9,1 %	16 741	-2 357	-14,1 %
VoP - Psykisk helsevern for voksne											
Antall utskrivinger døgnbehandling	95	137	- 42	-30,7 %	95	137	- 42	-30,7 %	137	- 42	-30,7 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	2 218	2 693	- 475	-17,6 %	2 218	2 693	- 475	-17,6 %	2 767	- 549	-19,8 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	3 552	4 454	- 902	-20,3 %	3 552	4 454	- 902	-20,3 %	4 636	-1 084	-23,4 %
BUP - Psykisk helsevern for barn og unge											
Antall utskrivinger døgnbehandling	10	8	2	31,0 %	10	8	2	31,0 %	15	- 5	-33,3 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	177	240	- 63	-26,3 %	177	240	- 63	-26,3 %	171	6	3,5 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	3 106	2 955	151	5,1 %	3 106	2 955	151	5,1 %	2 805	301	10,7 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling											
Antall utskrivinger døgnbehandling	18	29	- 11	-37,9 %	18	29	- 11	-37,9 %	32	- 14	-43,8 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	226	282	- 56	-19,8 %	226	282	- 56	-19,8 %	305	- 79	-25,9 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	723	1 168	- 445	-38,1 %	723	1 168	- 445	-38,1 %	1 014	- 291	-28,7 %

Kommentarer:

Svært lav aktivitet innenfor voksenpsykiatrien i januar. Dette skyldes blant annet nedtak av 6 senger som følge av gul beredskap og nedtak av 5 senger på DPS som følge av mangel på spesialister. I tillegg stoppet DPS all elektiv innleggelse i perioden med gul beredskap. DPS post B i Porsgrunn drifter med 5 senger færre inntil de får tilstrekkelig med spesialister på plass. Antall henvisninger til Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling var i januar 20 % lavere enn januar i fjor.

Kommentarer somatikk, se forrige side

Brutto månedsverk



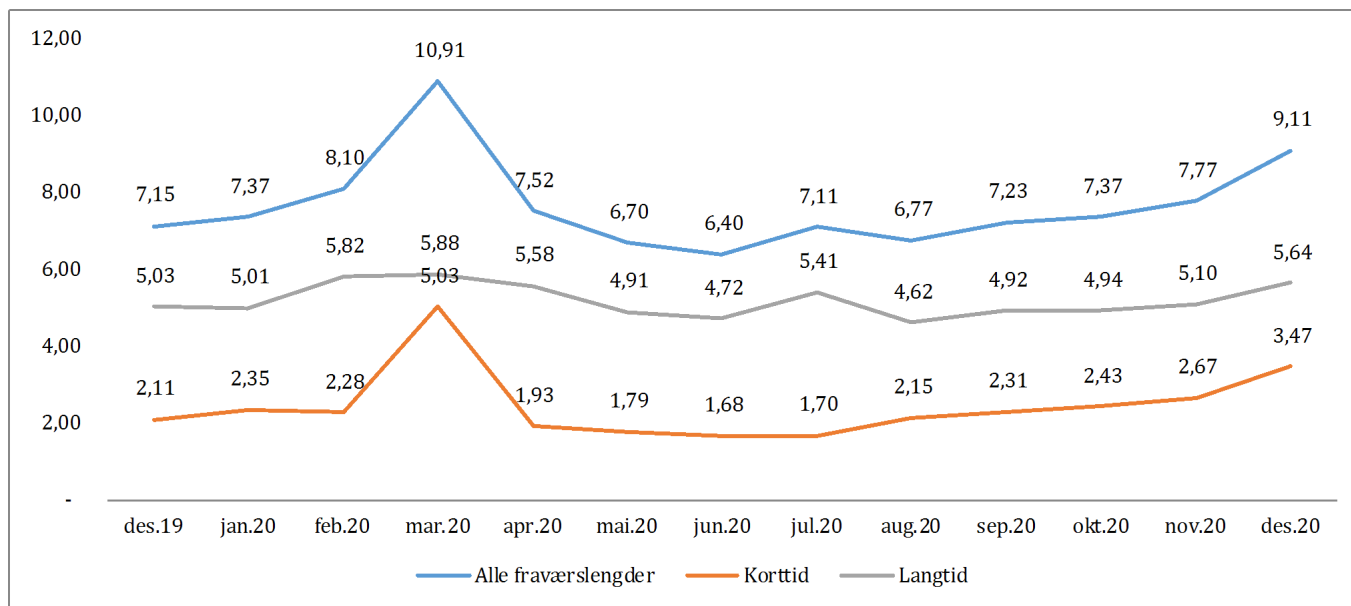
Kommentarer:

Det ble utbetalt 3093 brutto månedsverk i januar, noe som er 2,4 % over budsjett og 4,8 % høyere enn i januar i fjor. 40 % av økningen skyldes Covid-19 (ekstra adgangskontroll, ekstra smittevern osv).

Både høyt sykefravær og et stort etterslep av ferieuttak førte til økt vikarforbruk i desember, som ble utbetalt i januar.

Sykehuset Telemark	Denne periode				Hittil i år (gjennomsnitt)				Endring HiÅ 2021 - 2020		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	Avvik i prosent	HiÅ 2020	Endring	%
Somatikk	2 158	2 098	- 59	-2,8 %	2 158	2 098	- 59	-2,8 %	2 041	117	5,7 %
VoP	539	541	2	0,3 %	539	541	2	0,3 %	521	18	3,5 %
BUP	161	153	- 7	-4,8 %	161	153	- 7	-4,8 %	154	6	4,1 %
Psykisk helsevern	700	694	- 6	-0,8 %	700	694	- 6	-0,8 %	676	24	3,6 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	59	62	3	4,5 %	59	62	3	4,5 %	61	- 1	-2,2 %
Prehospitale tjenester	159	147	- 12	-8,4 %	159	147	- 12	-8,4 %	155	5	3,0 %
Annet	17	18	1	7,7 %	17	18	1	7,7 %	18	- 1	-7,6 %
Tota	3 093	3 020	- 73	-2,4 %	3 093	3 020	- 73	-2,4 %	2 950	143	4,8 %

Sykefravær



Kommentarer:

Sykefraværet i desember på 9,1 % er hele 2 % - poeng høyere enn i desember i fjor.

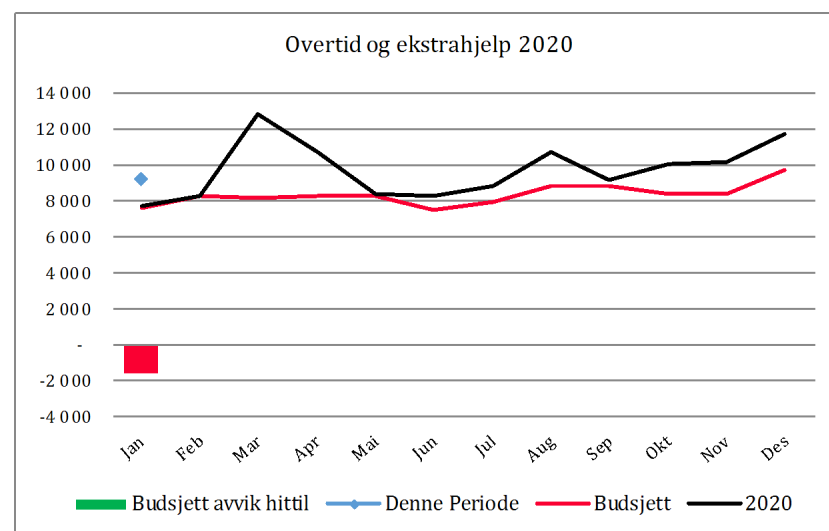
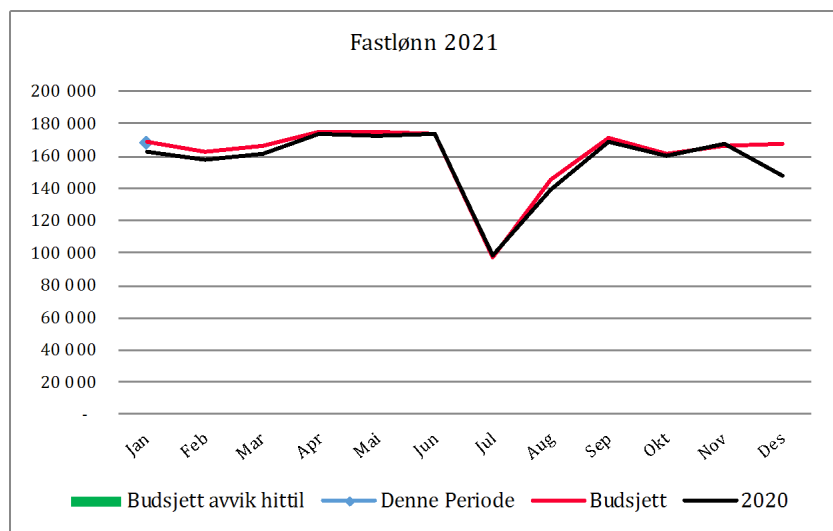
2,3 %-poeng av sykefraværet skyldes ansatte i karantene i desember.

Mest rammet av karantenefravær var Medisinsk klinikk med 3,5 % og Kirurgisk klinikk med 3,1 %.

Bemanning

Lønnskostnader/innleie helsepersonell

Sykehuset Telemark HF Tall i hele tusen	202101				Hittil i år				Endring HiÅ 2021 - 2020		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	Avvik i prosent	HiÅ 2020	Endring	%
Lønn til faste ansatte	168 531	168 870	339	0,2 %	168 531	168 870	339	0,2 %	163 254	5 277	3,2 %
Overtid og ekstrahjelp	9 248	7 631	-1 617	-21,2 %	9 248	7 631	-1 617	-21,2 %	7 775	1 473	18,9 %
Innleid arbeidskraft	1 666	1 358	-308	-22,7 %	1 666	1 358	-308	-22,7 %	1 169	497	42,5 %
Sum lønnskostnader	223 733	221 064	-2 669	-1,2 %	223 733	221 064	-2 669	-1,2 %	208 641	15 092	7,2 %



Kommentarer:

Unormalt høye sykepengerefusjoner i januar bidro til at samlede lønnskostnader i perioden var på budsjett.

Overtid og ekstrahjelp var 1,7 mnok høyere enn budsjett i januar.

Resultat

STHF	Denne Periode			Hittil			Helår	
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Årsbudsjett	Estimat
STHF intern								
Basisramme inkl. KBF	222 496	222 496	0	222 496	222 496	0	2510 786	2 510 786
ISF egne pasienter	65 835	75 835	-10 000	65 835	75 835	-10 000	862 350	862 350
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	14 822	16 654	-1 832	14 822	16 654	-1 832	190 427	190 427
ISF - refusjon poliklinisk PHV/TSB	5 165	5 759	-594	5 165	5 759	-594	63 321	63 321
ISF - refusjon pasientadministrative legemidler (H-reseptor)	6 399	6 463	-64	6 399	6 463	-64	77 554	77 554
Poliklinikk inntekter	8 176	9 420	-1 245	8 176	9 420	-1 245	107 388	107 388
Egenandel Poliklinikk inkl HELFO	7 415	8 427	-1 013	7 415	8 427	-1 013	95 608	95 608
Egenandel HELFO pasientreiser	884	1 527	-644	884	1 527	-644	32 868	32 868
Annen inntekt	33 237	27 430	5 807	33 237	27 430	5 807	348 026	348 026
SUM DRIFTSINNTEKTER	364 427	374 012	-9 585	364 427	374 012	-9 585	4288 328	4 288 328
Varekostnad	87 676	84 068	3 608	87 676	84 068	3 608	993 352	993 352
Lønn eks. pensjon	189 760	192 196	-2 436	189 760	192 196	-2 436	2208 526	2 208 526
Pensjonskostnader	32 307	27 510	4 797	32 307	27 510	4 797	314 708	314 708
Andre driftskostnader	54 035	66 496	-12 462	54 035	66 496	-12 462	726 732	726 732
SUM DRIFTSKOSTNADER	363 778	370 271	-6 492	363 778	370 271	-6 492	4243 318	4 243 318
DRIFTSRESULTAT	649	3 742	-3 093	649	3 742	-3 093	45 010	45 010
Finansresultat	527	425	102	527	425	102	4 990	4 990
ÅRSRESULTAT	1 176	4 167	-2 991	1 176	4 167	-2 991	50 000	50 000
Pensjonskostnader	4 797	0	4 797	4 797	0	4 797	0	-
ÅRSRESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER	5 973	4 167	1 806	5 973	4 167	1 806	50 000	50 000

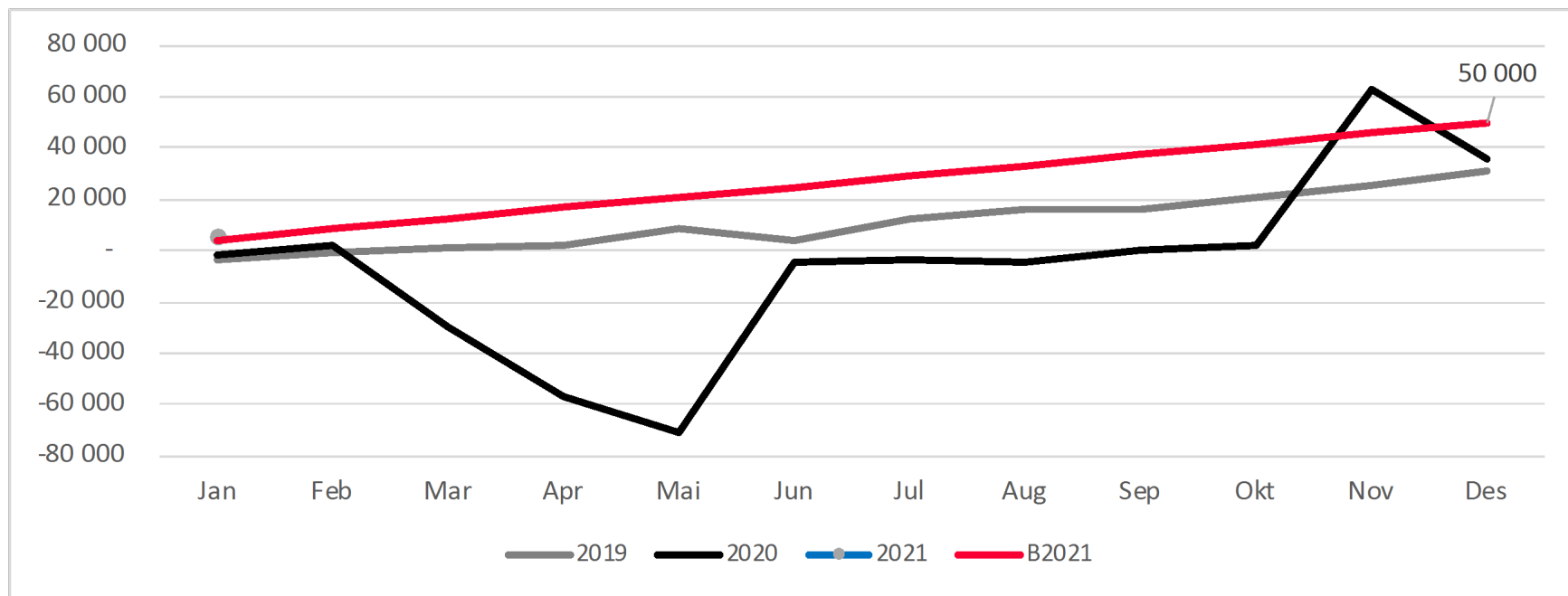
Kommentarer:

Sykehuset rapporterer et resultat på 6,0 millioner kr. i januar, 1,8 millioner kr. bedre enn budsjett. Dette skyldes hovedsakelig lavere lønnskostnader enn budsjettert, som følge av høye sykepengerefusjoner og begrenset bruk av vikarer, i en periode med lavt belegg på sengepostene. Det har i januar vært planlagt med økt aktivitet, bl. a gjennom midlertidig å gjenoppta operasjonsaktivitet på fredager i Porsgrunn. Følgkostnadene ved dette har vært lavere enn budsjettert og bidrar positivt til resultatet.

Koronasituasjonen har påvirket foretakets drift negativt med om lag 16 millioner kr. i januar. Det er inntektsført tilsvarende beløp av årets øremerkede COVID-19 tilskudd. Det er identifisert økte kostnader på om lag 4,5 millioner kr., mens inntektstapet er beregnet til 11,5 millioner kroner. Gjenstående øremerket tilskudd og utsatt inntekt fra 2020 utgjør dermed 46,7 millioner kr.

Resultat

Akkumulert resultat justert for endrede pensjonskostnader (HSØ) (Hele tusen)



Sykehuset Telemark HF	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Resultat per måned justert for pensjonskostnader	5 973	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Budsjettavvik	1 806	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	17.02.2021

Type sak (sett kryss)						
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema

Sak: 006-2021

Sluttrapport Akuttkjedeprojektet 2016-2020

Hensikten med saken

Saken omhandler Sluttrapport for Akuttkjedeprojektet, som ble etablert i 2016. Akuttkjedeprojektet har vært et samhandlingsprosjekt mellom Sykehuset Telemark og kommunene. Målet har vært å styrke den akutte helsetjenesten, og ambisjonen har vært å skape Norges beste akuttjede.

Sluttrapporten med tilhørende underdokumentasjon ligger som vedlegg til saken.

Forslag til vedtak

Styret tar Sluttrapport Akuttkjedeprojektet 2016-2020 til orientering.

Skien, 8. februar 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Bakgrunn for saken

Saken omhandler Sluttrapport for Akuttkjedeprojektet 2016-2020.

Helseforetaket vedtok en ny strategi fra 2016 der akuttkjeden ble definert som ett av tre medisinske satsingsområder. Som en følge av dette ble Akuttkjedeprojektet etablert i april 2016. Målet var en felles kunnskapsbasert praksis, noe som innebærer at like tilstander skal gis likeverdig behandling, uavhengig av geografi.

Akuttkjedeprojektet har vært eid av Sykehuset Telemark, og det ble bestemt at projektet skulle ha et pasientfokus, likeverdighet mellom sykehus og kommuner, og en prosjektleder fra kommunene.

Sykehuset Telemark tar imot mer enn 2.500 pasienter hver måned med ulike akutte tilstander, både somatiske og psykiatriske og en stor majoritet av de somatiske innleggelsene er eldre pasienter, ofte med sammensatte medisinske tilstander.

Det ble gjort tre viktige valg i akuttkjedeprojektet;

- Pasientfokus
- Fokus på likeverdighet mellom sykehus og kommuner
- Prosjekt i egen regi med prosjektleder fra kommune

En tradisjonell prosjektorganisering med prosjekteier, styringsgruppe og prosjektgruppe ble valgt. Målsettingen var bredt sammensatte grupper, hvor alle ledd i kjeden var representert, både fra kommunene og sykehuset, og fra både by og land. Brukere og tillitsvalgte ble også involvert.

Prosjektmandatet:

«Norges beste akuttkjede»

Prosjektet skal bidra til en styrket akuttkjede innen somatikk og psykiatri i hele Telemark. Pasienten skal ivaretas i alle ledd. Målet er likeverdig, ensartet og kunnskapsbasert praksis ved diagnostikk og behandling av akutte tilstander



Akuttkjeden starter fra et akutt symptom oppstår til pasienten er inne på rett behandlingsted. Prosjektet har bestått av deltakere fra alle aktørene i akuttkjeden, og det har vært viktig å skape et felles virkelighetsbilde og felles mål. Det har blitt gjennomført et omfattende kartleggingsarbeid, som har resultert i en rekke innsikter. På bakgrunn av dette er det gjennomført flere tiltak.

Gjennomførte tiltak:

- Det er utviklet en felles «verktøykasse» med praktiske verktøy og felles sjekklister/tiltakskort
- Det er utarbeidet flytskjema for 14 akutte pasientforløp, og det er laget et observasjonsskjema som følger pasienten gjennom hele forløpet

- Prosjektet har etablert egne akuttsekker som inneholder utstyr for å ta vitalparametermålinger og håndtere akutte tilstander på stedet
- Det er utviklet en egen app («Akuttkjeden Telemark») til bruk for alle aktørene i akuttkjeden
- Det er laget ulike tiltakskort
- Prosjektet har utviklet informasjonsfilmer og e-læringskurs

Det har vært stort engasjement både fra ansatte i sykehuset og i kommunene. De ulike aktørene i akuttkjedeprojektet har fått en større forståelse og respekt for hverandres roller. Prosjektet har blant annet bidratt til:

- Å styrke kvaliteten og pasientsikkerheten i den akutte helsetjenesten
- Å sikre pasientene rett behandling på rett nivå
- Samhandlingen mellom sykehuset og kommunene har blitt bedre
- Positivt omdømme lokalt, regionalt og nasjonalt.

Helsedirektoratet vurderer med bakgrunn av erfaringene fra prosjektet en nasjonal utrulling av verktøykasse og konsept fra Akuttkjeden Telemark.

Akuttkjedeprojektet har i perioden 2016-2020 hatt eksterne kostnader på 3 millioner kroner. Av beløpet er 1,95 millioner kroner tilført i innovasjonsmidler fra Helse Sør-Øst RHF.

2. Administrerende direktørs anbefaling

Administrerende direktør anbefaler styret å ta sluttrapport Akuttkjedeprojektet 2016-2020 til orientering.

Vedlegg:

- Sluttrapport Akuttkjedeprojektet 2016 - 2020



Akuttkjedeprojektet 2016-2020

Sluttrapport

Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33



Innhold

1. Sammendrag	4
2. Bakgrunn og mandat	5
3. Prosess	6
3.1. Prosessen	6
3.2. Organisering av prosjektperioden	7
3.3. Innsikter	8
4. Samhandlingsverktøy og løsninger	10
4.1. Pasientflyt	10
4.1.1. Somatikk	10
4.1.2. Psykiatri og rus	10
4.2. Pasientens følgeskjema	11
4.3. Akuttsekk	12
4.4. App	12
4.5. Tiltakskort	13
4.6. Instruksjonsfilmer og e-læring	14
5. Måloppnåelse	16
5.1. Tilbakemeldinger	16
5.2. Aktivitet og kvalitet	17
5.3. Læring	18
6. Økonomi og ressursbruk	22
Kontaktinformasjon – vil du vite mer?	24



1. SAMMENDRAG

Akuttkjedeprojektet ble etablert i 2016. Dette er et samhandlingsprosjekt mellom Sykehuset Telemark og kommunene. Målet har vært å styrke den akutte helsetjenesten, og ambisjonen har vært å skape Norges beste akuttkjede. I prosjektet er akuttkjeden definert fra et akutt symptom oppstår til pasienten er inne på rett behandlingssted.

Prosjektet har bestått av deltakere fra alle aktørene i akuttkjeden. Ambulansetjenesten, AMK, akuttmottak, legevakt, fastleger og kommunal hjemmetjeneste har vært representert.

Det har vært viktig å etablere et felles virkelighetsbilde og felles mål. Det har blitt gjort et omfattende kartleggingsarbeid, det er trukket ut en rekke innsikter, og på bakgrunn av dette ble det gjennomført flere tiltak.

Det er utarbeidet flytskjema for 14 akutte pasientforløp, og det er laget et observasjonsskjema som følger pasienten gjennom hele forløpet. Prosjektet har tatt i bruk egne akuttsekker, det er utviklet en egen app for alle aktørene i akuttkjeden, og det er laget ulike tiltakskort. Prosjektet har også utviklet informasjonsfilmer og e-læringskurs.

Det har vært stort engasjement fra ansatte ved både sykehuset og i kommunene, og de ulike aktørene i akuttkjedeprojektet har fått en større forståelse og respekt for hverandres roller. Prosjektet har styrket kvaliteten og pasientsikkerheten i den akutte helsetjenesten, og det har bidratt til å sikre pasientene rett behandling på rett nivå. Samhandlingen og tilliten mellom sykehuset og kommunene har blitt styrket, og prosjektet har bidratt til positivt omdømme lokalt, regionalt og nasjonalt.





2. BAKGRUNN OG MANDAT

Befolkningens akuttmedisinske tilbud er et felles ansvar mellom kommuner og sykehus. Den akuttmedisinske kjeden består av en rekke vurderinger og handlinger hvor det ofte er mange aktører som deltar. I noen tilfeller omfatter den også behandling på intensivavdeling og operasjonsavdeling, og i psykiatrien kan akuttpost, sikkerhetspost, ungdomspsykiatrisk senter og andre avdelinger være involvert.

Sykehuset Telemark tar imot flere enn 2 500 pasienter hver måned med ulike akutte tilstander – både somatikk og psykiatri og rus. En stor majoritet av de somatiske innleggelsene er eldre pasienter, ofte med sammensatte medisinske tilstander.

Det er viktig for kvaliteten i tjenesten at samhandlingen fungerer godt i alle ledd. Det var en erkjennelse at det var utfordringer med å få til god og sammenhengende pasientvurdering, behandling og informasjonsflyt. Pasientene opplevde at det «lugget i overgangene» mellom leddene i det akutte behandlingsforløpet.

Samhandlingsreformen ble iverksatt av regjeringen Stoltenberg 1.1.2012. Målet med reformen var å styrke samarbeidet mellom kommuner og sykehus for å oppnå «rett behandling - på rett sted - til rett tid».

Demografi, geografi og kultur har bidratt til at Telemark har et relativt høyt forbruk av helse-tjenester. Det var stor variasjon i bruk av helse-tjenester internt i fylket. Opptaksområdet for Sykehuset Telemark dekker 17 kommuner med til sammen 170 000 innbyggere. Kommunene er svært ulike i størrelse, organisering, økonomi og demografi. Det er en stor, urban region i sør, og lav befolkningstetthet med store avstander i øvre del av dekningsområdet.

Optimal samhandling mellom kommuner og sykehus ble utfordret av flere strukturelle og kulturelle faktorer. Dette skyldes blant annet ulike styringsmodeller og ulik organisering av fag og ledelse i kommuner og sykehus. Kommunene

beskrev en opplevd mangel på likeverdighet og tillit i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten.

Sykehuset Telemark har to somatiske akuttsykehus. Sykehuset i Skien er et allsidig akuttsykehus med blant annet fødetilbud, barneavdeling og traumefunksjon. Notodden sykehus har akutfunksjoner innen indremedisin, generell kirurgi og ortopedi. I Skien har sykehuset også sykehusavdelinger for psykisk helsevern og rusbehandling. I Seljord, Notodden, Kragerø og Porsgrunn er det distriktpsykiatriske tilbud.

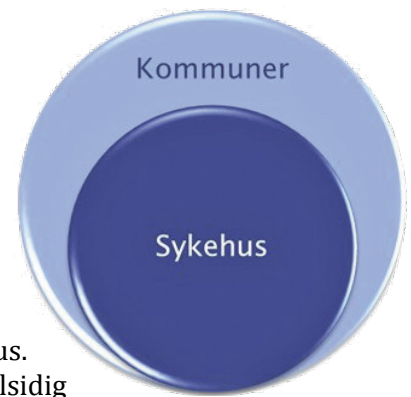
Sykehuset Telemark har jobbet målrettet med forbedring av akutfunksjonene i mange år. I 2015 ble det etablert en samlet akutt- og beredskapsklinikk med ansvaret for ambulanse, akuttmottak, intensiv og anestesi.

Helseforetaket vedtok en ny strategi fra 2016 der akuttkjeden ble definert som ett av tre medisinske satsingsområder. Som en følge av dette ble Akutt-kjedeprosjektet etablert i april 2016. Målet var en felles kunnskapsbasert praksis, noe som innebærer at like tilstander skal gis likeverdig behandling, uavhengig av geografi.

Prosjektet har vært eid av Sykehuset Telemark, og det ble bestemt at det skulle ha et pasientfokus, likeverdighet mellom sykehus og kommuner, og en prosjektleder fra kommunene.

Det ble valgt en tradisjonell prosjektorganisering med prosjekteier, styringsgruppe og prosjektgruppe. Målsettingen var bredt sammensatte grupper, hvor alle ledd i kjeden var representert, fra både kommunene og sykehuset, og fra både by og land. Brukere og tillitsvalgte ble også involvert.

Prosjektet satte seg et hårete mål om å bli Norges beste akuttkjede.



3. PROSESS

3. 1 Prosessen

Prosessen har vært det viktigste verktøyet vi har hatt i prosjektet. Vi var nøye med hvem vi valgte ut til å være med i gruppene. Alle ledd i kjeden skulle være involvert. Det ble jobbet med å få med fagfolk fra alle ledd. Prosjektlederen ble en allmennlege fra kommunen som hadde erfaring fra arbeid som akuttlege i mottak. Vi hadde også en brukerrepresentant i hovedprosjektgruppa det første året. Faget har hele tiden vært i fokus, ikke økonomi eller andre faktorer. Likeverdighet lå til grunn, og alle stemmer skulle telle like mye.

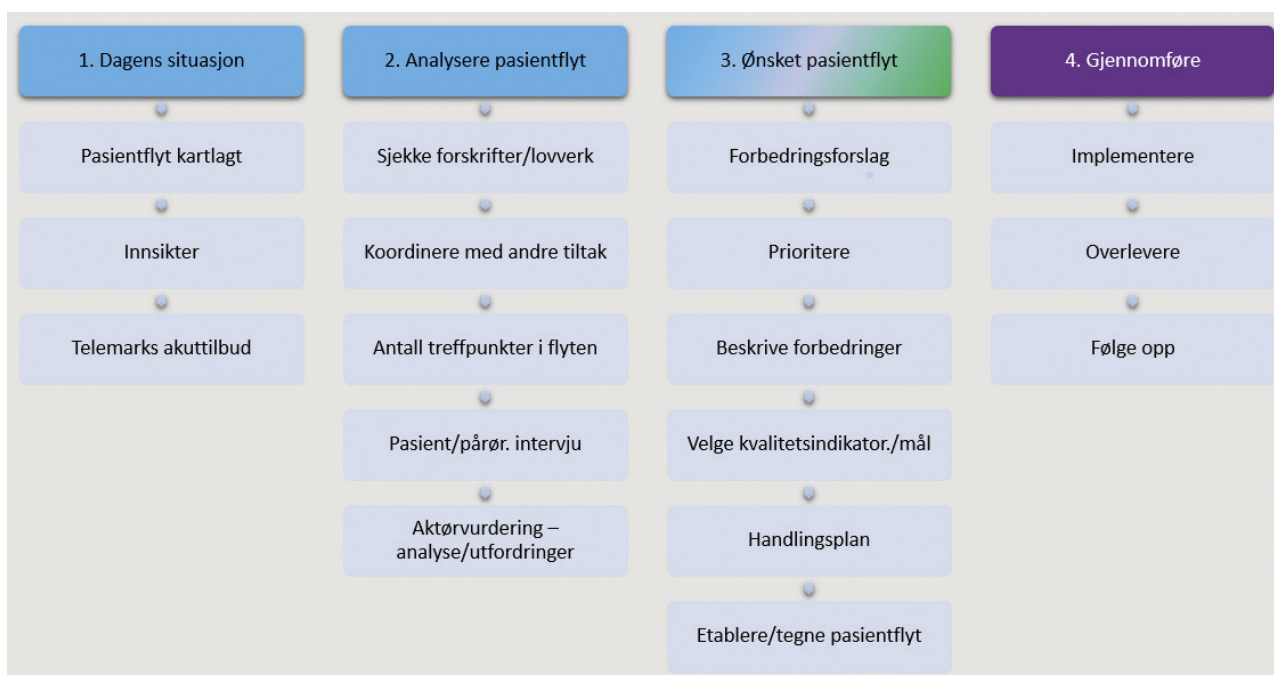
Alle som ble spurt om å bidra har sagt ja. Hvorfor? Fordi alle liker å snakke om fag og alle hadde en genuin interesse av å bidra til en bedre, mer effektiv og likeverdig håndtering av pasientene gjennom akuttkjeden. Vi har vært tydelige og opptatt av forankring, både innad på sykehuset og i kommunene. Det var aksept fra klinikksefer om å ta folk ut av drift for å delta. Det samme var det i kommunene.

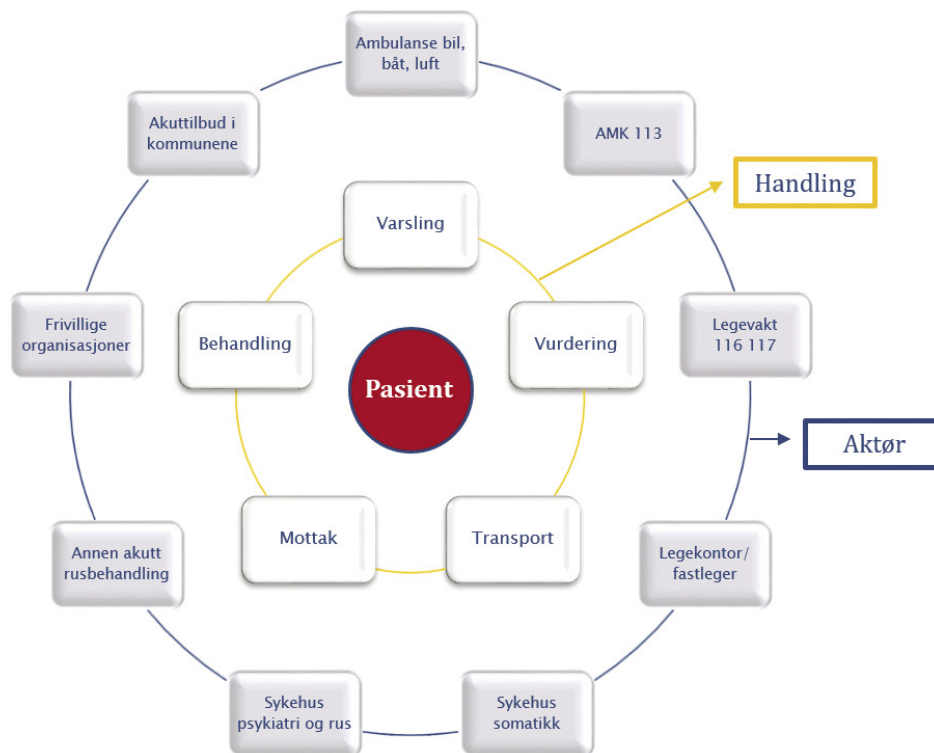
Vi har hatt store og små møteplasser, gruppesamtaler og plenumsdiskusjoner. Deltakerne har alltid bedt om mer tid til å snakke sammen. Det har vært viktig å bli kjent, både med hverandre og hverandres hverdag.

Vi startet med en bred kartlegging, verifiserte funnene og bearbeidet disse. Deretter trakk vi ut innsikter av kartleggingsarbeidet. Disse innsiktene har i etterkant lagt grunnlaget for en rekke tiltak som tilsammen utgjorde handlingsplanen for de neste tre til fire årene.

Vi kartla alle tenkelige pasientflyter gjennom hele den akutte kjeden, i både by og distrikt, og i tillegg skulle det samlede akuttilbudet i hele Telemark kartlegges.

Definisjonsmakten har hele tiden ligget i prosjektet. Dette har vært viktig for engasjementet og troverdigheten til resultatene.





3.2 Organisering av prosjektperioden

2016	Forprosjekt – delt opp i tre delprosjekter <ul style="list-style-type: none"> • Prehospital pasientflyt • Inhospital pasientflyt • Telemarks samlede akutte tilbud • Utviklet felles innsikter
2017	Hovedprosjekt - utarbeidelse av verktøy – delt opp i fire delprosjekter <ul style="list-style-type: none"> • Pasientflyt somatikk • Samhandling og kompetanseutvikling • Dokumentasjon og kommunikasjon • Legevakter
2018	Pilotering
2019-2020	<ul style="list-style-type: none"> • Revidert verktøy • Pasientflyt psykiatri og rus • Implementering

Vi har hatt tre tydelige fokusområder i prioritert rekkefølge:

1. Pasienten i fokus, hva er det beste for pasienten?
2. Kommunikasjon, hyppig og presis kommunikasjon, til rett tid
3. Samhandling, likeverdige samarbeidspartnere

3.3 Innsikter

Innsiktene som er utviklet i forprosjektet er basert på en kritisk gjennomgang av mange akutte behandlingsforløp.

Det har blitt trukket ut over 30 innsikter fra kartleggingsarbeidet. En komplett oversikt over innsiktene følger som vedlegg til rapporten.

Disse har langt på vei bekreftet hypotesene vi hadde før vi startet prosjektet. Vi ser også at variasjonene er store og at det er få standardiserte flyter som dekker hele det akutte behandlingsforløpet. Vi har fått bekreftet at alle ledd i kjeden ønsker en tettere dialog, mer samtrening og arenaer der de kan bli kjent med hverandre.

Prosjektgruppa har trukket ut noen innsikter som sentrale

- **Variierende tillitt og anerkjennelse mellom aktørene i akuttkjeden**

Aktørene i akuttkjeden har uavklarte forventninger til hverandre. De stoler ikke på hverandre eller hverandres vurderinger. Dette resulterer i at pasientene undersøkes unødvendig mange ganger. Dette gjelder både utenfor og innenfor sykehuset.

- **Standardisering gir gode pasientforløp**

Vi ser at de standardiserte flytene gir en raskere og riktigere behandling og mindre variasjon i forløpet. Ikke-standardiserte pasientforløp kan være belastende for pasienten, og medfører bortkastet tid og ressurser.

- **En sammenhengende journal ville styrke pasientsikkerheten**

Viktig informasjon kan bli forsinket eller forsvinne ved at hvert ledd har sitt eget system.

- **Legevaktene i fylket har stor variasjon i tjenestetilbudet**

De kommunale legevaktene i Telemark har ulike åpningstider, utstyr, bemanning og kompetanse. Forskjellene er utfordrende for både pasienter og samarbeidspartnere.

- **Akuttmottaket er en avansert samhandlingsarena med uklarhet i ansvarsfordelingen**

Ansvar for pasientbehandlingen er fordelt på mange fag og organisatoriske enheter. Pasienteierskap er ofte uklart. Uhensiktsmessig organisering og samtidhetskonflikter fører ofte til lang ventetid.



4. SAMHANDLINGSVERKTØY OG LØSNINGER

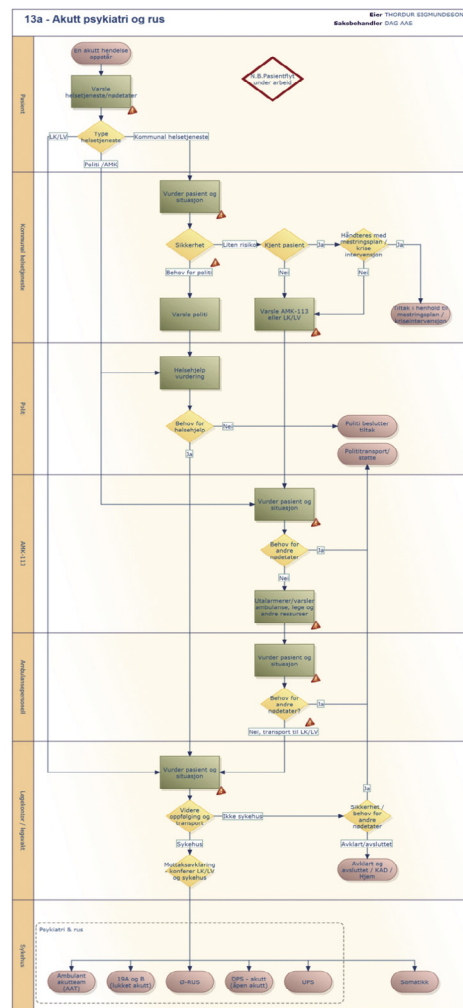
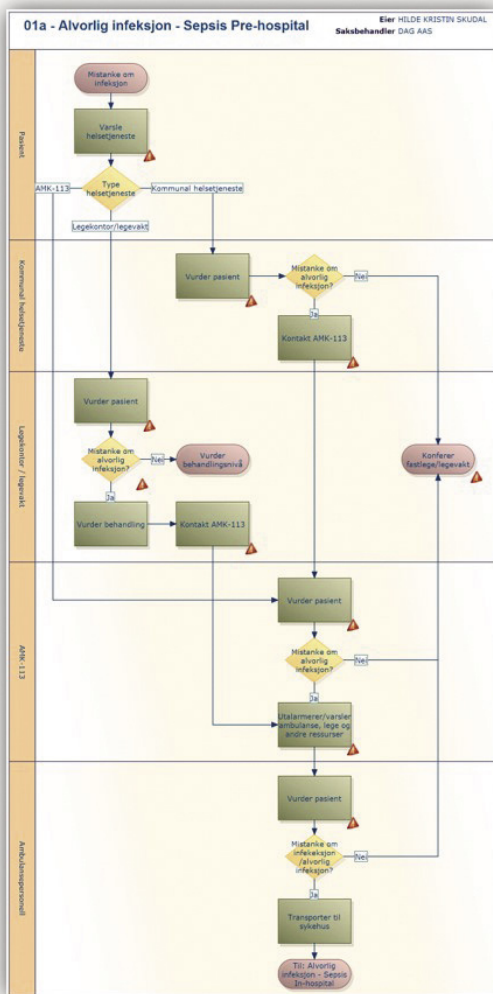
4.1 Pasientflyt

4.1.1 Somatikk

I prosjektperioden ble det utviklet og tegnet forbedret flytskjema for 14 akutte pasientforløp. Flytene inkluderer alle aktører og viser veien for pasienten fra en hendelse oppstår til den er ferdig utredet, enten i akuttmottak eller tidligere i flyten.

4.1.2 Psykiatri og rus

Prosjektet har etablert en forbedret pasientflyt for akuttpsykiatri og rus. Pasientens følgeskjema er tilpasset slik at det blir lettere for aktørene i akuttkjeden å dokumentere viktig informasjon knyttet til akutte hendelser innen rus og psykiatri.




Prioritert i prosjektperioden	
1. Uavklart problem	8. STEMI (konstatert av lege)
2. Traume	9. Infeksjon - Feber - Sepsis
3. Akutt hjerneslag	10. Magesmerter
4. Hoftebrudd (mistanke om)	11. Hjertestans
5. KOLS/Astma forverring	12. Akutt poliklinikk
6. Blodpropp - DVT	13. Korona
7. Brystsmerter	14. Akutt psykiatri og rus

4.2 Pasientens følgeskjema

Pasientens følgeskjema er et observasjons-skjema som følger pasienten gjennom hele forløpet. Det skal sikre tidlig oppdagelse av livstruende tilstand. Dette er en enkel løsning

på papir der vitalparametere og annen relevant pasientinformasjon blir registret. Det jobbes videre etter prosjektets avslutning med en elektronisk løsning for alle aktører.



AKUTTKJEDEN TELEMARK

NEWS poeng

0	1	2	3
---	---	---	---

<p>Kontaktårsak:</p> <p>Dato:</p> <p>Navn:</p> <p>Personnr:</p> <p>Adresse:</p> <p>Postnr./sted:</p> <p>Hendelsessted:</p> <p>Cave/straks allergi:</p> <p>Medisinliste sendt med pasient? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Kjent smitte:</p> <p>Behandlinger i utlandet siste 12 mnd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Annen viktig informasjon:</p> <p>Inntak av alkohol? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Inntak av rus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Mestringsplan ved kriser tilgjengelig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Har pasienten uttrykt ønske/plan om å ta sitt eget liv? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Kommunale tjenester? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Kontaktperson komm.tjenester/telefonnr:</p> <p>Pårørende varslet (navn/tlf)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Omsorg for barn? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Barn ivarett av (navn/tlf/adresse):</p> <p>qSOFA avkrysses på alle pasienter med MISTANKE OM/PÅVIST INFEKSJON</p> <p>RF_{≥22}/min</p> <p>Syst BT_{≥100}</p> <p>Endret mental status <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Q-SOFA _{≥2} OG MISTANKE OM/PÅVIST INFEKSJON</p> <p>Kontakt ansvarlig lege</p> <p>SEPSIS pakke bestilt</p> <p>Første dose AB – kl:</p> <p style="color: red; font-weight: bold;">SEPSIS: oppstart AB snarest og innen 60 min</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Dato</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Klokkeslett</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aktor</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="background-color: #4a7ebb; color: white; font-weight: bold;">A+B Respirasjons- frekvens (pr/min)</td> <td>≥25</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>21-24</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>12-20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9-11</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="background-color: #4a7ebb; color: white; font-weight: bold;">A+B Skala 1 SpO₂ (%)</td> <td>≤8</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>≥96</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>94-95</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>92-93</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td rowspan="6" style="background-color: #4a7ebb; color: white; font-weight: bold;">Skala 2 SpO₂ (%) skal kun brukes på pasienter med kjent hyperkapnisk respirasjonssvikt med mål om SpO₂ mellom 88 – 92%, verifisert ved blodgassanalyse eller lege.</td> <td>≤91</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>≥97 med O₂</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>95-96 med O₂</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>93-94 med O₂</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>≥93</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>88-92</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="background-color: #4a7ebb; color: white; font-weight: bold;">Tilført oksygen? O₂ L/min</td> <td>86-87</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>84-85</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>≤83%</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>≥220</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td rowspan="10" style="background-color: #4a7ebb; color: white; font-weight: bold;">C Blodtrykk Kun systolisk blodtrykk gir poeng</td> <td>201-219</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>181-200</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>161-180</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>141-160</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>121-140</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>111-120</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>101-110</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>91-100</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>81-90</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>61-80</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td rowspan="5" style="background-color: #4a7ebb; color: white; font-weight: bold;">C Puls (pr. min)</td> <td>51-60</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>≤50</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>≥131</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>121-130</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>111-120</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="5" style="background-color: #4a7ebb; color: white; font-weight: bold;">D bevissthetsnivå Obs score for nyoppstøtt forvirring</td> <td>101-110</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>91-100</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>81-90</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>61-80</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>51-70</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="5" style="background-color: #4a7ebb; color: white; font-weight: bold;">E Temperatur °C</td> <td>41-50</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>31-40</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>≤30</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alert (våken)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Confusion</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="5" style="background-color: #4a7ebb; color: white; font-weight: bold;">NEWS TOTAL</td> <td>V</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>P</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>U</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>≥39.1°</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>38.1-39.0°</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td rowspan="5" style="background-color: #4a7ebb; color: white; font-weight: bold;">NEWS SCORE</td> <td>37.1-38.0°</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>36.1-37.0°</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35.1-36.0°</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>≤35.0°</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>SMERTESKÅR (1-10)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>URINSTIX</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CRP</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>BLODSUKKER</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>BVC (0-6)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Medikamenter</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dose/Admin:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kl.slett:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sign:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Dato										Klokkeslett										Aktor										A+B Respirasjons- frekvens (pr/min)	≥25								3	21-24								2	12-20									9-11								1	A+B Skala 1 SpO ₂ (%)	≤8								3	≥96								1	94-95								2	92-93								3	Skala 2 SpO ₂ (%) skal kun brukes på pasienter med kjent hyperkapnisk respirasjonssvikt med mål om SpO ₂ mellom 88 – 92%, verifisert ved blodgassanalyse eller lege.	≤91								3	≥97 med O ₂								3	95-96 med O ₂								2	93-94 med O ₂								1	≥93									88-92									Tilført oksygen? O ₂ L/min	86-87								1	84-85								2	≤83%								3	≥220								2	C Blodtrykk Kun systolisk blodtrykk gir poeng	201-219								3	181-200									161-180									141-160									121-140									111-120									101-110								1	91-100								2	81-90									61-80								3	C Puls (pr. min)	51-60									≤50								3	≥131								3	121-130								2	111-120									D bevissthetsnivå Obs score for nyoppstøtt forvirring	101-110								1	91-100								2	81-90									61-80								3	51-70									E Temperatur °C	41-50								1	31-40								3	≤30									Alert (våken)									Confusion									NEWS TOTAL	V								3	P									U									≥39.1°								2	38.1-39.0°								1	NEWS SCORE	37.1-38.0°									36.1-37.0°									35.1-36.0°								1	≤35.0°								3	SMERTESKÅR (1-10)									URINSTIX									CRP									BLODSUKKER									BVC (0-6)									Medikamenter									Dose/Admin:									Kl.slett:									Sign:								
Dato																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Klokkeslett																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Aktor																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
A+B Respirasjons- frekvens (pr/min)	≥25								3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	21-24								2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	12-20																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	9-11								1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
A+B Skala 1 SpO ₂ (%)	≤8								3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	≥96								1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	94-95								2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	92-93								3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Skala 2 SpO ₂ (%) skal kun brukes på pasienter med kjent hyperkapnisk respirasjonssvikt med mål om SpO ₂ mellom 88 – 92%, verifisert ved blodgassanalyse eller lege.	≤91								3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	≥97 med O ₂								3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	95-96 med O ₂								2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	93-94 med O ₂								1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	≥93																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	88-92																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Tilført oksygen? O ₂ L/min	86-87								1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	84-85								2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	≤83%								3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	≥220								2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
C Blodtrykk Kun systolisk blodtrykk gir poeng	201-219								3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	181-200																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	161-180																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	141-160																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	121-140																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	111-120																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	101-110								1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	91-100								2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	81-90																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	61-80								3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
C Puls (pr. min)	51-60																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	≤50								3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	≥131								3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	121-130								2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	111-120																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
D bevissthetsnivå Obs score for nyoppstøtt forvirring	101-110								1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	91-100								2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	81-90																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	61-80								3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	51-70																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
E Temperatur °C	41-50								1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	31-40								3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	≤30																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	Alert (våken)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	Confusion																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
NEWS TOTAL	V								3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	P																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	U																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	≥39.1°								2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	38.1-39.0°								1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
NEWS SCORE	37.1-38.0°																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	36.1-37.0°																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	35.1-36.0°								1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	≤35.0°								3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	SMERTESKÅR (1-10)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
URINSTIX																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
CRP																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
BLODSUKKER																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
BVC (0-6)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Medikamenter																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Dose/Admin:																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Kl.slett:																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Sign:																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														

Skjema følger pasient. Scannes sammen med ambulansjurnal ved innkomst sykehus.

National Early Warning Score 2 (NEWS2) © Royal College of Physicians 2017

4.3 Akuttsekk

Akuttsekken inneholder nødvendig utstyr for å ta vitalparametermålinger og håndtere akutte tilstander på stedet. Det er mer enn 250 sekker som er tatt i bruk i den kommunale helsetjenesten i Telemark.

Det har blitt gjort konkrete endringer i utstyslista for akuttsekkene slik at akutte hendelser kan ivaretas på en bedre måte.

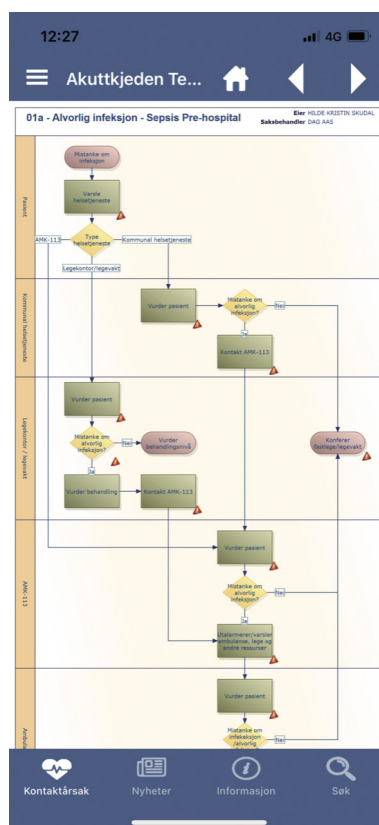
Prosjektet anbefaler at sekkene blir oppdatert med spesifisert utstyr for å ivareta psykiatri- og ruspasienter.



