

Styret i Sykehuset Telemark HF  
Brukerutvalgets representanter

**Vår referanse:**

Saksbehandler: Tone Pedersen +47 957 94 426

**Dato:**

8. juni 2020

**Innkalling til styremøte i Sykehuset Telemark HF**

Det innkalles til styremøte i Sykehuset Telemark HF

Tid: Onsdag 17. juni 2020 kl. 0930 - 1400

Sted: Konferansesenteret – møterom Vrangfoss

Vedlagt oversendes saksliste og saksframlegg til møtet.

Med vennlig hilsen  
Sykehuset Telemark HF

Per Anders Oksum  
styreleder

## Styremøte i styret for Sykehuset Telemark HF

Dato og kl.: 17. juni 2020, kl. 0930 – 1400

Sted: Konferansesenteret – møterom Vrangfoss

Møteleder: Styreleder Per Anders Oksum

### Saksliste

Tentativ plan	Saksnr.	Sakstittel	Sakstype
0930 – 0935	038 - 2020	<b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b> v/styreleder	<b>Beslutning</b>
0935 – 0940	039 - 2020	<b>Godkjenning av protokoll fra styremøte 18. mai 2020</b> v/styreleder	<b>Beslutning</b>
0940 – 1000	040 - 2020	<b>Driftsorienteringer fra administrerende direktør</b> v/administrerende direktør	<b>Orientering</b>
1000 – 1100	041 - 2020	<b>Virksomhetsrapport per mai 2020 (ettersendes)</b> v/økonomidirektør	<b>Orientering</b>
1100 – 1130	042 - 2020	<b>Uønskede pasienthendelser 2019 klassifisert med Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser (NOKUP)</b> v/fagdirektør	<b>Orientering</b>
1130 – 1200	043 - 2020	<b>Resultater ForBedring 2020</b> v/HR-direktør	<b>Orientering</b>
1200 – 1230		<b>Lunsj</b>	
1230 – 1250	044 - 2020	<b>Årlig revisjon av fullmaktsreglement</b> v/økonomidirektør	<b>Orientering</b>
1250 – 1300	045 - 2020	<b>Styrende dokumenter for Sykehuset Telemark HF i 2020</b> v/administrerende direktør	<b>Orientering</b>
1300 – 1320	046 - 2020	<b>Styreinstruks og instruks for administrerende direktør i Sykehuset Telemark HF</b> v/administrerende direktør	<b>Beslutning</b>
1320 – 1325	047 - 2020	<b>Protokoll fra foretaksmøte 18. mai 2020</b> v/administrerende direktør	<b>Etterretning</b>

Tentativ plan	Saksnr.	Sakstittel	Sakstype
1325 – 1330	048 - 2020	<b>Styresaker i Sykehuset Telemark HF - status og oppfølging</b>  v/administrerende direktør	<b>Orientering</b>
1330 – 1335	049 - 2020	<b>Årsplan styresaker</b>  v/Styreleder	<b>Orientering</b>
1335 – 1340		<b>Andre orienteringer</b> 1) Styreleder orienterer 2) Foreløpig protokoll fra styremøte Helse Sør-Øst RHF 12. mai 2020	<b>Orientering</b>
1340 – 1400		<b>TEMA:</b> Styrets egnevaluering – lukket møte  v/Styreleder	

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

Med vennlig hilsen

Per Anders Oksum  
styreleder

Vedlegg: Saksdokumenter

## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

### Sakstittel: Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak nr.	Saksansvarlig og saksaksbehandler	Sakstype	Møtedato
038-2020	Tone Pedersen, spesialrådgiver direktørens stab	Beslutning	17.06.2020

Trykte vedlegg:

Utrykte vedlegg:

### Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Skien, den 8. juni 2020

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

### Sakstittel: Godkjenning av protokoll fra styremøte 18. mai 2020

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
039-2020	Tone Pedersen, spesialrådgiver direktørens stab	Beslutning	17.06.2020

#### Trykte vedlegg:

- Protokoll fra styremøte 18. mai 2020

#### Forslag til vedtak:

Protokoll fra styremøte 18. mai 2020 godkjennes.

Skien, den 8. juni 2020

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

**PROTOKOLL FRA EKSTRAORDINÆRT STYREMØTE I SYKEHUSET TELEMAR HF**

Dato: 18. mai 2020 Tidspunkt: kl. 0900–1200

Sted: Skype-møte

**Følgende medlemmer møtte**

Per Anders Oksum                      Styreleder

Kine Cecilie Jordbakke              Nestleder

Turid Ellingsen

Per Christian Voss

Nils Kristian Bogen

Ann Iserid Vik-Johansen

Kristine Stranheim Sunde

Kristian Wiig

**Fra brukertvalget 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 028, 029, 036 og 037: Per Anders Oksum styreleder

Sak 030 og 035: Tom Helge Rønning, administrerende direktør

Sak 031: Annette Fure, utviklingsdirektør, Lasse Berg, prosjektleder Sykehusbygg

Sak 032: Geir Olav Ryntveit, økonomidirektør

Sak 034: Else Jorunn Saga, pasient- og brukerombudet

Styreleder ledet møtet

<b>028-2020</b>	<b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige**

#### **VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

<b>029-2020</b>	<b>Godkjenning av protokoll fra styremøte 22. april 2020</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

#### **VEDTAK**

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 22. april 2020.

<b>030-2020</b>	<b>Administrerende direktør sin redegjørelse om situasjonen på sykehuset vedrørende koronaviruset</b>
-----------------	---

#### **Oppsummering**

- Status ved Sykehuset Telemark HF:
  - 18. mai:*
    - Ingen innlagte pasienter med koronasmitte
    - 6 ansatte i karantene
  - Totalt siden 12. mars:*
    - 11 innlagte pasienter med koronasmitte
    - 7 utskrevne pasienter
    - 4 døde
    - 10 ansatte med påvist smitte
- Forsyningssituasjonen ved sykehuset er under kontroll i nærmeste fremtid
- Pasientbehandling
  - Sykehusets driftsmodell sommeren 2020
  - Status aktivitet - Antall operasjoner utført per dag øker fra 27. april
  - Digitale løsninger - økning i bruk av telefon-/videokonsultasjoner

**Kommentarer i møtet**

Styret var fornøyd med orienteringen.

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.

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret tar administrerende direktør sin muntlige redegjørelse om situasjonen på sykehuset vedrørende koronaviruset til orientering.

<b>031-2020</b>	<b>Status prosjekt Utbygging somatikk Skien</b>
-----------------	---

**Oppsummering**

Etter valg av hovedalternativ for Utbygging somatikk Skien har prosjektgruppen jobbet med skisser for plassering og form på nybygg. Utvikling og status på skisser ble presentert i møtet.

Prosjektet opprettholder fortsatt tidsplanen som muliggjør B3-beslutning i Helse Sør-Øst RHF styre den 22. oktober 2020. Prosjektleder har anmodet HSØ om å skyve B3-beslutning til 26. november 2020, da dette vil gi prosjektet noe mere tid og samtidig fortsatt muliggjøre fristen i desember 2020 for innmelding til statsbudsjettet for 2022. Forespørselen er til vurdering i Helse Sør-Øst RHF.

**Kommentarer i møtet**

Styret var fornøyd med orienteringen om endring av plassering og form på nybygg, samt gjennomgangen av prosjektets framdriftsplan.

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret tar saken til orientering.



032-2020	Virksomhetsrapport per 1. tertial 2020
----------	--

### Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport per 1. tertial 2020.

Sykehuset har gjennomført ombygging, anskaffelser, opplæring og lagt planer for å sikre beredskap for fremtidige Covid-19 pasienter. «Korona-tilpasset» driftsmodell er videreført (Skien – Notodden).

Sykehusets antall operasjoner ligger på 50 % av budsjettet for 2020.

Poliklinisk aktivitet er på et lavt nivå, men økende:

- Somatikk ca. 70 % av normal aktivitet (80 % i uke 18)
- Mindre fall for PHV/TSB grunnet sterk vridning til telefonkonsultasjoner (men lavt nivå generelt per 1. tertial 2020)

Prioriteringsregel er oppfylt for ventetider og kostnader (BUP, TSB) men ikke for aktivitet. Fristbrudd og ventetider øker. Nye henvisninger er fortsatt lavt, men i vekst etter påske.

Sykehusets økonomisk resultat per april utgjør minus 56,9 millioner kroner mot et budsjett på 10 millioner kroner. Samlet Koronaeffekt per april er estimert til 65,5 millioner kroner. Sykehusets planlagte investeringer (Lab-linje og MR) forsinkes av Covid-19 samtidig som andre anskaffelser planlagt høsten 2020 er forsert.

Sykehusets risiko øker innen flere områder, som følge av Covid-19 epidemien.

### Kommentarer i møtet

Styret takket for gjennomgangen. Det er viktig å øke aktiviteten så langt det lar seg gjøre blant annet på grunn av smittevern.

Styret anser det som viktig at forbedringsarbeidet starter opp igjen når dette er mulig.

### Styrets enstemmige

## VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per 1. tertial 2020 til orientering.

<b>033-2020</b>	<b>Oversikt kategorisering uønskede pasienthendelser (NOKUP) 2019</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret utsetter saken til styremøte 17. juni 2020.

<b>034-2020</b>	<b>Årsmelding 2019 fra Pasient- og brukerombudet i Telemark</b>
-----------------	---

**Oppsummering**

Grei og oversiktlig årsrapport. Leit med informasjon som er en tilbakevendende sak.

**Styrets enstemmige**

Styret takket for en oversiktlig årsrapport og en god presentasjon av denne.

**V E D T A K**

Styret tar saken til orientering.

<b>035-2020</b>	<b>Protokoll fra foretaksmøte 28. april 2020</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret tar protokoll fra foretaksmøte 28. april til etterretning.
2. Styret forutsetter at driften ved Sykehuset Telemark HF innrettes slik at vedtatte styringskrav i foretaksmøtet følges opp og integreres i sykehusets styrings- og rapporteringssystem.

<b>036-2020</b>	<b>Møteplan for styret 2021</b>
-----------------	---------------------------------

**Styrets enstemmige**

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

Styret godkjenner følgende møtekalender 2021 for styret i Sykehuset Telemark HF:

- februar – styremøte avholdes i forbindelse med foretaksmøte og styreseminar i regi av HSØ
- Onsdag 24. mars – Skien
- Onsdag 21. april – Skien
- Onsdag 19. mai –Notodden
- Onsdag 16. juni – Skien
- Onsdag 22. september – Skien
- Onsdag 27. oktober – Skien
- Onsdag 15. desember– Skien

<b>037-2020</b>	<b>Årsplan styresaker</b>
-----------------	---------------------------

**Styrets enstemmige**

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

Årsplan styresaker tas til orientering.

#### **Andre orienteringer**

- 1) Styreleder informerte om
  - Foretaksmøte 18. mai
- 2) Foreløpig protokoll fra styremøte Helse Sør-Øst RHF 30. april 2020
- 3) Foreløpig protokoll fra BU møte 23. april
- 4) Foreløpig protokoll fra møte i ungdomsrådet 5. mai

Møtet hevet kl. 11.40

Skien, 18. mai 2020

---

Per Anders Oksum  
Styreleder

---

Kine Cecilie Jordbakke  
Nestleder

---

Turid Ellingsen

---

Nils Kristian Bogen

---

Ann Iserid Vik-Johansen

---

Per Christian Voss

---

Kristian Wiig

---

Kristine Stranheim Sunde

---

Tone Pedersen  
Styresekretær

## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

### Sakstittel: Driftsorienteringer fra administrerende direktør

Sak nr.	Saksbehandler	Sakstype	Møtedato
040-2020	Tom Helge Rønning	Orientering	17062020

**Trykte vedlegg:**

**Utrykte vedlegg:**

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

**Ingress:**

**Forslag til vedtak:**

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Skien, den 10. juni 2020

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

## 1) Omdømmeundersøkelsen

Sykehuset Telemark har styrket omdømmet sitt de siste årene. Det viser den siste omdømmemålingen, som er gjennomført for Helse Sør-Øst. I målingen skårer sykehuset høyt på tillit, fornøydhet og pasientbehandling. Målingen er gjennomført i mars og april, og koronasituasjonen har sannsynligvis påvirket resultatene. At vi styrker omdømmet vårt i en usikker tid, viser at innbyggerne i Telemark stoler på oss i krisetider.

På en skala fra 0 til 100 får sykehuset 75 poeng under «tiltro til å få nødvendig behandling». Dette tallet har aldri vært høyere. Det samme gjelder resultatet for «tilfredshet med det samlede sykehus tilbudet». Målet vårt er å være et attraktivt sykehus, og dette er spesielt viktig når stadig flere pasienter kan velge behandlingssted. Under en påstand om at «sykehuset yter god pasientbehandling», får Sykehuset Telemark 82 poeng. Det er fem poeng mer enn året før. Aldri før har så mange telemarkinger ment at sykehuset nyter stor tillit blant folk.

Inntrykket av Helse Sør-Øst har også blitt mye bedre de siste fem årene. I Telemark har dette styrket seg fra 56 til 68 poeng.

## 2) Oppdatering vedrørende Covid-19

Hvis det ikke er nye tilfeller siden dette er skrevet, har det ikke vært inneliggende pasienter eller smittede ansatte ved Sykehuset Telemark på over en måned. Det er den siste tiden også vært relativt få ansatte i karantene.

I likhet med øvrige helseforetak i regionen er vi fortsatt i grønn beredskap. Vi gjør løpende vurdering av nødvendig beredskapsnivå, men mye tyder på at vi vil beholde beredskapssituasjonen på nåværende nivå gjennom sommeren. I henhold til sykehusets planverk opprettet vi en egen beredskapsledelse ved utbruddet, som fungerte frem til 1. juni. Fra og med det tidspunktet er beredskapsledelsen overtatt av sykehusets ledergruppe, som i tillegg til ordinære ledermøter avholder et beredskapsmøte en gang pr. uke.

For øyeblikket synes det å være god kontroll vedrørende forsyninger av legemidler, smittevern utstyr og annet utstyr. Vi hadde et relativt godt utgangspunkt når det gjelder medisinsk teknisk utstyr og har ytterligere fått komplettert utstyrsparke gjennom perioden.

Sykehuset opprettholder fremdeles adgangskontroll og besøksbegrensninger, men forsøker å legge til rette for pasienter og pårørende så langt det er forsvarlig innenfor kravene til smittevern.

Fra og med 6. mai har vi etablert testkapasitet for PCR-tester av pasienter med mistanke om Covid-19. Fordelen er at vi kan gjøre analysene ved eget laboratorium og at prøvesvarene foreligger i løpet av to timer. De ordinære testene sendes til SiV og svaret foreligger ikke før tidligst dagen etter at prøven er tatt. Kapasiteten er begrenset og hurtigtestene vil kun bli brukt på pasienter med mistanke om smitte og symptomer som akutt luftveisinfeksjon med feber,

hoste eller tungpustenhet. Det vil nå også legges til rette for tilsvarende mulighet ved Notodden sykehus.

Etter utløpet av lavdriftsperioden i sommer (uke 34) planlegger vi å gå tilbake til normal driftsmodell, det vil si at vi reverserer den endrede oppgavefordelingen mellom Notodden og Skien sykehus. Det forutsetter at smittesituasjonen ikke blusser opp igjen. Det vil legges til rette for å øke pasientbehandlingen enda mer og forhåpentligvis bidra til at vi etter hvert kan redusere ventetidene for øvrige pasientgrupper.

### 3) Midlertidig utvidet avklaringsenhet somatikk

Sykehuset har opprettet en utvidet avklaringsenhet i fjerde etasje i Skien. Denne enheten vil erstatte dagens AK24, som har vært plassert i akuttmottaket. Ordningen er midlertidig og skal evalueres etter sommeren. Avklaringsenheten skal ta imot inntil ti pasienter som skal utredes eller behandles innen 24 timer. Deretter skal pasientene hjem, overføres til kommunale tjenester eller flyttes til en annen sengepost på sykehuset.

Enheden vil fortsatt være underlagt Akutt- og beredskapsklinikken, og den driftes av ansatte fra Akuttmottaket, Medisinsk klinikk, Kirurgisk klinikk og Bemanningssenteret. En ny og større avklaringsenhet- og observasjonspost er i tråd med planene for et akuttsenter.

### 4) Utbygging somatikk Skien

Styret i Sykehuset Telemark HF behandlet konseptfasens steg 1 i styresak 014-2020 *Endelig innstilling til B3A konseptplan – utbygging Somatikk Skien (USS)*, og fattet følgende enstemmige vedtak:

1. *STHF styre innstiller hovedspor 3 til videre utredning i Konseptfase, steg 2. Styret støtter at «pasientnytte» er tillagt særlig vekt i vurderingen. Hovedspor 3 inkluderer ett nybygg med akuttsenter og sengeområder i 4 etasjer, samt et strålesenter etablert i tilslutning til Moflata.*
2. *For å kunne realisere identifiserte driftsgevinster og redusere risiko for driftsavbrudd i Porsgrunn ønsker styret at modulbygg utredes videre i Konseptfase, steg 2.*
3. *Styret presiserer at forbedringsarbeidet må fortsette for å sikre at foretaket har tilstrekkelig bæreevne også etter gjennomført investering.*

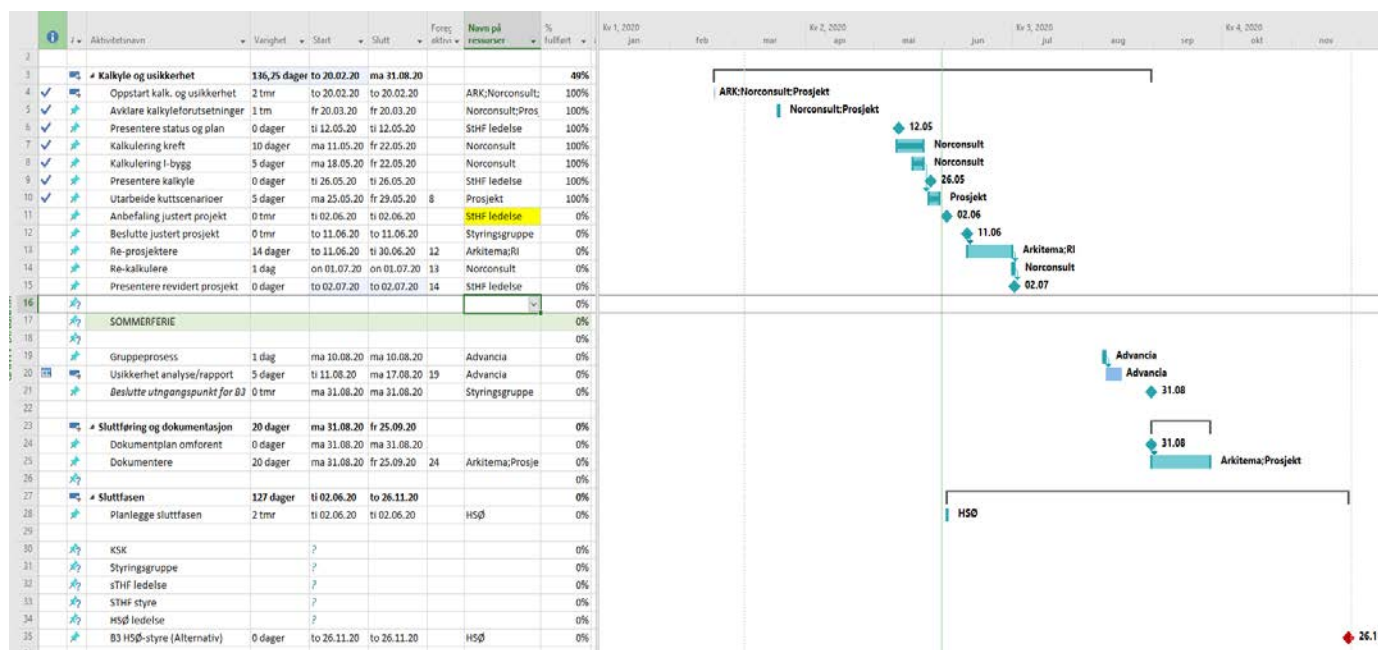
Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i styresak 047-2020 *Sykehuset Telemark HF – utbygging somatikk Skien, konseptfase steg 1*, og fattet følgende enstemmige vedtak:

1. *Styret godkjenner fremlagt hovedprogram og ber om at dette legges til grunn for det videre arbeidet i steg 2 av konseptfasen.*
2. *Styret godkjenner at alternativ 3 for utbygging av somatikk ved Sykehuset Telemark HF Skien, bestående av et kreftsentrum med enhet for stråleterapi og nytt sengebygg med akuttsenter, bearbeides videre i steg 2 av konseptfasen.*

I hovedalternativet som ble godkjent (alternativ 3) inngår følgende funksjoner som i steg 2 skal utvikles videre:

- Kreftsentre / stråleterapi med støttefunksjoner
- Døgnområde (108 døgnplasser i ensengsrom)
- Akuttsentre

For steg 2 i konseptfasen er det utarbeidet følgende tidsplan:



Det er ikke fastsatt noen endelig dato for ny styrebehandling i styret ved STHF, men styret kan forvente å få saken opp til behandling i møtet i september. Eventuelt kan det være aktuelt å kalle inn til et ekstraordinært møte for å behandle saken. Dette fordi det er en stram tidsplan og det er behov for tid til saksbehandling før saken fremmes i HSØ-styret.

Det foreløpig arbeidet i steg 2 viser at det sannsynligvis er nødvendig å bygge et noe enklere sengebygg enn først antatt. Konsekvensen av dette vil være at man ikke inkluderer et akuttsenter i bygget, men at dette videreutvikles i tilknytning til dagens akuttmottak og legevaksarealene, som fraflyttes i 2021. Planene for kreftsentret opprettholdes med samme plassering, funksjonalitet og kapasitet.

Øvrige orienteringer kan bli gitt muntlig i styremøtet.



## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

### Sakstittel: Virksomhetsrapport per mai 2020

Sak nr.	Saksansvarlig/saksbehandler	Sakstype	Møtedato
041-2020	Økonomidirektør Geir Olav Ryntveit Økonomisjef Dana Tønnessen og controller Marte Helen Helland	Orientering	17.06.2020

**Trykte vedlegg:** Virksomhetsrapport per mai 2020

**Utrykte vedlegg:** Ingen

#### Har saken betydning for pasientsikkerheten?

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

#### Forslag til vedtak:

Styret tar virksomhetsrapport per mai 2020 til orientering.

Skien, den 11. juni 2020

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

## Sammendrag

Sykehuset Telemark rapporterer et negativt driftsresultat på – 70,4 millioner kroner per mai. Dette er 82,9 millioner kr. svakere enn periodisert styringsmål og er en resultatforverring i mai på 13,5 millioner kr. Korrigert for økonomisk effekt av Koronasituasjonen er resultatet hittil i år vurdert til 10,6 millioner kr, mot budsjett 12,5 millioner kr.

Koronasituasjonen påvirker resultatet også i mai, men det økonomiske tapet er lavere enn i de to foregående månedene. Det er identifisert ekstra kostnader på om lag 6 millioner kr, og inntektstapet er beregnet til 19 millioner kroner. Samtidig fører Korona-situasjonen også til lavere kostnader på noen områder; - sykepengerefusjoner knyttet til korona-sykdom og karantene er beregnet til 0,7 mill kroner, og redusert arbeidsgiveravgift i mai utgjør 7,0 millioner kr. Det er også identifisert innsparing på varekost, kurs og reiser på grunn av lavere aktivitet, samt mindre kjøp av helsetjenester ved andre institusjoner. Samlet effekt av koronaberedskap og tiltak er derfor beregnet til om lag 16 millioner kroner i mai.

Sykehuset har i mai videreført driftsmodell etablert for å ivareta beredskap i Koronasituasjonen. Driftsmodellen innebærer en arbeidsdeling mellom lokasjonene i Skien og Notodden hvor beredskap for koronapasienter er lagt til Skien og hvor Notodden er rendyrket inn mot kirurgisk behandling. I tillegg er en rekke smitteverntiltak i poliklinikker og driften for øvrig videreført. Dette til tross for at sykehuset ikke har hatt inneliggende pasienter med Covid-19 siden månedsskiftet april-mai. Sykehuset har i hele mai hatt fokus på å komme tilbake til normal drift samtidig som beredskap opprettholdes. Den Koronatilpassede driften har imidlertid negative konsekvenser for muligheten til fullt ut å øke ordinær aktivitet tilbake til normalt nivå.

Aktiviteten i somatikken var på budsjettert nivå fram til andre 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. Siden slutten av april har aktiviteten vært økende, med lavere antall telefonkonsultasjoner og økende grad av oppmøte.

Korona-situasjonen påvirker også i mai aktiviteten ved sykehuset på mange områder, blant annet:

- Poliklinisk aktivitet i somatikken øker i mai og ligger på ca. 85% av normalt nivå.
- Elektiv operasjonsaktivitet i mai viser en økning sammenliknet med mars/april og ligger på 77% av budsjett.
- Antall nye henvisninger til sykehuset har de siste ukene vist en økning, og ligger ca. 20 % under normalt nivå.
- Antall ventende for avviklede øker i mai i forhold til april, noe som medfører en markant økning i ventetid.
- Det er en betydelig økning i avviklede fristbrudd i mai.
- Antall pasienter passert tentativ tid (løftebrudd) er redusert med ca. 12 % fra forrige periode.

Aktiviteten i PHV/TSB var lavere enn budsjettert i starten av året, og avviket ble noe forsterket fra andre uke i mars. Et stort antall konsultasjoner er imidlertid gjennomført på video eller telefon.

Prioriteringsregelen er oppfylt målt i ventetid for alle fagområdene. Antall polikliniske konsultasjoner er redusert i BUP og VOP, mens TSB viser en vekst og innfrir prioriteringsregelen. Somatikken viser en nedgang. Når det gjelder kostnadsveksten per 1. tertial, så er prioriteringsregelen oppfylt innenfor BUP og TSB med en vekst på hhv 6,0 % og 18,3 %. Somatikken har en kostnadsvekst på 2,5 %, mens VOP viser en kostnadsreduksjon.

Antall pasienter på venteliste er stabilt. Samtidig med økende aktivitet har også antall henvisninger økt siste måned. Ventetid ventende og avviklede pasienter har økt betydelig i somatikken, de andre tjenestoområdene har nedgang i ventetider.

Forbedringsprosjektene i sykehuset er inntil videre satt på vent som følge av pandemiberedskapen.

Gjennomføring av planlagte investeringer har vært påvirket av koronasituasjonen også i mai, og bl a installasjon av ny laboratorielinje og MR er forsinket. Det er imidlertid fortsatt forventet at disse vil bli gjennomført i løpet av året. Videre er en rekke anskaffelser planlagt i løpet av 2020 forsert for å sikre kapasitet og beredskap for koronapasienter. Også noen anskaffelser opprinnelig planlagt for 2021 er av samme grunn gjennomført allerede i år. Hittil i år er det foretatt nye eller forserte investeringer for 20 millioner kroner for å sikre kapasitet og beredskap for koronapasienter, mens investeringer for 5,5 millioner kroner er forskjøvet. Samlet investeringsomfang for 2020 forventes imidlertid ikke å påvirkes i særlig grad.

Korona-situasjonen gir stor usikkerhet mht resultatprognose for året. Resultatprognose for året (eksklusiv koronaeffekter), vurderes å følge årets styringsmål/budsjett på + 30 millioner kr.

## 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.17	des.18	des.19	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	mai.20	Kirurgi	Medisin	MSK	Smertepol	BUK (som.)	BUK (psyk.)	VOP/TSB
Gjennomsnitt ventetid i dager	50 dager somatikk 30 dager BUP/VOP/TSB	56,2	53,4	53,9	61,4	55,2	46,4	52,3	67,1	83	49	63	104	54	34	29/24
Fristbrudd avviklede, antall pr mnd	0	30	34	62	88	45	44	129	262	202	56	-	-	4	-	-
Antall som venter	reduksjon	7 665	7 266	7 534	6 734	6 901	6 441	6 460	6 303	4 252	1 441	241	61	142	54	112
Antall med ventetid over 1 år	0	89	53	42	36	32	33	52	52	47	2	3				
Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp (O4)	70 %	79 %	81 %	80 %	79 %	79 %	80 %	81 %	80 %							
Andel innen definert forløpstid	70 %	69 %	77 %	74 %	74 %	74 %	75 %	74 %	74 %							
Antall passert tentativ tid (STHF egne tall)	reduksjon	3 537	4 577	5 051	4 611	4 912	5 970	7 666	6 846	4 143	2 268	2	36	278	52	67
Andel passert tentativ tid %	<6%	12 %	15 %	16 %	15 %	16 %	16 %	21 %	20 %	28 %	15 %	0 %	31 %	10 %	22 %	14 %

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 over reflekterer de interne målsettingene for ventetid i 2020.

Det er et krav i OBD 2020 at minst 94 % av pasientavtalene overholdes. Pandemisituasjonen har ført til kraftig forverring i antall pasienter passert tentativ tid.

#### Pakkeforløp

Urologi generelt har en svært god utvikling. Blærekreft har for 12 måneders perioden juni 2019 til mai 2020 89 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid, andelen for nyrekreft er 69 %, testikkelkreft 43 %, mens prostata er 58 %. Sykehuset har hatt høyt fokus på prostata fra medio 2017 og statistikken har siden den gangen vist en positiv utvikling. På bryst har man oppnådd andel behandlet innen standard forløpstid over 70 %. Tall for siste 12 måneders periode viser 80 %. Sykehuset observerer at det har vært en nedgang i antall pasienter inn i perioden hvor mamma-screening har vært stoppet pga. Koronavirus.

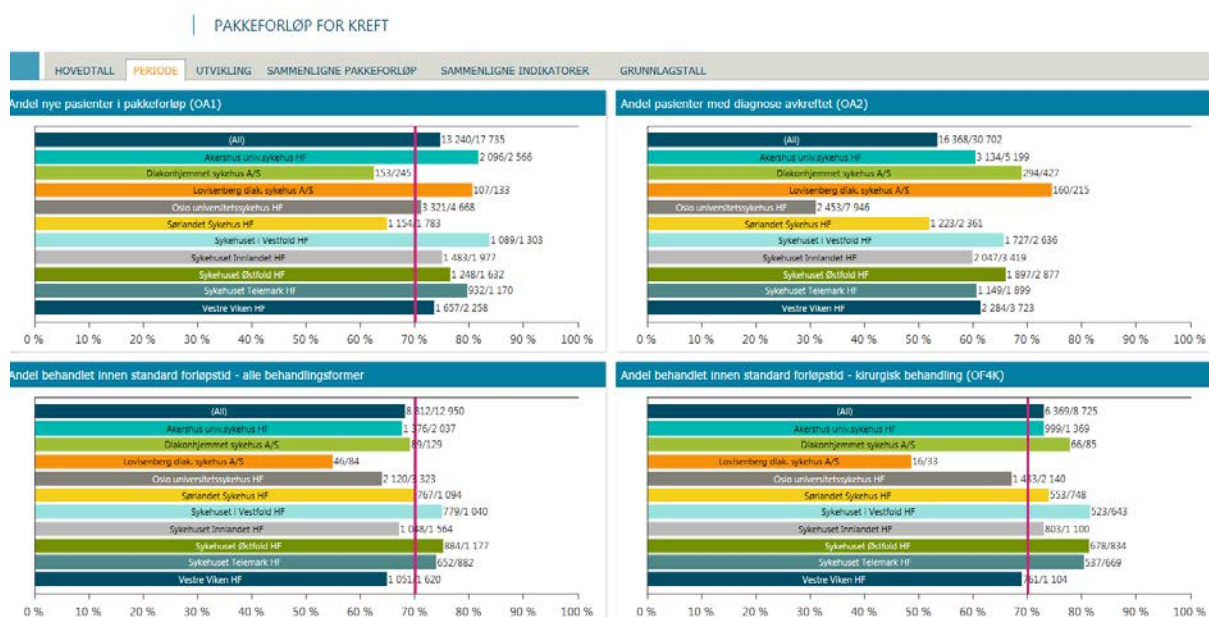
Innen gynekologisk kreft har vi relativt små tall (få pasienter) og det er utfordringer med måloppnåelse; eggstokkreft 53 %, livmorhalskreft 44 %, livmorkreft 55 %. Her foregår behandling sentralt og vi har relativt liten påvirkning på tempo. Forløpskoordinator og kreftkoordinator jobber aktivt for å bedre samhandlingen. Føflekkreft oppnår 95 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid. Her utføres hele forløpet ved STHF.

For lunge er 49 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid hittil i år. Erfaringen er at noe tid går til spille pga. mangelen på PET-timer. Sykehuset jobber nå tett sammen med Sykehuset i Vestfold og forventer å få økt PET-tilgang i løpet av kort tid.

Innen hematologi blir lymfomer (64 %) og myelomatose (89 % av pasientene) 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.

Innen tykk- og endetarmkreft er 93 % av pasientene inkludert i pakkeforløp. Ut fra Helsedirektoratets statistikk er kun 63 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid – noe som tilnærmet likt som i forrige 12 måneders periode (63 %). De svake resultatene tas opp i de aktuelle fagmiljøene ved sykehuset for å se hvor i forløpet forsinkelsene oppstår.

Figuren nedenfor viser samla resultater for 12 måneders perioden juni 2019-mai 2020:



Siste 12 måneders periode viser 80 % andel nye pasienter inkludert i pakkeforløp. 74 % av pasientene i pakkeforløp behandles innen standard forløpstid, som er noe lavere enn foregående 12 måneders periode (77 %). Mål på 70% er innfridd. Sykehuset Telemark HF scorer tredje høyest på andel behandlet innen standard forløpstid i foretaksgruppen etter Sykehuset Østfold og Sykehuset i Vestfold.

### Prioritere psykisk helsevern og TSB

Prioriteringsregelen kommenteres under avsnittet om aktivitet.

Det er 146 tvangsinnlagte hittil i år, mot 133 per mai i fjor. Dette tilsvarer et snitt på 0,17 per 1000 innbyggere. Med totalt antall innlagte på 783 hittil i år, så er andel tvangsinnlagte på 18,6 %. Andelen tvangsinnlagte falt fra 17,7% til 17,5% i mai isolert sett.

Prioritere psyk.helsevern og TSB	mål 2020	jan.17	jan.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	des.19	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	mai.20	Hittil 2020
Antall tvangsinnleggelse psyk./1000 innbyggere	lavere enn 2020	0,15	0,14	0,24	0,12	0,21	0,10	0,10	0,13	0,10	0,17	0,14	0,10	0,15	0,15	0,16	0,21	0,17	0,13	0,17	0,17
Andel tvangsinnleggelse	lavere enn 2020	15,0 %	15,3 %	20,1 %	13,5 %	18,9 %	10,2 %	10,5 %	12,9 %	12,0 %	16,1 %	13,2 %	9,9 %	14,9 %	17,7 %	15,4 %	20,8 %	22,7 %	17,7 %	17,5 %	18,6 %
Antall pasienter i døgntilrettelagt som har minst ett tvangsmiddelvedtak	reduseres		9	11	11	11	10	15	14	9	9	14	7	9	10	9	13	8	12	7	10

## Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	mål 2020	des.17	des.18	des.19	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	mai.20	Kirurgi	Medisin	MSK	ABK	BUK	VOP/TSB
Sykehusinfeksjoner %	<3%					2,5 %									
Korridorpasienter - antall	0	50	51	121	185	196	39	55	74	17	57				
Korridorpasienter %	0,0 %	0,6 %	0,7 %	1,5 %	2,2 %	2,5 %	0,5 %	1,1 %	1,3 %	0,7 %	1,9 %				
Direkte time i %	100 %	84 %	78 %	84 %	84 %	84 %	85 %	73 %	73 %	65 %	79 %	91 %		80 %	89 %
Antall åpne dokumenter > 14 dager	<3000	4 920	4 669	3 951	3 613	3 754	3 107	2 806	3 046	1 131	886	26	8	499	496
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode og uten ny kontakt	reduseres	1 445	1 734	1 068	916	876	926	740	1 060	225	633	48	10	95	49
Andel dialysepasienter som får hjemmedia	>30%	28 %	30 %	28 %	28 %	28 %	28 %	30 %	29 %		29 %				

Det har vært kun små variasjoner i kvalitetsindikatorerne siste året. Koronasituasjonen har imidlertid ført til endringer i resultatene på de fleste områder. Antall korridorpasienter er kraftig redusert pga lavt belegg på de fleste avdelingene. Direkte time har gått ned siden det i mindre grad er planlagt pasientkontakter framover i tid.

### Sykehusinfeksjoner

Prevalensmålingen for februar var 2,5 % 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, hoftepoteser, 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.

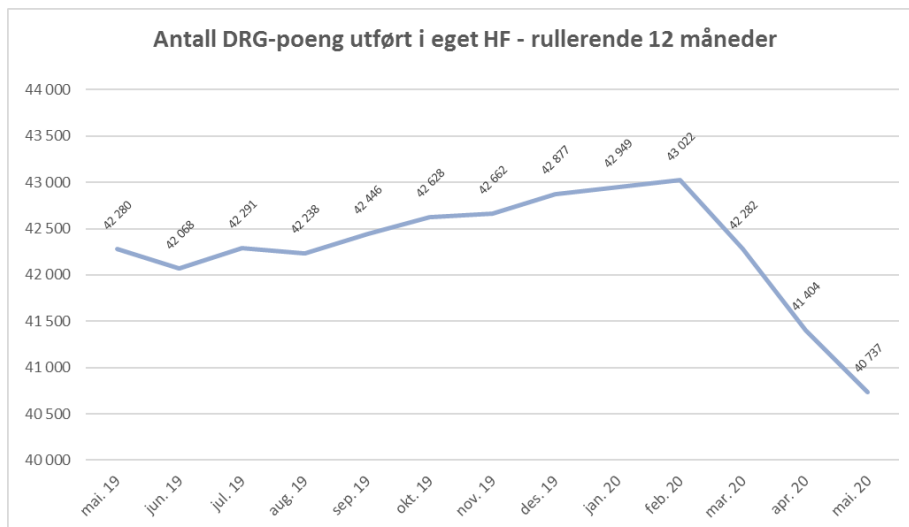
## Aktivitet

### Somatikk

Sykehuset Telemark har lagt ny gruppe 2020 til grunn for rapporteringen av oppnådde ISF-poeng. Sykehuset inntektsfører hofteoperasjoner etter DRG-basispoeng i tråd med mail fra HSØ datert 5. november 2019.

Antall "sørge for" ISF-poeng per 5 måneder (døgn, dag, poliklinikk, legemidler) er 2.470 poeng lavere enn budsjettet (-12 %). Budsjett-underskuddet i mai var noe mindre enn i april 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 i etter korona-utbruddet i mars måned.



ISF-poeng	faktisk 5 m 20	bud. 5 m 20	avvik 5 m 20	faktisk 5 m 19	endring 2019-2020	endring 2019-2020	Budsjett 2020	Faktisk 2019
Kirurgisk klinikk	7 290	8 456	-1 166	8 411	-13 %	-1 121	19 686	19 412
Medisinsk klinikk	7 786	8 689	-903	8 526	-9 %	-740	20 364	19 911
Barne og ungdomsklinikken	1 083	1 331	-248	1 297	-16 %	-214	3 033	2 985
ABK	29	45	-16	49	-41 %	-20	100	99
Medisinsk serviceklinik	160	246	-86	227	-30 %	-67	550	473
SSL	5	4	1	4	25 %	1	10	11
Felles	16		16	-93		109		
<b>Sum DRG-poeng behandlet i eget HF</b>	<b>16 369</b>	<b>18 771</b>	<b>-2 402</b>	<b>18 421</b>	<b>-11 %</b>	<b>-2 052</b>	<b>43 743</b>	<b>42 891</b>
- døgn	11 244	13 041	-1 797	12 863	-13 %	-1 619	30 411	30 124
- dagbehandling	2 188	2 308	-120	2 280	-4 %	-92	5 300	5 209
- poliklinikk	2 937	3 422	-485	3 278	-10 %	-341	8 032	7 558
<b>Sum DRG-poeng behandlet i eget HF</b>	<b>16 369</b>	<b>18 771</b>	<b>-2 402</b>	<b>18 421</b>	<b>-11 %</b>	<b>-2 052</b>	<b>43 743</b>	<b>42 891</b>
DRG-poeng pasienter fra andre regioner beh. i eget HF	98	90	8	65	51 %	33	210	188
DRG egne pasienter behandlet ved andre regioner/private	93	150	-57	122	-24 %	-29	360	331
DRG kreftmidler og dyre biologiske legemidler (H-resepter)	1 164	1 167	-3	1 477	-21 %	-313	2 800	3 075
<b>Sum DRG-poeng i h.h.t. "sørge for"-ansvaret</b>	<b>17 528</b>	<b>19 998</b>	<b>-2 470</b>	<b>19 955</b>	<b>-12 %</b>	<b>-2 427</b>	<b>46 693</b>	<b>46 108</b>

Sykehusopphold	faktisk 5 m 20	bud. 5 m 20	avvik 5 m 20	faktisk 5 m 19	endring 2019-2020	endring 2019-2020	Budsjett 2020	Faktisk 2019
<b>Opphold behandlet i eget HF</b>								
- døgn - inkl. Nordagutu	9 331	12 088	-2 757	11 676	-20 %	-2 345	28 200	27 007
- dagbehandling	10 029	9 655	374	9 581	5 %	448	22 592	22 753
- poliklinikk	67 021	75 695	-8 674	72 907	-8 %	-5 886	178 333	168 047

Både antall sykehusopphold, antall liggedøgn og antall polikliniske konsultasjoner fortsetter å vise en markant nedgang i mai grunnet den pågående Korona-situasjonen. Svikten i antall døgnopphold var om lag 30 %, mens polikliniske konsultasjoner var 14,5% under budsjett. Akkumulert per 5 måneder

har antall sykehusopphold vært 23 % færre enn budsjettet og 20 % færre enn i fjor. Antall polikliniske konsultasjoner har per 5 måneder vært 11 % færre enn budsjettet og 8 % færre enn i fjor. Antall dagbehandlinger (hovedsakelig dialyse-behandlinger og cytostatika-kurer for kreftpasienter) har vært høyere enn budsjett og fjoråret hittil i år.

Aktiviteten i somatikken var på budsjettet 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 5 m 20	bud. 5 m 20	avvik 5 m 20	faktisk 5 m 19	endring 2019-2020	Budsjett 2020	Faktisk 2019
Kirurgi	29 878	35 904	(6 026)	34 451	(4 573)	85 030	80 676
Medisin	30 207	31 151	(944)	30 472	(265)	74 053	69 934
BUK	4 153	4 834	(681)	4 089	64	10 700	9 123
ABK	408	577	(169)	568	(160)	1 300	1 184
MSK	2 292	3 129	(837)	3 232	(940)	7 000	6 890
SSL	83	100	(17)	95	(12)	250	240
<b>STHF</b>	<b>67 021</b>	<b>75 695</b>	<b>(8 674)</b>	<b>72 907</b>	<b>(5 886)</b>	<b>178 333</b>	<b>168 047</b>
- herav telefonkonsultasjoner	5 843	1 061	4 782	-	5 843	2 500	-
- herav nye personellgrupper	516	1 464	(948)	-	516	3 450	-

**Kirurgisk klinikk** ligger 1 166 ISF-poeng bak budsjett pr mai, som er en forverring fra forrige periode på 268 poeng. Hele avviket gjelder drifts- og aktivitetsendringer som følge av coronavirus. Klinikken er i god gang med å komme tilbake til et normalt driftsnivå. Aktivitetsnivået i mai ligger på 84 % av nivået for samme periode i fjor, hvorav elektiv aktivitet ligger på 81,5 % og akutt ligger på 87,5 %. Det har fungert godt å sende elektive ort- og gastro-pasienter til Notodden, som har bidratt til å holde aktivitetsnivået oppe under beredskapsperioden. Det er utfordrende å øke aktivitet i Skien i den grad lokaler (stuer, sengeposter) og personell er forbeholdt koronaberedskap. Målsetningen er å ha 100 % normal drift innen september.

