

Styret i Sykehuset Telemark HF  
Brukerutvalgets representanter

**Vår referanse:**

Saksbehandler: Tone Pedersen +47 957 94 426

**Dato:**

11. mai 2020

**Innkalling til styremøte i Sykehuset Telemark HF**

Det innkalles til styremøte i Sykehuset Telemark HF

Tid: Mandag 18. mai 2020 kl. 0900 - 1200

Sted: Skype-møte

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.: 18. mai 2020, kl. 0900 – 1200

Sted: Skype-møte

Møteleder: Styreleder Per Anders Oksum

### Saksliste

Tentativ plan	Saksnr.	Sakstittel	Sakstype
0900 – 0905	028 - 2020	<b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b> v/styreleder	<b>Beslutning</b>
0905 – 0910	029 - 2020	<b>Godkjenning av protokoll fra styremøte 22. april 2020</b> v/styreleder	<b>Beslutning</b>
0910 – 0930	030 - 2020	<b>Administrerende direktør sin redegjørelse om situasjonen på sykehuset vedrørende koronaviruset</b> v/administrerende direktør	<b>Orientering</b>
0930 – 1000	031 - 2020	<b>Status prosjekt Utbygging somatikk Skien</b> v/utviklingsdirektør	<b>Orientering</b>
1000 – 1030	032 - 2020	<b>Virksomhetsrapport per 1. tertial 2020 (ettesendes)</b> v/økonomidirektør	<b>Orientering</b>
1030 – 1100	033 - 2020	<b>Oversikt kategorisering uønskede pasienthendelser (NOKUP) 2019</b> v/fagdirektør	<b>Orientering</b>
1100 – 1130	034 - 2020	<b>Årsmelding 2019 fra Pasient- og brukerombudet i Telemark</b> v/pasient- og brukerombudet	<b>Orientering</b>
1130 – 1145	035 - 2020	<b>Protokoll fra foretaksmøte 28. april 2020</b> v/administrerende direktør	<b>Etterretning</b>
1145 – 1150	036 - 2020	<b>Møteplan for styret 2021</b> v/styreleder	<b>Beslutning</b>
1150 – 1155	037 - 2020	<b>Årsplan styresaker</b> v/Styreleder	<b>Orientering</b>
1155 – 1200		<b>Andre orienteringer</b> 1) Styreleder orienterer 2) Foreløpig protokoll fra styremøte Helse Sør-Øst RHF 30. april 2020	<b>Orientering</b>

Tentativ plan	Saksnr.	Sakstittel	Sakstype
		3) Foreløpig protokoll fra BU møte 23. april 4) Foreløpig protokoll fra møte i ungdomsrådet 5. mai	

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
028-2020	Tone Pedersen, spesialrådgiver direktørens stab	Beslutning	18.05.2020

Trykte vedlegg:

Utrykte vedlegg:

### Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Skien, den 7. mai 2020

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

### Sakstittel: Godkjenning av protokoll fra styremøte 22. april 2020

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
029-2020	Tone Pedersen, spesialrådgiver direktørens stab	Beslutning	18.05.2020

#### Trykte vedlegg:

- Protokoll fra styremøte 22. april 2020

#### Forslag til vedtak:

Protokoll fra styremøte 22. april 2020 godkjennes.

Skien, den 8. mai 2020

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

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

Dato: 22. april 2020 Tidspunkt: kl. 0930–1130

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 Ottervik (A-larm) nestleder

frem til kl. 11.00

**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 020, 021 og 027: Per Anders Oksum styreleder

Sak 022 og 026: Tom Helge Rønning, administrerende direktør

Sal 023, 024 og 025: Geir Olav Ryntveit, økonomidirektør

Styreleder ledet møtet

<b>020-2020</b>	<b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige**

#### **VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

<b>021-2020</b>	<b>Godkjenning av protokoll fra styremøte 25. februar, 25. mars og 3. april 2020</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

#### **VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 25. februar, 25. mars og 3. april 2020 godkjennes.

<b>022-2020</b>	<b>Administrerende direktør sin redegjørelse om situasjonen på sykehuset vedrørende koronaviruset</b>
-----------------	---

#### **Oppsummering**

Administrerende direktør orienterte muntlig om følgende:

- Koronaviruset status ved Sykehuset Telemark HF:
  - 22. april:*
    - Antall pasienter med koronasmitte: 2
    - Innlagte pasienter siste døgn: 0
    - Utskrevne pasienter siste døgn: 0
    - Døde siste døgn: 0
    - Ansatte i karantene: 14
  - Samlet siden 22. mars:*
    - Innlagte pasienter med covid-19: 9
    - Utskrevne pasienter: 5
    - Døde: 2
    - Ansatte med påvist smitte: 10
- Foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF 17. april
  - Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:
    - fortsette arbeidet med å planlegge og forberede for et høyt antall intensivpasienter, i tråd med analyser gjennomført av Folkehelseinstituttet
    - starte opptrapping til mer normalt drift i helseforetakene

- Status innleggelse i Helse Sør-Øst RHF per 13. april
- Folkehelseinstituttets analyser for Covid-19
- Driftsplan for Skien/Porsgrunn og Notodden
- Sykehuset har i dag tilstrekkelig med smittevernutstyr, men det er usikkerhet om leveransene av utstyr på lengre sikt vil være tilstrekkelig
- Sykehuset har et høyere antall pasientutsatte timer nå enn tidligere

### **Kommentarer i møtet**

Styret takket administrerende direktør for en detaljert gjennomgang og god informasjon.

### **Styrets enstemmige**

## **VEDTAK**

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

<b>023-2020</b>	<b>Årsregnskap med noter og styrets beretning for 2019</b>
-----------------	--

### **Oppsummering**

I følge Regnskapsloven og Helseforetaksloven skal styret for foretaket behandle og vedta styrets beretning og årsregnskap med noter før det godkjennes av foretaksmøtet.

Årsregnskapet for 2019 bestående av resultatregnskap, balanse, kontantstrøm, noter og styrets beretning sammen med revisors beretning skal det sendes til regnskapsregisteret. Sykehuset Telemark sitt regnskap konsolideres inn i Helse Sør-Øst RHF sitt årsregnskap.

Sykehuset Telemark rapporterer positivt årsresultat i 2019 på 42,8 millioner kroner, som er 12,8 millioner kroner bedre enn årets styringsmål.

Foretakets produktivitet opprettholdes på omtrent samme nivå som året før, mens kostnadseffektiviteten forbedres og driftsmarginen øker til 1,1 prosent. Resultatforbedringen følger av økte basisbevilgninger i kombinasjon med lav kostnadsvekst internt og lavere volumvekst for H-reseptor / gjestepasienter enn det som var tatt høyde for i budsjettet.

Statsautorisert revisor Christian Wiig Jacobsen deltok i møtet og redegjorde for sine observasjoner fra revisjonen. En del av møtet ble avholdt uten at administrasjonen eller andre tilhørere var tilstede.

Årsregnskap og –beretning signeres elektronisk.

### **Styrets enstemmige**



## VEDTAK

1. Styrets beretning for 2019 godkjennes.
2. Styret vedtar årsregnskap med noter og styrets beretning.

<b>024-2020</b>	<b>Økonomisk langtidsplan 2021-2024</b>
-----------------	---

### Oppsummering

Sykehuset Telemark har utarbeidet en overordnet økonomisk langtidsplan for perioden 2021-2024 med framskriving til 2040, basert på behovet for spesialisthelsetjenester i opptaksområdet.

Økonomisk langtidsplan 2021-2024 er utarbeidet under større usikkerhet enn i en normal situasjon. Som følge av utbruddet av koronavirus, ble sykehusdriften fra midten av uke 11 lagt vesentlig om, for kunne håndtere en forventet tilstrømning av pasienter. Tiltakene for å forberede og håndtere en situasjon med et stort antall korona-smittede pasienter vil få stor betydning for sykehusets måloppnåelse i 2020 og også den økonomiske situasjonen forventes å bli betydelig påvirket. Effekten er for øyeblikket høyst usikker og er derfor ikke hensyntatt i utarbeidelsen av ØLP 2021-2024. I henhold til føringer fra Helse Sør-Øst RHF er det i arbeidet med langtidsplanene lagt til grunn en styringsfart ved utgangen av 2020 i tråd med årets vedtatte budsjett. Det er videre forutsatt en normal driftsituasjon i 2021.

### Kommentarer i møtet

Styrets tilbakemelding på økonomisk langtidsplan 2021 – 2024 er at planen virker solid, men at usikkerheten er stor som følge av koronaviruset. Reduksjon i antall årsverk i kombinasjon med økt aktivitet, må skje forsvarlig og i samsvar med forbedringsarbeidet.

Styret har merket seg tillitsvalgte innspill til planen beskrevet i drøftingsprotokollen.

Styret la vekt på at sykehuset bør få dekket ekstrakostnader relatert til koronaviruset.

Styret ba administrasjonen fortsette forbedringsarbeidet når situasjonen ved sykehuset tillater det.

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

1. Styret godkjenner økonomisk langtidsplan med budsjettert resultatbane som fastsettes i møtet og investeringsprofil som beskrevet i saken
2. Styret ber administrerende direktør legge ØLP til grunn for neste års budsjettarbeid.

<b>025-2020</b>	<b>Virksomhetsrapport per mars 2020</b>
-----------------	---

**Oppsummering**

Sykehuset Telemark rapporterer et negativt driftsresultat på minus 29,3 millioner kroner per mars. Dette er 36,8 millioner kroner svakere enn periodisert styringsmål og er en resultatforverring i mars på 31,1 millioner kroner. Korrigert for økonomisk effekt av Korona-situasjonen er resultatet for mars 3,9 millioner kroner, mot budsjett 2,5 millioner kroner.

Korona-situasjonen har påvirket aktiviteten ved sykehuset på mange områder, blant annet:

- Aktiviteten i somatikken er redusert til under 40 % av normalt nivå i slutten av mars
- 300 operasjoner er utsatt i løpet av mars grunnet korona
- 2670 pasientkontakter er avlyst (2400 av STHF, 270 av pasient)
- Antall nye henvisninger til sykehuset i de siste ukene av mars er 40-50 % av nivået i januar-februar
- Ventelistene avtar til tross for lav aktivitet (på grunn av få nye henvisninger)
- Antall pasienter passert tentativ tid øker betydelig

**Kommentarer i møtet**

Styret er svært fornøyd med sykehusets resultater i mars korrigert for konsekvensene av koronasituasjonen.

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret tar virksomhetsrapport per mars 2020 til orientering.

<b>026-2020</b>	<b>Sykehuset Telemark sin tilbakemelding til HSØ på bestilling i foretaksmøte 26. mars om strategi for å øke behandlingsskapasiteten</b>
-----------------	--

### Oppsummering

#### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Styret slutter seg til opptrappingsplanen for behandling av covid-19 pasienter.
2. Styret legger til grunn at gjennomføring av de ulike trinnene i planen tilpasses smitteutviklingen i opptaksområdet og at det samtidig fokuseres på å opprettholde et forsvarlig og godt tilbud til øvrige pasientgrupper.

<b>027-2020</b>	<b>Årsplan styresaker</b>
-----------------	---------------------------

#### Kommentarer i møtet

Styret ønsker at administrasjonen legger til rette for et styreseminar, gjerne i etterkant av styremøtet i mai eller juni, forutsatt at koronasituasjonen gjør dette mulig.

#### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

#### Andre orienteringer

- 1) Styreleder informerte om
  - o Foretaksmøte 28. april
- 2) Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 15. april

Møtet hevet kl. 1140

Skien, 22. april 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: Administrerende direktør sin redegjørelse om situasjonen på sykehuset vedrørende koronaviruset**

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
030 -2020	Administrerende direktør Tom Helge Rønning	Orientering	18.05.2020

**Trykte vedlegg:**

**Utrykte vedlegg:**

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

### **Forslag til vedtak:**

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

Skien, den 8. mai 2020

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

## Saksfremlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

### Sakstittel: Status prosjekt Utbygging somatikk Skien

Sak nr.	Saksbehandler	Sakstype	Møtedato
031-2020	Utviklingsdirektør Annette Fure Prosjektleder Lasse Berg	Orientering	18.05.2020

#### Trykte vedlegg:

- Ingen

#### Utrykte vedlegg:

- Ingen

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

Å legge til rette for gode og moderne pasientarealer samt gode driftsmodeller er viktig for å fremme kvalitet i pasientbehandlingen og god pasientsikkerhet.

#### Ingress:

Etter valg av hovedalternativ for Utbygging somatikk Skien (ADs ledergruppe sak 003-2020, STHF styre sak 004-2020), har prosjektgruppen jobbet med skisser for plassering og form på nybygg.

Utvikling og status på skisser presenteres i møtet.

Prosjektet opprettholder fortsatt tidsplanen som muliggjør B3-beslutning i HSØ styre den 22.10.2020. Prosjektleder har anmodet HSØ om å skyve B3-beslutning til 26/11, 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 HSØ.

#### Forslag til vedtak:

- Styret tar saken til orientering.