4.4 App

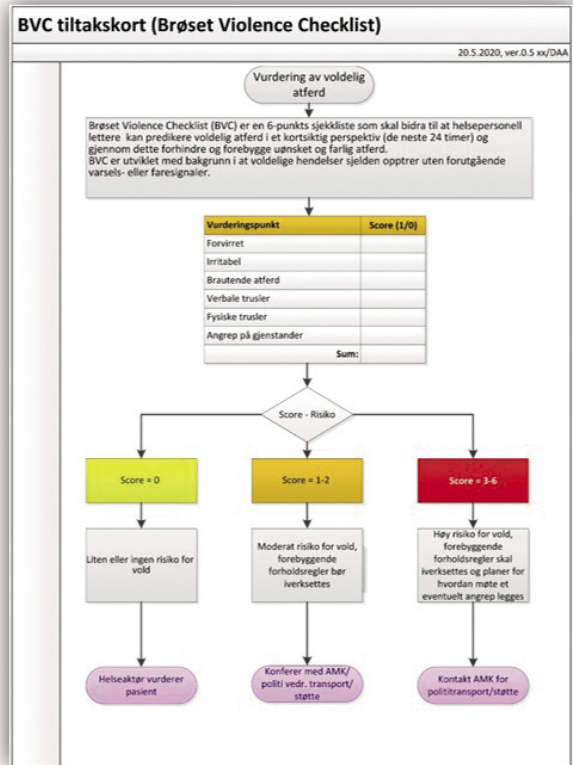
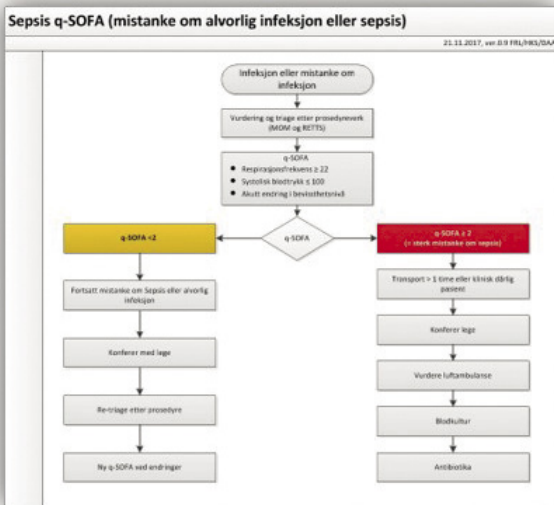
Appen «Akuttkjeden Telemark» er til bruk for alle aktørene i akuttkjeden i Telemark. Appen viser forløpene for pasienten i et flytskjema. Aktivitetsboksene i flytene er interaktive. Ved å klikke på dem, kommer det mer instruksjoner og informasjon om hendelsen og aktøren.

Appen skal bidra til at pasienter og helsepersonell opplever et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp. Verktøyet knytter aktørenes handlinger sammen i de omtalte pasientforløpene. I tillegg til de interaktive og klikkbare flytskjemaene, inneholder appen også driftsnyheter, tiltakskort og skåringsverktøy. Appen «Akuttkjeden Telemark» er tilgjengelig på App Store, Google Play og fra nettleser (<https://akuttkjeden.no>).



4.5. Tiltakskort

I arbeidet med å forbedre pasientflytene er det utviklet og gjenbrukt mange støtte- og skåringsverktøy. For sepsis (mistanke om alvorlig infeksjon) brukes qSOFA og for dyp venetrombose (DVT) brukes Wells score. Det er etablert tiltakskort for hoftebrudd og traume. For å beregne tider fra skadested til PCI-lab med ambulansetil og luftambulansetil er det laget en «PCI lab navigator».



Verktøyet ISBAR er lagt inn som støtte og hjelp for sikker muntlig kommunikasjon mellom helsepersonell.

ISBAR - for sikker muntlig kommunikasjon mellom helsepersonell	
I	IDENTIFIKASJON Presenter deg, din funksjon og arbeidssted. Oppgi adressen pasienten befinner seg på, fødselsnummer og navn.
S	SITUASJON Beskriv kort kontaktsak/hva som har skjedd. Presenter pasientens symptomer og tilstand. Dersom det haster si det med en gang.
B	BAKGRUNN Innleggesårsak, relevant diagnoser og kortfattet sykehistorie (inkl. smitte, allergier, rus eller psykiske lidelser).
A	AKTUELL TILSTAND Status og din vurdering. Hvilke årsaker mener du kan ligge bak. Vurdering etter ABCDE, NEWS og BVC. Har pasienten mestringsplan?
R	RÅD Hva synes du jeg skal gjøre/observere? Når vil du at jeg skal ta kontakt igjen?

Ved psykiatri og rusrelaterte tilstander er det benyttet BVC (Brøset Violence Checklist). Dette er en sjekkliste med seks punkter som skal bidra til at helsepersonell lettere kan forutse voldelig atferd.

FAST- REGELEN som hjelper å avsløre hjerneslag, det kan redde liv! En slagrammet er en «øyeblikkelig hjelp» pasient.			
Ved et eller flere FAST-symptomer, ring 113!			
FAST	Hva sjekkes	Hvordan sjekke for slag	Symptom på slag
F = Fjes	Ansiktslammelse	Be personen smile eller le	Smiler skjevt
A = Arm	Lammelse i Arm	Be personen om å løfte begge hendene	Kan ikke hold armen løftet
S = Språk	Språkforstyrrelse	Be personen si en enkel setning, som «sola skinner i dag»	Finner ikke ord
T = Tale	Tale forstyrrelse	Sjekk om personen snakker utydelig	Utydelig tale

Ved mistanke om akutt hjerneslag er det brukt FAST- og PrateSmileLøfte-metodikk.

I 2020 etablerte vi et screeningskjema for covid-19 for hjelp til smitte- og testvurderinger.

SYKEHUSET TELEMARK **AKUTTKJEDEN TELEMARK**

Navn: _____
 Date: _____

COVID-19 - spørreskjema for screening av ø-hjelp pasienter

Spørsmål

Spørsmål	Ja	Nei
Har du eller noen du bor sammen med:		
1. Blitt testet for covid-19? — i så fall når?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fått påvist covid-19? — i så fall når?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vært i nærkontakt med noen som har påvist covid-19 de siste tre ukene eller som venter på testsvare? — i så fall når?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vært i karantene pga. smitteoppsporing siste 10 dager?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vært i land utenfor Norge siste 10 dager? ** Værkt. Områdene (Barentsregion, Detle. Ås, Nesodden, Høy, Votby, vrede, store deler, Bessak, Moss og Våler) siste 10 dager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Følger du deg syk eller tror du det kan være en infeksjon på gang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Har du fått feber, hoste, sår hals, rennende nese, blitt tungpuddhet eller mistet smaks-/ luktesansen, eller har du mistanke om at du har fått covid-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Navn og tlf. til eventuell ledsager (med tanke på smitteoppsporing): _____ Øretemperatur målt: _____

** Pasienter som er i karantene eller som har blitt behandlet med antibiotika eller annen behandling
 Ved innleggelse skal pasienter isoleres og testes. Pas fra Nordre Follo skal være isolert i karantenen på 10 dager. Hvis negativ test kan isolering oppheves på pas fra de andre kommuner. Jfr. Helseid 12078, pkt 3.1.4
 Alle pasienter med påvist COVID-19 skal til slutt
 Øvrige pasientene skal til sitt modersykehus der annet ikke er avtalt, se under
 Ved ja på minst ett av spørsmålene skal pasienter i tas inn på akuttkorridor i Skien og Notodden
 Det er helse beredingsansvarlig lege som kan revidere og fylle ut bestilling på hurtig test

Pasient vurdert for hurtigtest: Ja Nei
 Pasient vurdert for e-valgvis test: Ja Nei

Spesialt for Notodden:
 Det skal konfereres med sekundærskilt medisin eller sekundærskilt kirurg på Notodden for ALLE pasienter som er tilknyttet skadetrammet Notodden. Disse har myndighet til å omstille pasienter med høy risiko for smitte med COVID-19 eller pasienter med behov/utstart behov for ventilasjonsstøtte.

Ver.6.06 – 28.1.21 (PRU/PU/DA)



4.6. Instruksjonsfilmer og e-læring







17 abonnenter | 5 748 avspillinger | Videobehandler

AKUTTKJEDEN TELEMARK

Akuttkjeden Telemark

Akuttkjedeprosjektet er et samhandlingsprosjekt mellom Sykehuset Telemark og kommunene i fylket. Målsettingen med prosjektet er å sikre g... Vis mer

Opplasteringer Offentlig

 16:42	 18:33	 13:07	 2:06	 1:52	 2:05
Akuttkjeden Forsterket Trauemottak instruksjonsfilm Sett 169 ganger • For 1 uke siden	Akuttkjeden Traume instruksjonsfilm Sett 531 ganger • For 1 uke siden	Akuttkjeden Hoftebrudd instruksjonsfilm Sett 408 ganger • For 1 uke siden	Akuttkjeden Telemark - Forsterket Trauemottak Traile Sett 730 ganger • For 1 md. siden	Akuttkjeden Telemark - Hoftebrudd Trailer Sett 176 ganger • For 1 md. siden	Akuttkjeden Telemark - Traume Trailer Sett 2 127 ganger • For 1 md. siden

Prosjektet har produsert fire informasjons- og instruksjonsfilmer (sepsis, hoftebrudd, traume og forsterket traumeteam). Filmene ligger tilgjengelig på Youtube under kanalen «Akuttkjeden Telemark»

I samarbeid med KS læring er det laget e-læringskurs for akuttkjeden sine verktøy. Mer enn 3 000 personer har gjennomført opplæring.





5. MÅLOPPNÅELSE

5.1. Tilbakemeldinger

Kvalitetsoppfølging basert på spørreundersøkelser

I løpet av prosjektperioden er det gjennomført to større spørreundersøkelser rettet mot aktørene i akuttkjeden, samt en liten brukerundersøkelse for pasientflyten magesmerter.

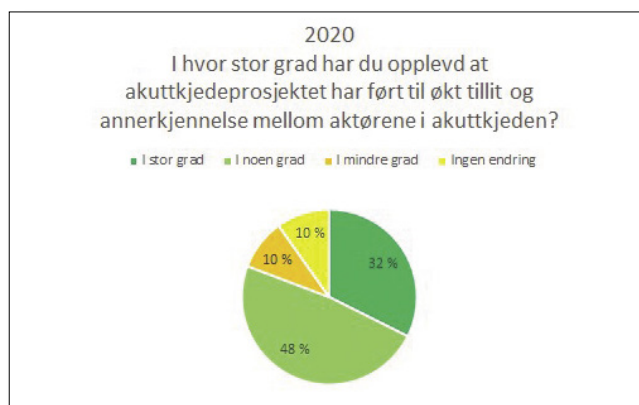
I 2017 ble det gjennomført en brukerundersøkelse for 22 pasienter som hadde ankommet akuttmottak med magesmerter. 77 prosent av pasientene hadde en positiv opplevelse av kontakten med akuttkjeden, de følte seg godt ivaretatt og var trygge i forløpet. Det kom også inn tips til forbedringer vedrørende smertelindring, kommunikasjon og ventetid. Innspillene ble tatt med i det videre arbeidet.

I 2018 ble det gjennomført en spørreundersøkelse i pilotkommunene Porsgrunn, Notodden og Tinn. Det var 145 personer, fordelt på alle aktører, som besvarte undersøkelsen. Vi fikk positive tilbakemeldinger ved å ta i bruk felles verktøy og felles språk. Aktørene mente at dette har stor betydning for likeverdighet, anerkjennelse og respekt mellom nivåene i akuttkjeden. Undersøkelsen viste også at kompetansebygging og tilgang på utstyr og verktøy har gitt økt trygghet og mestringsfølelse. Akuttsekker til pilotkommunene viste seg å ha stor verdi.

I 2020 ble det gjennomført en større undersøkelse. Hensikten med undersøkelsen var å være godt forberedt før overleveringsfasen til daglig drift. 460 personer fra alle aktører besvarte denne undersøkelsen. Resultatene viste at

- få benytter appen, men de som bruker den er fornøyde
- pasientens følgeskjema er enkelt å bruke og et viktig verktøy
- akuttsekken for kommunal helsetjeneste øker tryggheten i møte med pasientene
- e-læring og instruksjonsfilmer har vært viktig for innføringen av akuttkjedens verktøy
- graden av tillit og anerkjennelse har økt fra 50 prosent til 80 prosent fra 2018 til 2020

I 2020 ble det også gjennomført en undersøkelse blant ansatte ved Sykehuset Telemark om håndteringen av koronapandemien. Det var 1 200 ansatte som svarte på undersøkelsen. 75 prosent mente at samhandlingen med kommunene fungerte godt, mens 89 prosent mente at samhandlingen med AMK og ambulansetjenesten var positiv. Akuttkjedeprosjektet har lagt til rette for god samhandling, og dette kan ha vært til betydelig hjelp i en pandemisituasjon.





5.2. Aktivitet og kvalitet

Antall treffpunkter/kontaktpunkter i flyten? O-punkts målinger hentet fra kartleggingsarbeid 2016, oppfølgingsmåling hentet fra forbedret pasientflyt 2017-2020	STEMI	Brystsmerter	Hjertestans	Infeksjon - Feber - Sepsis	Blodpropp - DVT	Hoftebrudd (mistanke om)	Magesmerter	Hjerneslag	Traume	Psykatri og rus flyt	KOLS / Astma forverring
Pre-hospital											
Kartlegging 2016 - pre-hospital	28	34	28	31	19	32	31	28	18	23	30
Pasientflyt 2017-20 - pre-hospital	9	15	12	15	12	14	28	16	18	18	26
Reduksjon %	68	56	57	52	37	56	10	43	0	22	13
In-hospital											
Kartlegging 2016 - in-hospital		12	7	9	9	8	13	6	6	8	10
Pasientflyt 2017-20 - in-hospital		7	1	9	10	6	5	5	5	2	6
Reduksjon %		42	86	0	-11	25	62	17	17	75	40

Da verktøyene og akuttflytene var utarbeidet og klare for implementering, ble de først pilotert i tre kommuner (Tinn, Porsgrunn og Notodden). Det ble utdannet instruktører ved simulerings-senteret ved sykehuset, og disse tok den videre opplæringen i kommunene.

Piloteringen ble fulgt av en arbeidsgruppe som bestod av prosjektledelse og deltagere fra alle ledd i kjeden, samt de tre aktuelle kommunene. Implementeringen gikk greit og verktøyene fungerte. Samtidig innså vi behovet for å ha en elektronisk læringsplattform da vi skulle implementere dette i resten av kommunene. KS Læring ble valgt som plattform.

Oppbyggingen av opplæringspakken ble utarbeidet ved hjelp av fagfolk fra både pre-hospitale tjenester og Telemark kompetanse. Kurset består av opplæring i prosjektmetodikk og måling av vitalparametere. Det er i dag mer enn 3 000 ansatte som har tatt kurset og fått godkjent kursbevis.

Simulerings-senteret ved sykehuset har vært viktig i denne implementeringen. I tillegg til å utdanne NEWS-instruktører, utdannet de også kommunale train-the-trainer-instruktører som fikk mer inngående kompetanse i simuleringsøvelser.

Etter piloteringen fikk alle kommunene i gamle Telemark fylke tilbud om å være med. Alle svarte ja, og kommunene investerte både tid og ressurser for å få implementert dette. De var tydelige på at dette var et kompetanseløft som var viktig å prioritere.

Den videre opplæringen var todelt. Én del var teoretisk via KS Læring, og én del bestod av et praktiske firetimers kurs med opplæring og simuleringsøvelser.

Det ble opprettet tre regionale prosjektgrupper som ble ledet av samhandlingskoordinatorene i regionen. Disse har vært viktige for forankring, oppfølging og korrigeringer i implementeringsfasen. De regionale prosjektgruppene vil bestå, og ha faste møter to ganger i året, etter at prosjektperioden er over.

Prosjektet har gitt aktørene i akuttkjeden et bedre grunnlag for å vurdere og kommunisere rundt den akutt syke pasienten. De kommuniserer via ISBAR og bruker NEWS, akuttsekken, pasientens følgeskjema, samt kompetansen de har fått i opplæringen til å gjøre en mer effektiv og presis vurdering. Dette er viktig med tank på at pasienten både skal få en rask og riktig start på sitt akutte forløp.

Det har kommet mange positive tilbakemeldinger, og spesielt fra den kommunale hjemmetjenesten. Ansatte forteller at de føler seg både tryggere og bedre rustet til å håndtere akutt sykdom og forverring av eksisterende sykdom. Dette er med på å gi pasienten en bedre og mer effektiv behandling.

Felles verktøy for alle aktører bidrar til at informasjon mellom de forskjellige leddene flyter bedre, og at de involverte aktørene blir flinkere til å tilrettelegge for det neste leddet i kjeden.

Kvalitetsindikatorer

I forbindelse med forbedring av pasientflyter ble det identifisert noen resultatindikatorer. Disse kan deles inn i fire hovedgrupper for oppfølging:

- Via DIPS basert på tid til utredning og behandling, antall pasienter eller utført prosedyre
- Pasientens følgeskjema basert på innhold og kvalitet i utfylling av skjema
- Nasjonale registre (som hjerneslagregister, hoftebruddregister og hjertestansregister)
- Reduksjon i treff- og kontaktpunkter i pasientflyten

De to første er del av oppfølgingen, enten i periodiske intervaller eller ved avtalt rapportering. De nasjonale registrene har en forsinkelse, og kan derfor være utfordrende å relatere til konkrete forbedringer i akuttflyten.

Når det gjelder antall treffpunkter i flyten, er dette viktig med hensyn til raskere tid til behandling og mindre belastning for pasienten.



5.3. Læring

Innledende valg

Å se det akutte behandlingsforløpet med pasientens øyne, ble en viktig rettesnor i prosjektet. Det var vesentlig at alle leddene i akuttkjeden skulle delta, og at det skulle være fokus på hele Telemark.

Dette ga mening for helsepersonell i og utenfor sykehuset. Likeverdighet i samarbeidet mellom sykehus og kommunene ble vektlagt, og det var et bevisst valg at prosjektleder var fra en kommune.

Opplevd likeverdighet

Det var klare signaler fra fastleger og kommuner på en opplevd mangel på likeverdighet i samarbeidet med sykehuset – både på faglig og administrativt nivå. Det var derfor behov for møtearenaer på tvers av fag, profesjoner og organisasjonsgrenser. Det var viktig med en balansert agenda og at alle meninger ble lyttet til. Kjennskap og tillit måtte etableres, og definisjonsmakten måtte flyttes fra sykehuset til prosjektet. Møtene ble avholdt flere steder i fylket med svært god deltagelse. Tilbakemeldingene viser at fokuset på likeverdighet var riktig.

Engasjement

Erfaringene fra akuttkjedeprojektet tilsier at dette handler mye om åpenhet, likeverdighet, samarbeidsform og relasjoner. Gode arenaer der hyppig og presis kommunikasjon utøves, bidrar til trygghet og forutsigbarhet. Det er avgjørende at en slik plattform må etableres i «fredstid». Da vil også de mer krevende og kaotiske periodene med stort press fungere bedre. Erfaringene fra koronapandemien viser at akuttkjedeprojektet hadde etablert et fundament for god samhandling som fungerte godt da pandemien slo til i mars 2020.

Involvering

Helt fra starten av var det et tydelig mål om å involvere fagmiljøene.

Helsepersonell med ulike profesjoner, fra alle ledd i akuttkjeden, har vært involvert og aktivt deltagende i gjennomføringen av prosjektet. Resultatet av dette gode engasjementet er akuttflyter med stor faglig legitimitet.

Samspill

I et komplekst akuttmedisinsk behandlingsforløp med mange aktører er det viktig å ha tydelige og gode «regler» for pasientflyt, samhandling og samspill. Kjennskap, tillit og felles verktøy bidrar til felles beste praksis.

Kostnadsfordeling

Det ble valgt en modell der sykehuset finansierte prosjektet og løsningsutviklingen.

Kommunene ble invitert med uten andre kostnader enn egen deltagelse.

Energien ble brukt på å bli enige om løsninger, og ikke til å fordele kostnader.

Tilrettelegging og opplevd nytte

Det har vært svært gode tilbakemeldinger fra kommunene underveis i prosjektet. De har gjort akuttkjede-prosjektet til «sitt eget», og det er imponerende hvor mye ressurser kommunene frivillig har valgt å bruke på opplæring av egne ansatte. Det er gjennomført opplæring av mer enn 3 000 ansatte i måling av vitalparametere, bruk av akuttkjedeappen, akuttsekken, pasientens følgeskjema og ISBAR.

Løpende måling

Prosjektet har flere ganger gjennomført spørreundersøkelser og evalueringer for å sikre at deltagerne er tilfredse med utviklingen. Det var viktig å fange opp eventuelle negative utviklingstrekk. Vi har også evaluert hver enkelt samling slik at vi neste gang kunne korrigere om noe ikke var optimalt. Å ta slike «temperaturmålinger» underveis har bidratt til at synspunkter er fanget opp og korreksjoner har blitt gjort raskt.

Intern samhandling på sykehuset

Læringen i akuttkjede-prosjektet er at det er like krevende å få ulike faglige og organisatoriske miljøer innenfor sykehuset til å samhandle som mellom kommuner og sykehus.

Spesialisering, styringsmodell og autonomi utfordrer ambisjonen om prestisjefritt samarbeid i hverdagen. Akuttmottaket er en meget avansert samhandlingsarena der ulike interesser bidrar til at samarbeidet ikke alltid er optimalt.

Spesielle utfordringer innen psykisk og rus

Basert på utfordringene for psykiatri- og ruspasienter må det jobbes videre med å etablere ett telefonnummer inn til sykehuset (en vei inn) og spesialistkompetanse i front. Det bør også vurderes en felles psykiatrisk legevakt for Telemark, felles akuttmottak for somatikk og psykiatri, samt ett ambulanseteam for hele Telemark. Prosjektgruppens klare råd er at disse punktene må diskuteres videre i helsefelleskapet etter endt prosjektperiode.

Finansiering av sykehus

En av målsettingene med akuttkjede-prosjektet er rett behandling til rett tid på rett sted.

Det er viktig å forhindre innleggelse på sykehus uten at det er gode medisinske grunner for det. Gamle skrøpelige pasienter med en akutt forverring vil i mange tilfeller ha lite helseeffekt av en sykehusinnleggelse, og ofte vil det være bedre å få behandling og omsorg i egen kommune, gjerne med støtte fra sykehus.

Finansieringsmodellen for sykehus innebærer at det er økonomisk lønnsomt å legge slike pasienter inn. Dette kan være kontraproduktivt hvis vi ønsker å behandle pasienten på det laveste effektive omsorgsnivå.





Synliggjøring av suksess

Akuttkjedeprojektet har hatt god støtte av sykehusets kommunikasjonsavdeling.

Avdelingen har bidratt med kompetanse og kvalitet i informasjonsarbeidet og sørget for at projektet har vært synlig lokalt, regionalt og nasjonalt. Dette har bidratt til godt omdømme og økt motivasjon og engasjement for alle involverte – både i kommuner og på sykehuset.

Måling av effekt

I tiden fremover ønsker vi å starte et arbeid med å måle effekten av projektet, både kvalitativt og samfunnsøkonomisk. Dette kan være nyttig med tanke på en eventuell nasjonal implementering.

Behov for ildsjeler

Alle nye initiativer og nybrottsarbeid vil møte motstand. Det er alltid behov for at noen går foran og skaper motivasjon og engasjement, spesielt i langvarige prosjekter med opp- og nedturer.

I akuttkjedeprojektet har prosjekteier Frank Hvaal, prosjektleder Kine Jordbakke og prosessansvarlig Dag Aas vært synlige og engasjerte ildsjeler som har bidratt til projektets resultater.



6. ØKONOMI OG RESSURSBRUK

Akuttkjedeprosjektet ble vedtatt gjennomført våren 2016 for å utvikle ett av sykehusets tre faglige satsingsområder. Prosjektet er eid av Akutt- og beredskapsklinikken.

Det ble vedtatt at prosjektet skulle gjennomføres i egen regi, og prosjektleder ble ansatt i 30 prosent stilling. Kine Jordbakke ble prosjektleder. Hun er til daglig fastlege og kommuneoverlege i Seljord kommune.

Deltakere fra kommuner og sykehus har deltatt uten økonomisk kompensasjon.

Prosjektet er i all hovedsak finansiert med innovasjonsmidler bevilget av Helse Sør-Øst. Til sammen utgjør dette 1,95 MNOK i prosjektperioden.

På kostnadssiden er lønn til prosjektleder ført i prosjektet i 2019 og 2020, for de øvrige årene på sentral konto. Samlet lønn til prosjektleder i hele prosjektperioden (nærmere fem år) er 1,70 MNOK.

Prosjektets eksterne kostnader ut over lønn til prosjektleder er fordelt på tre områder:

- Kjøp og utvikling og drift av akuttkjedeappen. Leverandøren er Soludyne AS

- Leie av lokaler og bevertning i forbindelse med samarbeidsmøter mellom kommuner og sykehus. Deltagelse på alle møter og arrangementer har vært gratis for deltagerne
- Akuttsekker, trykksaker og annet materiell. Alle kommuner har fått tildelt akuttsekker og annet materiell uten kostnader i prosjektperioden

Pilotkommunene (Tinn, Notodden og Porsgrunn) fikk også innhold til akuttsekkene finansiert av prosjektet. De øvrige kommunene har betalt innholdet i sekkene selv.

Det står ubenyttet 250 000 kroner på prosjektets konto ved avslutning. Disse midlene vil bli benyttet til sluttrapport, avslutningsaktiviteter og oppstart av forskningsaktivitet med utgangspunkt i prosjektet. Dette vil gi et totalt forbruk over fem år på om lag 3 MNOK, hvorav nærmere 2 MNOK er finansiert av Helse Sør-Øst.

Prosjekteier vurderer at prosjektet har vært kostnadseffektivt. Positive resultater vedrørende kvalitet og pasientsikkerhet, pasientservice, rett behandling på rett nivå, samhandling mellom kommuner og sykehus, og ikke minst positivt omdømme lokalt, regionalt og nasjonalt, tilsier en svært positiv ROI (Return On Investment) for både Helse Sør-Øst og Sykehuset Telemark.

Prosjektregnskap for Akuttkjedeprosjektet pr. desember 2020

	Inntekter	Kostnader
Tildelte midler fra Helse Sør-Øst – Januar 2017	250 000	
Tildelte midler fra Helse Sør-Øst – April 2017	400 000	
Tildelte midler fra Helse Sør-Øst – Desember 2018	1 300 000	
Tilført fra STHF	986 752	
Lønn og honorarer prosjektleder		1 738 519
Kjøp av IKT/lisenser og drift		381 664
Møter og arrangementer		273 295
Trykksaker, akuttsekker mm		330 026
Sum prosjekt 2016-2020	2 936 752	2 686 752
Ikke benyttet projektramme- prioriteres FoU	250 000	

Kontaktinformasjon – vil du vite mer?



Frank Olav Hvaal

908 97 198

hvaf@sthf.no

Prosjekteier

Klinikksjef STHF



Kine Jordbakke

959 26 844

kine.jordbakke@seljord.kommune.no

Prosjektleder

Kommuneoverlege i Seljord



Dag Aas

906 51 126

aasdag@sthf.no

Prosessansvarlig

Spesialrådgiver STHF



Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	17.02.2021

Type sak (sett kryss)							
Beslutning	X	Etterretning		Orientering		Tema	

Sak: 007 – 2021

Utbygging somatikk Skien – Forberedelse til forprosjekt

Hensikten med saken

For å sikre kontinuitet og at ikke prosjekt Utbygging somatikk Skien får unødvendige forsinkelser er det nødvendig å gjennomføre noen forberedende aktiviteter i 2021 før oppstart av Forprosjektfase i 2022.

Hensikt med saken er å forankre og få godkjenning for de foreslåtte forberedende aktivitetene, og kostnadene knyttet til disse, av Sykehuset Telemark HF styre. Etter overføring av prosjekteierskapet fra Helse Sør-Øst RHF til Sykehuset Telemark HF (HSØ styresak 132-2020) vil styret ved Sykehuset Telemark være det besluttsende organ for dette prosjektet for forprosjektet.



Forslag til vedtak

- Forberedelse til forprosjekt med fremlagte aktiviteter i godkjennes
- Prosjektet kan benytte inntil 3,9 millioner kroner for dette arbeidet. Kostnadene skal dekkes innenfor ordinært drifts- eller investeringsbudsjett.

Skien, 8. februar 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

I styresak 132-2020 i Helse Sør-Øst RHF vedtok styret konseptfaserapporten for prosjekt Utbygging somatikk Skien og at denne skulle legges til grunn for det videre arbeidet i et forprosjekt ved Sykehuset Telemark HF. I henhold til vedtak skal Helse Sør-Øst RHF søke Helse- og omsorgsdepartementet om lån slik at prosjektet sikres finansiering med planlagt oppstart av forprosjektet i 2022.

For å sikre at prosjektet opprettholder fremdrift og ikke får unødvendige forsinkelser i de videre fasene, er det noen aktiviteter knyttet til prosjektet som henholdsvis 'må' eller 'bør' gjennomføres i 2021. Disse aktivitetene er også beskrevet i vedtatt konseptrapport under avsnittet 21.1 «Forberedende arbeider for oppstart forprosjekt». Noen av aktivitetene er også nødvendige for å ivareta anmerkningene i rapporten fra Metier, som utførte den eksterne kvalitetssikringen av konseptvalget (KSK).

Da Sykehuset Telemark HF har blitt tildelt eierskapet for prosjektet fra Helse Sør-Øst RHF vil de forberedende aktivitetene til forprosjektet, og kostnadene knyttet til disse, måtte bæres av Sykehuset Telemark.

I saken fremmes hvilke aktiviteter Sykehuset Telemark HF må eller bør gjennomføre i 2021. Det bes om at styret godkjenner gjennomføring av disse aktiviteter som forberedelser til forprosjektet i 2021, med en økonomisk ramme på inntil 3,9 millioner kroner.

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

De foreslåtte aktivitetene som må og/eller bør gjennomføres i 2021 er følgende:

WBS	Aktivetsnavn	Varighet	Prioritet
1	▲ Forberedelse til forprosjekt USS	198 dager	
1.1	▲ Prosjektledelse og administrasjon	198 dager	
1.1.1	Oppfølging/ledelse	198 dager	Må
1.1.3	Prosjektadm rutiner og verktøy	90 dager	Må
1.1.4	Utarbeide kommunikasjonsplan	40 dager	Bør
1.1.5	Utarbeide forslag til organisering forprosjekt	40 dager	Må
1.2	▲ Kontraktstrategi og kontrahere	180 dager	
1.2.1	Utarbeide kontraktstrategi	60 dager	Må
1.2.2	Lage konkurransegrunnlag	60 dager	Må
1.2.3	Evaluering og kontrahere	60 dager	Må
1.3	▲ Kreftsenter	140 dager	
1.3.1	Kvalitetssikre bunkerdesign	40 dager	Bør
1.3.3	Prøvepeling	30 dager	Bør
1.3.5	Flytsimulering	30 dager	Bør
1.3.6	Avklare drift i byggeperioden	30 dager	Bør
1.4	▲ Sengebygg	110 dager	
1.4.2	Flytsimulering	30 dager	Bør
1.4.3	Romløsning for U. etg	90 dager	Må
1.5	▲ Akuttcenter	175 dager	
1.5.1	Utarbeide romprogram	30 dager	Må
1.5.2	Redesign	90 dager	Må
1.5.3	Flytsimulering	30 dager	Bør
1.5.4	Avklare drift i byggeperioden	30 dager	Bør
1.6	▲ Utrede krav i reguleringsplan	60 dager	
1.6.1	Prosjektere flomveier	60 dager	Må
1.7	▲ Teknikk	60 dager	
1.7.1	Avklare O-IKT	60 dager	Bør
1.7.2	Byggnær teknikk (avklare til løsninger som vurderes)	60 dager	Bør

Redegjørelse for de enkelte punktene:

Navn	Hvorfor	Leveranse
Prosjektledelse og administrasjon <ul style="list-style-type: none"> • Oppfølging/ledelse • Prosjektadm rutiner og verktøy • Utarbeide kommunikasjonsplan • Utarbeide forslag til organisering forprosjekt 	<p>For å få en strukturert oppstart på forprosjektet må rutiner og verktøy på plass inkludert BIM krav.</p> <p>Konseptrapportens forslag til organisering av forprosjekt må revideres da STHF har fått eieransvar for prosjektet.</p> <p>(Anbefalt i Metiers KSK-rapport)</p>	<p>Beskrivelse av de prosjektadm. Rutiner med angivelse av verktøy</p> <p>Oppdatert BIM manual</p> <p>Kommunikasjonsplan</p> <p>Forslag til organisering i forprosjektfasen</p>
Kontraktstrategi og kontrahere <ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide kontraktstrategi • Lage konkurransegrunnlag • Evaluering og kontrahere for forprosjekt 	<p>Valg av kontraktstrategi for alle prosjektets faser har konsekvens for gjennomføring av forprosjektet. Det kan også legge føringer for forberedelsesfasen</p> <p>(Anbefalt i Metiers KSK-rapport)</p>	<p>Beslutte de mest kostnadsoptimale kontraktstrategier og kontrahere de riktige inn til neste fase</p>
Kreftsenter <ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetssikre bunkerdesign • Prøvepeling • Flytsimulering • Avklare drift i byggeperioden 	<p>Linac er nå valgt og for å redusere risiko så må leverandør se om dette har konsekvens for bunker. Det er også stilt spørsmål rundt romstørrelse.</p> <p>Grunnforholdene er en kritisk usikkerhetsfaktor som kan reduseres ved prøvepeling. Det skal bygges i eksisterende lokaler, noe som innebærer driftsforstyrrelser</p>	<p>En kvalitetssikret løsning for stråle bunker inkl. en 3D modell som er gjennomgått med brukere.</p> <p>En satt pel.</p> <p>Plan for å sikre stabil drift i byggefasen</p>
Sengebygg <ul style="list-style-type: none"> • Flytsimulering • Romløsning for U. etg • Kartlegging av person- og logistikkflyt 	<p>Valgte løsning har en usikkerhet med hensyn på heiskapasitet. Dette kan reduseres ved hjelp av simulering.</p> <p>Arealbruken i U-etg ble ikke fastlagt i konseptfasen. Da dette har betydning for den totale arealdisponeringen er det viktig å få dette avklart</p>	<p>Heisanalyse</p> <p>Ny etasjeplan for U-etg.</p> <p>Kartlegging av person- og logistikkflyt</p>
Akuttcenter <ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide romprogram • Redesign • Flytsimulering • Avklare drift i byggeperioden 	<p>Akuttmottaket er den del av prosjektet som har hatt kortest bearbeidingsstid.</p> <p>Det er ikke vist hvorledes en skal benytte store deler av eksisterende lokaler. Det er heller ikke tenkt hvordan en skal gjennomføre drift i byggefasen.</p> <p>(Kommentert i Metiers KSK-rapport at dette konseptet er minst bearbeidet)</p>	<p>Et totalt romprogram innplassert i eksisterende/ombygget og nytt areal.</p> <p>Plan for å sikre stabil drift i byggefasen</p>
Utrede krav i reguleringsplan <ul style="list-style-type: none"> • Prosjektere flomveier 	<p>I reguleringsplanen stiller det krav til flomveier. Dette kan ha konsekvenser for løsning</p> <p>(Påpekt i Metiers KSK-rapport)</p>	<p>Plan for flomveier</p>
Teknikk <ul style="list-style-type: none"> • Avklare O-IKT • Byggnær teknikk (avklare til løsninger som vurderes) 	<p>Det er behov for å avklare hva som skal leveres i prosjektet i O-IKT</p> <p>Det er behov for å spesifisere hvilke analyser av alternative tekniske løsninger som ønskes gjennomført før konsulentene i forprosjektet er kontrahert</p>	<p>Leveranseplan for O-IKT</p> <p>Kravspesifikasjon for alternativvurdering for tekniske konsulenter</p>

Estimerte kostnader i 2021 for forberedelser til forprosjekt

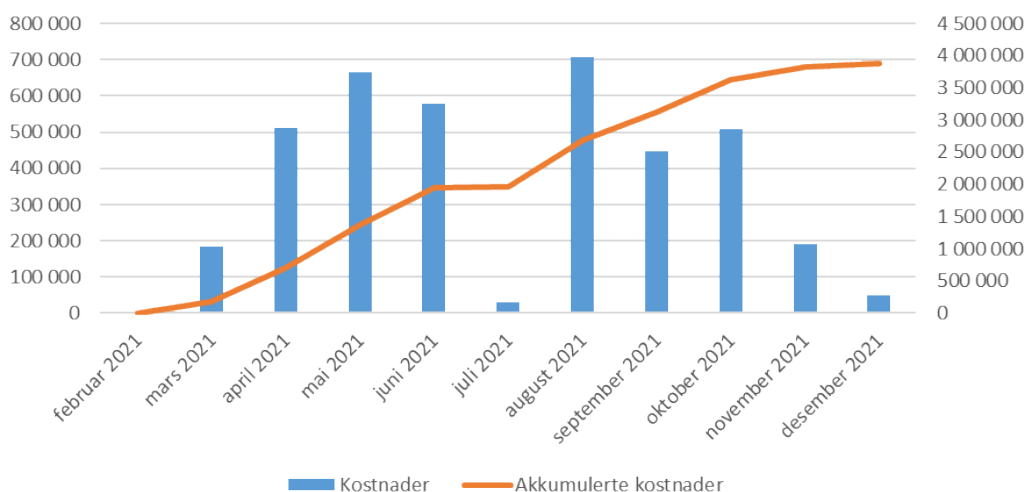
Sykehuset Telemark vil selv ta prosjektlederrollen i denne forberedelsesfasen til forprosjektet, og vil i stor grad benytte interne ressurser der dette er mulig. Interne timer prises i kostnadsestimatet til 0 kroner per time, da ressursene allerede dekkes av ordinære lønnsmidler. (Til orientering vil det etableres en ny prosjektorganisasjon for selve forprosjektet. Forslag til denne vil være en av leveransene fra denne forberedelsesfasen.)

Sykehuset Telemark vil videre benytte ressurser i Sykehusbygg, arkitekt og andre tekniske rådgivere for å sikre riktig kompetanse og nødvendig erfaring fra andre sykehusutbyggingsprosjekter. Særlig viktig vil bl.a. Sykehusbygg være i arbeidet med valg av kontraktstrategi, utarbeidelse av anbudsdokumenter og vurdering av tilbud ved kontrahering.

Estimerte kostnader for de forberedende aktivitetene er beregnet til i underkant av 3,9 millioner kroner (inkludert mva).

Kostnader

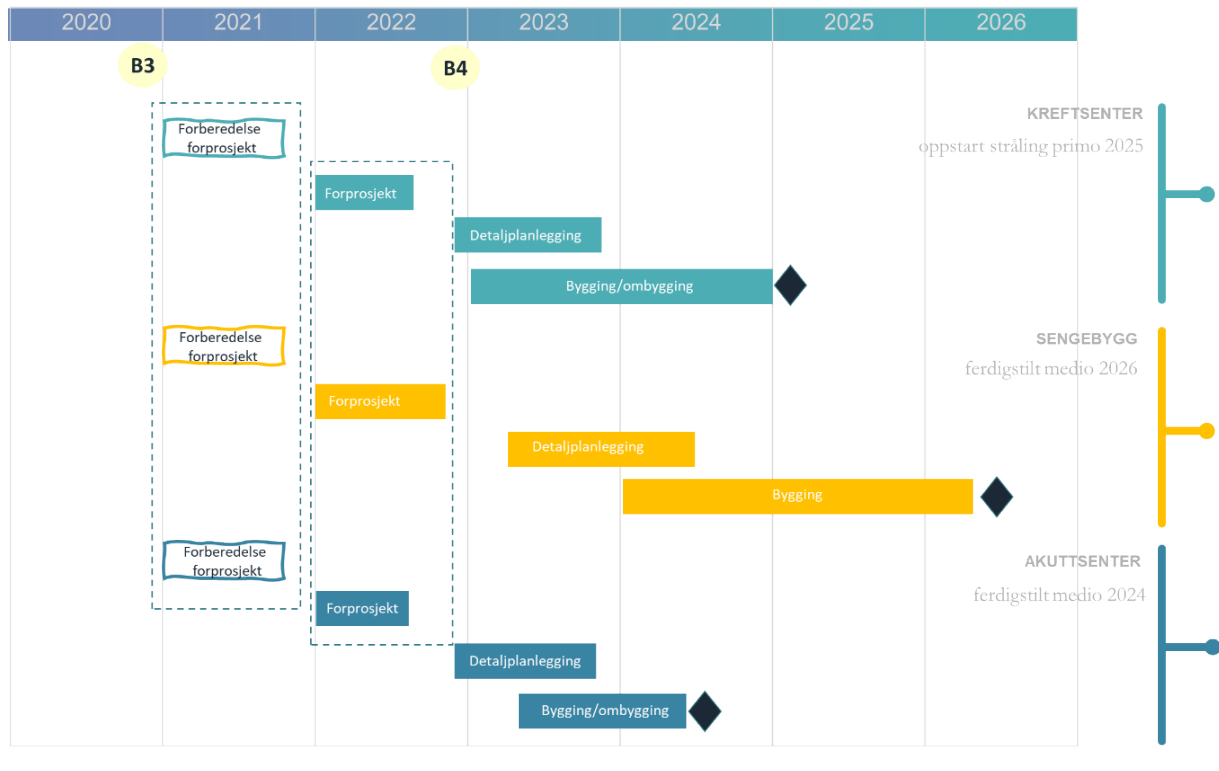
kr 3 874 670,00



Navn	Kostnader	Arbeid
STHF PL	kr 0,00	737,8 tmr
Intern STHF	kr 0,00	4 730,6 tmr
Arkitekt	kr 813 750,00	651 tmr
Teknisk Rådgiver	kr 1 131 900,00	1 029 tmr
Reisekostnad	kr 169 800,00	
Andre kostnader	kr 300 000,00	
Sykehusbygg_A	kr 1 459 220,00	1 042,3 tmr

Tidsplan for prosjekt Utbygging Somatikk Skien

Målet er å kunne starte forprosjektet tidlig i 2022 når finansiering er bevilget i statsbudsjettet.



3. Øvrige pågående aktiviteter

I tillegg til forberedende aktiviteter til forprosjekt pågår allerede andre aktiviteter for å forberede organisasjonen på den kommende byggeperioden og etter hvert innflytting i nye arealer. En sentral aktivitet er prosjekt «Arealplan Skien/Porsgrunn».

Arealplan Skien/Porsgrunn

Arealplanarbeidet for Skien og Porsgrunn er delt opp i tre faser.

Den første fasen omfatter de nødvendige arealmessige tilpasninger og omrokeringer som må gjøres fra i dag og frem til byggestart av hhv. strålesenter, sengebygg og nytt akuttsenter. For eksempel må det i denne perioden planlegges for flytting av medisinske poliklinikker fra Bygg 57-Vestfløy for å kunne gi radiologi mer plass, samt legge til rette for nye gangbroer til nytt sengebygg. I tillegg må nukleærmedisin ha nye arealer da dagens arealer ikke har tilstrekkelig konstruksjonsmessig bæring for å klare tyngden av ny CT spect som må anskaffes i løpet av de nærmeste årene. Vaskeriet må også tømmes som klargjøring for ombygging til strålesenter, noe som vil omfatte flytting av mottak for tøystyring og vaskerifunksjon for spesialansattøy, seksjon for transport og deler av eiendomsdrift. Videre har vi passert kapasitetstaket med hensyn til arealer for kreft poliklinikker, der midlertidig løsning på plass så raskt som mulig.

Den neste fasen vil omfatte perioden med innflytting i nye bygg til driftsoptimalisering ett år etter innflytting. Den tredje og siste fasen omfatter evt. rehabilitering av Nordfløy og ombygging til polikliniske arealer for å kunne samle driften fra Porsgrunn.

Ut over arealplanarbeidet er det også startet flere virksomhetsovergrepene organisasjonsutviklingsprosjekter (OU) som skal bidra til gevinstrealiseringen for prosjekt Utbygging somatikk Skien. To av disse prosjektene er “Pasientflyt 24/7” og “Kontorfaglige støttefunksjoner”.

Prosjekt Pasientflyt 24/7

Prosjekt «Pasientflyt 24/7» skal forberede organisasjonen til innflytting i nye døgnområder. I fase 1 av prosjektet tas det utgangspunkt i å effektivisere og forbedre pasientflyten i sykehuset. Nye arbeidsprosesser, samarbeidsformer og bruk av ressurser skal understøtte god pasientbehandling og flyt. Prosjektet har som mandat å sikre riktig dimensjonering og bruk av somatisk sengekapasitet i Skien og utarbeide en effektiv organisasjonsstruktur som tar ut gevinster i perioden fram til og etter innflytting i nytt bygg.

Fase 2 av prosjektet omhandler de konkrete forberedelsene til innflytting i nytt sengebygg, med sammensetning av fagområder i de ulike sengepostene, samt eventuell organisasjonsendring for å understøtte ny driftsmodell, osv.

Kontorfaglige støttetjenester

Kontorfaglige støttefunksjoner i sykehus omfatter en rekke tjenester, fra pasientadministrative funksjoner og pasientdokumentasjon, og til øvrige administrative kontortjenester.

Kontortjenester er organisert i alle klinikker og stabsfunksjoner.

Prosjektet skal forbedre kontorfaglige støttefunksjoner i sykehuset ved optimalisering av arbeidsoppgaver og –flyt, inklusive sikre riktig kompetanse. Prosjektet skal gi bedre tilgjengelighet på elektiv behandling, digitaliserte kommunikasjonsmuligheter skal utnyttes og lege/behandler får mer tid til pasientrettet arbeid. Målet er en bedre og mer effektiv sykehusdrift. Dette prosjektet vil i stor grad også berøre funksjoner og flyt i poliklinikker.

4. Administrerende direktørs anbefaling

Administrerende direktør anbefaler at fremlagte forslag til aktiviteter gjennomføres i 2021. Det er viktig at prosjektet opprettholder kontinuitet og fremdrift, slik at ikke utbyggingsprosjektet forsinkes. Behovet for løsningene i prosjekt Utbygging somatikk Skien er påtagelig. Bl.a. har behovet for bedre sengefasiliteter med 1-sengs rom fremfor dagens 2- og 4-sengs rom blitt veldig aktualisert i forbindelse med den pågående C-19 pandemien og smitteutbrudd på sengepost. I tillegg til å kunne gi kreftpasienter fra Vestfold og Telemark et nytt tilbud med strålebehandling i Skien, har arealene for medikamentell kreftbehandling og annen poliklinisk behandling allerede nådd kapasitetstaket. Her søkes det nå midlertidige løsninger frem til nytt kreftsenter kan stå ferdig.

Det anbefales at ramme for arbeidet med forberedelsesfasen settes til maksimalt 3,9 millioner kroner. Eventuelt aktiverbare kostnader vil senere kunne bli dekket av prosjektets totale ramme på 1 089 millioner kroner.

Vedlegg:

Ingen

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	17. februar 2021

Type sak (sett kryss)							
Beslutning	<input checked="" type="checkbox"/>	Etterretning	<input type="checkbox"/>	Orientering	<input type="checkbox"/>	Tema	<input type="checkbox"/>

Sak: 008 – 2021

Årlig melding 2020

Hensikten med saken

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

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

Som vedlegg til saken følger administrerende direktørs forslag til Årlig melding 2020 for STHF.

Forslag til vedtak

1. Styret gir sin tilslutning til det fremlagte forslaget til Årlig melding 2020 for Sykehuset Telemark HF.
2. Styreleder og administrerende direktør gis fullmakt til å utforme endelig dokument basert på styrets innspill i møtet.
3. Årlig melding 2020 sendes Helse Sør-Øst RHF for videre behandling innen fristen 1. mars 2021.

Skien, 8. februar 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Hva saken gjelder

Årlig melding 2020 ligger som vedlegg til saken. Sykehuset har benyttet mal utarbeidet av Helse Sør-Øst RHF i utarbeidelsen av meldingen.

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

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

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

Frist for oversending av styrebehandlet Årlig melding 2020 fra Sykehuset Telemark HF til Helse Sør-Øst RHF er 1. mars 2021. Meldingen skal behandles i foretaksmøte innen utgangen av juni 2021, jmfør § 6 i vedtektene for Sykehuset Telemark HF og § 34 i helseforetaksloven.

Det er et krav at Årlig melding fra Helse Sør-Øst RHF også skal omfatte underliggende helseforetak. For å få til dette uten å gi kortere frist for innsending av Årlig melding, er det innført en praksis med å avgi egen rapport for oppfølging av oppgavene helseforetaket er pålagt. Frist for tilbakemelding på alle relevante opplysninger, som skal inngå i Årlig melding for Helse Sør-Øst RHF, var 20. januar 2021. Rapporten, som tilsvarer del II: rapporteringer i Årlig melding 2020, skal ikke styrebehandles før innsendelse. Rapporten er sendt til Helse Sør-Øst RHF innen fristen.

Det ligger et omfattende arbeid bak Årlig melding 2020, hvor klinikker og administrerende direktørs stab har bidratt for å gi en sammenstilling av virksomheten. De tillitsvalgte, hovedverneombudet og brukerutvalget har hatt anledning til å gi innspill i prosessen. I forkant av styrebehandlingen har Årlig melding 2020 vært fremlagt og behandlet av brukerutvalget (30. januar), av tillitsvalgte og hovedverneombudet i drøftingsmøte (2. februar) og av direktørens ledergruppe (9. februar).

Vedlegg

1. Forslag til Årlig melding 2020 for Sykehuset Telemark HF
2. Protokoll fra drøftingsmøte 2. februar 2020

SYKEHUSET TELEMARKE HF

ÅRLIG MELDING 2020

til Helse Sør-Øst RHF

Skien, den 3. februar 2021

Innhold

DEL I: INNLEDNING OG VURDERING	4
1. Innledning.....	4
1.1 Oppgaver og organisering	4
1.2 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	6
1.3 Mål for virksomheten	7
1.4 Virksomhetsstyring - styrets arbeid, herunder intern styring og kontroll	7
1.5 Medvirkning fra brukere og ansatte	9
2. Vurdering av virksomheten	12
2.1 Positive resultater og uløste utfordringer	12
2.2 Evaluering av egen virksomhet og organisering	17
DEL II: RAPPORTERINGER	20
3. Oppfølging av styringsbudskap for 2020.....	20
3.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	20
3.1.1 Ventetid og fristbrudd	20
3.1.2 Pasientavtaler	20
3.1.3 Kreftbehandling	21
3.2 Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	22
3.2.1 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	22
3.2.2 Gjennomsnittlig ventetid i psykisk helsevern og TSB	22
3.2.3 Pakkeforløp psykisk helsevern og TSB	23
3.2.4 Henvisninger og epikrise i psykisk helsevern og TSB	26
3.2.5 Tvangsbruk psykisk helsevern	26
3.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	27
3.3.1 Kvalitet og pasientsikkerhet	27
3.3.2 Pasientsikkerhet	27
3.3.3 Legemidler	27
3.3.4 Bruk av bredspektrede antibiotika	27
3.3.5 Korridorpasienter	28
3.3.6 Tjenestetilbud til fødende	28
3.3.7 Diagnosespesifikke behandlingstilbud	29
3.3.8 Pasienttransport	30
3.3.9 Samarbeid med fastleger og kommuner	30
3.3.10 Epikriser somatikk	31
3.3.11 Beredskap og sikkerhet	31
3.3.12 Kompetansekartlegging og -utvikling	32
3.3.13 Læringer	32
3.3.14 Regjeringens inkluderingsdugnad	32
3.3.15 IKT-utvikling og digitalisering	33
3.3.16 Bygg og eiendom	35
3.3.17 Samfunnsansvar	35
3.3.18 Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser	36
3.4 Tildeling av midler og krav til aktivitet	36
3.4.1 Økonomiske krav og rammer	36
3.4.2 Aktivitetskrav	37
3.4.3 Håndtering av Covid-19	39
3.5 DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT	43
4. Utviklingstrender og rammebetingelser	43

5. Strategier og planer43

1. Innledning

1.1 Oppgaver og organisering

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

Sykehuset Telemark er et allsidig akutt sykehus. Det største sykehuset ligger i Skien. Dette har traumemottak og et bredt tjenestetilbud innen somatikk. I Skien har sykehuset også sykehusavdelinger for psykisk helsevern og rusbehandling. På Notodden, Seljord og i Porsgrunn er det distriktpsikiatriske sengeposter og polikliniske tilbud innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Sykehuset har også polikliniske tilbud innen TSB og psykisk helsevern i Skien, på Stathelle og i Kragerø.

Dagsykehuset i Porsgrunn ivaretar planlagte dag- og polikliniske tjenester og drives i tett samarbeid med sykehuset i Skien.

Lokalsykehuset på Notodden har akutfunksjoner innen indremedisin, generell kirurgi og ortopedi.

Ved dagsykehusene på Rjukan og i Kragerø ytes dag- og polikliniske spesialisthelsetjenester innen både indremedisinske og kirurgiske fag.

Sykehuset driver et rehabiliteringstilbud på Nordagutu.

Sykehuset har startet samhandling med Tokke kommune om desentralisert enkel cellegift behandling i Vest-Telemark. Sykehuset tilbyr dialysebehandling ved fem lokasjoner i tillegg til hjemmedialyse.

Sykehuset driver også ambulant virksomhet innen palliasjon og i tillegg innen fagene pediatri, psykiatri, rehabilitering og nevrologi.