Aktiviteten i **Medisinsk klinikk**, målt i ISF-poeng, har vært 900 poeng lavere enn budsjettet per 5 måneder. Som følge av utbruddet av coronavirus, ble sykehusdriften fra midten av uke 11 lagt vesentlig om, for kunne håndtere en forventet tilstrømming av korona-pasienter. Dette førte til at budsjettavviket ble forverret med til sammen 960 ISF-poeng i månedene mars/april/mai. Antall avdelingsopphold i Medisinsk klinikk i april var hele 17 % færre enn budsjettet og i fjor. Den polikliniske aktiviteten har per 5 måneder vært tilnærmet lik som budsjettet fjoråret. COVID-19 situasjonen har imidlertid resultert i en markant lavere poliklinikk- aktivitet i mai måned; om lag 14% svikt i forhold til både budsjett og fjoråret. Antall dagbehandlinger har per 5 måneder vært 10 % høyere enn plan og 14 % høyere enn fjoråret.

**Barne- og ungdomsklinikken** har et negativt budsjettavvik på -250 ISF-poeng per mai. Av dette kan om lag 125 poeng knyttes til redusert aktivitet pga. pandemisituasjonen (færre innleggelses på barneavdelingen og stor nedgang i poliklinisk aktivitet).

**Medisinsk serviceklinik** ligger 85 ISF-poeng bak budsjett per april. Hele avviket skyldes driftsendringer i fertilitetsavdelingen som følge av pandemisituasjonen.



## Psykisk helsevern og TSB

Som i somatikken, så viser både antall sykehusopphold, antall liggedøgn og antall polikliniske konsultasjoner innenfor psykiatrien en nedgang de tre siste månedene grunnet den pågående Korona-situasjonen. Sengepostene rapporterer at antall sykehusopphold hittil i år er 10 % lavere enn både budsjettert og målt mot fjoråret. Antall liggedager er 21 % lavere enn både budsjettert og målt mot fjoråret. Aktiviteten på sengepostene viser en liten oppgang fra april, men er fortsatt veldig lav. I mai isolert sett er antall opphold 20 % lavere enn i fjor, og antall liggedager er hele 30 % lavere enn i fjor.

Døgnaktivitet liggedøgn	faktisk mai.20	bud. mai.20	avvik mai.20	faktisk mai.19	endring 2019-2020	endring 2019-2020	Budsjett 2020	Estimat 2020	Faktisk 2019
Voksenpsykiatri	11 598	14 030	-2 432	13 975	-17 %	-2 377	32 500	32 500	32 556
Barne- og ungdomspsykiatri	766	1 248	-482	1 387	-45 %	-621	2 400	2 400	2 437
TSB / RUS	1 029	1 650	-621	1 600	-36 %	-571	3 900	3 900	3 929
<b>STHF</b>	<b>13 393</b>	<b>16 928</b>	<b>(3 535)</b>	<b>16 962</b>	<b>-21,0 %</b>	<b>(3 569)</b>	<b>38 800</b>	<b>38 800</b>	<b>38 922</b>

Døgnaktivitet Utskrevne	faktisk mai.20	bud. mai.20	avvik mai.20	faktisk mai.19	endring 2019-2020	endring 2019-2020	Budsjett 2020	Estimat 2020	Faktisk 2019
Voksenpsykiatri	613	688	-75	678	-10 %	-65	1 600	1 600	1 570
Barne- og ungdomspsykiatri	57	48	9	62	-8 %	-5	110	110	118
TSB / RUS	126	149	-23	146	-14 %	-20	390	390	393
<b>STHF</b>	<b>796</b>	<b>885</b>	<b>(89)</b>	<b>886</b>	<b>-10,2 %</b>	<b>(90)</b>	<b>2 100</b>	<b>2 100</b>	<b>2 081</b>

Poliklinikk psykiatri	faktisk mai.20	bud. mai.20	avvik mai.20	faktisk mai.19	endring 2019-2020	endring 2019-2020	Budsjett 2020	Estimat 2020	Faktisk 2019
Antall ISF-konsultasjoner									
BUP	13 391	14 179	-788	13 540	-1,1 %	-149	30 550	30 550	28 760
VOP	19 857	23 745	-3 888	22 722	-12,6 %	-2 865	52 950	52 950	49 840
- herav Helse og arbeid	151	179	-28	73	106,8 %	78	400	400	302
TSB	5 327	5 337	-10	4 817	10,6 %	510	11 900	11 900	11 197
<b>SUM</b>	<b>38 575</b>	<b>43 261</b>	<b>-4 686</b>	<b>41 079</b>	<b>-6,1 %</b>	<b>-2 504</b>	<b>95 400</b>	<b>95 400</b>	<b>89 797</b>
ISF-poeng									
BUP	3 506	4 688	-1 182	4 525	-23 %	-1 019	10 100	10 100	9 697
VOP	2 509	3 412	-903	3 302	-24 %	-792	7 600	7 600	7 269
- herav Helse og arbeid	20	38	-17	11	83 %	9	84	84	45
TSB	663	691	-28	625	6 %	37	1 540	1 540	1 512
<b>SUM</b>	<b>6 678</b>	<b>8 791</b>	<b>-2 113</b>	<b>8 452</b>	<b>-21,0 %</b>	<b>-1 774</b>	<b>19 240</b>	<b>19 240</b>	<b>18 478</b>

Antall konsultasjoner innenfor PHV og TSB viser per mai et negativt budsjettavvik på 11 %, og resultatene er 6 % lavere enn fjoråret. TSB viser derimot en positiv utvikling, og ligger på budsjettert nivå og hele 11 % høyere enn på samme tid i fjor. Innenfor psykiatrien var den polikliniske aktivitetsnedgangen og budsjettavviket størst i mars, da det ble økt fravær og mange avlysninger.

I mai isolert var aktiviteten innenfor BUP og TSB høyere enn i fjor, med en vekst på hhv 7,3 % og 27,7 %, men 0,4 % lavere enn budsjettert innenfor BUP. Innenfor PHV og TSB er det en vridning fra fysisk oppmøte til å gjennomføre konsultasjonene over telefon og video. Dette gir en lavere samlet DRG-indeks og budsjettavviket målt i ISF-poeng er høyere enn avviket i antall konsultasjoner. Det samlede negative ISF-avviket innenfor PHV/TSB er per mai på hele 24 %, og 22,9 % lavere i mai isolert sett.

## 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 31 dager, BUP med 36 dager og TSB med 29 dager hittil i år.

### **Polikliniske konsultasjoner**

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

### **Kostnadsvekst 1. tertial 2020**

Når det gjelder kostnadsveksten per 1. tertial, så er prioriteringsregelen oppfylt innenfor BUP og TSB med en vekst på hhv 6,0 % og 18,3 %. Somatikken har en kostnadsvekst på 2,5 %, mens VOP viser en kostnadsreduksjon.

### **Bemanning**

Brutto månedsverk var i mai 3005, noe som er 4,0 % over budsjettet bemanningsforbruk, og 2,6 % høyere enn i mai i fjor. Det er i mai utbetalt 96 månedsverk direkte knyttet til den økte beredskapen som følge av pandemien.

Brutto månedsverk hittil i år ligger 2,4 % høyere enn budsjettet og 0,8 % høyere enn på samme tid i fjor. Dette skyldes både den økte beredskapen og forsinkelser i forbedringsarbeidet i klinikkene rapportert til flat periodisering i budsjettet.

Opprettholder estimatet lik budsjett, noe som gir et forbruk på 2954 årsverk i 2020.

### **Økonomi**

Sykehuset Telemark rapporterer et negativt driftsresultat på – 70,4 millioner kroner per mai. Dette er 82,9 millioner kr. svakere enn periodisert styringsmål og er en resultatforverring i mai på 13,5 millioner kr. Korrigert for økonomisk effekt av Koronasituasjonen er resultatet hittil i år beregnet til 10,6 millioner kr, mot budsjett 12,5 millioner kr.

Koronasituasjonen påvirker også resultatet i mai, men det økonomiske tapet er lavere enn i de to foregående månedene. Det er identifisert ekstra kostnader på om lag 6 millioner kr, og inntektstapet er beregnet til 19 millioner kroner. Samtidig fører Korona-situasjonen også til lavere kostnader på noen områder; - sykepengerefusjoner knyttet til korona-sykdom og karantene er beregnet til 0,7 mill kroner, og redusert arbeidsgiveravgift i mai utgjør 7,0 millioner kr. Det er også identifisert innsparing på varekost, kurs og reiser på grunn av lavere aktivitet, samt mindre kjøp av helsetjenester ved andre institusjoner. Samlet effekt av koronaberedskap og tiltak er derfor beregnet til om lag 16 millioner kroner i mai.

Resultat for mai eksklusiv økonomisk effekt av korona-situasjonen er beregnet til 2,5 millioner kroner, som budsjettet.

<b>Regnskapsresultat pr.mai 2020</b>	<b>regnskap mai</b>	<b>budsjett mai</b>	<b>avvik mai</b>	<b>Budsjett 2020</b>	<b>Prognose 2020</b>	<b>avvik 2020</b>
Basisramme	1 046 105	1 046 105	-0	2 424 871	2 424 871	-
Kvalitetsbasert finansiering	7 071	7 071	-	16 971	16 971	-
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	307 964	353 414	-45 450	822 500	822 500	-
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	66 832	77 888	-11 056	182 824	182 824	-
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	21 104	27 781	-6 676	60 798	60 798	-
ISF fritt behandlingsvalg	-	-	-	-	-	-
ISF refusjon pasientadministrerte legemiddel (H-resepter)	26 662	26 721	-59	64 131	64 131	-
Utskrivningsklare pasienter	8 918	8 304	613	19 931	22 931	3 000
Gjestepasienter	8 172	7 935	237	17 832	17 832	-
Konserninterne gjestepasientinntekter	33 688	37 497	-3 809	88 592	88 592	-
Polikliniske inntekter	39 892	43 043	-3 151	100 394	100 394	-
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake	-	-	-	-	-	-
Andre øremerkede tilskudd	7 431	6 905	526	16 572	16 572	-
Andre driftsinntekter	101 630	109 089	-7 458	267 138	267 138	-
<b>SUM DRIFTSINTEKTER</b>	<b>1 675 469</b>	<b>1 751 753</b>	<b>-76 284</b>	<b>4 082 555</b>	<b>4 085 555</b>	<b>3 000</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	17 108	17 024	-85	40 497	40 497	-
Kjøp av private helsetjenester	48 705	44 136	-4 569	107 785	110 785	-3 000
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	198 418	200 313	1 895	479 829	479 829	-
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	6 137	5 991	-146	13 760	13 760	-
Konserninterne gjestepasientkostnader	111 626	122 652	11 027	286 747	286 747	-
Lønn til fast ansatte	829 111	817 316	-11 795	1 872 025	1 872 025	-
Overtid og ekstrahjelp	48 021	35 314	-12 707	88 332	88 332	-
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	98 699	150 798	52 099	345 396	226 066	119 331
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-51 646	-44 257	7 388	-105 088	-105 088	-
Annen lønn	125 747	133 179	7 432	297 781	297 781	-
Avskrivninger	41 524	42 285	761	102 595	102 595	-
Nedskrivninger	-	-	-	-	-	-
Andre driftskostnader	228 078	222 040	-6 038	539 511	539 511	-
<b>SUM DRIFTSKOSTNADER</b>	<b>1 701 530</b>	<b>1 746 791</b>	<b>45 261</b>	<b>4 069 171</b>	<b>3 952 840</b>	<b>116 331</b>
<b>DRIFTSRESULTAT</b>	<b>-26 061</b>	<b>4 961</b>	<b>-31 023</b>	<b>13 384</b>	<b>132 715</b>	<b>119 331</b>
Finansinntekter	8 929	8 586	343	19 647	19 647	-
Finanskostnader	1 208	1 048	-160	3 032	3 032	-
<b>FINANSRESULTAT</b>	<b>7 721</b>	<b>7 539</b>	<b>183</b>	<b>16 616</b>	<b>16 616</b>	<b>-</b>
<b>(ÅRS)RESULTAT</b>	<b>-18 340</b>	<b>12 500</b>	<b>-30 840</b>	<b>30 000</b>	<b>149 331</b>	<b>119 331</b>
Pensjonskostnader	-52 099	-	-52 099	-	-119 331	-119 331
<b>RESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER</b>	<b>-70 439</b>	<b>12 500</b>	<b>-82 939</b>	<b>30 000</b>	<b>30 000</b>	<b>0</b>

## Klinikkene

Det negative budsjettavviket per februar var i stor grad knyttet til uløst budsjettutfordring i klinikkene. Resultatforverringen i mars, april og mai skyldes pandemisituasjonen.

Avviket i **Kirurgisk klinikk** er pr mai -34,1 millioner kroner. Av dette gjelder – 31,9 millioner effekten fra koronasituasjonen, herunder inntektstap på -29,8 millioner kroner og netto kostnadsøkning på 2,1 millioner kroner. Resterende 2 millioner gjelder utrykninger, overtid og uforutsette vakter, samt større innkjøp av instrumenter per februar. Klinikken har som målsetning å komme tilbake til et normalt driftsnivå innen september.

Resultater pr. klinikk vises i tabellen under:

BUDSJETTAVVIK per mai 2020	lønn	andre driftskostnader	driftsinntekter	Sum	herav manglende effekt forbedrings-tiltak	herav akkumulert effekt korona
<b>Kirurgi</b>	-6 346	1 021	-28 816	-34 141	-1 571	-31 900
<b>Medisin</b>	-1 552	-11 124	-20 160	-32 836	-3 332	-26 100
<b>Barne- og ungdomsklinikken</b>	2 526	-1 253	-8 996	-7 723	-114	-6 200
<b>Akutt og beredskap</b>	-12 522	-3 139	-641	-16 302	-1 210	-12 400
<b>Medisinsk serviceklinikk</b>	1 259	337	-6 164	-4 567	-289	-6 800
<b>Psykiatri og rus</b>	1 412	-3	-3 390	-1 981	-	-3 300
<b>Service og systemledelse</b>	-1 524	4 758	-2 816	417	-1 682	-742
<b>SUM klinikker</b>	<b>-16 747</b>	<b>-9 403</b>	<b>-70 983</b>	<b>-97 134</b>	<b>-8 197</b>	<b>-87 442</b>
<b>Administrasjon</b>	-113	3 381	-2 284	984	-679	-850
<b>Kjøp og salg av helsetjenester</b>		11 399	-5 607	5 792		9 000
- biol.legemidler og kreftmidler		561	-899	-339		
- somatikk		14 441	-4 143	10 299		9 000
- psykiatri og TSB		-3 603	-565	-4 168		
<b>Felles poster</b>	<b>7 178</b>	<b>-2 349</b>	<b>2 591</b>	<b>7 420</b>	-	<b>-1 715</b>
<b>BUDSJETTAVVIK per mai 2020</b>	<b>-9 683</b>	<b>3 027</b>	<b>-76 283</b>	<b>-82 939</b>	<b>-8 876</b>	<b>-81 007</b>

**Medisinsk klinikk** har et negativt avvik på -32,8 millioner kroner per 5 måneder. En betydelig del av dette skyldes lavere pasient-inntekter (ca. 22,6 millioner kroner) og høyere lønnskostnader (ca. 3,5 millioner kroner) knyttet til håndteringen av Covid-19. Klinikken har dessuten en uløst utfordring i budsjettet på til sammen 10 millioner kroner i 2020. Dette utgjør 4,2 millioner kroner av budsjettavviket hittil i år. Videre har kostnadene knyttet til dyre kreftlegemidler belastet regnskapet med 6,4 MNOK mer enn budsjettet per 5 måneder.

**Barne- og ungdomsklinikken** har et negativt avvik per mai på -7,7 millioner kroner. Av dette er 6,2 millioner kr knyttet til lavere inntekter som følge av redusert aktivitet grunnet Covid-19. Det er også identifisert økning i lønnskostnader på 0,5 millioner kroner knyttet til beredskapssituasjonen. Innsparinger som følge av lavere belegg på barneavdelingen, stans i ambulant virksomhet og lavere kurskostnader, er beregnet til 0,5 millioner kroner.

**Akutt og beredskapsklinikken** har et resultat til og med mai på -16,3 millioner kroner. Av dette er 13,3 millioner kroner knyttet til Covid-19. Hovedårsaken er avvik på lønn og driftskostnader, samt noe inntektstap. Etablering av ekstra akuttmottak for Koronapasienter og utvidet intensivkapasitet utgjør hovedårsaken til den høye kostnaden. Opplæring av personell er også et viktig element i kostnadene, men vil bidra til økte muligheter for samarbeid mellom seksjonene framover.

Sykefraværet i klinikken per mai er 6,64 %, korrigert for effekten av Covid-19; 5,46 %. Klinikkenes mål for 2020 er 5%.

**Medisinsk serviceklinikk** har et negativt avvik på 4,6 millioner kroner per mai. Det er beregnet et inntektstap hittil på 8,3 millioner kroner som følge av nedgang i aktiviteten innen laboratoriemedisin, radiologi og fertilitetsbehandling. Det er identifisert økte kostnader på 1,0 millioner kroner. Sparte reagenskostnader pga. færre analyser samt redusert innleie av radiologer pga karantenebestemmelser og utreiseforbud, utgjør om lag 2,5 millioner kroner.

**Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling** leverer et negativt budsjettavvik på 2,0 millioner kroner per mai, noe som er en resultatforverring på 0,2 millioner. Det er identifisert 3,3 millioner kroner som er knyttet til Covid-19. Inntektstapet utgjør 2,0 millioner kroner av dette, og resten er prosjektførte lønnskostnader. Som følge av lavere aktivitet i perioden er det estimert et mindreforbruk i andre driftskostnader som følge av pandemien på 0,3 millioner. Det gjelder lavere kurs- og reiseaktivitet, og mindre forbruk av annet driftsmateriell. Klinikken hadde 8 utbetalte månedsverk som direkte følge av Covid-19 i mai måned. Utbetalingen i juni viser 4 brutto månedsverk.

**Service- og Systemledelse** har per mai et resultat på 0,4 millioner kroner i pluss. Dette er en liten forverring med 0,1 millioner kroner i forhold til forrige måned. Covid-19 effekt flater ut, både når det gjelder ekstrakostnader (overtid, ekstrahjelp) og sparte kostnader (pasientreiser, varekostnader). Akkumulert ligger Korona på 580.000 netto i minus. Resultatet betyr også at klinikken har innfridd hele merverdikravet 2020 så langt, selv om den uløste delen (1,5 millioner kroner per 5 måneder) ikke er spesifisert med tiltak. Dette arbeidet konkretiseres i løpet av juni 2020, sammen med budsjettarbeidet 2021. Klinikken har et negativt avvik på lønnskostnader på 1,5 millioner kroner. Men i dette ligger Korona relaterte kostnader på 2,9 millioner kroner, dvs. uten Covid-19 er lønnskostnadene lavere enn budsjettet. Brutto årsverk er akkumulert 9 årsverk over budsjett (inkl. merforbruk pga. korona).

**Administrasjonen** har et resultat hittil i år på 1,0 mill kr bedre enn budsjettet. Resultatforbedringen i mai skyldes etterslep av inntekter i bedriftshelsetjenesten, lønnskostnader tilbake til normal situasjon (ingen Covid-19 relaterte kostnader) og anskaffelsesstopp i velferdstiltak og opplærings/lederutviklingsprogrammet.

**Felles:** Positivt avvik skyldes i hovedsak avsetning for påløpte inntekter for utskrivningsklare pasienter, høyere husleie- og parkeringsinntekter, samt avsetning for forventet sykepengerefusjon for korona-sykdom og karantene. Avviket ble redusert i mars og april som følge av kostnadsførte byggeprosjekter i etablering av koronaberedskapen, samt lavere inntekter grunnet betydelig færre utskrivningsklare pasienter. Inntekter fra utskrivningsklare pasienter er svært lave i mai og gir et negativt inntektsavvik. Som en del av tiltakene knyttet til koronapandemien er arbeidsgiveravgiften redusert med 4%-poeng i termin 3 (mai/juni). Dette gir et positivt avvik på 7 mill kroner i mai.

# Virksomhetsrapport

Mai 2020

## Innhold

1. Hovedmål

2. Pasient

3. Bemanning

4. Aktivitet

5. Kvalitetsindikatorer

6. Økonomi

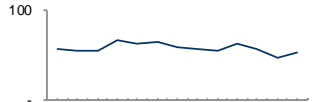
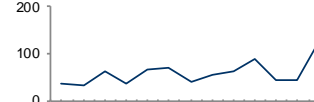
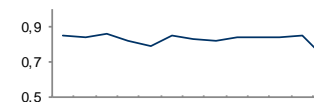

7. Klinikker

# Oppsummering

mai 2020							
Sykehuset Telemark	Faktisk Hiå	Budsjett Hiå	Avvik Hiå	Hiå 2019	Årsbudsjett	Årsestimat	Avvik
<b>Kvalitet per måned</b>							
Ventetid påstartet, denne periode	67			54			
Ventetid ventende, denne periode	80			59			
Antall fristbrudd påstartet, denne periode	262			34		0	
Antall fristbrudd venter, denne periode	375			50		0	
<b>Aktivitet</b>							
ISF-poeng somatikk							
"Sørge for" (døgn, dag og polkl.)	16 364	18 831	-2 467	18 477	43 893	43 893	-
Legemidler	1 164	1 167	-3	1 477	2 800	2 800	-
Totalt antall ISF poeng "sørge for"	17 528	19 998	-2 470	19 954	46 693	46 693	-
Utført eget HF/Sykehus	16 369	18 771	-2 402	18 421	43 743	43 743	-
ISF-poeng Psyk	-	-	-	-	-	-	-
Voksenpsykiatri og TSB	3 173	4 103	-930	3 928	9 140	9 140	-
Barne- og ungdomspsykiatri	3 506	4 688	-1 182	4 525	10 100	10 100	-
Polikliniske konsultasjoner	-	-	-	-	-	-	-
Somatikk	67 021	75 695	-8 674	72 907	178 350	178 350	-
VOP	19 857	23 745	-3 888	22 722	52 950	52 950	-
BUP	13 391	14 178	-787	13 540	30 550	30 550	-
TSB	5 327	5 336	-9	4 817	11 900	11 900	-
<b>Bemanning</b>	-	-	-	-	-	-	-
Brutto månedsværk	2 990	2 919	-71	2 945	2 954	2 954	-
Innleie helsepersonell	6 137	5 991	-146	10 046	13 760	13 760	-
Lønn til fast ansatte	829 111	817 316	-11 795	785 932	1 872 025	1 872 025	-
Overtid og ekstrahjelp	48 021	35 314	-12 707	44 007	88 332	88 332	-
Sykefravær (forrige måned)	8,43	0	0	7,24	0	0	0
<b>Økonomi (hele tusen)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Driftsinntekter	1 675 469	1 751 753	-76 284	1 706 094	4 082 555	4 085 555	3 000
Driftskostnader	1 701 530	1 746 791	-45 261	1 714 127	4 069 171	3 952 840	-116 331
Netto finansresultat	7 721	7 539	183	6 305	16 616	16 616	-
Pensjon	-52 099	-	-52 099	10 047	-	-119 331	-119 331
Årsresultat	-70 439	12 500	-82 939	8 319	30 000	30 000	-0



## Regionale hovedmål

Hovedmål	Mål 2020	Utvikling siste	Status	Resultat	Resultat
		12 mnd	2018	2019	mai.20
Gjennomsnitt ventetid somatikk redusert til 60 dager. Ordinært avviklede pasienter.	50		55	55	69
Pasienten opplever ikke fristbrudd (påstartet)	Antall brudd		34	62	262
	Andel av med frist		1,3 %	2,2 %	9,9 %
Pasienten får bekreftelse og tidspunkt for behandling i samme brev	100%		78 %	84 %	73 %
Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer	Årsresultat		8,9 mill	42,8 mill	-70,4 mill
	Budsjettavvik		-21,1 mill	12,8 mill	-83,0 mill
Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3%	3%	Siste måling februar 2020	3,8 %	3,4 %	2,5 %
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 %	1,3 %

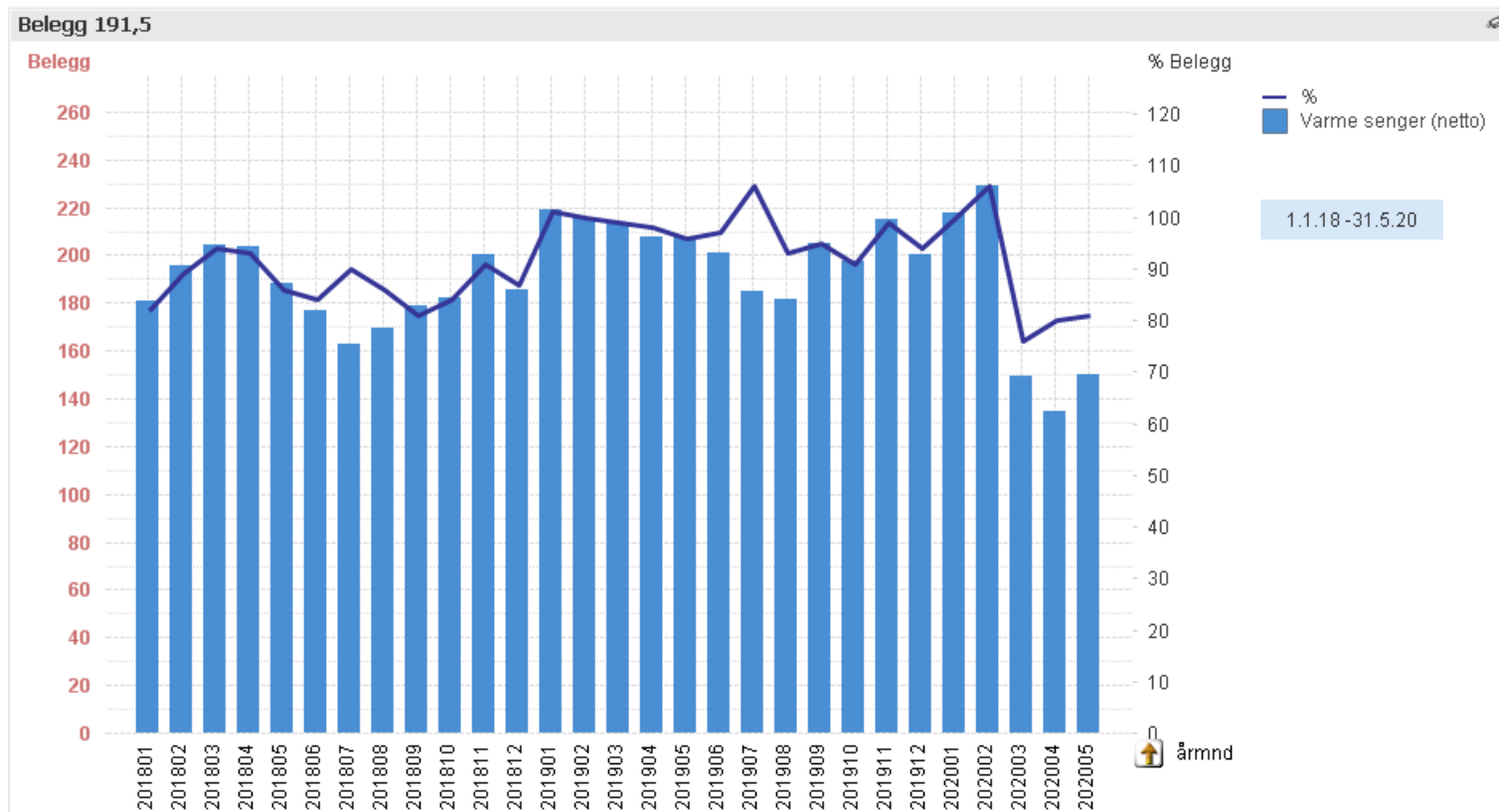
# Prioriteringsregelen er oppfylt for ventetider

Prioriteringsregelen - status hittil i år	Antall dager		% endring hittil i år 2019-2020					
	Ventetider påstartet		Ventetider påstartet		Polikliniske konsultasjoner		Kostnader per 1. tertial	
	Hiå '20	Hiå '19	Somatikk	Psykiatri/TSB	Somatikk	Psykiatri/TSB	Somatikk	Psykiatri/TSB
Mai 2020								
STHF	57	54					2,2 %	
SOMATIKK	59	55	6 %		-8 %		2,5 %	
BUP	36	30		21 %		-1 %		6,0 %
VOP	31	38		-18 %		-13 %		-2,2 %
TSB	29	27		7 %		11 %		18,3 %
<b>Endring pr klinikk</b>	0	0						
(01) Kirurgisk klinikk	69	68	2 %		-13 %			
(02) Medisinsk klinikk	47	42	12 %		-2 %			
(03) Barne- og ungdomsklinikken, somatikk	53	35	53 %		2 %			
(303) Avdeling for barn og unges psykiske helse	36	30		21 %		-1 %		
(06) Akutt og beredskap	75	64	17 %		-29 %			
(07) Medisinsk Serviceklinikk	46	39	19 %		-29 %			
(09) Klinikk for psykisk helsevern, VOP	31	38		-18 %		-13 %		
(09) Klinikk for psykisk helsevern, TSB	29	27		7 %		11 %		
(13) Service og systemledelse								
(15) Administrasjon								

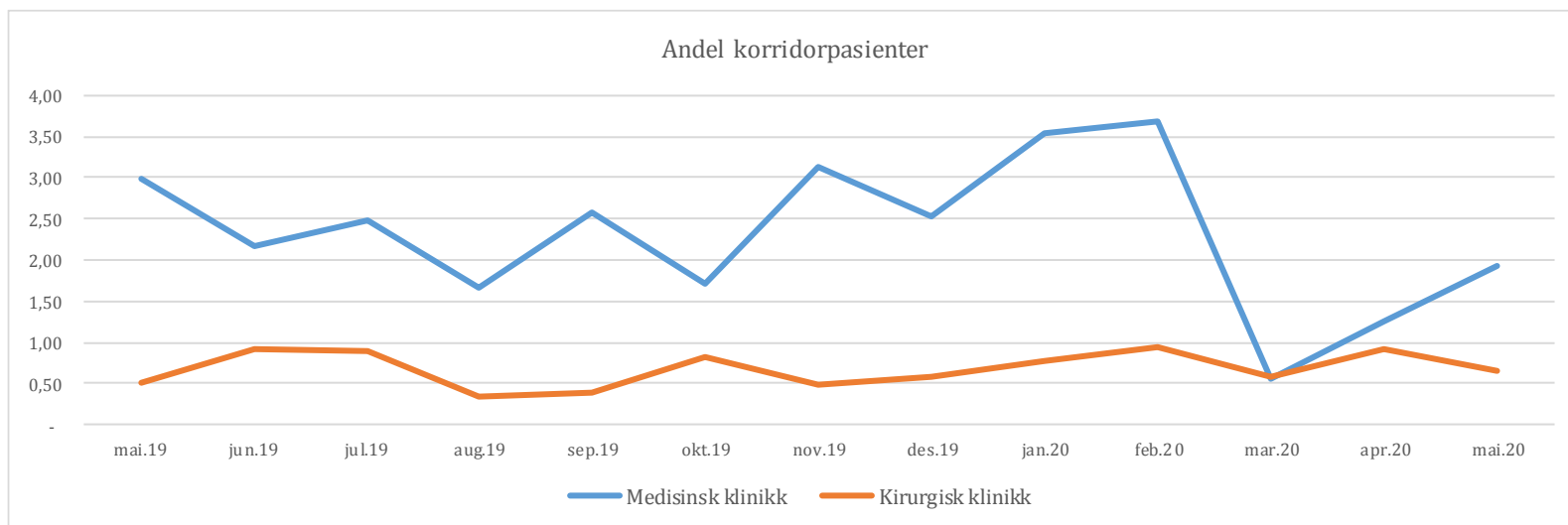
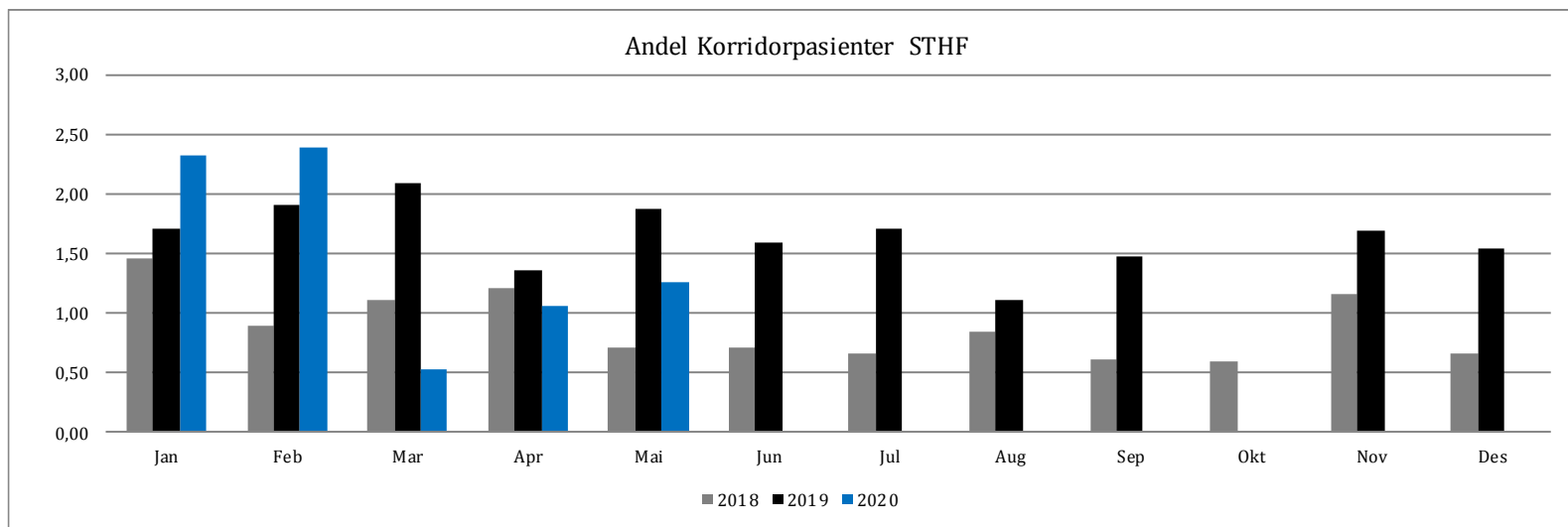
Fotnote: Påstartet = Avviklet

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.

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



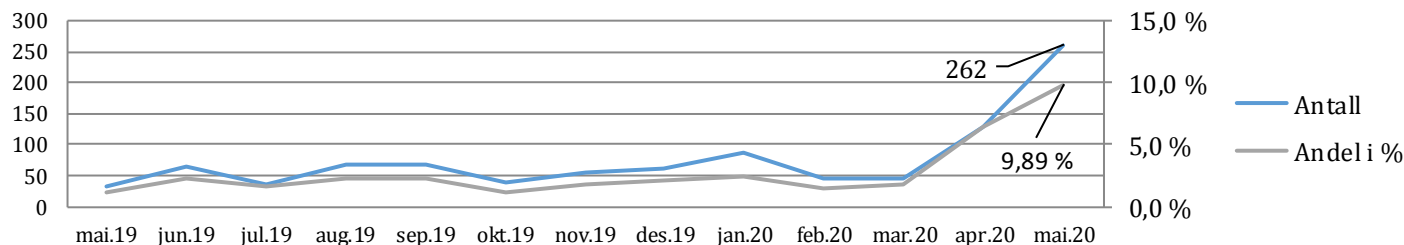
Senger i bruk for somatiske sengeposter.  
Tekniske poster utelatt.



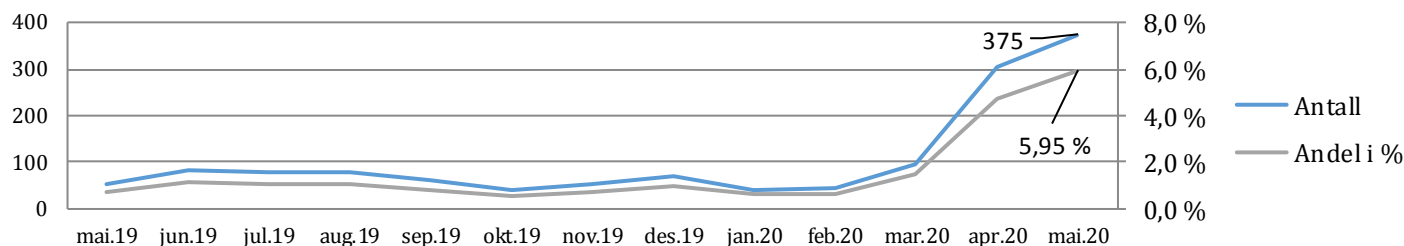
# Pasient

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

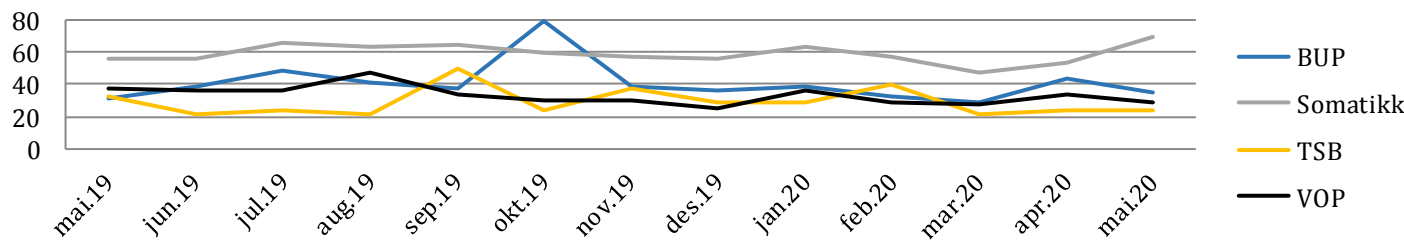
### 1. Antall/andel fristbrudd påstartet STHF.



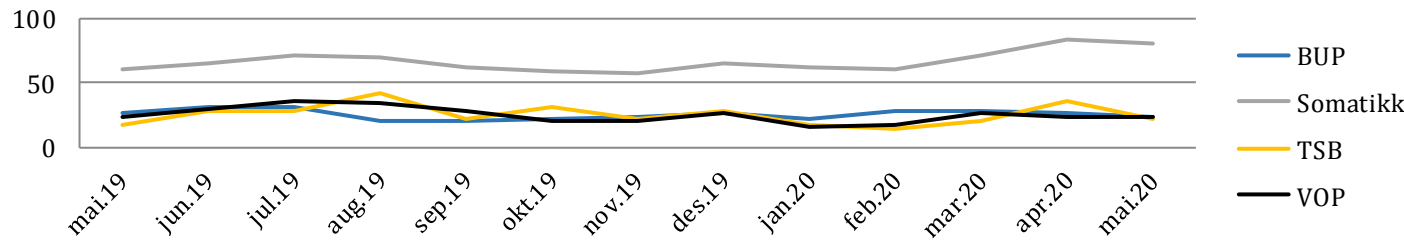
### 2. Antall/andel fristbrudd ventende STHF.



### 3. Gjennomsnittlig ventetid påstartet STHF



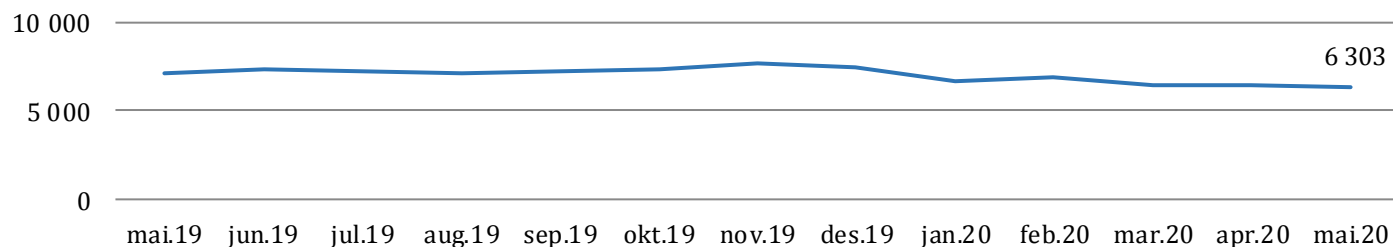
### 4. Gjennomsnittlig ventetid ventende STHF.