Skien, den 11. mai 2020

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

## Status Utbygging somatikk Skien

### USS i konseptfase – B3A beslutning i HSØ styre

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:

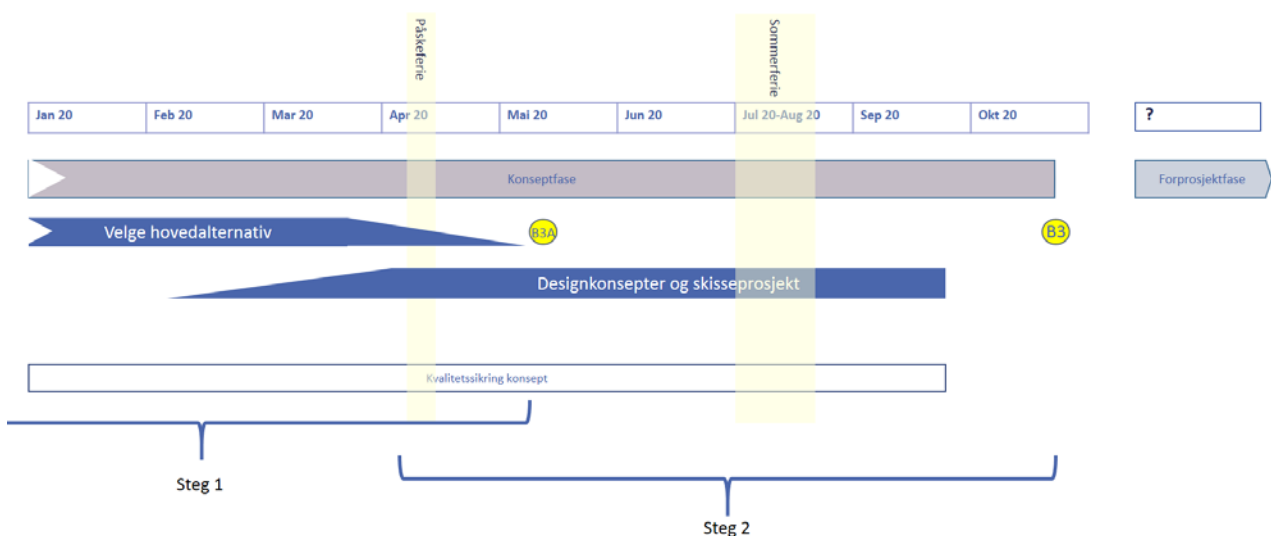
1. *STHF styre innstiller hovedspor 3 til videre utredning i Konseptfase, steg 2. Styret støtter at «pasientnytte» er tillagt særlig vekt i vurderingen. Hovedspor 3 inkluderer ett nybygg med akuttsenter og sengeområder i 4 etasjer, samt et strålesenter etablert i tilslutning til Moflata.*
2. *For å kunne 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.*

Den 12. mai 2020 fremlegges Utbygging somatikk Skien til styret i HSØ for B3A beslutning. Administrerende direktør Cathrine Lofthus viser til at Sykehuset Telemark HF anbefaler alternativ 3 ut fra en samlet vurdering av både prissatte og ikke-prissatte kriterier. Alternativ 3 innebærer å etablere et kreftsentersenter med stråleterapi og dagbehandling, samt et nytt felles bygg for akuttsenter og sengeområder for den somatiske virksomheten.

Forslag til vedtak som fremmes HSØ styre er følgende:

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 kreftsentersenter med enhet for stråleterapi og nytt sengebygg med akuttsenter, bearbeides videre i steg 2 av konseptfasen.*

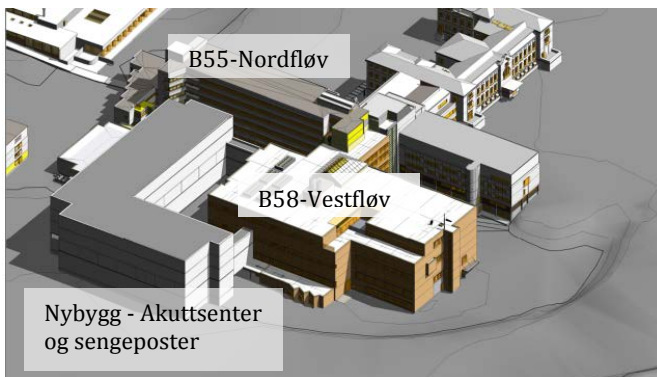
Dersom vedtaket fattes går prosjekt Utbygging somatikk Skien formelt over i konseptfasens Steg 2. Tidsplanen for gjennomføring av konseptfasen fremkommer av figuren nedenfor.



## Stram tidsplan – Status siden STHF styrebehandling

Grunnet den stramme tidsplanen har det vært nødvendig for prosjektet å innlede arbeidet i steg 2. Dette arbeidet ble startet etter den interne behandlingen for valg av hovedalternativ (ADs ledergruppe sak 003-2020, STHF styre sak 014-2020). Prosjektet er derfor i ferd med å utarbeide skisser for plassering og form på nybygg i henhold til dette.

Strålesenter er nå tegnet med strålebunkere i tilknytning til Moflata og vaskeriet, mens akuttsenter og sengeposter ble plassert inn i et vinkelbygg med nær kobling mot B55-Nordfløy og B58-Vestfløy (se skisse).



Når det gjelder valg av plassering og form på nybygget for akuttsenter og sengeposter ble dette gjort på grunnlag av den informasjon vi på det tidspunkt hadde tilgjengelig, og med bred involvering i organisasjonen.

I prosessen har flere skisser blitt utarbeidet og arkitektene har i høyere detaljeringsgrad gått nærmere inn på hvilke lovpålagte krav som må innfris ved plassering av et vinkelbygg (bl.a. adkomst for brannbil, dagslys). Prosjektet har løpende gitt innspill til de skissene som er blitt utarbeidet.

Gjennom denne prosessen har byggets form og plassering blitt mer og mer utfordret, og når vi går tilbake på de kriterier som lå til grunn for valg av et vinkelbygg, er det få som ble innfridd ved siste skisse fra arkitekt. I tillegg har Sykehusbygg hatt en faglig gjennomgang av skissene, og de har også anbefalt at prosjektet gjør en revurdering på flere punkt.

Prosjektet har derfor, med støtte fra ADs ledergruppe (28.04.2020) startet arbeidet med å utarbeide nye skisser på plassering og form på nybygg for akuttsenter og sengeposter. I stedet for vinkelbygg utarbeides skisser for et rektangulært bygg langs B58-Vestfløy.





Utvikling og status på skisser presenteres i møtet.

Prosjektet opprettholder fortsatt tidsplanen som muliggjør B3-beslutning i HSØ styre den 22.10.2020. Prosjektleder har anmodet HSØ om å skyve B3-beslutning til 26/11, 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 HSØ.

## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

### Sakstittel: Virksomhetsrapport per 1. tertial 2020

Sak nr.	Saksansvarlig/saksbehandler	Sakstype	Møtedato
032-2020	Økonomidirektør Geir Olav Ryntveit Økonomisjef Dana Tønnessen og controller Marte Helen Helland	Orientering	18.05.2020

**Trykte vedlegg:** Virksomhetsrapport per 1. tertial 2020  
Risikovurdering per 1. tertial 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 1. tertial 2020 til orientering.

Skien, den 14. mai 2020

Tom Helge Rønning

administrerende direktør

## Sammendrag

Sykehuset Telemark rapporterer et negativt driftsresultat på – 56,9 millioner kroner per april. Dette er 66,9 millioner kr. svakere enn periodisert styringsmål og er en resultatforverring i april på 27,7 millioner kr. Korrigert for økonomisk effekt av Korona-situasjonen er resultatet hittil i år vurdert til 8,5 millioner kr, mot budsjett 10,0 millioner kr.

Resultatet i april er sterkt påvirket av Korona-situasjonen. Det er identifisert ekstra kostnader på om lag 12 millioner kr, og inntektstapet er beregnet til 30 millioner kroner. Samtidig fører Korona-situasjonen også til lavere kostnader på noen områder; -sykepengerefusjoner knyttet til koronasykdom og karantene er beregnet til 2,7 mill kroner i april, og gjestepasientkostnadene er redusert i størrelsesorden 8,5 mill kroner. Det er også identifisert noe innsparing på varekost, kurs og reiser på grunn av lavere aktivitet. Samlet effekt av koronaberedskap og tiltak er derfor beregnet til om lag 30 millioner kroner i april.

I løpet av mars og april har sykehuset gjennomført en rekke ombygginger og tilpasninger av bygningsmassen for å legge til rette for å behandle et stort antall pasienter med koronavirus. Videre er det gjort anskaffelser av utstyr, personell har fått opplæring, nye rutiner er etablert og planer for økt antall sengeplasser og intensivkapasitet er utarbeidet. Sykehuset har dessuten lagt om driftsmodell og arbeidsdeling mellom lokasjonene i Skien og Notodden, bl a ved å samle alle koronapasienter i Skien og redusert aktivitet på Notodden inn mot kirurgisk behandling. Disse beredskapstiltakene har i betydelig grad påvirket kostnader og kapasitet for ordinære pasienter. Ved utgangen av april er antall pasienter med påvist koronasmitte svært lavt ved sykehuset og fokus har blitt satt på å komme tilbake til mer normal drift samtidig som beredskap opprettholdes.

Aktiviteten i somatikken var på budsjettert nivå fram til 2. uke i mars. Da beredskap og tiltak for å håndtere korona ble iverksatt, gikk aktiviteten betydelig ned. Det er nedgang i både ØH-innleggelse 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.

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

- Poliklinisk aktivitet i somatikken er redusert til under 40 % av normalt nivå i slutten av mars, men økte igjen mot slutten av april. Aktivitet i april er om lag 70 % av normalt nivå
- Elektiv operasjonsaktivitet er om lag halvert i april i år sammenlignet med 2019. Aktiviteten øker igjen mot slutten av måneden
- Antall nye henvisninger til sykehuset ble halvert fra midten av mars, men har økt litt etter påske.
- Ventelistene er uendret i april til tross for lav aktivitet (pga få nye henvisninger)
- Den lave aktiviteten viser seg nå gjennom økte ventetider og mange fristbrudd
- Antall pasienter passert tentativ tid øker betydelig

Aktiviteten i PHV/TSB var lavere enn budsjettet i starten av året, og avviket ble forsterket fra 2. 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 uendret fra forrige måned til tross for lav aktivitet også i april måned. Samtidig med lavere aktivitet er antallet nye henvisninger redusert. Ventetid for ventende pasienter øker betydelig siden planlagte konsultasjoner er utsatt. Ventetidene for pasienter med påstartet behandling er forbigående lavere enn normalt, og kan skyldes at det er de pasientene som haster mest som prioriteres. Vi forventer økning i ventetider for pasient påstartet i tiden fremover. Antall pasienter passert tentativ tid har økt med ytterligere 20 % i somatikken i april.

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

Gjennomføring av planlagte investeringer påvirkes av koronasituasjonen og bl a installasjon av ny laboratorielinje og MR blir forsinket. Det er fortsatt forventet at disse vil bli gjennomført i løpet av året. Videre er en rekke anskaffelser planlagt i løpet av 2020 for å sikre kapasitet og beredskap for koronapasienter. Også noen anskaffelser opprinnelig planlagt for 2021 er av samme grunn gjennomført allerede i år. 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.

## Innhold

Sammendrag.....	2
Risikovurdering per 1. tertial 2020.....	5
Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD 2020.....	8
Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen .....	8
Prioritere psykisk helsevern og TSB .....	9
Bedre kvalitet og pasientsikkerhet.....	11
Aktivitet.....	12
Somatikk.....	12
Psykisk helsevern og TSB .....	14
Prioriteringsregelen .....	15
Polikliniske konsultasjoner.....	15
Kostnadsvekst 1. tertial 2020 .....	16
Bemanning .....	16
Økonomi.....	16
Klinikkene .....	17
Tertialvise forhold .....	20
Forskning.....	20
HMS/ arbeidsmiljø .....	20
Pasientsikkerhet: I trygge hender 24/7: .....	21
Eksterne tilsyn og revisjoner .....	22
Uønskede hendelser og klagesaker.....	25
Informasjonssikkerhet og GDPR.....	26

## Risikovurdering per 1. tertial 2020

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

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

Koronasituasjonen preger risikobildet for hele sykehuset, og særlig risikoområdene for kvalitet, økonomi og aktivitet og bemanning påvirkes sterkt negativt. Smitterisikoen blant pasienter og ansatte vurderes som lav.

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

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

**1. Kvalitet og tilgjengelighet** – Økt sannsynlighet og konsekvens. Koronaviruset påvirker flere av punktene innen kvalitet og tilgjengelighet, spesielt ventetider og fristbrudd. Samtidig faller andelen korridorpasienter kraftig grunnet lavere belegg. Sykehuset har per første tertial 2020 ikke nådd målsettingen om at gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenlignet med 2019. Ventetid for ventende og påstartet er hhv. 82,5 og 52,3 dager. Ventetider og fristbrudd har økt kraftig som følge av beredskap og omstillinger i driften i mars og april. Det pågår tiltak for å normalisere driften fremover i så stor grad som mulig, men det vil være urealistisk å forvente 100% normalt driftsnivå den nærmeste tiden. Pågående tiltak omfatter blant annet bedre utnyttelse av lokasjoner, kveldspoliklinikk, og økt bruk av tele-/videokonsultasjoner.

Midlertidig forskrift om endringer i helselovgivningen for å avhjelpe konsekvenser under utbruddet av Covid-19 trådte i kraft 28. mars. For å kunne møte kapasitets- og ressursutfordringer i helse- og omsorgstjenesten er det innført endringer i lovfestede pasientrettigheter. Dette gjelder retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, retten til vurdering i spesialisthelsetjenesten, retten til ny vurdering, retten til fritt behandlingsvalg, retten til individuell plan og retten til kontaktlege. Tilsvarende endringer er gjort i korresponderende pliktbestemmelser. Dette har konsekvenser for både kvalitet og tilgjengelighet.