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

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

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

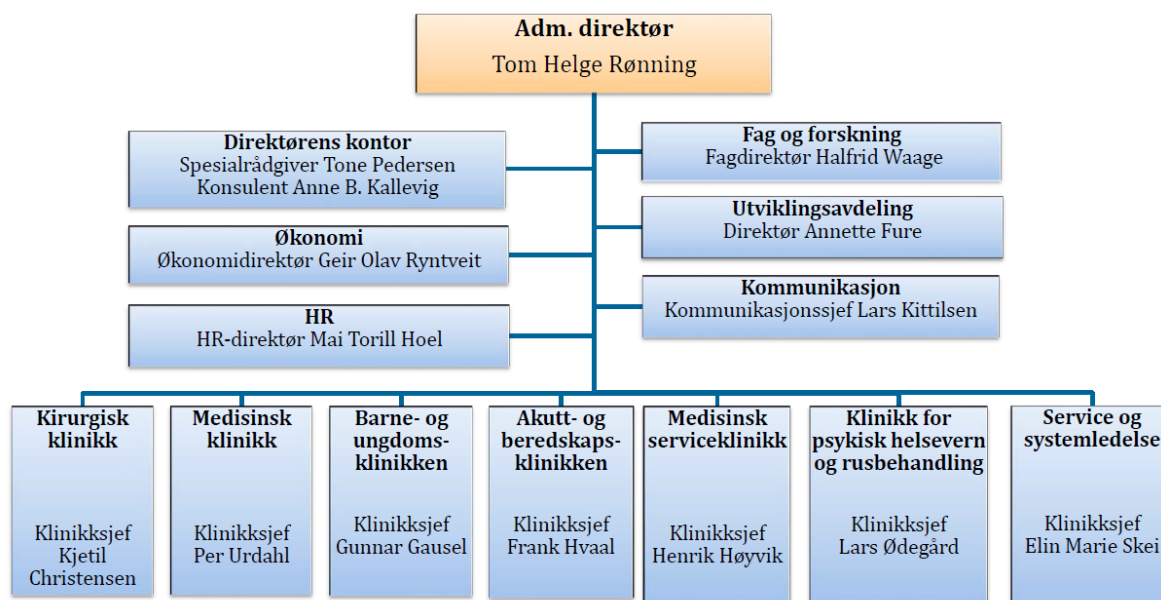
Opptaksområdet for sykehuset dekker om lag 173.355 innbyggere (per 1. januar 2020) og 17 kommuner.

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

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

Budsjettet er på om lag 4,2 milliarder kroner og antall budsjetterte årsverk utgjør 2.993.

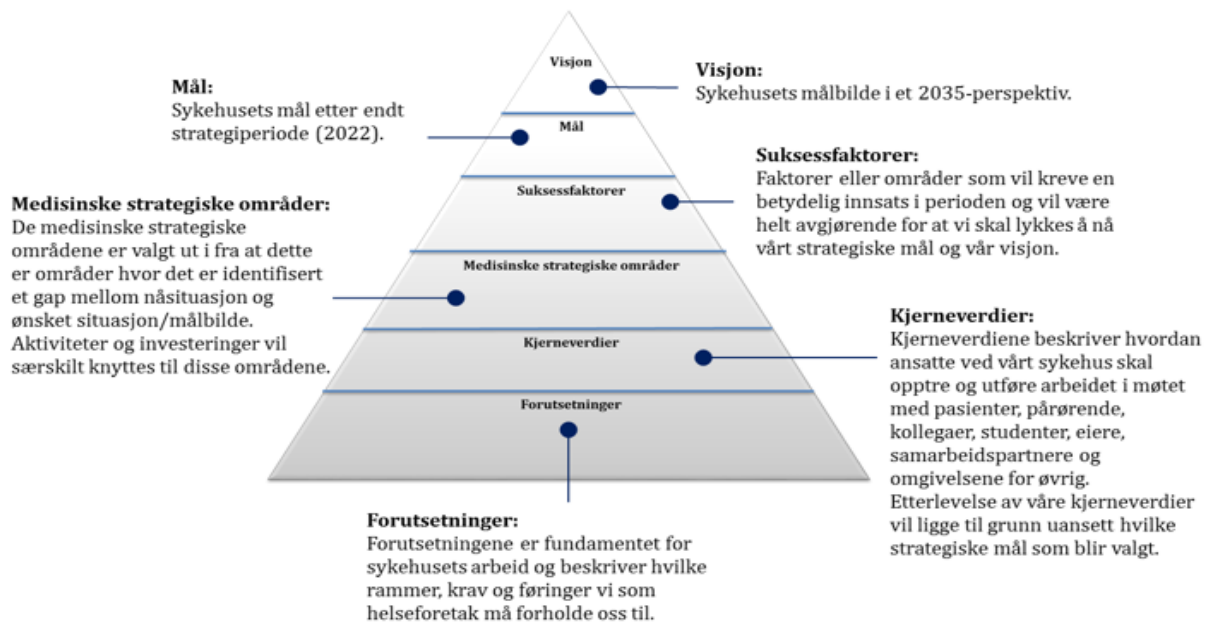
Sykehuset Telemark ledes av administrerende direktør og er organisert i sju klinikker og seks stabsområder:



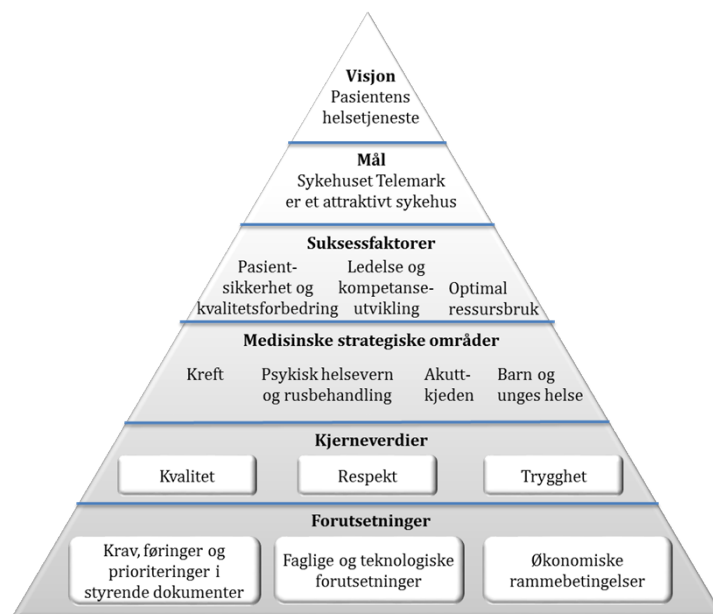
1.2 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

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

«Strategipyramiden» er bygget opp på følgende måte:



Strategi for 2020-2022



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

1.3 Mål for virksomheten

En overordnet målsetting har vært å videreutvikle forbedringsarbeidet ved sykehuset for å legge til rette for en bærekraftig drift og god kvalitet i tjenesteleveransene. Sykehuset har jobbet mye med omstilling de siste årene, men det er tydelige tegn på at det blir mer krevende å identifisere nye tiltak for å løse sykehusets utfordringer. Endrings- og utviklingsarbeid er viktig fordi sykehuset må, i større grad enn til nå, ha fokus på forberedelse til å levere morgendagens helsetjeneste. Utviklingsprogrammet er videreført og det er arbeidet videre med fokus på interne arbeidsprosesser, organisering, hvordan medarbeiderne samarbeider og hvordan sykehuset bruker ny teknologi. Prosjektet «Operasjon 2020», som handler om å effektivisere den kirurgiske driften har stått sentralt i utviklingsarbeidet og selv i en krevende driftssituasjon med covid-19, har det vært en hovedmålsetting å gjennomføre prosjektet. Ved utgangen av 2020 er prosjektet i ferd med å avsluttes og sykehuset er over i en gevinstrealiseringsfase som vi har betydelige forventinger til.

Sykehuset har hatt som mål å ferdigstille konseptfasearbeidet for «Utbygging somatikk Skien» og få et vedtak i Helse sør-Øst om å søke midler over Statsbudsjettet for å kunne starte opp forprosjektet i 2022. Det har vært et mål å utarbeide gode løsninger for å gjøre oss i stand til, på en best mulig måte å levere fremtidens helsetjeneste. Det har også vært en målsetting å forankre løsningene godt i egen organisasjon, noe vi synes å ha fått til på en god måte.

Da landet ble rammet av pandemien og stengte ned i mars, ble oppdraget til sykehuset endret. Dette medførte reduksjon i sykehusets elektive virksomhet og vårt hovedfokus ble å planlegge for et stort antall pasienter med covid-19, tillegg til å utøve annen ø-hjelps- og kreftbehandling. Målet var å etablere en kapasitet for å kunne behandle inntil 41 intensivpasienter, herav 37 med påvist covid-19. I tillegg skulle vi kunne ta imot inntil 109 covid-19 pasienter på sengepost. Det ble utarbeidet og styrebehandlet et planverk som tok for seg utstyr, infrastruktur, kompetanse og organisering. Vi fikk utarbeidet et godt planverk, som siden har vært justert med henblikk på å optimalisere de ulike områdene. Utover høsten er det arbeidet med å normalisere øvrig pasientbehandling så mye som mulig og sykehuset har ved utgangen av året i stor grad tatt igjen det tapte. Dog reduserte et lokalt smitteutbrudd i desember den elektive aktiviteten.

1.4 Virksomhetsstyring - styrets arbeid, herunder intern styring og kontroll

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

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

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

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

Administrerende direktør har dialogmøter med de hovedtillitsvalgte, samt hovedverneombudet omlag hver fjortende dag, i tillegg til drøftingsmøter. Som følge av pandemien har det mot slutten av året vært gjennomført flere dialogmøter.

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

Sykehusets øverste beslutningsnivå er styret. Styret skal settes i stand til å ta kvalitativt gode beslutninger og å etterspørre og få nødvendig informasjon, samt stille de krav til administrasjonen som styret til enhver tid finner nødvendig for å nå overordnede mål og krav. Brukerutvalgets leder og nestleder har møte- og talerett i styret. Styret har avholdt ti styremøter (inkludert ekstraordinære styremøter) og ett styreseminar. Fire av styremøtene ble avholdt elektronisk (Skype-møter) det første halvåret. Det andre halvåret ble styremøtet i desember avholdt elektronisk.

Styrets sammensetning ved utgangen av året

- Per Anders Oksum, styreleder
- Kine Jordbakke, nestleder
- Kristian Bogen, styremedlem
- Turid Ellingsen, styremedlem
- Per Christian Voss, styremedlem
- Marjan Farahmand - oppnevnt 17.12.2020
- Trygve Kristoffer Nilssen - oppnevnt 17.12.2020
- Ann Iserid Vik-Johansen, ansattvalgt styremedlem
- Kristian Wiig, ansattvalgt styremedlem
- Solfrid Nikita Tveit, ansattvalgt styremedlem
- Jarl-Magnus Kikut Moen, ansattvalgt styremedlem - oppnevnt 17.12.2020

Noen av sakene som styret har behandlet:

- Kapasitetsplaner for covid-19
- Sykehuset Telemark sin tilbakemelding til HSØ på bestilling i foretaksmøte 26. mars om strategi for å øke behandlingsskapiteten
- Virksomhetsrapporter herunder blant annet kvalitet og pasientsikkerhet, korridorpasienter, ventetider, fristbrudd, sykehusinfeksjoner, avvik, tilsyn, prioriteringsregelen, aktivitet og økonomi
- Årsberetning og årsregnskap, budsjett, økonomisk langtidsplan og investeringer
- Utbygging somatikk Skien (USS)

- Sykehusets strategi 2020 – 2022
- Status pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring
- Resultater ForBedring
- Årlig revisjon av fullmaktsreglement
- Alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser (herunder kategorisering uønskede pasienthendelser (NOKUP) 2019)
- Årsmelding fra Pasient- og brukerombudet i Telemark
- Tilsyn og revisjoner
- Helse, miljø og sikkerhet
- Etablering av Helsefellesskap
- Oppdrag og bestilling 2020 og reviderte krav og oppdrag
- Årlig melding 2019
- Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2021
- Styrende dokumenter for Sykehuset Telemark
- Revisjon av virksomhetsrapport – prosess
- Styrets årlige evaluering av administrerende direktørs arbeid og resultater
- Forbedringsarbeid og prosjekter
- Styreleder og AD hadde møte med brukerutvalget ved sykehuset 1. oktober

Styret ved Sykehuset Telemark informeres jevnlig om status og oppfølging av uønskede hendelser, klagesaker, tilsyn og revisjoner i forbindelse med tertialrapporteringen. I tillegg legges samlede vurderes fram i årlige styresaker. Det informeres særskilt om de alvorligste sakene og hvordan disse følges opp (§ 3-3a varsler).

I ledelsens gjennomgåelse vurderes årlig måloppnåelse og risiko innen det systematiske kvalitetsforbedringsarbeidet.

Styret etterspør systematisk planer, tiltak, effekt og resultater som skal sikre etterlevelse av styrende krav til ledelse av pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i hele foretaket.

1.5 Medvirkning fra brukere og ansatte

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

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

Sykehuset Telemark har avtale om frikjøp av foretakstillitsvalgte og hovedtillitsvalgte som til sammen utgjør syv årsverk. De største arbeidstakerorganisasjonene har også klinikktillitsvalgte. Sykehuset jobber kontinuerlig med skolering av sine lokale

verneombud. Vernetjenesten er organisert med verneombud i definerte verneområder, og med et klinikkverneombud i hver klinikk. Leders HMS-ansvar og kravet om involvering av verneombudet i arbeidsmiljø saker inngår i lederavtalene på alle nivåer. Hovedverneombudet deltar på møter med øverste ledelse på lik linje med foretakstillitsvalgte, samt i separate møter ved behov.

Sykehuset har et eget varslingsutvalg bestående av fire personer. Utvalget ledes av foretaksjurist. På bakgrunn av rapport fra konsernrevisjonen har sykehuset startet et arbeid med å bevisstgjøre organisasjonen om varslingsmulighetene.

Brukerutvalget ved Sykehuset Telemark HF

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

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

Deltakelse og medvirkning

- Brukerutvalget har vært representert på helseforetakets styremøter og styreseminar
- Brukerutvalgets leder og nestleder møter fast i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget
- Brukerutvalgets medlemmer har engasjert seg i prosjekter og arbeider der brukermedvirkning har vært etterspurt (ca. 17 ulike prosjekter og utvalg).
- Brukerutvalget har vært representert på møte mellom ledere og nestledere i brukerutvalg i Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene i august – Skype-møte
- Møte med styreleder og administrerende direktør i STHF 1. oktober som erstatning for møte med hele styret, grunnet covid-19-situasjonen.

Sammensetning av utvalget ved utgangen av året

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

Noen saker som brukerutvalget har behandlet

- Kvalitet, pasientsikkerhet, korridorpasienter, ventetider, fristbrudd, sykehusinfeksjoner
- Covid-19-situasjonen
- Regnskap og budsjett
- Prosjektene: Utbygging somatikk Skien (USS), Sykehusets strategi 2020 – 2022
- Legemiddelsamstemming
- Forbruksmønster for psykofarmaka i Telemark
- Fritt behandlingsvalg
- Ny brukerundersøkelse
- Digitale innbyggertjenester
- Nye behandlingsformer/metoder for slagbehandling
- Etablering av Helsefellesskap i Telemark
- Åpenhet/ dilemmaer ved filming/opptak på sykehus

Ungdomsrådet ved Sykehuset Telemark

Ungdomsrådet ved STHF består av ungdommer som har erfaring som pasienter og/eller pårørende i sykehus. Ungdomsrådet har to koordinatore. Rådet har gjennomført fem møter og behandlet 32 saker.

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

Deltakelse og medvirkning

- Prosjekt Kontorfaglig støttefunksjoner - referansegruppe
- Prosjekt Pasientflyt 24/7 - høringsgruppe
- BUP-prosjektet ved Sykehuset Telemark - prosjektgruppe
- Avdelingsmøte ABUP

Sammensetning av rådet ved utgangen av året

- Ada-Marie Riis, leder
- Sebastian Gundersen, nestleder
- Thea Tomine Borge
- Happy Sapai
- Oliver Ditlefsen
- Christie Malek
- Amalie Hansen

Noen saker som ungdomsrådet har behandlet

- Erfaringer – Hvordan er det/har det vært å være ungdom i risikogruppe i forhold til informasjon og oppfølging i denne covid-19tiden
- Presentasjon av ungdomsrådet rundt på sykehuset og på sykehusets nettside
- SMS påminnelse før timer

- Facebook
- Større variasjon og mer spennende mattilbud for barn/unge
- Pasientflyt 24/7
- Overgang barn – voksen
- Ungdomsrom
- Covid-19-situasjonen

2. Vurdering av virksomheten

2.1 Positive resultater og uløste utfordringer

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

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

Rekruttering, kompetanse og HMS

Sykehuset har, på grunn av covid-19, måttet sette sitt lederutviklingsprogram på vent. Det har allikevel vært gjennomført små ledersamlinger med aktuelle temaer. Veiledningskursene for overleger er gjennomført etter planen, men med noe mindre grupper.

Rekrutteringssituasjonen er utfordrende på noen områder, men tilgangen på kvalifiserte søkere er totalt sett noe bedret sammenlignet med fjoråret. Utfordringene er knyttet til enkelte lokasjoner og fagområder, og fremdeles er det krevende å rekruttere spesialsykepleiere og spesialister til psykiatri.

Sykehuset har god tilgang på søkere til stillinger i spesialisering.

Andelen deltidsansatte er på ca. 35 prosent. Det er behandlet 22 saker om utvidet stilling, og av disse ble 18 innvilget.

Sykehuset har så vidt startet arbeidet med inkluderingsdugnaden for å rekruttere flere med funksjonsutfordringer og hull i CV, og det er innledet et samarbeid med Nav og modellen «Springbrett» er under vurdering.

Sykehuset startet opp Nasjonalt program for intensivsykepleiere i desember 2020. Ett kull (4 medarbeidere) gjennomgikk programmet før nyttår. Sykehuset er i gang med opplæring av ytterligere 4 kull.

Utdanning av leger i spesialisering (LIS) følger fra mars 2019 ny utdanningsordning. LIS registrerer alle læringsaktiviteter og læringsmål i «Kompetanseportalen» (Dossier) som er et nasjonalt system. Sykehuset har søkt om godkjenning for å utdanne LIS innen 28 spesialiteter. Helsedirektoratet har per i dag godkjent en av søknadene. Sykehuset er godkjent for utdanning av leger innen alle spesialitetene ved sykehuset frem til søknadene for de enkelte fag er behandlet.

Sykehuset har i 2020 etablert et utdanningsråd for LIS som består av representanter fra alle klinikkene hvor det er ansatt leger.

Sykehuset Telemark var ett av få sykehus som rakk å gjennomføre den årlige medarbeiderundersøkelsen «Forbedring» før pandemien traff oss. Ved sykehuset svarte 83 prosent av de ansatte på undersøkelsen. Sykehuset innførte i høst et nytt verktøy for HMS-handlingsplaner. Det nye systemet gjør det mulig å få en bedre oversikt over gjeldende HMS-handlingsplaner på ulike nivåer i organisasjonen

Prevalens

Sykehusinfeksjoner, målt ved prevalens, skal i henhold til føringer fra Helse Sør-Øst være under tre prosent. Målingene viser en nedadgående trend over år. I 2020 var resultatene av prevalensmålingene 2,5 prosent, 3,9 prosent, 2,2 prosent og 2,4 prosent. Med tre av fire målinger under tre prosent, er dette en tydelig forbedring fra tidligere. Det vil fortsatt være et høyt fokus på infeksjonsområdet, ikke minst på å holde postoperative sårinfeksjoner på et lavt nivå.

Tilgjengelighet

Gjennom 2020 har ventetidene i perioder vært nokså høye på grunn av redusert aktivitet i starten av pandemien. Økt aktivitet i høstmånedene har gitt reduserte ventetider som ved utgangen av året er lavere enn på tilsvarende tidspunkt i fjor. Ventetidene varierer i tillegg i tråd med normale sesongvariasjoner med økte ventetider i sommermånedene. Gjennomsnittet av ventetidene målt hver måned gjennom året er 58 dager.

Det er også grunn til å fremheve de korte ventetidene innenfor psykisk helsevern og rusbehandling.

Fristbrudd har fulgt samme mønster som ventetid. Per desember 2019 var det 2,2 prosent (62) fristbrudd. Dette økte utover våren og sommeren, for så å reduseres til et nivå på 0,77 prosent (21) per desember 2020. Fristbruddene er i hovedsak innenfor mage/tarm-området, men også her er det en tydelig bedring.

Passert tentativ tid er gradvis redusert fra en topp på 14,2 prosent i april til 8,6 prosent i desember. ØNH er det fagområdet med de største utfordringene. Det jobbes aktivt med tiltak for å øke kapasiteten og bedre planlegging og drift.

Etter målrettede tiltak er avvisningsraten i voksenpsykiatrien redusert fra rundt 30 prosent til under 15 prosent i alle de tre siste månedene i 2020. I desember isolert var

avvisningsraten på 9,3 prosent. Avisningsraten i Barne- og ungdomsklinikken har vært under 15 prosent gjennom hele året.

Telefon- og videokonsultasjoner

Pandemien har medført behov for elektroniske verktøy for blant annet å gjennomføre pasientkonsultasjoner via telefon og video. Sykehuset Telemark har samarbeidet med andre helseforetak i regionen og med Helse Sør-Øst i arbeidet for å få på plass løsning for videokonsultasjon. Den største utfordringen har vært å anskaffe selve utstyret som må til for å gjennomføre en konsultasjon. Det var nasjonal mangel på utstyr (kamera med høyttaler/mikrofon som kobles til pc eller hodetelefoner). Sykehuset erfarte økt bruk av telefon- og videokonsultasjoner i den første tiden av pandemien. Bruken har deretter avtatt. I budsjettet for 2021 har sykehuset fastsatt mål for telefon- og videokonsultasjoner.

Kreft

Samlede resultater for siste 12 måneders periode viser at 79 prosent av nye pasienter inkluderes i pakkeforløp, og 77 prosent av pasientene i pakkeforløp behandles innen standard forløpstid, som er noe høyere enn foregående 12 måneders periode (75 prosent). Mål på 70 prosent er innfridd. Sykehuset Telemark HF scorer tredje høyest på andel behandlet innen standard forløpstid i foretaksgruppen etter Sykehuset Vestfold og Sykehuset i Østfold.

Forskning

Forskningsproduksjonen i år vil resultere i kreditering for 55 vitenskapelige artikler og 2,25 gjennomførte doktorgrader. Dette er en liten økning fra fjoråret i antall forskningspoeng som gir uttelling i inntektsmodellen for forskning. Sykehuset Telemark har store forventninger til en vesentlig større økning i forskningspoeng i årene som kommer. Vi har gjennomført flere av tiltakene i forskningsplanen og opprettet flere akademiske bistillinger ved Universitetet i Oslo. Flere ansatte med forsknings- og veiledningskompetanse har fått forskerstipender. Sykehuset har innført et grundigere fagfelle vurderingssystem der alle nye forskningsprosjekter som søker om interne forskningsmidler vurderes av en eksternt bedømmelseskomite. Tiltakene har resultert i 7,5 millioner kroner økning i eksterne forskningsmidler til nye prosjekter, som skal startes opp i 2021. Sykehuset har også økt interne overføringer til forskning de siste to årene. Dette muliggjør oppstart av fem nye PhD-prosjekter i 2021, hvorav to av disse er finansiert med eksterne midler. Tre forskerstipend er tildelt, hvorav to er eksternt finansiert.

Flere kliniske behandlingsstudier er i oppstartsfasen og Sykehuset Telemark skal lede to store nasjonale og internasjonale multisenterstudier de neste årene. Prosjektene har fått eksternt finansiering. Dette har skapt overskrifter i media og satt forskningen ved sykehuset på kartet. Sykehuset har mål om å øke ressurser til forskning fra 0,6 til 1 prosent av totalt driftsbudsjett, samt at en større andel av forskningen finansieres av eksterne forskningsmidler. Dette forskningsåret har bragt oss et godt stykke videre mot å nå målene og det forventes at dette vil resultere i langt større forskningsaktivitet og forskningsproduksjon i årene som kommer.

Samhandling med kommunene

Det er avholdt regelmessige møter mellom administrerende direktør, rådmennene og tillitsvalgte i de 17 Telemarkskommunene. Regelmessige møter har også vært avholdt på klinikksjef og kommunalsjefsnivå. På det kliniske/utøvende nivå har det vært avholdt møter ved definerte behov. Videre har det gjennom året vært en involverende prosess for å etablere Helsefellesskap mellom de 17 kommunene og Sykehuset Telemark. Arbeidet har blitt fasilitert av samhandlingskoordinatorene, som er knyttet til henholdsvis kommuner og helseforetak. Det første partnerskapsmøtet ble avholdt 22. januar 2021.

Akuttkjedeprojektet i Telemark har fått stor regional og nasjonal oppmerksomhet. Projektet har lagt vekt på å styrke og utvikle samarbeidet med kommunene for å bedre akutthelsetjenesten. Projektet har involvert ambulansetjenesten, AMK, legevakter, fastleger og kommuner, i tillegg til sykehuset. Samhandlingsverktøyene er satt i drift i alle kommunene, og 13 akuttflyter inklusiv covid-19-flyt er i bruk. Psykiatri og rusflytene er fortsatt under arbeid. Mer enn 3.000 ansatte i kommunene har gjennomført opplæring. Projektet er nå lagt over i drift.

Også på individnivå er det fokus på god samhandling mellom fastleger/kommune og behandlere i spesialisthelsetjenesten. Målsettingen er å skape helhetlige og godt koordinerte pasientforløp. Sentrale tema er behandlingsplan og videre oppfølging av pasienten. Videre er legemiddelbruk et aktuelt tema. Gjennom mange år har det blitt brukt spesielt mye psykofarmaka og opioider av befolkningen i Telemark. Klinikkledeksen og praksiskonsulenten ved KPR har i samarbeid med fylkeslegen, kommuneoverleger, fastleger og Mental Helse Telemark satt i gang en satsning for riktigere bruk i vårt område.

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

Sykehuset Telemark har praksiskoordinator og to praksiskonsulenter, en i somatikk og en innen psykisk helse. Disse jobber med å forbedre kommunikasjon og praksis i grensesnittet mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. Etter mal fra «Møteplass Oslo» er det etablert et samarbeidsutvalg for leger i Telemark: SULT. Målgruppen er fastleger, kommunalt ansatte allmennleger, avtalespesialister og leger på HF-nivå. Hensikten er å etablere en samhandlingsarena for å arbeide fram felles anbefalinger om arbeids- og ansvarsdeling.

Klinikk for psykisk helsevern rusbehandling og klinikkens praksiskonsulent har, i samarbeid med fylkeslegen, kommuneoverleger, fastleger samt Mental Helse Telemark, startet et arbeide for riktigere bruk av psykofarmaka og opioider i Telemark. Arbeidet er finansiert ved projektmidler fra Fylkesmannen og med samhandlingsmidler. Målet er større bevissthet både ved forskrivning og oppfølging når medikasjon med psykofarmaka og sterke smertestillende vurderes/forskrives. Riktigere bruk av disse medikamentene kan bidra til bedre psykisk og somatisk helse i befolkningen.

Virksomhetsutvikling

Sykehuset Telemark igangsatte flere sykehusovergripende virksomhetsutviklingsprosjekter (OU) i 2020. For å kunne realisere de beregnede driftsgevinstene blant annet knyttet til Utbygging somatikk Skien (USS) er det behov for

et betydelig OU-arbeid. Med utgangspunkt i dagens drift og organisering ble det i idefasen identifisert flaskehalser og tidstyver i forhold til pasientforløp og personalets arbeidsprosesser, med målsetting om å bedre pasientens flyt gjennom sykehuset. Begrunnelsen for dette var å sikre at alle elementene i utrednings- og behandlingsprosessen henger så godt sammen som mulig, at unødvendig venting unngås, og at ressursene utnyttes effektivt. Basert på føringer fra Utviklingsplanen og framskrevet aktivitet ble det utarbeidet fremtidige faglige driftskonsepter, som nå ligger til grunn for både arealutforming og gevinstberegninger i prosjektet.

Utbygging somatikk Skien (USS)

Styret ved Sykehuset Telemark behandlet konseptrapport for utbygging i sak 070-2020 i styremøtet i oktober. Senere har saken vært behandlet i styret i Helse Sør-Øst, den 26. november og regionen har med det endelig godkjent konseptrapporten (B3-beslutning).

Økonomisk styringsramme for prosjektet er fastsatt til 1 089 millioner kroner (P50, juni 2020-kroner). Det vil bli søkt Helse- og omsorgsdepartementet om lån i henhold til gjeldende retningslinjer, slik at prosjektet sikres finansiering med planlagt oppstart av forprosjektet i 2022.

Sykehuset Telemark HF vil få ansvaret for gjennomføring forprosjektet i henhold til et mandat gitt av HSØ.

Sykehuset vil i 2021 utarbeide planer for eventuelle aktiviteter som kan gjennomføres som forberedelse til forprosjektet.

Økonomiske forhold

Covid-19-pandemien har forsinket forbedringsarbeidet ved sykehuset i år. Sykehuset har så langt mulig fortsatt arbeidet med løpende forbedringstiltak i klinikkene og på tvers av organisasjonen, men har i perioder mistet fremdrift i dette arbeidet. Utover det klinikkvise forbedringsarbeidet har det særlig vært jobbet med prosjektet Operasjon 2020 som skal sikre god pasientflyt i forbindelse med operasjoner gjennom å strømlinjeforme utredningsforløpene før operasjon, sikre helhetlig operasjonsplanlegging og å forbedre flyt på selve operasjonsdagen. Prosjektet involverer ressurser på tvers av kirurgisk klinikk, akutt- og beredskapsklinikken og klinikk for service og systemledelse. Til tross for forsinket fremdrift på grunn av covid-19-pandemien har prosjektet gitt viktig bidrag til den raske reduksjonen av ventelister gjennom høsten. Prosjektet vil i 2021 være i gevinstrealiseringsfase hvor hovedoppgaven blir å sikre gjennomføring av planlagte tiltak med tilhørende effekter.

Sykehuset har i tillegg gjort kartlegging og forberedende arbeid i prosjektet Pasientflyt 24-7 som blant annet skal legge til rette for arbeid med optimal ressursutnyttelse under varierende belegg og innstrøm av pasienter, både samlet for sykehuset og mellom klinikker og sengeposter.

Covid-19-pandemien har hatt stor innvirkning på både driftskostnadene i sykehuset og på de aktivitetsbaserte inntektene. Sammenliknet med budsjett er det et stort negativt avvik i aktivitetsbaserte inntekter og økte kostnader til blant annet smittevern og beredskap som følge av covid-19-situasjonen. Samtidig er det positive budsjettavvik knyttet til redusert arbeidsgiveravgift og lønnsoppgjøret som også må sees i

sammenheng med pandemien og sykehuset ble tilført betydelig økte bevilgninger for å kompensere for effektene av pandemien. Uavhengig av pandemien erfarer sykehuset også i år at kostnader til kreftlegemidler, behandlingshjelpemidler og fritt behandlingsvalg i psykiatri og rus øker og gir negative budsjettavvik.

Sykehuset Telemark oppnådde et overskudd på 36 millioner kroner, noe som er 6 millioner kroner bedre enn med budsjett og om lag på linje med 2019. Samlet beregner vi sykehusets årsresultat eksklusiv alle effektene av covid-19-pandemien og tilhørende ekstra bevilgninger til å være om lag 24 millioner kroner (mot budsjett 30 millioner kroner). Dette viser at det er avgjørende å komme i gang igjen med forbedringsarbeidet i sykehuset for å bedre produktivitet og sikre langsiktig økonomisk bærekraft.

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

2.2 Evaluering av egen virksomhet og organisering

Styret er også i 2020 generelt godt fornøyd med resultatene i de medisinskfaglige måleparameterne. Etter at driften i stor grad ble påvirket av covid-19-pandemien fra mars og frem til sommeren, kan vi etter sommeren registrere en god driftsperiode frem til og med november. På det tidspunktet var tilgjengelighets- og kvalitetsparameter omtrent tilbake på nivå med tilsvarende periode i fjor. Vi kan slå fast at sykehuset skårer godt sammenlignet med andre helseforetak, selv om det fremdeles er potensial for ytterligere forbedring innen enkelte fagområder. Spesielt gjelder dette ventetider og fristbrudd i somatikken.

På grunn av høytid og ferieavvikling mot slutten av året, ser vi normalt en liten forverring av tallene i desember. Det gjør vi også i år, hvor tallene i tillegg er påvirket av lokalt smitteutbrudd med relativt mange sykehusinnleggelseser med covid-19 og derfor noe redusert aktivitet.

Det er gledelig å konstatere at det fortsatt er god utvikling på ventetider i voksenpsykiatrisk poliklinikk (VOP) og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Antallet avvisninger har holdt seg på et lavt nivå innen BUP, samtidig som vi utover høsten har kunnet konstatere store forbedringer innen VOP.

Antallet pasienter som har ventet mer enn ett år er på tross av pandemien redusert gjennom 2020 og er nå stort sett begrenset til plastikk-kirurgi. Enkelte pasienter til plastikk-kirurgi må, av medisinske årsaker, påregne å vente et år.

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

Det registreres generelt en god utvikling på postoperative infeksjoner.

Korridorpasienter har gjennom året i betydelig grad vært påvirket av covid-19-situasjonen. Det har vært en betydelig reduksjon i sykehusinnleggelser og som en følge av det, har korridorpasienter ligget på et relativt lavt nivå. Prioriteringsregelen oppleves som krevende og sykehuset har samlet sett ikke oppnådd målsettingen. Sykehuset er imidlertid godt fornøyd med arbeidet som er gjort for å redusere ventetidene i psykiatrien.

Året som helhet har i stor grad blitt preget av den pågående pandemien. Det har gjennom de siste par årene vært et betydelig fokus på forbedringsarbeid med sikte på å bedre bærekraften og sikre fremtidig handlingsrom for investeringer. Dette er spesielt krevende i en situasjon med liten aktivitetsvekst. Arbeidet har ført til produktivitetsforbedringer, men vi har samtidig måttet slå fast at det synes mer krevende å identifisere nye tiltak enn tidligere. Året startet bra og vi kunne blant annet konstatere høy kirurgisk aktivitet i januar og februar. Prosjekt «operasjon 2020» var godt i gang og det var i gang et systematisk arbeid for å fjerne flaskehals, bedre planleggingen og organisere virksomheten for å legge til rette for en mer effektiv drift innen det kirurgiske området. Dette arbeidet måtte naturlig settes på vent, da pandemien inntraff og ble ikke startet opp igjen før etter sommeren. Arbeidet ble igjen påvirket av pandemien mot slutten av året.

Styret mener sykehuset har arbeidet godt med planen for økt behandlingsskapasitet i forbindelse med covid-19-epidemien. Det var imidlertid en krevende oppgave å legge planer for en kapasitet tilsvarende en topp i covid-19-epidemien, som angitt i Folkehelseinstituttets analyser og man var klar over at det kunne bli nødvendig å finne løsninger som ikke gjør det mulig å opprettholde samme standard som under alminnelige driftsforhold. Sykehuset planla med 39 intensiv plasser og 109 ordinære senger for covid-19 pasienter. Planen omfattet også 4 rene intensivplasser og 156 rene ordinære senger (inkl. Notodden og Betanien). I det siste trinnet av planen, med full kapasitetsutnyttelse, så man for seg et at sengepost for blod-/kreftbehandling og kreftpoliklinikken ble lokalisert til Betanien. Arealbehov for å ivareta covid-19-scenariet var i planen godt ivaretatt. Hovedutfordringen ved å øke kapasiteten til 43 intensivsenger er først og fremst bemanning og kompetanse.

På grunn av stor usikkerhet om hvordan pandemien ville utvikle seg, ønsket man i størst mulig grad å legge til rette for å beskytte øvrige pasientgrupper så mye som mulig. For å få til en robust plan, valgte man å legge mest mulig kirurgisk aktivitet til Notodden og flyttet medisinske pasienter fra Notodden til Skien. Det medførte også at en del ansatte fikk annet oppmøtested enn til vanlig. Denne driftsmodellen ble beholdt til over sommeren. Hadde vi hatt dagens kunnskap om pandemien og utviklingen kunne kanskje denne omleggingen vært unngått.

Styret finner det vanskelig å gjøre en god og presis vurdering av den økonomiske utviklingen gjennom 2020. De aktivitetsbaserte inntektene har falt betydelig og kostnader til beredskap og smittevern har økt. Det er, etter føringer fra eier etablert et system for å registrere hvordan pandemien har påvirket økonomien, men det er ikke alltid enkelt å henføre inntekter og kostnader korrekt. Sykehuset har forsøkt å benytte beste skjønn, men beregningene er åpenbart beheftet med usikkerhet. Samlet sett vurderer styret at overføringene fra eier så langt har vært tilstrekkelig til å dekke faktisk inntektsbortfall og økte kostnader. Pandemien har derfor foreløpig ikke fått negative konsekvenser for den økonomiske situasjonen til foretaket.

Sykehuset har i 2020 gjennomført betydelige investeringer, hvorav mer enn 20 millioner kroner har kommet som en følge av ekstra investeringer som en følge av forberedelser til høyt behandlingsvolum av covid-19 pasienter. Rjukan sykehus er fremdeles ikke solgt etter at et planlagt salg i begynnelsen av året, dessverre ikke ble effektivert fordi kjøper trakk seg. Det er etablert ny dialog med Tinn kommune etter at kommunevalget i år førte til ny politisk ledelse.

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

Sykehuset har gjennom hele året arbeidet med konseptfase for «Utbygging somatikk Skien». Målet har vært å utarbeide et konsept for videreutvikling av sykehuset gjennom følgende tre delprosjekter:

- Nytt strålesenter Vestfold/Telemark med to linac og utvikling av kreftsenter Telemark
- Nytt sengebygg med 101 døgnplasser, herav 12 kontaktsmitteisolat
- Utvidet og ombygd akuttsenter med avklaringspost med 15 senger

Styret mener at sykehuset har konkludert med gode løsninger for å gjøre oss i stand til, på en best mulig måte, å levere fremtidens helsetjeneste. Det har også vært en målsetting å forankre løsningene godt i egen organisasjon, noe vi har fått til på en god måte.

Vi konstaterer med tilfredshet at vi har fått godkjent konseptfaserapporten og at det nå blir sendt søknad til Helse- og omsorgsdepartementet om finansiering av prosjektet, slik at vi i 2022 kan starte forprosjektet.

Arbeidet med etablering av Helsefelleskap har pågått siden sommeren og nødvendige avtaler med kommunene er utarbeidet og signert mot slutten av året. Strukturen er besluttet og det første partnerskapsmøtet er planlagt ultimo januar 2021. I arbeidet med å skape pasientens helsetjeneste vil god dialog og samarbeid med brukerne stå sentralt. I denne sammenheng er brukerutvalget et viktig organ for STHF og det er i år videreført og videreutviklet det gode samarbeidet med ledelsen ved sykehuset. Ungdomsrådet har arbeidet for å utvikle rådet som en verdiskapende møteplass med de unge brukerne av sykehusets tjenester.

3. Oppfølging av styringsbudskap for 2020

3.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

3.1.1 Ventetid og fristbrudd

- *Gjennomsnittlig ventetid, målt som årlig gjennomsnitt, skal være under 54 dager i 2020.*

I desember er gjennomsnittlig ventetid for året 58 dager, og målsettingen om 54 dager er ikke nådd. Gjennomsnittlig ventetid har økt i 2020 sammenlignet med 2019.

Med pandemi og sterkt redusert aktivitet økte ventetidene og antall fristbrudd fra mars måned. Tilnærmet normal drift fra midten av august, og økning i poliklinisk aktivitet, har ført til reduserte ventetider og fristbrudd. Ved utgangen av året er ventetiden tilbake på nivået før pandemien.

Det er imidlertid ingen bedring sammenlignet med tidligere år for tjenesteområdene samlet.

BUP, VOP og TSB når målsettingen om ventetider under henholdsvis 37, 40 og 30 dager.

3.1.2 Pasientavtaler

- *Helseforetaket skal overholde minst 94 prosent av avtalene innen utgangen av 2020. Dette måles med samme uttrekksdato som året før.*

I januar hadde foretaket en måloppnåelse på 92,3 prosent. I den første tiden av covid-19-pandemien var det nødvendig å redusere elektiv drift. Det førte til at kun 85,8 prosent av avtalene var overholdt ved utgangen av april. Utover våren og sommeren ble det jobbet for å normalisere driften og ta igjen etterslep. Som et resultat har måloppnåelsen gradvis økt, og den var ved utgangen av november på 91,7 prosent. Utfordringene er først og fremst knyttet til øre-nese-hals. Det er iverksatt konkrete tiltak, som overføring av oppgaver fra leger til audiografer, endring i ledelsesstruktur, bedre planlegging og ekstra poliklinikk. Tiltakene følges opp månedlig.

- *Andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder skal øke sammenliknet med 2019, målt ved indikatoren planleggingshorisont, avgrenses til å gjelde andre halvår 2020 sammenliknet med andre halvår 2019. Tidligere stilt krav om at det skal være planleggingshorisont for bemanning og timetildeling på poliklinikker på minst 6 måneder gjelder fortsatt.*

Sykehuset har hatt en reduksjon på 5,5 prosent i antall planlagte episoder andre halvår sammenliknet med samme periode i 2019. Sykehuset hadde en lavere andel tildelte

timer hver måned enn året før. Dette tilskrives covid-19-pandemien og behov for hyppige driftsmessige tilpasninger.

Andel fordelt pr. mnd.:

Endring i andel tildelt time 2020 vs. 2019 fordelt pr. mnd							
jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	Endring
-15,5 %	-4,9 %	-3,9 %	-3,6 %	0,3 %	-4,3 %	-7,2 %	-5,5 %

3.1.3 Kreftbehandling

- *Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft innen maksimal anbefalt forløpstid skal være minst 70 prosent for hver kreftform (26 krefttyper: lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, nevroendokrine svulster, føflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkraft, myelomatose, akutt leukemi, kronisk lymfatisk leukemi, galleveiskreft, primær leverkreft, hode- halskreft, lymfom, nyrekreft, livmorkreft, eggstokkreft, livmorhalskreft og sarkom).*

Samlet for alle pakkeforløp i periode januar - desember har 76 prosent av alle pasienter blitt behandlet innen standard forløpstid.

Sykehuset Telemark ligger stabilt høyt innen bryst-, føflekk- og blærekreft. Utviklingen for tykk- og endetarmskreft er også positiv. De siste tolv måneder er oppnåelsen 66 prosent, mens siste fem måneder er 72 prosent.

Innen gynekologisk kreft er utviklingen svært god i forhold til 2019: Eggstokkreft 78 prosent (44 prosent 2019), livmorhalskreft 100 prosent (25 prosent 2019) og livmorkreft 75 prosent (59 prosent 2019).

Forløpskoordinator og kreftkoordinator jobber aktivt for å få en god samhandling. Dette gir bedring i forløpstidene.

For lungekreft er 51 prosent av pasientene behandlet innen standard forløpstid i siste 12 måneders periode. Utviklingen er god for denne kreftformen. I perioden august-desember 2020 har 70 prosent av lungepasientene blitt behandlet innen standard forløpstid. Sykehuset jobber tett sammen med Sykehuset i Vestfold og har fått økt tilgang på PET timer.

61 prosent av prostatapasientene behandles innen standard forløpstid, dette er tilnærmet det samme som i 2019 (61 prosent).

Innen hematologi blir lymfomer (19 prosent) og myelomatose (75 prosent av pasientene) behandlet innen standard forløpstid. Det jobbes aktivt med å identifisere interne flaskehalsar ved behandling av lymfomer. Pakkeforløp innen lymfomer er utfordrende for hele landet, diagnostikken (flow cytometri) utføres ved patologisk avdeling ved OUS, og man venter ofte lenge på svar.

- *Variasjonen i måloppnåelse på helseforetaksnivå for gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft skal reduseres for hver kreftform (26 krefttyper).*

Sykehuset Telemark har mindre variasjon i måloppnåelsen for de ulike kreftformene og har hatt en positiv utvikling det siste halvåret på tross av covid-19-pandemien. Sykehuset har strukturerte og gode MDT-møter for alle de store tumorgruppene. Samarbeidet med Oslo universitetssykehus fungerer bra og sykehuset har fått økt tilgang på PET kapasitet via Sykehuset i Vestfold.

3.2 Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

3.2.1 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

- *Det skal være høyere vekst i aktivitet og kostnader innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på helseforetaksnivå. Veksten måles som prosentvis større økning i kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold).*

Prioriteringsregelen for aktivitetsvekst er oppfylt for BUP og TSB. Begge har større prosentvis vekst (henholdsvis 10,1 prosent og 5,5 prosent) i polikliniske konsultasjoner enn somatikken (0 prosent). Innenfor VOP så ble det en aktivitetsnedgang på 9,5 prosent. Det er flere årsaker til dette, men den største årsaken er nedgangen som følge av pandemien. Antall henvisninger til poliklinikken falt med nærmere 30 prosent de to første månedene etter at pandemien inntok landet. Økende antall vakante stillinger medvirker også til lavere aktivitet.

Når det gjelder kostnadsveksten, så er det kun BUP som kan vise til høyere vekst enn somatikken. BUP har økt sine kostnader med 7,3 prosent, mens somatikken viser til en vekst på 3,3 prosent. VOP og TSB har lavere vekst enn somatikken med henholdsvis 1,8 prosent og 2,3 prosent vekst

- *Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern.*

Sykehuset Telemarks avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP) skal tilby spesialisthelsetjeneste til fem prosent av barne- og ungdomsbefolkningen i opptaksområdet (Telemark). Dette er oppnådd. ABUP har gjennomført et systematisk arbeid, og dette har resultert i økt aktivitet.

Kostnadsveksten er høyere i distriktpsikiatriske sentre enn for sykehusfunksjonene. Målet er innfridd.

3.2.2 Gjennomsnittlig ventetid i psykisk helsevern og TSB

- *I 2020 skal gjennomsnittlig ventetid, målt som årlig gjennomsnitt, være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne.*

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• I 2020 skal gjennomsnittlig ventetid, målt som årlig gjennomsnitt, være lavere enn 37 dager for psykisk helsevern barn og unge. |
| <ul style="list-style-type: none">• I 2020 skal gjennomsnittlig ventetid, målt som årlig gjennomsnitt, være lavere enn 30 dager for TSB. |

Ovennevnte tre punkter besvares samlet:

Psykisk helsevern og TSB har ventetider som er innenfor målene.

Innenfor VOP er det fremdeles mange ubesatte stillinger. Til tross for dette er ventetiden redusert med hele seks dager målt mot fjoråret. VOP har en ventetid på 29,4 dager. Ventetiden for psykiske helsevern for barn- og unge (BUP) har en ventetid på 35,2 dager, noe som er en nedgang på nærmere fem dager fra i fjor.

Innenfor TSB har ventetiden vært lav gjennom hele året. Gjennomsnittlig ventetid er 27 dager. Dette er en reduksjon på 2,5 dager sammenliknet med 2019.

VOP, BUP og TSB har hatt god ressursplanlegging og god planleggingshorisont i timebøker, økt hyppighet av inntaksmøter, samt rekruttering til vakante stillinger.

3.2.3 Pakkeforløp psykisk helsevern og TSB

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne skal være minst 80 prosent. |
|---|

Samlet for de seks pakkeforløpene er måloppnåelsen for utredning på 70,1 prosent og sykehuset har dermed ikke nådd målet.

Måloppnåelse fordelt per fagområde (*kilde: Helsedirektoratets offisielle tall*):

- BUP 58,9 prosent (D08 og D12)
- VOP 74,7 prosent (D06, D07, D11)
- TSB 75,4 prosent (D01)

To pakkeforløpene har nådd målet. Dette gjelder behandling av tvangslidelser (OCD) og psykoselidelser og psykoseutvikling. Her har sykehuset en måloppnåelse på 94,6 prosent og 83,6 prosent.

Det er utfordrende å klare 80 prosent, da det er valgt en solid basisutredning. Den største utfordringen er likevel i forbindelse med utvidet utredning og her er det gitt tilbakemelding til Helsedirektoratet om at forløpstiden bør forlenges.

Sykehuset har iverksatt tiltak for å bedre måloppnåelsen. Noen av disse er:

- Økning av antall video- og telefonkonsultasjoner
- Samarbeid på tvers av seksjoner for å utnytte ressurser
- Oppfølging av forløpskoordinator samt lokale tiltak etter behov

Første evaluering er prioritert blant behandlerne. Det er arbeidet med interne måleverktøy slik at behandlerne kan følge med på resultatene i tråd med de nasjonale målingene.

- *Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 prosent.*

Samlet for de seks pakkeforløpene er måloppnåelsen for evaluering av behandling på 42,1 prosent. Sykehuset har dermed ikke oppnådd målet.

Fordelt per fagområde:

- BUP 43,6 prosent (D08 og D12)
- VOP 42,9 prosent (D06, D07, D11)
- TSB 31,5 prosent (D01)

Kilde: Helsedirektoratets offisielle tall

Tiltak på dette området er tilsvarende som beskrevet i kulepunktet over.

- *Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt behandling TSB i døgnenhet skal være minst 60 prosent.*

Sykehuset har utfordring med å få ut tall for andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt behandling TSB i døgnenhet. Det arbeides med dette. Kode for avsluttet avrusning til videre TSB døgn har vært til vurdering fra helsedirektoratet, og det har kommet nye føringer for kodebruk avrusning i 2021. Sykehuset har derfor ikke fått ut tall i 2020. Det er i dag nøyte planlagte overføringer fra avrusning til TSB døgnbehandling, og pasientene blir overført samme dag.

- *Det vises til SINTEFs første rapport for evaluering av pakkeforløpene i psykisk helse og rus. Helseforetakene skal legge funnene i rapporten til grunn for videreutvikling av arbeidet med registrering og tekniske løsninger knyttet til pakkeforløpene. Helseforetakene skal også sørge for at brukerrepresentanter og erfaringskonsulenter involveres i forbedringsarbeidet og implementeringen av pakkeforløpene.*

Registreringsarbeid

Ved Sykehuset Telemark HF er det opprettet 1,5 stilling som forløpskoordinator på systemnivå der en 100 prosent stilling er knyttet til avdelingsnivå og en 50 prosent stilling er knyttet til stab i klinikkledelsen. Stillingene dekkes av to personer som er fast ansatt. Det er utarbeidet en retningslinje for stillingen.

Videre er det en egen kodegruppe ved sykehuset, som består av 3 merkantil personell med lang erfaring. Dette personellet har et særskilt ansvar for å følge opp medisinsk koding.

Det er etablert faste samarbeidsmøter med kodegruppe og forløpskoordinatorer for å utarbeide systemer ved sykehuset, som skal ivareta riktig koding og sørge for opplæring og oppfølging i alle seksjoner.

Lokal opplæring

Det vil bli innført obligatorisk deltagelse på e-læringskurs i de generelle pakkeforløpene for alle nyansatte.

Klinikken har, med grunnlag i endringer i pakkeforløp for 2021, lagt opp en plan for gjennomgang og opplæring på alle enheter, der forløpskoordinator og kodegruppe har ansvar for gjennomføring.

Lederinvolvering

Det er faste rammer rundt oppfølging av koding. Forløpskoordinator sender månedlig ut oppdateringer til ledere i klinikken, med oversikt over pakkeforløp i respektive seksjoner. Oppfølgingsansvar ligger hos leder. På seksjonsnivå sender merkantilt personale ut ukentlige oversikt over den enkelte behandlers pakkeforløp, slik at frister enkelt kan overholdes.

Kvalitetsarbeid

Klinikk for psykisk helse og rusbehandling utarbeider i løpet av januar 2021 en ROS analyse for å avdekke hvor det er behov for forbedringer.

I det videre arbeidet med å operasjonalisere faglig innhold og kvalitet i pakkeforløpet er det sett på muligheter for mer systematisering av dokumenter i EPJ. Nasjonal implementeringsgruppe har utarbeidet forslag til dokumenter i pakkeforløp. Forslag til lokale endringer vil bli lagt fram så fort dokumentene er ferdigstilt i nasjonal implementeringsgruppe.