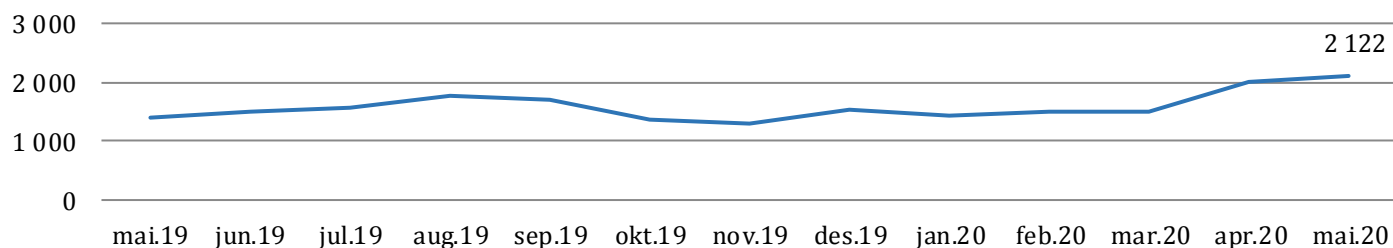
Paul Husmo, husp@sthf.no tlf:35 08 03 02

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

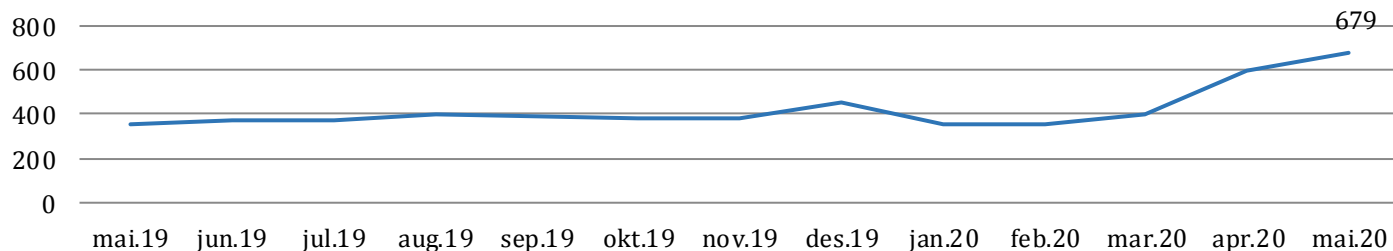
**5. Antall som venter på STHF.**



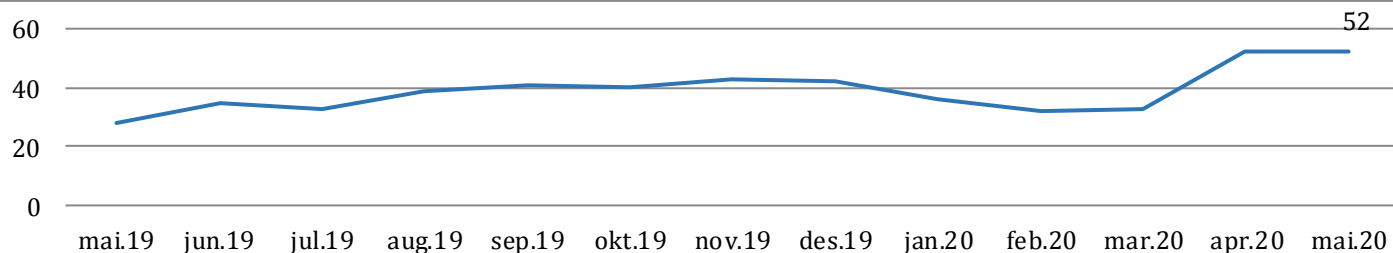
**6. Antall ventende som har ventet mer enn 3 måneder STHF.**



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

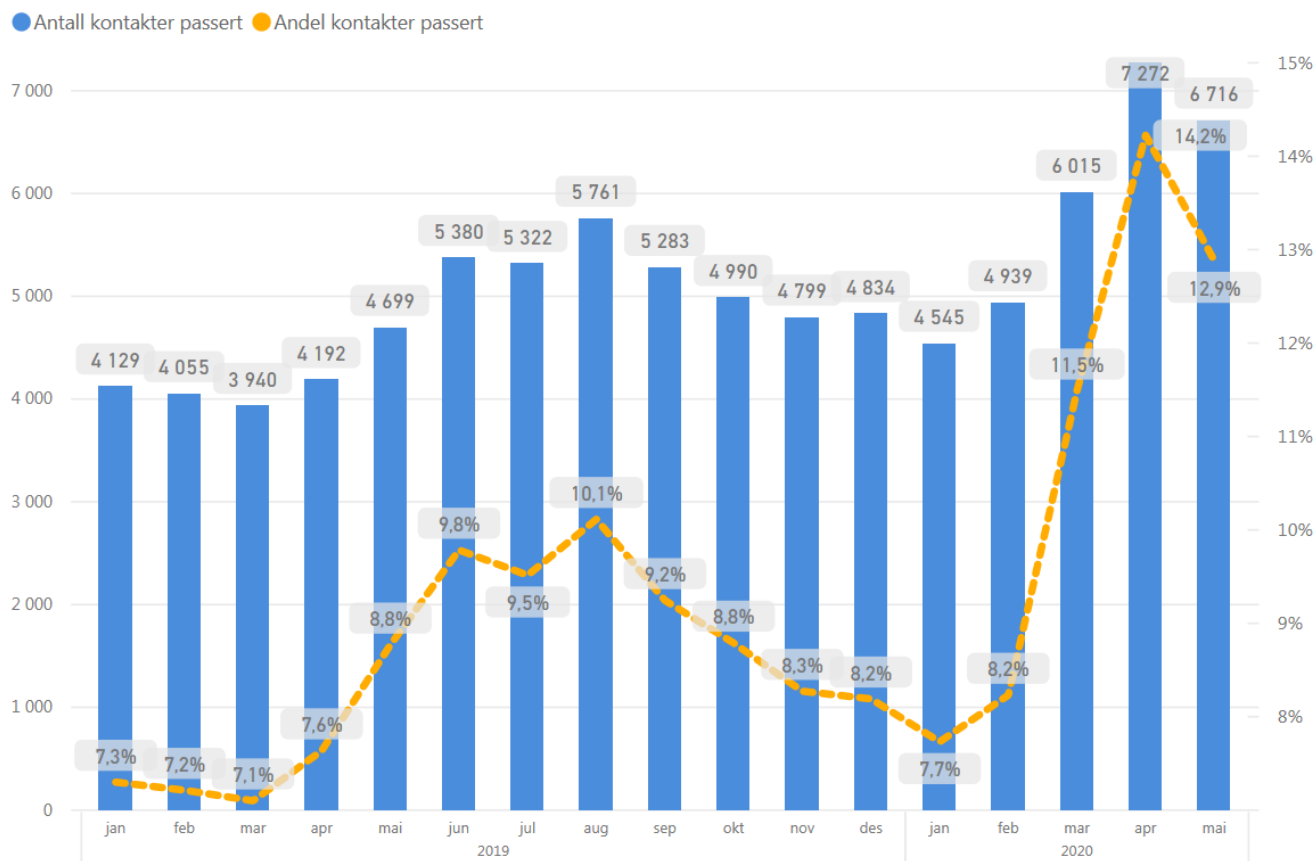


**8. Antall ventende som har ventet mer enn et år STHF.**



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

# Utvikling «Passert planlagt tid»





# «Passert planlagt tid» pr mai

Helseforetaksnavn	Antall planlagte kontakter	Kontakter ikke passert planlagt tid	Kontakter med passert planlagt tid	Andel passert planlagt tid
Akershus Universitetssykehus	139 981	121 069	18 912	13,5 %
Oslo Universitetssykehus	244 096	219 681	24 415	10,0 %
Sykehuset Innlandet	101 012	87 372	13 640	13,5 %
Sykehuset i Vestfold	86 646	75 564	11 082	12,8 %
Sørlandet Sykehus	108 874	91 828	17 046	15,7 %
Sykehuset Telemark	52 128	45 412	6 716	12,9 %
Sykehuset Østfold	101 474	83 344	18 130	17,9 %
Vestre Viken	145 856	124 842	21 014	14,4 %
Sunnaas Sykehus	4 091	3 514	577	14,1 %
Diakonhjemmet Sykehus	31 672	24 900	6 772	21,4 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	33 531	30 209	3 322	9,9 %
Betanien Hospital	9 473	7 143	2 330	24,6 %
Martina Hansen Hospital	15 359	13 425	1 934	12,6 %
Revmatismesykehuset Lillehammer	4 792	4 056	736	15,4 %
<b>Totalt</b>	<b>1 078 985</b>	<b>932 359</b>	<b>146 626</b>	<b>13,6 %</b>

# Ventelister og løftebrudd

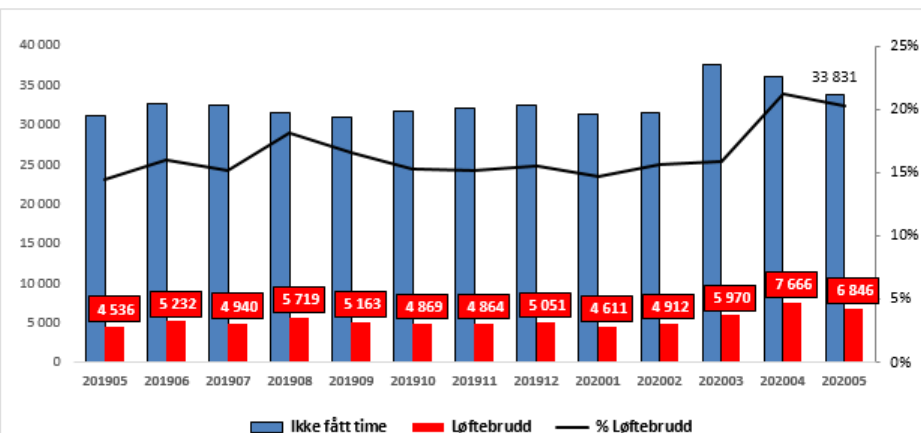
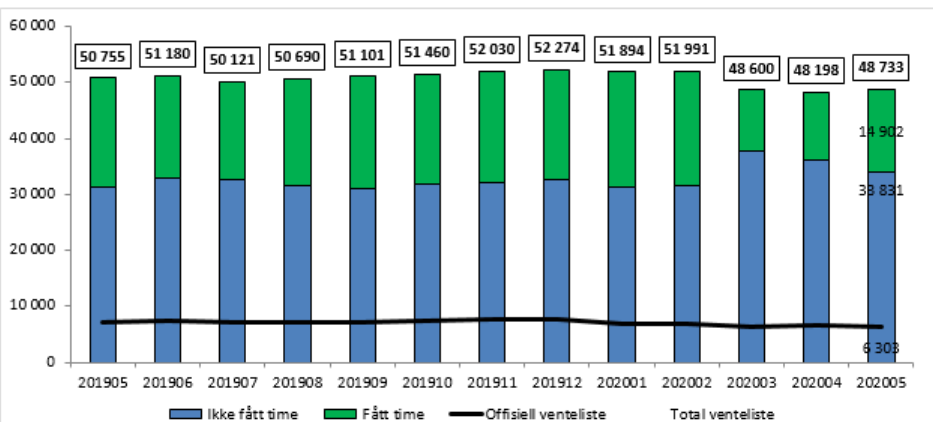
## Utvikling i total venteliste

I mai er den totale venteliste på 48 733 pasienter. Den offisielle venteliste er på 6 303 pasienter.

Den totale venteliste fordeler seg på 14 902 pasienter som har fått time, og 33 831 pasienter som ikke har fått time.

Pasienter som venter på timeinnkalling

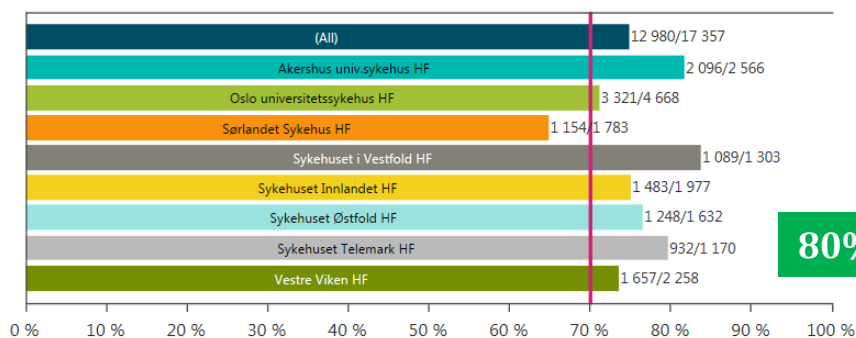
Av de som venter og ikke har fått timeinnkalling (33 831), har 6 846 pasienter passert tentativ dato for oppmøte (Løftebrudd). Dette utgjør 20,2 % av pasientene.



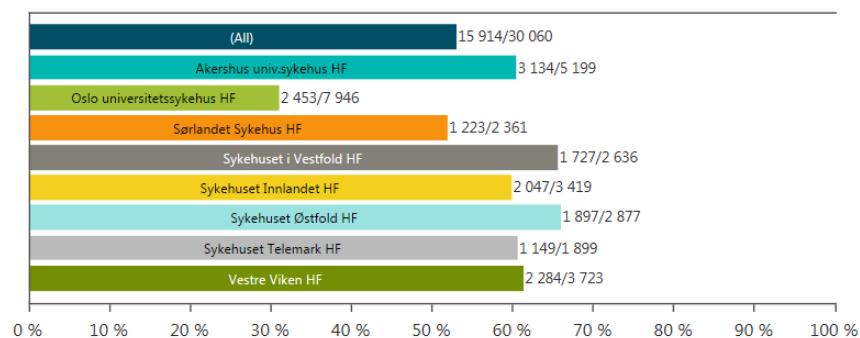
# Pakkeforløp Kreft

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

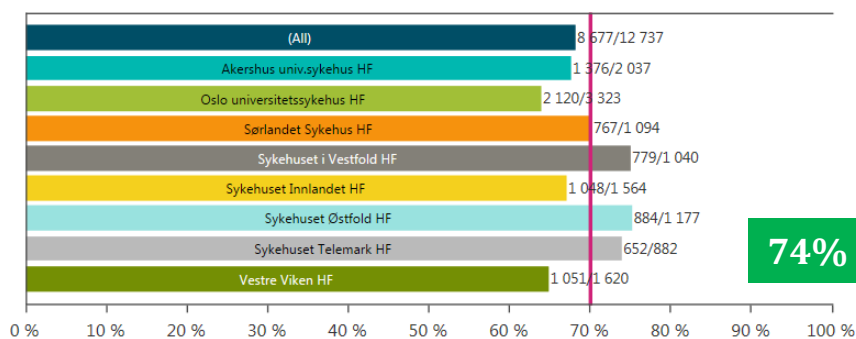
Andel nye pasienter i pakkeforløp (OA1)



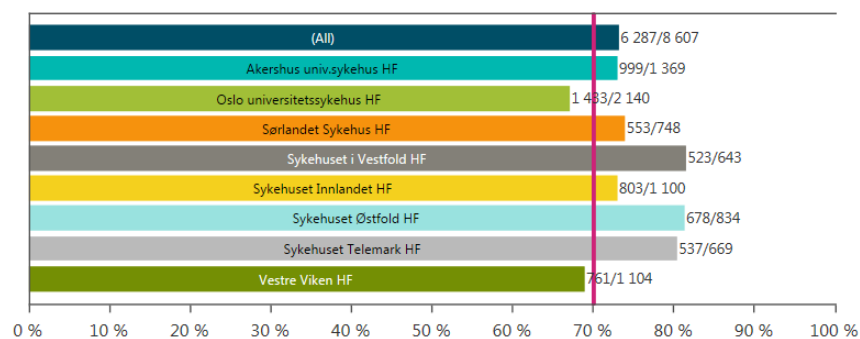
Andel pasienter med diagnose avkrettet (OA2)



Andel behandlet innen standard forløpstid - alle behandlingsformer



Andel behandlet innen standard forløpstid - kirurgisk behandling (OF4K)



Kilde: NPR

Periode: juni-19 til mai-20

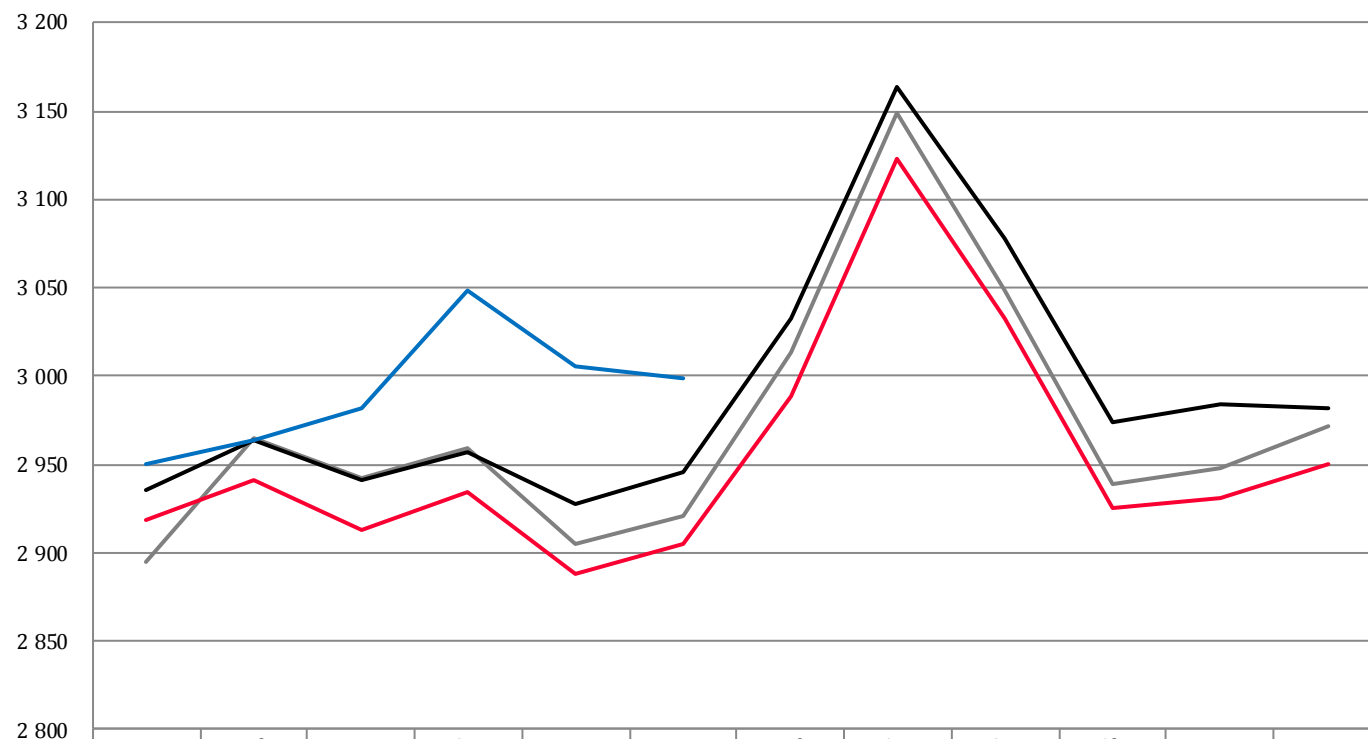
Oppdaterte tall finnes på :

<https://statistikk.helsedirektoratet.no>

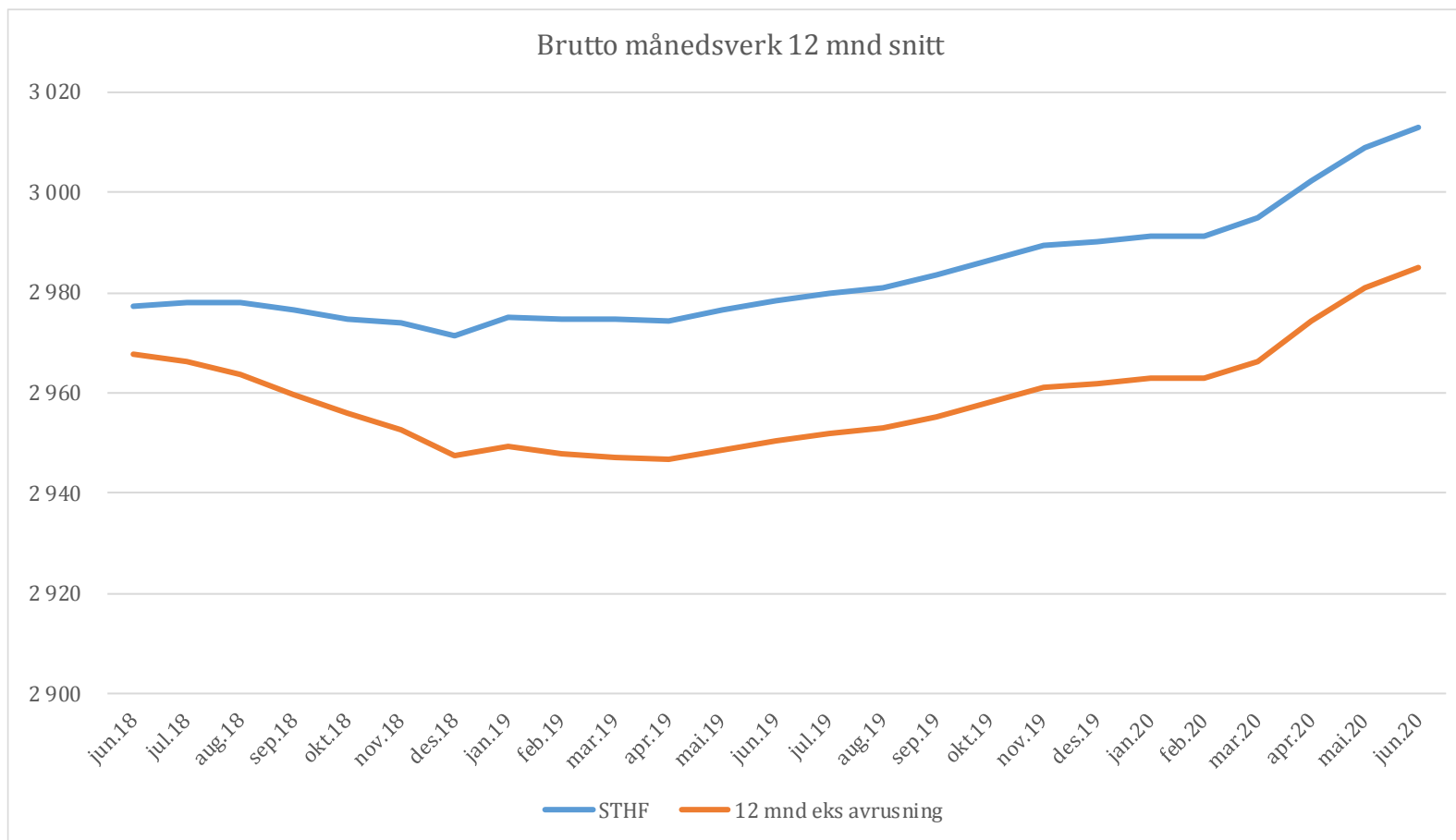
# Bemanning

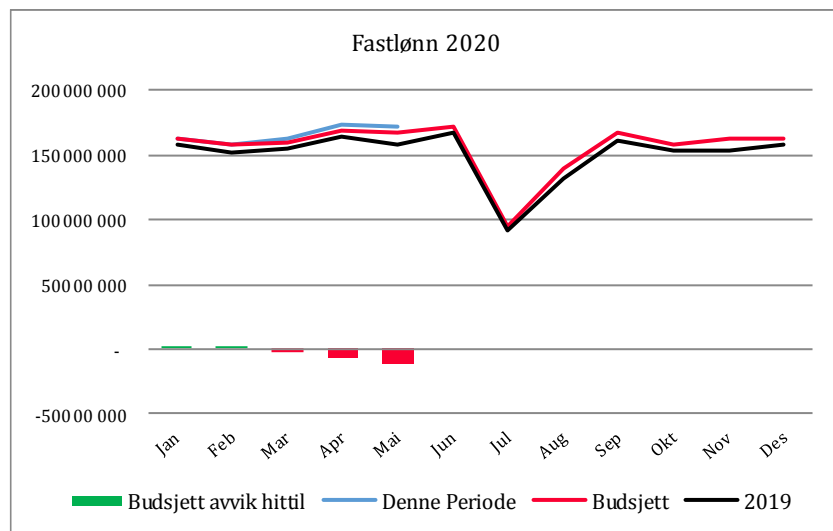
# Brutto månedsverk

Bto  
månedsverk

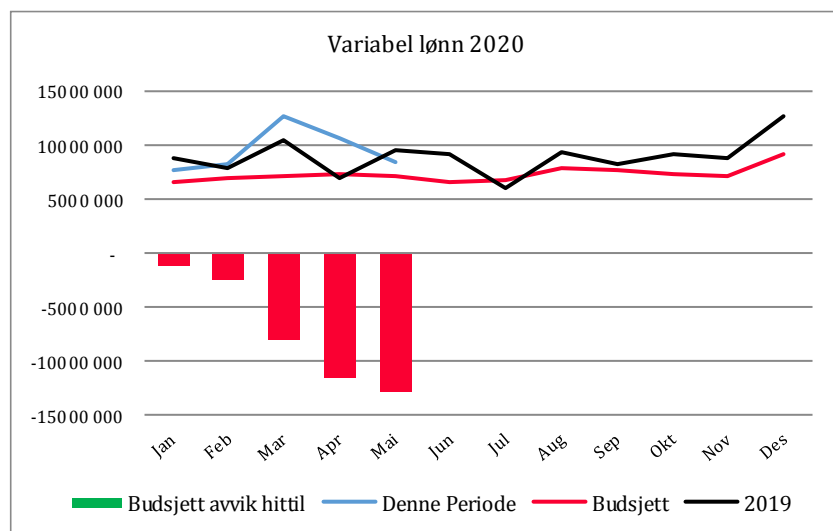


	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
— Faktisk 2018	2 895	2 965	2 942	2 960	2 905	2 921	3 014	3 149	3 048	2 939	2 948	2 972
— Faktisk 2019	2 936	2 963	2 941	2 957	2 928	2 946	3 032	3 163	3 077	2 973	2 984	2 982
— Faktisk 2020	2 950	2 964	2 982	3 048	3 005	2 999						
— STHF budsjett 2020	2 918	2 941	2 913	2 934	2 888	2 905	2 989	3 123	3 033	2 925	2 931	2 950

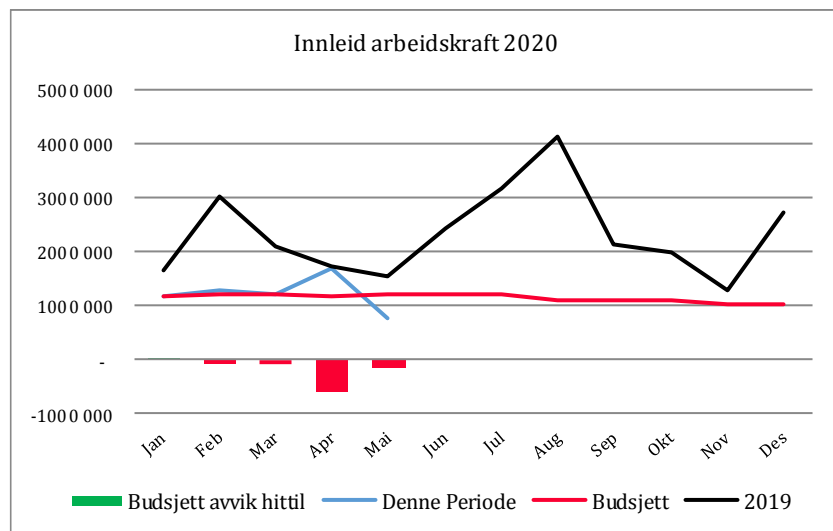




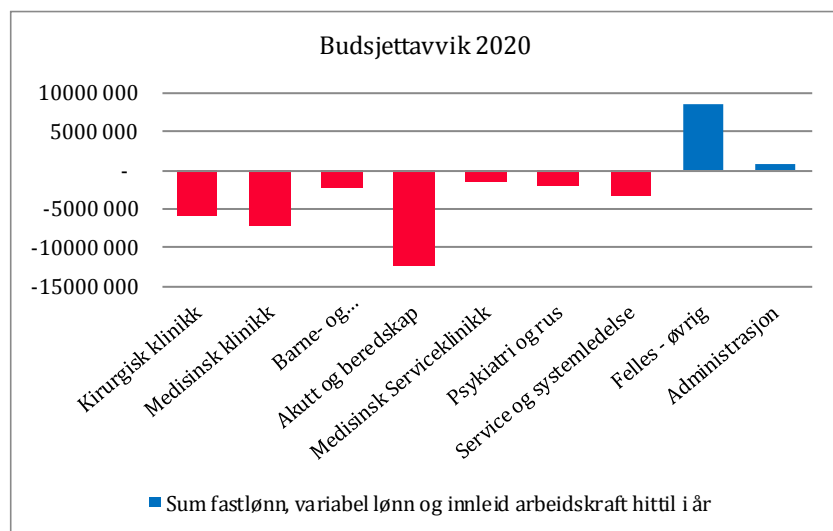
202005	Fastlønn hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
STHF totalt	829 111 449	817 316 134	-11 795 315	-1 %
Kirurgisk klinikk	130 896 038	126 754 261	-4 141 777	-3 %
Medisinsk klinikk	171 480 116	168 247 025	-3 233 092	-2 %
Barne- og ungdomsklinikke	65 629 074	66 436 430	807 357	1 %
Akutt og beredskap	133 456 339	126 095 922	-7 360 417	-6 %
Medisinsk Serviceklinikk	82 556 486	83 673 438	1 116 952	1 %
Psykatri og rus	159 510 263	158 883 010	-627 252	0 %
Service og systemledelse	65 947 541	64 984 971	-962 569	-1 %
Felles - øvrig	-16 820 604	-16 839 000	-18 396	0 %
Administrasjon	36 456 196	39 080 077	2 623 880	7 %



202005	Variabellønn hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	48 020 984	35 314 208	-12 706 777	-36 %
Kirurgisk klinikk	9 314 015	7 138 192	-2 175 823	-30 %
Medisinsk klinikk	11 344 886	7 430 692	-3 914 194	-53 %
Barne- og ungdomsklinikke	2 933 061	1 114 622	-1 818 439	-163 %
Akutt og beredskap	9 389 159	4 330 420	-5 058 739	-117 %
Medisinsk Serviceklinikk	5 003 761	2 394 958	-2 608 804	-109 %
Psykatri og rus	4 533 151	2 765 591	-1 767 560	-64 %
Service og systemledelse	3 739 118	1 315 678	-2 423 439	-184 %
Felles - øvrig	-	8 707 041	8 707 041	100 %
Administrasjon	1 763 833	117 013	-1 646 820	-1407 %



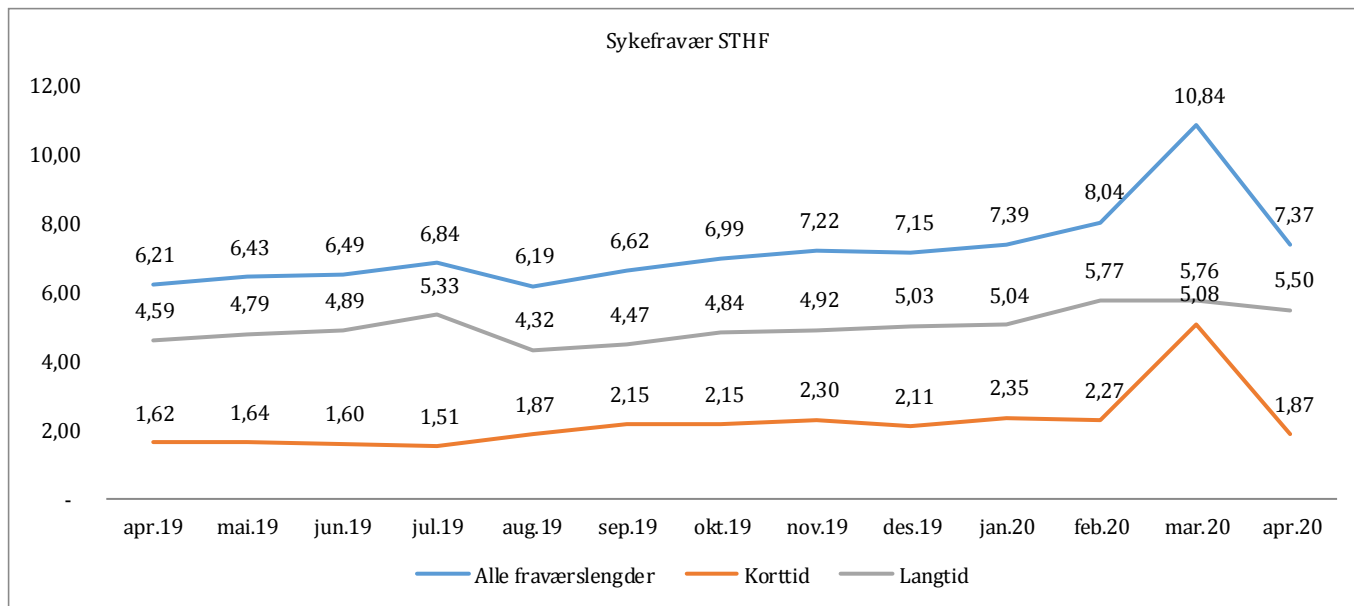
202005	Innleid arbeidskraft hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
STHF totalt	6 136 750	5 991 145	-145 605	-2 %
Kirurgisk klinikk	-	527 975	527 975	100 %
Medisinsk klinikk	-	-	-	0 %
Barne- og ungdomsklinikke	1 347 138	97 654	-1 249 483	-1279 %
Akutt og beredskap	771 281	920 128	148 847	16 %
Medisinsk Serviceklinikk	1 763 874	1 685 596	-78 278	-5 %
Psykiatri og rus	2 254 457	2 759 792	505 335	18 %
Service og systemledelse	-	-	-	0 %
Felles - øvrig	-	-	-	0 %
Administrasjon	-	-	-	0 %



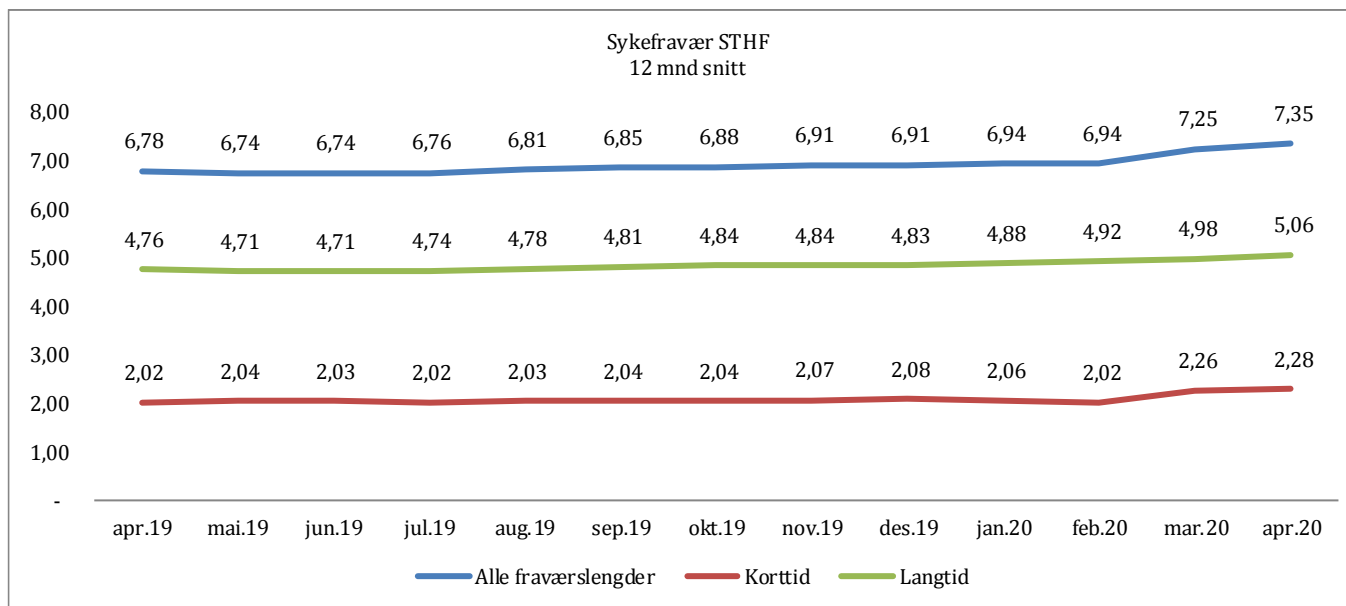
202005	Sum fastlønn, variabel lønn og innleid arbeidskraft hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	883 269 183	858 621 487	-24 647 696	-3 %
Kirurgisk klinikk	140 210 053	134 420 428	-5 789 625	-4 %
Medisinsk klinikk	182 825 003	175 677 717	-7 147 285	-4 %
Barne- og ungdomsklinikke	69 909 272	67 648 707	-2 260 565	-3 %
Akutt og beredskap	143 616 780	131 346 471	-12 270 309	-9 %
Medisinsk Serviceklinikk	89 324 121	87 753 991	-1 570 130	-2 %
Psykiatri og rus	166 297 871	164 408 393	-1 889 478	-1 %
Service og systemledelse	69 686 658	66 300 650	-3 386 008	-5 %
Felles - øvrig	-16 820 604	-8 131 959	8 688 645	-107 %
Administrasjon	38 220 030	39 197 090	977 060	2 %



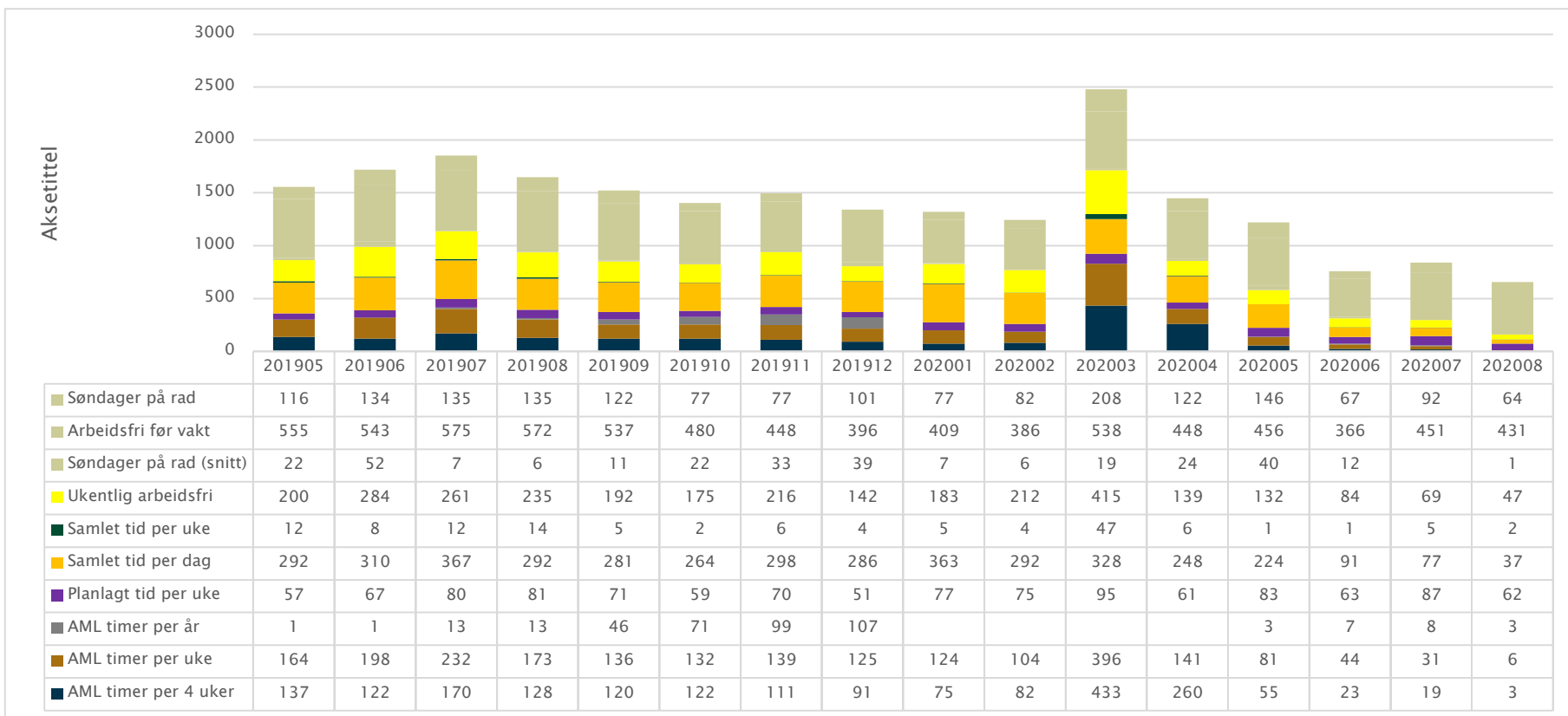
# Sykefravær nærmer seg normalt nivå



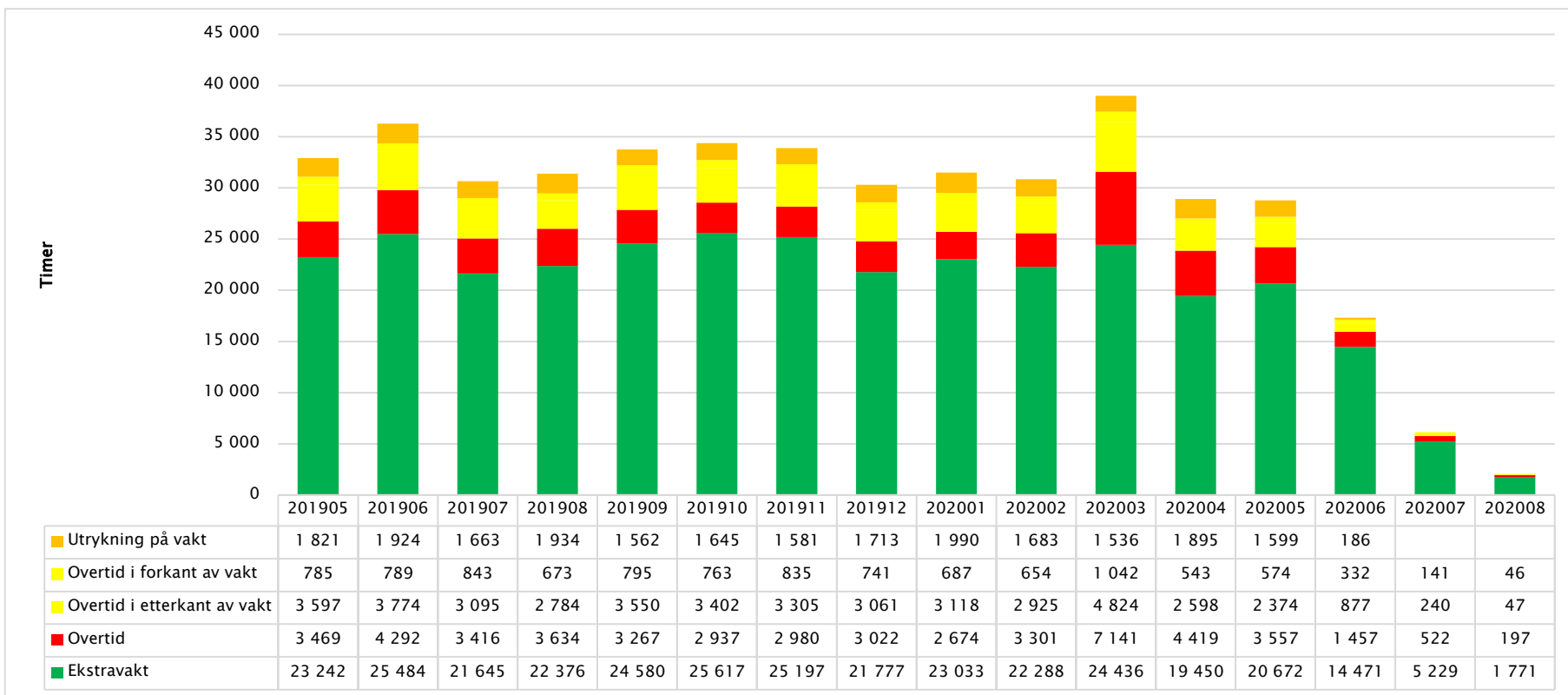
Sykefraværprosent	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	des.19	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	mai.20	jun.20	jul.20	aug.20	sep.20	okt.20	nov.20	des.20	
Alle ansvarssteder	7,19	8,08	7,57	6,21	6,43	6,49	6,84	6,19	6,62	6,99	7,22	7,15	7,39	8,04	10,84	7,37									
(01) 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	5,77	4,95	8,50	4,82									
(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	8,00	10,87	8,84									
(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	7,62	10,08	14,01	8,64									
(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	6,32	8,93	5,49									
(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	7,43	8,86	12,56	8,76									
(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	8,57	9,07	12,62	8,48									
(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	9,62	11,74	11,59	8,01									
(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	4,85	5,37	6,94	4,78									



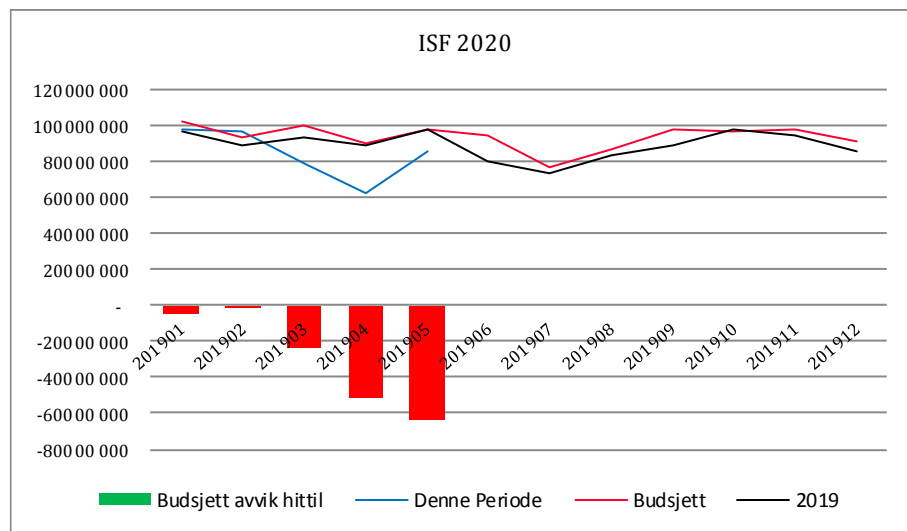
## AML brudd



## Ekstravakt, Forskjøvet vakt og Overtid (EFO)



# Aktivitet



Graf og tabell viser summen av følgende linjer.