**2. Økonomi** – Økt sannsynlighet og konsekvens. Sykehuset rapporterer et driftsresultat på -56,9 millioner per april, som er 66,9 millioner under budsjett. Avviket skyldes effekten av omstilling og beredskap knyttet til håndtering av koronavirus, som per april summeres til 65,5 millioner. Herunder utgjør netto inntektstap 54,8 millioner kroner. Sykehuset skal øke den planlagte aktiviteten i ukene som kommer. Samtidig skal sykehuset ha strenge smitteverntiltak og være i beredskap for å kunne behandle en eventuell økning av covid-19-pasienter. Det forventes at beredskapen vil føre til høye kostnader og betydelig bortfall av inntekter i deler av året.

Det er varslet at sykehusene vil tilføres ekstra midler for å kompensere for effektene av koronaviruset. Det er foreløpig ikke avklart hvordan og i hvilken grad dette vil skje.

**3. Aktivitet og bemanning** – Økt sannsynlighet og konsekvens. Koronasituasjonen påvirker aktivitet- og bemanningsnivået kraftig. Det er utført større driftsendringer for å møte kravet til beredskap og omstilling, samtidig som det har vært et markant frafall i aktivitet. Situasjonen fører til at flere av målene for bemanning og aktivitet ikke vil bli innfridd i 2020. Klinikken jobber med god ressursstyring i henhold til beredskapsnivået, samt økende normalisering av driften. Parallelt med den pågående koronasituasjonen jobbes det med å forbedre produktiviteten for å etablere en bærekraftig drift og skape handlingsrom til egen utvikling.

Covid-19 pandemien representerer en risiko for at helsepersonell kan bli smittet på jobb. Det har også vært bekymringer knyttet til tilgangen på smittevernutstyr. Selv om det har vært krevende å skaffe til

veie tilstrekkelig smittevernutstyr, har det ikke vært mangel på utstyr. I første tertial er ingen ansatte bekreftet smittet på jobb ved Sykehuset Telemark.

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

**5. Prioriteringsregelen** – Redusert sannsynlighet. Målet om høyere vekst innen PHV og TSB for poliklinisk aktivitet er oppfylt for TSB, men ikke for VOP og BUP. Prioriteringsregelen er oppfylt målt i ventetid for alle fagområdene, med en ventetid for VOP på 32 dager, BUP med 36 dager og TSB med 30 dager. 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.

**6. Informasjonssikkerhet og GDPR** - Økt sannsynlighet. Koronaviruset har endret noe på risikobildet i negativ retning, bl.a. pga utvidede tilganger, hjemmekontor, fjernaksess for leverandører og risiko for at leverandører går konkurs. Det er etablert videokonsultasjon med pasienter for å redusere risiko for smitte. Denne løsningen er risikovurdert og tiltak er iverksatt. Når det gjelder det løpende arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern kan nevnes at arbeidet med protokoll etter Artikkel 30 er ferdigstilt i første versjon. Det videre arbeidet er avhengig av at den regionale IT-løsningen for protokoll leveres. Ledelsessystemet for informasjonssikkerhet og personvern er implementert.

Det pågår et arbeid med å beskrive rammene for arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern ved sykehuset. Blant elementene som blir omhandlet er roller, ansvar, ressurser og organisering av området, samt oppgaver og forbedringstiltak som vil stå sentralt i arbeidet. Dette legges frem for ledergruppen i juni 2020. Inkludert i arbeidet er håndtering av informasjonssikkerhet og personvern i forbindelse med avtaleinngåelse og spesielt MTU anskaffelser.

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



## 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	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	59	46	57	82	59	44	33/24
Fristbrudd avviklede, antall pr mnd	0	30	34	62	88	45	44	129	72	54	-	-	1	2	0
Antall som venter	reduksjon	7 665	7 266	7 534	6 734	6 901	6 441	6 460	4 499	1 341	224	62	162	48	124
Antall med ventetid over 1 år	0	89	53	42	36	32	33	52	47	3			1		1
Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp (O)	70 %	79 %	81 %	80 %	79 %	79 %	80 %	81 %							
Andel innen definert forløpstid	70 %	69 %	77 %	74 %	74 %	74 %	75 %	74 %							
Antall passert tentativ tid (STHF egne tall)	reduksjon	3 537	4 577	5 051	4 611	4 912	5 970	7 666	4 896	2 268	9	79	288	36	90
Andel passert tentativ tid %	<6%	12 %	15 %	16 %	15 %	16 %	16 %	21 %	30 %	15 %	2 %	31 %	10 %	13 %	16 %

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

Tabellen ovenfor reflekterer de interne målsettingene for ventetid i 2020.

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

#### **Pakkeforløp**

Sykehuset har prioritert pakkeforløp kreft høyt i hele perioden med aktivitetsnedtak pga. korona pandemien. Foreløpig ser vi derfor lite endring og andel gjennomførte pakkeforløp er tilnærmet likt i april 2020 som april 2019.

Urologi generelt har en svært god utvikling. Blærekreft har for 12 måneders perioden mai 2019 til april 2020 88 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid, andelen for nyrekreft er 68 %, testikkelkreft 50 %, mens prostata er 61 %. 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 83 %. 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 42 %, livmorhalskreft 36 %, livmorkreft 52 %. Her foregår behandling

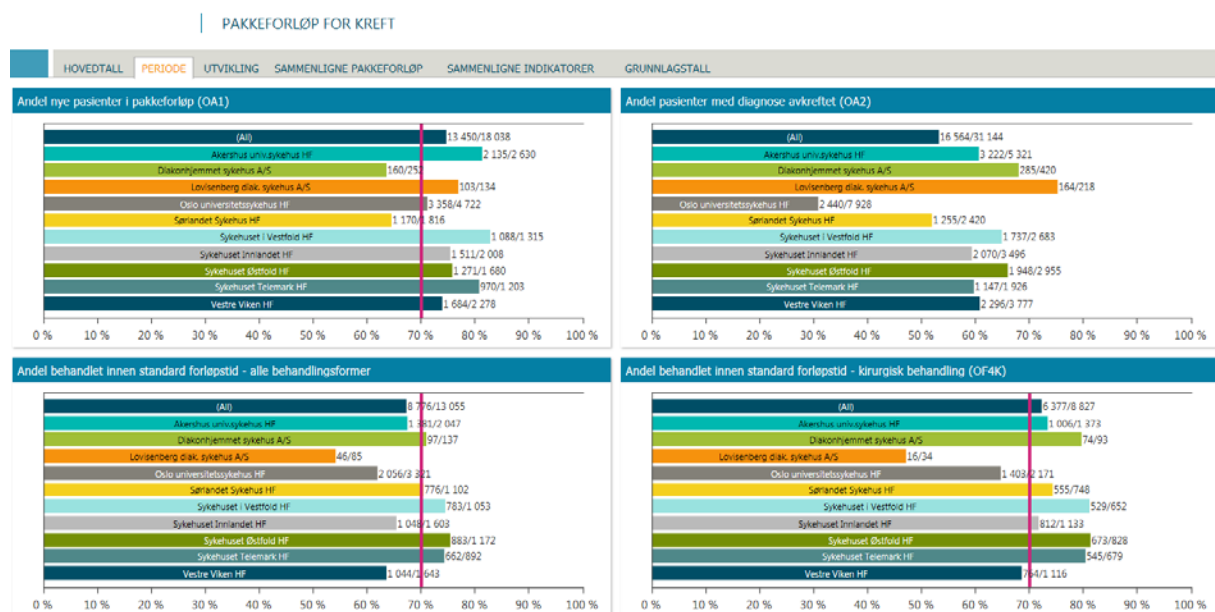
sentralt og vi har relativt liten påvirkning på tempo. Forløpskoordinator og kreftkoordinator jobber aktivt for å bedre samhandlingen. Føflekkreft oppnår 95 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid. Her utføres hele forløpet ved STHF.

For lunge er 49 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid hittil i år. De svake resultatene tas opp i de aktuelle fagmiljøene ved sykehuset for å se hvor i forløpet forsinkelsene oppstår.

Innen hematologi blir lymfomer 69 % og myelomatose 89 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid.

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 (64 %). De svake resultatene tas opp i de aktuelle fagmiljøene ved sykehuset for å se hvor i forløpet forsinkelsene oppstår.

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



Siste 12 måneders periode viser 81 % andel nye pasienter inkludert i pakkeforløp. Dette er noe høyere enn foregående 12 måneders periode (80 %). 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 nest høyest på andel behandlet innen standard forløpstid i foretaksgruppen etter Sykehuset Østfold.

### Prioritere psykisk helsevern og TSB

Prioriteringsregelen kommenteres under avsnittet om aktivitet.

Det er 117 tvangsinnlagte hittil i år, mot 115 per 1. tertial i fjor. Dette tilsvarer et snitt på 0,17 per 1000 innbyggere. Med totalt antall innlagte på 617 hittil i år, så er andel tvangsinnlagte på 19,0 %. Andelen tvangsinnlagte falt 22,7 % til 17,7 % fra mars til april 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	Hittil 2020
Antall tvangsinnleggelse psyk./1000 innbyggere	lavere enn 2019	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
Andel tvangsinnleggelse	lavere enn 2019	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%	19,0%
Antall pasienter i døgntilrettelagt behandling som har minst ett tvangsmiddelvedtak	reduseres	9	11	11	11	11	10	15	14	9	9	14	7	9	10	9	13	8	12	11

### Pakkeforløp psykisk helsevern og TSB

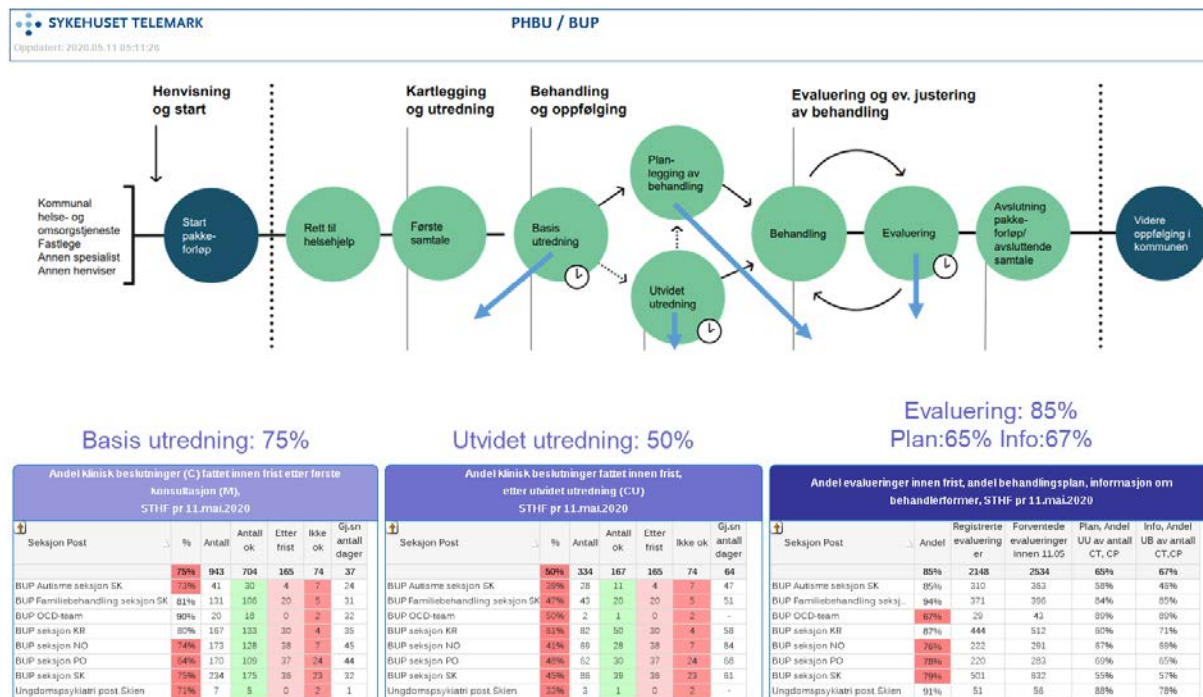
Seks pakkeforløp for psykisk helse og rus er innført i løpet av 2019. Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene skal sørge for at praksis i spesialisthelsetjenesten blir endret i tråd med anbefalingene i pakkeforløpene. Målet er likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor,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

Det brukes fortsatt mye tid og ressurser til å følge opp koding av pakkeforløp, som oppleves som for detaljert og derfor svært tidkrevende.

### Pakkeforløp i Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP):

Andel pakkeforløp gjennomført basis utredning innen forløpstid var pr 11.05.20 på 75 %. Forløpstid for utvidet utredning var oppnådd for 50 % av pasientene. Andel evalueringer gjennomført innen forløpstid var 85 %. ABUP ser seg svært godt fornøyd med andel evalueringer. Det er utfordrende å oppnå forløpstider for utredning, og da spesielt for utvidet utredning, men resultatet er bedret siden 3. tertial 2019 (41 %).