Tekniske løsninger

I Sykehuset Telemark HF ble det tidlig erfart at det ikke var mulig å følge opp pakkeforløp og registreringer uten å ha et elektronisk system. Dette for å kunne gi en helhetlig oversikt over registreringer som ble utført i DIPS Classic og frister satt i forløpet. Det ble kort tid etter oppstart av pakkeforløp i 2019 etablert et samarbeid mellom kodegruppe, forløpskoordinator og analyseavdeling ved sykehuset. Analyse hadde god erfaring med programmet Qlik View (app) i forhold til pakkeforløp kreft, som henter registreringer fra DIPS Classic, og gjør dette om til lesbare rapporter og oversiktlige tabeller. Det ble også etablert et samarbeid med andre helseforetak. Resultatet av samarbeidet er et elektronisk system, som brukes til å gi behandlere påminnelser om kommende frister og fristbrudd, samt gi ledere og andre med ansvar for pakkeforløp en systematisk oversikt i sann tid.

Forløpskoordinator og kodegruppe, sammen med annet merkantilt personell bruker også Qlik View til å rette feil i koding og gi ansatte tilbakemelding på fristbrudd/feil i koding.

Helseforetakene skal også sørge for at brukerrepresentanter og erfaringskonsulenter involveres i forbedringsarbeidet og implementeringen av pakkeforløpene

Sykehuset har hatt to erfaringskonsulenter, som har deltatt i sykehusets implementeringskonferanser lokalt og har fått informasjon og opplæring innen pakkeforløp på lik linje med seksjonsledere og helsepersonell i terapeut stillinger.

I det videre kvalitetsarbeidet med pakkeforløp må det være en link fra brukerforumene på systemnivå ut i behandlingslinjen. For å komme i gang med dette, vil sykehuset invitere med representanter fra Forum for brukerkompetanse for å delta i planleggingsmøte med forløpskoordinator og kodegruppe. Det er ønskelig med aktiv deltagelse for å bedre fokus på pakkeforløpets faglige innhold med tanke på brukerinvolvering.

3.2.4 Henvisninger og epikrise i psykisk helsevern og TSB

- *Minst 50 prosent av epikrisene skal være sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern og TSB.*

45 prosent av epikrisene er sendt innenfor 1 dag. Kravet er dermed ikke innfridd.

Fordelt etter fagområdene er resultatene slik:

- BUP 48 prosent
- VOP 44 prosent
- TSB 48 prosent

På tross av at BUP og TSB ligger på 48 prosent måloppnåelse, så blir ikke det samlede gjennomsnittet høyere enn 45 prosent, da VOP utgjør 73 prosent av totalt antall epikriser.

- *Avvisningsrater ved poliklinikkene i psykisk helsevern skal reduseres.*

Avvisningsratene samlet er på 20,6 prosent. I 2019 var avvisningsraten på 20,3 prosent. Den har med andre ord holdt seg stabil de siste to årene. Voksenpsykiatrien har både en større andel henvisninger og også en høyere andel avvisningrate. Voksenpsykiatrien endret sin inntakspraksis fra og med oktober, og dette har ført til at den samlede avvisningsraten i 4. kvartal er helt nede på 11,7 prosent.

3.2.5 Tvangsbruk psykisk helsevern

- *Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i døgnbehandling i psykisk helsevern skal reduseres i 2020 sammenlignet med 2019.*

Antall pasienter med minst ett tvangsmiddelvedtak var 85. Det er åtte flere enn i 2019 og målet om reduksjon i antall pasienter med tvangsmiddelvedtak er ikke oppnådd.

Årsaken til økningen de to siste årene i tvangsmiddelvedtak er flere. Sykehuset Telemark etablerte akutt tilbud på ungdomspsykiatrisk senter (UPS) høsten 2018. Etableringen åpnet opp for ø-hjelp innleggelse hele døgnet og har bidratt til en økning av tvangsmiddelvedtak de to siste årene.

Det har vært økt fokus på tvangsmiddelbruk etter rapport fra ressursgruppe Helse Sør-Øst «Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst» og følgende konsernrevisjonsrapport 2020. Sykehuset Telemark har samme trend som i andre helseforetak i Helse Sør-Øst når det gjelder økningen av antall vedtak om kortvarig fastholding. Det har vært en økning i hvert av de siste tre årene. Økningen skyldes endringer i psykisk helsevernloven høsten 2017. Dette kan forklare en økning av vedtak i 2020 sammenlignet med 2019. Strengte regler rundt smittevern under covid-19 pandemien har også utløst hendelser som har krevd tvangsmiddelbruk i nødsituasjoner.

3.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

3.3.1 Kvalitet og pasientsikkerhet

- *Helseforetaket skal rapportere på etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring innen 1. september 2020, herunder hvordan den årlige gjennomgangen er lagt opp og erfaringer så langt.*

Rapportert til Helse Sør-Øst 15. mai 2020 (Vår ref. 20/02075).

3.3.2 Pasientsikkerhet

- *Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres sammenliknet med 2019.*

Helsedirektoratet utarbeider årlige og tertialvise GTT- resultater. De siste resultatene ble publisert i november 2020 og hadde med årlig resultat for 2019 og 1. tertial 2020. I 2019 ble andel somatiske pasientopphold med pasientskade ved Sykehuset Telemark, målt med GTT-metoden, beregnet til 6,7 prosent. Det betyr at foretaket kan vise til en vesentlig reduksjon de siste årene; 2018: 9,2 prosent og 2017: 15,8 prosent.

Beregninger for 1. tertial 2020 kan tyde på at nedgangen ikke fortsetter. Det må imidlertid tas høyde for at beregningene kun gjelder 1. tertial og at resultatet vil justeres for året som helhet. Målingene er basert på gjennomgang av 80 pasientopphold per tertial, totalt 240 per år.

3.3.3 Legemidler

- *Helseforetaket skal i samarbeide med det regionale helseforetaket og Sykehusapotekene HF sørge for en gjennomgang av legemiddelberedskap i helseforetakene for å sikre at beredskapsavtalene mellom helseforetak og Sykehusapotekene HF er tilstrekkelig robust for å møte et økende antall situasjoner med legemiddelmangel.*

Avtale om legemiddelberedskap med Sykehusapotekene HF er etablert, og ansvar er tydelig definert. Det er gode og fungerende kommunikasjonslinjer mellom helseforetak og lokalt sykehusapotek. Vi erfarer at det er utfordringer med å etablere et godt system internt for legemiddelberedskap, utover antidoter (motgift). Dette har blitt ytterligere aktualisert under pandemien.

3.3.4 Bruk av bredspektrede antibiotika

- *Samlet forbruk av bredspektrede antibiotika skal reduseres med 30 prosent i 2020 sammenliknet med 2012, målt som disse fem bredspektrede midlene: karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner. 2020 er siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten og målepunkt for planperioden.*

Helseforetaket ligger godt an i dette arbeidet. Forbruket av bredspektrede antibiotika i Sykehuset Telemark var 17,5 DDD per 100 liggedøgn i 2012 og 11,3 DDD per 100 liggedøgn i 2019. Dette tilsvarer en reduksjon på 35,4 prosent. I første tertial 2020 opplevde vi en økning til 15,4 DDD per 100 liggedøgn, Dette har vi lyktes med å redusere til 13,6 DDD per 100 liggedøgn i andre tertial, eller 23,3 prosent. Økningen i starten av 2020 er i tråd med flere andre HF og muligens knyttet til covid-19-pandemien. Det er i hovedsak bruk av Piperacillin og beta-lactamase inhibitorer som er redusert i STHF. Det største potensialet for videre reduksjon er blant tredje generasjons cephalosporiner (Cefotaxim). Det er etablert god struktur for arbeidet med blant annet antibiotikastyringsprogram, antibiotikateam og smittevernvisitter.

3.3.5 Korridorpasienter

- *Det skal ikke være korridorpasienter.*

Med pandemien ble det fra mars måned redusert belegg på medisinske sengeposter og dermed også betydelig færre korridorpasienter. Målsettingen om ingen korridorpasienter ikke oppfylt, men antallet er redusert ned mot 2018-nivå

Det er fortsatt mulig å forbedre samarbeidet mellom sengeposter for å unngå korridorpasienter. Denne problemstillingen er tatt inn i det sykehusovergripende prosjektet Pasientflyt 24/7.

3.3.6 Tjenestetilbud til fødende

- *Helseforetaket skal, i samarbeid med kommunene, få på plass følgetjeneste for gravide og fødende i tråd med Helsedirektoratets nasjonale veileder Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Veilederen legger til grunn et behov for en døgntilgjengelig vaktberedskap og følgetjeneste der det er halvannen times reisevei til fødestedet. Dette er en veiledende grense og må beregnes ut fra faktisk bosettingsmønster, ikke beliggenhet av kommunesenteret.*

Telemark har 7 (8) kommuner som kommer innenfor krav om følgetjeneste. Følgetjenesten i Telemark er organisert med 2 ulike modeller, Vaktsamarbeidet i Vest-Telemark og jordmortjenesten inkludert følgetjenesten i Tinn (Øst-Telemark). Sykehuset Telemark har ivaretatt kravet om forsvarlig følgetjeneste og døgntilgjengelig vaktberedskap i de kommunene der det er behov for følgetjeneste fra 2010 da helseforetakene fikk dette oppdraget. Kravet er ivaretatt i henhold til den nasjonale veilederen «Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen» IS-1877, som ble utgitt av Helsedirektoratet i 2010.

Organisering Vest-Telemark:

I Vest-Telemark deltar følgende kommuner: Tokke, Vinje, Fyresdal, Kviteseid, Seljord og (Nissedal). Disse kommunene er organisert med felles vaktbase for beredskapen for følgetjeneste 24/7. Senteret er i Seljord og det er alltid en jordmor på vakt på jordmorsenteret i Seljord. Ordningen er de siste årene organisert etter vertskommunemodellen, der Vinje Kommune er vertskommune for samarbeidet. Alle jordmødrene deltar både i turnusen for å dekke vaktberedskapen og i den kommunale jordmortjenesten.

Nissedal Kommune har selv valgt å trekke seg ut fra samarbeidet da kommunen definerer seg akkurat på grensen 1,5 time reisevei til fødeavdeling og fordi det er svært få gravide i kommunene pt.

Gravide i Hjartdal kommune har hatt tradisjon for å søke hjelp fra jordmor i Seljord, derfor benytter de følgetjenesten og jordmorberedskapen i Vest-Telemark.

Organisering Tinn:

I Tinn er jordmortjenesten og beredskapen for følgetjenesten organisert slik at jordmødrene er ansatt i Sykehuset Telemark, med arbeidssted i Tinn.

Tinn kommune kjøper 40 prosent av Sykehuset Telemark til kommunal jordmortjeneste. Vaktberedskapen er organisert etter ordning med hjemmevakt. Det er tre jordmødre som deltar i vaktturnus.

- *Helseforetaket skal følge opp kompetanse- og ressursbehov dokumentert i rapporten «Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem» i utvikling av fødetilbudet.*

Sykehuset Telemark har erfart at fødselspopulasjonen har endret seg de siste 10 årene. Endringer i nasjonale veiledere har blant annet medført at flere fødsler blir satt i gang, og de blir igangsatt tidligere enn før. Det er også flere kvinner med tilleggs sykdommer av ulik art, som har innvirkninger på svangerskapet og oppfølgingen og overvåkingen under fødsel. Det er en økning av kvinner med BMI over 30, kvinner som føder er eldre enn tidligere og det er flere ikke etnisk norske som føder. Dette krever økt overvåking og årvåkenhet under fødsel. I nasjonal veileder «Et trygt fødetilbud, Kvalitetskrav til fødeinstitusjoner» fra 2010 kom krav om en til en oppfølging av alle fødekvinne i aktiv fase av fødsel. Disse endringene har til sammen medført et økende bemanningsbehov på fødeavdelingene. Dette til tross for at fødselstallet har gått ned med ca. 9 prosent på landsbasis de siste 10 årene. Denne utviklingen beskrives også i rapporten «Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem».

3.3.7 Diagnosespesifikke behandlingstilbud

- *I oppdragsdokumentet for 2020 har de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Vest, fått et felles oppdrag om å utarbeide en plan for ParkinsonNet og starte nasjonal iverksetting i 2020. Oslo universitetssykehus HF skal lede arbeidet med å innføre ParkinsonNet i Helse Sør-Øst i samarbeid med de øvrige helseforetakene. Arbeidet videreføres i Oslo og Rogaland. Plan for ytterligere innføring av ParkinsonNet i de fire helseregionene skal utarbeides innen utgangen av 2020. Det skal tas sikte på å innføre modellen i flere helseforetak innen 30. juni 2021.*

Sykehuset Telemark og nevrologisk avdeling har deltatt i møter for innføring av ParkinsonNet. Vi har identifisert to kontaktpersoner (en nevrolog og en parkinsonsykepleier) i eget foretak som får et utvidet ansvar for etablering, oppfølging og videre koordinering av ParkinsonNet. Det er foreløpig ikke avklart om vi skal etablere et eget i HF 'et eller gjøre dette i sykehusområde med Sykehuset i Vestfold.

- *Helseforetakene skal samarbeide om å etablere netthinnescreening for diabetisk retinopati, ref. anbefalt program for regelmessige netthinneundersøkelser for diabetisk retinopati (2018). Oslo universitetssykehus HF skal lede arbeidet.*

Sykehuset Telemark har ikke spesialisthelsetjenester innen øyefaget. Det er Betanien i Skien, som løser dette oppdraget i Telemark. På Rjukan har avtalespesialist løst oppdraget lokalt. Oppdraget er tilfredsstillende løst for Telemark også via øvrige avtalespesialister i Skien og Porsgrunn.

3.3.8 Pasienttransport

- *Helseforetaket skal sikre at eldre pasienter og pasienter med hjelpebehov tilbys ambulansetjeneste/pasienttransport på dag- og ettermiddagstid slik at de ikke sendes hjem om natten. Dette kan innebære å øke transportkapasitet på dag- og ettermiddagstid. Unntak kan gjøres hvis pasienten selv ønsker å reise hjem. Et slikt ønske skal dokumenteres.*

Det er iverksatt tjeneste med «hvit bil» som kan bestilles på ønsket tidspunkt for utsendelse. Dette innebærer at pasienter som trenger «liggende transport uten medisinsk støtte» kan få dette uten å måtte vente på første ledige ambulanse. Tiltaket fungerer godt.

3.3.9 Samarbeid med fastleger og kommuner

- *Helseforetaket skal påse at fastlegene ikke brukes til administrativt arbeid som naturlig bør tilligge sykehusene. Dette gjelder blant annet følgende administrative oppgaver:*
 - *Videre henvisning til undersøkelser og kontroller basert på funn og vurderinger gjort av spesialisthelsetjenesten.*
 - *Rekvisisjoner på bildediagnostikk eller laboratorieanalyser som ledd i sykehusets vurderinger.*
 - *Rekvirering av pasientreiser til og fra undersøkelser i sykehus.*
 - *Sykemeldinger for sykehusopphold og den første tiden etterpå, frem til neste kontroll hos fastlege eller ny vurdering hos spesialist, hvis det er indikasjon for det.*
 - *Resept på nye legemidler, ved endret dosering og ved skifte av legemidler. Vanskelig tilgjengelige medikamenter gis med ved utskrivning for de første dagene.*
- Legeforeningens «Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus» bør legges til grunn for samarbeidet med fastlegene.*

Sykehuset Telemark HF har etablert et samarbeidsutvalg for leger i Telemark (SULT) her er også Betanien hospital og avtalespesialister inkludert i samarbeidsutvalget. Det har blitt utarbeidet anbefalinger for samarbeid i tråd med det som er nevnt ovenfor. Våre anbefalinger har sitt utgangspunkt i Legeforeningens anbefalinger med noen lokale tilpasninger. Anbefalingene har vært ute til høring i kommuner og i Sykehuset Telemark og blitt behandlet i aktuelle fora. Anbefalingene ligger ute på sykehuset sin hjemmeside.

- *Helseforetaket skal etablere en ordning for ALIS' (leger i spesialisering i allmennmedisin) sykehuspraksis for å oppnå fastsatte læringsmål. Det forutsettes ikke opprettelse av egne stillinger, og det bes om at tilgjengelige ressurser benyttes. Avvikling av sykehuspraksis skal avtales med samarbeidende kommuner.*

Delvis innfridd i avdeling for barne- og ungdomsmedisin. Søkere i allmennpraksis vurderes til ledige vikariater. Kravet er innfridd i avdeling for barn og unges psykiske helse. Barne- og ungdomsklinikken har tre LIS vikarer, som er i spesialisering innen allmennmedisin.

LIS-utdanningen er i en omleggingsfase. Det jobbes regionalt for å etablere en struktur for dette. Her er HR-avdelingen ved ST sterkt engasjert. Inntil videre håndteres avtalene delvis av HR og delvis av de gamle etablerte avtalene som sikrer at ALIS oppnår sine læringsmål og evt. hospiteringer og/eller vikariater.

Det er ønskelig at den nyetablerte organisasjons- og samhandlingsmodellen «Helsefelleskap» tar del i denne problemløsningen på sikt.

3.3.10 Epikriser somatikk

- *Minst 70 prosent av epikrisene skal være sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.*

I desember er 61,9 prosent av epikrisene sendt ut innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste, og målsettingen er ikke nådd. Det er stor variasjon mellom avdelinger og fagområder i sykehuset. Kirurgiske fag sendte ut 73,2 prosent innen 1 dag i desember, mens flere medisinske fag ligger ned mot 50 prosent.

3.3.11 Beredskap og sikkerhet

- *Helseforetaket skal følge opp nasjonal risiko- og sårbarhetsanalyse fra 2019.*

Nasjonal risiko og sårbarhetsanalyse fra 2019 medførte ingen oppfølgende tiltak innenfor helsetjeneste leveranse områder.

Det er gjennomført oppfølgende tiltak innenfor eksterne innsatsfaktorer og ikke-medisinske avhengigheter ved sykehuset, jfr. punkt 3.3.16. Bygg og eiendom.

- *Helseforetaket skal videreutvikle beredskapen i tråd med Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlig smittsomme sykdommer, og implementere Handlingsplan for et bedre smittevern.*

Sykehuset Telemark har over lang tid jobbet med å redusere forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI). Håndhygiene og basale smittevernrutiner har vært sentrale tiltak. Som et resultat viser prevalensundersøkelsene i 2020 at HAI er under 3 prosent på tre av fire målinger. Mange av tiltakene i handlingsplanen er implementert, eller under arbeid. Eksempelvis er infeksjonskontrollprogrammet oppdatert, vaksinasjonsdekningen blant ansatte mot influensa var nær opp til 75 prosent i år og smittevernkompetansen i sykehuset er styrket gjennom året, både når det gjelder utbruddshåndtering og generelt.

3.3.12 Kompetansekartlegging og -utvikling

- *Alle akutt sykehus skal ha breddekompetanse innenfor behandling av eldre, og alle store akutt sykehus skal ha spesialist i geriatri.*

Sykehuset har i dag to geriater i 100 prosent stilling i Skien. En LIS har doktorgrad i geriatrik problemstilling (delir og hoftebrudd hos eldre) og er under utdanning. En LIS 3 slutfører sin geriatri spesialisering innen høsten 2021 og er påtenkt å utøve geriatri fra Notodden sykehus.

Sykehuset Telemark har også sykepleiere med spesialkompetanse innen geriatri.

3.3.13 Læringer

- *I tråd med omtale i Nasjonal helse- og sykehusplan skal antall læringer både i helsefag og i andre lærefag som er relevante økes i løpet av planperioden 2020–2023. Arbeidet med å øke antallet helsefagarbeiderlæringer skal prioriteres i planperioden.*

Sykehuset har i seks læringer innen helsefag. Antall læringer i helsefag økes til ti i 2021. Sykehuset har også mange lærlingplasser innen ambulanséfaget (31), portør (3), og tekniske fag (3).

- *I tråd med omtale i Nasjonal helse- og sykehusplan skal det opprettes et opplæringskontor for helsefaglæringer og andre relevante lærefag i hvert helseforetak. Helseforetak kan samarbeide om opplæringskontorene der det er hensiktsmessig.*

Sykehuset har opprettet en 20 prosent stilling som ivaretar funksjonen opplæringskontor. Sykehuset har gitt tilfredsstillende opplæring til lærlingene til tross for utfordringene knyttet til covid-19.

3.3.14 Regjeringens inkluderingsdugnad

- *Helseforetaket skal samarbeide med det regionale helseforetaket om å iverksette felles overordnet plan, herunder gi innspill til hensiktsmessige tiltak og rapporteringsrutiner. Helseforetakene skal rapportere på status*

for sitt arbeid med inkluderende rekruttering i årlig melding 2020, mens ny frist for sluttrapportering for lokale forsøk/piloter settes til 1. mai 2021.

Sykehuset iverksetter en funksjon i rekrutteringsverktøyet WebCruiter hvor søker kan merke av i sin jobbsøknad for å få sin søknad særskilt vurdert med hensyn til kriterier definert i tråd med inkluderingsdugnaden.

Sykehuset har etablert et prosjekt «Tett på» for å jobbe aktivt for å redusere sykefravær og forebygge frafall fra yrkeslivet for egne ansatte.

- *Helseforetaket skal vurdere hensiktsmessige virkemidler, herunder vurdere å ta i bruk trainee-ordninger i arbeidet med å nå målene i inkluderingsdugnaden.*

Sykehuset er i dialog med NAV for å etablere et samarbeid knyttet til «Springbrett», som er et konsept for gi arbeidssøkere praksis og arbeidserfaring som kan øke mulighetene til å få jobb.

3.3.15 IKT-utvikling og digitalisering

- *Helseforetakene skal gjennomføre tiltak som har dokumentert effekt på kapasitetsutnyttelse og unødvendig venting innen poliklinisk behandling. Det legges til grunn at disse tiltakene gjennomføres for all poliklinisk behandling, med mindre særskilte forhold tilsier noe annet. Det tas et generelt forbehold om at beredskapsarbeidet kan forsinke eller forstyrre gjennomføringen av tiltakene. Sykehuspartner HF skal understøtte helseforetakenes arbeid med implementering av tiltakene. Tiltakene skal bl.a. inkludere:*
 - *Innføring og bruk av digitale skjemaer og verktøy for å innhente nødvendig informasjon fra pasientene før oppmøte til time.*
 - *Ta i bruk video- og telefonkonsultasjoner med sikte på opprettholde omfanget av slike konsultasjoner etter hvert som aktiviteten normaliseres.*
 - *Fastsattelse av måltall på det enkelte helseforetak for bruk av digitale skjemaer, video- og telefonkonsultasjon og digital hjemmeoppfølging.*

Sykehuset Telemark har tatt i bruk Checkware for digitale kartlegginger innen psykiatrien. Per november var ca. 1100 pasienter registrert som respondenter i løsningen.

Video- og telefonkonferanser ble tatt i bruk i store deler av sykehuset fra våren av. I snitt er ca. 0,5 prosent av antall konsultasjoner gjennomført som videokonsultasjoner, mens 12 prosent er gjennomført som telefonkonsultasjoner (med egenandel). I forbindelse med utarbeidelse av budsjettet for 2021 har sykehuset fastsatt mål for telefon- og videokonsultasjoner.

- *Helseforetaket må akseptere de bruksvilkårene som Sykehuspartner HF definerer for de tjenestene som helseforetaket bruker.*

De refererte bruksvilkårene (nytt Bilag 2 i Tjenesteavtalen) skal behandles i et separat AD-møte med helseforetakene i slutten av januar 2021. Sykehuset Telemark har til intensjon å signere disse.

- *Helseforetaket skal bidra aktivt til å sanere applikasjoner og på den måten bidra til overgangen til Windows 10 som operativsystem.*

Sykehuset Telemark bidrar aktivt i arbeidet med å sanere applikasjoner. Det er gjennom SMIL lagt frem 67 applikasjoner hvor 15 kan saneres umiddelbart. I tillegg er det gjennom oppgradering til Windows 10 identifisert flere applikasjoner som kan saneres og som er meldt til SMIL.

Sykehuset Telemark er positive til å sanere ytterligere applikasjoner om disse kan erstattes med regionale løsninger med tilsvarende funksjonalitet.

- *Helseforetaket skal forelegge avvik fra regionale føringer knyttet til IKT for eget styre.*

Det har ikke vært aktuelt å avvike fra regionale føringer. Sykehuset Telemark forholder seg til vedtak sak 107-2019 «Oppdrag og bestilling 2020 – økonomiske resultatkrav og særskilte krav innen IKT-området.»

- *Hovedregelen er at IKT-utstyr skal være plassert i sentrale datarom og helseforetakene skal bidra til dette. Etablering av lokale datarom er å betrakte som avvik som skal forelegges styret, jf. at avvik fra regionale føringer knyttet til IKT skal forelegges eget styre. Dagens situasjon med desentraliserte datarom skal gjennomgås og tas stilling til. De lokale datarommene som skal bestå, skal holde et forsvarlig sikkerhetsnivå. Helseforetakene skal gjennomføre tiltak for dette.*

I samarbeid med Sykehuspartner er det gjennomført tilstandsvurdering av sentrale hovedkommunikasjonsrom (SHKR) for å få et oppdatert bilde av nåsituasjonen, og gap mellom kravsett og nåværende tilstand. Basert på funnene i tilstandsvurderingen, ble det laget en tilstandsrapport. På bakgrunn av denne rapporten, har sykehuset gjennomført tiltak for å innfri kravene til minimumsstandard. I tillegg er det etablert et prosjekt med mandat å utrede alternativer til fremtidig infrastruktur for SHKR. Konkret skal prosjektet utrede muligheter for å flytte lokal infrastruktur til sentralt driftssenter, ev. sanere. I tillegg skal det utarbeides kostnadskalkyler og identifiseres alternativer til plassering av fremtidig SHKR. Sykehuspartner vil ha en sentral rolle i dette arbeidet. Det forventes at prosjektet vil legge frem en anbefaling i løpet av første halvår 2021.

- *Helseforetakene skal sette av ressurser til å gjennomgå eksisterende IKT- avtaler i regionen for å avklare eierskap til og vilkår i den enkelte avtalen. Hovedregelen er at Sykehuspartner HF skal forvalte IKT-avtaler i Helse Sør-Øst.*

Sykehuset Telemark har et fåtall av IKT-avtaler inngått med eksterne leverandører. Sykehuset er i prosess med å få overført disse til Sykehuspartner HF for forvaltning. Eksempelvis overføres nå avtale med Checkware til Sykehuspartner HF.

- *Helseforetaket skal sørge for at egne bestillinger til Sykehuspartner HF er prioritert innbyrdes og avstemt mot regionale føringer.*

Det er innført regelmessige møter mellom representanter for sykehuset og Sykehuspartner for å sikre at egne bestillinger er avstemt mot regionale føringer.

- *Helseforetakene skal ikke bygge opp eller inneha intern IKT-kompetanse og -kapasitet som hører hjemme hos Sykehuspartner HF.*

Sykehuset Telemark har ikke behov for, og heller ikke intensjoner om å bygge opp intern IKT-kompetanse og kapasitet som hører hjemme hos Sykehuspartner.

3.3.16 Bygg og eiendom

- *Sykehuset Telemark HF skal i 2020 kartlegge kritisk infrastruktur, bl.a. vann, strøm og IKT.*

Sykehuset har kartlagt kritisk infrastruktur. Sykehuset har også tilstandsvurdert hele bygningsmassen.

3.3.17 Samfunnsansvar

- *Helseforetaket bes om å gjennomføre aktsomhetsvurderinger i tråd med anerkjente metoder for å identifisere og håndtere risikoen foretakets virksomhet påfører samfunn, mennesker, miljø og klima.*

Sykehuset er økende bevisst sitt samfunnsansvar på ulike områder og tilstreber å etablere risikobaserte tiltak og kontrollmekanismer for ivaretagelse av samfunn, mennesker, miljø og klima innen vår virksomhets ansvar og aktiviteter.

Tiltak for ivaretagelse av ytre miljø:

Det gjennomføres årlig miljøkartlegging og risikovurdering med vurdering av vesentligheten av miljøaspekter som grunnlag for våre miljømål. Dette er gjennomført etter metodikk i henhold til ISO 14001 med utgangspunkt i kontekstanalyse, miljøkartlegging, ROS-analyse, miljømål, handlingsplaner, interessentanalyse og kommunikasjonsplan. Det er etablert systematikk for oppdatering av dokumenter ved endringer og vi vurderer at dette vil dekke krav til aktsomhetsvurdering på dette området.

Tiltak gjennomført for å hindre arbeidskriminalitet og sosial dumping i byggeprosjekter:

Det er gjennom standardiserte utlysningstekster og tilleggskrav i våre kontrakter med entreprenører sikret innsyn i entreprenørenes lønns og arbeidsforhold. Det er i kontrakten gjort muligheter til å «bøtelegge» entreprenører som ikke holder seg innenfor lovverket.

Tiltak for å unngå korrupsjon og smøring:

Sykehuset har etablerte systemer for å sikre god økonomistyring og kontroll. Gjennom de årlige revisjonene fra sykehusets revisor blir det gjort kontroll av systemene og også i år fikk sykehuset gode tilbakemeldinger på disse. Det gjennomført en relasjonsanalyse

for å kartlegge mulige uheldige relasjoner og sammenblanding av roller og økonomiske interesser mellom sykehuset og ansatte. Analysen ble gjennomført av sykehusets eksterne revisor PwC. En rekke relasjoner ble identifisert og deretter undersøkt med tanke på potensielle interessekonflikter og uønsket sammenblanding av roller som igjen kan danne grunnlag for bl. a korrupsjon og smøring. Sykehusets gjennomgang av funnene fra relasjonsanalysen avdekket ingen uønsket sammenblanding.

Fokus på etisk handel og arbeidstaker rettigheter i leverandørkjeden:

Sykehuset følger opp punktene i Helse Sør-Øst sin standard for innkjøpskontrakter som skal ivareta etisk handel. Det stilles krav til kompetanse og arbeidsbetingelser ved inngåelse av rammeavtaler for eksempel innenfor byggfag med læringer og kontrolltiltak for å unngå.

3.3.18 Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser

- *Riksrevisjonens undersøkelser skal følges opp. De siste undersøkelsene handler om årsaker til variasjon i forbruk av helsetjenester, samt bemanning av sykepleiere, jordmødre og andre spesialsykepleiere i helseforetakene. Det skal særlig legges vekt på å iverksette tiltak for å redusere bruken av deltid for sykepleiere uten spesialistutdanning og for jordmødre.*

Sykehuset jobber med å organisere drift og bemanning slik at ansatte kan benyttes på en best mulig måte for å sikre nødvendig og riktig kompetanse på rett sted til rett tid. Utvidet bruk av Bemanningssenteret er en viktig del av dette. Sykehuset vil også i dette arbeidet se på mulighetene for å øke stillingsprosenten for ansatte som jobber på tvers av seksjoner.

Sykehuset håndterer fortløpende krav knyttet til økt stillingsbrøk (i henhold til AML §14-4 a) hos deltidsansatte. Sykehuset har innvilget 18 krav om økt stilling i år.

3.4 Tildeling av midler og krav til aktivitet

3.4.1 Økonomiske krav og rammer

- *Sykehuset Telemark HF skal benytte midlene som er stilt til rådighet på en effektiv måte og slik at de kommer pasientene til gode.*
- *Sykehuset Telemark HF skal i 2020 basere sin virksomhet på de tildelte midler.*

Ovennevnte to punkter besvares samlet:

Sykehuset Telemark bruker basisbevilgningene i tråd med regionale føringer og foretar en fortløpende intern prioritering av midlene til rådighet for å sikre gode helsetjenester for pasientene. Drifts- og investeringsbudsjettet er utarbeidet i henhold til tildelte midler og virksomheten styres godt innenfor disse rammene. På grunn av covid-19-pandemien har sykehuset blitt tilført økte rammer for å kompensere for inntektsbortfall, økte kostnader og behov for forserte investeringer gjennom 2020. Disse midlene har bidratt til å sikre et godt økonomisk resultat for sykehuset til tross for en krevende driftssituasjon i 2020.

Gjennom forbedrede økonomiske resultater de senere år har sykehusets evnet å øke investeringsnivået betydelig over de senere år. Ekstraordinære midler stilt til rådighet la

grunnlag for å gjøre investeringer utover de som opprinnelig var planlagt for å bygge ekstra kapasitet og beredskap knyttet til covid-19-pandemien. Fortsatt er det imidlertid ikke mulig å imøtekomme alle behov og akkumulert etterslep. Det ble derfor også i år gjort stramme prioriteringer.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Årsresultat 2020 for Sykehuset Telemark HF skal være på minst 30 millioner kroner.</i> |
|---|

Sykehuset har oppnådd et årsresultat på 35,7 millioner kroner (desember 1 rapportering).

Det positive budsjettavviket skyldes summen av et stort antall faktorer som trekker i ulike retninger. Sammenliknet med budsjett er det et stort negativt avvik i aktivitetsbaserte inntekter og økte kostnader til blant annet smittevern og beredskap som følge av covid-19-situasjonen. Samtidig er det positive budsjettavvik knyttet til redusert arbeidsgiveravgift og lønnsoppgjøret som også må sees i sammenheng med pandemien. Videre erfarer vi at kostnader til kreftlegemidler, behandlingshjelpemidler og fritt behandlingsvalg i psykiatri og rus øker og gir negative budsjettavvik.

Covid-19-pandemien har hatt stor innvirkning på både driftskostnadene i sykehuset og på de aktivitetsbaserte inntektene. Samtidig ble sykehuset tilført betydelig økte ressurser for å kompensere for inntektsbortfallet, økte kostnader og behov for ekstra investeringer som følge av pandemien. Samlet ble sykehuset tilført 220 millioner kroner i økte rammer gjennom året, mens netto merkostnader og inntektsbortfall utgjorde 158 millioner kroner og ekstra investeringer 21 millioner kroner. Konsekvensene av pandemien vil påvirke sykehuset også neste år og deler av de økte bevilgningene er derfor overført til 2021.

I tillegg til de direkte konsekvensene av covid-19-pandemien beskrevet over, har fremdriften i sykehusets forbedringsarbeid også blitt påvirket og forsinket. Dette gjelder både det klinikkvise arbeidet og arbeid i de sykehusovergrepene prosjektene. Samlet beregner vi sykehusets årsresultat eksklusiv covid-19 til å være om lag 24 millioner kroner. Dette viser at det er avgjørende å komme i gang igjen med forbedringsarbeidet i sykehuset for å bedre produktivitet og sikre langsiktig økonomisk bærekraft

Investeringene har vært budsjettert innenfor sykehusets tilgjengelige investeringsmidler. I tillegg har det blitt tilført midler som nevnt over, i forbindelse med ekstra investeringer knyttet til covid-19-pandemien. Gjennomførte investeringer er noe lavere enn budsjett blant annet grunnet forsinkelser i leveranser forårsaket av covid-19-pandemien.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Helseforetakets styring av samlet likviditet skal skje innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer.</i> |
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Etablerte prinsipper for likviditetsstyring skal følges opp. Budsjettert resultat for 2020 skal ikke benyttes til investeringer i 2020 uten etter særskilt avtale med Helse Sør-Øst RHF.</i> |
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Det skal tas høyde for resultatrisiko og risiko ved pågående investeringsprosjekter før etablering av nye investeringsforpliktelser.</i> |

Ovennevnte tre punkter besvares samlet:

Sykehuset Telemark forholder seg til føringene for likviditetsstyring og avtalte rammer for likviditetsbruk. God økonomistyring vektlegges og sammen med de ekstraordinære midlene sykehuset er tilført har man sikret god drift og forsvarlig investeringsnivå i løpet av året.

Sykehuset Telemark har drevet sin virksomhet innenfor gjeldende driftskredittrammer. Det har ikke vært nødvendig å be om midlertidig utvidelse av driftskredittrammene.

3.4.2 Aktivitetskrav

- Sykehuset Telemark HF skal i 2020 ha en aktivitet innen sine tjenesteområder i samsvar med aktivitetskravene fra Helse Sør-Øst RHF. En oversikt over de detaljerte kravene er tatt inn i vedlegg.

Innrapportert aktivitet:

Aktivitet i 2020		Somatikk	VOP	BUP	TSB
ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk og pasientadministrative legemidler) i henhold til "sørge for"-ansvaret	Budsjett	46 693	7 600	10 100	1 540
	Resultat	43 325	6 321	9 869	1 718
Pasientbehandling					
Antall utskrivninger døgnbehandling	Budsjett	28 200	1 600	110	390
	Resultat	23 159	1 474	116	359
Antall liggedøgn døgnbehandling	Budsjett	98 700	32 500	2 400	3 900
	Resultat	82 424	29 267	2 085	2 621
Antall oppholdsdager dagbehandling	Budsjett	22 592	-	-	-
	Resultat	24 898	-	-	-
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	Budsjett	178 333	52 950	30 550	11 900
	Resultat	167 930	45 102	31 659	11 812

Somatikk

Grunnet situasjonen rundt covid-19, som medførte at sykehuset måtte redusere elektiv behandling og bygge opp kapasitet for covid-19 pasienter, ble antall ISF-poeng kraftig redusert fra primo mars. Budsjettavviket ble da forverret med hele 850 ISF-poeng, 950 poeng i april, 600 poeng i mai og 500 poeng i juni. Fra juni var den elektive pasientbehandlingen tilbake på tilnærmet samme nivå som før pandemien. Øyeblikkelig hjelp-aktiviteten ble imidlertid utover sommeren og høsten værende på om lag 85 prosent av nivået før pandemien. Fra desember gikk sykehuset i gul beredskap og reduserte på ny planlagt aktivitet for å kunne ta imot flere covid-19-smittede.

Samlet budsjettavvik vedrørende ISF poeng utført i eget HF (dag, døgn, poliklinikk og legemidler) var 7 prosent lavere enn budsjettet. Dette avviket ville medført i overkant

av 77 millioner kroner i reduserte inntekter om det ikke var gitt kompensasjon i Revidert nasjonalbudsjett.

Både antall sykehusopphold og antall liggedøgn ble vesentlig redusert i forhold til budsjett og fjoråret grunnet den pågående covid-19-situasjonen. Akkumulert per 12 måneder har antall døgnopphold vært 18 prosent færre enn budsjettet og 14 prosent færre enn i fjor. Antall polikliniske konsultasjoner har per 12 måneder vært 6 prosent færre enn budsjettet og tilnærmet likt med i fjor. Antall dagbehandlinger (hovedsakelig dialyse-behandlinger og cytostatika-kurer for kreftpasienter) har vært 10 prosent høyere enn budsjett og 9 prosent høyere enn i fjor.

PHV og TSB

Som følge av corona-situasjonen, så var aktiviteten i perioden mars-mai betraktelig lavere enn årets to første måneder og sammenlignet med i fjor.

Det er i hovedsak aktiviteten innenfor voksenpsykiatrien som merket aktivitetsnedgang. BUP og TSB hadde også en nedgang i den nevnte perioden, men kan, på tross av pandemien, vise til høyere aktivitet ved årets slutt enn aktiviteten i 2019. Aktiviteten innenfor voksenpsykiatrien tok seg opp etter sommeren, og de negative budsjettavvikene ble kraftig redusert. I de siste månedene var aktiviteten tilbake på 2019-nivå innenfor voksenpsykiatrien.

Det samlede negative ISF-avviket innenfor PHV/TSB ble ved årsslutt 6,9 prosent. I årets siste halvår leverte PHV/TSB positive ISF avvik. Det positive avviket på ISF-poeng siste halvår kan forklares med høyere aktivitet innenfor BUP og TSB i tillegg til den økte DRG-vekten for telefonkonsultasjoner med virkning fra 1. juli.

Aktiviteten på sengepostene ble kraftig redusert i perioden mars-mai. Avrusningsposten ble gjort om til å ta imot corona-smittede, og antall senger innenfor voksenpsykiatrien ble redusert med 15 prosent en periode på våren. Reduksjonen innenfor voksenpsykiatrien var i hovedsak innenfor DPS-funksjonen, men det ble også redusert noen senger for å ivareta smittevernet innenfor de akutte tjenestene i den psykiatriske sykehusavdelingen.

Aktiviteten har tatt seg opp etter sommeren, men antall liggedager havnet uansett 12,4 prosent lavere enn budsjettet. Målt mot fjoråret var antall liggedager 13 prosent under fjorårsnivået. Antall sykehusopphold var 7,2 prosent lavere enn budsjett, og 6,3 prosent lavere enn i fjor.

TSB og BUP hadde i løpet av høsten høyere aktivitet enn både budsjett og fjorårsnivå, mens aktiviteten innenfor voksenpsykiatrien har vært lavere enn tidligere gjennom hele høsten. Det er fremdeles et redusert antall senger i bruk innenfor voksenpsykiatrien for å ivareta smittevernet.

3.4.3 Håndtering av Covid-19

- *Foretaksmøtet ber helseforetakene om å:*
 - *legge konkrete planer for å møte en situasjon med behov som angitt i Folkehelseinstituttets risiko-, prognose- og responsanalyse datert 24. mars, inkludert det maksimale behovet som er angitt.*

- *klargjøre hva som må til for å realisere en økning av intensivkapasiteten ut over det som er meldt inn, hvor stor denne kan være, hvor lenge den kan opprettholdes og når en slik økning eventuelt kan være på plass. Dette omfatter blant annet personalressurser, medisinsk utstyr og lokaler.*
- *vurdere om ressurser som i dag finnes utenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten kan benyttes for å øke kapasiteten.*

Oppdraget skal gjennomføres i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF.

Det bes om foreløpig rapportering på status og mulig tiltak 1. april 2020.

Endelig rapportering skal leveres innen 14. april 2020.

Konkrete planer for å møte behov i henhold til FHIs prognoser ble utarbeidet og overlevert HSØ 14. april.

- *Sykehuset Telemark HF skal fortsette arbeidet med å planlegge og forberede for et høyt antall intensivpasienter, i tråd med analyser gjennomført av Folkehelseinstituttet.*

Siden 14. april er planverket oppdatert og videreutviklet for bedre å kunne ivareta et kontrollert nedtak av elektiv aktivitet, sett i forhold til eventuelt økt belastning knyttet til covid-19-situasjonen.

- *Sykehuset Telemark HF skal starte opptrapping til mer normalt drift.*

Sykehuset startet i mai arbeid med å trappe opp til mer normal drift etter at driften i mars ble lagt om som følge av pandemien. Fra utgangen av august var driften i stor grad normalisert, dog med enkelte særlige smitteverntiltak (adgangskontroll, antallsbegrensinger i venteområder osv.) som i noen sammenhenger legger begrensinger på driften.

Operasjonskapasiteten ble økt fra september ved å re-åpne operasjonsstuer i Porsgrunn på fredager. Forbedringsarbeidet i prosjekt Operasjon 2020 har lagt grunnlag for bedre planlegging og styring av pasientflyt knyttet til operasjoner. Sammen med økte åpningstider og ressurser resulterte dette i at ventelister til operasjon ble redusert ned til normalt nivå i november.

Poliklinisk aktivitet både i somatikk og psykiatrien ble økt etter sommeren og har under høsten vært på normalt og til tider høyere enn normalt nivå. Det har vært utvidede åpningstider innen flere områder for å ta igjen etterslep og for å fordele antall pasienter over et større tidsrom.

Smittetrykk i deler av Telemark økte i desember og sykehuset erfarte en betydelig økning i covid-19 pasienter, smittede ansatte og ansatte i karantene. Dette resulterte i at det ble innført gul beredskap og at noe planlagt aktivitet ble avlyst de siste ukene av desember. Dette vil også påvirke driften i starten av 2021.

- *Sykehuset Telemark HF skal styrke samarbeid med kommunene for å håndtere covid-19-epidemien, herunder legge til rette for faste møtepunkter og så langt*

som mulig innrette samarbeidet i tråd med prinsippene for innføring av helsefellesskap.

Sykehuset Telemark etablerte i mars tre overordnede samarbeidsutvalg og ett faglig samarbeidsutvalg for Telemark. I de overordnede utvalgene var klinikkssjefer, kommunalsjefer og kommuneoverleger representert. I disse fora skulle beslutninger tas. Det faglige samarbeidsutvalget utarbeidet retningslinjer for utskrivelse fra Sykehuset Telemark ved pandemi og fagprosedyre vedrørende behandlingsnivåer, samt områder hvor kommuner og sykehuset hadde behov for å dele informasjon og planlegge drift sammen.

Kommunene var meget fornøyd med det faglige utvalget, som var sammensatt av kommuneoverleger, smittevernoverlege på sykehuset, samt valgt kommunalsjef og annen aktuell representasjon. Fylkesmannen ved assisterende fylkeslege deltok på møtene.

- Sykehuset Telemark HF skal ta i bruk digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling der det er mulig og melde behov for justeringer i nasjonale rammevilkår som raskt kan iverksettes til Helse Sør-Øst RHF. Dette gjelder blant annet ISF-ordningen, reguleringer, praktisk veiledning og nasjonale e-helsetiltak.*

Sykehuset har gjennomført pilot for digital oppfølging av hjemme dialysepasienter i samarbeid med Imatis, Universitetet i Sørøst-Norge (USN) og Sintef. Piloten har gitt god innsikt i brukererfaringene, samt innsikter knyttet til muligheter og utfordringer ved digital hjemme oppfølging. Piloten ble avsluttet i desember.

For øvrig arbeider Sykehuset Telemark med å øke bruk av videokonsultasjoner og nettbasert behandling. Under pandemien ble et stort antall konsultasjoner flyttet til særlig telefon og i noen grad video. Det ble etablert virtuelle møterom for bruk til videokonsultasjoner og utstyr ble anskaffet. Klinikken vil evaluere erfaringene med bruk av videokonsultasjoner og ta med dette i arbeidet med å legge til rette for slik behandling når dette er riktig utfra faglige vurderinger. Omlegging av ISF-ordningen fra juni, hvor video- og telefonkonsultasjoner ble likestilt med fysiske konsultasjoner, gir gode insentiver for økt bruk av slik behandling.

Sykehuset Telemark skal i løpet av 2021 tilby nettbasert behandling som terapi gjennom eMestring som er en utviklet (og er under utvikling) terapi som tar i bruk skriftlig terapi, psykoedukasjon via nettet, samt nettbaserte hjemmeoppgaver og annet. Prosjektgruppen for implementering av denne metodikken er etablert og vi er i gang etablere dette i vår organisasjon.

- Sykehuset Telemark HF skal samarbeide med utdanningsinstitusjonene om å finne løsninger som bidrar til at flest mulig helsefagstudenter kan gjennomføre praksis. Det gjelder spesielt for utdanninger det er særlig behov for, eksempelvis utdanning i akutt-, anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleie, samt bioingeniører. Alternative veiledningsformer skal vurderes.*

Sykehuset har etablert samarbeidsavtale med Universitetet i Sørøst-Norge (USN) som forplikter begge parter i forbindelse med gjennomføring av praksisperioder. Dette er godt etablert og organisert. Praksisperiodene har blitt avviklet som normalt. Sykehuset hadde sammen med USN planer om å fristille studenter fra studiene for å bistå sykehuset i en eventuelt krevende bemanningssituasjon relatert til covid-19. Sykehuset hadde også planer om å øke veilederkompetansen hos sykepleiere med ansvar for studenter, men dette ble utsatt pga. covid-19-situasjonen.

- *Legge til rette for økt testkapasitet både gjennom utvidet laboratoriekapasitet, bistand til kommunene når det gjelder prøvetaking ved behov.*

Det er etablert økt testkapasitet for PCR baserte virustester. Fra 2021 vil sykehuset etablere ytterligere testkapasitet innen mikrobiologiske analyser. Ny labautomasjonslinje vil øke sykehusets totale analysekapasitet betydelig fra 2021. Det har ikke vært behov for bistand til kommunene vedrørende prøvetaking.

- *Overordnede rammer for aktiviteten i Sykehuset Telemark HF i 2020 endres som følge av covid-19-epidemien.*

Det vises til besvarelse av punkt over om opptrapping til normal drift.

- *Sykehuset Telemark HF skal prioritere samarbeid med avtalespesialister om aktiviteten i avtalepraksis og inngå samarbeidsavtaler der dette ikke er etablert.*

Det er etablert samarbeidsavtaler med alle avtalespesialistene i Telemark med unntak av en nevropsykolog. Det jobbes med juridiske aspekter vedrørende viderehenvisning og at pasienter skal ha mulighet til å motsette seg viderehenvisning til avtalespesialist. Problemstillingen er spesielt knyttet til at enkelte prosedyrer medfører høyere kostnader for pasienter når de utføres hos avtalespesialist. Dette gjelder særlig gastromedisin, og det skaper noen utfordringer i samarbeidet.

3.5 DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT

4. Utviklingstrender og rammebetingelser

Vedrørende disse punktene forholder Sykehuset Telemark seg til sist gjeldende dokumenter; Nasjonal Helse og sykehusplan, Helse Sør-Øst regional utviklingsplan og Sykehuset Telemarks Utviklingsplan 2030 med vedlegg.

5. Strategier og planer

På bakgrunn av oven nevnte dokumenter i pkt. 4 og basert på foretakets utfordringsområder er det etablert en strategi for perioden 2020-2022. Denne er en videreføring av strategien fra forrige strategiperiode. I tillegg til den nasjonale visjonen om å skape «Pasientens helsetjeneste», har foretaket et overordnet mål om å være et «Attraktivt sykehus; - for pasientene, for gode fagpersoner og for samfunnet (godt omdømme). I strategien er det valgt fire medisinske strategiske områder (Kreft, Psykisk helsevern og rusbehandling, Akuttkjeden og Barn – og unges helse). For å lykkes i å nå de strategiske målene er tre suksessfaktorer definert (Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, Ledelse og kompetanseutvikling og Optimal ressursbruk). Innenfor alle syv områder er det definert egne mål samt detaljerte årlige handlingsplaner. Foretakets strategi benyttes aktivt i kommunikasjonen med ansatte.

PROTOKOLL FRA DRØFTINGSMØTE 2. FEBRUAR 2021

ÅRLIG MELDING 2020 SYKEHUSET TELEMAR HF

Tilstede på møtet:

Fra arbeidsgiver:

Tom Helge Rønning, administrerende direktør

Tone Pedersen, spesialrådgiver

Fra arbeidstakerorganisasjonene:

Inger Ann Aasen, Norsk sykepleierforbund

Christina Olsen, Delta

Arne Runde, Den norske legeforening

Janne O. Guldbjørnsen, Norsk sykepleierforbund

Wenche Kongerød, Fellesorganisasjonen

Thor Severinsen, Den norske legeforening

Arvid Fosse, Fagforbundet

Linda Jeanett Jamsgard, Norsk sykepleierforbund

Spomenka Savic Balac, Den norske psykologforening

Hovedverneombud:

Øystein Boklund

Den 2. februar 2021 ble det holdt drøftingsmøte mellom administrerende direktør, de tillitsvalgte (TV) samt hovedverneombudet (HVO) vedrørende Årlig melding 2020 for Sykehuset Telemark. Forslag til Årlig melding 2020 er sendt TV/HVO 28. januar 2021.

Konstruktive og gode innspill fra TV/HVO i møtet er lagt inn i Årlig melding 2020. Revidert versjon sendes ut etter møtet.

I mail 4. februar ble drøftingsnotat fra tillitsvalgte og HVO, som deltok i drøftingsmøte, mottatt. Drøftingsnotatet tas inn i protokollen som *Uttalelse fra tillitsvalgte og hovedverneombudet*.

Uttalelse fra tillitsvalgte og hovedverneombudet

Årlig melding er utarbeidet uten medvirkning av tillitsvalgte.

Prioriteringsregelen er ikke oppfylt for Psykisk helsevern. Det er bekymringsfullt med omfattende vakanser, spes mht spesialister.

Prioriteringsregelen er heller ikke oppfylt mht kostnadsvekst i PHV for voksne og TSB

Pakkeforløp i PHV og TSB gir mye ekstra registrering og har liten gunstig effekt på utredning og behandling.

Sykehuset må ha en meget stram økonomistyring på grunn av begrensede bevilgninger fra HSØ.

Dette har igjen sammenheng med at ansatte har en svært stor andel av ufrivillig deltid, det er lav grunnbemanning og høye EFO-utgifter. Sykehuset har gjennomført en årlig MU som viser at

ansatte har for stor arbeidsbelastning. Videre har økonomistyringen sammenheng med den manglende kostnadsveksten i PHV og TSB.

Sykehuset er pålagt et omfattende arbeid med spesialistutdanningen av leger. Dette arbeidet og påvirkningen på driften er lite beskrevet i meldingen.

Tillitsvalgtes medbestemmelse er også lite omtalt.

Skien, den 2. februar 2021

Arbeidsgiver:



Tone Pedersen

Foretakstillitsvalgte og hovedverneombudet:

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	17. februar 2021

Type sak (sett kryss)						
Beslutning	<input checked="" type="checkbox"/>	Etterretning	<input type="checkbox"/>	Orientering	<input type="checkbox"/>	Tema

Sak: 009 – 2021

Interne revisjoner Årsrapport 2020 og Plan 2021

Hensikten med saken

Interne revisjoner er en sentral del av sykehusets systematiske forbedringsarbeid for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS. Interne revisjoner gjennomføres i henhold til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgssektoren og Internkontrollforskriften HMS. I tillegg ivaretar internrevisjonen oppfølgingen av krav til internkontroll i en rekke ulike særforrifter.