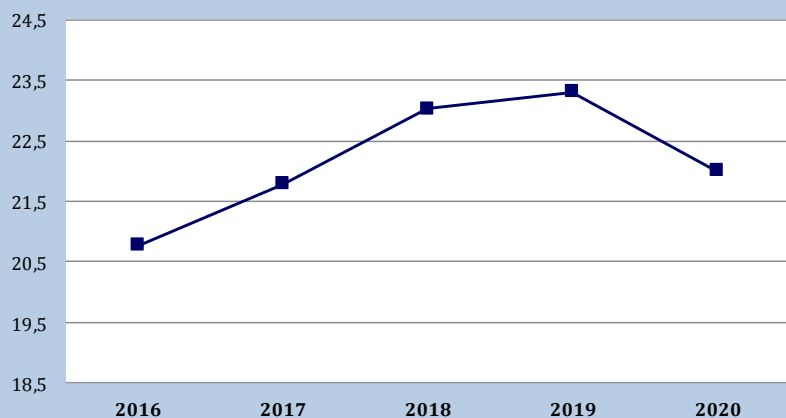
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	-45 450
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	-11 056
ISF-refusjon kommunal medfinansiering	-
ISF-refusjon poliklinisk PHV/TSB	-6 676
IFS - refusjon pasientadministrative kreftlegemidler	-59
	<b>-63 242</b>

	202005			202005		
	Denne Periode			Hittil		
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett
Alle Ansvarssteder	85 709 326	97 930 830	-12 221 504	422 561 689	485 804 155	-63 242 466
Kirurgisk klinikk	33 554 360	39 160 710	-5 606 350	166 970 160	193 668 734	-26 698 574
Medisinsk klinikk	34 816 693	40 774 685	-5 957 993	178 390 582	199 125 210	-20 734 628
Barne- og ungdomsklinikken	7 071 528	8 603 569	-1 532 041	35 811 713	45 293 924	-9 482 211
Akutt og beredskap	98 487	202 929	-104 442	673 378	1 043 506	-370 129
Medisinsk Serviceklinikk	478 694	1 080 414	-601 721	3 669 221	5 634 886	-1 965 665
Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling	1 745 391	2 473 222	-727 831	10 033 190	12 849 025	-2 815 836
Felles - øvrig	7 928 141	5 612 396	2 315 745	26 910 378	28 097 253	-1 186 875

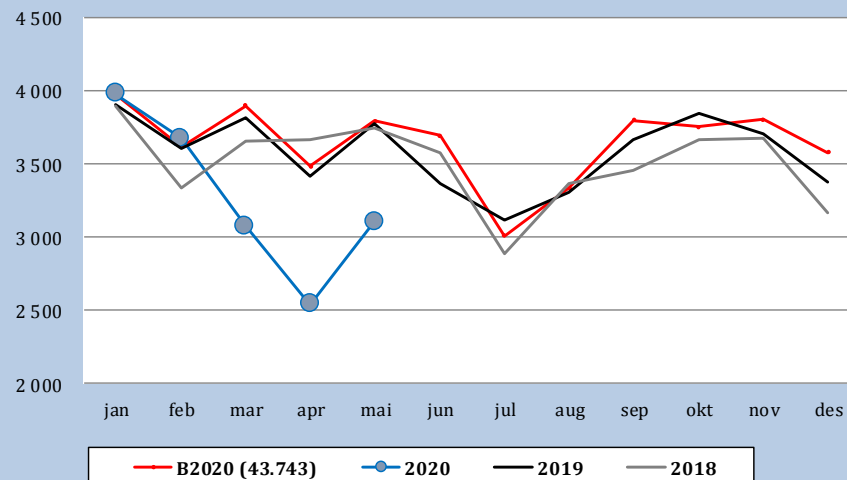
**DRG-poeng, utført ved STHF**

	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2019	Budsjett 2020	ISF budsj.-avvik (1000 kr)
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%			
<b>Kirurgisk klinikk</b>	<b>1 442</b>	<b>1710</b>	<b>-268</b>	<b>-16 %</b>	<b>7 290</b>	<b>8 456</b>	<b>-1 166</b>	<b>-14 %</b>	<b>8 407</b>	<b>19 686</b>	<b>-26 026</b>
Avdeling A	845	906	-61	-7 %	4 138	4 513	-375	-8 %	4 591	10 651	-8 378
Avdeling B	416	672	-257	-38 %	2 405	3 350	-945	-28 %	3 282	7 758	-21 100
Avdeling for Kirurgi, Notodden	181	131	50	38 %	747	592	155	26 %	535	1 277	3 452
<b>Medisinsk klinikk</b>	<b>1 432</b>	<b>1779</b>	<b>-347</b>	<b>-19 %</b>	<b>7 786</b>	<b>8 689</b>	<b>-903</b>	<b>-10 %</b>	<b>8 513</b>	<b>20 364</b>	<b>-20 161</b>
Avdeling Medisin B (lunge, Kragerø, ger.,mage/tarm)	464	486	-23	-5 %	2 489	2 436	54	2 %	2 413	5 691	1 202
Avdeling blod, kreftsykdommer og palliasjon	273	278	-5	-2 %	1 294	1 345	-52	-4 %	1 233	3 163	-1 153
Avdeling Medisin A (hjerne,nyre,hormon)	372	404	-32	-8 %	1 758	1 955	-196	-10 %	1 964	4 598	-4 385
Avdeling for nevrologi og rehabilitering	249	284	-35	-12 %	1 191	1 366	-174	-13 %	1 305	3 199	-3 888
Avdeling Medisin Øvre Telemark	75	327	-252	-77 %	1 053	1 587	-535	-34 %	1 598	3 713	-11 936
<b>BUK</b>	<b>200</b>	<b>249</b>	<b>-49</b>	<b>-20 %</b>	<b>1 083</b>	<b>1 331</b>	<b>-248</b>	<b>-19 %</b>	<b>1 295</b>	<b>3 033</b>	<b>-5 534</b>
<b>Akutt og beredskap</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>-5</b>	<b>-53 %</b>	<b>29</b>	<b>46</b>	<b>-16</b>	<b>-35 %</b>	<b>49</b>	<b>100</b>	<b>-361</b>
<b>MSK</b>	<b>21</b>	<b>47</b>	<b>-26</b>	<b>-55 %</b>	<b>160</b>	<b>246</b>	<b>-86</b>	<b>-35 %</b>	<b>227</b>	<b>550</b>	<b>-1 916</b>
<b>Ernæringspoliklinikk</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>-0</b>	<b>0 %</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
<b>Ufordelt/kvalitetssikring</b>	<b>4</b>	<b>-</b>	<b>4</b>	<b>100 %</b>	<b>16</b>	<b>-</b>	<b>16</b>	<b>100 %</b>	<b>-93</b>	<b>0</b>	<b>93</b>
<b>SUM DRG utført ved STHF</b>	<b>3 105</b>	<b>3 795</b>	<b>-690</b>	<b>-18 %</b>	<b>16 368</b>	<b>18 771</b>	<b>-2 402</b>	<b>-13 %</b>	<b>18 403</b>	<b>43 743</b>	<b>-53 987</b>

DRG-poeng per brutto månedsverk somatikk



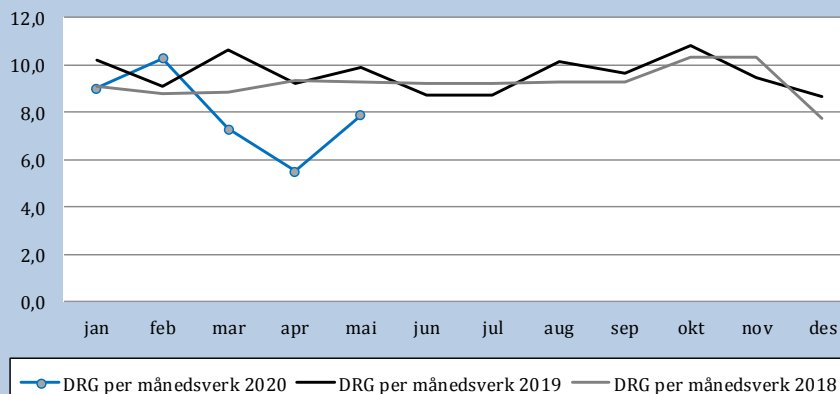
STHF - DRG-poeng utført ved STHF



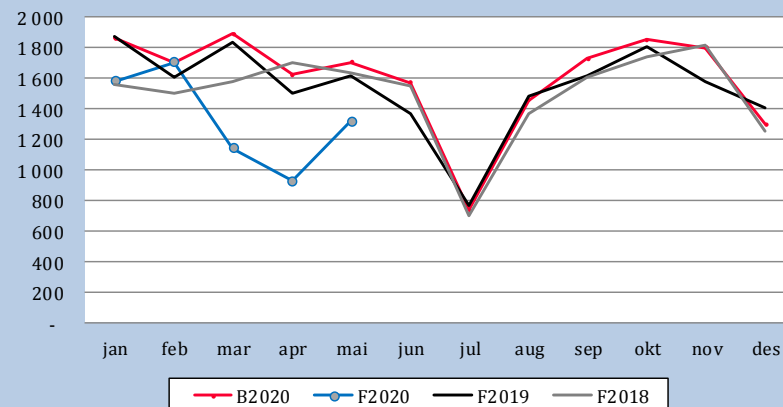
## DRG-poeng PHV og TSB utført ved STHF

	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2019	Budsjet 2020	ISF avvik
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%			
DPS nedre Telemark	403	547	(145)	-26 %	2 396	3 108	(713)	-23 %	6 858	6 939	(2 251 591)
DPS øvre Telemark	85	137	(53)	-38 %	668	850	(181)	-21 %	1 870	1 878	(573 325)
Psykiatrisk sykehusavdeling	18	18	1	5 %	111	108	3	3 %	249	239	9 080
Raskere tilbake PHV og TSB (underlagt Medisinsk klinikk)	1	6	(5)	-78 %	20	38	(17)	-46 %	76	84	(55 065)
<b>Klinikk for PHV og TSB + Raskere tilbake</b>	<b>507</b>	<b>709</b>	<b>-201</b>	<b>-28 %</b>	<b>3 196</b>	<b>4 104</b>	<b>-909</b>	<b>-22 %</b>	<b>9 053</b>	<b>9 140</b>	<b>-2 870 901</b>
Avdeling for barn og unges psykiske helse - ABUP	761	918	(157)	-17 %	3 483	4 687	(1 204)	-25,7 %	8 984	10 100	(3 805 534)
<b>Barne- og ungdomsklinikken</b>	<b>761</b>	<b>918</b>	<b>-157</b>	<b>-17 %</b>	<b>3 483</b>	<b>4 687</b>	<b>-1 204</b>	<b>-26 %</b>	<b>8 984</b>	<b>10 100</b>	<b>-3 805 534</b>
<b>SUM DRG psykisk helsevern og TSB på STHF</b>	<b>1 269</b>	<b>1 627</b>	<b>-358</b>	<b>-22 %</b>	<b>6 679</b>	<b>8 791</b>	<b>-2 113</b>	<b>-24 %</b>	<b>18 038</b>	<b>19 240</b>	<b>-6 676 435</b>

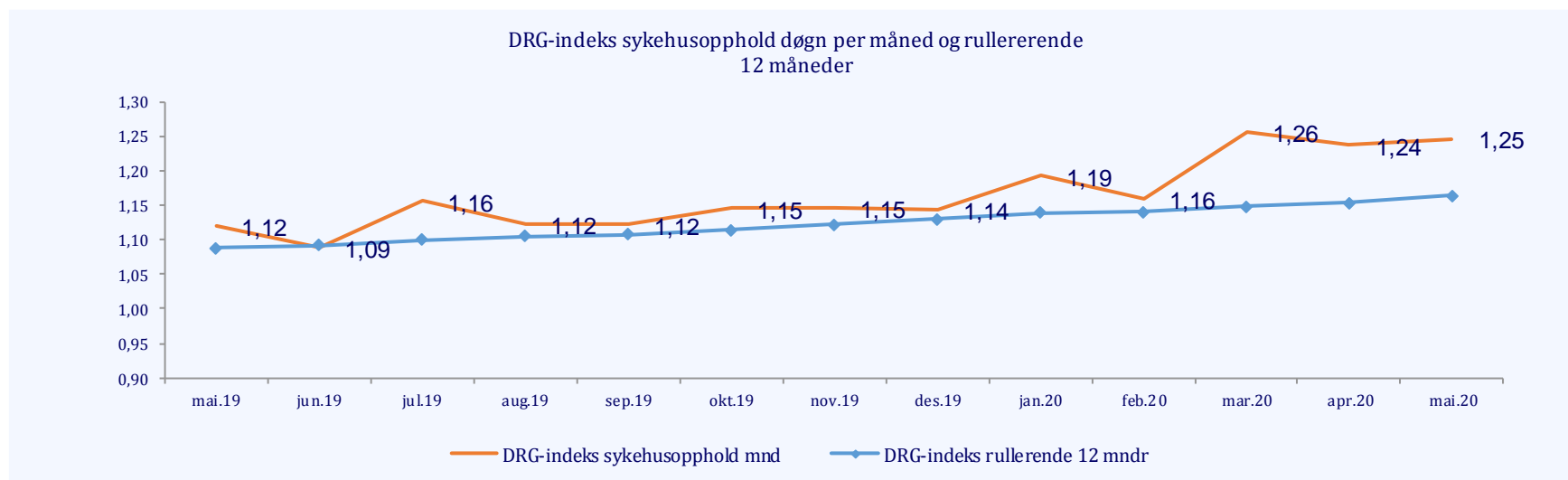
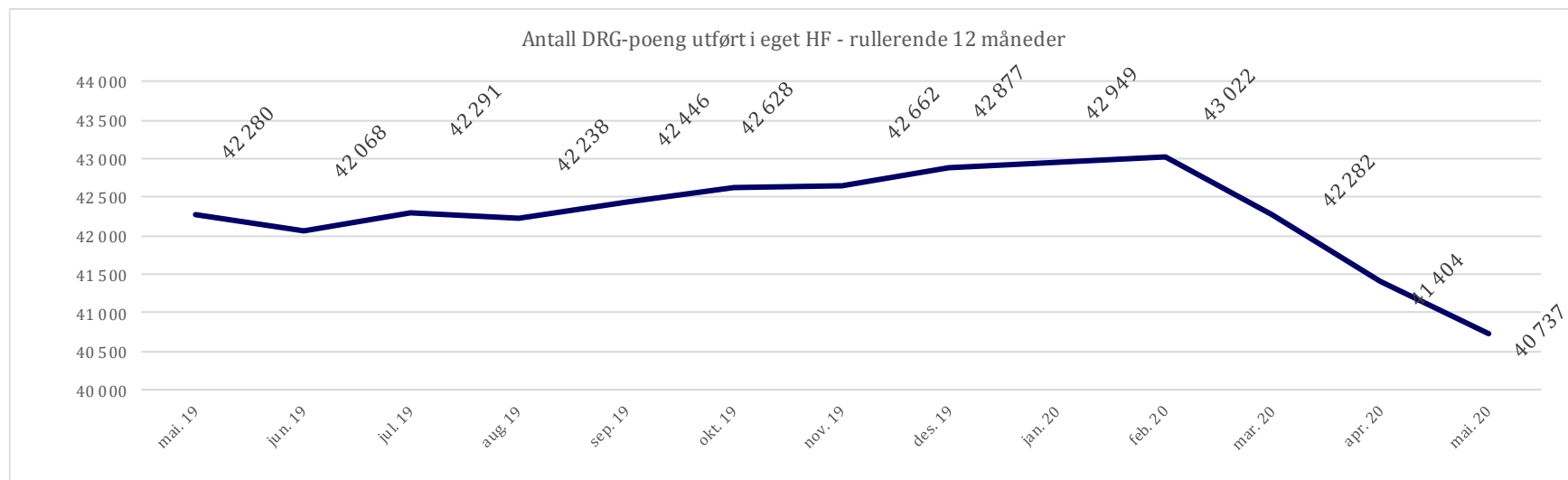
DRG-poeng per måned per terapeut  
PHV og TSB ved STHF



DRG-poeng PHV og TSB ved STHF







# 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%

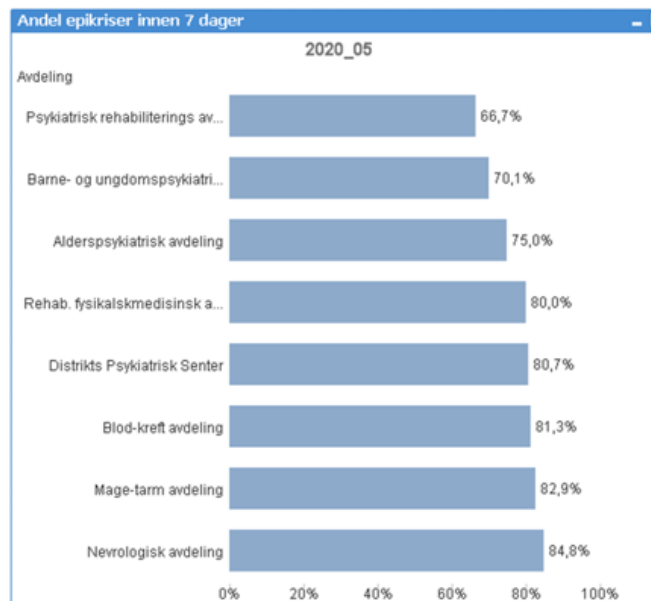
Andel epikriser sendt innen 7 dager Klinikker	Måned												
	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	des.19	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	mai.20
BUK	56 %	62 %	73 %	65 %	60 %	66 %	72 %	77 %	63 %	65 %	78 %	75 %	81 %
Kir. K	82 %	86 %	89 %	85 %	83 %	87 %	84 %	87 %	86 %	87 %	86 %	89 %	89 %
KPR	82 %	84 %	86 %	76 %	80 %	75 %	74 %	71 %	83 %	83 %	82 %	79 %	82 %
Med. K	82 %	86 %	86 %	85 %	80 %	80 %	85 %	82 %	81 %	86 %	85 %	90 %	88 %
STHF	79 %	84 %	86 %	81 %	80 %	80 %	82 %	82 %	81 %	85 %	84 %	86 %	87 %

Andel epikriser sendt innen 1 dag Klinikker													
	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
BUK	32 %	40 %	44 %	31 %	31 %	39 %	38 %	49 %	38 %	34 %	46 %	46 %	52 %
Kir. K	62 %	64 %	71 %	64 %	64 %	68 %	65 %	70 %	71 %	69 %	70 %	73 %	72 %
KPR	42 %	45 %	55 %	41 %	44 %	38 %	36 %	38 %	44 %	38 %	45 %	52 %	44 %
Med. K	56 %	63 %	61 %	58 %	51 %	52 %	57 %	57 %	56 %	58 %	60 %	66 %	60 %
STHF	54 %	58 %	62 %	55 %	53 %	54 %	55 %	58 %	57 %	56 %	59 %	64 %	60 %

Andel epikriser innen 1 dag 2020_05				
Epik1d.OMS	Epik1d.Fag	Epikriser innen 1 dag	Epikriser totalt	Andel innen en dag
	BUP	0	7	0,0%
1	PSY	73	141	51,8%
	SOM	1013	1559	65,0%
	<b>Total</b>	<b>1086</b>	<b>1707</b>	<b>63,6%</b>
3	BUP	29	59	49,2%
	PSY	82	214	38,3%
	<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>273</b>	<b>40,7%</b>

Andel epikriser innen 7 dager 2020_05				
Epik.OMS	Epik.Fag	Sum ((Epik.Epi...	Sum ((Epik.Uts...	Sum ((Epik.Epi...
1	BUP	3	7	42,9%
	PSY	125	141	88,7%
	SOM	1383	1557	88,8%
	<b>Total</b>	<b>1511</b>	<b>1705</b>	<b>88,6%</b>
3	BUP	44	60	73,3%
	PSY	171	219	78,1%
	<b>Total</b>	<b>215</b>	<b>279</b>	<b>77,1%</b>



Direkte time	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
ABK	100 %	100 %	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	100 %	0 %	0 %	0 %
BUK	83 %	86 %	89 %	94 %	90 %	91 %	95 %	94 %	90 %	97 %	93 %	53 %	80 %
KIR	88 %	92 %	88 %	87 %	88 %	82 %	78 %	85 %	87 %	85 %	85 %	74 %	65 %
KPR	89 %	90 %	87 %	81 %	88 %	90 %	88 %	90 %	88 %	90 %	89 %	84 %	89 %
MED	78 %	80 %	73 %	66 %	80 %	82 %	82 %	80 %	78 %	80 %	84 %	74 %	79 %
MSK	94 %	100 %	90 %	100 %	98 %	100 %	100 %	97 %	98 %	92 %	98 %	86 %	91 %
STHF	84 %	87 %	82 %	79 %	85 %	83 %	82 %	84 %	84 %	84 %	85 %	73 %	73 %

Gjennomsnittstid (døgn) fra mottak av henvisning til vurdering av henvisning er fullført.	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
ABK	1,96	1,69	10,79	1,31	3,46	2,14	2,33	3,85	2,41	3,16	2,85	3,71	4,43
BUK	5,33	5,86	5,49	5,76	5,12	4,90	5,29	4,17	3,94	5,38	4,26	2,87	3,47
KIR	1,58	1,71	1,05	0,95	1,19	1,27	1,04	1,08	1,71	1,08	1,02	1,08	1,25
KPR	4,89	4,24	5,21	4,08	4,25	4,04	4,64	4,75	3,64	3,41	3,60	3,69	3,54
MED	7,04	2,14	2,61	2,25	2,66	2,64	3,91	6,72	2,20	3,89	2,56	2,32	2,37
MSK	2,00	2,21	11,14	1,54	1,58	1,80	1,48	1,51	1,79	1,57	1,31	2,47	0,88
STHF	4,02	2,25	2,41	1,79	2,16	2,20	2,55	3,71	2,15	2,59	1,96	1,84	1,91

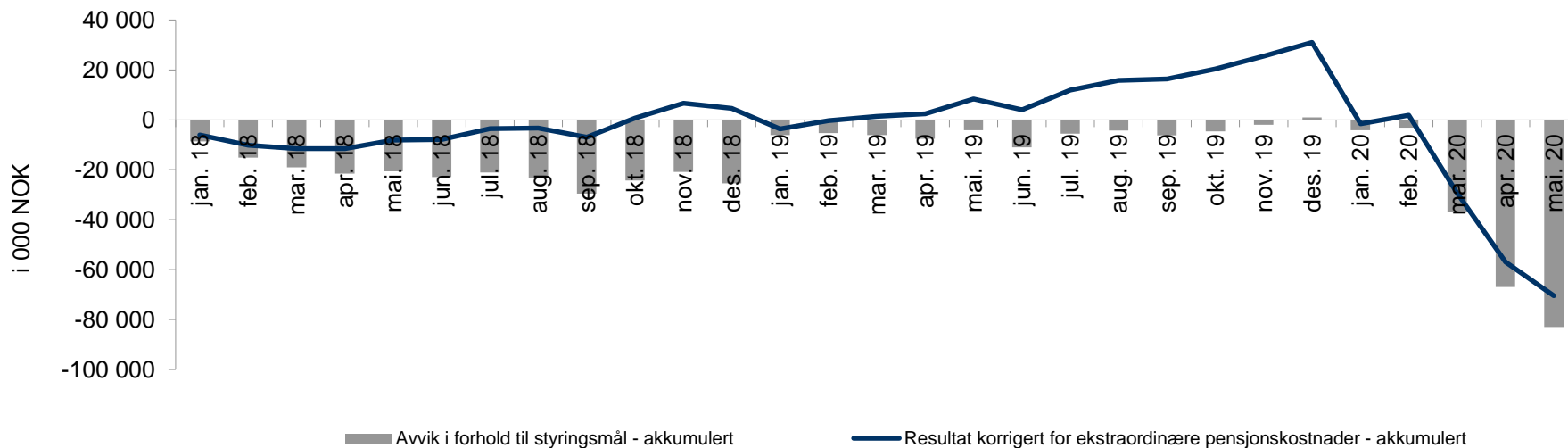
Antall henvisninger vurdert.	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	des.19	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	mai.20
ABK	76	45	33	78	69	75	53	63	70	72	36	15	44
BUK	334	275	246	220	341	388	323	326	330	402	267	171	219
KIR	3125	2749	2328	2 911	3 036	3178	3193	2382	3016	2767	2211	1907	2339
KPR	372	374	258	300	377	429	367	356	454	395	310	250	301
MED	2467	2302	1836	2 168	2 482	2744	2569	2038	2333	2281	1830	1458	1891
MSK	220	281	122	258	263	287	276	172	262	275	234	136	237
STHF	6 594	6 026	4 823	5 935	6 568	7 101	6 781	5 337	6 465	6 192	4 888	3 937	5 031
Antall henvisninger vurdert innen 10 virkedager	6 518	5 969	4 723	5 902	6 522	7 040	6 718	5 285	6 404	6 145	4 842	3 901	4 992
Andel vurdert innen 10 virkedager	98,8 %	99,1 %	97,9 %	99,4 %	99,3 %	99,1 %	99,1 %	99,0 %	99,1 %	99,2 %	99,1 %	99,1 %	99,2 %

8b - Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle		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
Totalt antall dokumenter som er mer enn 14 dager gamle (uansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	3 890	3 581	3 185	3 293	3 743	3 390	3 585	3 951	3 613	3 754	3 107	2 806	3 046
	ABK	7	7	15	4	6	4	11	5	9	2	7	4	8
	BUK	914	972	675	614	694	625	650	683	584	630	408	351	499
	KIR	1 009	919	1 043	1 169	1 224	1 110	1 095	1 208	1 174	1 101	1 092	1 097	1 131
	KPR	873	711	574	613	819	774	836	908	705	795	651	520	496
	MED	1 014	938	844	874	979	846	943	1 098	1 119	1 205	923	810	886
	MSK	73	34	34	19	21	31	50	49	22	21	26	24	26
Herav: antall legedokumenter som er mer enn 14 dager gamle (uansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	1 522	1 294	1 135	1 304	1 598	1 472	1 540	1 796	1 807	1 848	1 505	1 403	1 531
Herav: antall sykepleiedokumenter som er mer enn 14 dager gamle (uansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	1 083	982	1 037	1 039	1 029	899	977	953	839	833	759	726	764
Antall dokumenter som det normalt tar mer enn 14 dager å få ferdigstilt	STHF	38	38	40	39	43	39	40	42	44	49	59	63	70
	BUK	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	KIR	34	35	37	37	41	37	38	40	42	46	56	61	68
	KPR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	MED	4	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2
	MSK	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8c - Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt.		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
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	STHF	2 167	2 542	2 105	1 711	1 170	1 062	2 088	1 068	916	876	926	740	1 060
	ABK	15	6	7	7	13	9	11	13	16	-	10	11	10
	KPR	75	55	73	78	94	53	48	47	33	55	27	42	49
	BUK	209	103	112	104	129	53	108	51	90	71	79	106	95
	MSK	308	203	156	139	141	178	116	154	103	25	-	-	48
	KIR	385	838	257	157	222	221	477	203	168	141	187	142	225
	MED	1 175	1 337	1 500	1 226	571	548	1 328	600	506	584	623	439	633
	Hvorav pasienter registrert på avdelinger som er omorganisert og lukket.	ååMEDKIR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ååPRE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ååAKP	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
	ååKIR	-	-	-	-	-	-	301	-	-	-	-	-	1
	ååNYHO	-	1	-	-	1	-	1	-	-	-	-	4	5
	ååMED\$	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
	ååMED	-	-	-	-	1	-	808	-	-	-	1	1	6

# Økonomi

STHF: Mai 2020	Denne periode faktisk	Denne periode budsjett	Denne periode Avvik	Hittil faktisk	Hittil budsjett	Hittil avvik	Hele året budsjett	Hele året estimat	Avvik budsjett
Basisramme	215 789	215 789	0	1 046 105	1 046 105	0	2 424 871	2 424 871	-
Kvalitetsbasert finansiering	1 414	1 414	-	7 071	7 071	-	16 971	16 971	-
ISF - refusjon dag- og døgnbehandling	61 066	71 423	-10 356	307 964	353 414	-45 450	822 500	822 500	-0
ISF - refusjon somatisk poliklinisk aktivitet	12 780	15 766	-2 986	66 832	77 888	-11 056	182 824	182 824	-
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	4 163	5 398	-1 234	21 104	27 781	-6 676	60 798	60 798	-0
ISF - refusjon fritt behandlingsvalg	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ISF refusjon pasientadministrerte legemiddel (H-re)	7 699	5 344	2 355	26 662	26 721	-59	64 131	64 131	-0
Utskrivningsklare pasienter	2	1 661	-1 659	8 918	8 304	613	19 931	22 931	3 000
Gjestepasienter	1 159	1 536	-377	8 172	7 935	237	17 832	17 832	0
Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasie)	4 259	7 479	-3 220	33 688	37 497	-3 809	88 592	88 592	-0
Polikliniske inntekter	7 142	8 580	-1 439	39 892	43 043	-3 151	100 394	100 394	-
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andre øremerkede tilskudd	1 392	1 381	11	7 431	6 905	526	16 572	16 572	-
Andre driftsinntekter	17 635	21 605	-3 970	101 630	109 089	-7 458	267 138	267 138	-0
<b>SUM DRIFTSINNTEKTER</b>	<b>334 500</b>	<b>357 375</b>	<b>-22 875</b>	<b>1 675 469</b>	<b>1 751 753</b>	<b>-76 284</b>	<b>4 082 555</b>	<b>4 085 555</b>	<b>3 000</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	3 002	3 388	-386	17 108	17 024	85	40 497	40 497	-0
Kjøp av private helsetjenester	9 516	9 101	415	48 705	44 136	4 569	107 785	110 785	3 000
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgr	38 584	40 355	-1 771	198 418	200 313	-1 895	479 829	479 829	-0
Innleid arbeidskraft	760	1 213	-452	6 137	5 991	146	13 760	13 760	0
Kjøp av konserninterne helsetjenester	23 649	25 240	-1 590	111 626	122 652	-11 027	286 747	286 747	0
Lønn til fast ansatte	172 134	167 180	4 954	829 111	817 316	11 795	1 872 025	1 872 025	0
Overtid og ekstrahjelp	8 401	7 217	1 184	48 021	35 314	12 707	88 332	88 332	-
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	20 189	30 845	-10 657	98 699	150 798	-52 099	345 396	226 066	-119 331
Off. tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-10 270	-8 632	-1 638	-51 646	-44 257	-7 388	-105 088	-105 088	-0
Annen lønn	19 282	27 338	-8 056	125 747	133 179	-7 432	297 781	297 781	-
Avskrivninger	8 086	8 451	-365	41 524	42 285	-761	102 595	102 595	0
Nedskrivninger	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andre driftskostnader	45 521	44 673	848	228 078	222 040	6 038	539 511	539 511	-
<b>SUM DRIFTSKOSTNADER</b>	<b>338 854</b>	<b>356 369</b>	<b>-17 515</b>	<b>1 701 530</b>	<b>1 746 791</b>	<b>-45 261</b>	<b>4 069 171</b>	<b>3 952 840</b>	<b>-116 331</b>
<b>DRIFTSRESULTAT</b>	<b>-4 354</b>	<b>1 007</b>	<b>-5 361</b>	<b>-26 061</b>	<b>4 961</b>	<b>-31 023</b>	<b>13 384</b>	<b>132 715</b>	<b>119 331</b>
Finansinntekter	1 711	1 737	-26	8 929	8 586	343	19 647	19 647	-
Finanskostnader	208	244	-36	1 208	1 048	160	3 032	3 032	-
<b>FINANSRESULTAT</b>	<b>1 503</b>	<b>1 493</b>	<b>10</b>	<b>7 721</b>	<b>7 539</b>	<b>183</b>	<b>16 616</b>	<b>16 616</b>	<b>-</b>
<b>ORDINÆRT RESULTAT</b>	<b>-2 851</b>	<b>2 500</b>	<b>-5 351</b>	<b>-18 340</b>	<b>12 500</b>	<b>-30 840</b>	<b>30 000</b>	<b>149 331</b>	<b>119 331</b>
Pensjonskostnader	-10 657	-	-10 657	-52 099	-	-52 099	-	-119 331	-119 331
<b>Korrigert resultat</b>	<b>-13 508</b>	<b>2 500</b>	<b>-16 008</b>	<b>-70 439</b>	<b>12 500</b>	<b>-82 939</b>	<b>30 000</b>	<b>30 000</b>	<b>-0</b>

## Driftsresultat og budsjettavvik 2018 til 2020 - foretak og klinikker

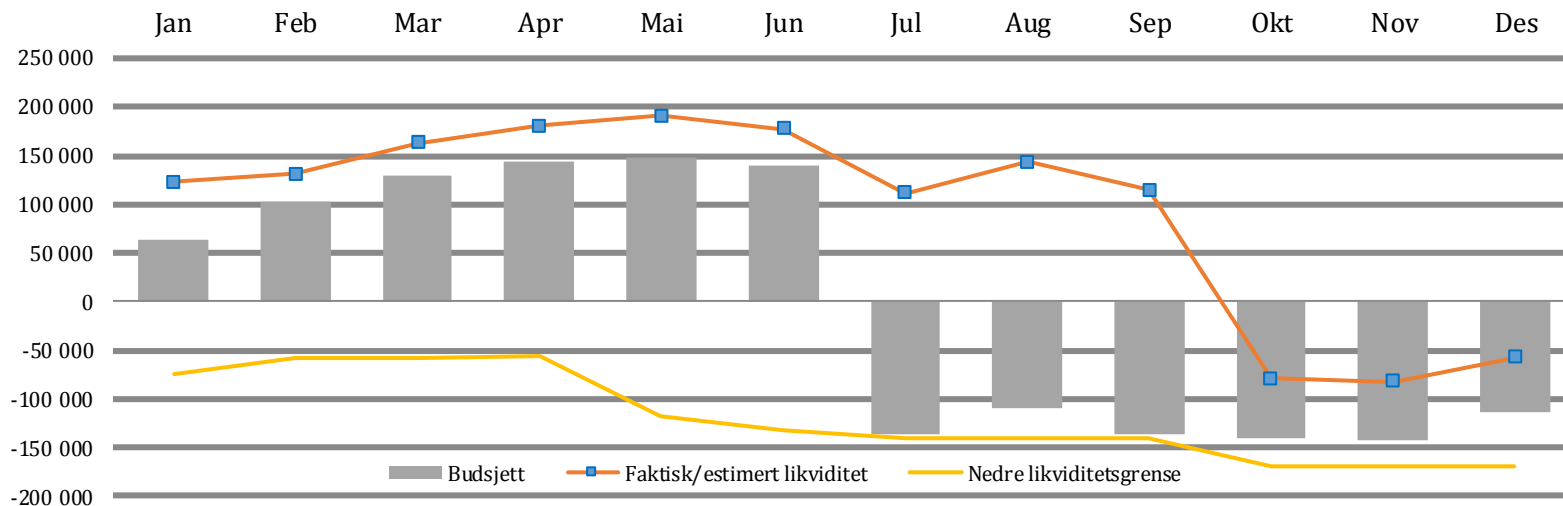


2020, tall i 1000	Hitil i år	Hitil i år	Denne periode, resultat.											
Resultat	Resultat	Budsjettavvik	Mai. 20	Apr. 20	Mar. 20	Feb. 20	Jan. 20	Des. 19	Nov. 19	Okt. 19	Sep. 19	Aug. 19	Jul. 19	Jun. 19
Kirurgisk klinikk	(34 141)	(34 141)	(6 940)	(14 603)	(10 697)	389	(2 290)	(4 087)	(3 010)	(1 808)	(3 998)	(4 894)	944	(5 958)
Medisinsk klinikk	(32 837)	(32 837)	(7 111)	(10 423)	(9 797)	(540)	(4 966)	(3 180)	(3 650)	(3 201)	(2 025)	(2 734)	220	(806)
Barne- og ungdomsklinikken	(7 723)	(7 723)	(550)	(3 171)	(2 255)	(200)	(1 548)	557	(461)	565	(35)	2 362	20	(1 700)
Akutt og beredskap	(16 302)	(16 302)	(3 143)	(7 115)	(5 061)	(362)	(622)	(793)	(1 608)	(2 245)	(1 265)	(3 156)	(2 274)	(1 217)
Medisinsk Serviceklinik	(4 567)	(4 567)	(1 866)	(1 884)	(1 559)	(21)	763	2 633	1 122	802	2 270	1 609	2 327	1 119
Psykatri og rus	(1 981)	(1 981)	(215)	(894)	(1 262)	174	216	(1 469)	(755)	469	(1 379)	(103)	1 912	(344)
Service og systemledelse	417	417	(138)	3 662	(2 038)	(53)	(1 016)	665	(3 144)	(637)	265	1 111	533	(3 228)
Administrasjonen	984	984	1 081	185	(217)	303	(366)	669	(72)	798	(102)	943	793	(918)
Felles - øvrig	25 711	13 211	5 375	6 590	1 759	3 782	8 206	22 380	16 644	9 350	6 813	8 679	3 506	8 690
<b>Totalt STHF</b>	<b>(70 439)</b>	<b>(82 939)</b>	<b>(13 508)</b>	<b>(27 653)</b>	<b>(31 127)</b>	<b>3 471</b>	<b>(1 623)</b>	<b>17 375</b>	<b>5 066</b>	<b>4 092</b>	<b>543</b>	<b>3 818</b>	<b>7 981</b>	<b>(4 361)</b>



## Likviditet og investeringer.

Tall i tusen



<b>Investeringer - tall i 1000</b>	<b>Regn. 2020</b>	<b>Est. 2020</b>	<b>Bud. 2020</b>
Bygg & anlegg	5 145	36 000	36 000
MTU	27 333	120 000	120 000
Annet utstyr, biler m.m.	2 683	14 000	14 000
IKT-investeringer - lån til Sykehuspartner	2 140	5 700	5 700
Tilbakebetalt lån fra Sykehuspartner	-496	-3 524	-3 524
<b>SUM mai 2020</b>	<b>36 806</b>	<b>172 176</b>	<b>172 176</b>

## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

### Sakstittel: Uønskede pasienthendelser 2019 klassifisert med Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser (NOKUP)

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
042-2020	fagdirektør Halfrid Waage, kvalitetssjef Elisabeth Hessen	Sak til orientering	17.06.2020

#### Trykte vedlegg:

Ingen

#### Utrykte vedlegg:

[Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser - NOKUP](#)

#### Har saken betydning for pasientsikkerheten?

Ja, klassifisering av pasienthendelser med NOKUP skal gi muligheter for å identifisere alvorlig systemsvikt og å identifisere områder for læring og forbedring.

#### Ingress:

Alle helseforetak skal klassifisere uønskede pasienthendelser etter nasjonalt kodeverk for uønskede pasienthendelser (NOKUP). Saken gjør rede for bruken av kodeverket og resultatet fra klassifiseringen av de uønskede hendelsene i 2019. Til slutt oppsummeres særskilte problem- og risikoområder der det vil være behov for målrettede forbedringstiltak for å redusere risikoen for at tilsvarende hendelser skjer på nytt.

#### Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Skien, den 11. mai 2020

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

## Bakgrunn

### Hva er hensikten med NOKUP?

Kodeverkets kategorier skal gi muligheter for å identifisere alvorlig systemsvikt og å identifisere områder for læring og forbedring. Ved å få oversikt over problem- og risikoområder kan man ha muligheter til å iverksette målrettede forbedringstiltak som kan redusere risikoen for at tilsvarende hendelser skjer på nytt. Bruk av NOKUP legger også til rette for forbedringsarbeid gjennom benchmarking i og mellom helseforetak.

### Hva er NOKUP?

Norsk Kodeverk for uønskede pasienthendelser er utarbeidet av Helsedirektoratet i samarbeid med representanter fra de regionale foretakene. Kodeverket er en tilpasning/forenkling av WHO's kodeverk for uønskede pasienthendelser.

### Krav og føringer

I 2017 fikk alle helseforetak oppdrag om å iverksette tiltak for økt bruk av avvikssystemet i analyse av enkelthendelser, statistikk og risikoanalyser. Et av tiltakene var å ta i bruk det nye nasjonale kodeverket for uønskede pasienthendelser (NOKUP). For øvrig er arbeidet forankret i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

I tillegg gir Helse Sør-Øst sin regionale retningslinje for publisering av uønskede pasienthendelser, føringer om en enhetlig publisering av statistikk med NOKUP.

### Hva skal klassifiseres?

Alle pasientrelaterte uønskede hendelser og nesten-uhell skal registreres i sykehusets avvikssystem og klassifiseres etter NOKUP.

## Fakta og vurderinger

### Kodeverkets kategorier og nivåer

Klassifikasjonssystemet består av sju hovedkategorier (nivå 1):

1. Sted for hendelsen
2. Hendelsestype
3. Medvirkende faktorer/årsaker
4. Forebyggbarhet
5. Faktisk konsekvens for pasient
6. Hyppighet for uønsket hendelse
7. Mulig konsekvens ved gjentakelse

Under hver av hovedkategoriene finnes det flere underkategorier (nivåer).

### Hvordan skjer klassifiseringen?

Det markeres for de kategoriene som hendelsen synes å falle best inn under. Det er envalg i alle hovedkategorier unntatt kategori 3. Medvirkende faktorer/årsaker, der det kan gjøres flervalg.

Kategoriene 4, 6 og 7 er enda ikke tatt i bruk ved STHF pga. manglende info fra avvikssystemet.

Dagens avvikssystem gir ikke systemstøtte til klassifisering med NOKUP. Klassifiseringen utføres derfor manuelt i kvalitetsavdelingen på bakgrunn av opplysninger som er registrert i avvikssystemet.

Økonomiavdelingen bistår med statistikk og analyse. Arbeidet er komplekst og krevende uten elektronisk systemstøtte.

Dette er også grunnen til at statistikk og analyse kun er tilgjengelig på foretaks- og klinikknivå.

## Antall klassifiserte hendelser

I 2019 ble det registrert totalt 1047 pasienthendelser. Av disse ble 967 klassifisert etter NOKUP. De resterende 80 hendelsene inneholdt ikke nok informasjon til å bli klassifisert, da saksbehandlingen ikke var avsluttet. I 2018 ble det gjennomført en klassifiserings pilot. Det ble da registrert 970 pasienthendelser og 903 av disse ble klassifisert.

Uønskede pasienthendelser som registreres som generelle avvik uten konsekvens for pasient, kan ikke klassifiseres etter NOKUP.

Pasienthendelsene omfatter også hendelser meldt fra eksterne samarbeidspartnere, i hovedsak kommunene i Telemark.

## Statistikk og analyse

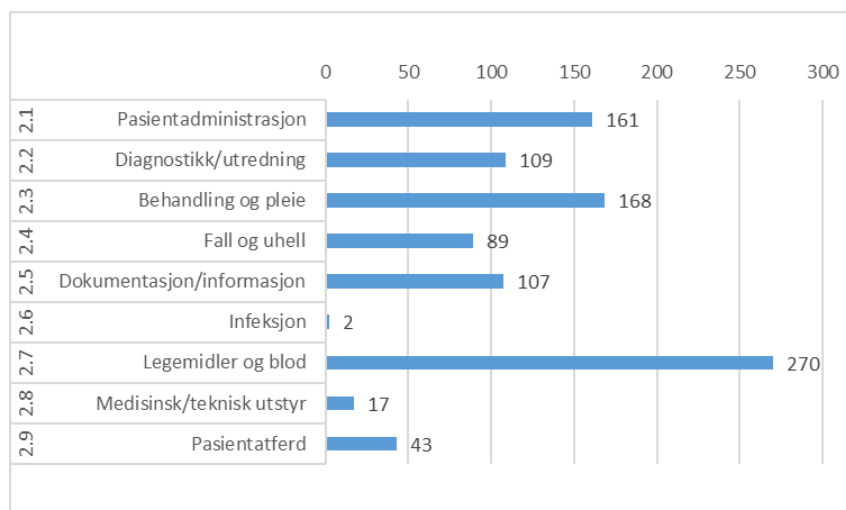
NOKUP gir en systematisk oversikt over problem- og risikoområder, som må følges opp med målrettede forbedringstiltak for å redusere risikoen for at tilsvarende hendelser skjer på nytt.

NOKUP legger også til rette for benchmarking i og mellom helseforetak. Mangel på statistikk og analyse på avdelings- og seksjonsnivå setter noen begrensinger på «skreddersømmen» i forbedringsarbeidet.

## Hendelsestyper

Hva var den uønskede hendelsen? Hva var det som skjedde/gikk galt med pasienten? Her velges den kategorien som beskriver hendelsen mest spesifikt.

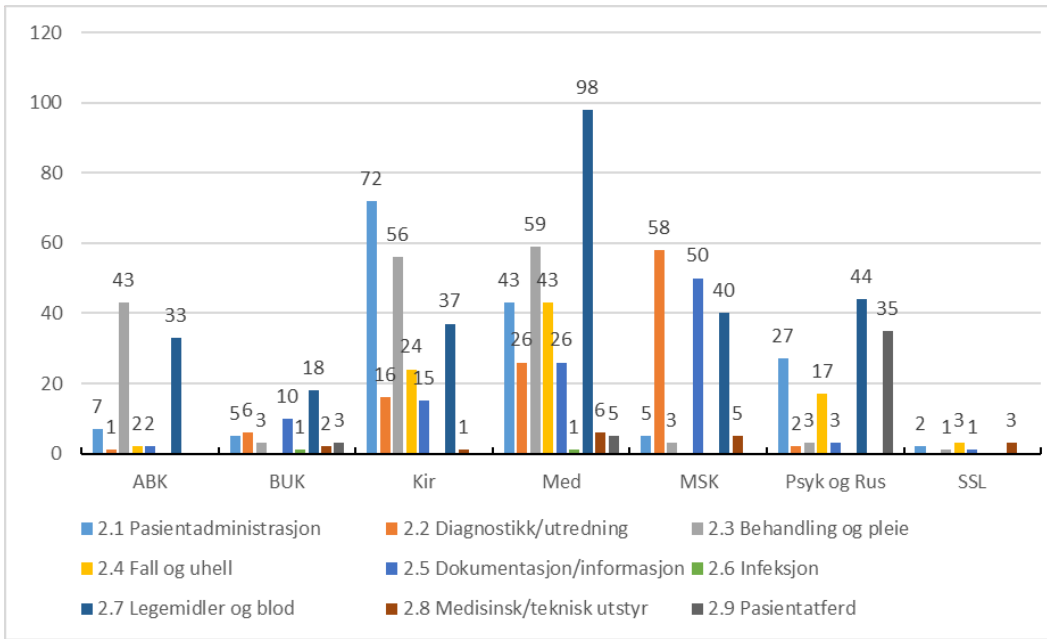
Figur 1. Hendelsestyper STHF 2019



Figur 1. viser at hendelsestypen «Legemidler og blod» (270) har flest uønskede hendelser ved Sykehuset Telemark i 2019. Innføringen av MetaVision i 2019 kan ha innvirket på resultatene, både ved å redusere antall legemiddelfeil og ved å bidra til flere registreringer på grunn av økt fokus.