Resultater ABUP per 11. mai 2020:

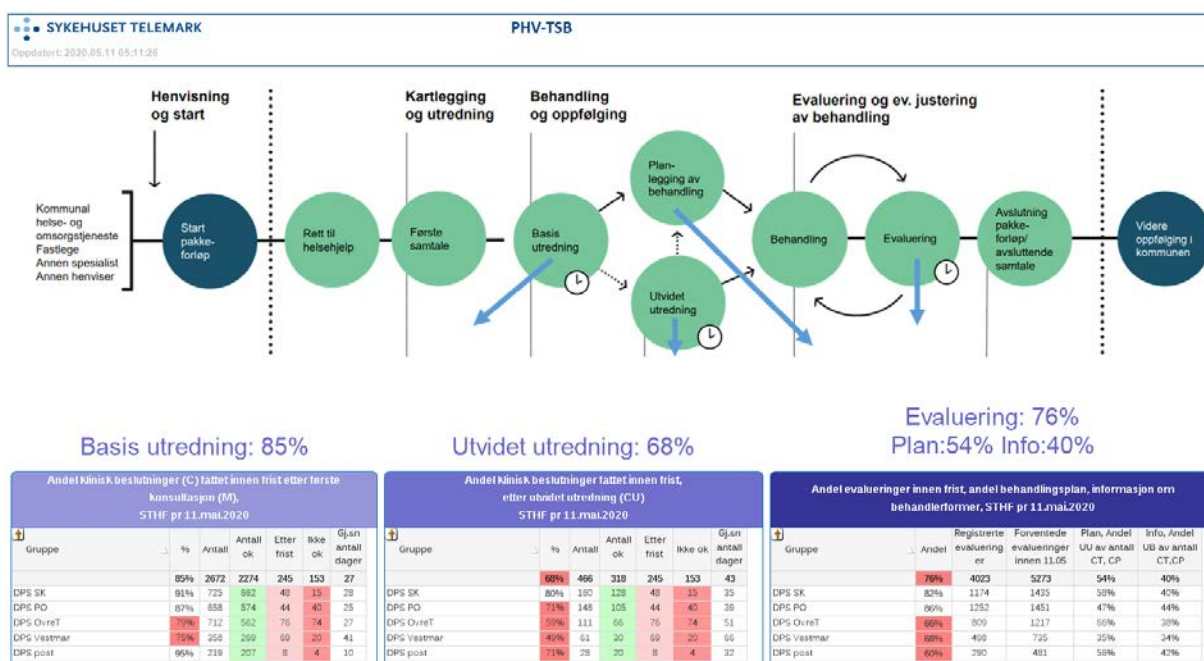


## Pakkeforløp i Klinik for Psykisk helsevern og rusbehandling (KPR):

Andel pakkeforløp gjennomført basis utredning innen forløpstid var for hele 2019 på 82 %, og øker til 85 % for 1. tertial 2020. Forløpstid for utvidet utredning er om lag uendret med 68 % av pasientene. Andel evalueringer gjennomført innen forløpstid øker fra 68 % per 3. tertial 2019 til 76 % per 1. tertial 2020. KPR har oppnådd gode resultater for basis utredning. Det sees som mer utfordrende å oppnå høy andel utvidet utredning og evaluering.

Når vi splitter KPR i VOP og TSB, så er resultatoppnåelsen innenfor basis utredning lik for begge tjenesteområdene med 85 %. Forskjellen i resultat er imidlertid stor når vi ser på utvidet utredning og evaluering. VOP har oppnådd 74 % på både utvidet utredning og evaluering, mens TSB viser 55 % på utvidet utredning og hele 91 % på evaluering. TSB utgjør en liten andel av KPR, slik at de totale resultatene for KPR i liten grad påvirkes av de store forskjellene mellom TSB og VOP.

Resultater KPR per 11. mai 2020:



## Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	mål 2020	des.17	des.18	des.19	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	Kirurgi	Medisin	MSK	ABK	BUK	VOP/TSB
Sykehusinfeksjoner %	<3%					2,5 %								
Korridorpasienter - antall	0	50	51	121	185	196	39	55	20	35				
Korridorpasienter %	0,0 %	0,6 %	0,7 %	1,5 %	2,2 %	2,5 %	0,5 %	1,1 %	0,9 %	1,3 %				
Direkte time i %	100 %	84 %	78 %	84 %	84 %	84 %	85 %	73 %	74 %	74 %	86 %		53 %	84 %
Antall åpne dokumenter > 14 dager	<3000	4 920	4 669	3 951	3 613	3 754	3 107	2 806	1 097	810	24	4	351	520
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode og uten ny kontakt	reduseres	1 445	1 734	1 068	916	876	926	740	142	439	0	11	106	42
Andel dialysepasienter som får hjemmedia	>30%	28 %	30 %	28 %	28 %	28 %	28 %	30 %		30 %				

Det har vært kun små variasjoner i kvalitetsindikatorene 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. Samtidig har lavere aktivitet gitt behandlere anledning til å rydde i åpne dokumenter, som vises i en kraftig reduksjon de siste par månedene.

### ***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 spesielt håndhygiene og forebyggende tiltak.

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

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

## **Aktivitet**

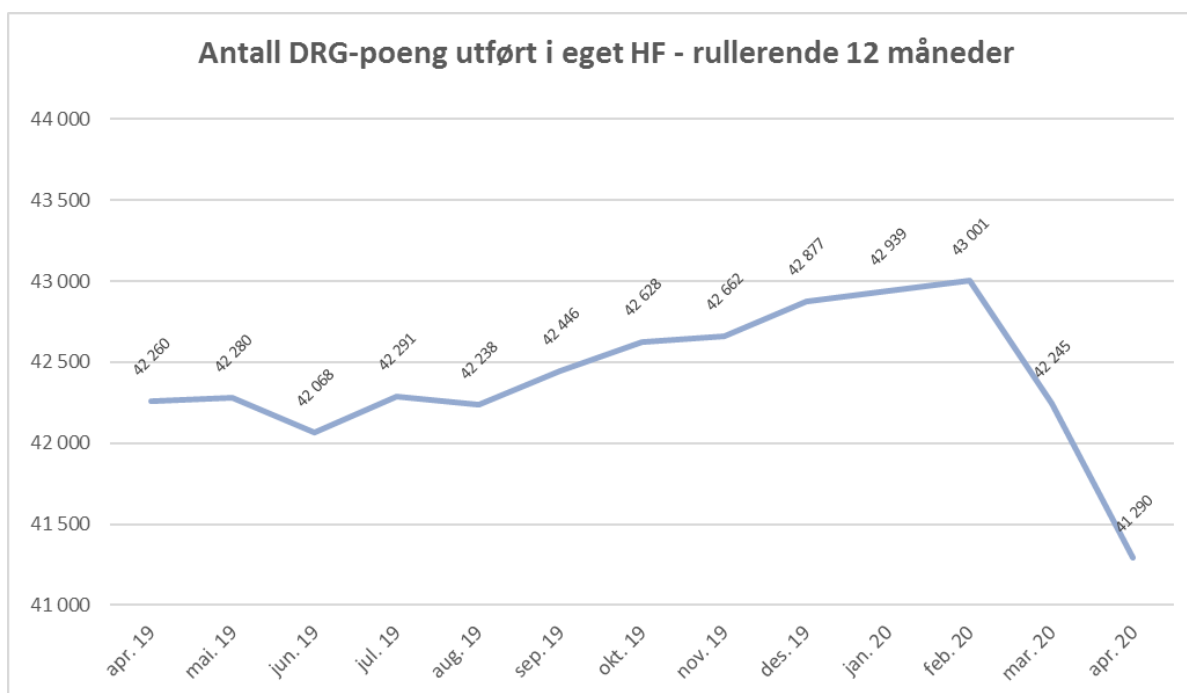
### **Somatikk**

Sykehuset Telemark har lagt ny grupper 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 4 måneder (døgn, dag, poliklinikk, legemidler) er 1.990 poeng lavere enn budsjettet. Budsjettavviket er forverret med hele 1.100 ISF-poeng i april grunnet den pågående Korona-situasjonen.

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

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



ISF-poeng	faktisk 4 m 20	bud. 4 m 20	avvik 4 m 20	faktisk 4 m 19	endring 2019-2020	endring 2019-2020	Budsjett 2020	Faktisk 2019
Kirurgisk klinikk	5 825	6 746	-921	6 742	-14 %	-917	19 686	19 412
Medisinsk klinikk	6 266	6 910	-644	6 798	-8 %	-532	20 364	19 911
Barne og ungdomsklinikken	879	1 082	-203	995	-12 %	-116	3 033	2 985
ABK	25	37	-12	38	-34 %	-13	100	99
Medisinsk serviceklinikk	139	199	-60	171	-19 %	-32	550	473
SSL	4	2	2	3	33 %	1	10	11
Felles	12		12	-201		213		
<b>Sum DRG-poeng behandlet i eget HF</b>	<b>13 150</b>	<b>14 976</b>	<b>-1 826</b>	<b>14 546</b>	<b>-10 %</b>	<b>-1 396</b>	<b>43 743</b>	<b>42 891</b>
- døgn	9 019	10 383	-1 364	10 119	-11 %	-1 100	30 411	30 124
- dagbehandling	1 755	1 863	-108	1 820	-4 %	-65	5 300	5 209
- poliklinikk	2 376	2 730	-354	2 607	-9 %	-231	8 032	7 558
<b>Sum DRG-poeng behandlet i eget HF</b>	<b>13 150</b>	<b>14 976</b>	<b>-1 826</b>	<b>14 546</b>	<b>-10 %</b>	<b>-1 396</b>	<b>43 743</b>	<b>42 891</b>
DRG-poeng pasienter fra andre regioner beh. i eget HF	92	72	20	58	59 %	34	210	188
DRG egne pasienter behandlet ved andre regioner/private	82	120	-38	90	-9 %	-8	360	331
DRG kreftmidler og dyre biologiske legemidler (H-reseptor)	827	933	-106	1 160	-29 %	-333	2 800	3 075
<b>Sum DRG-poeng i h.h.t. "sørge for"-ansvaret</b>	<b>13 967</b>	<b>15 957</b>	<b>-1 990</b>	<b>15 738</b>	<b>-11 %</b>	<b>-1 771</b>	<b>46 693</b>	<b>46 108</b>

Sykehusopphold	faktisk 4 m 20	bud. 4 m 20	avvik 4 m 20	faktisk 4 m 19	endring 2019-2020	endring 2019-2020	Budsjett 2020	Faktisk 2019
<b>Opphold behandlet i eget HF</b>								
- døgn - inkl. Nordagutu	7 628	9 635	-2 007	9 276	-18 %	-1 648	28 200	27 007
- dagbehandling	8 062	7 765	297	7 471	8 %	591	22 592	22 753
- poliklinikk	53 924	60 370	-6 446	57 734	-7 %	-3 810	178 333	168 047

Både antall sykehusopphold, antall liggedøgn og antall polikliniske konsultasjoner viser en markant nedgang i april grunnet den pågående Korona-situasjonen. Svikten i antall opphold og konsultasjoner i april måned var om lag 30 %. Akkumulert per 1. tertial har antall sykehusopphold vært 20 % færre enn budsjettet og 18 % færre enn i fjor. Antall polikliniske konsultasjoner har i 1. tertial vært 11 % færre enn budsjettet og 7 % 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.

<b>Polikliniske konsultasjoner</b>	<b>faktisk 4 m 20</b>	<b>bud. 4 m 20</b>	<b>avvik 4 m 20</b>	<b>faktisk 4 m 19</b>	<b>endring 2019-2020</b>	<b>Budsjett 2020</b>	<b>Faktisk 2019</b>
Kirurgi	23 688	28 780	(5 092)	27 217	(3 529)	85 030	80 676
Medisin	24 639	24 658	(19)	24 233	406	74 053	69 934
BUK	3 352	3 865	(513)	3 237	115	10 700	9 123
ABK	295	463	(168)	440	(145)	1 300	1 184
MSK	1 880	2 529	(649)	2 537	(657)	7 000	6 890
SSL	70	75	(5)	70	-	250	240
<b>STHF</b>	<b>53 924</b>	<b>60 370</b>	<b>(6 446)</b>	<b>57 734</b>	<b>(3 810)</b>	<b>178 333</b>	<b>168 047</b>
- herav telefonkonsultasjoner	4 114	846	3 268	-	4 114	2 500	-
- herav nye personellgrupper	410	1 168	(758)	-	410	3 450	-

**Kirurgisk klinikk** ligger 921 ISF-poeng bak budsjett pr april, som er en forverring fra forrige periode på 518 poeng. Hele avviket gjelder drifts- og aktivitetsendringer som følge av coronavirus. Elektiv aktivitet er i stor grad utsatt eller avlyst. Klinikken jobber med å normalisere driften og øke elektiv behandling, særlig på Notodden. Det er utfordrende å øke aktivitet i Skien i den grad lokaler (stuer, sengeposter) og personell er forbeholdt koronaberedskap.

Aktiviteten i **Medisinsk klinikk**, målt i ISF-poeng, har vært 643 poeng lavere enn budsjettet i 1. tertial. Som følge av utbruddet av coronavirus, ble sykehusdriften fra midten av uke 11 lagt vesentlig om, for kunne håndtere en forventet tilstrømming av pasienter. Dette førte til at budsjettavviket ble forverret med 325 ISF-poeng i mars. Budsjett-avviket i april måned var 359 poeng. Antall avdelingsopphold i Medisinsk klinikk i april var hele 25 % færre enn budsjettet og i fjor. Den polikliniske aktiviteten har i 1. tertial vært tilnærmet lik som budsjettet fjoråret. COVID-19 situasjonen har imidlertid resultert i en markant lavere poliklinikk- aktivitet i april måned; om lag 15% svikt i forhold til både budsjett og fjoråret. Antall dagbehandlinger har i 1. tertial vært 11 % høyere enn plan og 16 % høyere enn fjoråret.

**Barne- og ungdomsklinikken** har et negativt budsjettavvik på -200 ISF-poeng per april. Av dette kan om lag 90 poeng knyttes til redusert aktivitet pga. pandemisituasjonen (færre innleggelser på barneavdelingen og stor nedgang i poliklinisk aktivitet).

**Medisinsk serviceklinik** ligger 60 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 to siste månedene grunnet den pågående Korona-situasjonen. Sengepostene rapporterer at antall sykehusopphold hittil i år er 7,2 % lavere enn budsjettet og 7,6 % lavere enn fjoråret. Antall liggedager er 19 % lavere enn både budsjettet og målt mot fjoråret. Aktiviteten på sengepostene har falt veldig i april, og antall opphold i april er 27 % lavere enn i fjor, og antall liggedager er hele 37 % lavere enn i april i fjor innenfor PHV/TSB samlet.