Forslag til vedtak

1. Styret tar Årsrapport Internrevisjon 2020 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 2021 og ber om at Årsrapport Internrevisjon legges fram for styret ved årsskiftet.

Skien, 9. februar 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Bakgrunn for saken

Det overordnede formålet med revisjonen er læring og forbedring. Faste revisjonstema skal sikre at sentrale krav til internkontroll blir ivaretatt. I tillegg prioriteres ett eller flere nytt tilleggstema hvert år. Disse områdene er tradisjonelt blitt identifisert på bakgrunn av risiko- og hendelsesanalyser, uønskede hendelser, klager, tilsyn og revisjoner.

For å sikre revisjonen relevans under en krevende pandemisituasjon, ble Covid-19 satt som gjennomgående tilleggstema.

Saksfremstilling

Resultatene fra internrevisjonen 2020 er sammenstilt i årsrapport internrevisjon. Årsrapporten inneholder også vurderinger med anbefalte forbedringsområder for hvert tema.

Kvalitetsavdelingen tilbyr klinikkledelsen gjennomgang av årsrapporten med anbefalte forbedringstiltak.

Revisjonstema 2021

Faste revisjonstema	Prioritert områder 2021
Oppfølging av tidligere tilsyn og revisjoner	Oppfølging av avsluttede tilsyn og revisjoner.
Meldekultur. Avviks- og klagebehandling.	
Legemiddelhåndtering og blodtransfusjon	Handlingsplan for legemiddelsikkerhet
Pasientadministrasjon og elektronisk pasientjournal, EPJ	
Personvern og informasjonssikkerhet	
Pasientsikkerhet Innsatsområder	Oppfølging av prevalensmålinger pasientsikkerhet NEWS
Miljø/grønt sykehus (ISO 14001)	I hht plan
HMS	Oppfølging av ansatte etter alvorlige hendelser, Plan for opplæring innen vold og trusler AML-brudd (registrering av inngåtte avtaler i GAT) HMS-handlingsplaner
Medisinsk teknisk utstyr	
Smittevern	Knyttet til Covid-19 og pandemi
Strålevern	Etablert opplæringsplaner innen strålevern i aktuelle enheter (MTU opplæring, e-læringskurs, generell opplæring strålevern)
Brannvern og elsikkerhet	Gjennomført egenkontroll branntekniske installasjoner
Kompetanse og opplæring	I hht plan

Avhengig av utvikling av pandemisituasjonen, vil det kunne være hensiktsmessig å vinkle de prioriterte områdene inn mot covid-19.

Spesielle forhold styret bør være kjent med

Dersom det blir knyttet smitterisiko til gjennomføringen av stedlige systemrevisjoner, må omfanget revurderes.

Prosess

Revisjonene inngår i en 3-årig rullerende plan med ca. 120 seksjoner. Planen kvalitetssikres hvert år før revisjonsstart. Om lag 40 enheter revideres hvert år. Enheter med stor miljøpåvirkning, revideres hvert år. Revisjonene planlegges gjennomført i august – november, først med elektroniske egenvurderinger, deretter med stedlige systemrevisjoner i utvalgte enheter.

Revisjonene gjennomføres som elektroniske egenvurderinger med påfølgende systemrevisjoner i et mindre antall seksjoner. Det må settes av tilstrekkelig tid etter egenvurderingen til å gjennomføre forbedringstiltak, før det gjennomføres stedlige systemrevisjoner.

Vurdering

Resultatene fra internrevisjonen presenteres i en egen årsrapport. Se vedlegg. Årsrapporten skal bidra til å gjøre konklusjoner og anbefalinger som fremmer forbedring og læring kjent og tilgjengelig. Årsrapporten oppsummerer internrevisjonen og er laget med utgangspunkt i konsernrevisjonens rapportmal. Fokuset er flyttet fra feil og avvik til et helhetlig systemperspektiv med anbefalinger for forbedring og læring på tvers i organisasjonen.

Kompetanse, samarbeid og metode

Sykehusets internrevisorkorps ledes av kvalitetsavdelingen og består av erfarne og kompetente fagpersoner og ledere fra hele organisasjonen. Internrevisjonene innen legemiddelområdet gjennomføres i tett samarbeid med Sykehusapotekenes årlige fellesrevisjon. Metoden består som hovedregel av elektroniske egenvurderinger etterfulgt av stedlige systemrevisjoner.

Grønt sykehus, sertifisering og akkreditering

Sykehuset Telemark har flere ISO-sertifiseringene og akkrediteringene som stiller særskilte krav til internrevisjonen. Dette blir i hovedsak ivaretatt 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 ivaretatt. I tillegg til minirevisjonene er miljø fast gjennomgående revisjonstema.

Oppsummering

Årsrapport Internrevisjon 2020 oppsummerer revisjonsresultatene og gir anbefalinger til forbedring og læring på tvers i foretaket. Effekten av tiltakene evalueres i ledelsens gjennomgang 2021. Interne revisjoner 2021 gjennomføres med besluttede tema og i henhold til rullerende revisjonsplan. Årsrapport Internrevisjon 2021 legges fram for styret ved årsskiftet.

Vedlegg:

1. Årsrapport Internrevisjon 2020
2. Internrevisjon 2020 Samlerapport elektroniske egenvurderinger

Årsrapport Internrevisjon Sykehuset Telemark 2020

Versjon 1.0

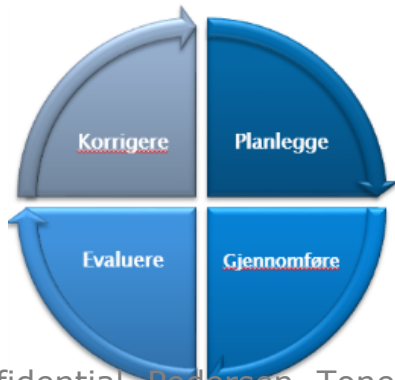
Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

Introduksjon

Om årsrapporten

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

Forbedringsarbeidet bygger på metodikken i forbedringsmodellen, i tråd med Forskrift om ledelse og forbedringsarbeid i helse- og omsorgssektoren og Internkontrollforskriften HMS:



Internrevisjon ved Sykehuset Telemark HF

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

- 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 egenervering og som ordinær stedlig systemrevisjon i Sykehuset Telemark. På grunn av Covid-19 pandemien er det kun gjennomført et fåtall stedlige revisjoner.

Forbedringsarbeidet etter revisjonene evalueres i ledelsens gjennomgang både i klinikkene og for sykehuset som helhet.

For mer informasjon, se HELIKS [ID 7360 Internrevisjon](#)

Metode og omfang

Internrevisjonen i Sykehuset Telemark er en kombinasjon av elektroniske egenvurderinger og ordinære stedlige systemrevisjoner. På grunn av Covid-19 pandemien er det av smittevern hensyn kun gjennomført et fåtall stedlige revisjoner.

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. I 2020 ble det kun gjennomført stedlige revisjoner på miljø- og legemiddelområdet.
- Proaktiv tilnærming – forbedringstiltak gjennomføres i forkant

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

Revisjonsplan og revisjonstema

Revisjonsplan

Alle seksjoner inngår i en 3-årig rullerende revisjonsplan der de skal revideres i løpet av tre år (ca 120 enheter totalt/ca 40 pr år.).

I 2020 ble elektronisk egenvurdering sendt ut til 37 seksjoner. 30 fullførte, 4 fullførte delvis. 2 gjennomførte ikke på grunn av smitteutbrudd og mange ansatte i karantene. En utgikk på grunn av organisasjonsendringer. Det ble gjennomført stedlige revisjoner i 7 enheter.

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 2020

Sepsis. I tillegg var de fleste tema relatert til Covid-19 pandemien.

Faste revisjonstema
Oppfølging av tidligere tilsyn og revisjoner
Meldekultur. Avviks- og klagebehandling.
Legemiddelhåndtering og blodtransfusjon
Pasientadministrasjon
Personvern og informasjonssikkerhet
Pasientsikkerhet Innsatsområder
Miljø/grønt sykehus (ISO 14001)
HMS
Medisinsk teknisk utstyr
Smittevern
Strålevern
Brannvern og elsikkerhet
Kompetanse og opplæring

Konklusjon

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 muligheter for forbedringer.

Disse er utgangspunktet for årsrapportens anbefalinger for læring og forbedring på

Vurderinger og anbefalinger

- For hvert tema (15 totalt) er det gjort en samlet vurdering av resultatene fra egenvurderingene På bakgrunn av resultatene, anbefales det forbedringstiltak

1 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.

- [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](#)

2. HMS, Smittevern og Covid-19

Det er gjennomgående veldig gode resultater i seksjonenes egenvurderinger av hvordan de følger opp smittevernområdene som er dekt i Covid-19 sjekklisten.

Vi ser noen få enheter som svarer nei på at de ikke har implementert følgende områder, resten svarer ja eller ikke aktuelt (x/30):

- Informasjon om støttesamtaler ved BHT/ prest (19/30)
- Det er tilrettelagt for at enhetens ansatte som har mulighet kan jobbe med nødvendig avstand til kollegaer/pasienter/ annet personell (26/30)
- Ansatte er kjent med prosedyre Covid-19 tiltak ved begrenset tilgang eller mangel på smittevernutstyr (26/30)
- For enhetens ansatte i risikogruppen er relevante risikoreduserende tiltak vurdert (28/30)
- Enhetens ansatte er kjent med og følger sykehusets krav til arbeidstøy (28/30)

Av tilbakemelding som er gitt er det spesielt utfordring med å holde god nok avstand mellom personale som belyses og behovet for å bruke riktig smittevernutstyr påpekes.

Revisjonsresultatene viser at det fortsatt er viktig å ha fokus på de forebyggende smitteverntiltakene og sjekklisten kan bidra til en systematisk tilnærming til dette dersom pandemien fortsetter.

[HELIXSD-18860 Covid-19 Sjekkliste HMS - Sikker/2021 12:43:33](#)

3. Tidlig oppdagelse av sepsis

Tidlig oppdagelse av sepsis er et innsatsområde innen pasientsikkerhet.

Landsdekkende tilsyn har undersøkt om krav og tiltak som skal sikre rask identifikasjon og behandling av pasienter med mistenkt sepsis, er på plass.

Egenvurderingen viser at krav og tiltak er kjent , og etterlevs samt er lett å forstå for personell i de seksjonene der dette er aktuelt.

Ledere i alle relevante seksjoner må sikre at kravene er kjent og blir etterlevd

[HELIKS ID 12086 Sepsis:](#)

4. Videokonsultasjon

- Funnene viser at det er behov for ytterligere tiltak for å sikre at retningslinjen er kjent og etterlevs i den enkelte seksjon.
- Det anbefales at retningslinjen gjennomgås i relevante seksjoner, slik at bruk av videokonsultasjon gjennomføres på en effektiv måte samtidig som pasientens personvern ivaretas.
- [HELIKS ID 13978 Gjennomføring av videokonsultasjon](#)

5 Organisering og opplæring Ytre Miljø-arbeid

Nesten alle enheter melder at de har egen Eco online ansvarlig (26/30).

Det er noen færre enheter der alle har fullført e-læringskurset «Grønt sykehus i HSØ (19/30) men det meldes om at nesten alle ansatte har kunnskap om krav til avfallshåndtering og håndtering av smitteavfall som del av Covid-19 beredskapet (24 /30).

Resultatene viser god oppslutning om kjemikaliehåndtering og riktig avfallshåndtering i enhetene, og det ser ut til å være etablert rutiner for organisering og opplæring.

Når det gjelder gjennomføring av e-læringskurset «Grønt sykehus HSØ» anbefales det at dette fortsatt har fokus hos ledere og i nyansatt opplæringen. Kurset gir alle ansatte en nyttig forståelse av sammenhengen mellom miljøpåvirkning og tiltak og bidrar til ivaretagelse av både HMS og våre eksterne omgivelser.

6 Brannvernopplæring

På spørsmål om kravene til brannvernopplæring er kjent svarer 24 ja, 4 delvis og 2 vet ikke.

På spørsmål om kravene følges opp svarer 27 ja, 2 delvis og 1 vet ikke.

På spørsmål om kravene er beskrevet slik at de er lett å forstå svarer 28 ja, 1 delvis og 1 vet ikke.

Det gis tilbakemelding fra enhetene om at noe opplæring er utsatt grunnet Korona og det etterlyses mer praktiske brannøvelser og kontinuerlig kompetanseløft på dette området.

Resultatene viser jevnt over god oppslutning om brannvernopplæringen, men det anbefales en sentral oppfølging for å sikre at alle enheter har godt nok fokus på ivaretagelse av kompetanse innen brannvern.

7 Medisinrom/lager

Egenvurderingen viser at kravene til medisinrom/lagerhold må bli bedre kjent i flere seksjoner og de må etterleves.

Flere vurderte at det var behov for å gå opp rutinene på nytt., både med hensyn til dokumentasjon av renhold (arbeidsbenk, skap , hyller og avtrekk) og temperaturregistrering.

Det ble også gjennomført to stedlige systemrevisjoner.

Sentrale anbefalinger/tiltak:

- Oppdatering prosedyrer – krav til renhold og medisinrom/lager er koordinert
- Kurs for medisinromsansvarlige (oppstart februar 2021) – del av STHFs handlingsplan for legemiddelsikkerhet.

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

8 A- og B-preparater, lagerhold og kontroll

- Egenvurderingen viser at kravene er godt kjent, men likevel blir de ikke alltid fulgt opp slik de skal.
- Som et forbedringstiltak er det etablert egne kurs for medisineransvarlige. Kursene vektlegger systematisk oppfølging av A- og B-preparater, lagerhold og kontroll.
- Kursene starter opp i februar 2021 og inngår i STHFs handlingsplan for legemiddelsikkerhet

[HELIKS ID 7796 A- og B-preparater, lagerhold og kontroll beskriver minstekrav til sikkerhet](#)

9 Uthenting av blodprodukter fra blodbanken

Egenvurderingen viser at kravene til opplæring og ID-kontroll for uthenting av blodprodukter fra blodbanken er godt kjent

Til tross for dette blir de ikke alltid etterlevd

Det kan også være behov for å forenkle beskrivelsene – for å sikre bedre forståelse

Krav til uthenting av blod utgjør en alvorlig pasientsikkerhetsrisiko.

Både opplæring og forståelsen for å etterleve krav på områder med stor risiko, må prioriteres.

- [HELIKS ID 12181 Transfusjon av blod og blodprodukter](#)
- [HELIKS ID 17017 LabCraft - registrering av SAG og trombocyttkonsentrat](#)

Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

10 Renhold og desinfeksjon av medisinsk teknisk utstyr

- Egenvurderingen viser at mange vurderer at de har gode ferdigheter til renhold og desinfeksjon av medisinsk teknisk utstyr. Noen er imidlertid usikker.
- Opplæring og reopplæring må prioriteres – og aktualiseres i forbindelse med Covid-19 pandemien.
- Spesielt gjelder dette ved innføring av nytt og avansert utstyr og når utstyr sjelden er i bruk.
- [HELIKS ID 11550 Opplæring og re-opplæring av medisinskteknisk utstyr \(MTU\)](#)

11 Pasientadministrativt arbeid under Covid-19 pandemien

- Seksjonen skal sikre forsvarlig oppfølging av pasientene som fikk utsettelse i perioden med redusert aktivitet som følge av Covid-19 pandemien
- I følge egenvurderingen er den regionale veilederen som beskriver hvordan disse pasientene skal registreres, og hvordan de kan finnes fram til i etterkant, kjent og blir etterlevd blant de aller fleste.
- Veilederen er tilgjengelig på Intranett: <https://sthf.fisp.no/DIPS/Sider/default.aspx>
- Det er sendt ut informasjon om veilederen til alle DIPS-superbrukere.
- Veilederen gir også informasjon om hvilke rapporter som skal benyttes for å «finne igjen» pasientene som er utsatt.
- Praktisk gjennomføring av registreringer rent «trykkemessig», er helt ordinær registrering som er beskrevet i brukerveilederne i HELIKS.

Seksjonene som skal følge opp disse pasientene må sikre at ansatte får forsvarlig opplæring.

12 Oppfølging av tilsyn og revisjoner

- I følge egenvurderingen har 1/3 av seksjonene fulgt opp funn fra tilsyn og revisjoner innen fristen.
- Om lag halvparten kontrollerer at iverksatte forbedringstiltak har effekt over tid.
- Å holde fokus over tid er en utfordring i alt forbedringsarbeid.
- Må prioriteres for å sikre effekt over tid. Oppfølgingen av tiltakene må settes i system og resultatene må etterspørres, for eksempel i klinikkens kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (KPU). Seksjoner med gode erfaringer oppfordres til å dele – til felles læring og forbedring.
- Det er et veldig positivt resultat at seksjoner har gjennomført forbedringstiltak på bakgrunn av tilsyn og revisjoner i andre enheter. Det er læring på tvers i praksis- og må heies frem!
- [HELIKS ID 12928 Eksterne tilsyn og revisjoner](#)

Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

13 Oppfølging av tilsyns med utlokaliserte pasienter

Etter det omfattende tilsynet er det etablert en rekke tiltak som skal sikre forsvarlig oppfølging av utlokaliserte pasienter.

Egenvurderingene viser behov for bedre kjennskap til forbedringstiltakene for oppfølging av utlokaliserte pasienter. Forankringen – at tiltakene faktisk følges opp, må også forbedres.

Alle seksjoner som arbeider med utlokaliserte pasienter må sikre at det er gitt tilstrekkelig opplæring og at kravene til oppfølging er kjent og etterleves. Dette er et lederansvar.

For å sikre at kravene blir etterlevd, anbefales det at kontrolltiltak settes i system.

- [HELIKS ID 11852 Pasientflyt fra akuttmottak til somatiske sengeposter og mellom sengeposter](#)
- [HELIKS ID 11860 Oppfølging av satellittpasienter](#)
- [HELIKS ID 14064 Sjekkliste utlokaliserte pasienter](#)

14 Oppfølging av tilsyn med tvungen helsehjelp

- Krav til bruk av tvang er ikke tilstrekkelig kjent og blir ikke alltid etterlevd.
- Dette er et forbedringsområde der ansatte har behov for å styrke sin kompetanse.

15 Oppfølging av tilsyn med elanlegg

- I følge egenvurderingen er dette temaet lite aktuelt i mange av seksjonen. Imidlertid er over halvparten kjent med kravene , og de mener at de blir fulgt ved de fleste anledninger. Det kan synes som at kravene er greie å forstå, for de som har hatt erfaringer med denne problemstillingen.

Evaluering internrevisjon

De fleste var fornøyd med revisjonsmetoden, mens noen var nøytrale. Ingen var misfornøyd.

Kommentarer i utvalg:

- Vanskelig å vurdere avvik på egenvurdering
- Godt layout på undersøkelsen og relevante spørsmål.
- Litt krevende å svare på enkelte spørsmål, da det ikke er relevant for seksjonen. Ville vært fint med ikke aktuelt som et svaralternativ på noen av spørsmålene.
- Spennende å se hva avdelingen får ut av dette, da det er tidkrevende. Spent på oppfølging av revisjonene.
- Fin måte å sjekke flere områder. Gir innspill på områder som vi bør sjekke ut. Viktig at man har stedlige revisjoner i tillegg på utvalgte steder basert på tilbakemeldingene.
- Helt greit, men mister mulighet for diskusjon med eksterne ved bruk av skjema
- Ha IKKE AKTUELT som et svarsalternativ

Internrevisjon 2020

Elektronisk egenvurdering Samlerapport v 1.0

Innhold

1. [Om rapporten](#)
2. [Internrevisjon som elektronisk egenvurdering](#)
3. [Oppfølging av resultatene](#)
4. [Ordinære systemrevisjoner](#)
5. [Deltakelse](#)
6. [Tidsbruk](#)
7. [Revisjonstema 2020](#)
 - [7.1 Meldekultur](#)
 - [7.2 HMS, smittevern og Covid 19](#)
 - [7.3 Tidlig oppdagelse av sepsis](#)
 - [7.4 Videokonsultasjon \(Personopplysningssikkerhet\)](#)
 - [7.5 Organisering og opplæring Ytre miljø-arbeid](#)
 - [7.6 Brannvernopplæring](#)
 - [7.7 Medisinrom/lager](#)
 - [7.8 A- og B-preparater, lagerhold og kontroll](#)
 - [7.9 Uthenting av blodprodukter fra blodbanken](#)
 - [7.10 Renhold og desinfeksjon av medisinsk
_____ teknisk utstyr](#)
 - [7.11 Pasientadministrativt arbeid under Covid-19
_____ pandemien](#)
 - [7.12 Oppfølging av tilsyn og revisjoner](#)
 - [7.13 Oppfølging av tilsyn med utlokaliserte
_____ pasienter](#)
 - [7.14 Oppfølging av tilsyn med tvungen helsehjelp](#)
 - [7.15 Oppfølging av tilsyn med elanlegg](#)
8. [Evaluering av internrevisjonen](#)

1. Om rapporten

- Denne rapporten er en sammenstilling av resultatene fra internrevisjon 2020 som er gjennomført som elektronisk egenvurdering i seksjonene
- Rapporten viser resultatene for hvert revisjonstema for Sykehuset Telemark samlet

2. Internrevisjon som elektronisk egenvurdering

Metoden skal bidra til større spredning, bevisstgjøring av lederansvar og mer effektivt og målrettet forbedringsarbeid:

- Effektivisering - antallet heldagsrevisjoner reduseres samtidig som flere enheter involveres i revisjonen gjennom egenvurdering
- Fleksibel gjennomføring - egenvurderingen kan gjennomføres tilpasset enhetens øvrige aktiviteter
- Kvalitetsforbedring - økt bevisstgjøring av lederes ansvar for forbedring og læring – ledelse av kvalitet og pasientsikkerhet

Seksjonene skal kun bli bedt om å besvare tema som er relevante for dem.

Styrende krav: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

3. Oppfølging av resultatene

- Seksjonsleder mottok seksjonens resultater på epost, når egenvurderingen ble levert
- Seksjonsleder vurderer om resultatet er i samsvar med styrende krav
- Behov for forbedringer som ikke kan løses av enheten alene, løftes til ledernivået som kan håndtere problemstillingen
- Resultatene presenteres i årsrapport internrevisjon og følges opp i seksjonen, i klinikken og på tvers i sykehuset
- Forbedringsarbeidet etter revisjonene evalueres i ledelsens gjennomgang både i klinikkene og for sykehuset som helhet.
- Revisjonsresultatene - styringsinformasjon for administrerende direktørs ledergruppe og sykehusets styre
- For mer informasjon, se HELIKS [ID 7360 Internrevisjon](#)

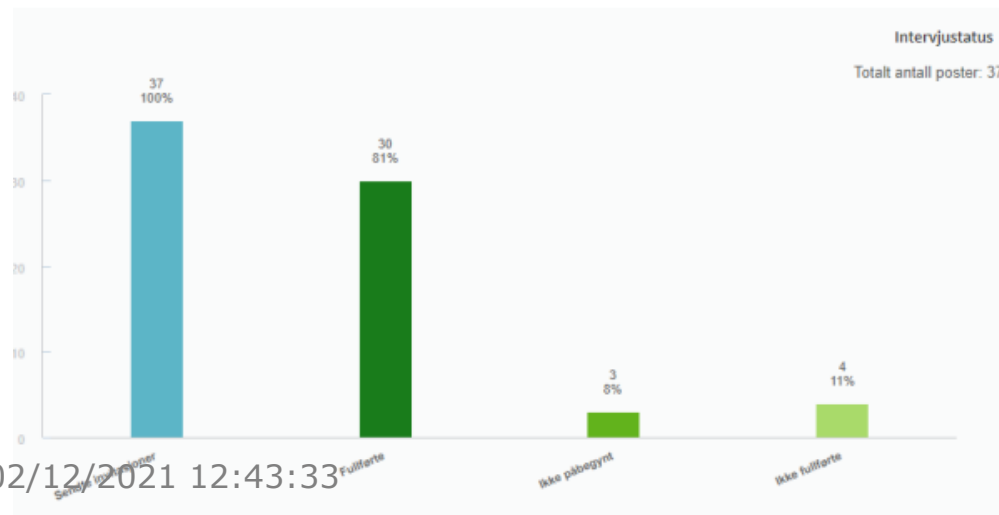
Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

4. Ordinære systemrevisjoner

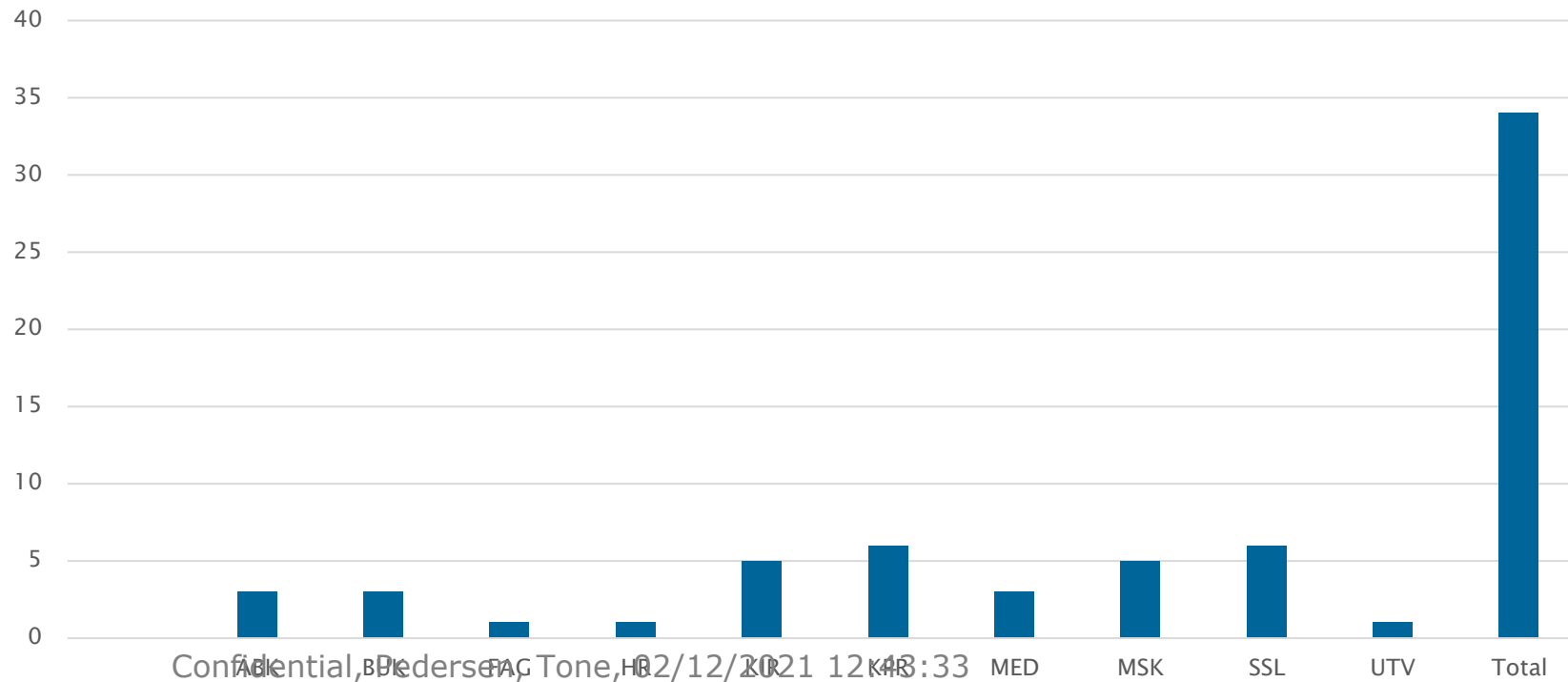
- Skal som hovedregel gjennomføres i etterkant av egenvurderingen
- Formål:
 - Forbedring og læring
 - Undersøke seksjonenes oppfølging av egenvurderingen
 - Kvalitetssikring av metode for egenvurdering
- Ordinære stedlige systemrevisjoner kun i et fåtall seksjoner av smittevern hensyn i Covid-19 pandemien.

5. Deltakelse

- Antall utsendte egenvurderinger: 37
- Fullført: 30
- Delvis fullført: 4
- Ikke besvart: 3



Utsendte egenvurderinger per klinikk og STHF totalt

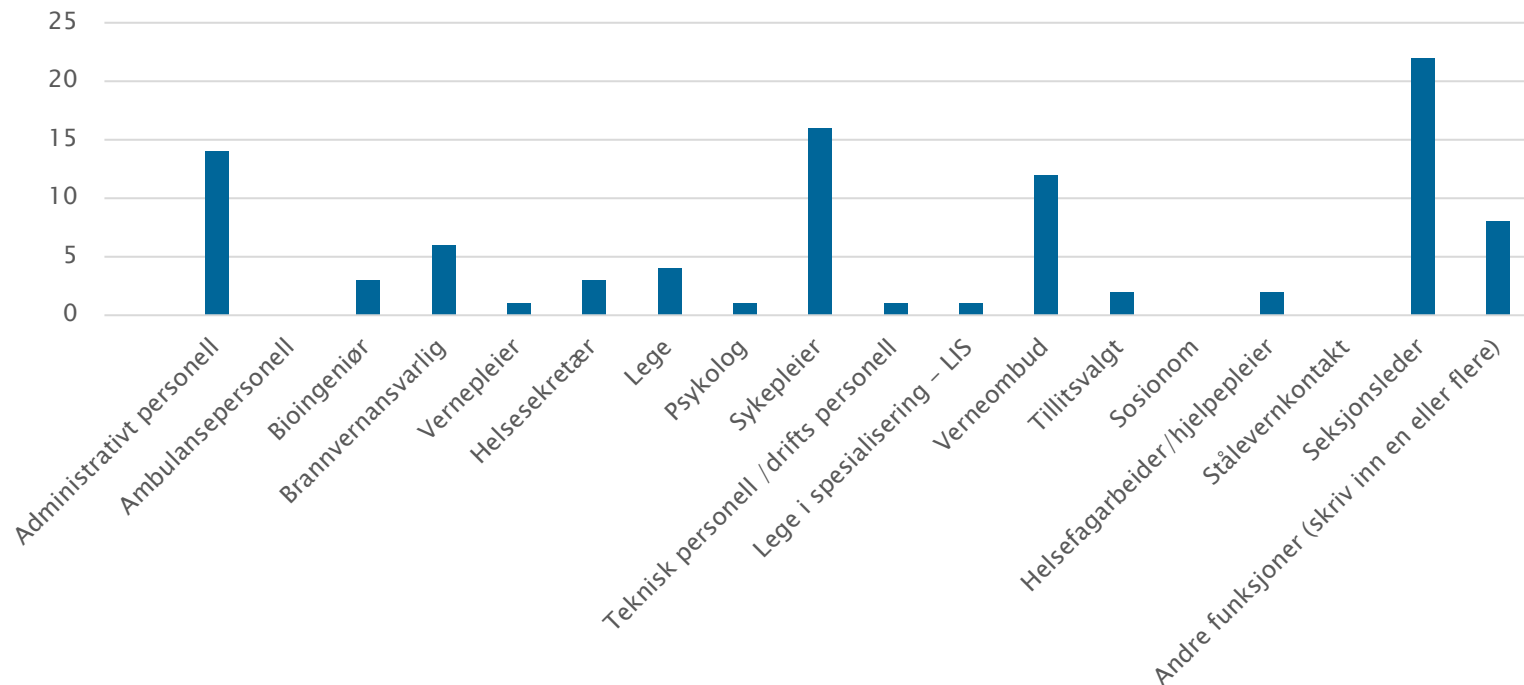


Oversikt seksjoner 2020

Seksjon for intensiv Skien	Poliklinikk Psykisk helsevern, Skien
Seksjon for akuttmottak og overvåkning (FOVA) Notodden	Legegrupper Med B Lunge Mage/tarm Infeksjon Geriatri Kragerø
Seksjon for anestesi og dagenhet Skien og Porsgrunn	Sengepost mage/tarm/infeksjon
Seksjon for akuttmottak Skien	Seksjon Gastropoliklinikk
Seksjon for leger	Seksjon poliklinikk kreft, palliasjon og blodsykdommer
Seksjon for barne-og ungdomsmedisin	Medisinsk biokjemi 2 og BB
Seksjon for barnepoliklinikk	Fertilitetsseksjonen sør
Kvalitetseksjonen	Seksjon med.biokjemi og blodbank Notodden
Bemanningscenteret	Avdeling for arbeidsmedisin
Seksjon ønh poliklinikk Skien	Seksjon for nukleærmedisin og radiogarfer
Seksjon kirurgisk kontortjeneste	Innkjøp og lager
Seksjon ØNH	Medisinsk teknisk
Seksjon kirurgisk sengepost 1-3	Teknisk drift (Skien 2020)
Psykose døgn Porsgrunn	Pasientreisekontoret
Avrusning døgn	Portørtjeneste
Akuttpsykiatri åpen døgn	Anretninger
Akuttpsykiatri A døgn	Klinisk IKT
Psykisk helse og rus døgn Porsgrunn (DPSP Seng B)	Seksjon gastrokirurgi sengepost

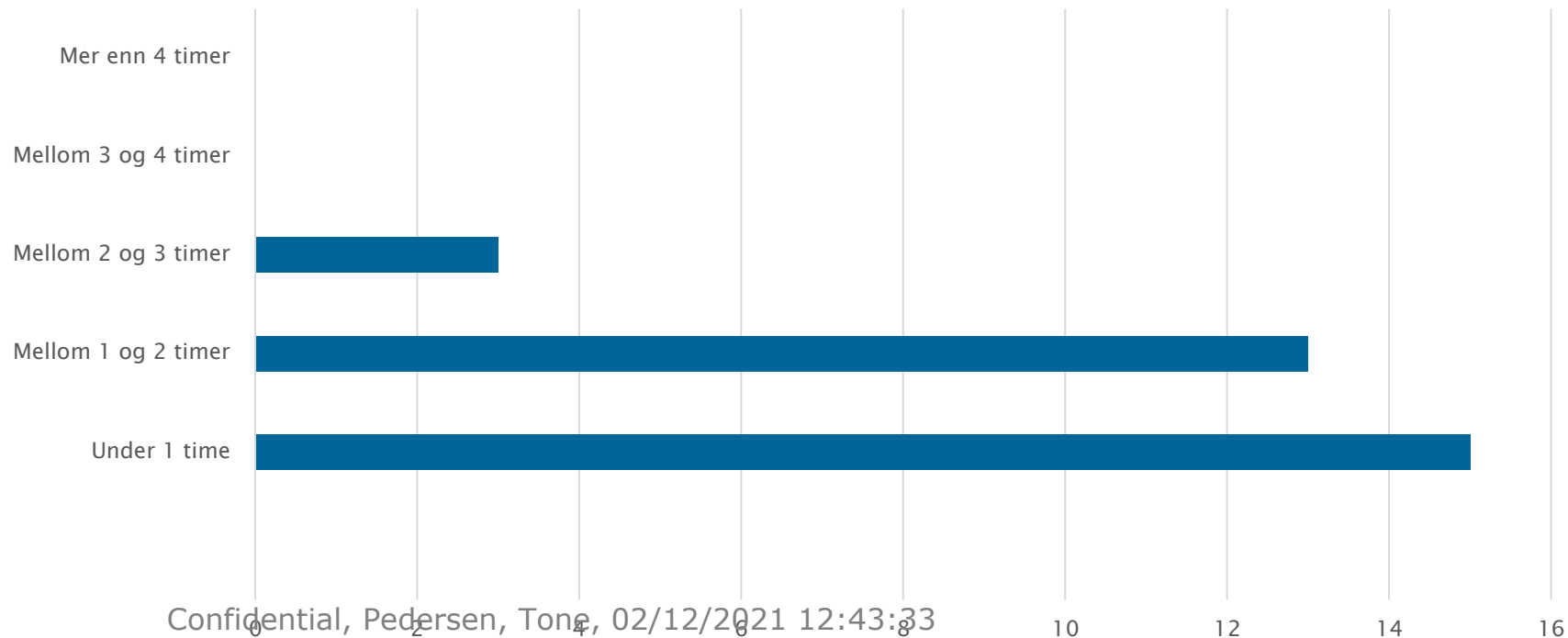
Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:35

Deltakere Hvem har deltatt i egenvurderingen?



Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

6. Tidsbruk: Hvor mye tid har seksjonen brukt til å gjennomføre den elektroniske egenvurderingen?



7. Revisjonstema

- Områder med lovpålagte krav om internrevisjon
- Områder som gis særskilt fokus for eksempel som ledd i sykehusets risikostyring

Faste revisjonstema	Prioriterte områder/tema 2020: Covid-19
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	
Personvern og informasjonssikkerhet	
Pasientsikkerhet Innsatsområder	Sepsis
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	

Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

7.1 Meldekultur

Det skal være trygt å si fra om uønskede hendelser slik at vi lærer av feil og hindrer at de skjer igjen.

En god meldekultur forutsetter tydelige ledere og bevisste medarbeidere som er åpne, støtter hverandre og systematisk prioriterer kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og HMS.

Uønskede hendelser og avvik skal registreres og behandles i avvikssystemet TQM.

Dersom det har skjedd en pasientskade, skal pasient og pårørende informeres om hva som har skjedd og hvilke forbedringstiltak som skal iverksettes. Det skal også gis informasjon om Norsk Pasientskadeerstatning, NPE.

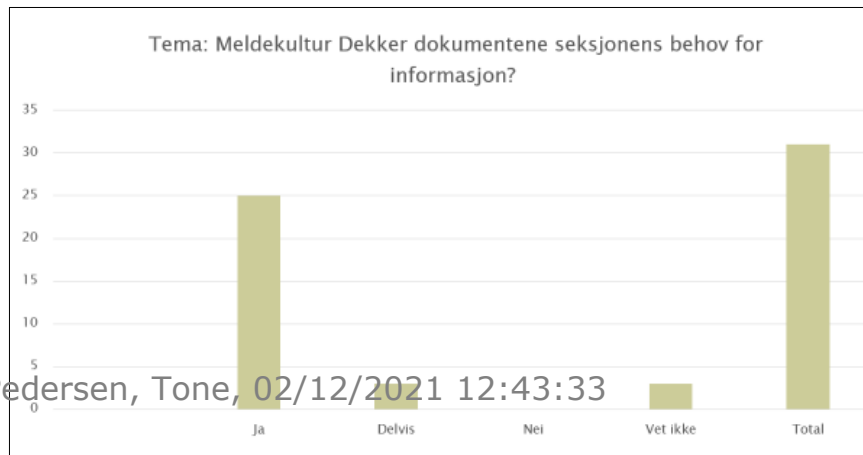
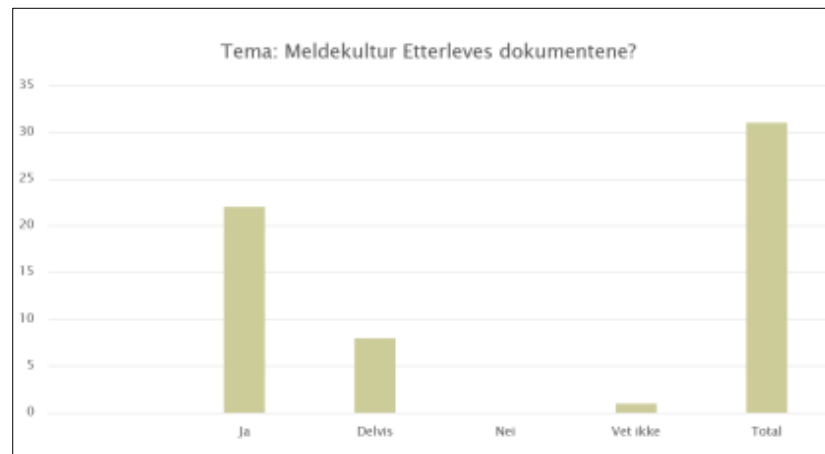
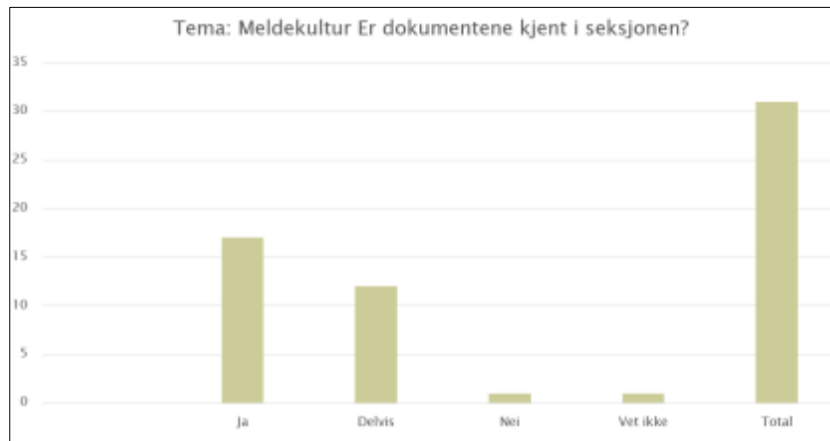
Etter alvorlige hendelser skal også involvert personell bli godt ivaretatt.

Sykehuset er sertifisert etter miljøstandarden 14001. Spesielt om ytre miljø: Uønskede hendelser som har konsekvenser for ytre miljø, skal registreres og følges opp i avvikssystemet som ledd i det systematiske forbedringsarbeidet.

HELIKS:

- - [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](#)

Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33



Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

Kommentarer og forbedringsforslag

Tema: Meldekultur

Har en veldig god meldekultur på avdelingen og oppfordrer alle til å skrive avvik. Ikke sikkert dokumentene er kjent for alle, men skal informere alle ansatte om heliksprosedyrene nå i ettertid.

Også andre relevante dokumenter; Vold og trusler, sosiale medier etc. Seksjon vil ha en gjennomgang av relevante dokumenter. Avdelingens risikovurdering vil oppdateres.

Bør vurdere retningslinjer for håndtering av trusler/kommentarer mot ansatte i sosiale medier etc.

Dokumentene bør forenkles

Pasientrelaterte skader o.l kommer mer enn sjelden inn under vårt daglige arbeid og ansvarsområder. HMS og TQM brukes nesten daglig til sikker jobb analyse, mulig skader, avvik/forbedringer

Alle svar er i forhold til om relevans

Vanskelig å finne frem til rett dokument i Heliks.

De ansatte etterspør svar når vi skriver avvik på andre enn vår avdeling

Har hatt fokus på og undervisning om avvik høst 2020 , alle kjenner til avvik, men ikke ID 8314 annet enn de som har borti dette. På ..får opplæring på sine seksjoner (ekstravakter) Tillitsvalgte opplever at det generelt er underrapportering av avvik pga tidspress og vanskelig system.

Variierende kjennskap ettersom hvilke stilling og funksjon man har i seksjonen.

Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

7.2 HMS, smittevern og Covid-19

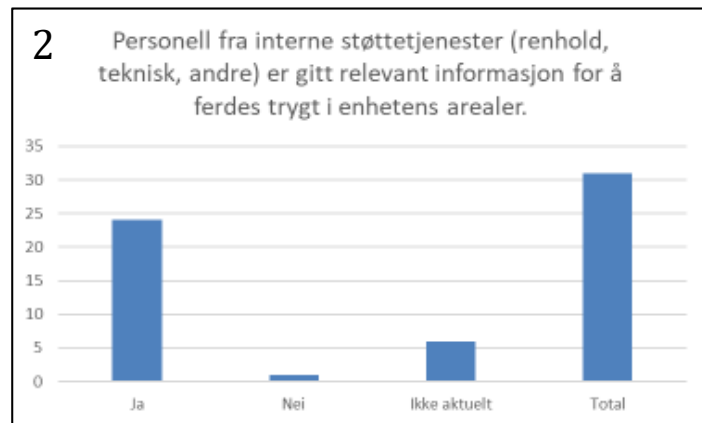
[Se HELIKS ID 13860 Covid-19 Sjekkliste HMS - sikker drift](#)

Sjekklista skal bidra til:

- at ansatte samt interne og eksterne samarbeidspartnere har et trygt og forsvarlig arbeidsmiljø
- at risikofaktorer kartlegges og dokumenteres og nødvendige tiltak blir iverksatt for å hindre smittespredning
- at handlingsplan for risikoreducerende tiltak dokumenteres
- Leder har ansvar for å kartlegge smitterisiko, vurdere risikoforhold og iverksette tiltak for å redusere risiko innen eget ansvarsområde (AML §3-1).
- Verneombud skal så langt det er mulig delta, og ansatte og tillitsvalgte skal involveres i arbeidet i henhold til sine ansvarsområder.

Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

Covid-19 sjekkliste

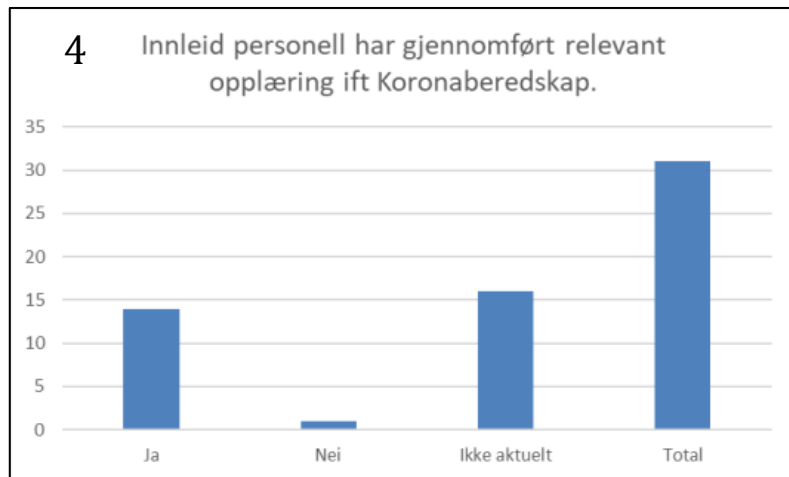


Covid-19 sjekkliste (forts.)

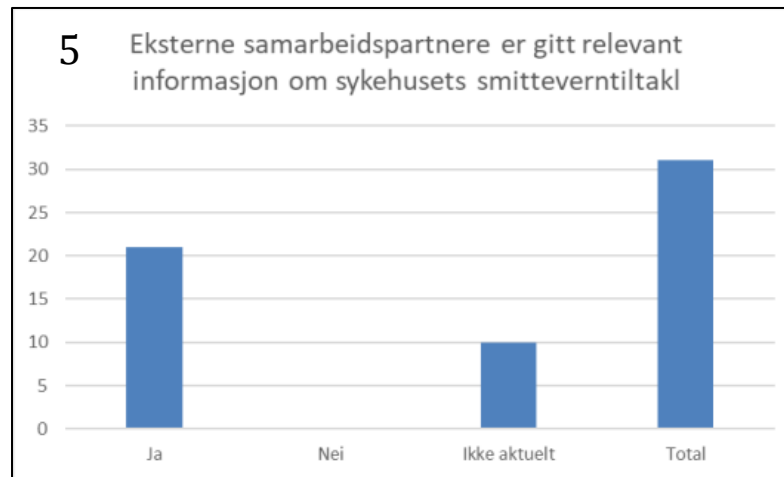


Enhetens ansatte er oppdatert på smittevern i henhold til opplæringspakken «Opplæring smittevern korona» i Læringsportalen og vet at de også kan logge seg på læringsportalen hjemmefra. Se informasjon på intranettet: «Smittevern – opplæring og prosedyrer».

Covid-19 sjekkliste (forts.)



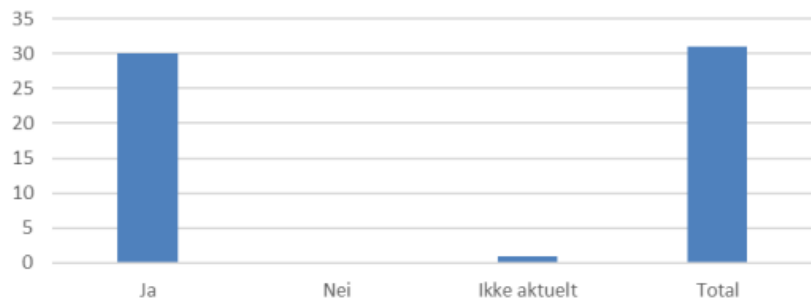
Innleid personell har gjennomført relevant opplæring ift Koronaberedskap. Se spesielt informasjon om opplæringspakken «Opplæring for midlertidig innleid personell i forbindelse med koronautbruddet» som er tilgjengelig i Læringsportalen. Se informasjon på intranettet «Smittevern-opplæring og prosedyrer».



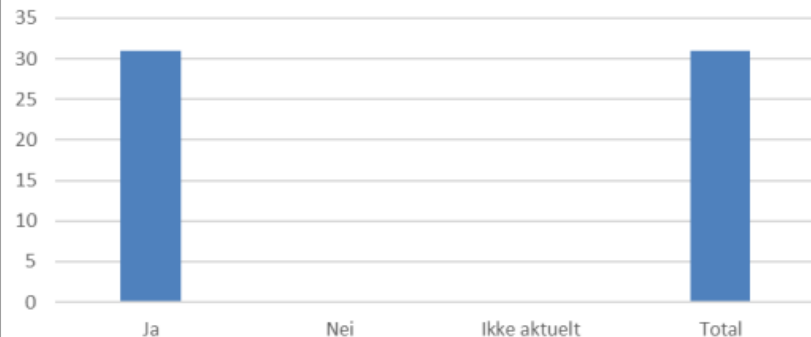
Eksterne samarbeidspartnere er gitt relevant informasjon om sykehusets smitteverntiltak og om at aktuell informasjon og opplæring «Smittevernopplæring og korona», er tilgjengelig på sykehusets internettside «Viktig informasjon om korona, Informasjon til fastleger og samarbeidspartnere».

Covid-19 sjekkliste (forts.)

6 Enhetens ansatte er gitt informasjon om hvordan gå fram ved mistanke om at de er smittet og har behov for å teste seg. Se intranettsiden: «Bør du teste deg?»



7 Enhetens ansatte har tilgang til håndvask med såpe eller spritbaserte hånddesinfeksjonsmidler for forsvarlig håndhygiene.



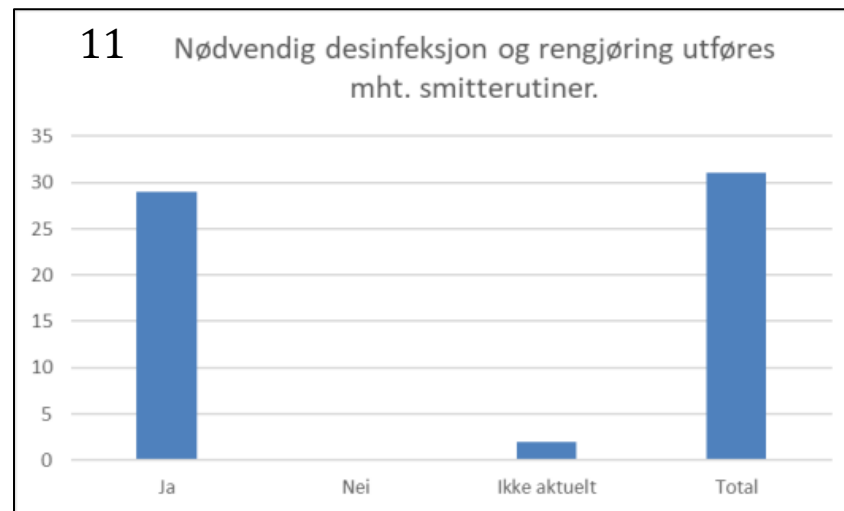
Covid-19 sjekkliste (forts.)



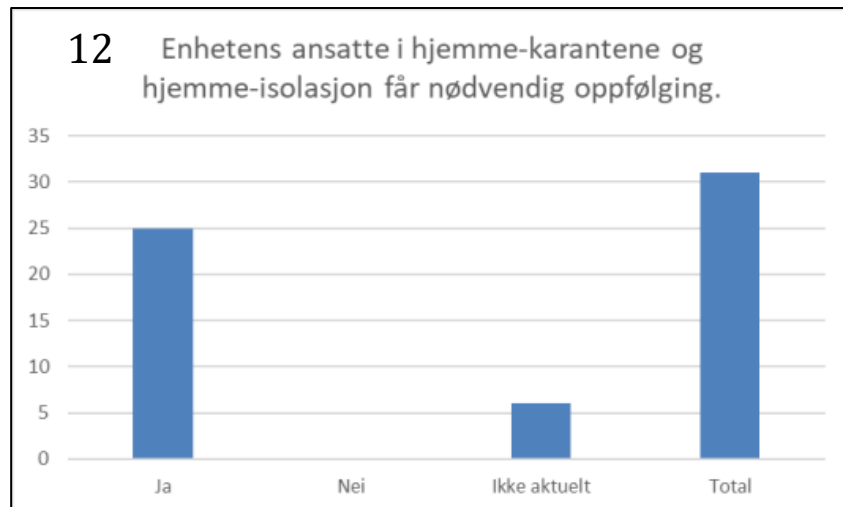
Det er tilrettelagt for at enhetens ansatte som har mulighet, kan jobbe med nødvendig avstand til kolleger/pasienter/annet personell, se også informasjon på intranettet: Møter på sykehuset og Maks grense på møterom.

Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

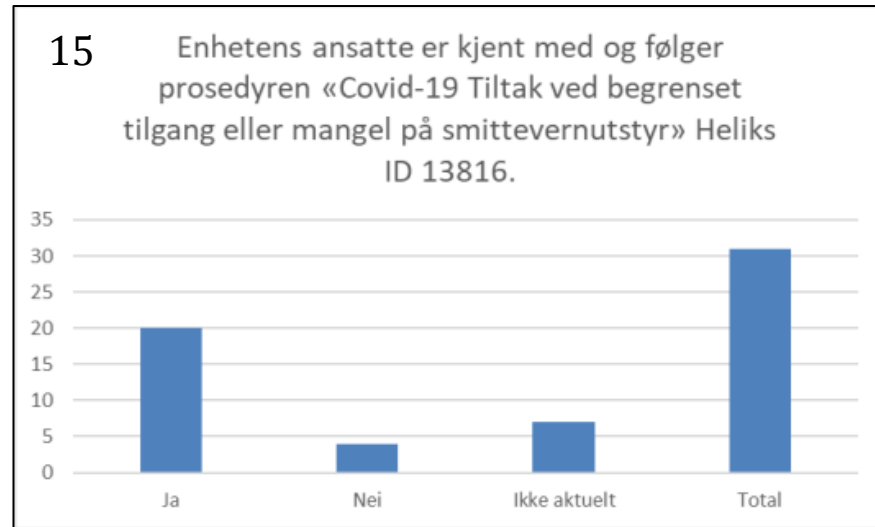
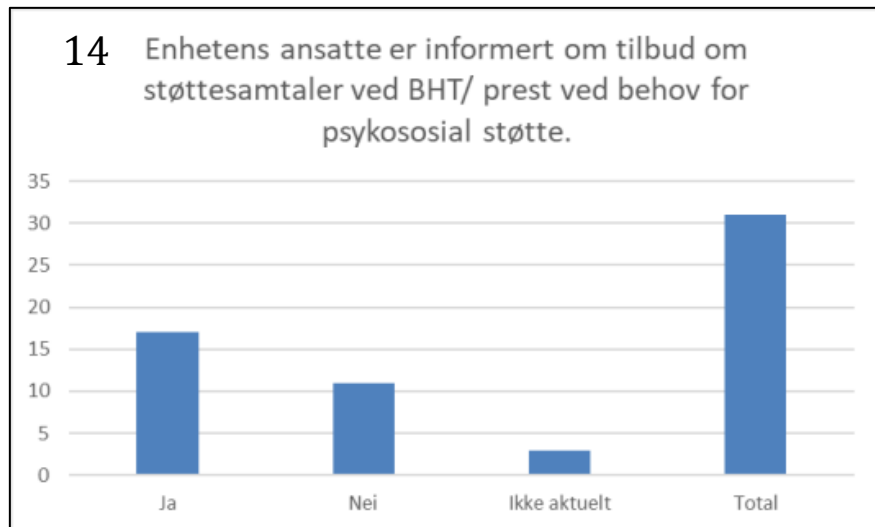
Covid-19 sjekkliste (forts.)



Covid-19 sjekkliste (forts.)



Covid-19 sjekkliste (forts.)



Kommentarer og forbedringsforslag

Tema: HMS, smittevern og Covid-19 – sjekklister

Pkt 15. løftes opp på nytt i avdelingen (Informasjon tilbud om støttesamtaler)

Begrenset antall personer i kontorlandskap, tilgjengelig desinfeksjonsmidler for utstyr og hender, avstand mellom ansatte og reduksjon av antall ansatte i møterom

Ad 9: Er mulighet for å spre seg, men blir ofte sittende tett på vaktrom for å gjøre pas. adm. arbeid. (Jobbe med nødvendig avstand)

Vi har fagkvelder med tema smittevern og riktig av/påkledning av smittevernutstyr og gjennomgang av seksjonens rutiner ved traumer, sectio og operasjoner med smitte

I og med at vi er en akutt post kan det være utfordrende med tanke på avstand (pk 9), men vi har da smittevernutstyr tilgjengelig i seksjonen

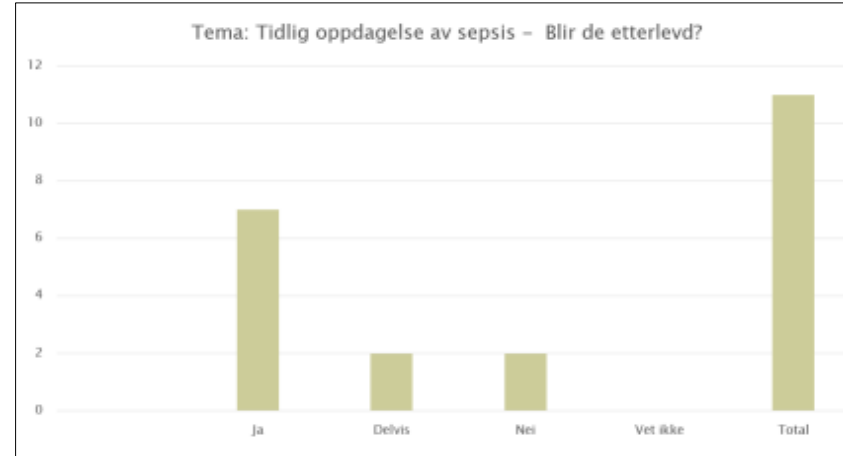
7.3 Tidlig oppdagelse av sepsis

Tidlig oppdagelse av sepsis er et innsatsområde innen pasientsikkerhet.

[HELIKS ID 12086 Sepsis:](#)

- gjelder for alle pasienter > 16 år i akuttmottak og sengepost med mistenkt sepsis
- beskriver krav og tiltak som skal sikre rask identifikasjon og behandling av pasienter med mistenkt sepsis.
- **Avdelingsleder/seksjonsleder** har ansvar for implementering til aktuelle faggrupper.
- **Lege** har ansvar for å kjenne til definisjonen av sepsis og iverksette tiltak i henhold til retningslinje ved mistanke eller erkjent sepsis.
- **Sykepleier/helsefagarbeider** på sengepost har ansvar for å utføre qSOFA-skår ved forverring av NEWS-skår på pasienter som har infeksjon, og å kontakte ansvarlig lege ved qSOFA skår = 2, eller etter gitte kriterier for NEWS-skår.

Confidential | Pedersen, Tone, 02/11/2024 12:45:33



Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

Kommentarer og forbedringsforslag

Tema: Tidlig oppdagelse av sepsis

Dette er ikke relevant for vår gruppe. Ikke relevant burde vært et svar alternativ

bruker ikke NEWS....

Uaktuelt for seksjonen

For vår del er det viktig å få tatt blodkultur raskt slik at behandling kan starte.

Barneavdelingen bruker pews. Hatt nylig gjennomgang og revisjon av prosedyre

VI bruker

ikke aktuelt for vår seksjon

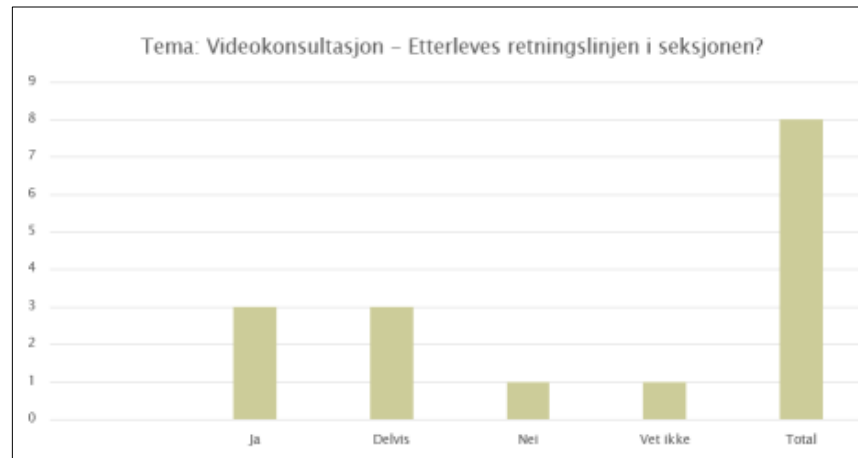
Gjelder voksne pas

Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

7.4 Videokonsultasjon (personopplysningsikkerhet)

- I forbindelse med Covid-19 ble det behov for å fremskynde innføring av videokonsultasjon ved sykehuset, for at nødvendige pasientkonsultasjoner skulle kunne gjennomføres uten fysisk oppmøte. Bruk av videokonsultasjon er et viktig verktøy for å yte helsehjelp under pandemien da fysiske møter skal begrenses. Videokonsultasjon er også ellers et godt hjelpemiddel for å yte helsehjelp på en effektiv måte der det er egnet. Helsehjelpen skal dokumenteres i journal i tråd med vanlig praksis.
- For at pasientens personvern skal ivaretas ved helsehjelp via videokonsultasjon, er det viktig å fremheve at det er frivillig for pasienten å bruke videokonsultasjon. Pasienten skal informeres om at det er frivillig og at samtykke til å delta når som helst kan trekkes tilbake. Dersom behandler ikke kjenner pasienten skal pasienten identifisere seg før konsultasjonen starter.
- [Se HELIKS ID 13978 Gjennomføring av videokonsultasjon](#)

Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33



Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

Kommentarer og forbedringsforslag

Tema: Videokonsultasjon

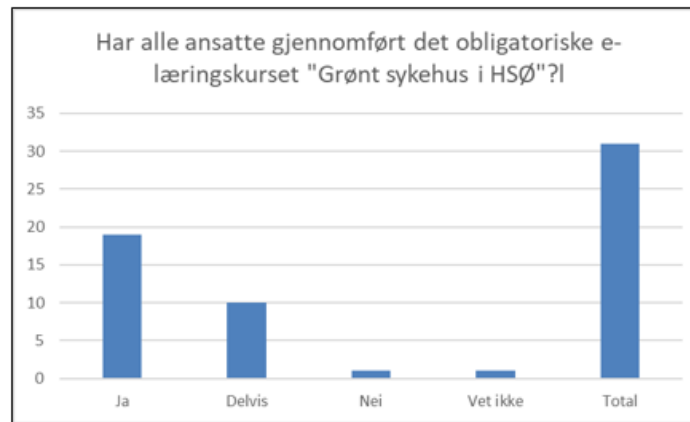
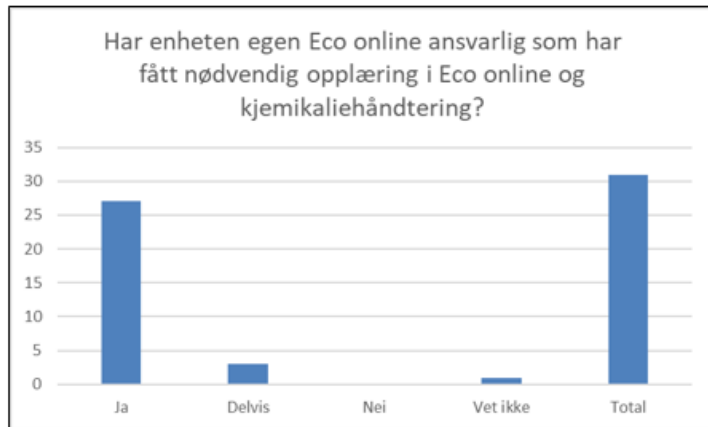
Videokonsultasjon er ikke mye brukt blant pleiepersonell i seksjonen.

Retningslinjen dekker det meste av seksjonens behov, men på grunn av eksterne ultralydkontroller for pasientene våre, blir disse retningslinjene litt for generelle for vår avdeling.

pt ikke aktuelt da videokons foreløpig ikke er startet opp. Rutiner skal gjennomgås hvis det blir aktuelt

7.5 Organisering og opplæring Ytre miljø-arbeid

- Krav til organisering og opplæring Ytre miljø-arbeid, se:
- [HELIKS ID 7202 Kjemikaliehåndtering og stoffkartotek \(Eco online\)](#)
- [HELIKS ID 7208 Avfallshåndtering](#)
- Læringsportalen: e-læringskurset *Grønt sykehus i HSØ* (obligatorisk for alle ansatte)



Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

Kommentarer og forbedringsforslag

Tema: Organisering og opplæring Ytre miljø-arbeid

Oppfølging på om at alle har gjennomført e-læringskurset "grønt sykehus i HSØ"

Vår avdeling har ikke håndteringen av Covid 19 smitteavfall

Lager liste over anbefalte e-læringskurs

Prosedyre er kjent, men noe uklart i forhold til håndtering i avd
fokus på xxx, xxx ikke egen fysisk avdeling

7.6 Brannvernopplæring

[HELIKS ID 10133 Brannvernopplæring](#) skal sikre at alle ansatte får nødvendig brannvernopplæring. Brannvernopplæringen består av seks opplæringspakker.

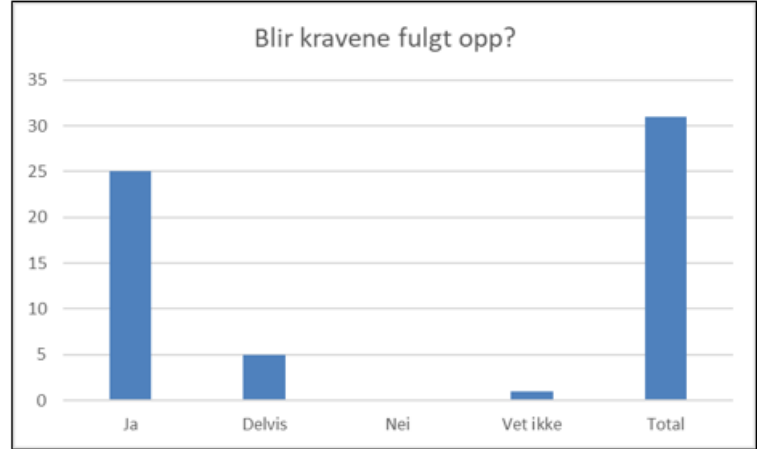
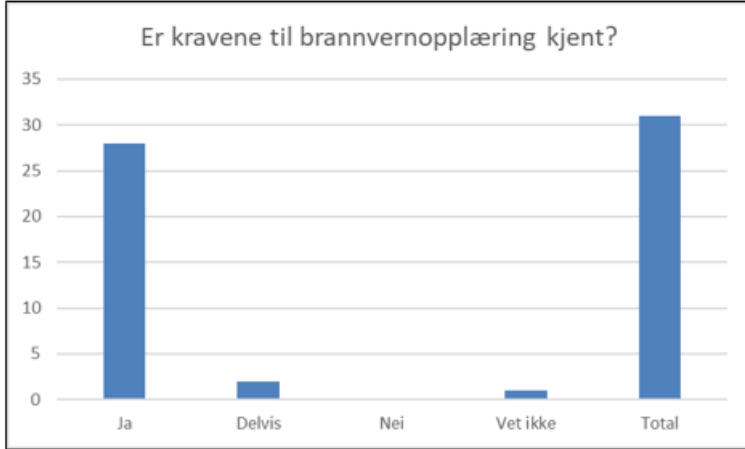
Nyansatte skal ha gjennomført opplæringspakke nr. 1. Brannvern i egen avdeling, før de settes i arbeid. Dette må gis spesiell oppmerksomhet i forbindelse med Covid-19 pandemien, med mange nyansatte og fast ansatte som får nytt midlertidig arbeidssted.

Brannvern i egen avdeling er innrettet mot den enkeltes fysiske arbeidssted, og de interne forholdene man finner der. Opplæringspakken ledes av en person med nødvendig kunnskap om brannvern, for eksempel seksjonsleder, enhetsleder eller eventuelt brannansvarlig med delegert ansvar. Følgende skal gjennomgås:

- Vise hvor nærmeste brannalarmsentral, brannmannstablå eller vaktromsdisplay er plassert. Forklare hva informasjonen i displayet betyr, slik at de ansatte raskest mulig kan iverksette tiltak når brannsted er lokalisert.
- Gjøre de ansatte klar over at vi har et automatisk varslingsystem.
- Gjøre de ansatte kjent med i hvilket bygg og i hvilken etasje de har sin tilhørighet.

7.6 Brannvernopplæring (forts)

- Alle ansatte skal også ha en oversikt over hvilke romnummer som inngår i avdelingens areal, og hvor på avdelingen man finner de ulike rommene.
- Vise hvor på avdelingen man finner slukkeutstyr. Forklare hvordan man bruker utstyret, og hva slags type branner slukkeutstyret er velegnet for.
- Vise hvor på avdelingen man finner de manuelle melderne, og forklare i hvilken sammenheng de skal brukes.
- Forklare hva som definerer en rømningsvei, og vise hvilke alternativer man har for å komme seg i sikkerhet.
- Forklare innholdet i avdelingens interne branninstruks, og vise hvor instruksjonen finnes.



Confidential, Ped rersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

Kommentarer og forbedringsforslag

Tema: Brannvernopplæring

To nyansatte venter på 1.pakke brannvern. Utsatt fra mars pga covid 19. Venter på tilbakemelding fra brannvernansvarlig STHF

Grunnet Corona har ikke brannvernleder holdt kurs

Mer av praktiske brannøvelser, gratis iverksatt av brannansvarlig på sykehuset.

Seksjonene har laget årshjul for flere år frem i tid

Oversikt over romnummer er ikke oppdaterte.

Komm. fra tillitsvalgte: sykepleierne burde sikres kontinuerlig kompetanseløft og vedlikehold og en overordnet plan for dette ikke bare ved brann.

7.7 Medisinrom/lager

Den enkelte seksjon skal sikre forsvarlige bestilling, mottak, lagerhold og retur av legemidler.

Medisinromansvarlig: Det skal være en egen person med ansvar for medisinrommet.

Tilgang: Medisinrommet skal alltid være låst.

Leder skal ha skriftlig dokumentasjon på utdelte adgangskort/nøkler

Hvis seksjonen har akuttskrin/-tralle skal den være plombert med strips eller liknende.

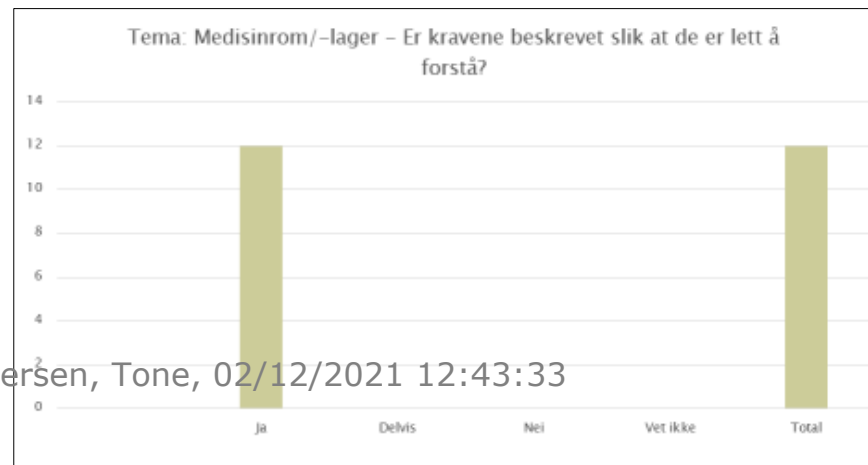
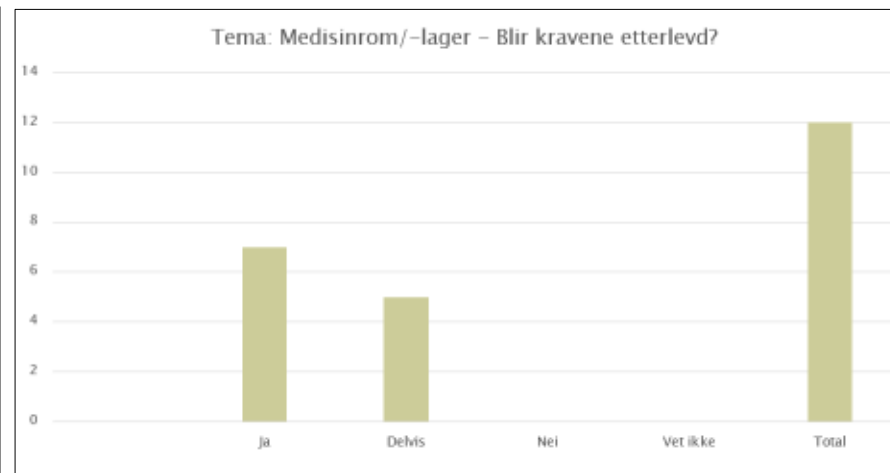
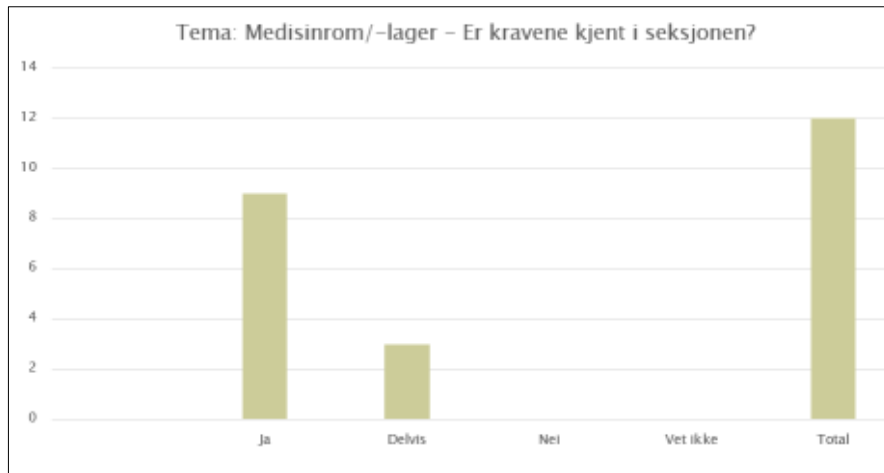
Orden: Medisinrommet skal holdes ryddig.

Renhold: Det skal være rutiner for renhold av arbeidsbenk, skap, hyller og avtrekk. Renholdet skal dokumenteres.

Temperaturkontroll: Det skal være termometer i medisinrommet og i medisinkjøleskapet.

Seksjonen skal ha sjekklister for avlesning og logging av temperaturkontroll. Ved uregelmessigheter skal det være regler for når teknisk avdeling skal kontaktes.

Alle krav og tiltak er beskrevet i [HELIKS ID 7764 Legemidler- adgangskontroll, bestilling, mottak, oppbevaring og retur](#)



Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

Kommentarer og forbedringsforslag (utdrag)

Tema: Medisinrom/-lager

Gå opp rutine våre på nytt med tanke på dokumentasjon av renhold og temp registrering.
Kjøleskapet alarmerer ved for høy temp.

Her mangler vi dokumentasjonssystem for renhold av arbeidsbenk, skap , hyller og avtrekk. Dette skal vi få på plass

7.8 A- og B-preparater, lagerhold og kontroll

Håndtering av A- og B preparater er et risikoområde som krever sikkerhetsrutiner for å forebygge misbruk.

[HELIKS ID 7796 A- og B-preparater, lagerhold og kontroll beskriver minstekrav til sikkerhet.](#)

Ved særskilt risiko, skal ytterligere sikkerhetstiltak iverksettes.

A-preparater (og B-preparater hvis det føres regnskap) skal oppbevares adskilt fra avdelingens øvrige legemidler.

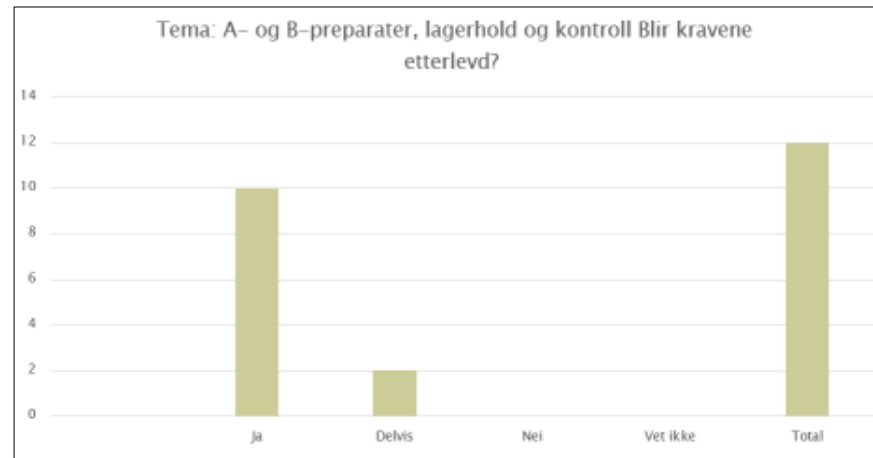
7.8 A- og B-preparater, lagerhold og kontroll (forts.)

Det skal gjøres dobbeltkontroll av A-preparater (og B-preparater hvis det føres eget regnskap):

- Ved mottak
- Ved uttak
- Når legemiddelet er gitt/istandgjort til den enkelte pasient?
- Kassasjon/svinn (Gjelder også kassasjon av deler av ampuller, der hele ampullen ikke er administrert til pasienten.)
- Lån til annen avdeling

Månedstatistikken fra Sykehusapotekene skal kontrolleres opp mot regnskapet.

B-preparater (hvis det ikke føres regnskap): Leder skal bruke statistikken fra Sykehusapotekene til å vurdere om forholdet mellom forbruk og antall pasienter ser fornuftig ut.



Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

Kommentarer og forbedringsforslag

Tema: A- og B-preparater, lagerhold og kontroll

Ingen tilbakemeldinger

7.9 Uthenting av blodprodukter fra blodbanken

Krav til opplæring: For å kunne hente ut blodprodukter fra blodbanken, må ansatte ha gjennomført opplæring. Opplæringen skal dokumenteres. .

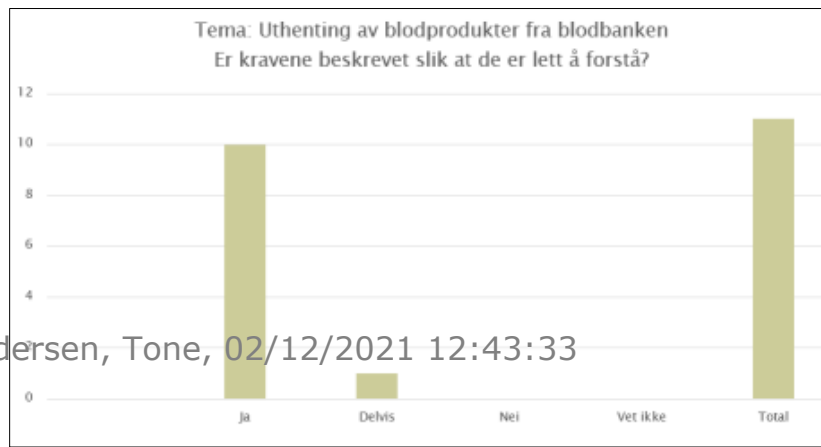
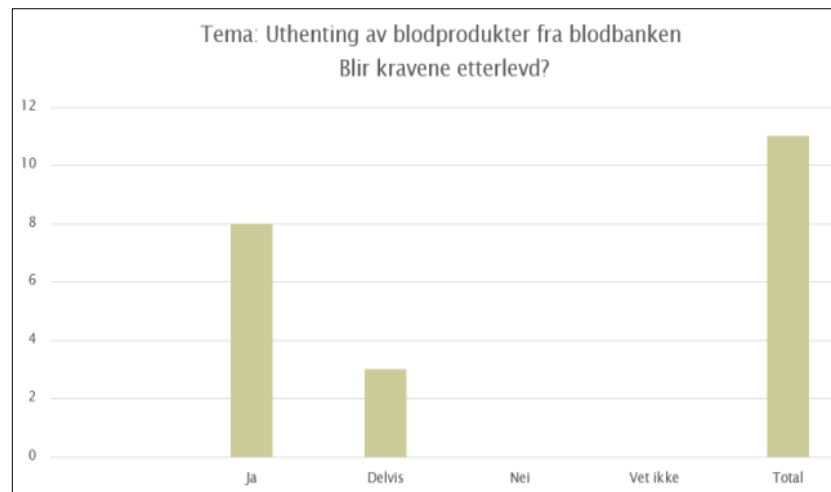
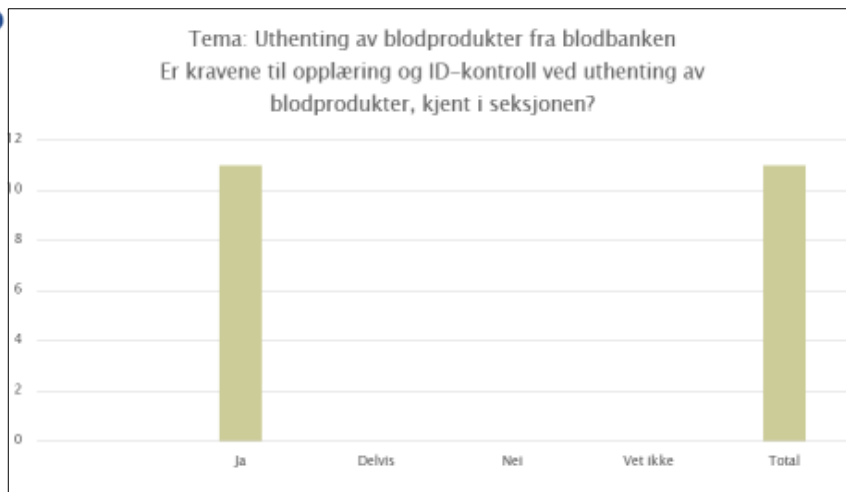
Krav til ID-kontroll: Pasientens fulle navn og personnummer må medbringes fra avdeling for ID-kontroll ved uthenting av blod.

Feil ved uthenting av blod utgjør en alvorlig pasientsikkerhetsrisiko.

Krav til uthenting av blodprodukter er beskrevet i følgende prosedyrer:

- [HELIKS ID 12181 Transfusjon av blod og blodprodukter](#)
- [HELIKS ID 17017 LabCraft - registrering av SAG og trombocyttkonsentrat](#)

Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33



Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

Kommentarer og forbedringsforslag

Tema: Uthenting av blodprodukter fra blodbanken

Vi har fått en del avvik på henting av blod. Noen av disse har vært feil fra blodbanken. Vi har nå grundig opplæring med alle vikarer. Leder har de med seg på opplæring og gjennomgang før de begynner å gå alene. De registrerer også dobbelt, bok og skanning.

Ser at kunnskapen varierer i avdelingen som henter blod

Krav blir etterlevd fra lab(blodbankens side, men det er noen avvikende hendelser de som henter blod. (xxx/andre)
Disse registreres i TQM.

Fare for at opplæring av vikarer kan glippe da det ikke alltid er transfusjoner under opplæringsvaktene. Er allikevel kjent med at det er strenge kontroller rundt dette.

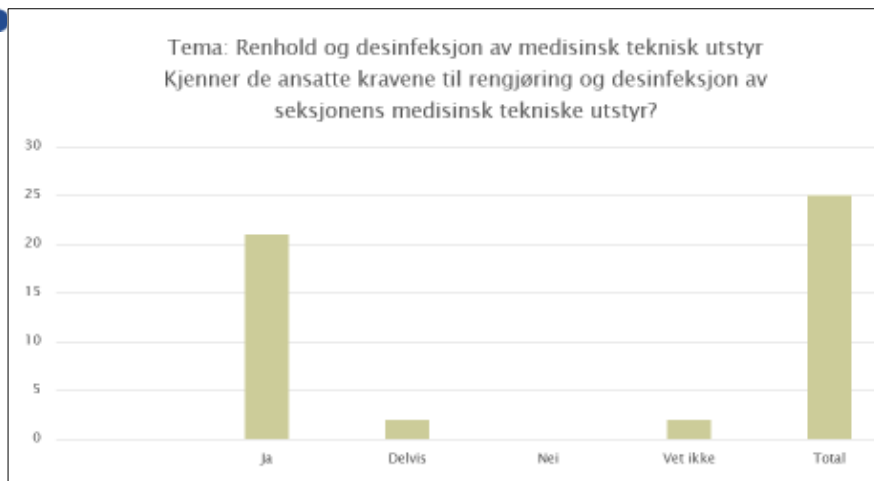
Etter det nye elektroniske systemet, har det ved noen anledninger blitt glemt ev de har prøvd å scannet men at det ikke har gått gjennom

Opplever at det av og til er utfordrende å fylle ut skjemaene riktig når vi bruker kriseblod. Det er ofte stressede situasjoner og den enkelte er ikke så ofte i denne situasjonen hvor vi må gi kriseblod.

Burde vært mulig å registrere i Gat enklere for oss, slik at vi slapp å sette inn på alle seksjoner, Tillitsvalgte er bekymret for dobbeltsignering. Spesielt på nattevakt eller travle vakter. Dette gjelder legemidler generelt.

7.10 Renhold og desinfeksjon av medisinsk teknisk utstyr

- 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.
- Kravene til opplæring er beskrevet i [HELIKS ID 11550 Opplæring og re-opplæring av medisinskteknisk utstyr \(MTU\)](#)
- Covid-19 pandemien har ført til økt fokus på smittevern, herunder renhold og desinfeksjon av medisinsk teknisk utstyr.



Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

Kommentarer og forbedringsforslag

Tema: Renhold og desinfeksjon av medisinsk teknisk utstyr

MTU ute i sykehuset rengjøres og desinfiseres av klinikkene. Vi har eget renholdspersonale som ivaretar rengjøring og desinfeksjon.

Vi har ingen medisintekniske maskiner eller utstyr. Vi har utstyr som kan desinfisere vårt verktøy og tekniskutstyr

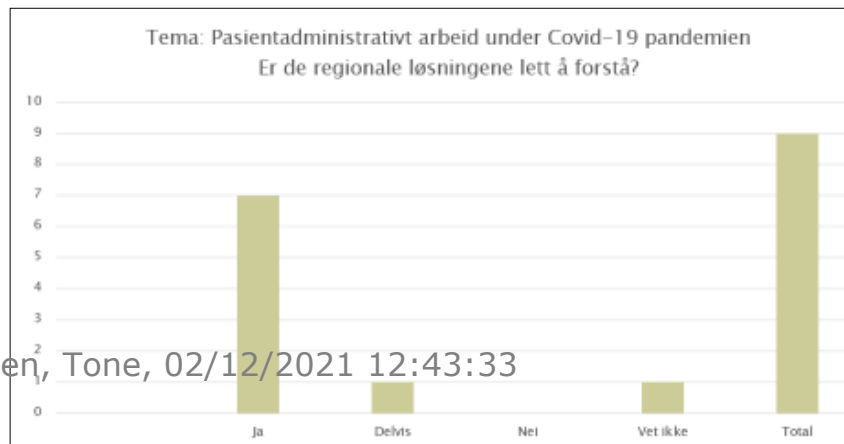
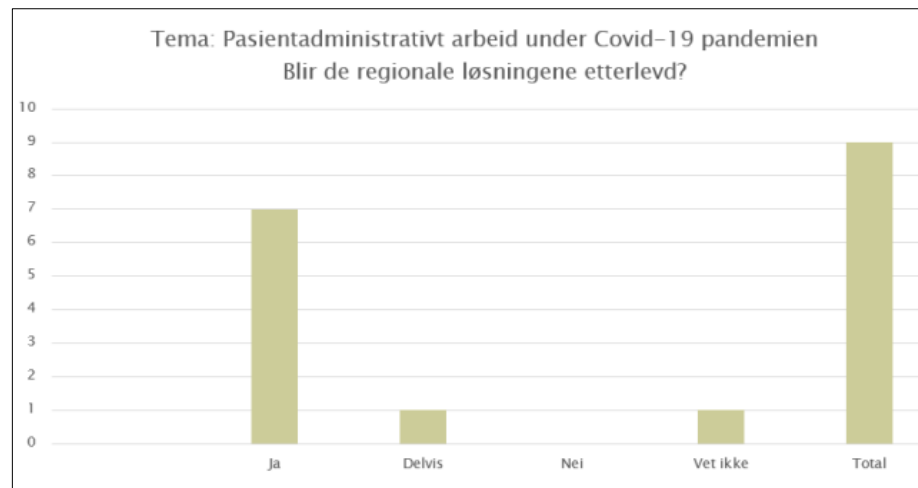
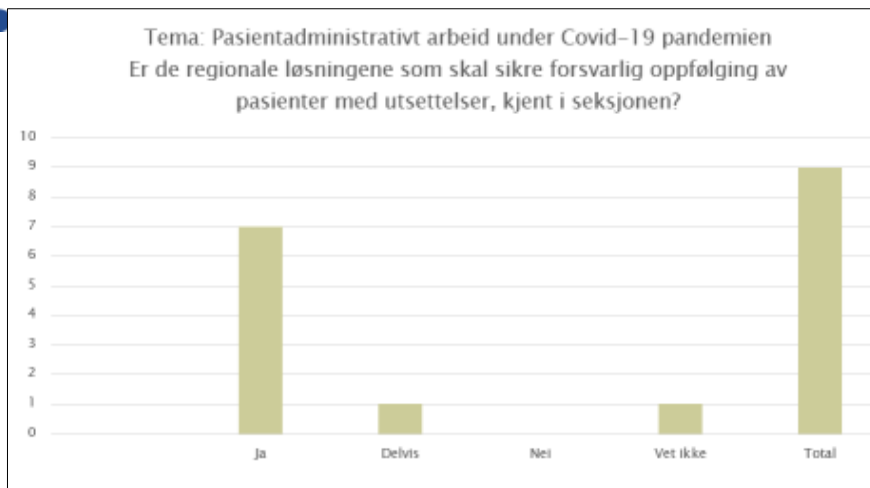
Sikre at det alltid fylles på med rett rengjørings type (klut etc) slik at det blir brukt.

Seksjonen har nylig fått nye anesthesiapparater. Bytte av innmaten er utfordrende og vi har pågående opplæring.

Forholdsvis liten bruk av med.teknisk utstyr så dette har vi ikke drillet godt nok på.

7.11 Pasientadministrativt arbeid under Covid-19 pandemien

- Seksjonen skal sikre forsvarlig oppfølging av pasientene som fikk utsettelse i perioden med redusert aktivitet som følge av Covid-19 pandemien
- Det er utarbeidet en regional veileder som beskriver hvordan disse pasientene skal registreres, og hvordan de kan finnes fram til i etterkant. Veilederen er tilgjengelig på Intranett: <https://sthf.fisp.no/DIPS/Sider/default.aspx>
- Det er sendt ut informasjon om veilederen til alle DIPS-superbrukere.
- Veilederen gir også informasjon om hvilke rapporter som skal benyttes for å «finne igjen» pasientene som er utsatt.
- Praktisk gjennomføring av registreringer rent «trykkemessig», er helt ordinær registrering som er beskrevet i brukerveilederne i HELIKS.



Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

Kommentarer og forbedringsforslag

Tema: Pasientadministrativt arbeid under Covid-19 pandemien

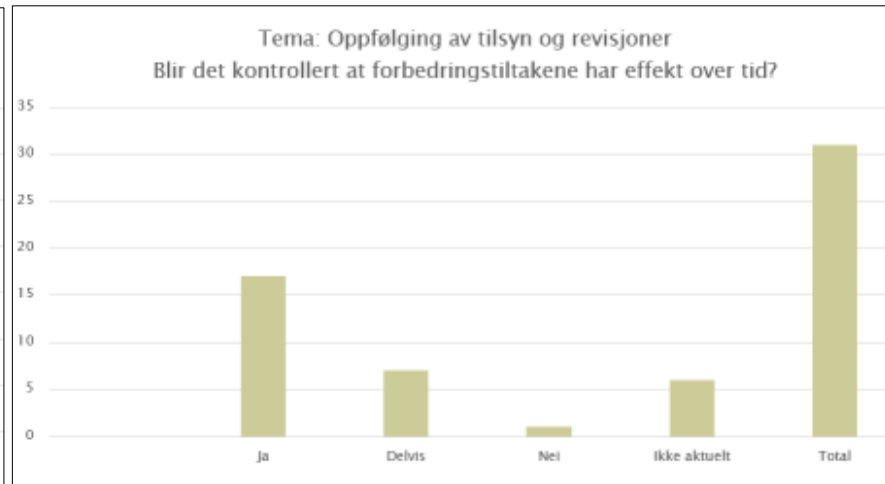
Savner en plan som var på plass i det sykehuset gikk i beredskap. Veien ble til mens man gikk.

Arbeidet er organisert under poliklinikk,

De regionale retningslinjene dekker ikke helt vårt behandlingstilbud. Men avdelingen gjennomførte sine egne rutiner for praktisk gjennomføring av dette, med de regionale retningslinjene til grunn.

7.12 Oppfølging av tilsyn og revisjoner

- I tillegg til internrevisjoner i egen regi, gjennomføres hvert år en rekke tilsyn og revisjoner ved Sykehuset Telemark, blant annet fra Fylkesmannen i Vestfold og Telemark, Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB), Arbeidstilsynet og Datatilsynet. Kiwa Teknologisk institutt AS er ny nasjonal revisjonspartner for ulike ISO-sertifiseringer som miljø og kvalitet.
- Funn fra revisjonene skal følges opp med målrettede forbedringstiltak og det skal sikres at tiltakene har planlagt effekt over tid. Dette forbedringsarbeidet har læringsverdi på tvers i sykehuset.
- [Se HELIKS ID 12928 Eksterne tilsyn og revisjoner](#)



Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

Kommentarer og forbedringsforslag

Tema: Oppfølging av tilsyn og revisjoner

Har hatt tilsyn med avvik som i ettertid er jobbet med og prosedyre er endret. Dette har ført til bevisstgjøring blant ansatte og forbedret prosedyre er på plass. Skriver delvis på punkt to fordi jeg synes vi må ha litt mer tid på å se om det har effekt.

Det var apotekrevisjon januar 2018 hvor det ble påpekt avvik som skulle følges opp.sykemeldt over en lang periode og det ble ikke gjennomført lukking av disse. Underveis er det gjort tiltak for å rette opp disse avvikene.

Vi har meldt inn til produktrådet at sengeplasten bør være transparent istedenfor blå. Dette har ikke blitt gjort noe med.

Vi har ikke hatt avvik på DSB revisjoner. Vi har en anmerkning som det arbeides med som gjelder hele avdelingen både MTU og BHM felles. Dette arbeid har vært utsatt pga Covid-19, men er under god fremdrift nå.

Revisjon Datatilsynet 2018, Riksrevisjonen 2019, deltakelse i forbindelse med lab akkreditering, høsten 2020, samt

Helsetilsynets kartlegging av IKT-beredskap høsten 2020

Mange revisjonsavvik er ikke dokumentert lukket i TQM

Svarer Delvis på spm. 1 grunnet vet ikke.

To av disse spørsmålene er vanskelig å svare på da nåværende leder er relativt ny, og det ikke finnes dokumentasjon tilgjengelig for ny leder. Men i hht ansatt ansvarsvakt er det gjennomført tiltak blant annet på medisinrom (temp.måler bl.a)

Veritas og KIWA har hatt tilsyn hos oss og vi har fått gode tilbakemeldinger og ingen anmerkninger.

Tillitsvalgte kommentar: ikke vært med på oppfølging av tidligere tilsyn og revisjoner, leder komm: har ikke vært noen i ..

Har ikke tilgang til tidligere revisjoner

Har gjort forbedringer i forhold til medisinrom, er ellers litt usikker på dette temaet. har fulgt opp med oppfølgingsmøter i etterkant av tidligere revisjoner slik prosedyren krever.

Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

7.13 Oppfølging av tilsyn med utlokaliserte pasienter

Etter tilsyn med spesialisthelsetjenester til utlokaliserte pasienter ("sattelittpasienter") i 2019, konkluderte Fylkesmannen med følgende avvik:

Sykehuset Telemark har identifisert utlokalisering som et risikoområde og iverksatt risikoreduserende tiltak. Det er imidlertid mangler ved ledelsens kontroll og oppfølging av tiltak. Helseforetaket har verktøy for oversikt over utlokaliserte pasienter i sanntid. Det varierer om ansatte er kjent med de muligheter og begrensninger som ligger i dette systemet, noe som medfører risiko for mangel på oversikt over utlokaliserte pasienter. Det sikres ikke fagspesifikk kompetanse i oppfølgingen av utlokaliserte pasienter, noe som medfører risiko for at pasienter mottar tjenester om ikke er tilstrekkelig målrettet og individuelt tilpasset deres helseproblem. Helseforetaket sikrer ikke at pasienter får tilstrekkelig informasjon i forbindelse med utlokalisering. Dette er brudd på: spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2 og 3-11jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9 jf. § 5.

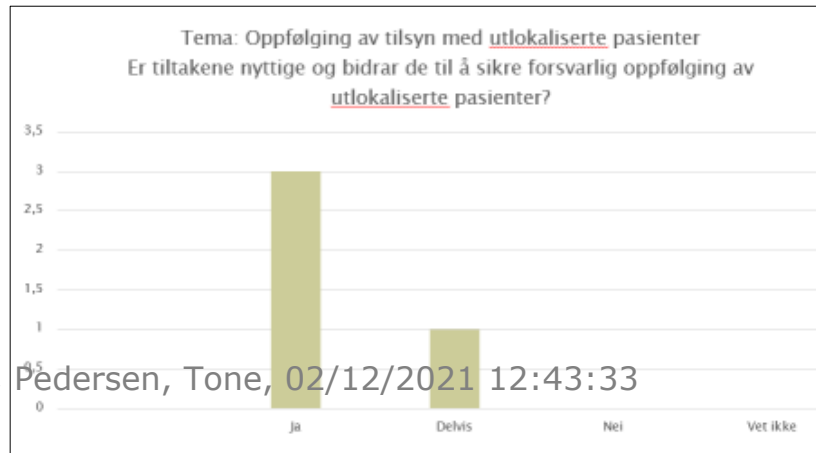
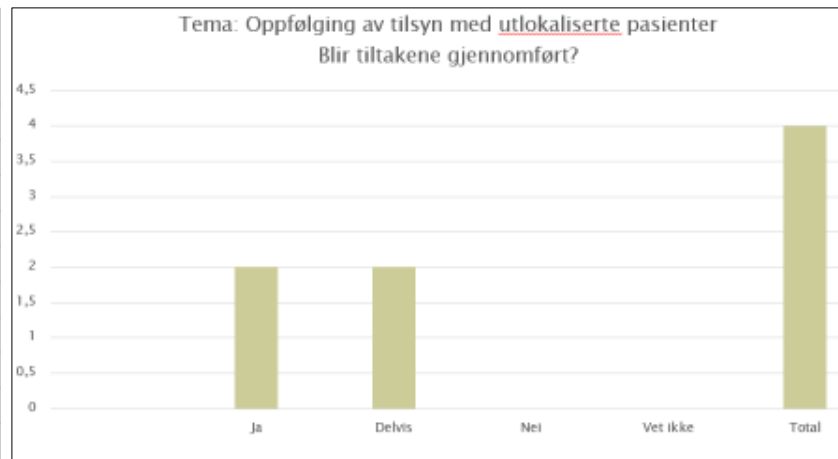
7.13 Oppfølging av tilsyn med utlokaliserte pasienter (forts)

Styrende dokumenter:

- [HELIKS ID 11852 Pasientflyt fra akuttmottak til somatiske sengeposter og mellom sengeposter](#)
- [HELIKS ID 11860 Oppfølging av satellittpasienter](#)
- [HELIKS ID 14064 Sjekkliste utlokaliserte pasienter](#)

Disse tre HELIKS-dokumentene beskriver tiltak som skal sikre forsvarlig oppfølging av utlokaliserte pasienter, blant annet:

- Sengeappen "Ledige senger" skal brukes til å fordele satellittpasienter ut fra fagområde
- Pasienter og pårørende skal informeres om overflyttingen
- Behandlingsplaner skal utarbeides systematisk for alle satellittpasienter
- Pasienter som er innlagt på annen sengepost skal følges opp med systematisk legevisitt
- Ved forverret tilstand skal behov og mulighet for tilbakemelding til moderpost fortløpende vurderes av lege.



Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

Kommentarer og forbedringsforslag

Tema: Oppfølging av tilsyn med utlokaliserte pasienter

Har veldig sjelden "egen pasienter" ute som satellitter hos andre. Er en del av grunnen til at det ikke er kjent. Informeres om det nå. Mottar en del satellitter der ikke alt følges opp fra moderpost.

Kunne vært pleietyngdemålinger på alle seksjoner ikke "ledige senger", viser bedre bilde av arbeidsmengde på seksjoner, mange satellittpasienter får ikke god nok oppfølging, sen legevisitt, ansatte på seksjonene vegrer seg mot å ta dem, ofte får ansatte på ... satellittpasienter fordi de er vant til å jobbe på tvers, ulik praksis på ulike seksjoner ute, legene vet ikke alltid hvilke satellittpasienter de skal gå visitt på, nedsatt kultur og negativ holdning til å jobbe på tvers, og bistå ved å ta satellittpasienter, flyttelister mangler

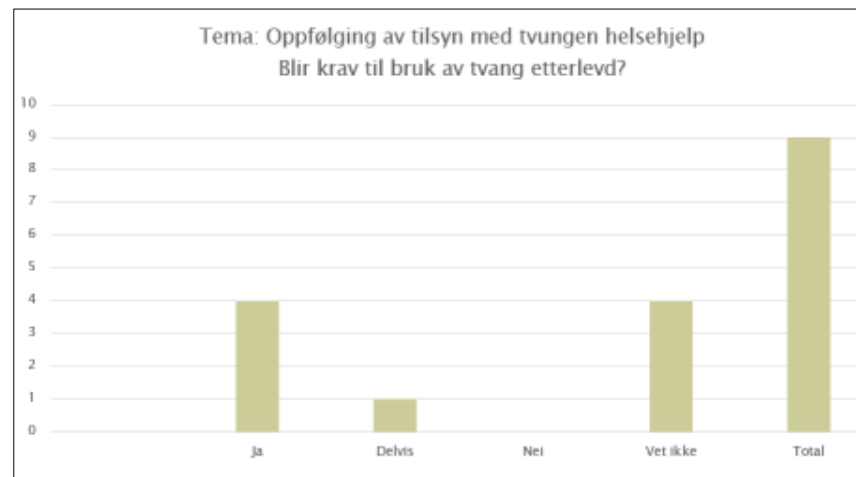
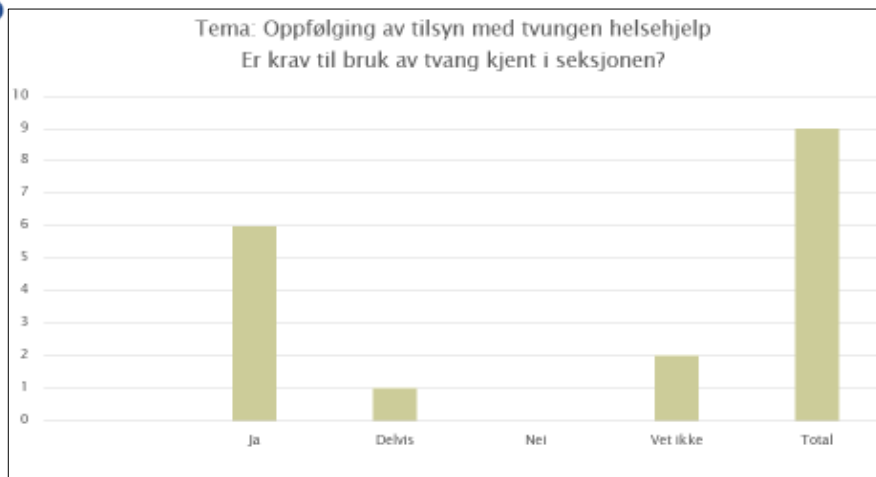
7.14 Oppfølging av tilsyn med tvungen helsehjelp

- I 2018 gav Fylkesmannen avvik på at Sykehuset Telemark HF ikke hadde system for å sikre at pasientenes samtykkekompetanse blir vurdert slik § 4 A i Pasient- og brukerrettighetsloven krever.
- [Heliks ID 12439 Helsehjelp til pasienter med manglende samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen](#) beskriver krav og tiltak som skal sikre at pasienter uten samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelp, får nødvendig somatisk helsehjelp.
- Helsehjelpen skal som hovedregel gis uten bruk av tvang, men ved hjelp av tillitsskapende tiltak. Dersom det blir nødvendig med tvang, skal det fattes vedtak om å yte den somatiske helsehjelpen med tvang etter denne prosedyren.