Deretter kommer kategoriene «Behandling og pleie» (168) og «Pasientadministrasjon» (161), fulgt av «Diagnostikk og utredning» (109), «Dokumentasjon/informasjon» (107) og «Fall og uhell» (89). Det er 17 hendelser i kategorien «Medisinsk/teknisk utstyr» og helt på bunn finner vi kun 2 infeksjoner som tyder på en underrapportering av infeksjoner som uønskede pasienthendelser.

Figur 2 Hendelsestyper per klinikk STHF 2019



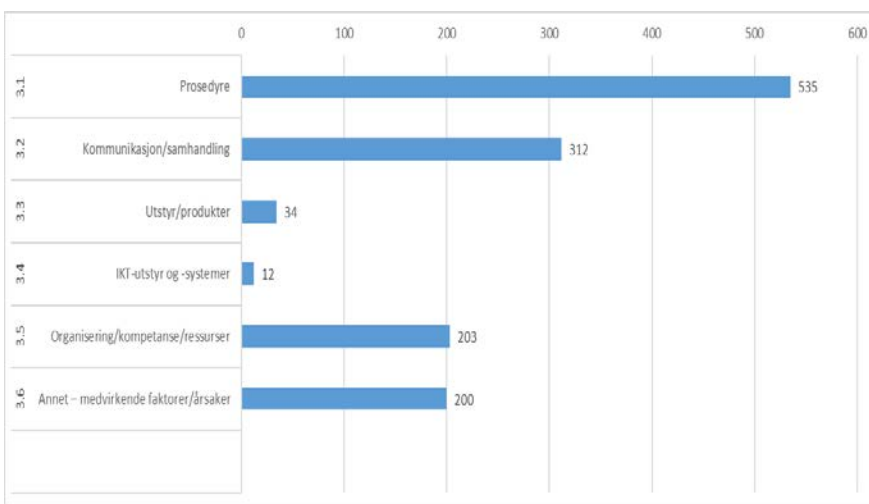
Figur 2 Hendelsestyper per klinikk viser både områder med felles forbedringspotensial og andre områder som tydelig er klinikkspesifikke. Her vil det være behov for at den enkelte klinikk gjennomgår resultatene og sikrer forsvarlig oppfølging av risikoområder.

Resultatene gir et kunnskapsbasert grunnlag for målrettet oppfølging av det lokale forbedringsarbeidet i klinikken, samarbeid på tvers om felles utfordringer mellom klinikkene eller via benchmarking der resultatene spriker

### Medvirkende faktorer/årsaker

Medvirkende faktorer/årsaker er omstendigheter, påvirkning eller handlinger som har spilt en rolle i opphavet til/utvikling av en hendelse eller har gitt større risiko for at en hendelse skulle inntreffe. Det kan her velges flere av totalt seks kategorier, som hver har flere underkategorier/nivåer.

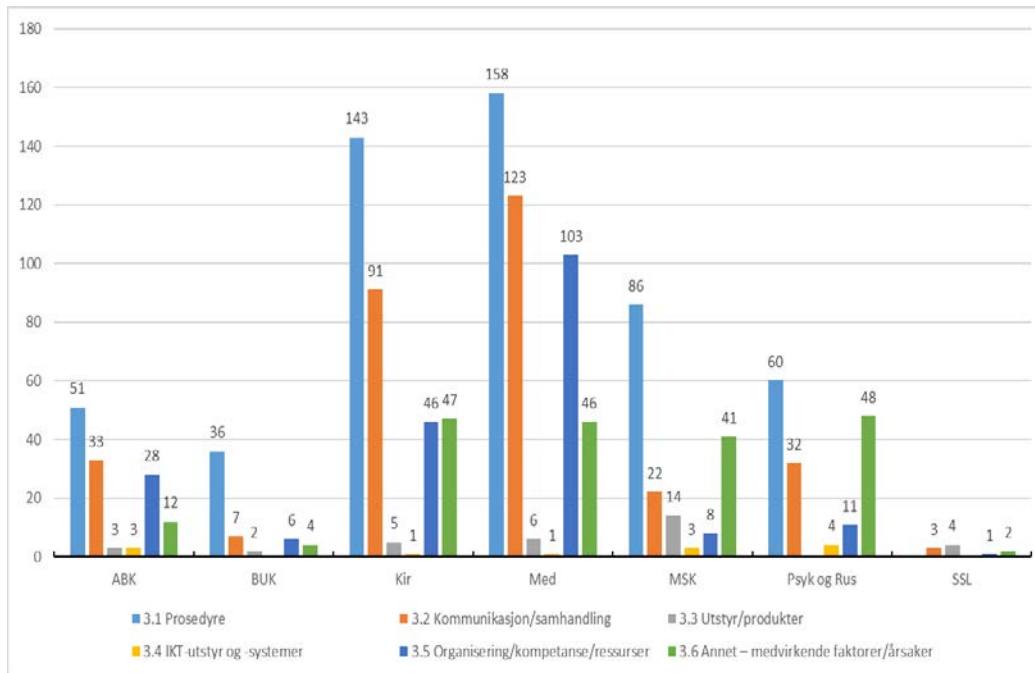
Figur 3. Medvirkende faktorer/årsaker STHF 2019



Figur 3 under viser klassifiserte medvirkende faktorer/årsaker for STHF i 2019. Kategorien «Prosedyre» (535) er medvirkende faktor/årsak i flest hendelser, fulgt av «Kommunikasjon/samhandling» (312).

Deretter kommer «Organisering/kompetanse/ressurser» (203) og «Annet- medvirkende faktorer/årsaker» (200). Kategoriene «Utstyr/produkter» (34) og «IKT-utstyr og systemer» (12) har færrest klassifiseringer.

Figur 4. Medvirkende faktorer/årsaker per klinikk 2019

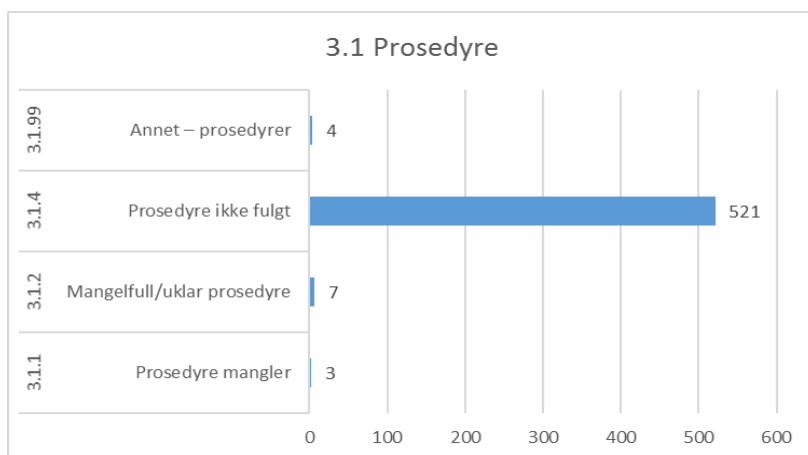


Figur 4 viser medvirkende faktorer/årsaker per klinikk 2019. Klinikvis kommer det fram mange likheter men også forskjeller i medvirkende faktorer/årsaker.

### Medvirkende faktorer/årsaker – med detaljerte underkategorier

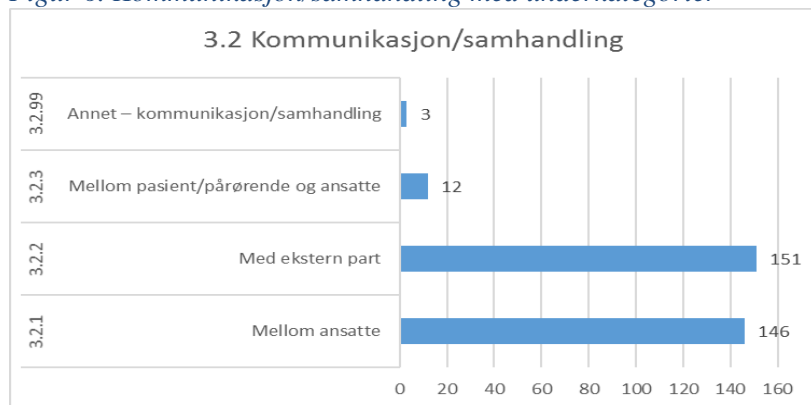
Underkategoriene gir et mer nyansert bilde av hvilke faktorer som har medvirket til eller som er utløsende årsaker til hendelsene. Denne detaljkunnskapen er av avgjørende betydning for å kunne iverksette målrettede og effektive forbedringstiltak. Foreløpig er disse oversiktene kun tilgjengelig på foretaksnivå.

Figur 5. Prosedyre med underkategorier



Figur 5 viser at hendelser med medvirkende faktorer/årsaker knyttet til «Prosedyre» topper statistikken. Nesten unntak handler dette om «Prosedyre ikke fulgt» (521). De resterende hendelsene er knyttet til «Mangelfull/uklar prosedyre» (7), «Annet – prosedyrer» (4) og «Prosedyre mangler» (3).

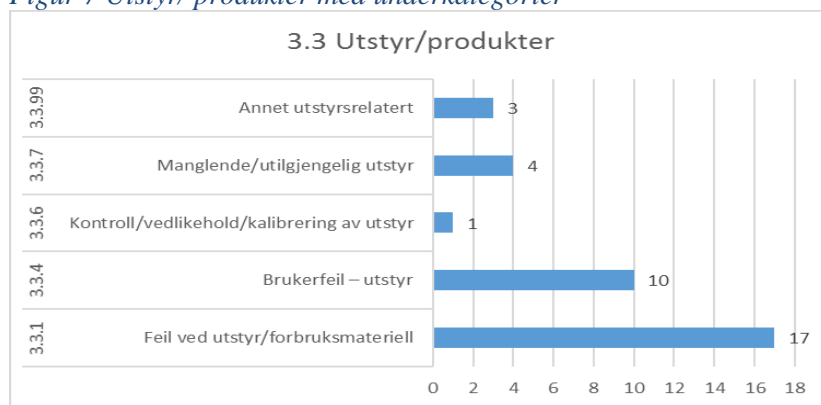
Figur 6. Kommunikasjon/samhandling med underkategorier



Figur 6 viser at hendelser med medvirkende faktorer/årsaker knyttet til «Kommunikasjon/samhandling» i hovedsak gjelder «Mellom ansatte» (146) og «Med ekstern part» (151). Få saker gjelder kommunikasjon/samhandling «Mellom pasient/pårørende og ansatte» (12) og «Mellom ansatte» (3).

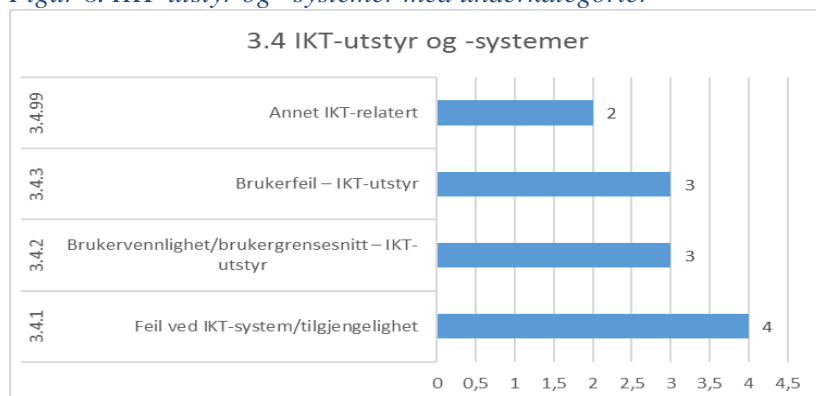
I all hovedsak er hendelsene som er klassifisert som kommunikasjon/samhandling «Med ekstern part» meldt av kommunene i Telemark. Det er ikke mulig å klassifisere saker som er meldt fra sykehuset til kommunene.

Figur 7 Utstyr/produkter med underkategorier



Figur 7 viser at det er relativt få hendelser med medvirkende faktorer/årsaker knyttet til «Utstyr/produkter». Hendelsene er knyttet til «Feil ved utstyr/forbruksmateriell» (17), «Brukerfeil – utstyr» (10), «Manglende/utilgjengelig utstyr» (4), «Annet utstysrelatert» (3) og «Kontroll/vedlikehold (kalibrering av utstyr» (1).

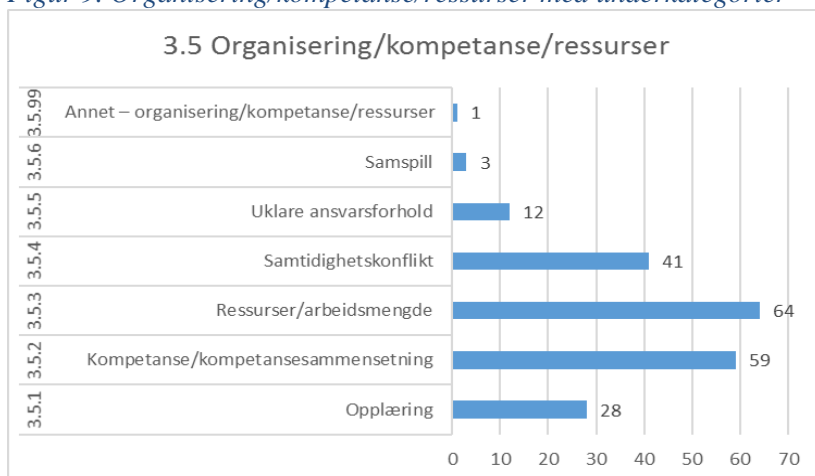
Figur 8. IKT-utstyr og –systemer med underkategorier



Figur 8 viser at kun et mindre antall hendelser er registrert med medvirkende faktorer/årsaker knyttet til «IKT-utstyr og –systemer». «Feil ved IKT-system/tilgjengelighet» (4), Brukervennlighet/brukergrensesnitt –

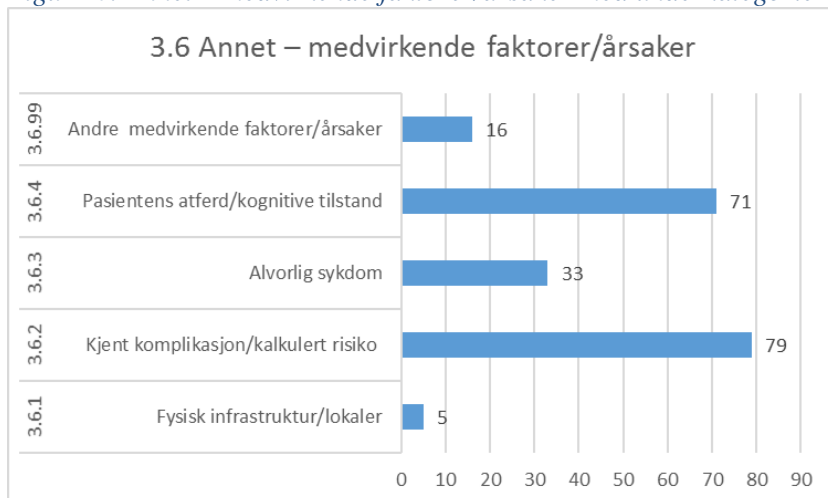
IKT-utstyr» (3), «Brukerfeil- IKT-utstyr» (3) og «Annet-IKT-relatert» (2). De fleste av disse sakene er fulgt opp av Teknologi og e-helse og Sykehuspartner i samarbeid.

Figur 9. Organisering/kompetanse/ressurser med underkategorier



Figur 9 viser hendelser som er registrert med medvirkende faktorer/årsaker knyttet til organisering/kompetanse/ressurser. Disse er knyttet til «Ressurser/arbeidsmengde» (64), «Kompetanse/kompetansesammensetning» (59), «Samtidigskonflikt» (41), «Opplæring» (28), «Uklare ansvarsforhold» 12, «Samspill» (3) og «Annet – organisering/kompetanse/ressurser» (1). Informasjonen som er registrert i disse avvikene, tyder på at hendelsene i tillegg burde vært registrert som HMS-hendelser. Dette er også informasjon som bidrar til å synliggjøre sammenhengen mellom pasientsikkerhet og HMS.

Figur 10. Annet – medvirkende faktorer/årsaker med underkategorier



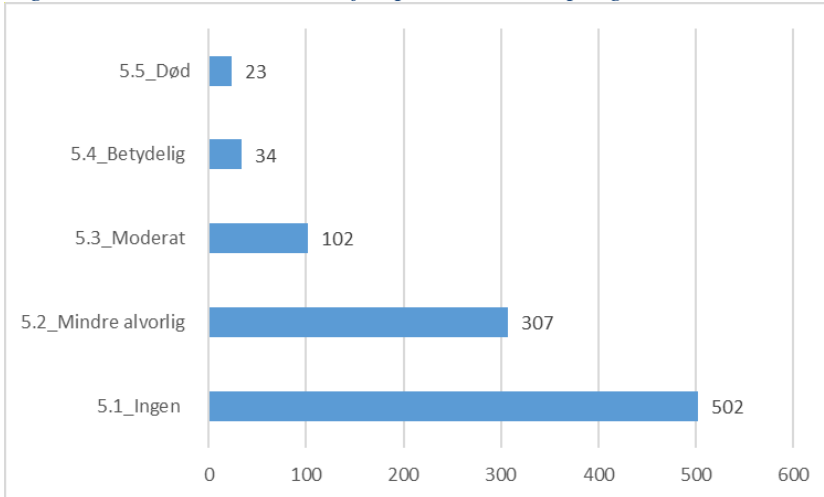
Figur 10 viser andre faktorer som ikke er dekket av andre kategorier som medvirket til en uønsket hendelse. «Kjent komplikasjon/kalkulert risiko» (79) har sammen med «Pasientens atferd/kognitive tilstand» (71) flest klassifiseringer i denne kategorien. Deretter følger «Alvorlig sykdom» (33), «Andre medvirkende faktorer/årsaker» (16) og «Fysisk infrastruktur/lokaler» (3). «Andre medvirkende faktorer/årsaker» velges når registreringen mangler informasjon om medvirkende faktorer/årsaker.



## Faktisk konsekvens for pasients helse/prognose

Dette er en skjønsmessig vurdering av omfang, varighet og behandlingssimplikasjoner som skyldes en uønsket hendelse, ikke nødvendigvis det endelige utfallet for pasienten, men konsekvensen denne hendelsen isolert sett hadde for pasientens helse/prognose. Basert på tilgjengelig kunnskap/kjennskap, hvilken konsekvens fikk hendelsen for pasienten?

Figur 11. Faktisk konsekvens for pasients helse/prognose STHF 2019

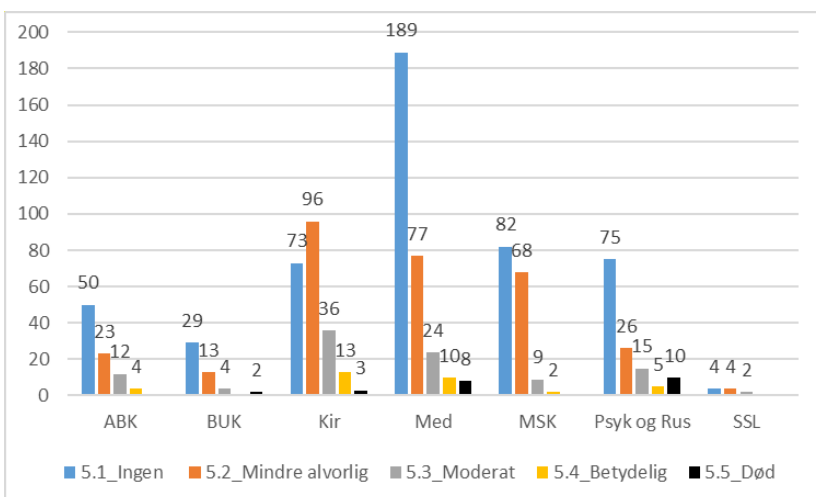


Figur 11 viser at de aller fleste (502) av de registrerte hendelsene i 2019, ikke hadde noen konsekvens for pasientens helse/prognose. 307 hendelser hadde mindre alvorlig konsekvens, 102 hendelser moderat konsekvens dvs. at de krevde behandlingstiltak eller oppfølging. 34 hendelser hadde betydelig konsekvens, dvs. skade som krever betydelig økt utrednings- eller behandlingsintensitet, varig funksjonstap eller lidelse. 23 hendelser gjaldt død som kan ha årsak i behandling eller mangel på behandling.

Dødsfall og de alvorligste hendelsene skal varsles til Statens Helsetilsyn og Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) i henhold til Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a. Sykehuset Telemark har satt krav om at § 3-3 a saker skal følges opp med hendelsesanalyser for å sikre læring og forbedring.

Det store flertallet av hendelser er uten noen konsekvens for pasient. Kunnskap om slike hendelser, der det tross alt har gått bra, utgjør et unikt lærings- og forbedringspotensial som kan hindre at tilsvarende risikosituasjoner oppstår på nytt.

Figur 12. Faktisk konsekvens for pasients helse/prognose per klinikk



Figur 12 viser hendelsenes faktiske konsekvens for pasientens helse/prognose per klinikk. Også her viser resultatene både likheter og markante forskjeller.

Selv mord registreres som uønskede pasienthendelser, varsles og følges opp som § 3-3 a- saker av Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling.

Resultatene gir et kunnskapsbasert grunnlag for målrettet oppfølging av det lokale forbedringsarbeidet i klinikken, samarbeid på tvers om felles utfordringer mellom klinikkene eller via benchmarking der resultatene er veldig forskjellige.

## Oppsummering

*Resultatet fra klassifiseringen av de uønskede pasienthendelsene fra 2019 gir et omfattende kunnskapsgrunnlag om potensialet for målrettet forbedringsarbeid både på klinikk – og foretaksnivå. Til tross for at avvik er «ferskvare» viser NOKUP-klassifiseringen av hendelsene fra i fjor et tydelige behov for et målrettet forbedringsarbeid. Dette gjelder fremfor alt for hendelsestypene «Legemidler og blod» samt medvirkende faktorer/årsaks kategoriene «Prosedyre ikke fulgt» og «Kommunikasjon/samhandling».*

*Disse resultatene må tas til etterretning og følges opp systematisk med forbedringsarbeid både internt i klinikkene og på tvers i sykehuset. Dette kan for eksempel gjøres gjennom opplæringspakker innen legemiddelhåndtering. Disse kan tilpasses ulike funksjoner som leger, sykepleiere og ledere.*

NOKUP avdekker for øvrig en lav terskel for å melde fra om uønskede pasienthendelser også når disse ikke har fått alvorlig konsekvenser for pasienten. Dette er tegn på god meldekultur.

Når NOKUP integreres i et nytt avvikssystem, vil det betyr tilgang på ferske rapporter med statistikk og analyse av pasienthendelser på alle enhetsnivå. Dette vil åpne for nye muligheter og kunne sette en ny standard for et enda mer proaktivt forbedringsarbeidet i Sykehuset Telemark.

## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

### Sakstittel: Resultater ForBedring 2020

Sak nr.	Saksbehandler	Sakstype	Møtedato
043-2020	Mai Torill Hoel HR-direktør Sigrid Christie HR-rådgiver	Orienteringssak	17.06.2020

**Trykte vedlegg:** Standardrapport Sykehuset Telemark

**Utrykte vedlegg:** Ingen

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

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

### Ingress:

Sykehuset Telemark HF har også i år en høy prosentvis deltakelse på undersøkelsen ForBedring. Dette setter press på helseforetaket til å følge opp resultatene grundig og systematisk. Det er linjeledelsen som er ansvarlige for oppfølging av undersøkelsen.

Etter gjennomføringsplanen for ForBedring 2020 skulle resultatene fra årets undersøkelse publiseres 12.mars. Grunnet Covid-19 ble dette utsatt, og rapportene ble publisert for lederne 20.mai.

### Forslag til vedtak:

Styret tar resultatene fra undersøkelsen ForBedring til orientering.

Skien, den 9. juni 2020

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

## Resultater:

Det var 83 % av sykehusets ansatte som svarte på undersøkelsen.

Resultatene fra årets undersøkelse viser at vi skårer likt eller har gått litt frem på alle områder sammenlignet med 2019, med unntak av temaet «teamarbeidsklima». Der har vi gått tilbake en prosent fra 84 til 83 %.

På spørsmålet «*Jeg har vært involvert i oppfølgingen av den forrige ForBedring kartleggingen*» er Sykehuset Telemark blant de beste i HSØ med 70 %, mot 63 som gjennomsnitt for de øvrige helseforetakene.

Dette kan tyde på at tiltakene som har blitt iverksatt de siste årene gir positive resultater.

## Oppfølging av ForBedring 2020:

Det er linjeledelsen som er ansvarlige for oppfølging av resultatene. Restriksjoner knyttet til Covid-19 og smittevern setter begrensninger for hvordan gjennomgang av resultatene skal foregå. Resultatene skal allikevel presenteres for de ansatte, og så langt det lar seg gjøre skal leder i samarbeid med lokalt verneombud og arbeidstakerne bli enige om bevarings- og forbedringsområder som skal resultere i konkrete tiltak i HMS-handlingsplan.

Rapportene fra ForBedring publiseres i arbeidsrommet «ForBedring» på Pulsen medio juni 2020.

FORSIDE

## ForBedring 2020 Standardrapport for Sykehuset Telemark

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

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

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



OPPSUMMERING AV UNDERSØKELSEN

DELTADELSE I UNDERSØKELSEN

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

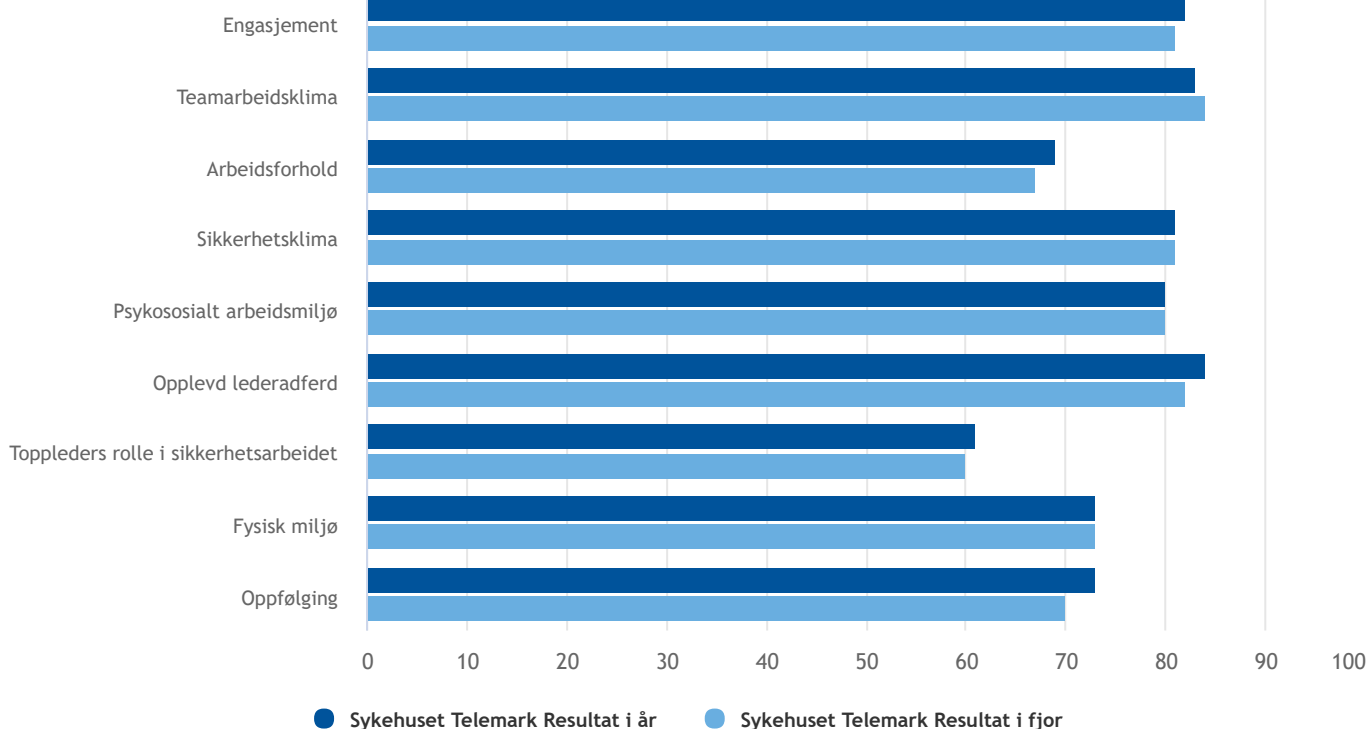
invitasjoner	Svar	svarprosent
3115	2583	83%

Antall utsendte Totalt antall utsendte spørreskjemaer per rapport  
 Antall svar Antall svar er antall spørreskjema som er åpnet  
 Svarprosent Andel påbegynte spørreskjema av totalt utsendte skjema

HOVEDRESULTAT PER TEMA

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

	Antall svar	Resultat i år	Skår >=75 i år%	Resultat i fjor	Skår >=75 i fjor%	Endring fra i fjor	HF i år	Referanse
ENGASJEMENT	2582	82	75%	81	75%	-	-	81
TEAMARBEIDSKLIMA	2582	83	80%	84	81%	-	-	84
ARBEIDSFORHOLD	2582	69	56%	67	55%	-	-	68
SIKKERHETSKLIMA	2575	81	72%	81	74%	-	-	82
PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ	2563	80	71%	80	69%	-	-	79
OPPLEVD LEDERADFERD	2564	84	77%	82	76%	-	-	82
TOPPLEDERS ROLLE I SIKKERHETSARBEIDET	1746	61	44%	60	42%	-	-	64
FYSISK MILJØ	2579	73	55%	73	55%	-	-	71
OPPFØLGING	2529	73	63%	70	60%	-	-	69



## Om rapporten

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

Bruk rapporten til å:

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

## Oppfølging

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

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

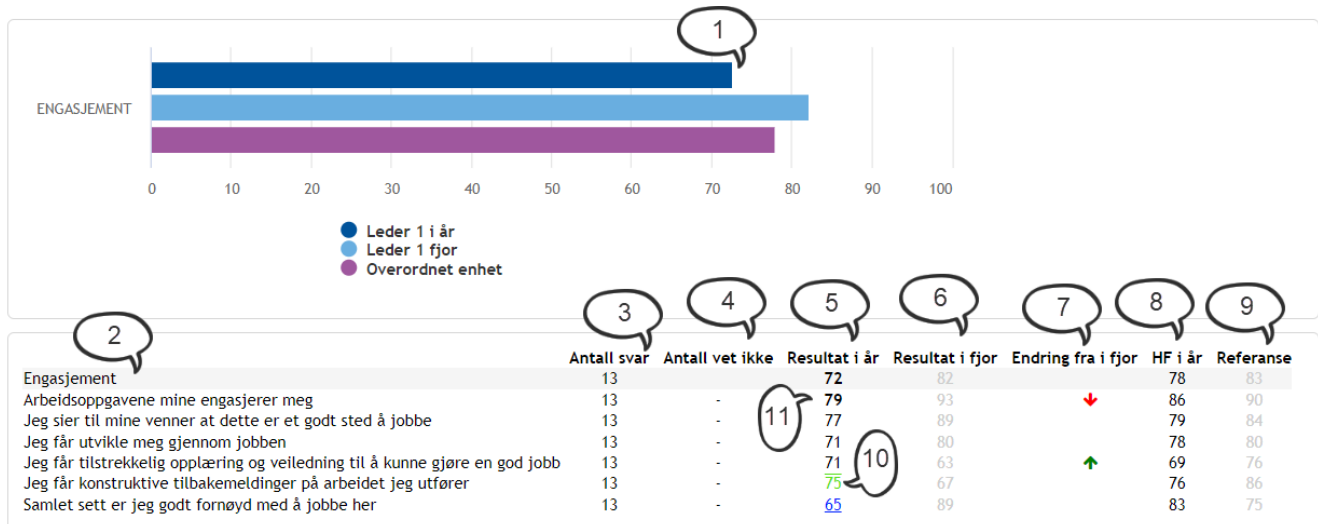
Spørreskjemaet er laget for å få frem ulike oppfatninger. Variasjon i svarene er derfor naturlig og ønskelig. Variasjonen gjenspeiler ulike måter å forstå og fortolke de forhold det spørres om. Viktige nyanser og fortolkninger kommer best frem i samtaler med de som kjenner forholdene i den enheten det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

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

OM RAPPORTEN

Lesing av resultatene

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



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



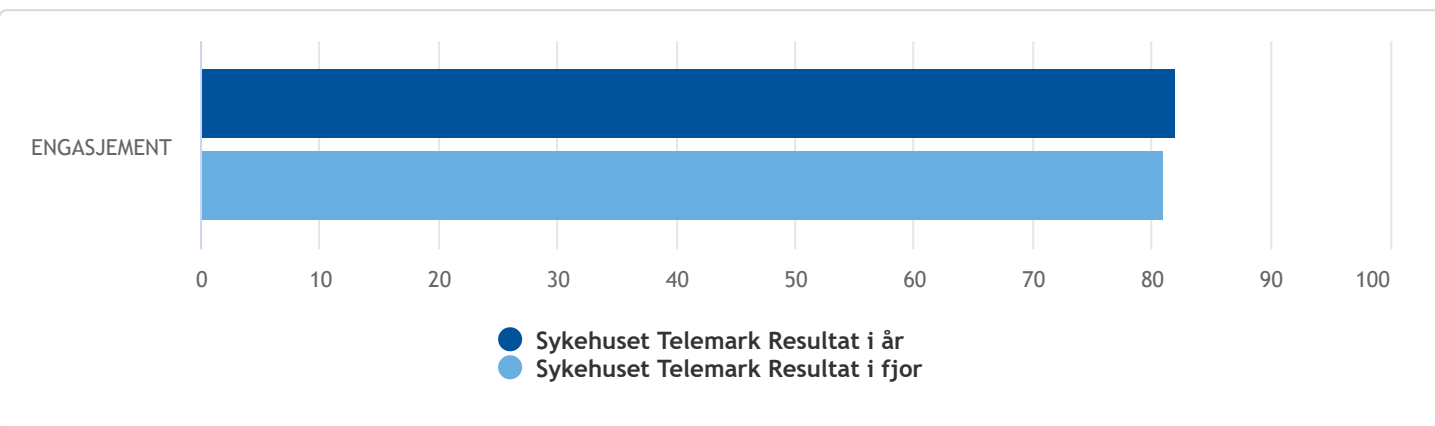
ENGASJEMENT

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

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

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

Høy skår indikerer et høyt engasjement.

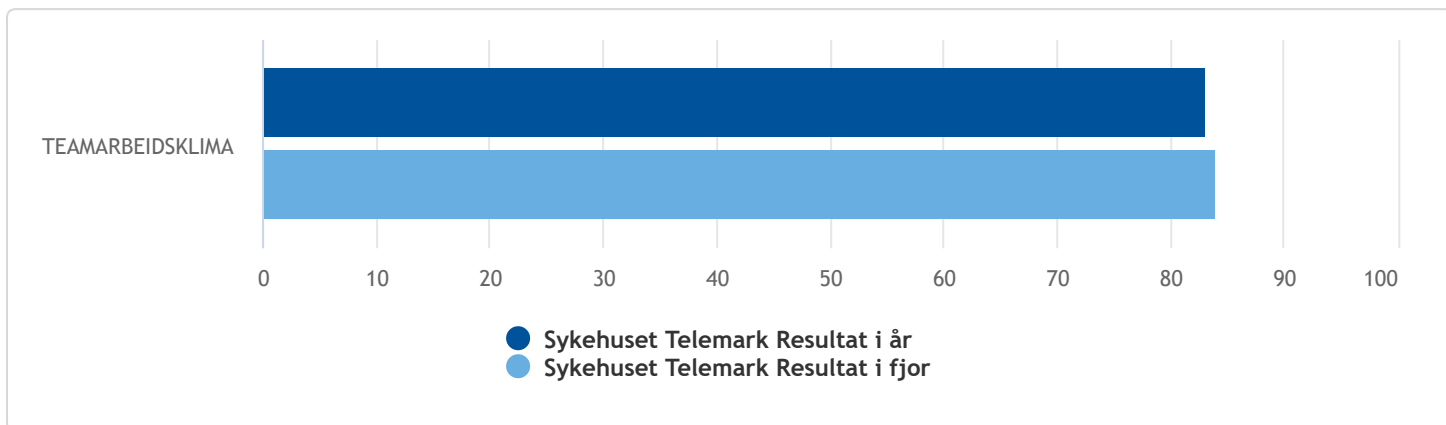


	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
Engasjement	2582		82	81		81
Arbeidsoppgavene mine engasjerer meg	2580	-	90	91		90
Jeg sier til mine venner at dette er et godt sted å jobbe	2577	6	85	85		84
Jeg får utvikle meg gjennom jobben	2577	6	80	79		80
Jeg får tilstrekkelig opplæring og veiledning til å kunne gjøre en god jobb	2567	16	76	76		76
Jeg får konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet jeg utfører	2572	11	72	71		71
Samlet sett er jeg godt fornøyd med å jobbe her	2581	-	86	86		86

TEAMARBEIDSKLIMA

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

Høy skår indikerer et godt teamarbeidsklime.



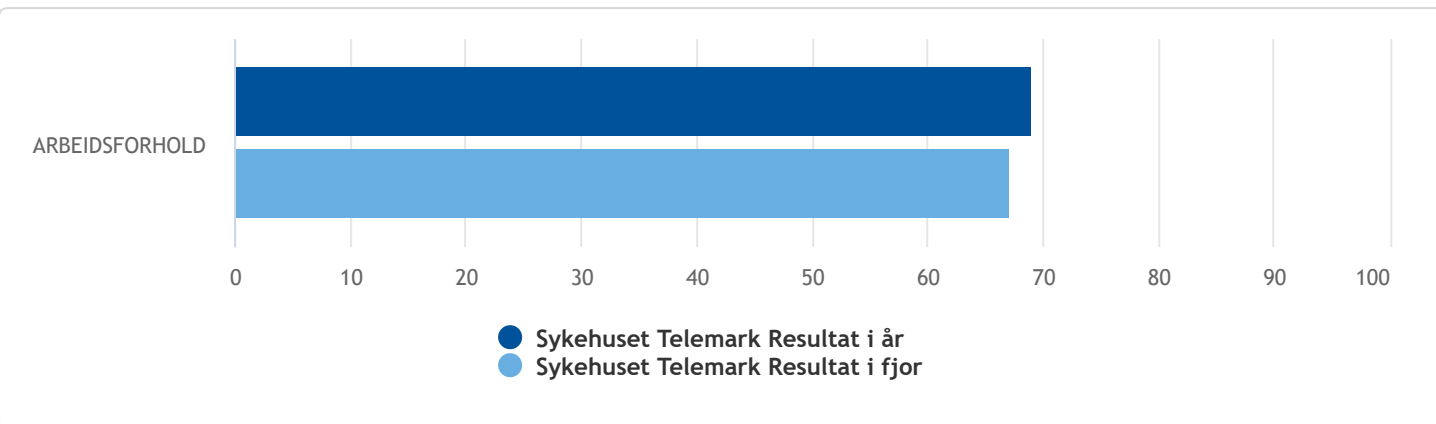
	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
Teamarbeidsklime	2582		83	84		84
Forskjellige yrkesgrupper samarbeider godt her	2557	26	83	84		83
Samarbeid med andre enheter fungerer godt	2535	48	74	75		76
Jeg får støtte og hjelp fra mine arbeidskolleger når jeg trenger det	2576	7	91	91		90
Her er det lett å spørre når det er noe jeg ikke forstår	2577	6	91	91		90
Det er lett å si fra om problemer i pasientbehandlingen her	2321	262	77	78		78

ARBEIDSFORHOLD

Arbeidsforhold belyser arbeidsmengde og tempo, samt tilgjengelige ressurser og hjelpemidler. Det tar opp ulike belastninger som kan virke negativt inn på motivasjon og helse.

Dette er risikoforhold som det er viktig å ha under oppsikt.