<b>Døgnaktivitet liggedøgn</b>	faktisk apr.20	bud. apr.20	avvik apr.20	faktisk apr.19	endring 2019-2020	endring 2019-2020	Budsjett 2020	Estimat 2020	Faktisk 2019
Voksenpsykiatri	9 513	11 152	-1 639	11 115	-14 %	-1 602	32 500	32 500	32 556
Barne- og ungdomspsykiatri	601	1 018	-417	1 110	-46 %	-509	2 400	2 400	2 437
TSB / RUS	853	1 309	-456	1 266	-33 %	-413	3 900	3 900	3 929
<b>STHF</b>	<b>10 967</b>	<b>13 479</b>	<b>(2 512)</b>	<b>13 491</b>	<b>-18,7 %</b>	<b>(2 524)</b>	<b>38 800</b>	<b>38 800</b>	<b>38 922</b>

<b>Døgnaktivitet Utskrevne</b>	faktisk apr.20	bud. apr.20	avvik apr.20	faktisk apr.19	endring 2019-2020	endring 2019-2020	Budsjett 2020	Estimat 2020	Faktisk 2019
Voksenpsykiatri	497	548	-51	544	-9 %	-47	1 600	1 600	1 570
Barne- og ungdomspsykiatri	50	36	14	45	11 %	5	110	110	118
TSB / RUS	101	114	-13	112	-10 %	-11	390	390	393
<b>STHF</b>	<b>648</b>	<b>698</b>	<b>(50)</b>	<b>701</b>	<b>-7,6 %</b>	<b>(53)</b>	<b>2 100</b>	<b>2 100</b>	<b>2 081</b>

<b>Poliklinikk psykiatri</b>	faktisk apr.20	bud. apr.20	avvik apr.20	faktisk apr.19	endring 2019-2020	endring 2019-2020	Budsjett 2020	Estimat 2020	Faktisk 2019
<b>Antall ISF-konsultasjoner</b>									
BUP	10 624	11 401	-777	10 961	-3,1 %	-337	30 550	30 550	28 760
VOP	16 034	19 265	-3 231	18 515	-13,4 %	-2 481	52 950	52 950	49 840
- herav Helse og arbeid	124	146	-22	35	254,3 %	89	400	400	302
TSB	4 290	4 329	-39	4 005	7,1 %	285	11 900	11 900	11 197
<b>SUM</b>	<b>30 948</b>	<b>34 996</b>	<b>-4 048</b>	<b>33 481</b>	<b>-7,6 %</b>	<b>-2 533</b>	<b>95 400</b>	<b>95 400</b>	<b>89 797</b>
<b>ISF-poeng</b>									
BUP	2 739	3 770	-1 031	3 625	-24 %	-885	10 100	10 100	9 697
VOP	2 066	2 755	-689	2 680	-23 %	-613	7 600	7 600	7 269
- herav Helse og arbeid	17	31	-14	5	212 %	11	84	84	45
TSB	555	558	-3	527	5 %	27	1 540	1 540	1 512
<b>SUM</b>	<b>5 361</b>	<b>7 083</b>	<b>-1 722</b>	<b>6 832</b>	<b>-21,5 %</b>	<b>-1 471</b>	<b>19 240</b>	<b>19 240</b>	<b>18 478</b>

Antall konsultasjoner innenfor PHV og TSB viser per april et negativt budsjettavvik på 12 %, og resultatene er 8 % lavere enn fjoråret. Innenfor psykiatrien var den polikliniske aktivitetsnedgangen og budsjettavviket størst i mars, da det ble økt fravær og mange avlysninger. I april var aktiviteten på samme nivå som april i fjor, men lavere enn budsjettet. Det ble en vridning fra fysisk oppmøte til å gjennomføre konsultasjonene over telefon og video. Budsjettavviket i antall konsultasjoner i april måned isolert var på 8 % samlet innenfor PHV/TSB. Antall ISF-poeng ga et høyere negativt budsjettavvik enn konsultasjonene, da mange av oppmøte-konsultasjonene ble erstatt av telefonkonsultasjoner som har lavere DRG-vekt. ISF-avviket samlet innenfor PHV/TSB var i april på hele 43 %.

## 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 32 dager, BUP med 36 dager og TSB med 30 dager.

## 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 april 3048, noe som er 3,9 % over budsjettert bemanningsforbruk, og 3,1 % høyere enn i april i fjor. Det er i april utbetalt 108 månedsverk direkte knyttet til den økte beredskapen som følge av pandemien.

Brutto månedsverk ved utgangen av april er 2,0 % høyere enn budsjettert og 0,7 % høyere enn på samme tid i fjor. Dette skyldes dels Korona-situasjonen og dels at forbedringsarbeidet i klinikkene ved utgangen av april har realisert mindre effekter enn lagt inn i (flat) periodisering i budsjettet.

Bemanningsstallene for mai viser en nedgang fra 108 til 96 utbetalte månedsverk direkte knyttet til Korona-situasjonen. Bemanningsforbruket er med andre ord fremdeles veldig høyt, noe som gir betydelig usikkerhet mht forbruk av årsverk i 2020.

### **Økonomi**

Sykehuset Telemark rapporterer et negativt driftsresultat på – 56,9 millioner kroner per april. Dette er 66,9 millioner kr. svakere enn periodisert styringsmål. Dette er en resultatforverring i april på 27,7 millioner kr. Korrigert for økonomisk effekt av Korona-situasjonen er resultatet hittil i år beregnet til 8,5 millioner kr, mot budsjett 10,0 millioner kr.

Resultatet i april er sterkt påvirket av pandemisituasjonen. Det er identifisert ekstra kostnader på om lag 12 millioner kr, og inntektstapet er beregnet til 30 millioner kroner. Samtidig fører Korona-situasjonen også til lavere kostnader på noen områder; -sykepengerefusjoner knyttet til koronasykdom og karantene er beregnet til 2,7 mill kroner i april, og gjestepasientkostnadene er redusert i størrelsesorden 8,5 mill kroner. Det er også identifisert noe innsparing på varekost, kurs og reiser på grunn av lavere aktivitet. Samlet effekt av koronaberedskap og tiltak er derfor beregnet til om lag 30 millioner kroner i april.

Resultat for april eksklusiv økonomisk effekt av korona-situasjonen er beregnet til 2,2 millioner kroner, om lag som budsjettert.

<b>Regnskapsresultat pr.april 2020</b>	<b>regnskap april</b>	<b>budsjett april</b>	<b>avvik april</b>	<b>Budsjett 2020</b>	<b>Prognose 2020</b>	<b>avvik 2020</b>
Basisramme	830 316	830 316	-0	2 424 871	2 424 871	-
Kvalitetsbasert finansiering	5 657	5 657	-	16 971	16 971	-
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	246 898	281 992	-35 094	822 500	822 500	-
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	54 051	62 122	-8 070	182 824	182 824	-
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	16 941	22 383	-5 442	60 798	60 798	-
ISF fritt behandlingsvalg	-	-	-	-	-	-
ISF refusjon pasientadministrerte legemiddel (H-resepter)	18 962	21 377	-2 415	64 131	64 131	-
Utskrivningsklare pasienter	8 915	6 644	2 272	19 931	22 931	3 000
Gjestepasienter	7 013	6 399	614	17 832	17 832	-
Konserninterne gjestepasientinntekter	29 430	30 018	-588	88 592	88 592	-
Polikliniske inntekter	32 750	34 463	-1 712	100 394	100 394	-
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake	-	-	-	-	-	-
Andre øremerkede tilskudd	6 039	5 524	515	16 572	16 572	-
Andre driftsinntekter	83 995	87 484	-3 489	267 138	267 138	-
<b>SUM DRIFTSINTEKTER</b>	<b>1 340 968</b>	<b>1 394 377</b>	<b>-53 409</b>	<b>4 082 555</b>	<b>4 085 555</b>	<b>3 000</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	14 107	13 636	-471	40 497	40 497	-
Kjøp av private helsetjenester	39 189	35 035	-4 154	107 785	110 785	-3 000
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	159 834	159 957	123	479 829	479 829	-
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	5 377	4 779	-598	13 760	13 760	-
Konserninterne gjestepasientkostnader	87 976	97 413	9 436	286 747	286 747	-
Lønn til fast ansatte	656 978	650 136	-6 841	1 872 025	1 872 025	-
Overtid og ekstrahjelp	39 620	28 097	-11 523	88 332	88 332	-
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	78 510	119 953	41 442	345 396	226 066	119 331
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-41 376	-35 625	5 751	-105 088	-105 088	-
Annen lønn	106 465	105 841	-624	297 781	297 781	-
Avskrivninger	33 438	33 834	396	102 595	102 595	-
Nedskrivninger	-	-	-	-	-	-
Andre driftskostnader	182 557	177 367	-5 190	539 511	539 511	-
<b>SUM DRIFTSKOSTNADER</b>	<b>1 362 676</b>	<b>1 390 423</b>	<b>27 747</b>	<b>4 069 171</b>	<b>3 952 840</b>	<b>116 331</b>
<b>DRIFTSRESULTAT</b>	<b>-21 707</b>	<b>3 955</b>	<b>-25 662</b>	<b>13 384</b>	<b>132 715</b>	<b>119 331</b>
Finansinntekter	7 219	6 849	370	19 647	19 647	-
Finanskostnader	1 000	804	-196	3 032	3 032	-
<b>FINANSRESULTAT</b>	<b>6 218</b>	<b>6 045</b>	<b>173</b>	<b>16 616</b>	<b>16 616</b>	<b>-</b>
<b>(ÅRS)RESULTAT</b>	<b>-15 489</b>	<b>10 000</b>	<b>-25 489</b>	<b>30 000</b>	<b>149 331</b>	<b>119 331</b>
Pensjonskostnader	-41 442	-	-41 442	-	-119 331	-119 331
<b>RESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER</b>	<b>-56 931</b>	<b>10 000</b>	<b>-66 931</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 og april skyldes pandemisituasjonen.

Avviket i **Kirurgisk klinikk** er pr april -27,2 millioner kroner. Av dette gjelder – 25 millioner effekten fra koronasituasjonen, herunder inntektstap på -23,5 millioner kroner, kostnadsøkning på 2,6 millioner kroner, og kostnadsbesparelse på 1 million kroner. Resterende 2 millioner gjelder utrykninger, overtid og uforutsette vakter, samt større innkjøp av instrumenter per februar. Det jobbes med å utarbeide bedre vakt- og turnusplaner, samt avvikle ferie og permisjoner der det er mulig, men det er mange avhengigheter internt og mellom klinikkene som gjør ressursplanleggingen utfordrende sammen med omstillingene i forbindelse med koronaberedskapen.

**Medisinsk klinikk** har et negativt avvik på -25,7 millioner kroner pr 1. tertial. En betydelig del av dette skyldes lavere ISF-inntekter (ca. 14 millioner kroner) og høyere lønnskostnader (ca. 3 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 3,2 millioner kroner av budsjettavviket hittil i år.

Videre har kostnadene knyttet til dyre kreftlegemidler belastet regnskapet med 4,7 MNOK mer enn budsjettet i 1. tertial.

Resultater pr. klinikk vises i tabellen under:

BUDSJETTAVVIK per april 2020	lønn	andre driftskostnader	driftsinntekter	Sum	herav manglende effekt forbedrings-tiltak	herav akkumulert effekt korona
<b>Kirurgi</b>	-5 197	520	-22 524	-27 201	-1 223	-25 085
<b>Medisin</b>	-2 370	-9 373	-13 981	-25 724	-2 667	-19 300
<b>Barne- og ungdomsklinikken</b>	1 385	-1 086	-7 472	-7 174	-91	-5 100
<b>Akutt og beredskap</b>	-9 602	-3 405	-153	-13 159	-889	-10 300
<b>Medisinsk serviceklinikk</b>	831	-81	-3 451	-2 701	-144	-5 260
<b>Psykatri og rus</b>	742	-195	-2 313	-1 766	-	-2 844
<b>Service og systemledelse</b>	-1 140	3 276	-1 581	555	-1 495	431
<b>SUM klinikker</b>	<b>-15 350</b>	<b>-10 344</b>	<b>-51 476</b>	<b>-77 170</b>	<b>-6 509</b>	<b>-67 458</b>
<b>Administrasjon</b>	-505	2 580	-2 171	-97	-275	-650
<b>Kjøp og salg av helsetjenester</b>		10 027	-3 817	6 210		8 500
- biol.legemidler og kreftmidler		3 606	-2 557	1 049		
- somatikk		9 612	-968	8 644		8 500
- psykiatri og TSB		-3 191	-292	-3 483		
<b>Felles poster</b>	<b>2 618</b>	<b>-2 547</b>	<b>4 055</b>	<b>4 126</b>	-	-5 870
<b>BUDSJETTAVVIK per april 2020</b>	<b>-13 237</b>	<b>-285</b>	<b>-53 409</b>	<b>-66 931</b>	<b>-6 784</b>	<b>-65 478</b>

**Barne- og ungdomsklinikken** har et negativt avvik per april på -7,2 millioner kroner. Av dette er 5 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 0,4 millioner kroner.

**Akutt og beredskapsklinikken** har et resultat til og med april på -13,1 millioner kroner. Herav er det identifisert 11,5 millioner kroner som er knyttet til Covid-19. Hovedårsaken er avvik på lønn og driftskostnader, og noe inntektstap. Etablering av ekstra akuttmottak for Koronapasienter og utvidet intensivkapasitet på Intensiv 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 april er 6,65 %, korrigert for effekten av Covid-19; 5,83 %. Klinikkens mål for 2020 er 5%.