7.14 Oppfølging av tilsyn med tvungen helsehjelp (forts)

- Helsehjelp skal bare gis der den fremstår som den klart beste løsningen for pasienten. Det skal legges vekt på graden av motstand og om det i nær fremtid kan forventes at pasienten vil kunne gjenvinne samtykkekompetansen.
- Se egen vedtaksmal i DIPS: "Vedtak pas u/samt.komp. nekter helsehj."
- Pasient og nærmeste pårørende skal snarest mulig underrettes om at vedtak er truffet. Pasienten kan imidlertid underrettes i ettertid dersom underretting tidligere vil medføre fare for at helsehjelpen ikke kan gjennomføres.
- Det skal opplyses om at både pasient og nærmeste pårørende har rett til å uttale seg i saken og klage til Fylkesmannen.

Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33



Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

Kommentarer og forbedringsforslag

Tema: Oppfølging av tilsyn med tvungen helsehjelp

Det er leger ved avdelingen som har ansvar for vurdering og gjennomføring av evt tvangstiltak

Krav er kjent, men ikke nødvendigvis Heliks prosedyren. Blir eget tema i intern "avisen"

Ikke aktuelt hos oss.

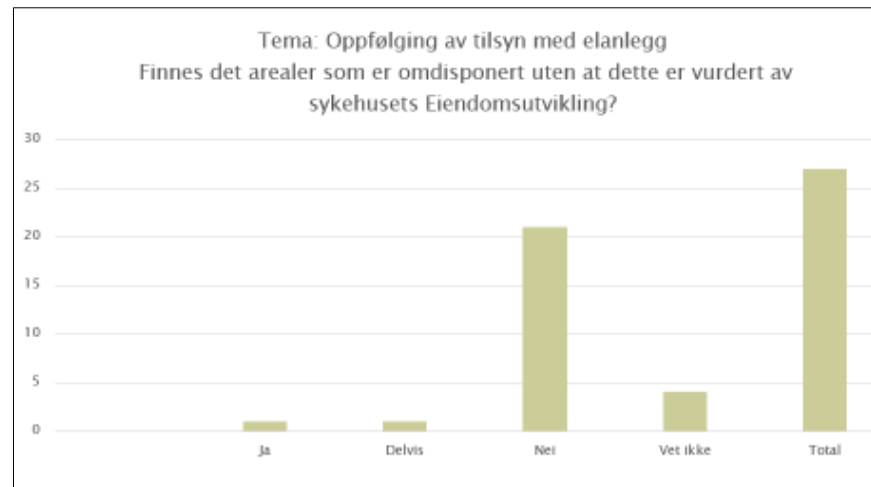
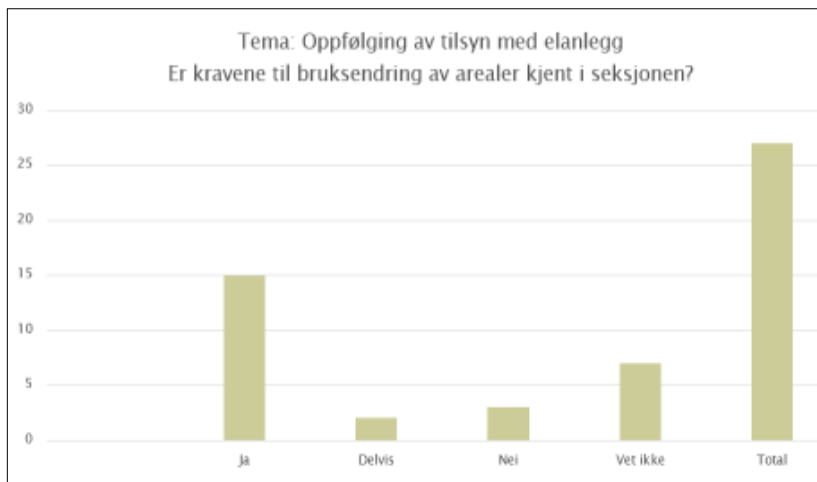
Ved behov for tvungen helsehjelp har moderavdelingen allerede sørget for nødvendige dokumenter

Ikke ansvar for egen fysisk seksjon, men mine ansatte benyttes mye til fastvakter, og i den forbindelse har vi sett nødvendig å lage en retningslinje for å avklare vår rolle i dette, men det går på håndteringen av pasient, ikke vedtak om tvang, opplever at det er fokus på dette ute i seksjoner, psyk kompetanse m.m. Tillitsvalgte komm: ofte brudd på taushetsplikten pga flersengsrom

7.15 Oppfølging av tilsyn med elanlegg

- I 2019 gav Direktoratet for sikkerhet og beredskap (DSB) avvik om manglende samsvar mellom bruk av medisinske rom og sikkerheten i rommenes elektriske anlegg.
- Dette er medisinske rom som brukes til medisinske prosedyrer og høyteknologisk medisinsk utstyr. Rommene har elektriske anlegg som er bygget etter tidligere forskriftskrav, som ikke hadde dagens høye standard. Dette har betydning for hvordan medisinske rom som er bygget etter tidligere forskrifter, kan brukes i dag uten å bli oppdatert.
- Av sikkerhetshensyn, må derfor bruksendring av arealer avklares med sykehusets Eiendomsutvikling.
- Krav, ansvarsforhold og framgangsmåte er beskrevet i:
 - [HELIKS ID 9954 Klassifisering av rom for medisinsk bruk](#)
 - [HELIKS ID 10486 Arealdisponering](#)

Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33



Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

Kommentarer og forbedringsforslag

Tema: Oppfølging av tilsyn med elanlegg

Vi jobber med dette, holder på med nye tegninger etter en del forandringer og flyttinger av ulike rom.

Det virker som klinikker tar raskt beslutning om å endre rommets tekniske utgangspunkt, uten å alltid konferere med Eiendomsutvikling slik de skal

Ikke aktuelt for oss

Ukjent

Ikke aktuelt for en DPS allmennpoliklinikk.

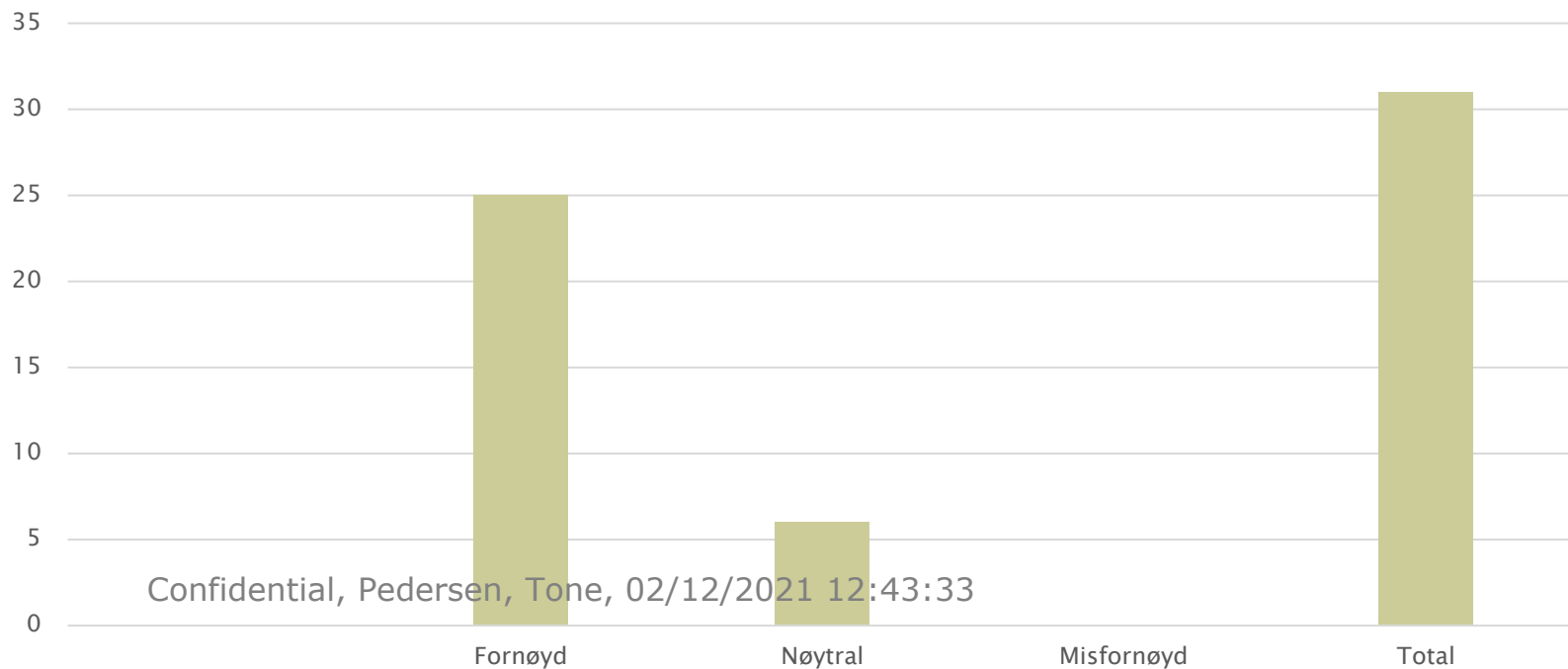
Ikke rom med spesialiserte apparater i seksjonen. Gjort om pas.rom til samtalerom, i løpet av siste 3 år.

Ingen bruksendring av rom etter 2010. Rom kartlagt av driftsavd/arkitekt for flere år siden.

Ingen av disse punktene har vært aktuelle for seksjonen så langt

8. Evaluering av internrevisjonen

Evaluering av internrevisjonen: I hvilken grad er dere fornøyd med elektronisk egenvurdering som revisjonsmetode?



Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

Kommentarer og forbedringsforslag

Evaluering

Vanskelig å vurdere avvik på egenvurdering

El.sikkerhet har vært lite aktuelt.

Godt layout på undersøkelsen og relevante spørsmål.

Litt krevende å svare på enkelte spørsmål, da det ikke er relevant for seksjonen. Ville vært fint med ikke aktuelt som et svaralternativ på noen av spørsmålene.

Spennende å se hva avdelingen får ut av dette, da det er tidkrevende. Spent på oppfølging av revisjonene.

Fin måte å sjekke flere områder. Gir innspill på områder som vi bør sjekke ut. Viktig at man har stedlige revisjoner i tillegg på utvalgte steder basert på tilbakemeldingene.

Helt greit, men mister mulighet for diskusjon med eksterne ved bruk av skjema

Ha IKKE AKTUELT som et svarsalternativ

Confidential, Pedersen, Tone, 02/12/2021 12:43:33

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	17. februar 2021

Type sak (sett kryss)						
Beslutning		Etterretning		Orientering	<input checked="" type="checkbox"/>	Tema

Sak: 010 – 2021

Forskningsåret 2020 ved STHF

Hensikten med saken

Sykehuset Telemark har hatt en jevn vekst i forskningsproduksjonen de siste ti år, men bruker fortsatt lite ressurser til forskning sammenliknet med andre HF i Helse Sør-Øst RHF. Den jevne veksten i forskningsproduksjonen er bra, men det er likevel behov for å løfte forskningen ytterligere. Styret har i styrevedtak den 18. desember 2019 bedt administrasjonen om å se på mulighetene for å øke bevilgninger til forskning i tiden framover. Målsetningen er å heve nivået tilsvarende sammenliknbare sykehus i Helse Sør-Øst RHF, både hva gjelder ressursbruk til forskning og forskningsproduksjonen.

I henhold til denne målsetningen har forskningsutvalget utarbeidet en Forskningsplan for 2020-2022. Forskningssjefen vil orientere styret om ny forskningsplan samt resultatene fra forskningsåret 2020. En del tiltak er allerede innført og gitt gode resultater i 2020. Interne og eksterne bevilgninger til forskning har økt og dette muliggjør at flere nye forskningsprosjekter igangsettes i 2021. Forskningsåret 2020 har således bragt oss et godt stykke videre mot å nå målene og vi forventer at dette vil resultere i større forskningsaktivitet og forskningsproduksjon i årene som kommer.

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Skien, 9. februar 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Bakgrunn for saken

Forskningsproduksjonen i 2020 vil resultere i kreditering for 55 vitenskapelige artikler og 2,25 gjennomførte doktorgrader. Dette er en liten økning fra 2019 i antall forskningspoeng som gir uttelling i inntektsmodellen for forskning.

Vi har store forventninger til en vesentlig større økning i forskningspoeng i årene som kommer. Vi har gjennomført flere av tiltakene i foregående og gjeldende forskningsplan ved å opprette flere akademiske bistillinger ved Universitetet i Oslo og USN og vi har gitt flere ansatte med forsknings- og veiledningskompetanse forskerstipender. Vi har innført et grundigere fagfellevurderingssystem der alle nye forskningsprosjekter som søker om forskningsmidler vurderes av en eksternt bedømmelseskomite. Tiltakene har resultert i over 7 millioner økning i eksterne forskningsmidler til nye prosjekter som skal starte opp i 2021. I tillegg har vi økt interne overføringer til forskning de siste to årene. Dette muliggjør at vi kan starte opp fem nye PhD-prosjekter i 2021, hvorav to av disse er finansiert med eksterne midler. Tre forskerstipend er tildelt, også to av disse er eksternt finansiert.

Flere kliniske behandlingsstudier er i oppstartsfasen og STHF skal lede to store multisenterstudier de neste årene. -En internasjonal studie om smertelindring av kreftpasienter og en nasjonal studie om genetiske årsaker til ALS. Prosjektene har fått driftsmidler fra HSØ og ALS-Norge. Det er også gjort en stor satsning på forskning og utvikling av behandlingstilbudet til barn og unge med psykiske plager og atferdsvansker og deres familier. I tillegg har vi gjennom en felles søknad med Folkehelseinstituttet fått tildelt flere millioner kroner fra Norges Forskningsråd til deltakelse i et samarbeidsprosjekt om kvinners fertilitet, helse og livskvalitet. Data fra Folkehelseinstituttets store MorBarn-undersøkelse skal benyttes i dette samarbeidsprosjektet. Sykehuset Telemark er også i oppstart av to nye prosjekter innenfor infeksjonsmedisin. I disse prosjektene samarbeider vi med Sørlandet sykehus; -ett prosjekt undersøker utvikling og varighet av immunitet hos personer som har gjennomgått infeksjon med coronavirus og ett undersøker langtidsplager etter skogflåttencefalitt. De nye satsningene og forskningsprosjektene har skapt overskrifter i media og bidratt til å sette forskningen ved sykehuset på kartet.

Vi har en målsetning om å øke ressurser til forskning fra 0,6 til 1 prosent av totalt driftsbudsjett samt at en større andel av forskningen vår finansieres av eksterne forskningsmidler. Forskningsåret 2020 har bragt oss et godt stykke videre mot å nå målene og vi forventer større forskningsaktivitet og forskningsproduksjon i årene som kommer.

Vurdering

- Forskningsplan 2020-2022: De økonomiske rammebetingelse for forskning og mulige tiltak for å løfte forskningen til et høyere nivå innenfor de rammene som er gitt i forskningsplanen.
- Vurdering av gjennomførte tiltak og resultater fra forskningsåret 2020

Konklusjon

Utviklingen gjennom det siste året har vært god og vi forventer at tiltak og fortsatt økte bevilgninger til forskning vil øke forskningsaktiviteten og forskningsproduksjonen betraktelig i tiden framover.

Vedlegg

- Ingen

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	17. februar 2021

Type sak (sett kryss)							
Beslutning		Etterretning	X	Orientering		Tema	

Sak: 011 – 2021

Protokoll fra foretaksmøte 17. desember 2020

Hensikten med saken

Det ble avholdt foretaksmøte i Sykehuset Telemark 17. desember 2020. Foretaksmøtet behandlet sakene *Endring av vedtekter* og *Valg av styremedlemmer jf. helseforetaksloven §21*. Protokoll fra avholdt foretaksmøte og endrede vedtekter fra 17. desember 2020 vedlegges.

Forslag til vedtak

Styret tar saken til etterretning.

Skien, 8. februar 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg

1. Protokoll fra foretaksmøte i STHF 17. desember 2020
2. Vedtekter for Sykehuset Telemark endret 17. desember 2020

**PROTOKOLL
FRA
FORETAKSMØTE I SYKEHUSET TELEMARKE HF**

Torsdag 17. desember 2020 klokken 17.00 ble det avholdt foretaksmøte i Sykehuset Telemark HF. Møtet ble gjennomført som telefonmøte, som felles foretaksmøte for helseforetakene i Helse Sør-Øst.

Dagsorden:

1. Foretaksmøtet konstitueres
2. Dagsorden
3. Endring av vedtekter
4. Valg av styremedlemmer jf. helseforetaksloven §21

Til stede var:

Helse Sør-Øst RHF, 100 % eier av foretaket, representert ved administrerende direktør Cathrine M. Lofthus, etter fullmakt fra styreleder Svein Gjedrem. Hun ledet også møtet.

I tillegg møtte fra administrasjonen i Helse Sør-Øst RHF:

Eierdirektør Tore Robertsen, som også førte protokollen

Fra styret i Sykehuset Telemark HF møtte:

Styreleder Per Anders Oksum

I tillegg møtte fra administrasjonen i Sykehuset Telemark HF:

Administrerende direktør Tom Helge Rønning

Foretakets revisor var varslet i samsvar med helseforetaksloven.

Riksrevisjonen var varslet i samsvar med riksrevisjonsloven.

Sak 1: Foretaksmøtet konstitueres

Som øverste eiermyndighet og møteleder ønsket administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF Cathrine M. Lofthus velkommen og spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Styreleder Per Anders Oksum i Sykehuset Telemark HF ble valgt til å underskrive protokollen sammen med møteleder.

Foretaksmøtet vedtok:

Innkallingen godkjennes. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Sak 2: Dagsorden

Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF Cathrine M. Lofthus spurte om noen hadde merknader til den utsendte dagsorden. Det var ingen merknader til dagsorden.

Foretaksmøtet vedtok:

Dagsorden godkjennes.

Sak 3: Endring av vedtekter

I henhold til helseforetaksloven §12 og helseforetakenes vedtekter skal endringer i vedtektene fastsettes av foretaksmøtet. I henhold til helseforetaksloven §18 skal forslag om å endre vedtektene gjengis i innkallingen.

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok i styresak 023-2020 å utvide styrene i helseforetakene med to eieroppnevnte styremedlemmer og et medlem valgt av og blant de ansatte.

Med bakgrunn i dette er det behov for å endre vedtektenes §7 om sammensetningen av styret.

§7 Styre endres fra:

Sykehuset Telemak HF ledes av et styre. Styret skal ha inntil åtte medlemmer. Inntil fem medlemmer oppnevnes av foretaksmøtet. Foretaksmøtet velger leder og nestleder.

I tillegg velger de ansatte inntil tre styremedlemmer med varamedlemmer. Med utgangspunkt i de partsforhold som da vil gjelde, deltar styremedlemmer som er valgt av de ansatte ikke i behandling av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstakere, arbeidskonflikter, rettstvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler.

Det enkelte styremedlem skal som styremedlem ikke representere geografiske områder, politiske organisasjoner eller andre interessegrupper.

Styrene skal samlet sett ha en kompetanse som står i forhold til de oppgavene styret har og de utfordringene helseforetakene står overfor.

Styret skal samlet sett ha en geografisk og aldersmessig bredde, samt ivareta kravet til kjønnsmessig balanse etter reglene i aksjeloven § 20-6, jf. helseforetaksloven 21 første ledd.»

Til ny §7 Styre:

Sykehuset Telemark HF ledes av et styre. Styret skal ha inntil elleve medlemmer. Inntil syv medlemmer oppnevnes av foretaksmøtet. Foretaksmøtet velger leder og nestleder. I tillegg velger de ansatte inntil fire styremedlemmer med varamedlemmer. Med utgangspunkt i de partsforhold som da vil gjelde, deltar styremedlemmer som er valgt av de ansatte ikke i behandling av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstakere, arbeidskonflikter, rettsvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler.

Det enkelte styremedlem skal som styremedlem ikke representere geografiske områder, politiske organisasjoner eller andre interessegrupper.

Styrene skal samlet sett ha en kompetanse som står i forhold til de oppgavene styret har og de utfordringene helseforetakene står overfor.

Styret skal samlet sett ha en geografisk og aldersmessig bredde, samt ivareta kravet til kjønnsmessig balanse etter reglene i aksjeloven § 20-6, jf. helseforetaksloven 21 første ledd.»

Foretaksmøtet vedtok:

Vedtektene for Sykehuset Telemark HF endres jf. fremlagte forslag

Sak 4: Valg av styremedlemmer jf. helseforetaksloven §21

Som eier av helseforetakene er en av Helse Sør-Øst RHF's viktigste oppgaver å sørge for at styrene i helseforetakene har en sammensetning og en kompetanse som er tilpasset helseforetakenes utfordringer og behov. Det er flere hensyn som skal veies når styrene skal settes sammen. Dagens rammer for antall medlemmer i styrene gjør det krevende å dekke behovet for riktig kompetanse, samtidig som andre hensyn som kjønnsbalanse, alder og geografi skal ivaretas. Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok derfor i styresak 023-2020 å utvide styrene i helseforetakene med to eieroppnevnte styremedlemmer og et medlem valgt av og blant de ansatte.

Styrets valgkomité la frem sin innstilling til behandling i styret i Helse Sør-Øst RHF den 26. november 2020. I henhold til vedtak i styresak 135-2020 *Supplering av styrene i helseforetakene i Helse Sør-Øst*, oppnevnes nye eieroppnevnte styremedlemmer i Sykehuset Telemark HF med funksjonstid fra 17. desember 2020 til nytt styre oppnevnes i foretaksmøte i februar 2022.

Foretaksmøte ba helseforetaket avklare med de ansattes organisasjoner hvorvidt det skal gjennomføres suppleringsvalg eller om gjeldende varamedlemmer kan tre inn i styret.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøte velger følgende som medlem i styret i Sykehuset Telemark HF, med funksjonstid fra 17. desember 2020 til nytt styre oppnevnes i februar 2022.

*Styremedlem Trygve Nilssen
Styremedlem Marjan Farahmand*

De eieroppnevnte styremedlemmene er etter dette:

*Styreleder Per Anders Oksum
Nestleder Kine Jordbakke
Styremedlem Nils Kristian Bogen
Styremedlem Per Kristian Voss
Styremedlem Turid Ellingsen
Styremedlem Trygve Nilssen
Styremedlem Marjan Farahmand*

Møtet ble hevet klokken 17.30

Oslo 17. desember 2020

Cathrine M. Lofthus
Helse Sør-Øst RHF

Per Anders Oksum
Sykehuset Telemark HF

Protokollen er elektronisk godkjent og har derfor ikke håndskrevne signaturer

Vedtekter for Sykehuset Telemark HF

(Vedtatt i foretaksmøte 3. juni 2009, sist endret i foretaksmøte 17. desember 2020.)

§ 1 Navn

Helseforetakets navn er Sykehuset Telemark HF.

§ 2 Eier

Sykehuset Telemark HF eies fullt ut av Helse Sør-Øst RHF.

§ 3 Hovedkontor

Sykehuset Telemark HF har sitt hovedkontor i Skien kommune.

§ 4 Formål

Sykehuset Telemark HF skal drives med sikte på å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette.

Gjennom utøvelse av oppgaver tildelt av Helse Sør-Øst RHF vil Sykehuset Telemark HF bidra til at spesialhelsetjenestens målsetting blir oppfylt innenfor Helse Sør-Østs geografiske område.

§ 5 Helseforetakets virksomhet

Ansvarsområde for Sykehuset Telemark HF omfatter område- og lokalsykehusfunksjoner, jf. spesialisthelsetjenesteloven. Dette innebærer også at Sykehuset Telemark HF skal drive forskning, undervisning og rådgivning.

Sykehuset Telemark HF skal sikre at samarbeid om utdanning av medisinstudenter og helsefagstudenter reguleres i egne avtaler.

Virksomheten skal drives med sikte på å nå nasjonale helse-, forsknings- og utdanningspolitiske mål og helseforetaksgruppens samlede målsetninger innenfor de mål, resultatkrav og rammer som fastsettes gjennom vedtekter, instruksjoner, avtaler, beslutninger truffet i foretaksmøtet, tildelte bevilgninger og vilkår knyttet til bevilgningsvedtakene. Hensynet til brukerne skal legges til grunn for foretakets samlede virksomhet.

Sykehuset Telemark HF skal drive:

- helsefremmende og forebyggende arbeid
- helsemessig og sosial beredskap
- rehabilitering og habilitering
- somatisk helsetjeneste
- psykisk helsevern
- tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere
- laboratorie- og radiologiske tjenester
- syketransport, ambulansetjeneste og nødmeldetjeneste
- andre virksomheter når det er egnet til å fremme foretakets formål

Hovedoppgavene som Sykehuset Telemark HF skal legge til rette for, er å planlegge, organisere og fremme:

- pasientbehandling
- utdanning av helsepersonell
- forskning
- opplæring av pasienter og pårørende
- utvikling av medisinsk metode, praksis, pleie og kompetanseutvikling

Sykehuset Telemark HF skal bidra til samarbeid i regionen, slik at det totalt sett oppnås hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse. Sykehuset Telemark HF skal også bidra til samarbeid med andre helseforetak, universiteter og høyskoler.

Sykehuset Telemark HF skal, innenfor sitt ansvarsområde, søke nødvendig samarbeid med og veiledning overfor kommunene, både administrativt og klinisk, slik at pasientene sikres et helhetlig helse- og sosialtjenestetilbud. Det samme gjelder i forhold til samarbeidspartnere som blant annet det statlige barne- og familievern, samt i forhold til øvrige aktuelle statlige ansvarsområder.

§ 6 Foretaksmøtet

Det skal avholdes foretaksmøte innen utgangen av februar måned hvert år der styrings- og prestasjonskrav på økonomi- og organisasjonsområdet blir fastlagt. Videre avholdes foretaksmøte hvert år innen utgangen av juni måned for behandling av årsregnskap, årsberetning og årlig melding som omtalt i § 14, jf. helseforetaksloven §§ 34 og 43 annet ledd. Ytterligere foretaksmøter beslutes av styret i Helse Sør-Øst RHF.

§ 7 Styre

Sykehuset Telemark HF ledes av et styre. Styret skal ha inntil elleve medlemmer. Inntil syv medlemmer oppnevnes av foretaksmøtet. Foretaksmøtet velger leder og nestleder.

I tillegg velger de ansatte inntil fire styremedlemmer med varamedlemmer. Med utgangspunkt i de partsforhold som da vil gjelde, deltar styremedlemmer som er valgt av de ansatte ikke i behandling av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstakere, arbeidskonflikter, rettstvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler.

Det enkelte styremedlem skal som styremedlem ikke representere geografiske områder, politiske organisasjoner eller andre interessegrupper.

Styrene skal samlet sett ha en kompetanse som står i forhold til de oppgavene styret har og de utfordringene helseforetakene står overfor.

Styret skal samlet sett ha en geografisk og aldersmessig bredde, samt ivareta kravet til kjønnsmessig balanse etter reglene i aksjeloven § 20-6, jf. helseforetaksloven 21 første ledd.

§ 8 Daglig leder

Sykehuset Telemark HF skal ha daglig leder. Daglig leder ansettes av styret.

§ 8 a Om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte

Ved utarbeidelse av egne retningslinjer skal Sykehuset Telemark HF følge "*Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel*", fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet med virkning fra 13.2.2015. Retningslinjene kan utformes strengere og mer detaljerte enn de statlige retningslinjene, men skal ellers ikke fravikes.

Sykehuset Telemark HF skal utarbeide en årlig erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte. Denne skal tas inn som en note i årsregnskapet.

Erklæringen skal ha et innhold som angitt i allmennaksjeloven § 6-16 a, herunder:

- retningslinjer for fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse som nevnt i første ledd for det kommende regnskapsåret
- en redegjørelse for den lederlønnspolitikken som har vært ført det foregående regnskapsåret
- en redegjørelse for virkningene av avtaler om godtgjørelse som er inngått eller endret det foregående regnskapsåret

Erklæringen skal i tillegg inneholde en redegjørelse for hvordan statens retningslinjer er fulgt opp i underliggende virksomheter.

Erklæringen skal behandles på tilsvarende vis som angitt i allmennaksjeloven § 6-16 a i foretaksmøtet som avholdes i Sykehuset Telemark HF innen utgangen av juni hvert år. Det vises til allmennaksjeloven § 5-6 tredje ledd.

§ 9 Opphevet 13. februar 2014.

§ 10 Salg av foretakets faste eiendommer

Vedtatt om å pantsette eller avhende fast eiendom treffes av foretaksmøtet i Sykehuset Telemark HF etter forslag fra styret i henhold til reglene i helseforetaksloven § 31, jf. § 10.

Styret kan likevel beslutte avhending av fast eiendom når eiendommen er verdsatt til under 10 millioner kroner.

§ 11 Låneopptak

Sykehuset Telemark HF kan ikke oppta lån fra andre enn Helse Sør-Øst RHF. Eventuelle låneopptak skal godkjennes av styret i Helse Sør-Øst RHF.

Sykehuset Telemark HF gis anledning til å inngå finansielle leieavtaler i tråd med den til enhver tid gjeldende Finansstrategi fastsatt av styret for Helse Sør-Øst RHF. Finansielle leieavtaler med kontraktsverdi 100 millioner kroner eller mer må godkjennes av foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF.

Alle OPS-avtaler må forelegges foretaksmøtet og innpasses statens rammeverk for OPS-prosjekter.

§ 12 **Universitetenes og høyskolenes rettigheter**

Styret skal, innenfor sitt ansvarsområde, påse at universiteters og høyskolers rettigheter og interesser i tilknytning til undervisning og forskning blir ivaretatt og at sakene belyses tilstrekkelig ut fra forsknings- og undervisningsperspektivene.

Dette omfatter også alle rettigheter som universiteter og høyskoler har til å bruke foretakets faste eiendom, utstyr og andre formuesgjenstander, herunder rettigheter som fremgår av avtaler samt vilkår for bevilgninger og lignende.

§ 13 **Medvirkning fra pasienter og pårørende**

Styret skal påse at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt, blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner.

Styret skal også påse at erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og synspunkter som innhentes fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner, gis en sentral plass i arbeidet med planleggingen og i driften av virksomhetene. Melding fra pasientombudene skal legges ved meldingen til Helse Sør-Øst RHF, jf. vedtektenes § 14. Styret må også påse at samiske organisasjoner, nasjonale minoritetsorganisasjoner og innvandrersorganisasjoner i helseregionen blir hørt.

§ 14 **Melding til Helse Sør-Øst RHF**

Styret skal hvert år sende en melding til Helse Sør-Øst RHF som omfatter styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport for foregående år.

Plandokumentet skal være av strategisk og overordnet karakter og vise hovedtrekkene i virksomhetens fremtidige drift innenfor de rammebetingelser som er gitt av Helse Sør-Øst RHF som eier. Denne delen av plandokumentet vil inngå i Helse Sør-Øst RHF's plandokument som igjen vil inngå i vurderingsgrunnlaget for behandlingen av de enkelte års statsbudsjett.

Plandokumentet skal videre, med utgangspunkt i vurderinger av eksisterende drift, gi beskrivelse av forventede endringer i befolkningens behov for helsetjenester og i den helsefaglige utviklingen på fagområdene, vise behovet for utvikling og endring av tjenestene og driften av virksomheten og styrets vurdering av ressursbruken for de nærmeste årene, med forslag til finansiering.

Rapporten om virksomheten fra foregående kalenderår skal vise hvordan pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøtet eller satt som vilkår for økonomisk kompensasjon, er fulgt opp. Rapporten skal også vise virksomhetens utvikling i forhold til Sykehuset Telemark HF's plandokument.

§ 15 **Arbeidsgivertilknytning**

Sykehuset Telemark HF skal være medlem av arbeidsgiverforeningen Spekter.

§ 16 **Kontaktmøter med kommuner o.a.**

Sykehuset Telemark HF skal som et minimum ha faste kontaktmøter med kommunene i sitt område to ganger per år. Tilsvarende møter bør også holdes med øvrige relevante interessenter i foretakets område.

§ 17 Endring av vedtektene

Endring av disse vedtektene foretas av foretaksmøtet i Sykehuset Telemark HF, jf. helseforetaksloven § 12. Styret vurderer og tar eventuelt opp endringer i vedtektene dersom dette er nødvendig for å ivareta helseforetakets formål og hovedoppgaver.

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	17. februar 2021

Type sak (sett kryss)							
Beslutning	<input checked="" type="checkbox"/>	Etterretning	<input type="checkbox"/>	Orientering	<input type="checkbox"/>	Tema	<input type="checkbox"/>

Sak: 012 – 2021

Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår

Hensikten med saken

Formålet med denne saken er å vedta erklæring om ledernes ansettelsesvilkår, jf. Vedtekter for Sykehuset Telemark HF:

§ 8 a Om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte

Ved utarbeidelse av egne retningslinjer skal Sykehuset Telemark HF følge "*Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel*", fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet med virkning fra 13.2.2015. Retningslinjene kan utformes strengere og mer detaljerte enn de statlige retningslinjene, men skal ellers ikke fravikes.

Sykehuset Telemark HF skal utarbeide en årlig erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte. Denne skal tas inn som en note i årsregnskapet.

Erklæringen skal ha et innhold som angitt i allmennaksjeloven § 6-16 a, herunder:

- retningslinjer for fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse som nevnt i første ledd for det kommende regnskapsåret
- en redegjørelse for den lederlønnspolitikken som har vært for det foregående regnskapsåret
- en redegjørelse for virkningene av avtaler om godtgjørelse som er inngått eller endret det foregående regnskapsåret

Erklæringen skal i tillegg inneholde en redegjørelse for hvordan statens retningslinjer er fulgt opp i underliggende virksomheter.

Erklæringen skal behandles på tilsvarende vis som angitt i allmennaksjeloven § 6-16 a i foretaksmøtet som avholdes i Sykehuset Telemark HF innen utgangen av juni hvert år. Det vises til allmennaksjeloven § 5-6 tredje ledd.

Forslag til vedtak

Styret vedtar fremlagt erklæring om ledernes ansettelsesvilkår, som innarbeides i note til årsregnskapet for 2020.

Skien, 8. februar 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg

1. Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår
2. Brev av 17. mars 2015 om retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper med statlig eierandel

Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår

Sykehuset Telemark HF definerer personer i stillingene administrerende direktør, fagdirektør, økonomidirektør, HR-direktør, utviklingsdirektør og klinikkjefer som ledende ansatte.

Sykehuset Telemark HF følger "Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel", fastsatt med virkning fra 13. februar 2015. Hovedprinsippet er at lederlønningene i selskaper med helt eller delvis statlig eierskap skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper. Selskapene skal bidra til moderasjon i lederlønningene.

Redegjørelse for lederlønnspolitikken i 2020

Årslønn til administrerende direktør ble fastsatt av styret i styresak 072-2020. Lønn og godtgjørelse for øvrige ledende ansatte er fastsatt administrativt.

Den gjennomsnittlige lønnsveksten til medlemmene av ledergruppen var i 2020 i tråd med årets generelle ramme på 1,7 prosent.

Lønnsjusteringene for ledergruppen gjelder fra 1. januar.

Lønn for ledende ansatte er i all hovedsak fast lønn.

Fastsettelse av basislønn

Ved fastsettelse av basislønn skal følgende kriterier legges til grunn:

- Lønnsutviklingen i Sykehuset Telemark HF generelt
- Lønnsutviklingen i sammenlignbare stillinger

Ledende ansatte får ytelser som gratis telekommunikasjon og tilsvarende basert på behov, dog begrenset til å gjelde:

- Mobiltelefon
- Internett
- Avisabonnement

Pensjonsordning

Pensjonsvilkår skal være på linje med andre ansattes vilkår i foretaket, det vil si gjennom ordinære vilkår i KLP

Sluttvederlag

Administrerende direktør har inngått avtale om sluttvederlag. Ved fastsettelse av sluttvederlag gjelder følgende prinsipper:

- Avtale om sluttvederlag kan inngås for inntil 12 måneders avtalt lønn
- Til fradrag i sluttvederlag kommer andre inntekter opptjent i perioden

- Sluttvederlag gis kun når det oppstår situasjoner av slik karakter at styret/ administrerende direktør av hensyn til virksomhetens videre drift beslutter at den ledende ansatte må avslutte sitt ansettelsesforhold og fratre sin stilling umiddelbart

Variable godtgjørelser eller særskilte ytelser som kommer i tillegg til basislønn

Det finnes ikke variable elementer i selskapets godtgjørelse til ledende ansatte.

Andre bestemmelser

Personer i ledelsen skal ikke ha særskilt godtgjørelse for styreverv i andre foretak i samme foretaksgruppe.

Sykehuset Telemark HF har i 2020 hatt som målsetting å tilby ledende ansatte konkurransedyktige arbeidsvilkår. Lederlønnspolitikken i inneværende regnskapsår har bygget på de prinsipper som beskrevet over.

Lønnspolitikken i 2020 har vært i tråd med de statlige retningslinjene.

Retningslinjer for 2021

Sykehuset Telemark HF vil det kommende år ha som målsetting å tilby ledende ansatte konkurransedyktige arbeidsvilkår. Lederlønnspolitikken bygger på vedtatte retningslinjer og er i tråd med prinsipper som beskrevet over.



**DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT**

Statsråden

Likelydende brev til styrene i de regionale helseforetakene
v/styreledere

Deres ref

Vår ref

Dato

15/856

17. 03.2015

Nye retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel

Nærings- og fiskeridepartementet (NFD) har fastsatt ”*Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel*” med virkning fra 13. februar 2015. Retningslinjene er vedlagt og erstatter retningslinjer fastsatt 31. mars 2011.

Regjeringen har vurdert og endret retningslinjene i tråd med det som ble varslet i Meld. St. 27 (2013-2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*. I de nye retningslinjene videreføres hovedprinsippene i de tidligere retningslinjene om at lederlønnene skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende. Det skal legges vekt på moderasjon. De nye retningslinjene har ikke tilbakevirkende kraft.

Hensikten med dette brevet er å informere om hovedendringene i de nye retningslinjene og konsekvensene for de regionale helseforetakene og helseforetakene.

Jeg forventer at styrene har høy bevissthet rundt oppfølgingen av de nye retningslinjene. Jeg forutsetter, som det også tidligere er presisert i foretaksmøter, at de regionale helseforetakene og helseforetakene følger retningslinjene, men med følgende presisering:

De nye retningslinjene skiller mellom selskaper der staten har en eierandel på over 90 prosent, og heleide datterselskaper av disse selskapene. Jeg har til hensikt å gjøre retningslinjene gjeldende i sin helhet både for de regionale helseforetakene og for helseforetakene. Dette innebærer at ”skal kravet” vil gjelde både for de regionale helseforetakene og for helseforetakene. Dette vil bli presisert i foretaksmøtene i mai/juni.

Hovedendringene i retningslinjene som er relevante for foretakene

Retningslinjene skal følges av selskaper med statlig eierandel på over 90 prosent
Styrene i disse selskapene kan ikke fravike statens retningslinjer når de utarbeider retningslinjer for lederlønn. Det innebærer at "følg eller forklar"-prinsippet ikke gjelder disse selskapene.

Retningslinjenes virkeområde skal også gjelde heleide datterselskaper av selskaper hvor staten har en eierandel på mer enn 90 prosent

Staten forventer at selskaper hvor staten har en eierandel på over 90 pst., sikrer at statens retningslinjer også gjelder for heleide datterselskaper. For datterselskaper gjelder "følg eller forklar"-prinsippet. Staten som eier forholder seg til redegjørelsen til morselskapet med hensyn til hvordan det følger opp statens retningslinjer i sine heleide datterselskaper.

Jeg legger imidlertid til grunn at "følg eller forklar"-prinsippet ikke vil gjelde for helseforetakene.

Innstramming i pensjonsopptjeningen til maksimalt 12 G

Pensjonskostnader som dekkes av arbeidsgiver bør være begrenset til kollektive skattefaviserte pensjonsordninger. Staten vil som varslet i Meld. St. 27 (2013-2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap* heretter ikke støtte pensjonsopptjening over 12 G.

Sluttvederlag

På området sluttvederlag er retningslinjenes virkeområde utvidet til også å gjelde ledende ansatte, ikke bare virksomhetens øverste leder som i de tidligere retningslinjene. Det er også gjort presiseringer i de nye retningslinjene, blant annet om at eventuelle avvik fra statens retningslinjer bør gis i styrets erklæring om ledernes ansettelsesvilkår. Begrunnelsen for avvik blir dermed lettere offentlig tilgjengelig, noe regjeringen mener bidrar til økt åpenhet.

Med vennlig hilsen


Bent Høie

Kopi: Administrerende direktører i de regionale helseforetakene

Vedlegg:

Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel

Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel

(fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet med virkning fra 13.2.2015)

Retningslinjene erstatter retningslinjene av 31.3.2011.

Formål

Retningslinjene angir hvilke forhold staten som eier vil legge vekt på i sin stemmegivning når styrets erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte behandles på selskapets generalforsamling, foretaksmøte eller lignende. Retningslinjene reflekterer også statens holdning til lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i selskaper der dette ikke er egen sak på generalforsamlingen. Retningslinjene endrer ikke selskapslovgivningens regulering av styrets ansvar eller rolledelingen mellom generalforsamling og styre eller mellom styre og daglig leder. Der hvor næringsspesifikt regelverk stiller strengere eller mer detaljerte krav til selskapene enn disse retningslinjene, har slikt regelverk forrang.

Retningslinjenes virkeområde

Retningslinjene gjelder for ledende ansatte, jf. definisjon nedenfor, i selskaper¹ hvor staten har en direkte eierandel. Staten forventer at selskaper hvor staten har en eierandel på over 90 pst., sikrer at statens retningslinjer også gjelder for heleide datterselskaper.

Definisjoner

- *Ledende ansatte* omfatter daglig leder og andre ledende ansatte, jf. Ot.prp. nr. 55 (2005-2006) som viser til forståelsen av begrepet i allmennaksjeloven § 4-12 og regnskapsloven §§ 7-26 og 7-31.
- Med *godtgjørelsesordning* menes ett eller flere av følgende elementer: fastlønn, variabel lønn (bonus, aksjeprogram, opsjoner og tilsvarende),

annen godtgjørelse (naturalytelser og lignende), pensjonsytelser og sluttvederlag.

- Med *opsjoner* som avlønningsform menes rett til å kjøpe aksjer til på forhånd avtalt pris. Retningslinjene sidestiller opsjonsavtaler hvor eventuell gevinst utbetales direkte uten foregående fysiske transaksjoner (syntetiske opsjoner) med alminnelige opsjoner, jf. regnskapslovens krav til rapportering.
- Med *aksjeprogram* menes ordninger med direkte aksjeeierskap uten foregående opsjon. Dette kan innebære at den ansatte får aksjen som betaling, rabatt ved aksjekjøp eller bonusutbetaling med betingelse om å kjøpe aksjer. Såkalte langtidsinsentivordninger (LTI) anses som et aksjeprogram. Aksjespareprogram for alle ansatte omfattes ikke av retningslinjene.
- *Sluttvederlag* omfatter her kompensasjon i tilknytning til fratredelse og kan inneholde etterlønn, arbeidsfrie perioder, andre finansielle ytelser og naturalytelser.

Styrets erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse

- Det følger av bestemmelser i allmennaksjeloven § 5-6 (3) og § 6-16a at styret i allmennaksjeselskaper skal utarbeide erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse for daglig leder og andre ledende ansatte. Erklæringen skal behandles på den ordinære generalforsamlingen og skal inneholde styrets retningslinjer for fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse for daglig leder og andre ledende ansatte for det kommende regnskapsåret. Allmennaksjelovens regler om lederlønnserklæring gjøres gjeldende gjennom vedtektsbestemmelser² for alle selskaper som staten har eierandel i, og som ikke defi-

¹ Statsforetak, regionale helseforetak, særlovselskaper, statsaksjeselskaper, allmennaksjeselskaper og aksjeselskaper.

² I deleide selskaper må staten enten alene eller sammen med andre aksjonærer ha 2/3 flertall for å gjøre nødvendige vedtektsendringer.

Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel

(fatsatt av Nærings- og fiskeridepartementet med virkning fra 13.2.2015)

- neres som «små foretak» etter regnskapsloven.
- Styrets erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte skal også inneholde en redegjørelse for den lederlønnspolitikken som har vært ført det foregående regnskapsåret, herunder hvordan styrets retningslinjer for fastsettelsen av lønn og annen godtgjørelse er blitt gjennomført. Dersom styret i en avtale fraviker egne retningslinjer, bør det opplyses om dette i redegjørelsen.
- I selskaper hvor staten har en direkte eierandel på over 90 pst., skal vedtektene inneholde en bestemmelse om at det i styrets erklæring om lønn og annen godtgjørelse også skal redegjøres for hvordan statens retningslinjer er fulgt opp i hel- eller datterselskaper.
- Styret skal ha en oversikt over den totale verdien av den enkelte leders avtalte godtgjørelse og redegjøre for denne på en lett tilgjengelig måte i selskapets årsregnskap.
- Den samlede godtgjørelsen skal ses under ett når styret vurderer denne i forhold til statens retningslinjer.
- Styret skal påse at godtgjørelsesordningene ikke gir uheldige virkninger for selskapet eller svekker selskapets omdømme.
- Ledende ansatte skal ikke ha særskilt godtgjørelse for styreverv i andre selskaper i samme konsern.
- Avtaler inngått før ikrafttreden av disse retningslinjene kan opprettholdes.

«Følg eller forklar»-prinsippet

- Staten vil legge til grunn et «følg eller forklar»-prinsipp ved håndhevelsen av statens retningslinjer. Det vil si at styrene i sin erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse bør redegjøre for i hvilken grad styrets retningslinjer for fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte for kommende regnskapsår er i overensstemmelse med statens retningslinjer. Eventuelle avvik begrunnes.
- I selskaper hvor staten har en direkte eierandel på over 90 pst., legges det til grunn at statens retningslinjer for lederlønn skal følges. Dette innebærer at styret ikke kan fravike statens retningslinjer når styret utarbeider sine retningslinjer.

Hovedprinsipper for fastsettelse av godtgjørelsesordninger

- Det er styrets ansvar å fastsette retningslinjer for godtgjørelse til ledende ansatte. Daglig leders godtgjørelse fastsettes av styret.
- Godtgjørelsen til ledende ansatte skal være konkurransedyktig, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper.
- Styret skal bidra til moderasjon i godtgjørelsen til ledende ansatte.
- Hovedelementet i en godtgjørelsesordning bør være fastlønnen.
- Ordningene skal utformes slik at det ikke oppstår urimelig godtgjørelse på grunn av eksterne forhold som ledelsen ikke kan påvirke.

Variabel lønn

Eventuell variabel lønn skal bygge på følgende prinsipper:

- Det skal være en klar sammenheng mellom de mål som ligger til grunn for den variable lønnen, og selskapets mål.
- Variabel lønn skal være basert på objektive, definerbare og målbare kriterier som lederen kan påvirke. Flere relevante målekriterier bør legges til grunn.
- En ordning med variabel lønn skal være transparent og klart forståelig. Ved redegjørelse for ordningen er det vesentlig å få belyst forventet og potensiell maksimal utbetaling for hver enkelt deltaker i programmet.
- Ordningen skal være tidsbegrenset.
- Samlet oppnåelig variabel lønn, dvs. hva som maksimalt kan opptjenes det enkelte år, bør ikke overstige 50 pst. av fastlønn, med mindre særskilte hensyn tilsier det.
- Aksjeprogrammer, som LTI, kan benyttes av børsnoterte selskaper dersom de er særlig egnet til å nå langsiktige mål for selskapets utvikling. Aksjebasert avlønning skal utformes slik at den bidrar til langsiktig innsats for selskapet og bør innebære bindingstid på aksjene på minst tre år. For børsnoterte selskaper kan staten støtte en tilleggsramme øremerket slike aksjeprogrammer, hvor verdien av det tildelte beløpet ikke skal overstige 30 pst. av fastlønn.
- Opsjoner og andre opsjonslignende ordninger skal ikke benyttes.

**Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse
til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel**

3

(fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet med virkning fra 13.2.2015)

Pensjonsytelser – tjenestepensjon

- Pensjonsvilkår for ledende ansatte skal være på linje med andre ansattes vilkår i selskapet.
- Pensjonsgrunnlaget for alderspensjon skal ikke overstige maksimalgrensen i de skattefremfordrettede kollektive pensjonsordningene i Norge (p.t. 12 G), jf. innskuddspensjonsloven, foretakspensjonsloven og tjenestepensjonsloven.
- Ved avtaler om ytelsespensjon skal det tas hensyn til eventuell ytelsespensjon som er opptjent fra andre stillinger. Samlet pensjonsutbetaling bør ikke overstige 66 pst. av lønn opp til 12 G.
- Når en leder ikke lenger er ansatt i selskapet skal det ikke lenger påløpe pensjonskostnader ut over hva som følger av en eventuell skattefremfordrettet ytelsesordning.

Sluttvederlag

- I forhåndsavtaler hvor virksomhetens øverste leder fraskriver seg bestemmelsene om oppsigelsesvern i arbeidsmiljøloven, kan det avtales sluttvederlag i overensstemmelse med arbeidsmiljøloven § 15-16 (2). Sluttvederlag bør ikke benyttes når lederen har tatt initiativ til oppsigelsen.
- Sluttvederlag og lønn i oppsigelsestiden bør i sum ikke overstige 12 månedslønner.
- Ved ansettelse i ny stilling eller ved inntekt fra næringsvirksomhet som vedkommende er aktiv eier av, bør sluttvederlaget reduseres med et forholdsmessig beløp beregnet på grunnlag av den nye årsinntekten. Reduksjon kan først skje etter at vanlig oppsigelsestid for stillingen er ute.
- Sluttvederlag kan holdes tilbake hvis vilkårene for avskjed foreligger, eller hvis det i perioden hvor det ytes sluttvederlag oppdages uregelmessigheter eller forsømmelser som kan lede til erstatningsansvar eller at vedkommende blir tiltalt for lovbrudd.
- For øvrige ledende ansatte kan det ikke inngås forhåndsavtale om sluttvederlag hvor kompensasjon ved fratredelse er endelig fastsatt. Det kan i stedet inngås forhåndsavtale om rimelig sluttvederlag som får virkning dersom den ansatte ikke bestrider oppsigelsen. For slikt sluttvederlag vil ovennevnte retningslinjer gjelde tilsvarende.

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	17. februar 2021

Type sak (sett kryss)							
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema	

Sak: 013 – 2021

Status og oppfølging av styresaker i Sykehuset Telemark

Hensikten med saken

Hensikten med saksfremlegget er å sikre styret en systematisk og regelmessig tilbakemelding om status og oppfølging av utestående styresaker. Styret skal to ganger per år få fremlagt en oversikt over administrasjonens oppfølging av styrets vedtak som krever videre håndtering av administrasjonen. Oversikten gjelder også administrasjonens håndtering av innspill/kommentarer gitt av styret i møter.

Vedlagte oversikt gjelder saker i perioden juni til og med desember 2020. Ikke avsluttede saker inngår også i oversikten

Forslag til vedtak

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

Skien, 8. februar 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg

- Oversikt over status og oppfølging av tidligere styrevedtak samt innspill fra styret i møter

Vedlegg til sak 013-2021 Status og oppfølging av styresaker i Sykehuset Telemark

Oversikten blir oppdatert fortløpende og fremlagt for styret to ganger per år. Saker som er innfridd (markert som OK) fjernes fra listen etter styrets behandling av saken.