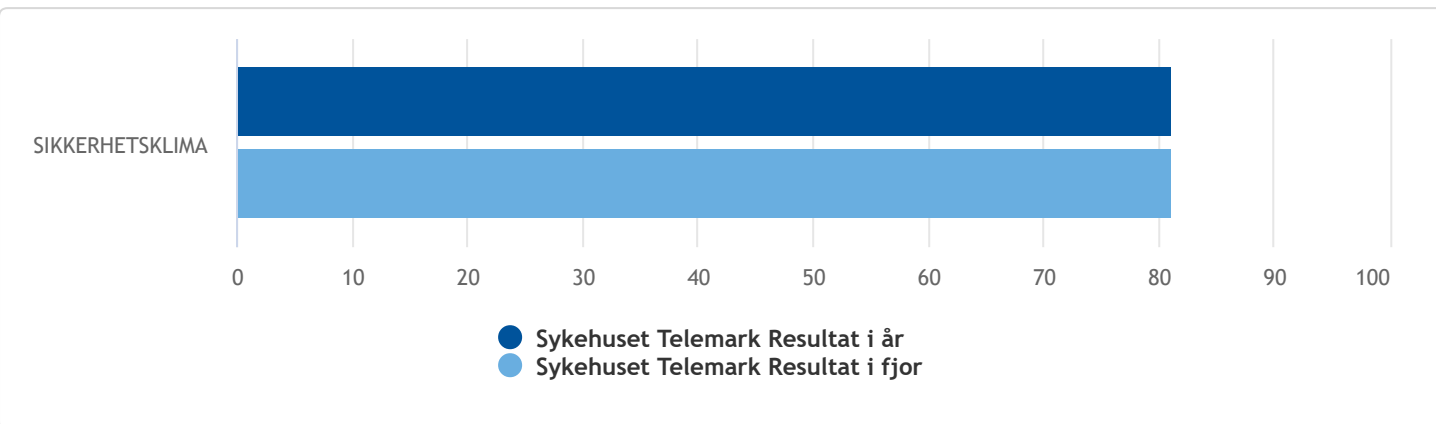
Høy skår indikerer at det finnes tilstrekkelig med ressurser og hjelpemidler, samt at arbeidsmengde og tempo er lite belastende.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
Arbeidsforhold	2582		69	67		68
Jeg har tilstrekkelig med ressurser eller hjelpemidler til å gjøre jobben min	2578	5	72	70		71
Arbeidsbelastningen min er passe stor (antall oppgaver, arbeidstempo eller krav til å gjøre flere ting samtidig)	2578	5	61	60		62
Jeg rekker å ta pause og spise i løpet av arbeidsdagen/vakten	2578	5	72	72		73

SIKKERHETSKLIMA

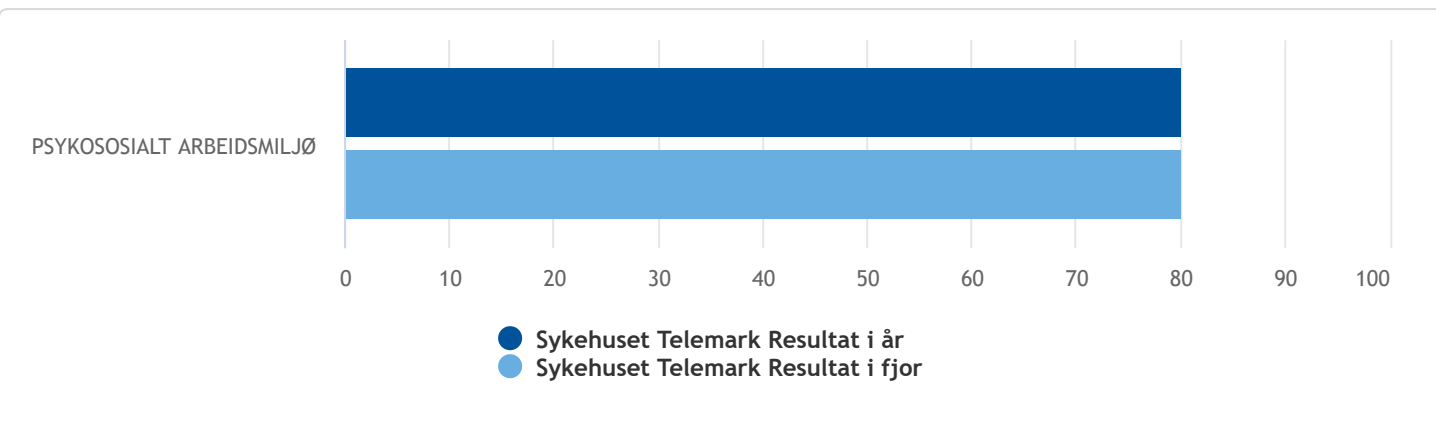
Sikkerhetsklima kartlegger varslingskulturen, og hvor trygg og åpen denne er. Det belyser forhold som virker inn på kvaliteten og pasientsikkerheten. Høy skår indikerer en god varslingskultur og åpenhet.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
Sikkerhetsklima	2575		81	81		82
Jeg melder fra om avvik og hendelser som kan føre til skade eller feil	2515	68	82	82		85
Det er trygt å si i fra om kritikkverdige forhold her	2528	55	78	78		79
Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem	2544	39	80	80		80
Mine kolleger oppmuntrer meg til å si fra om jeg er bekymret for sikkerheten	2425	158	81	81		81
Her blir medisinske feil (behandlingsrelaterede forhold som gir/kunne gitt negativt utfall for pasient) håndtert riktig	2113	470	82	82		82
Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her	2446	137	83	84		84

PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ

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



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
Psykososialt arbeidsmiljø	2563		80	80		79
Her jobbes det systematisk med forebygging og oppfølging av vold og trusler	1915	668	70	70		72
Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for diskriminering her i løpet av de siste 12 månedene	2370	213	82	82		82
Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for mobbing eller trakassering her i løpet av de siste 12 månedene	2389	194	81	79		80
Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for seksuell trakassering her i løpet av de siste 12 månedene	2338	245	94	94		93
Jeg vet hvordan jeg skulle gå frem dersom jeg la merke til at noen ble utsatt for mobbing, trakassering eller diskriminering	2502	81	82	81		80
Når konflikter oppstår her blir de håndtert på en god måte	2361	222	70	70		69

**Diskriminering**

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

**Mobbing**

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

**Trakassering**

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

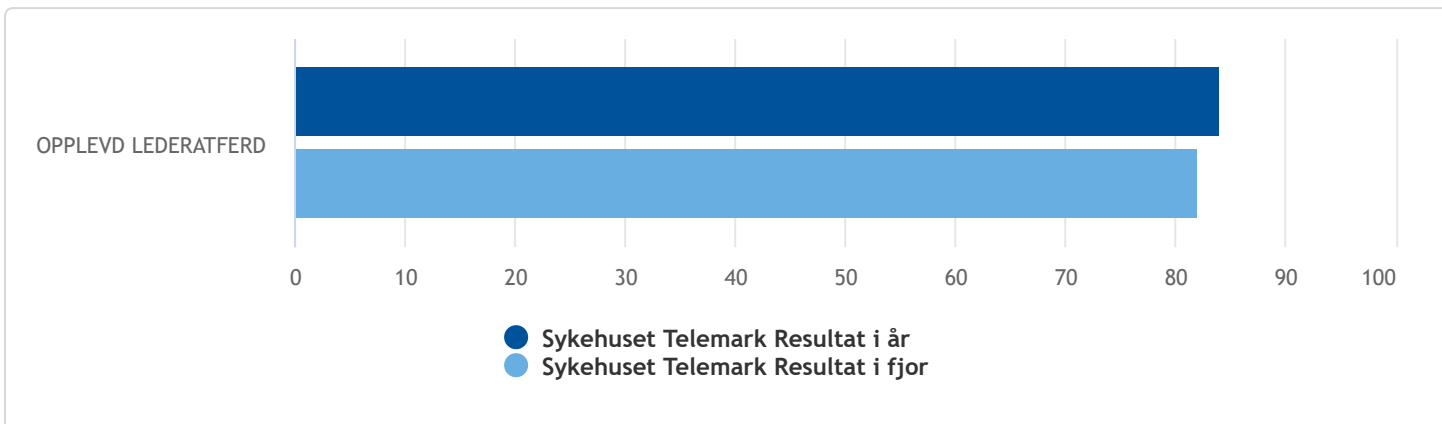
Både mobbing og trakassering er forbudt etter Arbeidsmiljøloven § 4-1. og § 4-3.

**Seksuell trakassering**

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

OPPLEVD LEDERATFERD

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

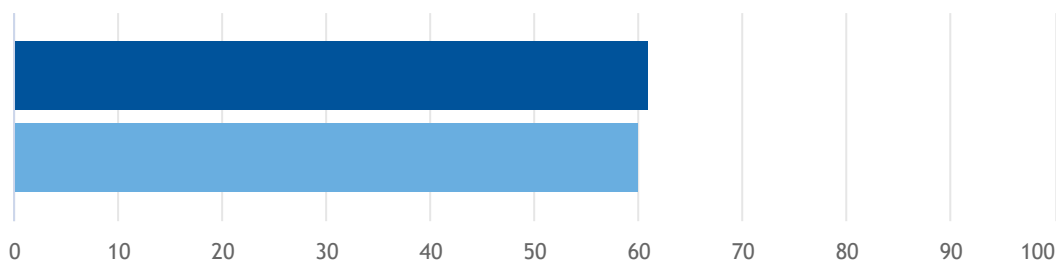


	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
Opplevd lederadferd	2564		84	82		82
Min nærmeste leder har tydelige forventninger til mitt arbeid	2529	54	86	84		84
Min nærmeste leder er tilgjengelig for meg når jeg har behov for det	2558	25	86	84		84
Min nærmeste leder følger opp uønskede hendelser og forbedringsforslag	2458	125	82	81		81
Min nærmeste leder oppmuntrer meg til å si ifra når jeg har en annen mening	2496	87	80	79		79

TOPPLEDERS ROLLE I PASIENTSIKKERHETSARBEIDET

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

TOPPLEDERS ROLLE I  
PASIENTSIKKERHETSARBEIDET



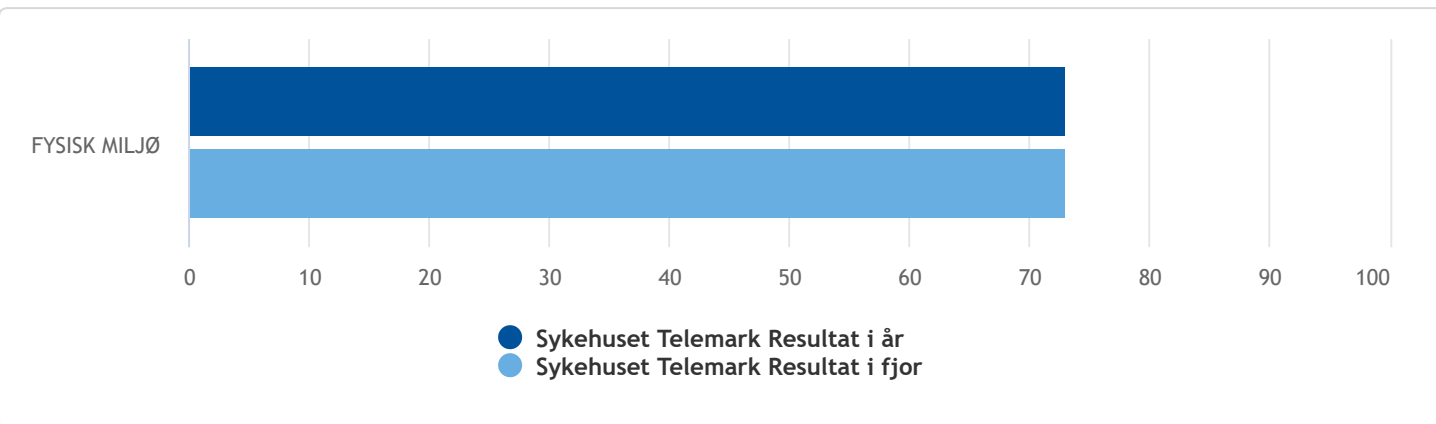
● Sykehuset Telemark Resultat i år  
● Sykehuset Telemark Resultat i fjor

	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
Toppleders rolle i sikkerhetsarbeidet	1746		61	60		64
Administrerende direktør støtter opp om arbeidet med pasientsikkerheten i helseforetaket	1746	837	61	60		64

FYSISK MILJØ

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

Det er ønskelig med høy skår på dette teamet.

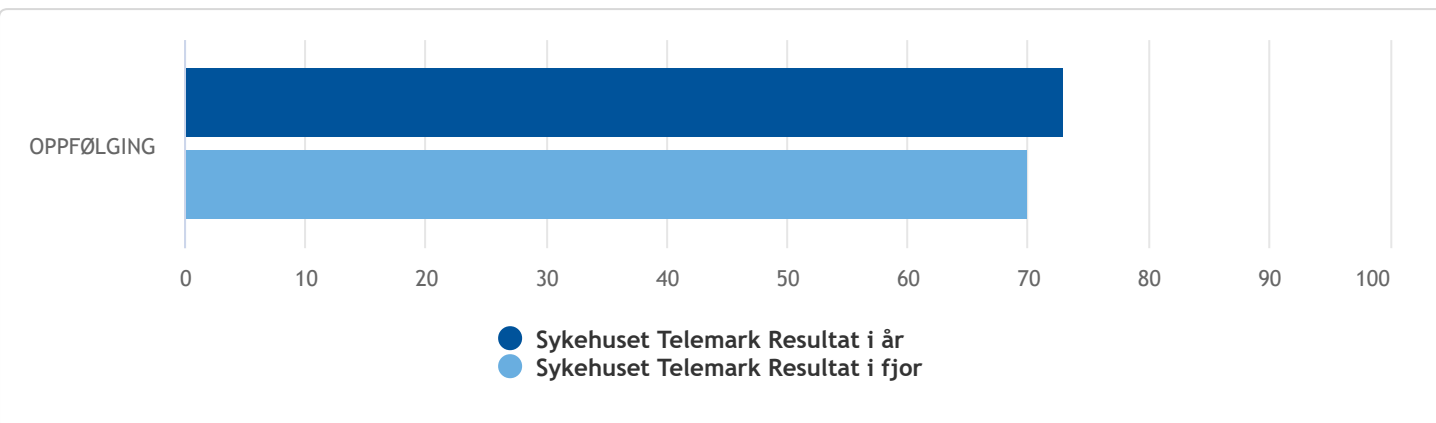


	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
Fysisk miljø	2579		73	73		71
Det er et godt fysisk arbeidsmiljø her (luft, lys, støy, støv, vibrasjoner, og lignende.)	2577	6	57	57		53
Her arbeides det godt med brannvern	2458	125	78	79		78
Her tilrettelegges arbeidet slik at muskel- og skjelettplager forebygges	2427	156	65	64		63
Her blir alle godt beskyttet mot skadelige kjemikalier og biologiske farer	2090	493	80	79		77
Her arbeides det godt med smittevern	2278	305	80	80		77
Her arbeides det godt med strålevern	1259	1324	75	76		75
Her er sikkerheten ved bruk av maskiner, tekniske hjelpemidler, eller utstyr godt ivaretatt	1907	676	81	81		81
Her arbeides det godt med å unngå negativ påvirkning på det ytre miljøet	2017	566	73	73		70



OPPFØLGING

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



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
Oppfølging	2529		73	70		69
Her arbeides det systematisk med å forbedre arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten	2459	124	75	74		74
Jeg har vært involvert i oppfølgingen av den forrige ForBedring kartleggingen	2210	373	70	66		63

TILLEGGSPØRSMÅL - SYKEHUSET TELEMAR

Tilleggsspørsmål Sykehuset Telemark

HAR DU GJENNOMFØRT  
UTVIKLINGS/MEDARBEIDERSAMTALE?

1. Ja  
71% i år  
68% i fjor

Total:(2583 Svar) i år  
Total:(2547 Svar) i fjor

HJALP UTVIKLINGS/MEDARBEIDERSAMTALEN TIL Å  
KLARGJØRE MÅLENE FOR DITT ARBEID?

1. Ja  
54% i år  
54% i fjor

Total:(2583 Svar) i år  
Total:(2500 Svar) i fjor

HJALP UTVIKLINGS/MEDARBEIDERSAMTALEN DEG TIL  
Å FINNE FREM TIL FORBEDRINGER FOR HVORDAN DU  
UTFØRER DITT ARBEID?

1. Ja  
45% i år  
45% i fjor

Total:(2583 Svar) i år  
Total:(2494 Svar) i fjor

FIKK DU GITT DE TILBAKEMELDINGENE DU HADDE  
BEHOV FOR I LØPET AV  
UTVIKLINGS/MEDARBEIDERSAMTALEN?

1. Ja  
62% i år  
61% i fjor

Total:(2583 Svar) i år  
Total:(2495 Svar) i fjor

RESULTERTE UTVIKLINGS/MEDARBEIDERSAMTALEN I  
EN SKRIFTLIG KOMPETANSEUTVIKLINGSPLAN?

1. Ja  
44% i år  
45% i fjor

Total:(2583 Svar) i år  
Total:(2498 Svar) i fjor

HAR TILTAKENE I KOMPETANSEUTVIKLINGSPLANEN  
BLITT GJENNOMFØRT SOM PLANLAGT?

1. Ja  
35% i år  
34% i fjor

Total:(2583 Svar) i år  
Total:(2487 Svar) i fjor

HAR DU VÆRT UTSATT FOR VOLD ELLER TRUSLER PÅ JOBB SISTE 12 MÅNEDER?

1. Ja  
14% i år

Total:(2583 Svar) i år

## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

### Sakstittel: Årlig revisjon av fullmaktsreglement

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandlere	Sakstype	Møtedato
044-2020	Økonomidirektør Geir Olav Ryntveit, økonomisjef Dana Tønnessen, foretaksjurist Helle Devik Haugseter og foretaksjurist Åsne Dingsør-Dehlin.	Orientering	17.06.2020

**Trykte vedlegg:** STHFs fullmaktsreglement  
Administrerende direktørs fullmakter 14.01.2020  
Administrerende direktørs interne delegasjon i linjen 14.01.2020

**Utrykte vedlegg:** Ingen

#### Har saken betydning for pasientsikkerhet og HMS?

Ja, tydelige ansvarsforhold er viktig for å sikre kvalitet i pasientbehandlingen og for å ivareta et godt arbeidsmiljø.

#### Ingress

Sykehusets fullmaktsreglement er en del av lederavtalene, skal gjennomgås årlig og som utgangspunkt behandles i ledermøte i forkant av nytt budsjettår. Som følge av at revisjonen i 2019 ble mer omfattende enn tidligere år, ble de reviderte og oppdaterte fullmaktsdokumentene presentert for ledergruppen i første møte etter nyttår. Revisjonen ble gjennomført høsten 2019.

Gjeldende fullmaktsreglement består av en kort prosedyre/reglement (HELIKS ID 8174) med to tilhørende vedlegg, hhv. ett dokument for administrerende direktørs egne fullmakter og ett dokument for de delegerte fullmaktene i linjen.

Det oppdaterte fullmaktsreglementet har en ny utforming enn tidligere reglement. Denne endringen er gjort for å bringe STHF reglement mest mulig i tråd med retningslinjer og utkast til mal utarbeidet av HSØ.

Sammenlignet med tidligere fullmaktsdokument er presentasjonsformen ny, men innholdsmessig er det relativt beskjedne endringer. Store deler av teksten fra opprinnelig dokument er tatt inn i matriser. Fullmaktene for forskning er endret i samarbeid med forskningsavdelingen og HR- fullmaktene er kortet ned da disse var på et for detaljert nivå. Videre er personvern og informasjonssikkerhet tydeliggjort bedre enn det som fremgikk i tidligere versjonen.

#### Forslag til vedtak:

Styret tar det oppdaterte fullmaktsreglementet til orientering.

Skien, den 8. juni 2020

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

## Prosedyre Fullmakter ved Sykehuset Telemark HF

### HENSIKT

Gjøre gjeldende fullmaktsstruktur tilgjengelig. Gi oversikt over hvem som har hvilke fullmakter for å sikre en helhetlig ledelse.

Fullmaktsmatrisen skal løpende samsvare med rolle, ansvar og myndighet som er tildelt den enkelte ansatte. Forvaltningen av dokumentet skal bidra til samordning og løpende tilgangsstyring til aktuelle systemer.

[\[link til delegerede fullmakter ved Sykehuset Telemark HF\]](#)

### MÅLGRUPPE

Ansatte ved STHF.

### ANSVAR

Den enkelte leder og fullmaktsinnehaver skal følge matrisen.

Økonomiavdelingen har ansvar for dokumentet og oppdatering av dette. Fullmaktsmatrisen er revidert og ny matrise er gjeldende fra **01.01.2020**.

### INNHold

Administrerende direktør forestår den daglige driften av STHF innenfor de retningslinjer og pålegg styret gir, jf. helseforetaksloven § 37. Dette inkluderer signaturrett på vegne av STHF (sammen med styreleder). Administrerende direktør har videredelegert ansvar i linjen, med de begrensningene som følger av lov/er fastsatt av styret.

Vedlagte fullmaktsmatriser viser:

1. [Administrerende direktørs fullmakter](#)
2. [Administrerende direktørs interne delegasjon i linjen](#)

### REFERANSER

- Administrerende direktørs fullmakter; helseforetaksloven § 37
- Signaturrett; helseforetaksloven § 39
- Lån og garantier; helseforetaksloven § 33
- Salg av eiendom; helseforetaksloven § 31
- Salg av sykehusvirksomhet; helseforetaksloven § 32

Styret i STHF

- Styreinstruks
- Instruks for administrerende direktør ved STHF

Styret i Helse Sør-Øst

- Investeringer; styresak 032-2015
- Bygginvesteringer; styresak 029-2015

## VEDLEGG

Administrerende direktørs fullmakter ved STHF 2020

Delegerte fullmakter ved STHG per 01.01.2020

## Administrerende direktørs fullmakter

### Innledning

I henhold til helseforetaksloven § 37 har daglig leder fullmakter innenfor rammene for «daglig ledelse» og skal for øvrig følge de retningslinjer og pålegg som styret har gitt.

Den daglige ledelsen omfatter ikke saker som etter STHFs forhold er av uvanlig art eller av stor betydning. Slike saker kan administrerende direktør bare avgjøre når styret i den enkelte sak har gitt myndighet til det, eller når styrets beslutning ikke kan avventes uten vesentlig ulempe for STHFs virksomhet. Styret skal da i så fall snarest underrettes om saken. Ved tvil vil den generelle forståelse av hva som ligger i «daglig ledelse» være normgivende.

Styret i STHF har delegert signaturretten til styreleder og administrerende direktør. Disse har også begrenset signaturrett – prokura.

I STHF skal ingen godkjenne egne transaksjoner, slike skal godkjennes av overordnet eller dennes stedfortreder. For en hensiktsmessig daglig drift kan administrerende direktørs kostnader godkjennes av økonomidirektør. Det er sammenfallende med retningslinjen i Helse Sør-Øst for administrerende direktør. Styreleder har en årlig gjennomgang av administrerende direktørs kostnader for å sikre tilstrekkelig internkontroll.

Administrerende direktør kan som utgangspunkt delegere sine fullmakter, med mindre styret har begrenset delegasjonsadgangen. Fullmaktsmatrisen nedenfor viser administrerende direktørs fullmakter i STHF. Denne må sees i sammenheng med administrerende direktørs interne delegasjon, som er å finne i dokumentet **Delegerte fullmakter ved Sykehuset Telemark**.

### Begrepsforklaringer:

#### **Signaturrett**

Styret representerer foretaket utad og tegner dets firma. Signatur er en fullmakt til å opptre og underskrive på enhetens vegne i forretningsforhold. Styret kan iht. helseforetakslovens § 39 gi styremedlemmer eller administrerende direktør rett til å tegne foretakets firma. Signaturretten skal registreres i Foretaksregisteret. Begrensninger i signaturretten kan ikke registreres i Foretaksregisteret.

#### **Prokura**

Den som er gitt prokura er bemyndiget til å opptre på vegne av foretaket i alt som hører til driften av dette. Prokuristen kan likevel ikke uten uttrykkelig fullmakt overdra eller behefte foretakets faste eiendom, løsøre eller opptre på dets vegne i søksmål (prokura kan gis flere personer slik at disse kan nytte denne i fellesskap (kollektivprokura) (Prokuraloven §§ 1 og 2)). Prokuristen skal underskrive med tilføyelsen P.P.

Det skal til enhver tid være registrert i foretaksregisteret hvem som har foretakets prokura dersom dette er meddelt (foretaksregisterloven § 3-7). Opprettelse eller endringer av prokura må tas opp som sak i styret og skal meddeles foretaksregisteret. Hvis flere har prokura må det fremgå om de har retten hver for seg eller i fellesskap. Dette skal registreres hos Foretaksregisteret.

Prokura følger ikke «stillingen», men vil følge vedkommende også etter at denne eventuelt fratrer sin stilling i foretaket. Skal prokura trekkes tilbake, er dette ikke rettslig foretatt før endringen er registrert i foretaksregisteret.

### Fullmaktsmatrise

Matrisen nedenfor viser fullmakter som ligger hos:

- Stortinget
- Styret i Helse Sør-Øst
- Styret ved STHF
- Administrerende direktør ved STHF

Matrisen er ikke fullstendig hva gjelder Administrerende direktørs fullmakter, enkelte av disse fremgår også av dokumentet *Delegerte fullmakter ved Sykehuset Telemark*.

Fullmakt	Fullmaktens Innhold	Omfang/ begrensninger	Fullmaktsinnehaver
<b>Signaturrett</b>		Helseforetaksloven § 39	Styrets leder og Administrerende direktør
<b>Prokura</b>		Prokuraloven § 1	Styrets leder og Administrerende direktør
<b>Inngå avtalen Oppdrag og bestilling</b>		Fullmakter i HSØ	Administrerende direktør
<b>Gaver og donasjoner</b>	Fullmakt til å godkjenne gaver og donasjoner til foretaket med bindinger ut over budsjettår	Om gaven påvirker strategien til STHF skal styret godkjenne gaven	Administrerende direktør
<b>Godkjenne særskilte oppdrag</b>	Godkjenne oppstart av særskilte prosjekter på over 10 MNOK der det følger med særskilte midler og medfører kapasitetsutnyttelse utenfor STHFs primæroppgaver	Fullmakter i HSØ	Administrerende direktør
<b>Finansiering/låneopptak</b>		Helseforetaksloven § 33. STHFs vedtekter § 11	Styret i HSØ
<b>Salg av eiendom</b>	Fullmakt til å selge fast eiendom	Helseforetaksloven § 31	Styret i STHF >10 MNOK Styret i HSØ <10 MNOK
<b>Driftskreditt</b>	Fullmakt til å endre STHFs driftskredittramme (kortsiktige kpn til driftsformål med løpetid på inntil 12 mnd)		HSØ
<b>Inngå driftsavtaler med RHF'et</b>			Administrerende direktør

Fullmakt	Fullmaktens Innhold	Omfang/ begrensninger	Fullmaktsinnehaver
<b>Salg og utrangering av MTU</b>	Fullmakt til å beslutte salg eller utrangering av utstyr og til å fastsette pris ved salg ved antatt markedsverdi på 10 MNOK og mer	Fullmakter i HSØ  Før salg bør det vurderes evt. behov for utstyret andre steder i sykehuset.  Ved salg skal leder for medisinsk teknologisk avdeling foreta verdivurdering av utstyret	Administrerende direktør
<b>Salg av sykehusvirksomhet</b>	Fullmakt til å selge sykehusvirksomhet	Helseforetaksloven § 32	Stortinget
<b>Beslutte investeringsramme for foretaket</b>	Fullmakt til å beslutte investeringsramme for foretaket basert på fremlagt forslag til investeringsbudsjett som omfatter bygg, MTU, Annet og lokal IKT .	Overskuddet i driften kan ikke anvendes til investeringer.	Styret
<b>Investeringer: MTU/IKT/Annet</b>	Fullmaktsgrense på 20 MNOK for investeringer og operasjonelle leieavtaler	HSØ styresak 032-2015	Administrerende direktør
<b>Finansiell leasing</b>	Undertegne kontrakt	Godkjennes av HSØ, se styresak 032-2015	Administrerende direktør
<b>Bygginvesteringer</b>	Fullmaktsgrense på 50 MNOK for bygginvesteringer	HSØ styresak 029-2015 Behandling av utviklingsplaner og byggeprosjekter i HSØ	Administrerende direktør
<b>Vedta budsjett</b>	Fullmakt til å fastsette detaljert årsbudsjett ut fra styrets budsjettvedtak		Administrerende direktør
<b>Beslutte å opprette nye legestillinger (STHF)</b>			Administrerende direktør
<b>Vedta betingelser på lansikrige lån</b>	Fullmakt til å vedta rente- og avdragsbetingelser og nedbetalingsperioden for lån når styret har vedtatt lånoptak	Lån kan bare tas opp fra HSØ	Administrerende direktør



Sykehuset Telemark HF

# Delegerte fullmakter ved STHF 2020

Delegasjoner gitt av administrerende direktør

Økonomiavdelingen

01.01.2020

## Innhold

1.	Innledning.....	1
1.1	Formål .....	2
1.2	Delegasjon internt ved STHF.....	2
1.3	Avgrensning.....	3
2.	Om enkelte fullmaktsområder .....	4
2.1	Juridiske fullmakter .....	4
2.2	Økonomiske fullmakter.....	5
2.3	Innkjøpsfullmakter.....	5
2.4	HR-fullmakter.....	6
3.	Overholdelse av fullmaktene .....	6
4.	Definisjoner og begrepsbruk .....	7
	Matrise 1 – Beløpsgrenser for økonomiske fullmakter med unntak av investeringer <sup>4</sup> .....	9
	Matrise 2 – Juridiske fullmakter .....	10
	Matrise 3 – Økonomiske fullmakter .....	12
	Matrise 4 – Innkjøpsfullmakter.....	16
	Matrise 5 – HR-fullmakter .....	20
	Matrise 6 – Forskning.....	25
	Matrise 7 – Informasjonssikkerhet og personvern.....	27
	Matrise 8 – Diverse.....	28

## 1. Innledning

Retningslinje for helseforetakene, sak 069-2008 Fullmakter i Helse Sør-Øst, ble vedtatt som forpliktende i styremøte i HSØ 19. juni 2008.

Administrerende direktør har rett og plikt til å opptre på vegne av STHF i saker som hører til driften av helseforetaket, innenfor gjeldende lov- og regelverk. Helseforetaksloven m.fl. regulerer STHFs forskjellige roller som sykehus, forsknings/utdanningsinstitusjon, arbeidsgiver, offentlig myndighetsorgan og/eller forretningspart. STHF er også bundet av Helse og omsorgsdepartementets krav som overordnet helsemyndighet. Helse Sør-Øst som eier gir konkrete føringer for daglig drift i vedtekter, instruks for styret, instruks for administrerende direktør og i oppdragsdokumentet. Helse Sør-Øst kan instruere administrerende direktør i enkeltsaker i foretaksmøtet.

I styrets [instruks for administrerende direktør](#) er administrerende direktør i medhold av helseforetaksloven § 37 gitt fullmakt til å representere foretaket utad i saker som inngår i den daglige ledelse, herunder å tegne foretakets firma.

Av loven følger disse begrensningene for administrerende direktørs myndighet:

Den daglige ledelsen omfatter ikke saker som etter foretakets forhold er av *uvanlig art eller av stor betydning*.<sup>1</sup> Slike saker kan daglig

<sup>1</sup> Må vurderes etter hva som er vanlig praksis. Det må gjøres en konkret vurdering i forhold til hvor vide fullmakter daglig leder har. Selv om en sak i seg selv synes å være av uvanlig art eller av stor betydning, kan den ligge innenfor daglig leders

leder/administrerende direktør bare avgjøre når styret i den enkelte sak har gitt myndighet til det, eller dersom styrets beslutning ikke kan avvendes uten *vesentlig ulempe* for foretakets virksomhet. Styret skal i så fall snarest underrettes om saken.

### "Vesentlig ulempe"

Administrerende direktør i STHF er gitt en hastekompetanse i saker som er av uvanlig art eller stor betydning. Dersom det vil medføre ulempe eller skade for STHF å vente på styrets behandling, kan administrerende direktør dermed treffe avgjørelsen. Ulempen ved å utsette må først veies opp mot ulempen ved at styret ikke får vurdert saken selv. Saker av vesentlig betydning skal i alle tilfelle forelegges departementet, jf. helseforetaksloven § 30.

Innenfor disse rammene kan administrerende direktør fordele myndighet og tildele fullmakter i organisasjonen. Den overordnede fullmakten kan dermed delegeres nedover i linjen, så langt loven eller eiers instruksjoner ikke er til hinder for det. Oversikt over fullmaktene er nødvendig. Det bidrar til effektiv intern styring og kontroll, skaper forutsigbarhet, legger til rette for god oppfølging og kan forebygge uregelmessigheter. Fullmaktene tydeliggjør den enkeltes ansvar for/rett til å handle på foretakets vegne, og gir trygghet for at vedkommende holder seg innenfor sine rammer.

Administrerende direktør har på denne bakgrunn delegert myndighet til ansatte med definerte roller, jf. fullmaktmatrisen. Matrisens formål er å bidra til forsvarlig drift ved å sørge for at ansatte har

---

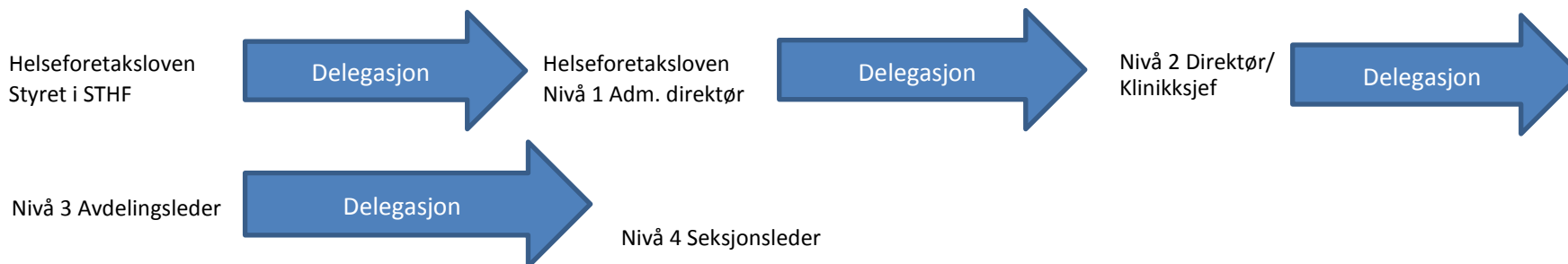
kompetanseområde, dersom det går klart fram av foretakets budsjett hvilke avgjørelser foretaket skal ta.

oversikt over delegerte fullmakter. Dette er igjen en forutsetning for effektiv styring og kontroll. Behovet for klare kommandolinjer og ansvarsforhold ivaretas ved at den som delegerer en fullmakt alltid kan trekke denne tilbake.

Fullmaktene i matrisen forutsettes kjent av alle ansatte som er berørt av den. Kvaliteten på matrisen skal sikres gjennom løpende vedlikehold. Dette inkluderer arkivering av historikk, slik at det i ettertid er mulig å gjenfinne hvem som hadde en bestemt fullmakt når.

### 1.1 Formål

STHFs administrerende direktør delegerer i dette dokumentet fullmakter nedover i linjen for å sikre best mulig underbygde beslutninger der enkeltsakene oppstår. Dokumentet viser hvilke generelle fullmakter som er delegert ut. Den viser også laveste mulige myndighetsnivå for delegasjon. Det betyr at alle nivå over laveste mulige myndighetsnivå fortsatt har fullmakten.



### 1.2 Delegasjon internt ved STHF

Begrensninger for videredelegasjon følger av dokumentet [instruks for administrerende direktør](#).

Styret er øverste organ i STHF med det alminnelige ansvar for forvaltning av helseforetaket. Overfor styret er administrerende direktør bindeleddet til foretakets administrasjon (daglige ledelse), og har et direkte ansvar for at den er organisert slik at den fungerer hensiktsmessig. Herunder at helseforetaket har en formålstjenlig og helhetlig fullmaktstruktur.

Fullmaktene er gitt ledere individuelt gjennom lederavtale og i administrerende direktørs delegasjon ved STHF.

Fullmaktene følger budsjettansvarsområdene. Ingen kan fatte beslutninger som innvirker på andre områder enn de en selv har ansvaret for. Er saken av klinikk- eller stabsovergripende art, må beslutningen fattes av involverte direktører og administrerende direktør. Saker av helseforetaksovergripende art besluttet av administrerende direktør.

Administrerende direktør har som daglig leder det øverste ansvaret, men den daglige ledelsen i STHF er den samlede innsatsen fra alle lederne.

Administrerende direktør står fritt til å tilbakekalle og gi instruksjoner om utøvelsen både generelt og i enkeltsaker, og til å omgjøre beslutninger i linjen. Fullmakten kan delegeres videre (fig. 1) når det er nødvendig, forsvarlig og det støtter en effektiv myndighetsutøvelse ved STHF Ingen myndighet kan likevel delegeres til et lavere nivå enn laveste myndighetsnivå på området i fullmaktmatrisen.

Den som har delegert en fullmakt til en annen, beholder full instruksjonsrett og har et selvstendig ansvar for at fullmakten utøves i tråd med både delegasjonen og fullmaktmatrisen. Dersom fullmektigen går ut over sin rett, vil STHF kunne være forpliktet. Saken følges da opp av nærmeste leder.

### 1.3 Avgrensning

Fullmaktene i dette dokumentet gjelder det administrative nivået, primært saker av økonomisk betydning i vid forstand. Saker som faller utenfor er dermed blant annet:

- Helsefag og helseadministrasjon
- Utdanning
- Informasjonshåndtering, herunder forholdet til presse/media
- Tilgang til IT-systemer
- Større investeringsprosjekter (Rutiner vedtatt av styret for HSØ, sak 082/2008 er erstattet av 016/2012).

Videre er beslutningsmatrisen for byggeprosjekter i HSØ som fremgår

av sak 016-2012, komplettert av styresak 029-2015 «Behandling av utviklingsplaner og byggeprosjekter i Helse Sør-Øst».

## 2. Om enkelte fullmaktsområder

Fullmaktene i dette dokumentet er delt inn i områdene:

- Juridiske fullmakter
- Økonomiske fullmakter
- Innkjøpsfullmakter
- HR-fullmakter
- Forskning
- Informasjonssikkerhet og personvern

Viktig å huske på:

- Alle transaksjoner relatert til en ansatt, skal godkjennes av leder. Dette gjelder eksempelvis reisekostnader, attestasjon av fakturaer for telefon- og internettutgifter, bestillinger, kurs, timelister, ferieuttak og andre registreringer i GAT og Personalportalen. Dette for å sikre habilitet og redusere muligheten for mislighet.
- Delegererte fullmakter gjelder det enkelte budsjettår.
- Den enkelte fullmakthaver skal forsikre seg om at hun/han ikke går utover sine fullmakter. En fullmakthaver som er i tvil, skal avklare med sin overordnede.
- Fullmaktshaver skal handle til beste for STHF uten motiver om egen eller andres private vinning.

### 2.1 Juridiske fullmakter

Overordnede juridiske fullmakter i STHF er:

- Signaturrett
- Prokura
- Inngå driftsavtale med RHF
- Inngå vesentlige avtaler innenfor rammen av den daglige ledelse
- Retts- og prosessfullmakter
- Inngå utenomrettslig forlik med vesentlig økonomisk konsekvens for STHF
- Beslutninger om erstatning/oppreisning i og utenfor kontraktsforhold
- Politianmelde straffbare forhold

#### Vesentlig avtale

Avtale av stor politisk interesse som kan få betydelig oppmerksomhet også i media er typisk en avtale av prinsipiell, politisk karakter som angår STHFs omdømme, for eksempel overordnet samarbeid, strategier, oppgavefordeling mellom flere HF og flerårige avtaler.

#### Retts- og prosessfullmakt

Fullmakt til å ta ut stevning/anke, såkalt partsfullmakt, og/eller å inngå rettslig forlik.

Et forlik inngått i retten vil ha rettslig virkning tilsvarende en rettskraftig dom. Saken er da endelig avgjort.

Fullmakten må forstås innenfor prosesslovgivningens grenser og øvrige grenser for

administrerende direktørs fullmakter. Det betyr at retts- og prosessfullmakter delegeres administrerende direktør for de saker som kan regnes som daglig ledelse og drift, med unntak av saker av uvanlig art eller stor betydning. Saker som gjelder retts- og prosessfullmakter skal underlegges juridisk vurdering for å sikre ivaretagelse av rettslige og prosessuelle forhold, ikke minst sikre at absolutte frister overholdes.

#### Politianmeldelse av straffbare forhold

En politianmeldelse er å gi politimyndighetene melding om et mulig straffbart forhold. Det er administrerende direktør ved STHF som overordnet har fullmakt til å anmelde straffbare forhold begått mot helseforetaket eller dets ansatte. Av hensyn til oversikt over og formelt korrekte anmeldelser kan fullmakten delegeres. Saken forberedes i den aktuelle avdeling hvor forholdet har oppstått og kvalitetssikres av juridisk kompetanse før saken anmeldes.

Fullmakt til anmeldelse av hhv. vold og trusler mot ansatte eller lovbrudd som ansatte ved STHF begår mot pasienter/pårørende er delegert til HR-direktør.

#### Utenomrettslig forlik og lignende

Et utenrettslig forlik vil normalt være som en regulær avtale mellom partene (motsatt er rettslig forlik en enighet som er oppnådd mellom partene i en rettstvist).

Fullmakt til å inngå utenomrettslig forlik, godkjenne utbetaling av erstatning i et kontraktsforhold og utbetale erstatning eller oppreisning utenfor kontraktsforhold ligger i utgangspunktet hos administrerende direktør. Ofte skyldes krav om slike utbetalinger uheldige forhold. Det må gjøres til dels kompliserte, juridiske vurderinger av om STHF a) er rettslig forpliktet, og/eller om b) andre forhold gjør at utbetaling

bør/ikke bør gjennomføres. Det bør være mest mulig lik praktisering ved STHF, og juridisk kompetanse bør søkes ved et mulig utenomrettslig forlik. I mindre vesentlige saker kan myndigheten til å inngå utenomrettslig forlik delegeres i linjen.

## 2.2 Økonomiske fullmakter

Økonomifullmakter omfatter rammene for iverksettelse av disposisjoner som gir foretaket en økonomisk forpliktelse. Rammene setter beløpsmessige grenser, samt fastsetter hvilke disposisjoner som kan iverksettes.

Den overordnede økonomiske rammen er foretakets styrevedtatte budsjett. Det er administrerende direktør ved STHF som har fullmakt til å fastsette detaljert årsbudsjett ut fra styrets budsjettvedtak.

## 2.3 Innkjøpsfullmakter

Innkjøp av varer og tjenester skal følge bestemmelsene beskrevet nedenfor. Generelt gjelder følgende:

- Lov og forskrifter om offentlige anskaffelser, samt andre gjeldende lover og regler.
- Ethvert innkjøp skal være relevant og nødvendig for driften. Det skal kontrolleres at det er dekning for kostnaden i tildelt budsjett og at den er økonomisk forsvarlig, herunder basert på en vurdering av om det foreligger en resultatrisiko for året.

## 2.4 HR-fullmakter

Ledernes fullmakter på HR-området er omfattende og sentrale for en effektiv ledelse og styring av STHF. Med arbeidsgiveransvaret utøver lederne også arbeidsgivers styringsrett. Arbeidsgivers styringsrett innebærer at lederen organiserer driften, leder de ansatte, fordeler og kontrollerer arbeidet. Med andre ord bestemmer hvem som skal gjøre hva, når og hvordan. Arbeidsgiver beslutter hvem som skal ansettes for å utføre oppgavene i enheten, og gjør beslutninger ved avslutning av ansattes arbeidsforhold. Fullmaktene på HR- området avspeiler arbeidsgiveransvaret og styringsretten.

I tillegg til den generelle lederfullmakten vil det være nødvendig med en tidsavgrenset engangfullmakt en såkalt stedfortrederfullmakt, eksempelvis i forbindelse med ferieavviklingen og/eller sykdomsperioder. Om lederen på enheten har en formell stedfortreder er denne stedfortreder ved leders fravær. Stedfortreder må være dokumentert.

## 3. Overholdelse av fullmaktene

Fullmaktene er forpliktende. Overtredelse av fullmakt vil kunne få arbeidsrettslige følger. Den som går utover sine fullmakter vil urettmessig kunne forplikte STHF utad, på tvers av ledelsens ønsker og foretakets policy (legitimasjonsfullmakt). En slik avtale vil kunne medføre erstatningsansvar for STHF. Den som uaktsomt har medvirket til dette, vil kunne bli stilt økonomisk til ansvar (om avtalen heves eller avtalen medfører forpliktelser av uheldig art for STHF). Ansatte som mistenker/avdekker brudd på en fullmakt plikter å melde fra til nærmeste leder, eller leder på nivået over. Disse vurderer videre saksgang, herunder hvem som skal informeres og om juridisk kompetanse må innhentes.

Med mindre overtredelsen er bagatellmessig, skal et brudd tas opp med vedkommende i skriftlig form som en advarsel.

Endringer i fullmaktmatrisen vedtas av administrerende direktør i helseforetakets ledermøte. Fullmaktmatrisen er administrerende direktørs instruks for ledelse ved STHF. Justeringer og enkeltendringer vedtas fortløpende når behovet oppstår. Økonomiavdelingen ved STHF er eier av dette dokumentet og koordinerer arbeidet med oppdatering.



## 4. Definisjoner og begrepsbruk

### Anvisning

En fullmakt til å godkjenne at foretaket skal betale for innkjøp av varer og tjenester. Utøves ved å anwise en faktura.

### Attestasjon

En fullmakt til å bestille varer og tjenester, og godkjenne varemottak av varen. Man godkjenner at varen/tjenesten er mottatt til korrekt pris, kvalitet og antall.

### Budsjettdelegert myndighet (BDM)

Den som har ansvar for budsjett innenfor gitt område. Vedkommende vil tilsvarende ha budsjett disponeringsmyndighet for dette området. Denne myndigheten kan ikke delegeres.

### Buffer

Buffer er en sum som klinikkene kan søke om til uforutsette ikke planlagte investeringer og havarier. I utgangspunkt skal hvert investeringsområde dekke dette selv.

### Daglig leder

Begrepet brukes i helseforetaksloven. Daglig leder er tilsatt av styret, jf. helseforetaksloven § 36. Daglig leder ved STHF kalles administrerende direktør.

### Delegasjon

Retten en fullmektig (fullmaktsinnehaver) har til å delegere myndighet videre. Fullmaktsgiver beholder samtidig selv myndigheten/det overordnede ansvaret og har instruksjonsrett om hvordan denne skal utøves av fullmektig. Delegasjonen kan trekkes tilbake. All delegasjon ved STHF skal være begrunnet, forsvarlig og dokumenterbar/mulig å ettergå. Delegering fritar ikke for eget ansvar.

### Fullmakt

Rett/myndighet/legitimasjon/kompetanse gitt til en person til å handle på vegne av og forplikte STHF. Legitimasjonen utad vil kunne være større enn retten internt.

### Habilitet

For å være habil må det ikke være noen omstendigheter i saken som er egnet til å svekke tilliten til den som deltar i saksbehandlingen. Ingen skal altså kunne påvirke eller oppfattes som å kunne påvirke sakens behandling der vedkommende selv eller noen som står denne nær kan ha interesse av utfallet.

### Instruksjonsrett

Den som har delegert fullmakt videre, har rett til å instruere den man har gitt fullmakt til.

### Mislighet

Handlinger som innebærer uredelighet for å oppnå en urettmessig fordel for seg selv, virksomheten mv. eller andre. Misligheter skilles fra feil ved at den underliggende handlingen er tilsiktet.

### Prokura

Begrenset signaturrett.

Den som har en prokurafullmakt (prokuristen) kan ikke selge eller pantsette fast eiendom eller opptre på foretakets vegne i søksmål, uten at det er et styrevedtak på prokuristens navn. Prokura kan ikke delegeres.

Signaturrett

Styreleder og administrerende direktør ved STHF har retten til å tegne foretaket (firmategningsrett). Styremøtet ved STHF bestemmer hvem som har signaturrett i foretaket. Signaturretten kan ikke delegeres videre. Den skal være registrert i Foretaksregisteret.