**Medisinsk serviceklinikk** har et negativt avvik på 2,7 millioner kroner per april. Det er beregnet et inntektstap hittil på 6,2 millioner kroner som følge av nedgang i aktiviteten innen laboratoriemedisin, radiologi og fertilitetsbehandling. Det er identifisert økte kostnader på 0,7 millioner kroner. Sparte reagenskostnader pga. færre analyser samt redusert innleie av radiologer pga karantenebestemmelser og utreiseforbud, utgjør om lag 1,6 millioner kroner.

**Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling** leverer et negativt budsjettavvik på 1,7 millioner kroner per april, noe som er en resultatforverring på 0,9 millioner. Det er identifisert 2,8 millioner

kroner som er knyttet til Covid-19. Resultatforverringen som følge av Covid-19 består av et inntektstap på 1,8 millioner kroner, og den resterende millionen er økte lønnskostnader. Klinikken har i både mars og april benyttet 8 månedsverk som direkte følge av Covid-19.

**Service- og Systemledelse** har per april et resultat på 0,5 millioner kroner i pluss. Denne betydelige forbedringen kommer av 2 ting: for det første er april-resultat periodiseringskorrigert når det gjelder MTU serviceavtaler. En rekke leverandører fakturerte årsbeløp mye tidligere enn i 2019. Faktisk fakturainngang 2019 ligger til grunn i 2020 periodiseringen. Korrigering skjedde etter gjennomgang av årsbudsjett/års-avtaler med medisinsk teknisk avdeling. Den andre effekten kommer pga. Covid-19 og en hel månedseffekt av redusert aktivitet for pasientreiser. Driftsresultat til klinikken ligger både med (+0,5 millioner kroner) eller uten (+0,1 millioner kroner) Covid-19 effekt i pluss. Det betyr at klinikken har innfridd hele merverdikravet 2020 så langt, selv om den uløste delen (1,2 millioner kroner per 4 måneder) ikke er konkretisert med tiltak. Klinikken har et negativt avvik på lønnskostnader (-1,1 millioner kroner) men i dette ligger 1,7 millioner kroner lønnskostnader pga. korona. Klinikken begynte arbeidet med merverdikrav 2021 i mars og fortsetter med konkretisering av den i tiden før sommerferien. Brutto årsverk er akkumulert 4 årsverk over budsjett (inkl. merforbruk pga. korona).

**Administrasjonen** har et april-resultat på 100.000 under budsjett. Resultatforverringen i april skyldes ekstra forbruk av ressurser i HR-avdelingen i forbindelse med pandemiberedskapen (overtid), ikke realisert merverdikrav i BHT og forsinkelser i utfakturering av BHT avtaler for Midt Telemark kommuner.

**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 er redusert i mars og april som følge av kostnadsførte byggeprosjekter i etablering av koronaberedskapen, samt lavere inntekter grunnet betydelig færre utskrivningsklare pasienter i april.

## **Tertialvise forhold**

### **Forskning**

Så langt i 2020 har forskere ved STHF vært medforfattere på tyve vitenskapelige publikasjoner som gir uttelling i inntektsmodellen for forskning. To overleger ved STHF disputerte for doktorgraden i januar og februar hvorav den ene disputasen markerte fullføring av et langvarig klinikknært forskningsprosjekt ved akutt og beredskapsklinikken ved sykehuset. Dette er det første PhD-prosjektet som har vært gjennomført i ABK. Det er forventet flere disputaser i 2020 og to av dem vil gjennomføres som digitale disputaser denne våren; en innen kardiologi og en innen demens og alderspsykiatri. Flere forskningsprosjekter er satt på vent i forbindelse med beredskapssituasjonen ved sykehuset som følge av koronapandemien. Samtidig har vi jobbet med å starte opp flere nye forskningsprosjekter tilknyttet koronapandemien. Vi er med på en nasjonal multisenterstudie der effekt og sikkerhet av antivirale legemidler mot SARS-CoV-2 prøves ut. Vi vil også delta i en nasjonal multisenterstudie der bruk av ultralyd i akuttevaluering av pasienter med mistenkt COVID-19-infeksjon testes ut. Vi har også planlagt en studie der vi ønsker å kartlegge risikofaktorer, smittespredning og forekomst av SARS-CoV-2 IgG antistoff i Telemark og enda flere forskningsideer knyttet til korona diskuteres fortløpende. En person er omdisponert til forskningsavdelingen for å jobbe med korona-studiene.

Arbeidet med ny forskningsplanen for neste treårs periode er noe utsatt da forskningsaktiviteten dreide fokus i forbindelse med koronapandemien. Den skal likevel etter planen behandles i direktørens ledergruppe i juni.

Tilbud fra sykehuspartner om nytt sikret filområde for personsensitive data til forskning er akseptert og det forventes at alle forskningsprosjekter skal flyttes over på nytt filområde i løpet av 2020.

Tre forskere med hovedstilling ved STHF er innstilt til akademiske bistillinger ved UiO i 2020.

Barne- og ungdomsklinikken har fått forskningsmidler fra HSØ til å gjennomføre et forskningsprosjekt som skal evaluere en ny behandlingsform for barn som er utsatt for traumer i nære relasjoner. Dette er en del av en større satsning på forskning i barne- og ungdomspsykiatrien.

Det er usikkert hvordan koronapandemien vil påvirke forskningsaktiviteten ved sykehuset framover, men det er mulig at sykehuset vil se en lavere forskningsproduksjon i form av færre vitenskapelige artikler i 2020 sammenliknet med foregående år.

### **HMS/ arbeidsmiljø**

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

Disse HMS indikatorene rapporteres også internt for oppfølging av utvikling og effekt av tiltak både til AMU, ledergruppe og styre.

Sykehuset vil fra 2020 starte å klassifisere alle HMS avvik som meldes i avvikssystemet (TQM). Dette vil gi bedre grunnlag for å forstå årsak til avvik/ hendelser og bidra til en mer målrettet oppfølging av disse.

#### HMS indikatorer 1. tertial 2020

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

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

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

HMS/ Arbeidsmiljøindikatorer 3. tertial 2019 og 1. tertial 2020		
Indikator/ tertial	3. tertial 2019	1. tertial 2020
Fraværsskader	11	5
Antall registrerte HMS hendelser	123	122
Antall lukkede HMS hendelser	86	61
Antall registrerte vold og trusselhendelser (somatikk)	9	7
Antall registrerte vold og trusselhendelser (psykiatri)	50	50
Totalt antall vold og trussel hendelser registrert	59	57

Det har vært en stor reduksjon i antall fraværsskade-meldinger fra sist tertial og vi ser en nedgang spesielt i fall-hendelser der mange var knyttet til snø/is i uteområde. Antall registrerte HMS hendelser og hendelser innen vold og trusler er stabilt fra sist tertial. Lukking av HMS hendelser har gått noe ned og bør følges opp til neste tertial.

#### **Pasientsikkerhet: I trygge hender 24/7:**

De nasjonale målene for å redusere pasientskader, bedre pasientsikkerhetskulturen, og å skape varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring står fast i arbeidet med pasientsikkerhet også ved STHF i år. 13. mai 2020 sendes den andre elektroniske prevalensundersøkelsen ut til sykehusets seksjoner. I en tid hvor mange av sykehusets pasienter og personell er omlokalisert til andre avdelinger og seksjoner ved sykehuset erkjennes viktigheten av fokus på pasientsikkerhet, og man velger derfor å opprettholde plan om å sende ut prevalensundersøkelse for å understøtte det viktige arbeidet med pasientsikkerhet. Arbeidet ved medisinsk sengepost på Notodden med implementering av innsatspakken tidlig oppdagelse av sepsis er midlertidig satt på vent da hele denne personalgruppen er omlokalisert i forbindelse med beredskapssituasjonen rundt Covid-19.

Helsedirektoratet publiserte 4. mai 2020 en endring i innsatspakken «tidlig oppdagelse av forverret tilstand.» Denne innsatspakken har blitt gjort om til et nasjonalt råd. Det nye nasjonale rådet heter nå «Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand.» Kunnskapsgrunnlaget i pakken er oppdatert, og det er utgitt 8 råd med praktisk informasjon om hvordan rådene kan følges. STHF planlegger å implementere disse rådene i pasientsikkerhetsarbeidet framover. Videre arbeid med å øke samstemmingsraten på legemidler er i framdrift. Ny farmasøyt er ansatt og vil tiltre stillingen med bl.a. å bistå akuttmottaket med samstemming av legemidler i august 2020. Kartleggingen for å gjennomføre denne endringen vil som planlagt gjennomføres i mai og juni. Målet er å bistå legene i akuttmottak med å gjennomføre samstemming av legemiddellister samt å kunne øke kompetansen på samstemming hos denne gruppen.

Ledelse av pasientsikkerhet er viktig i arbeidet med pasientsikkerhet. Det er gjennomført to pasientsikkerhetsvisitter så langt i 2020. Det er et mål å gjennomføre totalt 6 slike i år.

### Eksterne tilsyn og revisjoner

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

God forberedelse og oppfølging av tilsyn og revisjoner er en sentral del av det systematiske forbedringsarbeidet som skal sikre kvalitet og sikkerhet for både pasienter og ansatte. Det er et mål at hvert tilsyn ikke bare skal følges opp i revidert enhet, men bidra til læring på tvers i hele organisasjonen. For å bidra til å oppnå dette presenteres tilsyn og revisjoner, som anses å ha relevans utover aktuell enhet i ledergruppen.

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

Tid	Tilsyns-organ	Enhet	Tema	Funn	Handlingsplan/tiltak	Status
Okt 2017 – jan 2018	Konsernrevisjon	STHF	<i>Om det er etablert en hensiktsmessig, overordnet styrings- og forvaltningsmodell for GAT i hele foretaksgruppen, og om denne fungerer etter hensikten.</i>	3 anbefalinger	Presentert i egen styresak 23.05.2018	Konsernrevisjonens oppfølging av tiltaksarbeid etter revisjon "Forvaltning av GAT" i 2017. Tiltak er i all hovedsak gjennomført og i tråd med anbefalingene i revisjonsrapporten. Gjenstående tiltak er satt i bero i påvente av implementering av ny kompetanseportal i 2020.

Tid	Tilsynsorgan	Enhet	Tema	Funn	Handlingsplan/tiltak	Status
Jan-mars 2019	Konsernrevisjonen	BUP	<i>Likeverdige og forutsigbare helsetjenester – innføring av pakkeforløp</i>	Det er i rapporten gitt 3 anbefalinger.	Handlingsplan med konsernrevisjonens anbefalinger.  Rapport presentert for styret i juni 2019  Oppfølging pågår.	Det siste tiltaket i handlingsplanen som gjelder forbedret system og struktur i pasientjournalen, gjennomføres innen sommeren 2020.
Mars 2019	Arbeidstilsynet	Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling, avdeling 19A og 19B	<i>Vold og trusler</i>	Tilsynsrapport mottatt 8/5: Varsel om 5 pålegg. 1) Vold, trusler om vold og uheldige belastninger - kartlegging, risikovurdering, tiltak og plan 2) Vold og trusler - opplæring 3) Samordning HMS-arbeid - skriftlig avtale 4) Bedriftshelsetjeneste - plan for bistand 5) Oppfølging av arbeidsulykke - rutine		Arbeidstilsynet fattet vedtak om at pålegg var oppfylt. 20.04.20
April 2019	Arbeidstilsynet	Medisinsk klinikk, Seksjon Moflata 3. etg.	<i>Arbeidsmiljølovens krav om å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade.</i>	Pålegg - Kartlegging av organisatoriske- og psykososiale arbeidsmiljøfaktorer		Arbeidstilsynet fattet vedtak om at pålegg var oppfylt i januar 2020.
Feb. 2020	Det norske Veritas	Avdeling for Arbeidsmedisin	<i>Resertifisering ISO 9001:2015</i>	Ingen avvik.  <i>Konklusjon: Høy grad av styring og kontroll</i>		Ingen oppfølging.
Feb. 2020	Det norske Veritas	Fertilitets-klinikken Sør	<i>Resertifisering ISO 9001:2015</i>	2 avvik		Oppfølging pågår.



Tid	Tilsynsorgan	Enhet	Tema	Funn	Handlingsplan/tiltak	Status
Aug. 2019	Helse-tilsynet	Kirurgisk klinikk, Medisinsk serviceklinikk	<i>Håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev</i>	1 avvik – Mangler dokumentasjon og innhenting av godkjenning (Beinbanken)		Avvik korrigert og tilsynet avsluttet 8. januar 2020.
Uke 38-19	DNV-GL	STHF	<i>Periodisk revisjon miljøsystem, ISO 14001</i>	6 avvik kategori 2, 10 observasjoner	Tiltaksplan godkjent.	Oppfølging av tiltak pågår. Forsinkelser pga. koronaberedskap.
Okt. 2019	Vest-Telemark brannvesen IKS	Seljord	<i>Brannforebyggende tiltak</i>	2 avvik, 1 anmerkning		Ingen utestående avvik.
29.-30. oktober 2019	Statens legemiddelverk SLV	Avdeling for laboratoriemedisin Blodbanken, Skien, Porsgrunn og Kragerø	<i>Tilvirkning av blod og blodkomponenter</i>	2 avvik		Tilsynet avsluttet.
2.-5.12. 2019	Fylkesmannen	Landsomfattende tilsyn, STHF	<i>Tilsyn med spesialisthelsetjenester til utlokaliserte pasienter</i>	Konklusjon: Fylkesmannen konkluderte imidlertid med mangler ved ledelsens kontroll og oppfølging av risikoreducerende tiltak ved utlokalisering av pasienter.	Opprinnelig frist utsatt til 1. juni pga Covid-19 pandemien	Handlingsplan under arbeid.
Nov 2019	Skagerak Energi	Ulefossvegen 49	<i>Tilsyn av elektrisk anlegg</i>	21 avvik	Frist rettelse: 5. mars 2020	Avvik lukket og tilsynet avsluttet.
Nov 2019	Skagerak Energi	Ulefossvegen 55	<i>Tilsyn av elektrisk anlegg</i>	2 avvik	Frist rettelse: 12. mars 2020	Avvik lukket og tilsynet avsluttet.
Jan 2020	Arbeidstilsynet	Klinikk for psykiatri og rusbehandling	<i>Postaltilsyn etter arbeidsulykke desember 2019.</i>		Hendelsesanalyse	Arbeidstilsynet lukker saken uten å varsle pålegg.