Sak og dato	Vedtak/oppfølging	Tiltak	Status
007-2019 Ambulanseplan 2035 <i>Møtedato</i> 12.02.2019	3. Styret ber administrerende direktør å sende en henvendelse til RHF'et og be om en kvalitetssikring av kriteriesettet i inntektsmodellen for prehospitale tjenester, med bakgrunn i driftsmodellen beskrevet i Ambulanseplanen og i lys av de faktiske forhold i Telemark.	Det er i 2019 satt i gang et nasjonalt inntektsmodellarbeid, som også omfatter modellen for prehospitale tjenester. Dette arbeidet pågår og vi har valgt å avvente henvendelser til RHF'et inntil resultatet av dette arbeidet foreligger.	Innarbeides i årsplan styresaker når resultatet fra nasjonalt inntektsmodellarbeid foreligger.
030-2020 Administrerende direktør sin redegjørelse om situasjonen på sykehuset vedrørende koronaviruset <i>Møtedato</i> 18.5.2020	Styret viste til sykehusets økning i telefon- og videokonsultasjoner. Det ble reist spørsmål om sykehuset har gjennomført evaluering av denne type konsulentbehandling med hensyn til pasientsikkerhet, kvalitet og om ansatte, pasienter og pårørende er tilfredse med pasientbehandlingen. Styret ønsker at sykehuset gjennomfører evaluering av bruken av telefon- og videokonsultasjoner, som et ledd i sykehusets forbedringsarbeid.		Dette arbeidet er satt på vent på grunn av covid-19 situasjonen.
052-2020 Driftsorienteringer fra AD	Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.	Status over vaksinerings av ansatte for influensa utarbeides	OK Status ble presentert for styret i sak 075-2020 Driftsorienteringer fra AD

Vedlegg til sak 013-2021 Status og oppfølging av styresaker i Sykehuset Telemark

Oversikten blir oppdatert fortløpende og fremlagt for styret to ganger per år. Saker som er innfridd (markert som OK) fjernes fra listen etter styrets behandling av saken.

Sak og dato	Vedtak/oppfølging	Tiltak	Status
Driftsorienteringer fra AD <i>Møtedato</i> 16.9.2020	Styret ber administrasjonen om å få en status på influensavaksinering av ansatte under driftsorienteringer fra administrerende direktør i møtet i desember 2020.		
055-2020 Utbygging somatikk Skien – Prosjektinnhold til konseptrapport (B3) og økning av ramme <i>Møtedato</i> 16.9.2020	3. Styret fremlegges Konseptrapport (B3) den 28. oktober 2020 for endelig godkjenning av konseptrapport før behandling i Helse Sør-Øst.	Konseptrapport (B3) fremlegges for styret i møte 28. oktober	OK Styret i STHF har behandlet Konseptrapport (B3) (sak 070-2020). Styret i Helse Sør-Øst godkjente konseptrapporten for utbygging av det somatiske tilbudet i Skien mi møte 26. november 2020
065-2020 Virksomhetsrapport per september 2020 <i>Møtedato</i> 28.10.2020	Styret ba administrasjonen om at styret orienteres i styremøte i februar 2021 om Kirurgisk klinikk forbedringsarbeid.	Sak om forbedringsarbeidet i Kirurgisk klinikk legges inn i styrets årsplan 2021 på februar møtet. Kirurgisk klinikk forbereder saken	Saken skyves på til styremøte i mars. Dette i henhold til avtale med styreleder. Årsaken til endringen er at det er innmeldt svært mange saker til februar møtet.

Vedlegg til sak 013-2021 Status og oppfølging av styresaker i Sykehuset Telemark

Oversikten blir oppdatert fortløpende og fremlagt for styret to ganger per år. Saker som er innfridd (markert som OK) fjernes fra listen etter styrets behandling av saken.

Sak og dato	Vedtak/oppfølging	Tiltak	Status
077-2020 Budsjett 2021 <i>Møtedato</i> 16.12.2020	Kommentarer i møtet Styret ber administrasjonen om jevnlig statusoppdateringer i 2021 for de tre sykehus-overgripende prosjektene.	Plan utarbeides og legges inn i styrets årsplan	OK Plan er utarbeidet og lagt inn i styrets årsplan

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	17. februar 2021

Type sak (sett kryss)						
Beslutning		Etterretning		Orientering	<input checked="" type="checkbox"/>	Tema

Sak: 014 – 2021

Styrets årsplan 2021 - oppdatert

Som ledd i virksomhetsstyringen ved Sykehuset Telemark HF utarbeides det en plan for styrets arbeid for det enkelte år. Styrets årsplan 2021 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 og ble vedtatt av styret i desember 2020 (sak 082-2020).

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

Som følge av covid-19 avholdes møtene elektronisk (Skype-møter). Møtested vil bli lagt inn i styrets årsplan når styremøtene igjen kan avholdes fysisk.

Forslag til vedtak

Styret slutter seg til oppdatert styrets årsplan 2021.

Skien, 8. februar 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2021

Ajourført per 08.02.2021

Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
Styremøte 17. februar Kl. 0930 – 1530 Skype-møte	<ul style="list-style-type: none"> Godkjenning av innkalling og saksliste Godkjenning av protokoll Protokoll fra foretaksmøte 17. desember 2020 Forberedelseforprosjekt USS Årlig melding 2020 Protokoll fra foretaksmøte 17. des. 2020 	<ul style="list-style-type: none"> Driftsorienteringer fra AD Virksomhetsrapport per 3. tertial 2020 Virksomhetsrapport per januar 2021 Internrevisjon resultater 2020 og plan 2021 Sluttrapport akuttkjedeprojektet Forskningsåret 2020 Årlig erklæring om ledernes ansettelsesvilkår Styresaker i Sykehuset Telemark HF - status og oppfølging Årsplan styresaker 	<ul style="list-style-type: none"> Styrets egevaluering – lukket møte
Styremøte 24. mars Kl. 0930 – 1530 Sted: Ikke avklart	<ul style="list-style-type: none"> Godkjenning av innkalling og saksliste Godkjenning av protokoll Beretning og årsregnskap 2020 Fullmakter ved STHF Protokoll fra foretaksmøte xx. februar og oppdragsdokument 2021 	<ul style="list-style-type: none"> Driftsorienteringer fra AD Virksomhetsrapport per februar 2021 Status STHFs ambulanseplan Alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser 2020 Uønskede pasienthendelser 2020 - statistikk og analyse (NOKUP) Årsrapport 2020 HMS Orientering om avtaleinngåelse for anskaffelse og status nytt forbedringssystem Årsplan styresaker 	<ul style="list-style-type: none"> Forbedringsarbeid i Kirurgisk klinikk Styrets egevaluering – lukket møte
Styremøte 21. april Kl. 0930 – 1530 Møte med brukerutvalg (frem til lunsj) Sted: Ikke avklart	<ul style="list-style-type: none"> Godkjenning av innkalling og saksliste Godkjenning av protokoll Økonomisk langtidsplan 2022-2025 Møteplan for styret 2022 	<ul style="list-style-type: none"> Driftsorienteringer fra AD Virksomhetsrapport per mars 2021 Status sykehus-overgripende prosjekter Handlingsplan legemiddelhåndtering og klassifisering Årsmelding 2020 Pasient- og brukerombudet Samdata 2020 Årsplan styresaker 	<ul style="list-style-type: none"> Styrets egevaluering – lukket møte

Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2021

Ajourført per 08.02.2021

Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
Styremøte 19. mai Kl. 0930 – 1530 Sted: Ikke avklart	<ul style="list-style-type: none">• Godkjenning av innkalling og saksliste• Godkjenning av protokoll• Styreinstruks og instruks for administrerende direktør i Sykehuset Telemark HF• Styrende dokumenter for Sykehuset Telemark HF i 2021	<ul style="list-style-type: none">• Driftsorienteringer fra AD• Virksomhetsrapport per 1. tertial 2021• STHFs handlingsplan pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring ref. regional strategi• Resultater av undersøkelsen ForBedring• Helsefelleskap• Årsplan styresaker	<ul style="list-style-type: none">• Styrets egevaluering – lukket møte
Styremøte 16. juni Kl. 0930 – 1530 Sted: Ikke avklart	<ul style="list-style-type: none">• Godkjenning av innkalling og saksliste• Godkjenning av protokoll• Protokoll fra foretaksmøte xx. mai	<ul style="list-style-type: none">• Driftsorienteringer fra AD• Virksomhetsrapport per mai 2021• Rammeverk for beredskap• ADs driftsorienteringer• Årsplan styresaker	<ul style="list-style-type: none">• Styrets egevaluering – lukket møte
Styremøte 22. september Kl. 0930 – 1530 Sted: Ikke avklart	<ul style="list-style-type: none">• Godkjenning av innkalling og saksliste• Godkjenning av protokoll• Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2022	<ul style="list-style-type: none">• Driftsorienteringer fra AD• Fullskala Kompetanseportal – status• Virksomhetsrapport per 2. tertial 2021• Status sykehus-overgripende prosjekter• Status styringskrav 2021 (OBD)• Styresaker i Sykehuset Telemark HF - status og oppfølging• Årsplan styresaker	<ul style="list-style-type: none">• Styrets egevaluering – lukket møte
Styremøte 27. oktober Kl. 0930 – 1530 Sted: Ikke avklart	<ul style="list-style-type: none">• Godkjenning av innkalling og saksliste• Godkjenning av protokoll• Årlig evaluering AD	<ul style="list-style-type: none">• Driftsorienteringer fra AD• Virksomhetsrapport per september 2021• Status budsjett 2022• Vold og trusler mot ansatte - status forebyggende program• Kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer• Status prosjekt implementering prosjekt nytt forbedringssystem• Ledelsens gjennomgang 2021	<ul style="list-style-type: none">• Styrets egevaluering – lukket møte

Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2021

Ajourført per 08.02.2021

Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
Styremøte 15. desember Kl. 0930 – 1530 Sted: Ikke avklart	<ul style="list-style-type: none">Godkjenning av innkalling og saklisteGodkjenning av protokollBudsjett 2022Årsplan styresaker 2022	<ul style="list-style-type: none">Årsplan styresakerDriftsorienteringer fra ADVirksomhetsrapport per november 2021Status sykehus-overgripende prosjekterUtdanning av leger, sykepleiere og helsefagarbeidere ved STHF – statusInternrevisjon resultater 2021 og plan 2022Overordnet handlingsplan for helse-, miljø- og sikkerhet (HMS) Sykehuset Telemark 2022Forskningsåret 2021	<ul style="list-style-type: none">Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring - status 2020

Foretaksmøter og styreseminar:

Årlige faste foretaksmøter 19. februar (elektronisk møte). Helse Sør-Øst RHF har ikke fastlagt møtedato for mai/juni møtet

Styreseminar 24. mars - Tema: Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan for 2022 (utgangspunkt Årlig melding 2020)
22. september
16. desember - Tema: Årlig egenevaluering av styrets arbeid og arbeidsform

Saker til behandling hvor møtetidspunkt ikke er fastsatt:

- Oversikt kategorisering av HMS-avvik settes opp i 2022 etter at nytt forbedringssystem er tatt i bruk

Protokoll

Protokoll:	Brukerutvalg STHF	Dato:	10. desember 2020
Møteleder:	Rita Andersen	Tid:	1000 – 1400
Referent:	Anne Borge Kallevig	Sted:	Møterom Vrangfoss
Deltakere:	Rita Andersen (RA) Psoriasis og Eksemforbundet Telemark (PEF) John Arne Rinde, Pensjonistforbundet Telemark Olav Kristiansen Prostatakreftforeningen (profo) Sondre Otervik A-larm Vidar Bersvendsen Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) Gunn Ingeborg Kval-Engstad Ryggmarksbrokk- og Hydrocephalusforeningen Gun Inger Heibø, Multippel sklerose (MS) Hanne Kittilsen Kreftforeningen Else Jorunn Saga Pasient og brukerombud Telemark Tom Helge Rønning (THR) administrerende direktør Per Urdahl, klinikkssjef medisin Geir Olav Ryntveit (GOR) økonomidirektør, sak 342-2020 Lars Kittilsen (LK) kommunikasjonssjef, sak 43-2020 Anna Hammer (AH) konsulent IKT, sak 44-2020 Kjersti Odden Christensen (KOC) rådgiver IKT, sak 44-2020 Anne Borge Kallevig, administrasjonskonsulent		
Fravær:	Anne Iversen, Norges Handikapforbund (NHF) Anne Brynjulfsen, rådgiver klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling (KPR) Egil Rye-Hytten regional brukerrepresentant Halfrid Waage, fagdirektør		

Saksnr.	Sak	Ansvar
00-2020	Godkjenning av innkalling og sakliste Vedtak: Brukerutvalget godkjenner innkalling og sakliste	RA
41-2020	Godkjenning av protokoll fra 29. oktober 2020 Vedtak: Brukerutvalget godkjenner protokoll fra brukerutvalgsmøte 29. oktober 2020.	RA
	Aktuelle orienteringer v/adm.dir Tom Helge Rønning <ul style="list-style-type: none"> • Utbygging somatikk Skien Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok konseptrapporten på styremøte 26.11.20. Styret ga administrasjonen i Helse Sør-Øst fullmakt til å søke finansiering over statsbudsjettet i 2022. Endelig forprosjekt vil da starte i 2022, og utbyggingen vil forhåpentligvis ferdigstilles i 2026. 	THR

Saksnr.	Sak	Ansvar
	<p>Det ble videre besluttet at Sykehuset Telemark selv skal eie prosjektet. Kostnadsramme: 1,1 milliard</p> <ul style="list-style-type: none"> • Influensavaksine: Høy andel av ansatte har tatt vaksinen i år – nasjonalt mål var 75% - sykehuset oppnår tett opp mot 80% - noe som er veldig positivt. Lav forekomst av influensa i år. • Covid 19 Pr nå ikke veldig stor belastning. Sykehuset er i normal drift men opprettholder fremdeles adgangs og besøksbegrensninger. Mer elektroniske møter. Fysiske møter – begrenset antall. Pt 6 pasienter innlagt med påvist Covid-19. Grenland har for tiden svakt stigende smittekurve, mens både Oslo og nasjonalt er smittekurven synkende. Sykehusets største bekymring – våre ansatte. Nærkontakter på små enheter kan sette mange ut av spill. Tilfellene sykehuset har hatt har generelt fått små konsekvenser. Sykehuset har ukentlige møter med Helse Sør-Øst. Sykehuset legger opp til ordinær drift gjennom jula. Spent på konsekvensene av julefeiring. Håp om at Pfizer vaksine godkjennes i romjula. Kommunene ansvarlige for vaksinerings – krevende logistikk Jobbes med prioriteringslister – pr nå: Beboere på syke- og pleiehjem Alle over 65 Voksne mellom 18-64 år med definerte sykdommer Sykehuset – ansvar for å vaksinere ansatte Sykehuset har ansvar for inneliggende pasienter som er inneliggende over tid. Stort apparat for gjennomføring – godt i gang med planleggingen. 	
42-2020	<p>Virksomhetsrapport pr oktober 2020</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poliklinisk aktivitet i somatikken på normalt nivå. • Poliklinisk aktivitet i VOP er fortsatt på et relativt lavt nivå, men vekst i BUP og TSB. • Elektiv operasjonsaktivitet høyere enn budsjettert nivå. • Ventelister til operasjon nærmer seg nivået fra før korona. • Fortsatt lavt belegg på somatiske sengeposter. • Ventetider og fristbrudd er redusert og nærmer seg nå nivået fra før koronapandemien. • Det har vært stabile ventelister og nedgang i antall pasienter passert planlagt tid. • Resultat rapportert per oktober på 2,1 mnok vs budsjett 25,0 mnok. Resultat korrigert for Korona beregnet til 17,7 mnok. 	GOR

Saksnr.	Sak	Ansvar
	<ul style="list-style-type: none"> • Rapportert resultat i oktober på 2,0 mnok vs budsjett 2,5 mnok. Resultat korrigert for Korona beregnet til 3,6 mnok <p>Kort om november – gode resultater på de fleste områder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • God utvikling på fristbrudd, løftebrudd og ventetider. <ul style="list-style-type: none"> – Stabile ventelister og antall pasienter passert planlagt tid er nede på nivå med annet halvår 2019 • Poliklinisk aktivitet i somatikken på nivå med oktober – dvs fortsatt relativt bra • Poliklinisk aktivitet i psykiatrien øker sammenliknet med oktober (+5,5%) og november er blant de beste månedene i 2020 • Belegg i somatikken er svakt økende men fortsatt på lavere nivå enn før pandemien • Ekstraordinær bevilgning på 76,9 mnok <ul style="list-style-type: none"> – Resultat for november (eksklusiv C-19 effekter) er estimert til +0,4 mnok <p>Vedtak: Brukerutvalget tar virksomhetsrapport pr oktober 2020 til orientering.</p>	
43-2020	<p>Brukerundersøkelsen</p> <p>Lars Kittilsen, kommunikasjonssjef, informerte om utrulling av ny undersøkelse/nye undersøkelser.</p> <p>Helse Sør-Øst endret avtalen fra Questback til Comfirmat noe som førte til at ny undersøkelse måtte bygges.</p> <p>Den gamle avtalen hadde ujevn deltakelse, og resultatene ble lite brukt. Den nye undersøkelsen er tredelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Døgnpasienter (sengepost) • Dagbehandling (poliklinikk, undersøkelser) • Pårørende <p>og har færre valg.</p> <p>Samme nettadresse som den forrige.</p> <p>Spørsmålene i den nye undersøkelsen er mer relevante, og tilpasset enhetene.</p> <p>Undersøkelsen er kvalitetssikret med klinikkene.</p> <p>For å gjøre undersøkelsen godt kjent:</p> <ul style="list-style-type: none"> • God intern informasjon • Ekstern informasjon (nettsider, Facebook m.m.) • Lenke til undersøkelsen i relevante saker • Bruke resultatene aktivt – både internt og eksternt <p>Brukerundersøkelsen lanseres rett etter nyttår.</p>	LK
44-2020	<p>Digitale innbyggertjenester</p> <p>v/Kjersti Odden Christensen rådgiver IKT og Anna Hammer konsulent IKT</p> <p>Orientering om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Digitale innbyggertjenester • Digital pasient- og pårørendemedvirkning 	EJS

Saksnr.	Sak	Ansvar
	Presentasjonen sendes i egen mail.	
45-2020	<p>Pasient og brukerombudets orienteringer v/Else Jorunn Saga</p> <p><i>Oppsummering:</i> Pasient- og brukerombudet opplyste at sykehuset har tilrettelagt for dialogmøter også i covid-tida. Dette setter ombudet pris på. Ombudet jobber ofte med ønske og mål om å løse problemer på laveste nivå og der er dialogmøte et godt verktøy. Møtene må selvfølgelig vurderes fra gang til gang med hensyn til smittevern, og det oppfatter ombudet at gjøres.</p> <p>Ombudet har sett nærmere på om det har vært henvendelser de siste fire årene der tema har vært ubetalte egenandeler som har gått til inkasso. Det var ingen saker som hadde gått så langt. Ombudet hadde noen slike saker for noen år siden. Ombudet vet ikke om dette skyldes at det brukes godt skjønn ved sykehuset, slik at en unngår at sjuke pasienter får tilleggsbelastningen med at egenandeler og dårlig personlig økonomi og styring vokser til uhåndterbare problem., eller om pasientene det gjelder ikke kontakter ombudet.</p> <p>Ombudet uttrykte en bekymring for folks psykiske helse under kovid-pandemien, og synes å merke en slitasje blant folk.</p>	
46-2020	<p>Status prosjekter Brukerutvalget gjennomgikk listen</p>	RA
47-2020	<p>Pasientflyt 24/7 – Case til diskusjon Saken utgår (tas som egen diskusjonssak blant brukerrepresentantene)</p>	RA
48-2020	<p>Eventuelt Ingen saker ble behandlet.</p>	

Skien, 10. desember 2020
Anne Borge Kallevig
referent

Møteprotokoll

Styre: Ekstraordinært styremøte Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Skype-møte
Dato: 15. januar 2021
Tidspunkt: Kl 1230-1330

Følgende styremedlemmer møtte:

Svein I. Gjedrem	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Kirsten Brubakk	
Olaf Qvale Dobloug	
Christian Grimsgaard	
Bushra Ishaq	
Vibeke Limi	
Einar Lunde	
Lasse Sølvberg	
Sigrun E. Vågeng	

Fra brukerutvalget møtte:

Nina Roland
Lilli-Ann Stensdal

Fra administrasjonen deltok:

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

Saker som ble behandlet:

001-2021	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner innkalling og sakliste til ekstraordinært styremøte 15. januar 2021.

002-2021	Økonomiske konsekvenser av Covid-19 pandemien – fordeling av gjenstående bevilgning
-----------------	--

Oppsummering

Saken er en oppfølging av styresakene 078-2020 *Revidert nasjonalbudsjett 2020 – økonomiske konsekvenser av Covid-19* og 121-2020 *Økonomiske konsekvenser av Covid-19 pandemien*.

I denne saken forelegges styret forslag til fordeling av gjenstående beløp på 442,2 millioner kroner av Stortingets bevilgninger i 2020 til Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med Covid-19 pandemien.

Kommentarer i møtet

Styret takket for godt saksfremlegg og sluttet seg til den fremlagte innstillingen fra administrerende direktør.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret slutter seg til at gjenstående bevilgning på 442,2 millioner kroner i forbindelse med Covid-19 pandemien tildeles helseforetak og private ideelle sykehus i regionen, samt det regionale helseforetaket med følgende fordeling:
 - Det fordeles 290,1 millioner kroner gjennom den regionale inntektsmodellen.
 - Videre gjøres følgende særskilte tildelinger:
 - i. Diakonhjemmet Sykehus AS og Lovisenberg Diakonale Sykehus AS tildeles henholdsvis tre millioner kroner og 1,5 millioner kroner utover tildeling gjennom inntektsmodellen.
 - ii. Martina Hansens Hospital AS tildeles ni millioner kroner, hvorav 1,2 millioner kroner etter andel basisramme, 2,8 millioner kroner for reduksjon i variable inntekter som følge av beredskapsavtale med Vestre Viken HF og fem millioner kroner for særlige negative økonomiske effekter av Covid-19 pandemien.

- iii. Sykehuspartner HF tildeles 60,1 millioner kroner for økte driftskostnader, hvorav 8,5 millioner kroner omhandler forsyningscenteret.
- iv. Helse Sør-Øst RHF tildeles 45 millioner kroner for merkostnader i drift og 33,5 millioner kroner for merkostnader i den regionale IKT-prosjektporteføljen.
- v. Reserverte midler til regionalt gjennomførte investeringer på 100 millioner i Helse Sør-Øst RHF fordeles til helseforetakene etter faktisk kostnad for utkjøp.

003-2021	Akershus universitetssykehus HF – konseptfase vedrørende leieavtale med Norske Kvinners Sanitetsforening
-----------------	---

Saken var unntatt offentlighet, jf. Offl. §23, 1. ledd og ble behandlet i lukket møte.

Oppsummering

Styret i Akershus universitetssykehus HF behandlet i styresak 101/20, den 9. desember 2020, prosjektinnramming for leie av klinisk areal i nybygg som er planlagt oppført av Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS) på Nordbyhagen. I henhold til finansstrategien må fullmakt fra styret i Helse Sør-Øst RHF foreligge før helseforetaket starter konseptfase i om. at dette omhandler nybygg og leieavtalen vil være over 100 millioner kroner. I denne saken behandles fullmakt til å gjennomføre en konseptfase. Fullmakt til å inngå leieavtale vil kreve egen beslutningssak i styret i Helse Sør-Øst RHF basert på konseptfasen.

Kommentarer i møtet

Styret hadde ønsket seg at saken var fremmet på et tidligere tidspunkt, slik at det hadde vært bedre tid til videre utredning.

Styrets

V E D T A K

1. Styret godkjenner at Akershus universitetssykehus igangsetter konseptfase vedrørende leie av klinisk areal i nybygg som er planlagt oppført av Norske Kvinners Sanitetsforening på Nordbyhagen.
2. Styret presiserer at Akershus universitetssykehus HF ikke har fullmakt til å inngå en forpliktende leieavtale eller intensjonsavtale med Norske Kvinners Sanitetsforening før styret i Helse Sør-Øst RHF har behandlet fullmaktsøknad etter gjennomført konseptfase.

Votering:

Vedtatt mot tre stemmer (Brubakk, Sølvberg og Grimsgaard)

Stemmemforklaring fra styremedlemmene Brubakk, Sølvberg og Grimsgaard:

Disse representanten går imot vedtaksforslaget. Det skisseres i saken en 20-års leieavtale. Hovedregelen bør være at helseforetakene selv eier bygg de har varig behov for. I Helse Sør-Øst sin finansstrategi er det anført at leie- og leasingavtaler skal ikke inngås basert på knapphet på finansiering.

Disse representantene kan ikke se at det er fremlagt momenter som berettiger at hovedregelen bør fravikes.

004-2021	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
----------	--

Kommentarer i møtet

Til punkt 1; Vaksinasjon av helsepersonell mot Covid-19:

Styret er positiv til at vaksinasjon av ansatte nå er i gang og ba administrasjonen om å være i dialog med myndighetene om ytterligere vaksinerings av helsepersonell. Styret ba også om at helseforetakene i fortsettelsen vurderer vaksinasjon til flere grupper ansatte.

Til punkt 2; Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF – virksomhetsinnhold og lokalisering:

Styret ber om at prosjektrapporten og samfunnsanalysen blir gjenstand for høring i samtlige kommuner i Innlandet. Av hensyn til den videre fremdriften bør høringsperioden begrenses til 6-8 uker.

Styret understreket at høringsinstansene må oppfordres til å gi uttrykk både for sitt primære og sekundære syn på fremtidig sykehusstruktur i Innlandet. Videre presiserte styret at høringsinstansene må vurdere en helhetlig løsning.

Til punkt 3; Valg av rentefastsettelse pr. 1. januar 2021 på lån fra Helse- og omsorgsdepartementet:

Styret ber om at det vurderes mulighet for rentebinding med fremtidig oppstart, for eksempel på tidspunkt for konvertering av byggelån til langsiktig lån.

Styret ba også om at det redegjøres for rentebetingelser i neste styremøte.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.
2. Styret ber om at det gjennomføres en høring av prosjektrapport og samfunnsanalysen som ledd i utredningen av ny sykehusstruktur i Innlandet.

Møtet hevet kl 13:45

Hamar, 15. januar 2021

Svein I. Gjedrem
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
nestleder

Kirsten Brubakk

Olaf Qvale Dobloug

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Vibeke Limi

Einar Lunde

Lasse Sølvberg

Sigrun E. Vågeng

Tore Robertsen
styresekretær

Protokoll

Protokoll:	Ungdomsråd STHF	Dato:	26.januar 2021
Møteleder:	Ada-Marie Riis	Tid:	1800 – 2100
Referent:	Anne Borge Kallevig	Sted:	Via Skype
Deltakere:	Ada-Marie Riis (AMR), Happy Sapai (HS), Christie Malek (CM), Amalie Hansen (AM), Sebastian Gundersen (SG), Oliver Ditlefsen (OD), Hege Arvesen (HA), Elise Haugerø (EH), Anne Borge Kallevig (ABK)		
Fravær:	Thea Tomine Borge (TTB)		
I tillegg møtte	Janicke Stordalen, prosjektleder prosjekt «Pasientflyt 24/7» vedr sak 03-2021 Torhild Rødseth Haugen, avdelingsleder BUK Rita Raastad, seksjonsleder MED Gitte Westlund, seksjonsleder barneavdelingen Anne Kjendalen, avdelingsleder ABUP Edvard Løken, fastlege – alle vedr sak 04-2021		

Saksnr.	Sak	Ansvar
00-2021	Innkallelse og saksliste til møtet Vedtak: Innkalling og saksliste ble godkjent	AMR
01-2021	Godkjenning av protokoll Vedtak: Ungdomsrådet godkjenner protokoll fra ungdomsrådsmøte 8.desember 2020.	AMR
02-2021	Godkjenning av årsrapport for ungdomsrådet ved Sykehuset Telemark HF 2020 Vedtak: Ungdomsrådet godkjenner årsrapport 2020.	AMR
03-2021	Prosjekt Pasientflyt 24/7 Prosjektleder Janicke Stordalen gjennomgikk status på prosjektet. Fra arbeidsgruppe 1.3: « Elektive døgn, dag og polikliniske pasienter i sengepost» hvor Janicke er arbeidsgruppeleder, har ungdomsrådet fått tilsendt et case til diskusjon. Caset er svart opp, og svarene ble gjennomgått med Janicke på møtet. God dialog og gode innspill. Innspillene vil bli tatt med i det videre arbeidet i prosjektet.	JS/AMR

Saksnr.	Sak	Ansvar
04-2021	<p>Overgang barn – voksen</p> <p>Til denne saken møtte både Torhild Rødseth Haugen, avdelingsleder BUK, Rita Raastad, seksjonsleder MED, Gitte Westlund, seksjonsleder barneavdelingen, Anne Kjendalen, avdelingsleder ABUP og Edvard Løken, fastlege.</p> <p>Ungdomsrådet er blitt utfordret til å komme med innspill på punkter de mener er viktig i overgangen barn/ungdom – voksen. Svar på dette er sendt Torhild R. Haugen.</p> <p>Innspillene ble gjennomgått og det ble en god konstruktiv dialog rundt temaet. Innspillene vil bli tatt med tilbake til arbeidsgruppen i avdeling for barne- og ungdomsmedisin (ABUM), og inn i det videre arbeidet.</p>	AMR/ TRH
05-2021	<p>Eventuelt</p> <p>➤ Ungdomsrom</p> <p>Barneavdelingen tilbyr nå «mellomrommet» i skolestua til ungdomsrom. Dette kan benyttes hver kveld og i helgene. I ferier - også på dagtid.</p> <p>Etter ønske fra ungdomsrådet kjøpes det inn et par sakkosekker, Spill/brettspill, fargebøker, farger, lyslenker og smart TV. Når det gjelder smart-TV vil foresatte få informasjonsskriv om denne tilgangen.</p> <p>Wi-Fi tilgang sjekkes – evt om den kan bli enda bedre. Det vil også bli mulig å få malt rommet, og det kan kjøpes noe kunst. Oppstart før sommeren hvis situasjonen tillater det. Maling må vente til sommeren. Nåværende kjøkkenbenk i rommet fjernes.</p> <p>Det sjekkes også mulighet til å skaffe utstyr til VR-briller og gaming.</p> <p>Ungdomsrådet sender Torhild Rødseth Haugen spesifisert ønskeliste på spill/brettspill, og lenker til forslag på utsyr til VR-briller og gaming.</p>	

Møtet ble avsluttet kl. 21.00

Skien, 26.januar 2021
Anne Borge Kallevig

Protokoll

Protokoll:	Brukerutvalg STHF	Dato:	4. februar 2021
Møteleder:	Rita Andersen	Tid:	1000 – 1300
Referent:	Anne Borge Kallevig	Sted:	Skype-møte
Deltakere:	Rita Andersen (RA) Psoriasis og Eksemforbundet Telemark (PEF) John Arne Rinde, Pensjonistforbundet Telemark Olav Kristiansen Prostatakreftforeningen (profo) Sondre Otervik A-larm Vidar Bersvendsen Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) Gunn Ingeborg Kval-Engstad Ryggmarksbrokk- og Hydrocephalusforeningen Gun Inger Heibø, Multippel sklerose (MS) Hanne Kittilsen Kreftforeningen Anne Iversen, Norges Handikapforbund (NHF) Egil Rye-Hytten, regional brukerrepresentant, fra kl 12.00 Else Jorunn Saga Pasient og brukerombud Vestfold og Telemark, kontor Skien Tom Helge Rønning (THR) administrerende direktør til kl 12.30 Per Urdahl, klinikkssjef medisin Halfrid Waage, fagdirektør fra kl 11.00 Geir Olav Ryntveit (GOR) økonomidirektør, sak 05-2021 Lars Ødegård (LØ) klinikkssjef KPR, sak 07-2021 Anne Borge Kallevig, administrasjonskonsulent		
Fravær:	Anne Brynjulfsen, rådgiver klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling (KPR)		

Saksnr.	Sak	Ansvar
00-2021	Godkjenning av innkalling og sakliste Vedtak: Brukerutvalget godkjenner innkalling og sakliste	RA
01-2021	Godkjenning av protokoll fra 10. desember 2020 Vedtak: Brukerutvalget godkjenner protokoll fra brukerutvalgsmøte 10. desember 2020.	RA
02-2021	Godkjenning av årsrapport brukerutvalget ved Sykehuset Telemark HF 2020 Brukerutvalget godkjenner årsrapport brukerutvalget ved Sykehuset Telemark HF 2020	RA
1010	Aktuelle orienteringer v/adm.dir Tom Helge Rønning <ul style="list-style-type: none"> • Covid 19 Pr dags dato – liten smitte, få innlagte pasienter. Situasjonen er rolig. Smittesituasjonen på Østlandet følges nøye. Usikker situasjon i Oslo området og Østfold området. 	THR

Saksnr.	Sak	Ansvar
	<p>Lave nasjonale smittetall – synkende trend. Siste tiden under 300 pr døgn. Oslo – klar synkende smittekurve. Telemark har pr nå få smittetilfeller – siste tiden 2-7 tilfeller pr døgn. Sykehuset er bedt om ikke å gjøre spesielle tiltak nå, men følge med.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Vaksinering av ansatte</u> Sykehuset har denne uken fullvaksinert i overkant av 400 ansatte. Fått lovnad om ytterligere 1.000 doser i løpet av de neste ukene. Vaksineutvalget ved sykehuset vil legge fram et forslag til hvem som skal vaksineres i pulje to. Forslaget vil være basert på føringer fra Folkehelseinstituttet. Innspill fra klinikkene vil bli tatt med i vurderingen, og foretakstillitsvalgte vil bli involvert. • <u>Pasientavlyste timer</u> Sykehuset ser med bekymring på at så mye som 30% av polikliniske konsultasjoner/kontroller avlyses. Mange av disse grunnet bekymring og frykt for smitte. Sykehuset har ikke hatt smitte på poliklinikkene. <p>Sykehuset hadde et smitteutbrudd i desember måned. Utbruddet førte til smitte inn på sykehuset – både pasienter og ansatte ble smittet. Noen av de antatt smittede pasientene er døde. Alle var innlagt på grunn av annen alvorlig sykdom, men sykehuset valgte å varsle Statens helsetilsyn om dødsfallene for å få en ekstern vurdering av håndteringen. Sykehuset har satt i gang hendelsesanalyse. Sykehuset har kontroll på situasjonen, og det er trygt å komme.</p> <p>Brukerutvalget ser alvorlig på at pasienter avlyser og uteblir fra poliklinisk behandling/kontroll på grunn av frykt for smitte. Brukerutvalgets medlemmer vil ta dette opp med sine respektive organisasjoner å opplyse og berolige sine medlemmer om at det både er viktig og trygt å møte til kontroller. Brukerutvalget v/ Rita Andersen og Anne Iversen lager et felles skriv til alle organisasjoner. Brukerutvalget ønsker også ta dette i pressen.</p> <p>Pasient- og brukerombudet uttrykte også stor bekymring om at pasienter ikke møter til time/behandling i frykt for smitte.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Arbeidet med Helsefellesskap (avtale mellom kommuner og helseforetak) i gang</u> Helsefellesskapet består av representanter fra helseforetak, kommuner, lokale fastleger og brukere i opptaksområdet. Første møte i Telemark ble avholdt 22.januar 2021. Samtlige kommuner var representert. Det er satt ned 2 strategiske utvalg – ett for øvre og ett for nedre Telemark, og et faglig samarbeidsforum. 	

Saksnr.	Sak	Ansvar
	<p>Godt utgangspunkt for å videreføre samhandlingsarbeidet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Bruk av munnbind på sykehuset</u> Munnbind – ikke munnbind ? Ansatte følger myndighetenes råd, og tar smittevern på alvor. I behandlingen av sårbare pasienter er munnbind brukt lenge. Likevel ser vi at smitte kan brer seg. 	
03-2021	<p>Årlig melding 2020</p> <p>Brukerutvalget tar Årlig melding til orientering</p>	THR
04-2021	<p>Orientering vedr. slankeoperasjoner Sykehuset Telemark HF</p> <p>Brukerutvalgets leder har fått henvendelse fra gastrokirurgi med spørsmål om brukerutvalget ved sykehuset kan ta opp spørsmålet om å gjeninnføre fedmeoperasjoner ved sykehuset. Flere søker seg til det private da det er lange ventelister i det offentlige. Gastrokirurgi mener selv de har ledig kapasitet og kan gjennomføre slike operasjoner uten at det går utover ordinær drift.</p> <p>Saken har en lang historie, og fra 2014 er ansvaret for fedmeoperasjoner tildelt syv av helseforetakene gjennom oppdrags- og bestillingsdokumentet – blant annet Sykehuset i Vestfold.</p> <p>Sykehuset hadde i 2017/2018 en omfattende dialog om temaet med Sykehuset i Vestfold og Helse Sør-Øst, men mottok i mars 2018 et formelt brev fra Helse Sør-Øst hvor de slo fast at det ikke var aktuelt å åpne for at Sykehuset Telemark skulle gjeninnføre denne type inngrep.</p> <p>Sykehuset er komfortabel med funksjonsfordelingen, og ønsker ikke å ta saken opp på nytt med Helse Sør-Øst.</p> <p>Brukerutvalget tar saken til orientering.</p>	
05-2021 1100-1130	<p>Virksomhetsrapport 3 tertial 2020</p> <ul style="list-style-type: none"> • ISF-aktivitet lavere enn budsjett i desember men om lag på nivå med 2019. • Høy poliklinisk aktivitet i desember – både somatikk og psykiatri. • Ventetider og fristbrudd for ventende øker – avtar fortsatt for påstartet. • Høy operasjonsaktivitet i første del av måneden før aktivitet stoppet/bremset. • Akutte henvisninger betydelig lavere enn normalt (2018/19) • Lavt belegg på somatiske poster. • Vi går inn i 2021 med høy bemanning sammenliknet med 2020 og budsjett 2021. Kun deler av avvik forklares av direkte koronarelaterte årsverk. • <u>Koronaeffekter</u> Inntektsbortfall -125,8 mnok 	GOR

Saksnr.	Sak	Ansvar
	<p>Kostnader - 32,3 mnok Økte bevilgninger (bokført i 2020) 169,9 mnok Samlet effekt 2020 11,8 mnok</p> <ul style="list-style-type: none"> • Årsresultat 2020 (desember1 rapportering) <p>Rapportert resultat 35,6 mnok Koronaeffekt (samlet) - 11,8 mnok Årsresultat ekskl koronaeffekter 23,9 mnok Budsjett 2020 30,0 mnok</p> <p>STHF er blitt tilført 220 mnok i ekstra bevilgninger i 2020. Av dette er 170 mnok inntektsført i 2020. Samlet ligger ca 80 mnok i ekstra midler knyttet til koronaepidemien i budsjett 2021.</p> <p><u>Utfordrende 2021:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Koronapandemien gir stor usikkerhet og risiko <ul style="list-style-type: none"> - Tilpasning av kapasitet/ressurser til varierende aktivitet avhengig av smittesituasjonen - Ekstra midler for 2021 utgjør om lag 50% av registrerte koronaeffekter i 2020 • Omstilling tilbake til ordinær driftssituasjon – hva har avleiret seg av ikke-registrerte kostnader ? • Tilpasning av kapasitet/ressurser til et varig lavere aktivitetsnivå ? • Resultatbanen i 2021 – 2025 forutsetter betydelig produktivitetsvekst og at vi evner å holde fremdrift i forbedringsarbeidet i 2021 <p>Vedtak: Brukerutvalget tar virksomhetsrapport 3.tertial 2020 til orientering.</p>	
06-2021	<p>Orientering fra regionalt brukerutvalg v/Egil Rye-Hyppen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Covid-19 – lager for beskyttelsesutstyr fylt godt opp ○ Gastronett – kvalitetsregister Lite og dårlig rapportering. Adm dir Cathrine Lofthus vil ta dette opp med HR-ene. Skal rapporteres. ○ Nytt «Mjøs-sykehus» – videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF ○ Fagplan – psykisk helse og rusbehandling ○ Orientering om Helsefelleskap ○ Praksiskonsulentordningen – under evaluering ○ Styringsgruppe nasjonal senter e-helseforskning ○ Nettverkgruppe Digitale Innbyggertjenester (DIT) 	EJS

Saksnr.	Sak	Ansvar
	Egil fikk skryt fra klinikksjef Per Urdahl og det medisinske miljøet for arbeidet i Kardiologiutvalget i Helse Sør-Øst for ICD-implantasjon.	
07-2021	<p>Utskriving av ruspasienter for å frigjøre koronakapasitet Koronatiltak og konsekvenser for pasienter i rusbehandling v/klinikksjef Lars Ødegård To pasienter utskrevet som følge av koronatiltak Begge pasientene i avslutningsfase av behandlingen Behandlingen ferdigstilt/pasient videreført til annen behandling</p> <p>Beredskapsplan iverksatt – etablering av koronaseksjon Kort driftsperiode Høynet terskel for avrusning <u>uten videre plan</u> Utsatt oppdrag om bytte av legemidler Alle som skulle videre til døgnbehandling tatt inn i avrusning Betydelig reduksjon i antall henvisninger</p>	LØ
08-2021	<p>Pasient og brukerombudets orienteringer v/Else Jorunn Saga</p> <p><i>Oppsummering:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bekymring for pasienter som uteblir fra avtalt kontroll/behandling grunnet frykt for smitte ○ Fordelingen antall henvendelser: spesialisthelsetjeneste – kommunehelsetjeneste utjevnes – 55/45 ○ Fra og med 01.02.21 nytt navn: <u>Pasient og brukerombud i Vestfold og Telemark, kontor Skien</u> 	
09-2021	<p>Status prosjekter Brukerutvalget gjennomgikk listen</p>	RA
10-2021	<p>Eventuelt Ingen saker ble behandlet.</p>	
	<p>Ved skype-møter: Egil Rye-Hytten, regional brukerrepresentant oppfordret til bruk av kamera når man har ordet.</p>	

Skien, 4. februar 2021
 Anne Borge Kallevig
 referent

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Digitalt møte
Dato: Torsdag 4. februar 2021
Tidspunkt: Kl 0900 – 1400

Følgende styremedlemmer møtte:

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

Fra brukerutvalget møtte:

Nina Roland
Lilli-Ann Stendal

Fra administrasjonen deltok:

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

Saker som ble behandlet:

005-2021	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner innkalling og sakliste til styremøte 4. februar 2021.

006-2021	Godkjenning av protokoll fra styremøte 17. desember 2020 og ekstraordinært styremøte 15. januar 2021
-----------------	---

Styremedlem Vibeke Limi viste til sak 149-2000 *Sykehusinnkjøp HF – strategi 2020–2023*. Dette styremedlemmet kunne ikke godkjenne strategien, da denne ikke tydelig adresserer at uheldige monopoldannelser som følge av innkjøpsprosesser skal unngås. Vedtaket ble dermed gjort mot en stemme. Dette rettes opp i den godkjente protokollen.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Protokoll fra styremøte 17. desember 2020 og ekstraordinært styremøte 15. januar 2021 godkjennes.

007-2021	Foreløpig virksomhetsrapport per desember 2020
-----------------	---

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport for desember 2020.

Kommentarer i møtet

Styret tok virksomhetsrapporten for desember til etterretning. Styret støtter at administrasjonen særskilt følger opp utviklingen innen barne- og ungdomspsykiatrien og har oppmerksomhet på spiseforstyrrelser blant ungdom.

Styret viste til de positive gjennomsnittstallene for utviklingen innen pakkeforløp kreft og understreket at det er viktig å se nærmere på de enkeltforløpene hvor måltall ikke nås, slik at dette kan danne grunnlag for kontinuerlig forbedring.

Styret har oppmerksomhet på bemanningsutviklingen og ba om nærmere analyser av bemanningsutfordringene, herunder bruk av innleie og deltid i sykehusene.

Styret er fornøyd med den positive utviklingen i driften av Sykehuspartner HF og med administrasjonens oppfølging av foretaket. Det ble pekt på at det er forsinkelser i IKT-investeringene, og dette må følges opp.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar foreløpig virksomhetsrapport per desember 2020 til etterretning.

008-2021	Oppdragsdokument 2021 fra Helse- og omsorgsdepartementet og protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 14. januar 2021 - oppdrag og bestilling 2021 til helseforetakene i Helse Sør-Øst
----------	--

Oppsummering

Helse- og omsorgsdepartementets styring av de regionale helseforetakene gjøres i form av styringsbudskap gjennom:

- Oppdragsdokumentet som omhandler «sørge for»-ansvaret og supplerer den styring som skjer gjennom foretaksmøter, lover, forskrifter og øvrige myndighetstiltak. I oppdragsdokumentet fastslås spesialisthelsetjenestens overordnede mål og det bevilges midler til å gjennomføre oppgavene som er lagt til det regionale helseforetaket.
- Vedtak i foretaksmøter, der det stilles krav i kraft av at Helse- og omsorgsdepartementet er eier. Foretaksmøtet omhandler overordnede styringsbudskap, styringskrav og rammer.

For enkelte oppgaver og krav legger Helse- og omsorgsdepartementet opp til rapportering ved fastsatte indikatorer slik at styringsdialogen kan baseres på felles kunnskap.

I oppdrag og bestilling til helseforetakene og de private ideelle sykehusene i regionen, samordner Helse Sør-Øst RHF oppgaver og krav fra Helse- og omsorgsdepartementet med vedtak i det regionale helseforetakets styre som helseforetakene/sykehusene skal følge opp.

Administrerende direktør kom i møtet med forslag til tillegg i oppdrag og bestilling 2021 til Sykehuspartner HF på bakgrunn av innspill fra styremedlem Grimsgaard. Forslagene adresserer Sykehuspartner HFs ansvar for at nye IKT-løsninger understøtter de kliniske arbeidsprosessene, at innføring av nye løsninger skjer i nært samarbeid med brukerne av løsningene og at foretaket legger til rette for effektivisering i pasientbehandlingen.

Videre innledet administrerende direktør med en redegjørelse for aktivitetsbudsjettene i helseforetakene og manglende innfrielse av prioriteringsregelen som tilsier at det skal være større aktivitetsvekst i psykisk helsevern og rusbehandling enn innen somatikk. Det ble også redegjort for ulike målemetoder for dette i 2021.

Kommentarer i møtet

Styret sluttet seg til administrerende direktørs forslag til tillegg i oppdrag og bestilling til Sykehuspartner HF.

Styret er opptatt av at helseforetakene innfrir prioriteringsregelen både for kostnader og aktivitet og ber administrerende direktør følge opp dette. Styret pekte på at det i oppdragsdokumentet for Helse Sør-Øst RHF er angitt at nominell kostnadsvekst i 2019 skal sammenlignes med det samme i 2021. Styret mener at det blir mer riktig om man sammenligner reell kostnadsvekst i begge disse årene. For aktivitetsvekst ber styret om at aktivitetsutviklingen skal ta utgangspunkt i nivået i 2019.

Styret ba om at innledningen i oppdragsdokumentet adresserer at etniske minoriteter skal ivaretas, herunder behovet for økt kulturell kompetanse for helsepersonell. Målet om likeverdige helsetjenester for alle skal vektlegges.

Styret drøftet kravet om heltidskultur og økning av utdanningsstillinger. Det ble vist til kommende styresak om regional plan for utdanning og kompetanse, og temasak om utvikling innen bemanningsområdet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar oppdragsdokument 2021 fra Helse- og omsorgsdepartementet og protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF av 14. januar 2021 til etterretning.
2. Styringsbudskapene følges opp gjennom å integreres i oppdrag og bestilling 2021 til helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst.
3. Styret slutter seg til at målet for gjennomsnittlig ventetid for somatiske tjenester settes til 54 dager for 2021 i Helse Sør-Øst.
4. Styret stadfester at resultatkravet for Vestre Viken HF i 2021 settes til 244 millioner kroner.
5. Oppdrag og bestilling 2021 til helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst godkjennes med de merknader som fremkom i møtet. Styret presiserer følgende:
 - I innledningen skal det presiseres nærmere at helseforetakene skal styrke helsepersonellens kulturelle kompetanse, slik at dette understøtter målet om likeverdige helsetjenester for alle.
 - For prioriteringsregelen bes administrerende direktør følge opp helseforetakene slik at veksten innen psykisk helsevern og rusbehandling blir større enn for somatikk, både for kostnader og aktivitet. Aktivitetsutviklingen skal ta utgangspunkt i nivået i 2019.
 - Oppdrag og bestilling 2021 til Sykehuspartner HF suppleres med de endringene som administrerende direktør refererte i møtet.

Administrerende direktør gis fullmakt til å slutføre dokumentet.

6. Styret ber om å bli orientert om gjennomføringen av oppdraget i den ordinære rapporteringen og i årlig melding.

009-2021	Regional delstrategi pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring
----------	--

Oppsummering

Regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring skal bidra til å realisere Helse Sør-Østs visjon og mål i Regional utviklingsplan 2035. Strategien legges i denne saken fram for behandling i styret.

Kommentarer i møtet

Styret ga sin tilslutning til forslaget til vedtak.

Styret ba om at det ble presisert at målgruppen for strategien inkluderer alle medarbeidere og at det også presiseres at det skal arbeides for en åpen meldekultur.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret slutter seg til regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.
2. Delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring gjøres gjeldende for helseforetakene i *Oppdrag og bestilling 2021* og legges til grunn for utviklingen av spesialisthelsetjenestene i Helse Sør-Øst.

010-2021	Riksrevisjonens rapport om helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer
----------	---

Oppsummering

Foreliggende sak redegjør for Riksrevisjonens rapport om helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer og Helse Sør-Øst RHF's oppfølging av denne.

Styret er tidligere orientert om Riksrevisjonens undersøkelser i styremøtet 22. oktober 2020 og i styremøtet 17. desember 2020.

Kommentarer i møtet

Styret ga sin tilslutning til forslaget til vedtak. Styret viste til at dette er et tema som også vil følges opp gjennom konsernrevisjonen.

Riksrevisjonens rapport oppleves som verdifull og konkret. Den gir et godt grunnlag for den videre oppfølgingen i Helse Sør-Øst. Styret pekte også på at det må arbeides videre med årsakene til de avvik som er påpekt i rapporten.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

1. Styret tar redegjørelsen til orientering.
2. Styret legger til grunn at Riksrevisjonens rapport brukes aktivt i det videre arbeidet med å forbedre informasjonssikkerheten.
3. Styret ber om å bli holdt løpende orientert om arbeidet med å forbedre informasjonssikkerheten.

011-2021	Revisjonsplan 2021 for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
-----------------	---

Oppsummering

Saken gjelder fremleggelse av forslag til revisjonsplan 2021 for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst. Revisjonsutvalget skal i henhold til instruks for styrets revisjonsutvalg utforme forslag til revisjonsplan og fremlegge denne for styret for godkjenning. I henhold til helseforetakslovens § 21 a skal styret godkjenne planen.

Kommentarer i møtet

Styret ga sin tilslutning til det fremlagte forslaget til vedtak.

Styret ba om at det i et senere styremøte ble gitt orientering om varslingsinstituttet slik revisjonsutvalget fikk i sitt siste møte.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret slutter seg til forslag til revisjonsplan for 2021.

012-2021	Årsplan styresaker
-----------------	---------------------------

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Årsplan styresaker tas til orientering.

013-2021	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
----------	--

Kommentarer i møtet

Administrerende direktør ga i møtet en nærmere orientering om koronapandemien og sykehusenes kapasitet for analyser av SARS-CoV-2, inkludert både PCR-analyser og helgenomsekvensering. I tillegg ble det orientert om vaksiner og planer for vaksinerings av helsepersonell.

I neste møte vil styreleder orientere nærmere om rentebetingelsene på lån Helse Sør-Øst RHF har.

I lukket møte, jfm. helseforetakslovens § 26 a, annet ledd, ble det gitt utfyllende informasjon om punkt 2 *Nytt sykehus i Drammen – skjønnsavgjørelse for fastsettelse av erstatning for tomteerverv.*

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 19. januar 2021
3. Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget 10. desember 2020
4. Brev fra Birgit Finstad
5. Brev fra Elverum kommune
6. Brev fra Geir Kristiansen
7. Brev fra Ottar Korsnes
8. Rapport fra Gjøvik kommune
9. Brev fra Jørgen Erik Galtestad
10. Invitasjon fra Helse- og omsorgsminister Bent Høie til ordførere i Innlandet sykehusområde og fylkesordførere i Innlandet fylkeskommune til videomøte om framtidig sykehusstruktur i Innlandet
11. Uttalelse fra Gjøvik kommune
12. Uttalelse fra kommunestyret i Våler
13. Uttalelse fra NTNU, Sintef Manufacturing og NCE Manufacturing
14. Brev fra Moelv Ide og næringsforum
15. Brev fra Elverum kommune
16. Brev fra Høgskolen i Innlandet

Temasak

- Personvern og forskning

Møtet hevet kl 14:05

Hamar, 4. februar 2021

Svein I. Gjedrem
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
Nestleder

Kirsten Brubakk

Olaf Qvale Dobloug

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Vibeke Limi

Einar Lunde

Lasse Sølvberg

Sigrun E. Vågeng

Tore Robertsen
styresekretær