**Matrise 1 – Beløpsgrenser for økonomiske fullmakter med unntak av investeringer<sup>4</sup>**

Nivå	Benevnelse	Kostnadssteder/Prosjekt	Beløpsgrense	Rapporterer til
1	<b>Administrerende direktør</b>	Alle	Innenfor STHFs vedtatte budsjett – kan delegeres til Økonomidirektør	Styret
2	<b>Direktører/klinikksefer</b>	Egne	1 MNOK <u>Spesialfullmakter:</u> Økonomidirektør – økonomifullmakt delegeres fra administrerende direktør (alle kostnadssteder)  Klinikksefer MSK og SSL 3,5 MNOK Utv.direktør 2,5 MNOK	Administrerende direktør
3	<b>Avdelingsleder</b>	Egne	500 000,- <u>Spesialfullmakter:</u> Økonomisjef – økonomifullmakt delegeres fra Økonomidirektør (alle kostnadssteder)	Direktør/Klinikksefer på eget område
4	<b>Seksjonsleder</b>	Egne	300 000,-	Avdelingsleder på eget område

<sup>4</sup> For investeringer gjelder egen fullmakt. Se dokumentet *Administrerende direktørs fullmakter*

## Matrise 2 – Juridiske fullmakter

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
<b>Signaturrett</b>	Fullmakt til å opptre på og å underskrive på vegne av foretaket i forretningsforhold.	Signaturretten må delegeres fra foretakets styre.  Fullmakten må være registrert i foretaksregisteret.	Administrerende direktør
<b>Prokura</b>	Fullmakt til å opptre på og å underskrive på vegne av foretaket i forretningsforhold. Prokuristen kan ikke selge eller pantsette fast eiendom eller opptre på foretakets vegne i søksmål, uten at det er et styrevedtak på prokuristens navn.	Prokuraretten må delegeres fra foretakets styre.  Fullmakten må være i registrert i foretaksregisteret eller være navngitt i styresak.  Enkelte leverandører godkjenner kun signatur fra signaturberettiget eller prokurist.	Administrerende direktør
<b>Inngå vesentlige avtaler, som inngår i den daglige ledelsen, av økonomisk art, utenom innkjøpsområde</b>	Kan være av prinsipiell, politisk karakter og angå helseforetakets omdømme. Eksempelvis samarbeidsavtaler, strategi, oppgavefordeling mellom helseforetak og flerårige avtaler.	Styret skal orienteres om alle vesentlige saker.  Fullmakter i HSØ	Administrerende direktør
<b>Forlik</b>	Fullmakt til å inngå forlik i saker av økonomisk og annen karakter. Fullmakten gjelder både rettslige og utenomrettslige forlik.	Vesentlige saker: Styret skal orienteres.  Mindre vesentlige saker skal fremlegges for juridisk vurdering før forlik inngås.	Administrerende direktør

<b>Fullmakt</b>	<b>Fullmaktens innhold</b>	<b>Avgrensning</b>	<b>Laveste myndighetsnivå</b>
<b>Godkjenne utbetaling av erstatning i og utenfor et kontraktsforhold</b>	Fullmakt til å godkjenne utbetaling i samsvar med kontraktsforpliktelser.  Fullmakt til å godkjenne utbetaling av erstatning, uten at dette har utgangspunkt i kontrakt.	Saken skal underlegges juridisk vurdering før utbetaling.  Styret skal orienteres om alle vesentlige saker.	Administrerende direktør
<b>Ta ut stevning/anke</b>	Fullmakt til å ta ut stevning på helseforetakets vegne og eventuelt anke.	Styret skal informeres om alle stevninger av prinsipiell, omdømmemessig eller annen vesentlig karakter.	Administrerende direktør
<b>Politianmelde straffbare forhold</b>	Fullmakt til å anmelde straffbare forhold begått mot helseforetaket eller dets ansatte.	Saken forberedes i berørt avdeling. Saken underlegges juridisk vurdering før anmeldelse.  Styret skal informeres om vesentlige saker.	Administrerende direktør  HR-direktør og Klinikk sjef SSL i enkeltsaker (Heliks ID 6804 og 7079)
<b>Begjære påtale</b>	Fullmakt til å begjære påtale på vegne av foretaket.	Begjære påtale i vesentlige saker. Styret skal informeres om alle påtalebegjæringer av vesentlig karakter.  Mindre vesentlige saker underlegges juridisk vurdering før beslutning om påtalebegjæring.	Administrerende direktør
<b>Partsrepresentant</b>	Opptre som part/lovlig stedfortreder i en rettslig prosess.		Nivå 2

### Matrise 3 – Økonomiske fullmakter

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
<b>Disponere budsjett</b>	Fullmakt til å benytte budsjettmidler innenfor eget ansvarsområde og vedtatt budsjett.		Nivå 4
<b>Disponere besluttet investeringsplan/omdisponere investeringsmidler (inkl. havarier)</b>	Fullmakt til å være oppdragsgiver for vedtatte investeringsprosjekter samt foreta omdisponering av investeringsmidler mellom fagområder og mellom enkelte investeringer.	Overskudd i driften kan ikke anvendes til investeringer.  Inngåelse av avtaler som går over flere år, av en verdi over kr 100 000 (årlig beløp x kontraktens varighet i antal år), likestilles med investeringer.	Økonomisjef  Fullmakter for gjennomføring av investeringsplanen (inkl. havarier) delegeres til nivå 3 lokalporteføljansvarlige (LPA) Bygg, MTU, Annet, IKT.  Jmf delegert spesialfullmakt (se også innkjøpsfullmakter)
<b>IKT-investeringer</b>	Fullmakt til å godkjenne reinvesteringsplaner fra Sykehuspartner før igangsetting		Økonomidirektør
<b>Ekstraordinære investeringsbehov</b>	Fullmakt til å beslutte uforutsette investeringer og som ikke kan håndteres innenfor tildelte økonomiske rammer og fullmakter		Økonomidirektør

<b>Fullmakt</b>	<b>Fullmaktens innhold</b>	<b>Avgrensning</b>	<b>Laveste myndighetsnivå</b>
<b>Leiekontrakter for eiendom/bygg</b>	Fullmakt til å inngå leiekontrakter for eiendom/bygg.	<p>Før kontraktinngåelse skal alle leiekontrakter forelegges økonomiavdelingen som vurderer om det er operasjonell eller finansiell leasing.</p> <p>Operasjonelle avtaler for eiendom/bygg med avtalevarighet over 5 år og nåverdi av fremtidige leieforpliktelser over 20 MNOK i hele perioden, skal godkjennes av økonomidirektør.</p> <p>Operasjonelle avtaler for eiendom/bygg hvor nåverdien av fremtidige leieforpliktelser er mellom 20 MNOK og 50 MNOK skal godkjennes av styret ved STHF.</p> <p>Operasjonelle avtaler for eiendom/bygg hvor nåverdien av fremtidige leieforpliktelser er over 50 MNOK skal godkjennes av HSØ.</p>	Eiendomsjef
<b>Kjøp og feste av fast eiendom</b>	Fullmakt regulert i reglene for investeringer i bygg og eiendom. Se HSØ styresak 029-2015		Økonomidirektør
<b>Leie ut arealer</b>	Utleie av arealer til eksterne	Kun tidsbegrensede og kortvarige avtaler er tillatt. Avtaler skal avklares med økonomiavdelingen og andre relevante fagområder.	Nivå 2
<b>Godkjenne regnskap for øremerkede midler</b>	Fullmakt til å undertegne særregnskap for bruk av øremerkede midler mottatt fra utenforstående (i hovedsak departement).		Økonomisjef

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
<b>Leiekontrakter for utstyr</b>	<p>Fullmakt til å inngå leiekontrakter av utstyr (MTU, IKT og Annet)</p> <p>Fullmaktsgrensene er satt ut ifra beregnet nåverdi (beregnes ved å diskontere årlige leieforpliktelser med 4 % for hele leieperioden, inkl. evt. opsjoner).</p>	<p>Leiekontrakten skal vurderes av Økonomiavdelingen for å avgjøre om det er operasjonell eller finansiell leieavtale før kontraktinngåelse. Det er kun Økonomidirektør som kan godkjenne en leieavtale som forplikter foretaket utover ett år.</p> <p>Forespørsel til finansieringsselskap skal sendes fra Økonomiavdelingen.</p>	<p>Nåverdi over 20 MNOK/10 år - Styret</p> <p>Nåverdi inntil 20 MNOK/10 år - Økonomidirektør</p>
<b>Opprette, endre eller slette bankkonti</b>	Fullmakt til å opprette, endre eller slette bankkonti hos foretakets bankforbindelse.	Alle endringer/slettinger må godkjennes av to personer.	Økonomisjef regnskapsleder
<b>Avgjøre hvem som skal ha utbetalingsfullmakt på bankkonti</b>	Fullmakt til å avgjøre hvem som skal ha utbetalingsfullmakt på bankkonti.	Daglig administrasjon av nettbank/betalinger gjøres av ansatte i Regnskapsavdelingen.	Økonomisjef regnskapsleder
<b>Avskrive fordringer</b>	<p>Fullmakt til å avskrive uerholdelige fordringer.</p> <p>Beslutningsgrunnlag for tapsføring utarbeides av Regnskapsavdelingen.</p>	Kan først gjøres etter at ordinære purre- og inkassorutiner er fulgt og har vært formålsløst.	<p>Økonomisjef opp til kr. 50.000</p> <p>Økonomidirektør over kr. 50.000</p>
<b>Godkjenne særskilte oppdrag</b>	Fullmakt til å godkjenne oppstart av særskilte prosjekter, der det følger med særskilte midler.		<p>Inntil 20 MNOK – Administrerende direktør</p> <p>Inntil kr 10 MNOK – Økonomidirektør</p>



Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
<b>Motta pengegaver/ donasjoner</b>	Fullmakt til å motta gaver på vegne av helseforetaket i henhold til etiske retningslinjer. Fullmakten gjelder kun i de tilfeller det ikke er bindinger tilknyttet gaven.	Gaver som generer vesentlige kostnader utover budsjettåret og/eller som det knyttes vesentlige bindinger til, skal vurderes av administrerende direktør.  Gaver som er av vesentlig størrelse og som kan ha innvirkning på strategien ved STHF skal vurderes av styret.	Nivå 2
<b>Salg og utrangering av utstyr</b>	Fullmakt til å beslutte salg eller utrangering av utstyr og til å fastsette pris ved salg.	Salg må godkjennes av ansvarlige for respektive investeringsområde (MTU, Bygg, IKT, Annet), og alltid godkjennes av økonomiavdelingen	Økonomisjef Kan delegeres til regnskapsleder
<b>Innlevere tilbud ved salg av tjenester</b>	Fullmakt til å innlevere tilbud der helseforetaket konkurrerer om å være leverandør.		Nivå 2
<b>Bokføring, bilag og ajourhold</b>	Fullmakt til å foreta avsetninger, korreksjoner og andre direkteføringer i regnskapet		Økonomisjef Kan delegeres til regnskapsleder

## Matrise 4 - Innkjøpsfullmakter

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
<b>Starte en innkjøpsprosess</b>	<p>Fullmakt til å beslutte at man skal starte en innkjøpsprosess. Omfatter oppstart av innkjøpsprosess både med sikte på å etablere rammeavtale og ved enkeltstående kjøp.</p> <p>Anskaffelsesoppdrag bestilles via innkjøpsportalen henhold til gjeldende prosedyrer</p>	<p>Praktisk gjennomføringsansvar for innkjøp ligger i avdeling for Innkjøp og Logistikk.</p> <p>Innenfor beløpsgrenser fastatt i matrise 1 /tildelt budsjett</p> <p>Inngåelse av kontrakter som går over flere år og med en verdi over kr 100 000 likestilles med investeringer.</p>	<p>Ansatt med rekvisisjonsfullmakt</p> <p>LPA Bygg, MTU, Annet og IKT innefor delegert investeringsramme som beskrevet i tildelt fullmakt (eget dokument).</p>
<b>Innkjøp over kr 100 000 (inkl. MVA)</b>	Fullmakt til å gjennomføre kjøp	<p>Innkjøp IKT skal som utgangspunkt kjøpes via Sykehuspartner og alle IKT-investeringer må avklares med Sykehuspartner.</p>	LPA bygg, MTU, Annet og IKT innefor vedtatt investeringsramme

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
<b>Signere kontrakt</b>	Fullmakt til å signere kontrakt etter gjennomført konkurranse i henhold til lovmessige krav (spesielt lov om offentlige anskaffelser med forskrifter).	Innenfor budsjettår: Generell fullmakt  Utover budsjettåret: Nivå 1 inntil 20 MNOK	LPA bygg, MTU, Annet og IKT innefor vedtatt investeringsramme/investeringsplan og opp til 5 MNOK  Administrerende direktør / delegert til Økonomidirektør
<b>Foreta bestilling og/eller attestere faktura</b>	Fullmakt til å utarbeide bestillinger i de tilfeller det finnes rammeavtale.  Tilsvaret å attestere kostnader.	Kan delegeres til ansatte med nødvendig bestillerkompetanse i avdelingen (rekvirent).	Nivå 4 eller utnevnte rekvirenter
<b>Godkjenne bestilling og/eller anviser faktura</b>	Fullmakt til å godkjenne bestillinger i de tilfeller det finnes rammeavtale.  Tilsvaret å anviser kostnader.	Innenfor generell fullmakt.	Nivå 4
<b>Godkjenne varemottak</b>	Fullmakt til å signere for kontroll av at mottatte varer er i henhold til følgeseddel. Varemottak gjøres fortrinnsvis av bestiller.		Nivå 4
<b>Utbetaling bank</b>	Fullmakt til å foreta utbetaling fra bank.	Skal ikke kombineres med tilgang til å bokføre og oppdatere leverandørregisteret.	Økonomisjef / kan delegeres til regnskapsleder
<b>Bokføre</b>	Tilgang til å oppdatere regnskapet/leverandørreskontro (systemtilgang).	Skal ikke kombineres med utbetalingsfullmakt bank og tilgang til å oppdatere leverandørregisteret.	Økonomisjef / kan delegeres til regnskapsleder
<b>Godkjenne oppdatering av leverandørregister</b>	Tilgang til å opprette, endre og slette leverandører i økonomisystemet (systemtilgang).	Skal ikke kombineres med Utbetalingsfullmakt bank og bokføringstilgang.	Regnskap. Oppgaven er overført til Sykehuspartner HF i løpet av Q1-2020

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
<b>Serviceavtaler</b>	Fullmakt til å inngå serviceavtaler og signere kontrakter knyttet til vedlikehold av bygg, MTU og Annet.	Relevant fagområde konsulteres	Nivå 2  Eiendomssjef, Avdelingsleder MTU, Innkjøpsleder (nivå 3)
<b>Forleng, reforhandle og si opp avtaler</b>		Relevant fagområde konsulteres	Nivå 2  Eiendomssjef, Avdelingsleder MTU, Innkjøpsleder (nivå 3)
<b>Utløsning av opsjoner</b>		Relevant fagområde konsulteres	Nivå 2  Eiendomssjef, Avdelingsleder MTU, Innkjøpsleder (nivå 3)
<b>Utleie av utstyr</b>	Fullmakt til utleie av utstyr til markedsleie (for utleie under markedsleie gjelder reglene for gaver)	MTU kan bare leies ut etter avklaring med Avdeling for MTU	Inntil 20 MNOK/10 år – Økonomidirektør  Innenfor driftsbudsjett/inntil 3 år – Nivå 2

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
<b>Inngå rammeavtale</b>	Fullmakt til å inngå og godkjenne rammeavtaler, utløse opsjoner (også opsjoner i rammeavtaler), samt reforhandle og si opp rammeavtaler.	Ved behov for å inngå rammeavtaler utover gjeldende fullmakts-grenser skal saken forelegges Økonomidirektør (nivå 2).  Relevant fagområde skal konsulteres	Innkjøpsleder (nivå 3)
<b>Kjøp av konsulent- og advokatjenester</b>	Rekvirering av juridiske tjenester (med unntak av feltet arbeidsrett) ligger under ansvaret til juridisk team.		Økonomisjef  Arbeidsrett: HR-direktør
<b>Leieavtale av mindre driftsmidler (operasjonelle leieavtaler)</b>	Fullmakt til å inngå leieavtaler for mindre driftsmidler (ikke MTU, IKT eller bygningsrelaterede anskaffelser) der det ikke foreligger rammeavtale.	Avtalene skal forelegges økonomiavdelingen for vurdering av klassifisering og godkjenning før signering.  Fullmaktsgrensene gjelder hver enkelt avtale og hele leiebeløpet inkl. evt. opsjoner.  Før leieavtaler inngås skal det vurderes om kjøp er mer hensiktsmessig.	Inntil 20 MNOK/10 år – Økonomidirektør  Innenfor driftsbudsjett/inntil 3 år – Nivå 2
<b>Salg av varer og tjenester tilvirket ved/levert av STHF</b>	Fullmakt til å beslutte salg eller utrangering og fastsette pris ved salg.  Salg skal skje til markedspris.	Før salg bør det vurderes evt. behov for utstyret andre steder i sykehuset.  Økonomiavdelingen skal foreta verdivurdering av utstyr/kjøretøy.  Ved salg til utland/eksport må det foreligge bankgaranti fra kjøper	Økonomisjef / regnskapsleder

## Matrise 5 – HR-fullmakter

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
<b>Beslutte å opprette ny stilling, økning av stillingsbrøker og omgjøring av stillinger</b>	<p>Fullmakt til å beslutte at det skal opprettes ny stilling, herunder økning av stillingsbrøker og omgjøring av stillinger</p> <p>I dette ligger at helårseffekten skal vurderes for å sikre at det ikke pådras kostnader frem i tid som det ikke er dekning for.</p>	Lønn fastsettes i henhold til gjeldende overenskomst eller sammenlignbare stillinger.	Administrerende direktør
<b>Direkte lønnsfastsettelse og individuelle tillegg</b>	<p>Fullmakt til å beslutte lønnsbetingelser og annen godtgjøring i direkte innplasserte stillinger.</p> <p>Dette må samordnes og koordineres på tvers av STHF for å sikre enhetlig praksis.</p> <p>I dette ligger at helårseffekten skal vurderes for å sikre at det ikke pådras kostnader frem i tid som det ikke er dekning for.</p>	Leder med fullmakt har konsultasjonsplikt med Økonomidirektør før lønnsfastsettelse i administrative stillinger og lederstillinger.	Nivå 2
<b>Beslutte å opprette Midlertidige stillinger i henhold til AML § 14-9(2)f, med unntak av legestillinger</b>	<p>Fullmakt til å beslutte at det skal opprettes midlertidig stilling innenfor vedtatt budsjett.</p> <p>I dette ligger at helårseffekten skal vurderes for å sikre at det ikke pådras kostnader frem i tid som det ikke er dekning for.</p>	<p>Lønn fastsettes i henhold til gjeldende overenskomst eller sammenlignbare stillinger.</p> <p>Ved avvikende lønn fra ovennevnte har leder med fullmakt konsultasjonsplikt med Forhandlingssjef i HR .</p>	Nivå 2

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
<b>Rekruttering og ansettelse av stillinger med varighet ut over 1 måned</b>	<p>Gjelder rekruttering til eksisterende stilling som er blitt ledig.</p> <p>Iht. Prosedyre «Rekruttering og ansettelse», Heliks ID 7131</p> <p>Ved rekruttering til LIS 1 -stilling gjelder retningslinje fra HOD.</p>	<p>Forutsetter budsjettmessig dekning.</p> <p>Lønn fastsettes i henhold til gjeldende overenskomst eller sammenlignbare stillinger.</p> <p>Ved avvikende lønnsfastsettelse har leder konsultasjonsplikt med Forhandlingssjef HR før fastsettelse.</p> <p>Endelig godkjenning av avvikende lønn skal fastsettes av nivå 2.</p>	<p>Faste stillinger – Nivå 2</p> <p>Midlertidige stillinger - Nivå 3</p> <p>Vikariat etter godkjenning fra Nivå 2 – Nivå 4</p>
<b>Rekruttering og ansettelse i midlertidig stillinger med varighet under 1 måned</b>	<p>Fullmakt til å rekruttere og ansette i kortere vikariater uten utlysning, inkludert rekruttering av ferievikarer innen ferieperioden.</p>	<p>Lønn fastsettes i henhold til gjeldende overenskomst eller sammenlignbare stillinger.</p> <p>Ved avvikende lønnsfastsettelse har leder konsultasjonsplikt med Forhandlingssjef HR før fastsettelse.</p> <p>Endelig godkjenning av avvikende lønn skal fastsettes av nivå 2.</p>	<p>Nivå 4</p>
<b>Rekruttering av langtidsvikariater for sykemeldte</b>	<p>Fullmakt til å rekruttere vikar i inntil 3 måneder av gangen uten at det foreligger sykemelding for hele perioden ved sykefravær hvor det er sterk grunn til å anta at fraværet blir langvarig.</p>		<p>Nivå 4</p>
<b>Honoraravtaler</b>	<p>Fullmakt til å inngå honoraravtaler med leger uten utlysning.</p>	<p>Fullmakten gjelder for avtaler med varighet inntil 1 år av gangen forutsatt at medarbeideren dokumenterer tilstrekkelige kvalifikasjoner for oppgaven.</p> <p>Honoraravtaler med andre personellgrupper må i hvert enkelt tilfelle godkjennes av administrerende direktør.</p>	<p>Nivå 2</p>

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
<b>Konstituering</b>	Fullmakt til å konstituere i lederstilling i inntil 6 måneder uten krav til utlysning. og konstituering i ledig overlegestilling i inntil 12 måneder uten utlysning.	Dersom konstituert overlegestilling skal gjøres om til fast stillingen, må den lyses ut.	Nivå 2
<b>Beslutte å ta inn vikar</b>	Fullmakt til å beslutte at det skal tas inn vikar i stilling.	Lønn fastsettes i henhold til gjeldende overenskomst eller sammenlignbare stillinger.  Ved avvikende lønnsfastsettelse har leder konsultasjonsplikt med Forhandlingsjef i HR.  Endelig godkjenning av avvikende lønn skal fastsettes av nivå 2.	Nivå 4



Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
<b>Lønnsforhandlinger med arbeidstakerorganisasjonene</b>	Fullmakt til å gjennomføre lønnsforhandlinger i foretaket.	HR-direktør kan delegere til forhandlingssjef.	HR-direktør
<b>Utøvelse av daglig drift, herunder å kunne godkjenne personrelaterte kostnader</b>	<p>Fullmakt til å ivareta daglig personaloppfølging.</p> <p>Fullmakten omfatter, <i>men er ikke begrenset til</i>, fastsetting av arbeidsplaner/turnus og ferielister, pålegging av overtid og å innvilge avtalefestede permisjoner.</p> <p>Fullmakt til å ivareta daglig personaloppfølging vil også omfatte godkjenning av variabel lønnsliste for utbetaling (som time- og overtidslister, turnusplaner og reisegodtgjørelse).</p>		Nivå 4
<b>Advarsel</b>	Fullmakt til å gi ansatte muntlig og skriftlig advarsel.	Konsultasjonsplikt med HR-direktør.	Nivå 2
<b>Suspendere ansatte</b>	Fullmakt til å beslutte at ansatte skal suspenderes fra sitt arbeid.	Suspensjon skal signeres av HR-direktør	Nivå 2
<b>Oppsigelse fra arbeidstaker</b>	Fullmakt til å motta oppsigelse fra ansatt.		Nivå 4

<b>Fullmakt</b>	<b>Fullmaktens innhold</b>	<b>Avgrensning</b>	<b>Laveste myndighetsnivå</b>
<b>Vedta oppsigelse av ansatt</b>	Fullmakt til å avslutte arbeidsforhold.	Oppsigelse skal signeres av HR-direktør	Nivå 2
<b>Vedta avskjed</b>	Fullmakt til å avslutte arbeidsforhold.	Avskjed skal signeres av HR-direktør	Nivå 2
<b>Godkjenne sluttavtale</b>	Fullmakt til å godkjenne sluttavtale.	HR-direktør forhandler sluttavtaler i samarbeid med nivå 2.	Administrerende direktør
<b>Vedta omplassering av ansatte</b>	Fullmakt til å beslutte omplassering av ansatte.	Iht. retningslinje «Omstilling og organisasjonsprosesser ved STHF» (Heliks ID 8012)	Nivå 2
<b>Godkjenne legers bemanningsplaner</b>	Fullmakt til å godkjenne legers bemanningsplaner.		Nivå 3
<b>Godkjenne bierverv</b>	Fullmakt til å godkjenne bierverv.	Konsultasjonsplikt med Forhandlingssjef i HR ved tvilstilfeller.	Nivå 4
<b>Godkjenne ferie</b>	Fullmakt til å godkjenne ferie.		Nivå 4
<b>Godkjenne uttak av avspasering og fleksitid</b>	Fullmakt til å godkjenne uttak av avspasering og fleksitid		Nivå 4
<b>Leie av personalboliger</b>	Fullmakt til å leie lokaler som kan brukes til personalboliger	Avtalene må legges frem for Økonomidirektør før inngåelse.	Klinikksjef Service og systemledelse
<b>Seniorpolitiske tiltak</b>	Fullmakt til å godkjenne uttak av seniordager og andre seniorpolitiske tiltak	Iht. retningslinje «Seniorpolitikk ved STHF» (Heliks ID 12963)	
<b>Godkjennelse av deltakelse på kurs/konferanser</b>		Søknader om videre utdanning og øvrige kompetansehevende tiltak, utover kortvarige kurs/konferanser avgjøres av HR direktør	Nivå 4
<b>Godkjenne permisjon for overleger</b>		Iht. Retningslinje «Overlegepermisjon» (Heliks ID 9085)	Nivå 2

**Matrise 6 – Forskning**

<b>Fullmakt</b>	<b>Fullmaktens innhold</b>	<b>Avgrensning</b>	<b>Laveste myndighetsnivå</b>
<b>Søknad om tilskuddsmidler</b>	Godkjenning av egenfinansiering i søknader om forskningsmidler, herunder signering av støttebrev,		Nivå 2
<b>Mottak av finansiering/signering av avtaler med offentlige institusjoner og ideelle organisasjoner</b>	Godkjenne ekstern finansiering fra f.eks. NFR, Kreftforeningen, HSØ, EU mv,  Kopi av avtaler som signeres av Nivå 2 eller 3 skal sendes til Forskningsavdelingen/arkiveres i P360.		Nivå 3
<b>Oppstart av forskningssamarbeid – egenintiterte studier</b>	Fullmakt til å signere avtaler om forskningssamarbeid med en eller flere samarbeidspartnere, uavhengig av ekstern part.		Forskningsjef
<b>Oppstart av forskningssamarbeid – oppdragsforskning</b>	Fullmakt til å signere avtaler om forskningssamarbeid med en eller flere samarbeidspartnere, med full finansiering fra ekstern oppdragsgiver.		Forskningsjef
<b>Beslutte opprettelse av akademiske stillinger finansiert av STHF og evt. videreføring av bistillinger</b>	Fullmakt til å utstede finansieringsbevis til universitet/høgskole.		Fagdirektør

<b>Fullmakt</b>	<b>Fullmaktens innhold</b>	<b>Avgrensning</b>	<b>Laveste myndighetsnivå</b>
<b>Beslutte utlevering av data og/eller overføring av humant biologisk materiale fra Norge til utlandet</b>	Fullmakt til å beslutte overføring av humant biologisk materiale (biobank) fra Norge til utlandet		Forskningssjef (nivå 3)
<b>Inngåelse av interne avtaler vedr. gjennomføring av forskningsprosjekter ved STHF</b>	Fullmakt til å signere interne avtaler mellom forskningsprosjekter og avdelinger ved STHF, f.eks. innen «in kind»-bidrag eller salg av tjenester til et forskningsprosjekt.	Konsultasjonsplikt med Fagdirektør og Forskningssjef.	Nivå 3

## Matrise 7 – Informasjonssikkerhet og personvern

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
<b>Systemeier-fullmakt</b>	Fullmakt til å opptre som systemeier, dvs. ha det overordnede ansvaret for systemet, samt ansvar for strategisk utvikling og forvaltning.	Se beskrivelse i ledelsessystem for informasjonssikkerhet i HELIKS	Nivå 2
<b>Inngå databehandleravtaler</b>	Fullmakt til å inngå databehandleravtale med ekstern databehandler om lagring og bearbeiding av personopplysninger, inkludert aidentifiserte opplysninger hos andre utenfor foretaket.	Før inngåelse skal saken forelegges for personvernombud	Systemeier
<b>Informasjonssikkerhetsleder-fullmakt</b>	På vegne av administrerende direktør avgjøre om oppnådd sikkerhetsnivå og gjenværende risiko er akseptabel, eller om det er behov for ytterligere tiltak.  Fullmakt til å bestille virksomhetssertifikat på vegne av administrerende direktør.		Informasjonssikkerhetsleder
<b>IKT- og MTU-anskaffelser/prosjekter</b>	Sikre at informasjonssikkerhet og personvern ivaretas i IKT-prosjekter og MTU-anskaffelser.	Avklares med Nivå 2 før signering	Systemeier  LPA IKT og MTU
<b>Godkjenning av DPIA</b>	Godkjenning av DPIA (Data Protection Impact Assessment) – vurdering av personvernkonsekvenser	DPIA som viser høy risiko etter at tiltak er gjennomført løftes til nivå 1.  Beslutning om at saken skal sendes til Datatilsynet for forhåndsdrøfting løftes til nivå 1. Personvernombudet skal orienteres om beslutningen og opptre som kontaktpunkt ovenfor Datatilsynet.	Systemeier, IKT-prosjekteier  For forskningsprosjekter: forskningssjef (nivå 3)

**Matrise 8 – Diverse**

<b>Fullmakt</b>	<b>Fullmaktens innhold</b>	<b>Avgrensning</b>	<b>Laveste myndighetsnivå</b>
<b>Innovasjon</b>	Fullmakt til å ivareta forholdet til Inven2 AS (STHFs kommersialiseringsenhet) og kommersialiserbare ideer.	Søknader og avtaler om eksternt finansieringsbidrag til innovasjon skal forankres og godkjennes av klinikkledelsen og forelegges direktør for utviklingsavdelingen.	Nivå 2
<b>Motta gaver</b>	Fullmakt til å motta gaver på vegne av foretaket	Det er en forutsetning at giver ikke stiller krav om motytelser.  Retningslinjer fastsatt av HSØ RHF skal legges til grunn for godkjenning.	Nivå 2
<b>Utlån av MTU</b>	Fullmakt til å låne ut medisinteknisk utstyr	Kun etter avklaring med avdeling for Medisinsk teknologi	Nivå 3

## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

### Sakstittel: Styrende dokumenter for Sykehuset Telemark HF i 2020

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
045-2020	Tone Pedersen, spesialrådgiver stab	Beslutning	17.06.2020

**Trykte vedlegg:** Ingen

#### **Ingress:**

Sykehuset Telemark HF må forholde seg til en rekke lover og føringer som er lagt til grunn for driften av sykehuset. Hensikten med denne saken er å gi en oversikt over *et utvalg* av dokumenter som gjelder for Sykehuset Telemark HF og øvrige helseforetak, som Helse Sør-Øst RHF eier.

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

Styret er kjent med og tar til etterretning oversikten over styrende dokumenter.

Skien, den 8. juni 2020

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

## 1. Hva saken gjelder

Sykehuset Telemark HF skal sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i regionen. Oppgavene skal løses innenfor et sett av lover, regler og forventninger til måloppnåelse, herunder spesialisthelsetjenesteloven (sykehusenes plikter), pasientrettighetsloven (om pasientenes rett til helsehjelp, fritt sykehusvalg etc.) og helseforetaksloven (om organiseringen av sykehus). I tillegg til helselovgivningen vil også lover for forholdet mellom virksomhet og ansatte (eksempelvis arbeidsmiljøloven) og miljølovgivning (eksempelvis forurensningsloven) gi føringer for hvordan Sykehuset Telemark HF planlegger og etterlever krav til driften av sykehuset.

Denne oversikten gir en oversikt over de sentrale styrende dokumenter som legger føringer for Sykehuset Telemarks HF sin virksomhet.

## 2. Hovedpunkter

Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet en veileder for styrearbeid i regionale helseforetak. Veilederen sammenfatter gjeldende rettsregler, belyser praktiseringen av disse og en omtale av styrearbeid som er av veiledende karakter. Veilederen er ment som et bidrag til styrenes rolleforståelse og kan benyttes i opplæringen av nye styremedlemmer ([lenke](#)).

Det er utarbeidet en veileder for styrearbeid i helseforetakene. Denne er utarbeidet av de fire regionale helseforetakene, som på basis av veileder fra departementet i fellesskap har tilpasset veilederen til helseforetaksnivå.

Veilederen gir en kort orientering om styrearbeid i helseforetak, og er ment som et bidrag til styrenes rolleforståelse og rolleutøvelse. Veilederen sammenfatter gjeldende rettsregler og gitte styringskrav, samt inneholder en omtale av styrearbeid som er av mer veiledende karakter ([lenke](#)).

Helseforetaksloven og spesialisthelsetjenesteloven utgjør det overordnede rammeverket for spesialisthelsetjenesten:

- LOV-2001-06-15-93: Lov om helseforetak m.m. ([lenke](#))
- LOV-1999-07-02-61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. ([lenke](#))

Staten eier de regionale helseforetakene. Prinsippene for eierpolitikken er fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet:

- Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap* ([lenke](#))
- *Regjeringens eierpolitikk 2015* ([lenke](#))

Nærings- og fiskeridepartementet har også fastsatt retningslinjer for lønn til ledende ansatte:

- Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel ([lenke](#))



Nærings- og fiskeridepartementets samlede oversikt over publikasjoner om statlig eierskap (statens eierberetninger, stortingsmeldinger, proposisjoner og andre relevante dokumenter) finnes på [regjeringen.no](http://regjeringen.no) ([lenke](#)).

I foretaksmøte fastsetter Helse Sør-Øst RHF vedtekter for Sykehuset Telemark HF:

- Vedtekter for Sykehuset Telemark, sist endret 20. mai 2019 ([lenke](#))

Helse Sør-Øst RHF utarbeider årlig krav til Sykehuset Telemark HF om virksomheten det enkelte år:

- Oppdragsdokument 2020 ([lenke](#))
- Protokoll fra foretaksmøte 26. februar 2020 ([lenke](#))

Det vil også komme ytterligere styringsbudskap i løpet av året i tilleggsdokument til oppdragsdokumentet og protokoller fra foretaksmøter.

Helse- og omsorgsdepartementets samlede oversikt over styringsdokumenter (lover, forskrifter og rundskriv som regulerer spesialisthelsetjenesten, vedtekter og oppdragsdokumenter, foretaksmøteprotokoller og årlig melding fra helseforetakene) finnes på [regjeringen.no](http://regjeringen.no) ([lenke](#)).

Styret i Sykehuset Telemark HF har utarbeidet instruks for sin egen virksomhet og for administrerende direktør i helseforetaket. Disse instruksene revideres annet hvert år etter oppnevning av nye styre (eieroppnevnte styremedlemmer):

- Instruks for styret i Sykehuset Telemark HF 2018 – 2020 ([lenke](#))
- Instruks for administrerende direktør i Sykehuset Telemark HF 2018 – 2020 ([lenke](#))

Det er også utarbeidet etiske retningslinjer som gjelder for helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst:

- Etiske retningslinjer for Helse Sør-Øst RHF ([lenke](#))

### **3. Administrerende direktørs anbefaling**

Det forutsettes at styret er kjent med de vedlagte dokumentene gjennom gjennomgang i styreseminar og egne styresaker. En samlet oversikt er ment å gjøre dokumentene tilgjengelig på en enkel måte for det enkelte styremedlem.

Administrerende direktør anbefaler at styret tar oversikten over styrende dokumenter til etterretning.

## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

### Sakstittel: Styreinstruks og instruks for administrerende direktør i Sykehuset Telemark HF

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
046-2020	Tom Helge Rønning, administrerende direktør Tone Pedersen, spesialrådgiver	Beslutning	17.06.2020

#### Trykte vedlegg:

- Gjeldende instruks for styret i Sykehuset Telemark HF
- Gjeldende instruks for administrerende direktør i Sykehuset Telemark

#### Utrykte vedlegg:

- Ingen

#### Ingress:

I Sykehuset Telemark HF ble instruks for styret og instruks for administrerende direktør sist fastsatt i styremøte 18. april 2018 (sak 024-18), etter at nytt styre var oppnevnt 14. februar 2018.

Nytt styre (eieroppnevnte styremedlemmer) var oppnevnt 26. februar 2020. Styret bør gjennomgå instruksene og vurdere om det er ønskelig å foreta noen endringer eller tillegg.

#### Forslag til vedtak:

Styreinstruksen og instruks for administrerende direktør i Sykehuset Telemark HF godkjennes med de tillegg og endringer som ble gjort i møtet.

Skien, den 9. juni 2020

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

## 1. Hva saken gjelder

I punkt 4.4.2 i Veileder for styrearbeid i helseforetak ([lenke](#)) er det nedfelt følgende:

*«Styrene for de regionale helseforetakene og helseforetakene skal fastsette instruks for styret og instruks for daglig leder»*

I Sykehuset Telemark HF ble instruks for styret og instruks for administrerende direktør sist fastsatt i styremøte 18. april 2018 (sak 024-18), etter at nytt styre var oppnevnt 14. februar 2018.

Instruks for styret angir nærmere regler om styrets arbeid og saksbehandling. Styreinstruksen skal inneholde regler om struktur på styrearbeidet, krav til styredokumentasjon, styrets saksbehandling, styremedlemmenes plikter og rettigheter.

Instruks for administrerende direktør fastsetter regler for dennes oppgaver, plikter og rettigheter. Instruks for administrerende direktør gir også en overordnet rolleavklaring mellom styret og daglig leder.

## 2. Hovedpunkter

Det nye styret i Sykehuset Telemark HF vil ha behov for å gå gjennom de vedtatte instruksene for Sykehuset Telemark HF.

For å skape gjennomgående systemer og hjelpemidler for både Helse Sør-Øst RHF og de underliggende helseforetakene er det utarbeidet en felles veiledende mal for hvordan instruks for styret og for administrerende direktør bør utformes. Denne er lagt til grunn i forslaget som fremmes for styret til instruks for perioden 2020-2022.

## 3. Administrerende direktørs anbefaling

Administrerende direktør vurderer at de vedlagte utkastene til instruks er tilfredsstillende. Styret bør gjennomgå instruksene og vurdere om det er ønskelig å foreta noen endringer eller tillegg.

## Instruks for styret i

# Sykehuset Telemark HF

Vedtatt i styremøte i Sykehuset Telemark HF 17. september 2012  
Sist gjennomgått i styremøte 18. april 2018

## **1. Innledning**

Instruks for styret i Sykehuset Telemark HF er i samsvar med prinsipper som gjelder for styrearbeid i selskaper, herunder i helseforetak. Formålet med styreinstruksen er å gi retningslinjer for styrets arbeidsform, innhold og gjennomføring samt å fungere som en rettesnor for styremedlemmene og administrerende direktør når det gjelder rolleforståelse, plikter og ansvar.

I tillegg til styreinstruksen er styret bundet av de regler som følger av lov, vedtekter eller instruks i vedtak fra foretaksmøte. Det vises spesielt til helseforetaksloven.

Sykehuset Telemark HF eies av Helse Sør-Øst RHF som utøver den øverste myndighet i helseforetaket i foretaksmøter. Vedtekter for Sykehuset Telemark HF er gitt i foretaksmøte med Helse Sør-Øst RHF.

Administrerende direktør forestår den daglige ledelsen av foretaket og skal følge de retningslinjer og pålegg som styret har gitt. Styret har utarbeidet egen instruks for administrerende direktør.

## **2. Hovedmålsetting for styrearbeidet**

Styret i Sykehuset Telemark HF er selskapets øverste utøvende organ, med ansvar for forvaltningen av selskapet. Styret og dets medlemmer skal ivareta de interesser som tjener helseforetaket best. Styret er et kollegium og utfører sine oppgaver som et kollegium. Styremedlemmene representerer ikke noen interessegruppe.

## **3. Styremedlemmenes rettigheter og plikter**

Styrets medlemmer har ansvar for alle saker.

Styremedlemmer som er valgt av de ansatte deltar ikke i behandlingen av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstaker, arbeidskonflikter, rettsvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler (jf. vedtektenes § 7).

Bortsett fra det som er særskilt angitt for styrets leder, styrets nestleder (og om ingen av dem skulle være til stede i et styremøte, møteleder) har alle styremedlemmer de samme rettigheter og plikter.

Hvert enkelt styremedlem og administrerende direktør har plikt til å legge frem all informasjon som er av betydning for styrets behandling av en sak, herunder ens egen vurdering.

Styrets leder uttaler seg på vegne av styret om ikke annet er særlig avtalt.

Styrets medlemmer plikter å ta del på styremøter. Et styremedlem som ikke kan møte i styremøte, skal varsle om dette så tidlig som mulig.

### **Habilitet**

Har et styremedlem, enten selv eller via en av dennes nærstående, en fremtredende personlig eller økonomisk særinteresse i en sak, har vedkommende plikt til å erklære seg inhabil. Et styremedlem kan ikke delta i behandlingen av, eller avgjørelse i, saker hvor vedkommende er inhabil, jf. også forvaltningsloven kap. II.

Styret avgjør om et styremedlem er inhabilt. Vedkommende skal ikke selv delta i drøftelsene om dette, ut over å gi de nødvendige forklaringer som styret måtte finne behov for. Har et styremedlem erklært seg inhabil skal styret som hovedregel godta en slik erklæring.

Styremedlemmer må ikke ha eierskap eller styreverv i virksomhet, eller utføre oppgaver og aktiviteter for virksomhet, som har funksjon eller forretningsmessig interesse der det kan reises tvil om styremedlemmets lojalitet eller habilitet.

### **Taushetsplikt**

Forvaltningslovens bestemmelser om taushetsplikt gjelder for styrets arbeid.

Styrets arbeid omfattes også av bestemmelsene i offentleglova. Dersom det anses svært viktig at kunnskap om saker ikke tilflyter andre enn de som har krav på informasjon, skal disse behandles konfidensielt. Dette skal i så fall fremgå av sakspapirene.

### **Styreansvarsforsikring**

Styrevervet er personlig og det enkelte styremedlem kan bli ansvarliggjort. På bakgrunn av dette har styret i Helse Sør-Øst RHF i sak 037-2011 *Styreansvarsforsikring* vedtatt at det tegnes styreansvarsforsikring for hele helseforetaksgruppen.

## **4. Hvilke saker skal styret behandle**

### **4.1 Hovedoppgaver**

Styrets oppgaver og kompetanse, herunder begrensninger i styrets kompetanse og myndighet, reguleres i helseforetaksloven kapittel 7 og i foretakets vedtekter.

Styrets hovedoppgaver er knyttet til:

#### **1. Helsefaglig kvalitet og tjenesteinnhold**

Styret skal med basis i helseforetaksloven, tilrettelegge for et best mulig helsetilbud ved bruk av tildelte ressurser.

#### **2. Strategi og mål**

Styret har ansvar for Sykehuset Telemark HFs strategiske utvikling

#### **3. Organisasjon og ledelse**

Styret har ansvar for en tilfredsstillende organisering og ledelse av foretakets samlede virksomhet.

#### 4. Tilsyn med foretakets virksomhet og drift

Styret skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med målene som er nedfelt i helseforetaksloven § 1, foretakets vedtekter, vedtak truffet av foretaksmøtet og vedtatte planer og budsjetter, jf. helseforetaksloven § 28, 3. ledd. Som ledd i dette skal styret føre tilsyn med administrerende direktørs ledelse av virksomheten, herunder:

- holde seg orientert om foretakets økonomiske utvikling og plikter, samt påse at virksomheten, regnskap og formuesforvaltning er godt kontrollert.
- påse at foretaket har en egenkapital som står i forsvarlig forhold til foretakets virksomhet.

#### 4.2 Virksomhetsstyring

Styret skal påse at foretaket etablerer og gjennomfører systematisk styring og kontroll av virksomhetens aktiviteter for å forebygge, forhindre og avdekke svikt. Dette omfatter etablering og oppfølging av internkontroll som ledelsesverktøy for å sammenfatte systemer, prosesser og rutiner som gjennomfører for å sikre:

- målrettet og effektiv drift (herunder medisinsk forsvarlig beredskap og behandling)
- pålitelig styringsinformasjon (herunder korrekt rapportering av økonomisk og annen informasjon)
- overholdelse av lover, regler, styringskrav og selvpålagte krav (herunder spesielt etiske retningslinjer samt Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten)

Intern styring og kontroll må tilpasses virksomhetens risiko og egenart. Risiko må derfor identifiseres, analyseres og kontrolleres (risikostyring). Styret har ansvar for at internkontrollen blir fulgt opp i et tilstrekkelig omfang og på en systematisk måte. Styret skal videre påse at det blir truffet tiltak for å korrigere svikt, herunder å følge opp rapporter fra ulike tilsyn.