Tid	Tilsynsorgan	Enhet	Tema	Funn	Handlingsplan/tiltak	Status
Mai/juni 2020	Konsern revisjonen	STHF	<i>Varsling – system for å håndtere varsler om kritikkverdige forhold ved Sykehuset Telemark HF</i>			Revisjonen ble varslet i februar 2020, men utsatt på grunn av Covid-19 pandemien. Vil etter planen gjennomføres i mai/juni.

### Uønskede hendelser og klagesaker

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

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

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

Tabellen under viser utvikling og status for uønskede pasienthendelser:

Rapportering	Uønskede pasienthendelser	Varsel om alvorlige pasienthendelser til Statens helsetilsyn og Ukom (§ 3-3a)
Resultat 2016	1039	25
Resultat 2017	923	19
Resultat 2018	934	22
1. tertial 2019	346	8
2. tertial 2019	334	4
3. tertial 2019	398	6
Resultat 2019	1078	18
<b>1.tertial 2020</b>	<b>355</b>	<b>1</b>

Uønskede pasienthendelser holder seg stabilt med 355 meldte hendelser i første tertial. Det er kun det meldt inn én § 3-3a sak til Statens helsetilsyn og Ukom. Saken ble avsluttet etter den innledende undersøkelsen, der tilsynet konkluderte med at det ikke fremkom informasjon som tilsa vesentlig svikt

i den helsehjelpen som ble gitt pasienten av spesialisthelsetjenesten. Det er KPR som har meldt inn saken. Det er ikke meldt inn noen § 3-3a saker fra de somatiske klinikkene.

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

Rapportering	Pasientklager	Hendelsesbaserte tilsynssaker	NPE-saker	Annet	Sum totalt
Resultat 2016	157	51	121	12	333
Resultat 2017	133	29	122	13	280
Resultat 2018	138	45	131	16	330
1.tertial 2019	71	12	36	2	121
2.tertial 2019	79	12	29	-	120
3.tertial 2019	71	14	39	2	128
Resultat 2019	221	38	104	4	369
<b>1.tertial 2020</b>	<b>48</b>	<b>11</b>	<b>34</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

Sammenlignet med utviklingen i 2019, er antall tertialvise pasientskader per første tertial redusert. Antallet pasientklager var markant høyere i 2019 i forhold til tidligere år. Hendelsesbaserte tilsynssaker holder seg jevnt, det samme gjør antall NPE- saker.

### Informasjonssikkerhet og GDPR

Covid-19 har endret noe på risikobildet i negativ retning, bl.a. pga utvidede tilganger, hjemmekontor, fjernaksess for leverandører og risiko for at leverandører går konkurs. Det er etablert videokonsultasjon med pasienter for å redusere risiko for smitte. Denne løsningen er risikovurdert og tiltak er iverksatt.

Når det gjelder det løpende arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern kan nevnes at arbeidet med protokoll etter Artikkel 30 er ferdigstilt i første versjon. Det videre arbeidet er avhengig av at den regionale IT-løsningen for protokoll leveres. Ledelsessystemet for informasjonssikkerhet og personvern er implementert.

Det pågår et arbeid med å beskrive rammene for arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern ved sykehuset. Blant elementene som blir omhandlet er roller, ansvar, ressurser og organisering av området, samt oppgaver og forbedringstiltak som vil stå sentralt i arbeidet. Dette legges frem for ledergruppen i juni 2020. Inkludert i arbeidet er håndtering av informasjonssikkerhet og personvern i forbindelse med avtaleinngåelse og spesielt MTU anskaffelser.

# Virksomhetsrapport

April 2020

## Innhold

1. Hovedmål

2. Pasient

3. Bemanning

4. Aktivitet

5. Kvalitetsindikatorer

6. Økonomi

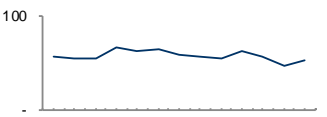
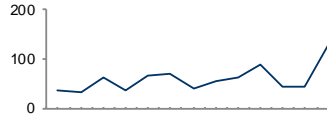
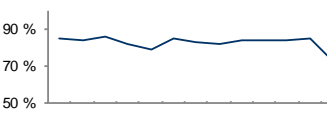

7. Klinikker

# Oppsummering

**april 2020**

Sykehuset Telemark	Faktisk Hiå	Budsjett Hiå	Avvik Hiå	Hiå 2019	Årsbudsjett	Årsestimat	Avvik
<b>Kvalitet per måned</b>							
Ventetid påstartet, denne periode	52			54			
Ventetid ventende, denne periode	82			59			
Antall fristbrudd påstartet, denne periode	129			31		0	
Antall fristbrudd venter, denne periode	306			29		0	
<b>Aktivitet</b>							
<b>ISF-poeng somatikk</b>							
"Sørge for" (døgn, dag og polkl.)	13 140	15 024	-1 884	14 578	43 893	43 893	-
Legemidler	828	933	-105	1 160	2 800	2 800	-
Totalt antall ISF poeng "sørge for"	13 967	15 958	-1 991	15 738	46 693	46 693	-
Utført eget HF/Sykehus	13 150	14 976	-1 826	14 546	43 743	43 743	-
<b>ISF-poeng Psyk</b>							
Voksenpsykiatri og TSB	2 639	3 314	-675	3 207	9 140	9 140	-
Barne- og ungdomspsykiatri	2 722	3 770	-1 048	3 624	10 100	10 100	-
<b>Polikliniske konsultasjoner</b>							
Somatikk	53 924	60 370	-6 446	57 734	178 350	178 350	-
VOP	16 034	19 266	-3 232	18 515	52 950	52 950	-
BUP	10 624	11 401	-777	10 961	30 550	30 550	-
TSB	4 290	4 329	-39	4 005	11 900	11 900	-
<b>Bemanning</b>							
Brutto månedsverk	2 986	2 927	-59	2 949	2 954	2 954	-
Innleie helsepersonell	5 377	4 779	-598	8 493	13 760	13 760	-
Lønn til fast ansatte	656 978	650 136	-6 841	628 084	1 872 025	1 872 025	-
Overtid og ekstrahjelp	39 620	28 097	-11 523	34 403	88 332	88 332	-
Sykefravær (forrige måned)	8,67			7,58			
<b>Økonomi (hele tusen)</b>							
Driftsinntekter	1 340 968	1 394 377	-53 409	1 355 311	4 082 555	4 085 555	3 000
Driftskostnader	1 362 676	1 390 423	-27 747	1 365 949	4 069 171	3 952 840	-116 331
Netto finansresultat	6 218	6 045	173	4 979	16 616	16 616	-
Pensjon	-41 442	-	-41 442	8 020	-	-119 331	-119 331
Årsresultat	-56 931	10 000	-66 931	2 361	30 000	30 000	-

## Regionale hovedmål

Hovedmål	Mål 2020	Utvikling siste	Status	Resultat	Resultat
		12 mnd	2018	2019	apr.20
Gjennomsnitt ventetid somatikk redusert til 60 dager. Ordinært avviklede pasienter.	50		55	55	54
Pasienten opplever ikke fristbrudd (påstartet)	Antall brudd		34	62	129
	Andel av med frist		1,3 %	2,2 %	6,4 %
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	-56,9 mill
	Budsjettavvik		-21,1 mill	12,8 mill	-66,9 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 2019	86 %	86 %	
Korridorpasienter	0 %		0,7 %	1,5 %	1,1 %

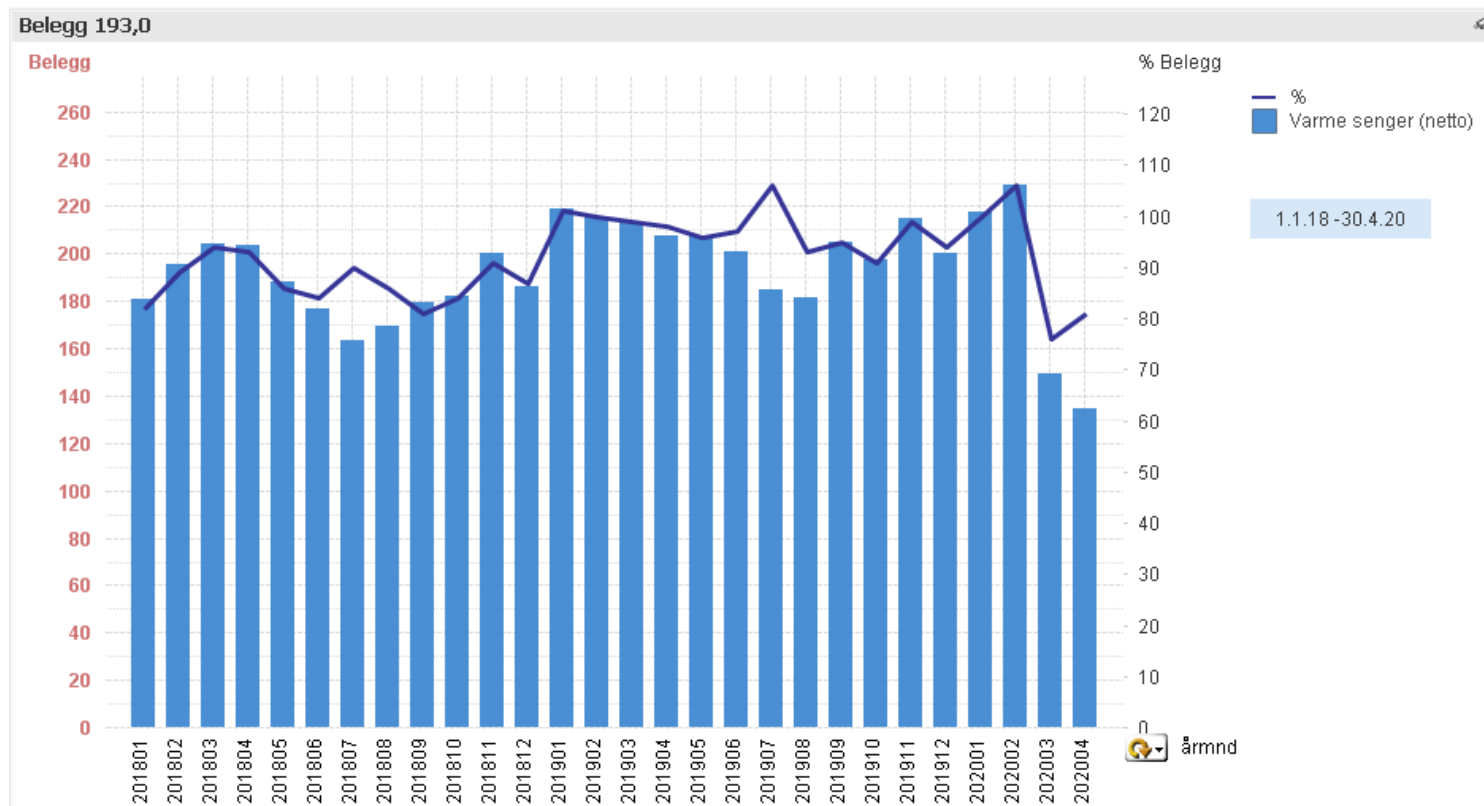
Prioriteringsregelen - status hittil i år	Antall dager		% endring hittil i år 2019-2020					
	Ventetider påstartet		Ventetider påstartet		Polikliniske konsultasjoner		Kostnader per 1. tertial	
	Hiå '20	Hiå '19	Somatikk	Psykiatri/TSB	Somatikk	Psykiatri/TSB	Somatikk	Psykiatri/TSB
April 2020								
STHF	55	54					2,2 %	
SOMATIKK	56	55	2 %		-7 %		2,5 %	
BUP	36	29		25 %		-3 %		6,0 %
VOP	31	38		-17 %		-13 %		-2,2 %
TSB	30	26		17 %		7 %		18,3 %
<b>Endring pr klinikk</b>	0	0						
(01) Kirurgisk klinikk	65	68	-3 %		-12 %			
(02) Medisinsk klinikk	47	41	15 %		0 %			
(03) Barne- og ungdomsklinikken, somatikk	52	34	54 %		7 %			
(303) Avdeling for barn og unges psykiske helse	36	29		25 %		-3 %		
(06) Akutt og beredskap	65	61	7 %		-33 %			
(07) Medisinsk Serviceklinikk	42	38	9 %		-26 %			
(09) Klinikk for psykisk helsevern, VOP	31	38		-17 %		-13 %		
(09) Klinikk for psykisk helsevern, TSB	30	26		17 %		7 %		
(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.