#### 5. Struktur for styrearbeidet

Det skal settes opp en årsplan for styrearbeidet. Planen angir en oversikt over hovedoppgaver og møtetidspunkter. I tillegg skal planen vise tema som skal presenteres for styret.

Det skal årlig foretas en egnevaluering av styrets arbeid og arbeidsform.

Styret gjennomfører normalt 7-8 styremøter per år. Ut over dette møtes styret når styreleder, administrerende direktør og/eller et flertall av styrets medlemmer krever det.

Styrets leder er ansvarlig for at styret kalles inn til møte og setter opp saksliste i samråd med administrerende direktør.

Til innkallingen skal det følge en dagsorden, og det skal følge med dokumentasjon som gir et tilfredsstillende behandlingsgrunnlag for den enkelte sak på dagsorden, herunder administrerende

direktørs forslag til vedtak. Saker skal være påført nummer og årstall.

Administrerende direktør har rett og plikt til å delta i styrebehandlingen og til å uttale seg, med mindre noe annet bestemmes av styret i den enkelte sak. Administrerende direktør skal ha mulighet til å uttale seg om saker som skal behandles, også når behandlingen ikke skjer i møte.

Styrebehandling gjennomføres ordinært i møte. Dersom styreleder finner det forsvarlig, kan saker behandles uten å holde møte ved at saken(e) forelegges styremedlemmene skriftlig eller behandles på annen betryggende måte. Dersom et styremedlem eller administrerende direktør krever det, skal behandlingen skje i møte. Styrets leder skal så langt som mulig sørge for at samtlige styremedlemmer gis mulighet til å delta i en samlet behandling av saker som behandles utenfor møte.

Selskapets årsberetning, årsregnskap, strategisk plan og budsjett skal alltid behandles i møte.

Saker som ikke er ført opp på sakslisten kan styrebehandles, med mindre møteleder eller en tredjedel av de tilstedeværende styremedlemmer motsetter seg behandling.

Dersom styret har besluttet å lukke styremøtet avgjør styrets flertall også om og eventuelt hvilke andre deltakere enn styrets medlemmer som skal gis adgang til møtet.

Brukerutvalget i foretaket møter i styret som observatør med to representanter. Styrets flertall avgjør i hvert enkelt tilfelle hvilke observatører eller andre som skal gis talerett. Observatører eller andre som gis talerett har ikke stemmerett.

## **6. Innkalling til styremøte**

Innkallingen til ordinære styremøter sendes ut av administrerende direktør senest fem virkedager før styrebehandlingen skal finne sted. For andre styremøter skal, så vidt mulig, innkallingen sendes senest to virkedager før behandlingen finner sted.

## **7. Styremøter**

Styret er vedtaksdyktig når mer enn halvparten av medlemmene er til stede eller deltar i behandlingen. Styrets beslutninger fattes med alminnelig flertall av de tilstedeværende stemmeberettigede styremedlemmene. Minst en tredjedel av styrets medlemmer må stemme for et forslag for at det skal anses vedtatt. I tilfelle stemmelikhet har møteleder dobbeltstemme.

Styrets medlemmer har plikt til å avgi stemme i alle saker som behandles av styret.

Styrets møter skjer som hovedregel for åpne dører, men kan lukkes når styret finner at det foreligger et reelt og saklig behov, og lukking er forenlig med offentleglovas prinsipper. Styrets møter skal alltid lukkes ved behandling av saker som er undergitt taushetsplikt.



## **8. Protokoller**

Det skal alltid utarbeides protokoller fra styrebehandlingen. Foreløpig protokoll skal utarbeides så snart som mulig etter styrebehandlingen og publiseres på internett samme dag. Protokollen skal angi tid og sted for styrebehandlingen, herunder om sakene er behandlet i møte eller på annen måte, deltakere og styrets beslutninger. Protokollen blir endelig ved godkjenning i påfølgende møte.

Dersom en beslutning ikke er enstemmig skal det angis hvem som har stemt for og i mot. Styremedlem og administrerende direktør som ikke er enig i en beslutning kan kreve sin oppfatning innført i protokollen.

Protokollen skal signeres av de medlemmene som har deltatt i behandlingen. Styremedlemmer som ikke har deltatt på styremøtet skal ved påtegning på styreprotokollen bekrefte at de har gjort seg kjent med protokollens innhold.

## **9. Informasjon fra styremøtene**

Virksomheten i Sykehuset Telemark HF er omfattet av bestemmelsene i offentleglova. Informasjon som gis i styremøter eller i styredokumenter kan kun benyttes på en måte som ikke skader styrets arbeid og dermed helseforetakets interesser.

Dersom det anses svært viktig at kunnskap om saker ikke tilflyter andre enn de som har krav på informasjon, skal disse behandles konfidensielt. Dette skal i så fall påføres sakspapirene og betyr at styremedlemmene har taushetsplikt om disse sakene.

Informasjonsoppgavene knyttet til styresaker ligger hos administrerende direktør. Styret kan også vedta en særskilt informasjonsprosedyre i enkeltsaker.

Styrets leder uttaler seg på vegne av styret og er sammen med administrerende direktør, offisiell talsperson for Sykehuset Telemark HF.

## **10. Endring i styreinstruksen**

Styreinstruksen kan endres av styret ved vanlig flertallsbeslutning.

# Instruks for administrerende direktør

## Sykehuset Telemark HF

Vedtatt i styremøte i Sykehuset Telemark HF 17. september 2012  
Sist gjennomgått i styremøte 18. april 2018

## **1. Formål med instruksen**

Denne instruksen omhandler administrerende direktørs ansvar, oppgaver, plikter og rettigheter. Den er basert på helseforetaksloven, eiers styringsdokumenter, vedtekter for Sykehuset Telemark HF, samt fullmakter i Sykehuset Telemark HF.

## **2. Overordnet rolleavklaring**

Styret er foretakets øverste ledelse og har det overordnede ansvaret for forvaltningen av foretakets virksomhet.

Administrerende direktør forestår den daglige ledelsen av foretaket og har gjennomføringsansvar i virksomheten. Administrerende direktør har ansvar for at virksomheten drives i samsvar med foretakets formål, vedtekter, årsbudsjett, foretaksmøtets avgjørelser, instruksjer og andre retningslinjer og aktuelle lover og forskrifter.

Administrerende direktør tilsettes av styret som også fastsetter administrerende direktørs lønn og andre ansettelsesvilkår. Styret gir instruksjer og fører tilsyn med administrerende direktørs arbeid.

Administrerende direktør møter i styret, eventuelt ved stedfortreder, med tale- og forslagsrett, jf. helseforetaksloven § 26.

## **3. Administrerende direktørs myndighet**

Administrerende direktør forestår den daglige ledelsen av Sykehuset Telemark HF og skal følge de retningslinjer og pålegg som styret har gitt.

Saker av spesielt uvanlig art skal avklares med styrets leder, eventuelt med styret.

Administrerende direktør plikter å forelegge for styret alle saker som etter lov eller vedtekter er lagt til styret, samt saker som går ut over administrerende direktørs fullmakter. Administrerende direktør kan i helt spesielle hastesituasjoner fatte vedtak i slik sak. I slikt tilfelle skal styrets leder umiddelbart informeres.

Det vises for øvrig til bestemmelser i vedtektene og fullmakter i helseforetaket.

## **4. Administrerende direktørs hovedoppgaver**

Administrerende direktør skal:

- arbeide for at Sykehuset Telemark HF utfører sine hovedoppgaver slik de står i foretakets vedtekter og andre styrende dokumenter, samt innenfor vedtatt budsjett
- aktivt bidra til å sikre videreutvikling av helsefaglig innhold, kvalitet og pasientsikkerhet i helseforetaket
- ha ansvaret for foretakets daglige drift og virksomhet og utføre de oppgaver som kreves i den forbindelse, herunder følge opp styrets beslutninger.

## Nærmere beskrivelse av enkelte oppgaver som inngår i ansvaret til administrerende direktør

### Kontroll og regnskap

Administrerende direktør skal sørge for at foretakets registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger er i samsvar med lov og forskrifter og at formuesforvaltningen er ordnet på betryggende måte, jf. helseforetakslovens § 37, siste ledd. Administrerende direktør skal innrette virksomheten slik at foretaket har forsvarlig egenkapital og likviditetssituasjon.

I dette ligger at administrerende direktør må etablere økonomirutiner og systemprosedyrer som gjenspeiler disse målene og er gjenstand for løpende evaluering. Det legges vekt på at risikostyring er integrert i all mål- og resultatstyring.

### Virksomhetsstyring

Administrerende direktør skal sørge for at foretaket etablerer og gjennomfører systematisk styring og kontroll av virksomhetens aktiviteter og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette. Administrerende direktørs ansvar omfatter etablering og oppfølging av internkontroll som ledelsesverktøy for å sammenfatte systemer, prosesser og rutiner som gjennomfører for å sikre:

- målrettet og effektiv drift (herunder medisinsk forsvarlig beredskap og behandling)
- pålitelig styringsinformasjon (herunder korrekt rapportering av økonomisk og annen informasjon)
- overholdelse av lover, regler, styringskrav og selvpålagte krav (herunder spesielt etiske retningslinjer samt Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten)

Intern styring og kontroll må tilpasses virksomhetens risiko og egenart. Risiko må derfor identifiseres, analyseres og kontrolleres (risikostyring). Administrerende direktør har ansvar for å etablere et forsvarlig internkontrollsystem og å holde styret tilstrekkelig orientert.

### Informasjon til styret

Administrerende direktør har plikt til å informere styret om foretakets virksomhet, stilling og resultatutvikling. I alle ordinære styremøter skal administrerende direktør gi styret skriftlig rapport om situasjonen i Sykehuset Telemark HF. Rapporten skal inneholde både økonomiske og ikke-økonomiske forhold med vekt på helsefaglig kvalitet, innhold og effektivitet, inkludert helse, miljø og sikkerhet.

Administrerende direktør skal for hvert tertial forelegge styret en utvidet rapportering fra virksomheten. Rapporten skal inneholde risikovurderinger vedrørende måloppnåelse, status for tilsynssaker og redegjøre for pasientsikkerhet og kvalitet samt helse, miljø, sikkerhet.

Administrerende direktør skal én gang per år gi styret et referat fra ledelsens gjennomgang (LGG) av styringssystemet jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 8 f.

Styret kan til enhver tid kreve at administrerende direktør gir styret redegjørelse både av generell art og i saker av særskilt interesse.

Administrerende direktør har ansvaret for å holde styret informert om vesentlige forhold internt og eksternt.

### Rapportering

- Årlig melding

Administrerende direktør skal utarbeide forslag til den årlige meldingen styret plikter å levere til Helse Sør-Øst RHF i henhold til helseforetakets vedtekter.

- Årsberetning og årsregnskap

Administrerende direktør skal utarbeide forslag til årsberetning og årsregnskap til styret. Administrerende direktør har ansvar for at godkjent årsberetning og årsregnskap innsendes til foretaksregisteret.

### Saksforberedelse - styremøter

Styrets leder har det formelle ansvaret for styrebehandling av saker. Saksliste settes opp av styrets leder i samråd med administrerende direktør. Administrerende direktør forestår saksforberedelser til styremøtene i samråd med styrets leder og innstiller til vedtak i sakene. Alle saker skal forberedes og fremlegges på en slik måte at styret har tilfredsstillende behandlingsgrunnlag. Administrerende direktør vil i samråd med styrets leder foreta innkalling til styremøte.

Administrerende direktør skal sørge for å holde styret informert om viktige beslutninger som gjøres av ledelsen innenfor den daglige ledelse. Administrerende direktør skal rapportere fremdrift i planer og informere om eventuelle avvik til styret. Administrerende direktør skal sørge for at alle styremedlemmer får den samme informasjon til samme tid.

Administrerende direktør utarbeider forslag til årsplan for styret.

Administrerende direktør kan kreve at styret sammenkalles.

### Foretaksmøtet

Administrerende direktør, eventuelt stedfortreder, plikter å være til stede og har rett til å uttale seg i foretaksmøtet, jf. helseforetaksloven § 17.

### Representasjon

Administrerende direktør representerer foretaket utad i saker som inngår i den daglige ledelsen, jf. helseforetakslovens § 39.

Administrerende direktør, eventuelt stedfortreder, deltar i aktuelle fora og styrende organer i foretaksgruppen.

### Samarbeid med andre

Administrerende direktør skal aktivt tilrettelegge for samarbeid med andre når dette er egnet til å fremme de oppgaver og målsettinger foretaket skal ivareta.

Administrerende direktør skal aktivt tilrettelegge for samarbeid i foretaksgruppen og med andre helseforetak.

Administrerende direktør skal bidra til at det etableres nødvendig samarbeid med og veiledning overfor kommunene, både administrativt og klinisk, slik at pasientene sikres et helhetlig tilbud. Det samme gjelder i forhold til fylkeskommunale og statlige samarbeidspartnere. Administrerende direktør skal også tilrettelegge for samarbeid med private aktører når dette bidrar til å fremme

helseforetakets formål. Administrerende direktør skal bidra til at det etableres nødvendig samarbeid med universiteter og høyskoler, slik at Sykehuset Telemark HF kan ivareta de til enhver tid eksisterende forpliktelser med hensyn til utdanning av helsepersonell.

Administrerende direktør skal gjennom samarbeid og dialog med pasient- og brukerorganisasjoner tilrettelegge for at Sykehuset Telemark HF sikrer den medvirkning som er beskrevet i helseforetakslovens § 35 og i vedtektene.

#### Informasjon og samfunnskontakt

Administrerende direktør har ansvar for at det utvikles gode holdninger til, rutiner og systemer for kontakt med eksterne aktører slik at offentligheten sikres innsyn i de aktiviteter Sykehuset Telemark HF har ansvar for. Det skal praktiseres meroffentlighet.

Styret og Helse Sør-Øst RHF skal uten opphold informeres om saker som kan bli gjenstand for stor politisk og/eller mediamessig omtale.

#### Helse, miljø og sikkerhet

Administrerende direktør har ansvar for at det utvikles systemer, rutiner og gode holdninger som ivaretar helse, miljø og sikkerhet i virksomheten, inkludert pasientbehandlingen.

#### Organisering og lederkompetanse

Administrerende direktør har ansvar for at helseforetaket er riktig organisert og har kompetanse som gjør at de samlede oppgavene kan ivaretas på en god måte.

Administrerende direktør har et overordnet ansvar for at det drives gode lederutviklingsprosesser innenfor foretaket.

#### Fullmakter

Administrerende direktør kan, innenfor sin fullmakt, delegere oppgaver og avgjørelsesmyndighet til ansatte i foretaket. Administrerende direktør har ansvar for utførelsen av delegert ansvar og myndighet.

## **5. Resultatkrav og evaluering av administrerende direktør**

Styret skal årlig evaluere administrerende direktørs arbeid og resultater.

Styrets leder skal årlig ha en medarbeidersamtale med administrerende direktør.

## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

### Sakstittel: Protokoll fra foretaksmøte 18. mai 2020

Sak nr.	Saksansvarlig og saksaksbehandler	Sakstype	Møtedato
047-2019	Tone Pedersen, spesialrådgiver direktørens stab	Etterretning	17.06.2020

**Trykte vedlegg:** Protokoll fra foretaksmøte 18. mai 2020

**Utrykte vedlegg:** Ingen

### **Ingress:**

Det ble avholdt foretaksmøte for Sykehuset Telemark HF 18. mai 2020. Vedlagt følger protokoll fra møtet.

### **Forslag til vedtak:**

Styret tar protokoll fra foretaksmøte 18. mai til etterretning.

Skien, den 8. juni 2020

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

**PROTOKOLL  
FRA  
FORETAKSMØTE I SYKEHUSET TELEMARKE HF**

Mandag 18. mai 2020 klokken 12:00 ble det avholdt foretaksmøte i Sykehuset Telemark HF. Møtet ble gjennomført digitalt, sammen med Sykehuset i Vestfold HF og Sørlandet sykehus HF.

**Dagsorden:**

1. Foretaksmøtet konstitueres
2. Dagsorden
3. Årlig melding 2019, jf. vedtektene §§ 6 og 14
4. Godkjenning av styrets forslag til årsregnskap og årsberetning 2019, jf. lov om helseforetak § 43 og vedtektene § 6
5. Godkjenning av revisors godtgjørelse, jf. lov om helseforetak § 44

**Til stede var:**

Helse Sør-Øst RHF, 100 % eier av foretaket, representert ved styreleder Svein Gjedrem, som også ledet møtet.

I tillegg møtte fra administrasjonen i Helse Sør-Øst RHF:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus  
Eierdirektør Tore Robertsen, som også førte protokoll

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 styreleder Svein Gjedrem velkommen og spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Styreleder Per Anders Oksum ble valgt til å godkjenne protokollen sammen med møteleder.

#### ***Foretaksmøtet vedtok:***

*Innkallingen godkjennes. Foretaksmøtet er lovlig satt.*

### **Sak 2: Dagsorden**

Styreleder Svein Gjedrem spurte om noen hadde merknader til den utsendte dagsorden. Det var ingen merknader til dagsorden.

#### ***Foretaksmøtet vedtok:***

*Dagsorden godkjennes.*

### **Sak 3: Årlig melding 2019, jf. vedtektene §§ 6 og 14**

Vedtektenes § 14 pålegger Sykehuset Telemark HF å oversende årlig melding til Helse Sør-Øst RHF. Meldingen skal omfatte styrets rapport for foregående år. Rapporten skal vise hvordan pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøte eller satt som vilkår for økonomisk kompensasjon, er oppfylt. Vilkår knyttet til bevilgningen fremgår av *Oppdrag og bestilling 2019* til Sykehuset Telemark HF.

Årlig melding for 2019 fra Sykehuset Telemark HF er behandlet i helseforetakets styre og oversendt Helse Sør-Øst RHF innen fristen.

Meldingen er gjennomgått i Helse Sør-Øst RHF og vurdert opp mot de krav som er stilt til helseforetaket i *Oppdrag og bestilling 2019* og foretaksmøter i løpet av året. Generelt vurderes den årlige meldingen å være dekkende og relevant for de etterspurte rapporteringspunktene.

I Helse Sør-Øst utarbeides det årlig en plakat med konkrete styringsmål. Disse er sortert inn under tre overordnede mål. Styringsmålene i plakaten er tatt inn i oppdrag og bestilling til Sykehuset Telemark HF.

I gjennomgangen har Helse Sør-Øst RHF spesielt merket seg utviklingen innen nedenstående områder.

## **Pakkeforløp kreft**

Ved Sykehuset Telemark HF er 74 prosent av pakkeforløpene for kreft gjennomført innen standard forløpstid i 2019. I *Oppdrag og bestilling 2019* ble det fremmet krav om at andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid skulle være minst 70 prosent. Foretaksmøtet er fornøyd med måloppnåelsen og forutsetter at det gode arbeidet videreføres.

## **Reduksjon av unødvendig venting**

- Ventetider somatikk

Sykehuset Telemark HF har en gjennomsnittlig ventetid på 59 dager i 2019. Gjennomsnittlig ventetid innen somatikk er lengre enn kravet i *Oppdrag og bestilling 2019* om 55 dager.

- Ventetider psykisk helsevern

Sykehuset Telemark HF har en gjennomsnittlig ventetid på 35,9 dager innen psykisk helsevern for voksne i 2019. Gjennomsnittlig ventetid innen psykisk helsevern for voksne er kortere enn kravet i *Oppdrag og bestilling 2019* om 40 dager. Foretaksmøtet er fornøyd med måloppnåelsen og forutsetter at det gode arbeidet videreføres.

Helseforetaket har en gjennomsnittlig ventetid på 39,3 dager innen psykisk helsevern for barn og unge i 2019. Gjennomsnittlig ventetid innen psykisk helsevern for barn og unge er kortere enn kravet i *Oppdrag og bestilling 2019* om 40 dager. Foretaksmøtet er fornøyd med måloppnåelsen og forutsetter at det gode arbeidet videreføres.

- Ventetider tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Sykehuset Telemark HF har en gjennomsnittlig ventetid på 30,4 dager innen TSB. Gjennomsnittlig ventetid innen TSB er kortere enn kravet i *Oppdrag og bestilling 2019* om 35 dager. Foretaksmøtet er fornøyd med måloppnåelsen og forutsetter at det gode arbeidet videreføres.

## **Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling**

- Det er i *Oppdrag og bestilling 2019* stilt krav om høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Kravet måles ved gjennomsnittlig ventetid, aktivitet (polikliniske konsultasjoner) og kostnader.

Gjennomsnittlige ventetider ved Sykehuset Telemark HF er omtalt ovenfor.

Økning i poliklinisk aktivitet fra 2018 til 2019 har vært større for somatikk enn for psykisk helsevern for voksne og TSB. For disse områdene er aktiviteten også redusert fra 2018 til 2019. Kravet er ikke oppfylt.

Kostnadsnivået har økt mer fra 2018 til 2019 for somatikk enn for psykisk helsevern for voksne, der det også har vært reduserte kostnader fra 2018 til 2019.

Kostnadsnivået har økt mer for psykisk helsevern for barn og unge og TSB enn for somatikk. Kravet er dermed bare delvis oppfylt.

- Det er et mål at all behandling i størst mulig grad skal være basert på frivillighet. Brukerstyrte plasser for pasienter med psykiske lidelser og utbygging av differensiert ambulant virksomhet er satsingsområder i arbeidet for å redusere tvangsbruk.

Resultater i 2019 viser at målet om redusert bruk av tvang ikke er nådd på regionalt nivå. Utviklingen i bruk av tvang skal ha stor ledelsesmessig oppmerksomhet og tiltak som kan underbygge en positiv utvikling må følges opp.

### **Redusert bruk av bredspektret antibiotika**

Bruk av bredspektret antibiotika skal reduseres med 30 prosent innen utgangen av 2020 sammenlignet med 2012. Som ledd i å oppnå dette, ble det stilt krav i *Oppdrag og bestilling 2019* at Sykehuset Telemark HF skulle oppnå 20 prosent redusert bruk sammenlignet med 2012. Resultatet for 2019 viser at dette er redusert med 31,3 prosent (tall fra Sykehusenes Legemiddelsenter (SLS)). Foretaksmøtet er fornøyd med resultatoppnåelsen og forutsetter at det gode arbeidet videreføres.

### **Korridorpasienter**

Det skal ikke forekomme korridorpasienter ved Sykehuset Telemark HF. For 2019 er det registrert en andel korridorpasienter på 1,6 prosent.

### **Utvikling hittil i 2020**

For 2020 vil beredskapsarbeidet i forbindelse med koronaepidemien påvirke helseforetakenes muligheter til å nå målene og gjennomføre oppgavene i *Oppdrag og bestilling 2020*. De tre overordnede målene i *Oppdrag og bestilling 2020* ligger fast, men det vil innen mange områder ikke være mulig å nå de kvantitative målsetningene som er satt. Det vil også være nødvendig å skyve på tidsfrister for ulike oppdrag.

Helse Sør-Øst RHF vil komme tilbake med endring i *Oppdrag og bestilling 2020* til Sykehuset Telemark HF når det foreligger vurderinger fra Helse- og omsorgsdepartementet av hva som vil være et hensiktsmessig samlet oppdrag for resten av 2020.

### **Foretaksmøtet vedtok:**

*Foretaksmøtet tar årlig melding 2019 fra Sykehuset Telemark HF til orientering.*

**Sak 4: Godkjenning av styrets forslag til årsregnskap og årsberetning 2019, jf. lov om helseforetak § 43 og vedtektene § 6**

Forslag til årsregnskap og årsberetning 2019 for Sykehuset Telemark HF er behandlet i helseforetakets styremøte 22. april 2020.

Styret i Sykehuset Telemark HF har fremlagt et positivt årsresultat på 42,8 millioner kroner. Det regnskapsmessige overskuddet overføres til annen egenkapital.

Foretaksmøtet viste til resultatkrav for Sykehuset Telemark HF slik det fremgår i *Oppdrag og bestilling 2019*:

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

Det fremlagte årsresultatet innebærer at årsresultatet er 12,8 millioner kroner høyere enn resultatkravet. Foretaksmøtet er tilfreds med at resultatkravet for 2019 er oppfylt.

Det fremlagte regnskapet er godkjent av helseforetakets revisor.

Foretaksmøtet merket seg at Sykehuset Telemark HF har tatt inn erklæring om ledernes ansettelsesvilkår, jf. allmennaksjeloven § 6-16 a og vedtektene § 8 a, som en note i årsregnskapet. Det minnes i denne forbindelse på at erklæringen i henhold til krav i allmennaksjeloven skal inneholde retningslinjer for fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse for det kommende regnskapsåret.

***Foretaksmøtet vedtok:***

*Styrets fremlagte årsregnskap og årsberetning for 2019 godkjennes.*

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

Lovpålagt revisjonshonorar omfatter honorar for nødvendig arbeid i forbindelse med avgivelse av revisjonsberetning. Sykehuset Telemark HF har i 2019 mottatt regning på kr 326 050,- for lovpålagt revisjon. I henhold til helseforetakslovens § 44 annet ledd, godkjente foretaksmøtet at revisors godtgjørelse dekkes etter regning.

***Foretaksmøtet vedtok:***

*Foretaksmøtet godkjenner revisors godtgjørelse for 2019.*

Møtet ble hevet klokken 12:11.

Hamar, 18. mai 2020.

styreleder Svein Gjedrem  
Helse Sør-Øst RHF

styreleder Per Anders Oksum  
Sykehuset Telemark HF

*Protokollen er elektronisk godkjent og har derfor ikke håndskrevet signatur.*

## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

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

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
048-2019	Tone Pedersen, spesialrådgiver	Orienteringssak	17.06.2020

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

**Utrykte vedlegg:**

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

#### **Sammendrag:**

Styret skal to ganger per år, i juni og desember, få fremlagt en oversikt over status og oppfølging av styresaker. Vedlagte oversikt gjelder besluttede saker og innspill/kommentarer fra styret på saker i perioden 28. desember 2019 til og med 18. mai 2020. Ikke avsluttede saker inngår også i oversikten.

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

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

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

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

Skien, 8. juni 2020

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

**Vedlegg 1 til sak 048-2020 Styresaker i STHF – Status og oppfølging**

Oversikten blir oppdatert fortløpende og fremlagt for styret to ganger per år. Fra den siste rapporteringen er oppfølgingspunkter som er satt opp i styrets årsplan eller fulgt opp på annen måte fjernet fra listen

Sak og dato	Vedtak/oppfølging	Tiltak	Status
007-2019 <b>Ambulanseplan 2035</b>  <i>Møtedato</i> <i>12.02.2019</i>	3. Styret ber administrerende direktør å sende en henvendelse til RHF'et og be om en kvalitetssikring av kriteriesettet i inntektsmodellen for prehospitaltjenester, med bakgrunn i driftsmodellen beskrevet i Ambulanseplanen og i lys av de faktiske forhold i Telemark.	Det er i 2019 satt i gang et nasjonalt inntektsmodellarbeid, som også omfatter modellen for prehospitaltjenester.  Dette arbeidet pågår og vi har valgt å avvende henvendelser til RHF'et inntil resultatet av dette arbeidet foreligger.	Innarbeides i årsplan styresaker når resultatet fra nasjonalt inntektsmodellarbeid foreligger.
068-2019 <b>Driftsorienteringer fra AD</b>  <i>Møtedato</i> <i>18.12.2019</i>	Styret ba administrasjonen om en redegjørelse i et av de første styremøtene i 2020 om innholdet i rapporten fra tilsynet om utlokaliserte pasienter	Styresak utarbeides.	Styresak 012-2020 i styremøte 25.02.2020
071-2019 <b>Alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser</b>  <i>Møtedato</i> <i>18.12.2019</i>	Alvorlige pasienthendelser, hendelsesanalyser og indikator for meldekultur inngår i tertialrapportene og årlig melding fra og med 2020. Sak om forrige års alvorlige pasienthendelser, hendelsesanalyser og meldekultur legges fram i første tertial fra og med 2021.	Ivaretas i tertialrapporter og i årlig melding 2020.  Styresak om alvorlige pasienthendelser, hendelsesanalyser og meldekultur i første tertial fra og med 2021	Element i virksomhetsrapport per 1. tertial 2020

**Vedlegg 1 til sak 048-2020 Styresaker i STHF – Status og oppfølging**

Sak og dato	Vedtak/oppfølging	Tiltak	Status
004-2020 <b>Utbygging somatikk Skien</b> <b>- Valg av hovedspor (innstilling til B3A)</b>  <i>Møtedato</i> 22.1.2020	<p>Det er viktig at strålesenteret etableres så tidlig som mulig og at <i>planene også inkluderer Sykehuset i Vestfold</i>, slik at ønskelige pasientstrømmer etableres.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. STHF styre innstiller hovedspor 3 til videre utredning i Konseptfase, steg 2. Styret støtter at «pasientnytte» er tillagt særlig vekt i vurderingen. Hovedspor 3 inkluderer ett nybygg med akuttsenter og sengeområder i 4 etasjer, samt et strålesenter etablert i tilslutning til Moflata.</li> <li>2. For å kunne realisere identifiserte driftsgevinster og redusere risiko for driftsavbrudd i Porsgrunn ønsker styret at modulbygg utredes videre i Konseptfase, steg 2.</li> <li>3. Styret presiserer at forbedringsarbeidet må fortsette for å sikre at foretaket har tilstrekkelig bæreevne også etter gjennomført investering.</li> </ol>	<p>Prosjektleder sørger for at Sykehuset i Vestfold er inkludert i planene.</p> <p>Prosjektet utreder modulbygg i konseptfase, steg 2</p>	<p>Prosjektleder har oppdatert planene</p> <p>Prosjektleder utreder modulbygg videre. Sak til styret innarbeides i årsplan styresaker når dato er kjent.</p>
010-2020	Styret var videre opptatt av sykehusets resultat og oppfølging av kvalitetsindikatoren 30-dagers overlevelse		



**Vedlegg 1 til sak 048-2020 Styresaker i STHF – Status og oppfølging**

Sak og dato	Vedtak/oppfølging	Tiltak	Status
<b>Virksomhetsrapport per 3. tertial 2019</b>  <i>Møtedato</i> 25.2.2020	<p>og ba om en nærmere orientering om dette arbeidet.</p> <p>Styret pekte på at det i den fremlagte risikovurderingen er økonomi har lav risiko dersom måloppnåelse for 2019 legges til grunn. For å sikre at foretaket har tilstrekkelig økonomisk bæreevne må forbedringsarbeidet fortsette og dette bør komme frem i risikovurderingene videre.</p> <p>Styret er fortsatt svært bekymret for det høye antall utskrivningsklare pasienter i foretaket. Majoriteten av pasientene er Skien kommune ansvarlig for og styret ber administrasjonen fortsette dialogen med Skien kommune med mål om å redusere antallet.</p>		<p>Sykehuset Telemark har hatt og vil fortsette dialogen med Skien kommune om dette temaet. Skien kommune har tatt grep og antall utskrivningsklare pasienter tilhørende Skien kommune er redusert våren 2020</p>
012-2020 <b>Tilsyn – somatiske spesialisthelsetjenester til utlokaliserte pasienter</b>	<p>Styret gav tilbakemelding om at foretaket i forbedringsarbeidet også ser på om det er behov for forbedringer på området medisinskfaglig vurdering</p>	<p>Fagdirektør tar dette inn i forbedringsarbeidet</p>	<p>OK</p>

**Vedlegg 1 til sak 048-2020 Styresaker i STHF – Status og oppfølging**

Sak og dato	Vedtak/oppfølging	Tiltak	Status
<b>Sykehuset Telemark HF</b>  <i>Møtedato</i> 25.2.2020			
013-2020 <b>Årlig melding 2019 for Sykehuset Telemark HF</b>  <i>Møtedato</i> 25.2.2020	Styret ba administrasjonen om å konkretisere sykehusets forskningsarbeid. Teksten tas inn dokumentet under overskriften 2.1 Positive resultater og uløste utfordringer.	Sykehusets forskningsarbeid er konkretisert.	Tekst er lagt inn under overskriften 2.1 Positive resultater og uløste utfordringer før Årlig melding 2019 ble sendt til Helse Sør-Øst
030-2020 <b>Administrerende direktør sin redegjørelse om situasjonen på sykehuset vedrørende koronaviruset</b>  <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.		Under arbeid

**Vedlegg 1 til sak 048-2020 Styresaker i STHF – Status og oppfølging**

Sak og dato	Vedtak/oppfølging	Tiltak	Status
033-2020 <b>Oversikt kategorisering uønskede pasienthendelser (NOKUP) 2019</b>  <i>Møtedato 18.5.2020</i>	Styret utsetter saken til styremøte 17. juni 2020.	Saken er oppført på sakslista til behandling av styret på møtet 17. juni	Saken behandles av styret i møte 17. juni

## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

### Sakstittel: Årsplan styresaker

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
049-2020	Tone Pedersen, spesialrådgiver	Orientering	17.06.2020

**Trykte vedlegg:** Styrets årsplan 2020

**Utrykte vedlegg:** Ingen

### Ingress:

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

Årsplan 2020 for styret arbeidstidfester styremøter og styreseminar og gir oversikt over de viktigste kjente sakene og hovedaktivitetene som skal behandles i hvert av styremøtene i løpet av året.

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

### Forslag til vedtak:

Årsplan styresaker tas til orientering.

Skien, den 8. juni 2020

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

**Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2020**

Ajourført per 08.06.2020

Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
<b>Styremøte</b> 16. september Kl. 0930 – 1530  Dir. møterom, Skien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Innkalling og saksliste</li> <li>Godkjenning av protokoll</li> <li>Konsernrevisjonens revisjonsplan 2021</li> <li>Utbygging somatikk Skien - Vedtak konseptrapport (B3)</li> <li>Tilleggsdokument til OBD 2020</li> <li>Konsernrevisjonens rapport x-2020 - system for å håndtere varsler om kritikkverdige forhold</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Årsplan styresaker</li> <li>ADs driftsorienteringer</li> <li>Virksomhetsrapport per 2. tertial 2020</li> <li>Plan for budsjett 2021</li> <li>Revisjon av virksomhetsrapport - prosess</li> <li>Status oppdrag og bestilling 2020</li> <li>Status pasientsikkerhet ved STHF</li> <li>Oversikt kategorisering av HMS-avvik 1. halvår 2020</li> <li>Oversikt kategorisering uønskede pasienthendelser (NOKUP) 1. halvår 2020</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Styrets egenevaluering – lukket møte</li> </ul>
<b>Styremøte</b> 28. oktober kl. 0930 – 1530  Dir. møterom, Skien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Innkalling og saksliste</li> <li>Godkjenning av protokoll</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Årsplan styresaker</li> <li>ADs driftsorienteringer</li> <li>Virksomhetsrapport per september 2020</li> <li>Status budsjett 2021</li> <li>Ledelsens gjennomgang (LGG) 2020</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Møte med brukerutvalget</li> <li>Styrets årlige evaluering av administrerende direktørs arbeid og resultater – lukket møte</li> <li>Styrets egenevaluering – lukket møte</li> </ul>
<b>Styremøte</b> 16. desember Kl. 0930 – 1530  Dir. møterom, Skien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Innkalling og saksliste</li> <li>Godkjenning av protokoll</li> <li>Budsjett 2021</li> <li>Årsplan styresaker 2021</li> <li>Valg av ansattevalgte styremedlemmer - Oppnevning av valgstyre</li> </ul>	ADs driftsorienteringer <ul style="list-style-type: none"> <li>Virksomhetsrapport per november 2020</li> <li>Akuttkjedeprosjektet</li> <li>Forskning STHF</li> <li>Rapport internrevisjon 2020 (inkl. systemrevisjon)</li> <li>Plan internrevisjon 2021</li> <li>Overordnet handlingsplan for helse-, miljø- og sikkerhet (HMS) Sykehuset Telemark 2021</li> </ul>	

Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Styresaker i Sykehuset Telemark - status og oppfølging</li> </ul>	

**Foretaksmøter og styreseminar:**

<b>Foretaksmøte</b>	26. februar med påfølgende <b>felles styresamling</b> regi av Helse Sør-Øst RHF, Clarion Hotel & Congress Oslo Airport, Gardermoen 26. mars 28. april 18. mai
<b>Styreseminar</b>	17. juni 16. september 16. desember Tema: Årlig egevaluering av styrets arbeid og arbeidsform

## Møteprotokoll

---

**Styre:** Helse Sør-Øst RHF  
**Møtested:** Skype/telefon  
**Dato:** 12. mai 2020  
**Tidspunkt:** Kl 15:00 – 18:00

---

### Følgende styremedlemmer møtte:

---

Svein I. Gjedrem	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Kirsten Brubakk	
Olaf Qvale Dobloug	
Christian Grimsgaard	
Bushra Ishaq	
Vibeke Limi	
Einar Lunde	Fra kl 15:10
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 teknologi og e-helse Rune Simensen, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø, konserndirektør Atle Brynestad, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande og enhetsleder IKT-prosjektportefølje Eli Stokke Rondeel

---

**Saker som ble behandlet:**

<b>045-2020</b>	<b>Godkjenning av innkalling og sakliste</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

<b>046-2020</b>	<b>Godkjenning av protokoll fra styremøte 30. april 2020</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 30. april 2020 godkjennes.

<b>047-2020</b>	<b>Sykehuset Telemark HF – utbygging somatikk Skien, konseptfase steg 1</b>
-----------------	---

**Oppsummering**

Saken gjelder utbygging og ombygging ved Sykehuset Telemark HF, Skien. Prosjektet innebærer etablering av stråleterapi med støttefunksjoner og nytt bygg for sengeområder og akuttmottak.

Styret ba i sak 055-2018 *Sykehuset Telemark HF – prosjekt utvikling av somatikk Skien, videreføring til konseptfase*, om en orientering om arbeidet etter at steg 1 av konseptfasen er fullført.

Styret skal i tråd med gjeldende fullmaktstruktur for bygginvesteringer, sak 073-2019, godkjenne hovedprogram og hovedalternativ som steg 1 av konseptfasen.

Saken gjør rede for arbeidet med steg 1 av konseptfasen og presenterer hovedprogram og hovedalternativ med virksomhetsinnhold, grunnlag for dimensjonering, økonomiske beregninger og overordnede krav til bygg, teknikk, uteområder og infrastruktur.

**Kommentarer i møtet**

Styret slutter seg til forslaget til vedtak. Styret understreker at det må arbeides videre med en finansieringsordning for denne typen prosjekter hvor også kapitalkostnadene inkluderes.



Styret viste også til at Sykehuset Telemark HF og andre helseforetak som har byggeprosjekter må sette seg inn i evalueringsrapporten for nytt østfoldsykehus når denne foreligger.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Styret godkjenner fremlagt hovedprogram og ber om at dette legges til grunn for det videre arbeidet i steg 2 av konseptfasen.
2. Styret godkjenner at alternativ 3 for utbygging av somatikk ved Sykehuset Telemark HF Skien, bestående av et kreftsentrum med enhet for stråleterapi og nytt sengebygg med akuttsenter, bearbeides videre i steg 2 av konseptfasen.

<b>048-2020</b>	<b>Innføring av kryptert stamnett som kjøp av tjeneste fra Norsk Helsenett SF</b>
-----------------	---

Administrerende direktør trakk saken fra behandling.

<b>049-2020</b>	<b>Regional delstrategi for teknologiområdet</b>
-----------------	--

### Oppsummering

Denne saken bygger på *regional utviklingsplan* og beskriver strategi, mål og retning for videre utvikling av teknologiområdet i Helse Sør-Øst. Regional delstrategi for teknologiområdet er utarbeidet med deltagelse fra helseforetakene og behandlet i direktørmøtet i regionen. Delstrategien er også presentert og diskutert i styremøtet 5. februar 2020, jf. styresak 008-2020. Innspill fra styret er innarbeidet og strategien legges nå fram for beslutning.

### Kommentarer i møtet

Styret slutter seg til den regionale delstrategien for teknologiområdet. Styret understreket at det må være kort gjennomføringstid fra gode innovasjonsideer til teknologiske løsninger er utviklet.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Styret slutter seg til regional delstrategi for teknologiområdet.

<b>050-2020</b>	<b>Oslo universitetssykehus HF - forlengelse av leieforhold og bruk av opsjon i leieavtale for Kreftregisterets lokaler</b>
-----------------	---

### Oppsummering

Oslo universitetssykehus HF, Kreftregisteret, inngikk i 2011 leieavtale for arealer i Oslo Cancer Cluster Innovasjonspark (OCCI) med overtakelse av lokalene i juli 2015. OCCI er lokalisert i Ullernchausseen 64 ved siden av Radiumhospitalet. Leieavtalen ble inngått for fem år, med opsjon på forlengelse i fem pluss fem år. Avtalens første periode utløper i 2020, og Oslo universitetssykehus HF, Kreftregisteret, vil forlenge leieforholdet.

Avtaleforlengelsen har en verdi på over 100 millioner kroner og må godkjennes av styret i Helse Sør-Øst RHF etter fullmaktgrensene i finansstrategien (styresak 033-2019). Styret ved Oslo universitetssykehus HF behandlet forlengelse av leieavtalen i styresak 91/2019. Kreftregisteret har varslet utleier at det er ønskelig med forlengelse av leieforholdet og tatt forbehold om godkjenning av styret i Helse Sør-Øst RHF.

Kreftregisterets formål er regulert gjennom egen lov og forskrift (helseregisterloven og kreftregisterforskriften). Kreftregisteret har egen finansieringspost på statsbudsjettet (omtalt under kap. 732, post 70, postene 72–75 og post 78 i statsbudsjettet 2020) og eget enhetsstyre.

### Kommentarer i møtet

Styret sluttet seg til forslaget til vedtak.

### Styrets enstemmige

## VEDTAK

Styret gir Oslo universitetssykehus HF fullmakt til å videreføre leieavtale for lokaler til Kreftregisteret med Oslo Cancer Cluster Innovasjonspark AS i fem år og å benytte en opsjon på ytterligere fem år.

<b>051-2020</b>	<b>Vestre Viken HF - nytt hovedkontor med samlokalisering av administrasjonen i Drammen</b>
-----------------	---

*Saken ble handlet i lukket møte, jf helseforetakslovens § 26 a, annet ledd.*

Styrets vedtak fremgår av B-protokoll.

052-2020	Styrende dokumenter for Helse Sør-Øst RHF i 2020
----------	--

### Oppsummering

Helse Sør-Øst RHF skal sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i regionen («sørge for»-ansvaret) og ivareta eieransvaret for underliggende helseforetak. Oppgavene skal løses innenfor et sett av lover, regler og forventninger til måloppnåelse, herunder spesialisthelsetjenesteloven (sykehusenes plikter), pasientrettighetsloven (om pasientenes rett til helsehjelp, fritt sykehusvalg etc.) og helseforetaksloven (om organiseringen av sykehus). I tillegg til helselovgivningen vil også lover for forholdet mellom virksomhet og ansatte (eksempelvis arbeidsmiljøloven) og miljølovgivning (eksempelvis forurensningsloven) gi føringer for hvordan Helse Sør-Øst RHF planlegger og etterlever krav til virksomheten.

Denne saken gir en oversikt over de sentrale styrende dokumenter som legger føringer for virksomheten i det regionale helseforetaket og de helseforetak det regionale helseforetaket eier.

### Kommentarer i møtet

Styret ba om at oversikten ble oppdatert med *forskrift om ledelse og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, instruks for revisjonsutvalget* og lenke til ny melding om *Statens direkte eierskap i selskaper — Bærekraftig verdiskaping* som nå er behandlet av Stortinget.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Styret er kjent med og tar til etterretning oversikten over styrende dokumenter

053-2020	Årsplan styresaker
----------	--------------------

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

054-2020

Driftsorienteringer fra administrerende direktør

Administrerende direktør orienterte i tillegg til de skriftlige orienteringer om:

- Revidert nasjonalbudsjett fremlagt av Regjeringen i dag
- Status koronaepidemien. Presentasjonen sendes styret etter møtet.

**Styrets enstemmige**

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

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Møtet hevet kl 18:05

Oslo, 12. mai 2020

---

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