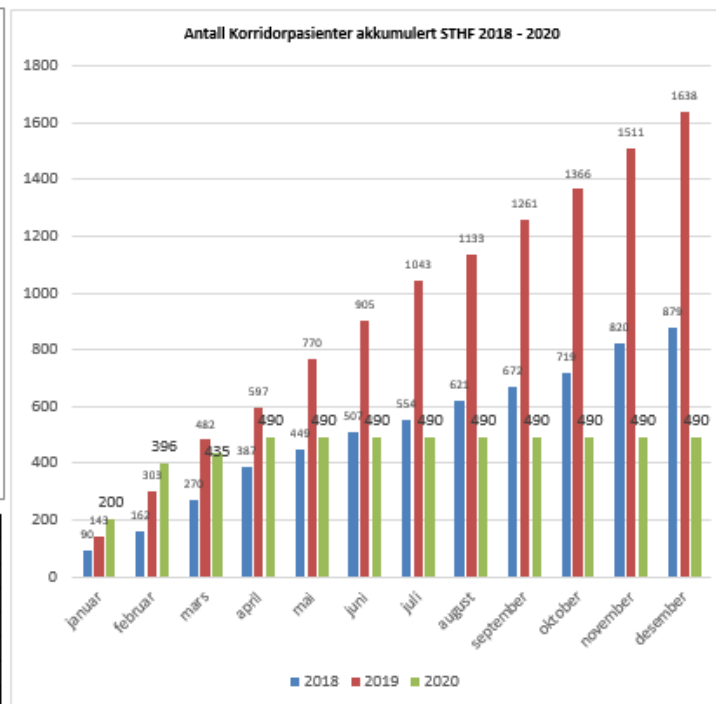
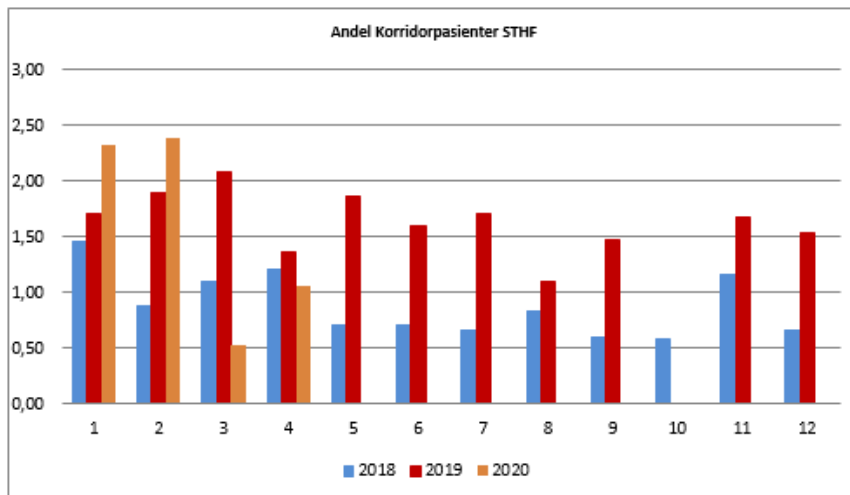


Antall postopphold, ved f.eks permisjoner blir både oppholde før, selve permisjon og etter telt som selvstendige postopphold. Tallene blir tilsvarende "blåst opp" ved tekniske postopphold

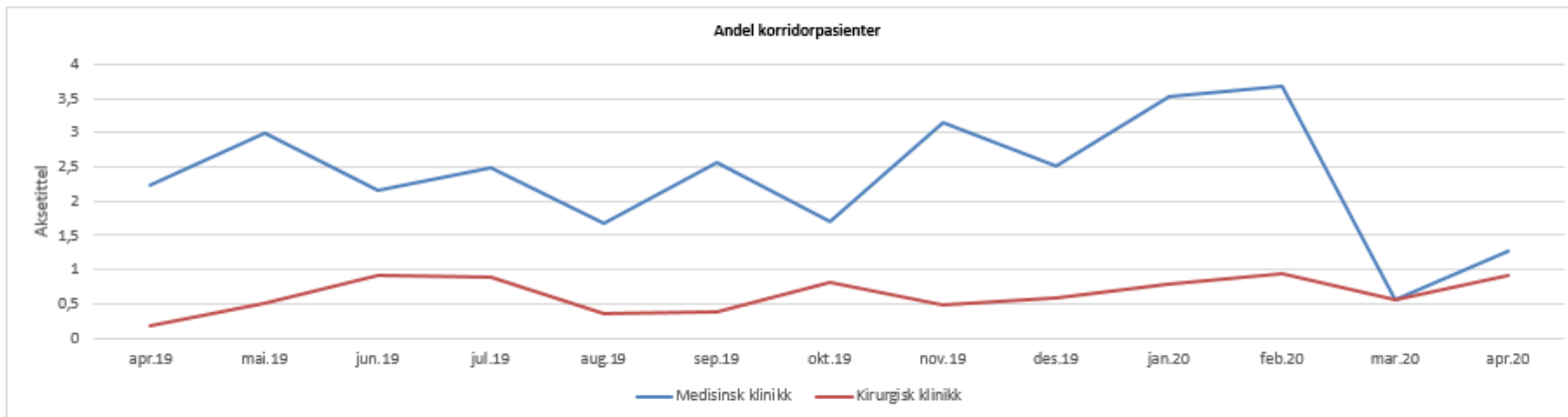


Senger i bruk for somatiske sengeposter.  
Tekniske poster utelatt.

## Korridorpasienter



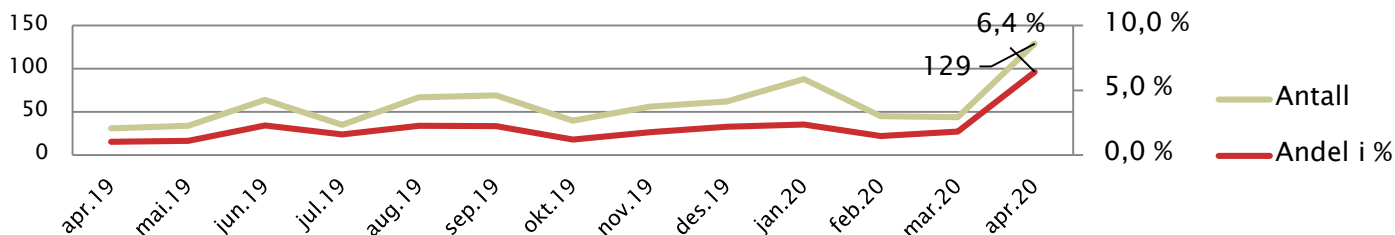
Antall korridorpasienter - somatik	Mars	April	HiÅ 2020	HiÅ 2019	HiÅ 2018
Kirurgisk klinikk	16	20	93	67	107
Medisinsk klinikk	23	35	397	530	277
Barne og ungdomsklinikk	0	0	0	0	3
Akutt og beredskaps klinikk	0	0	0	0	0
Medisinsk teknisk klinikk	0	0	0	0	0
Psykiatrisk klinikk	0	0	0	0	0
<b>Sykehuset Telemark</b>	<b>39</b>	<b>55</b>	<b>490</b>	<b>597</b>	<b>387</b>



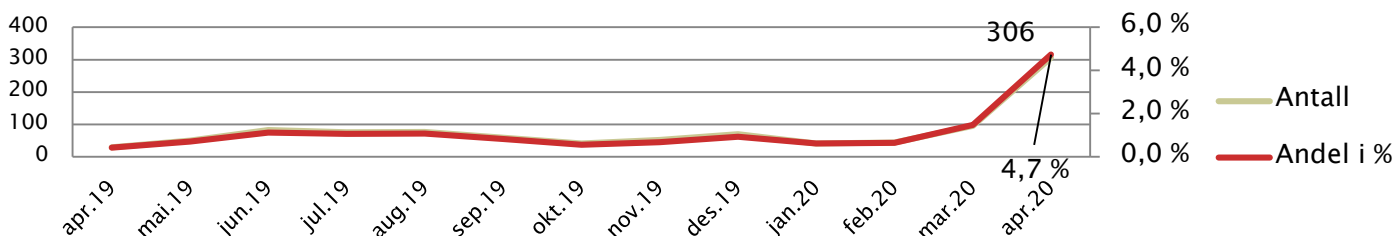
# Pasient

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

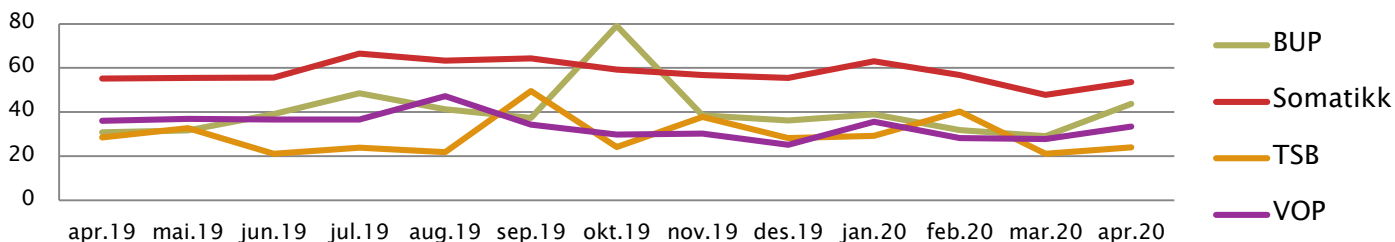
### 1. Antall/andel fristbrudd påstartet STHF.



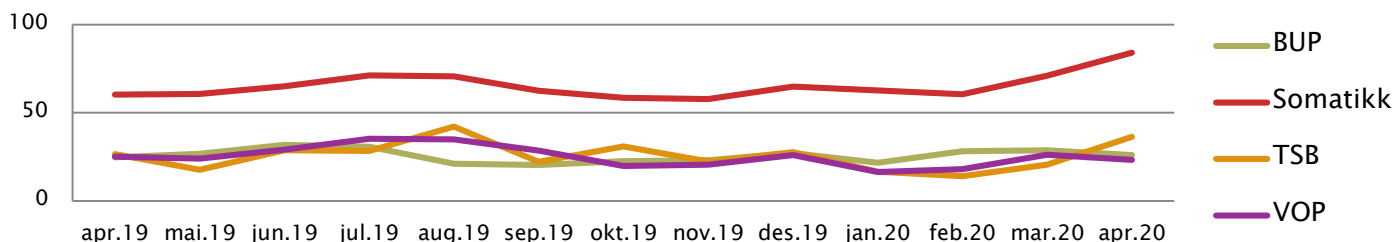
### 2. Antall/andel fristbrudd ventende STHF.



### 3. Gjennomsnittlig ventetid påstartet STHF



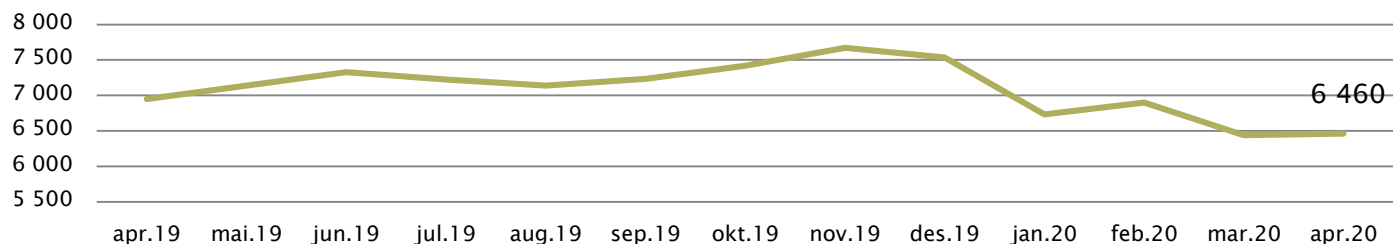
### 4. Gjennomsnittlig ventetid ventende STHF.



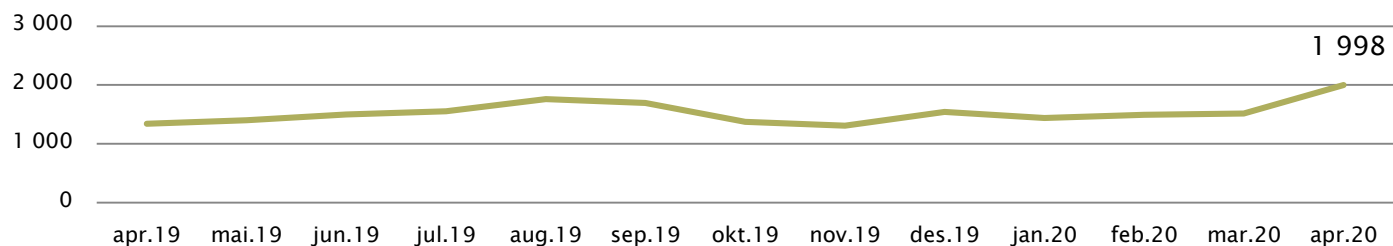
Paul Husmo, husp@sthf.no tlf:35 08 03 02

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

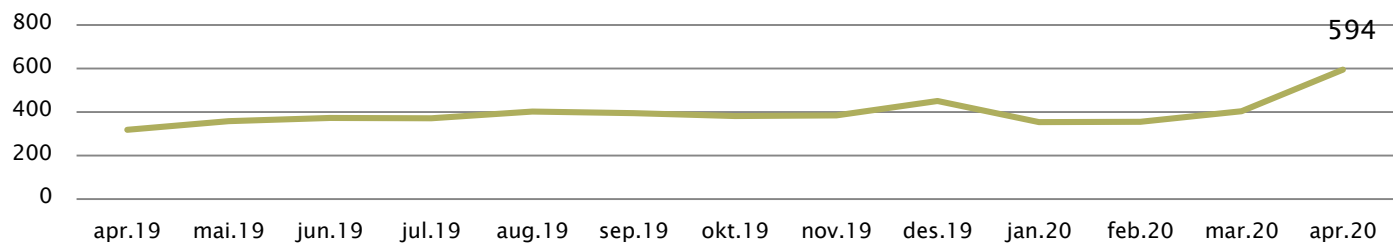
**5. Antall som venter på STHF.**



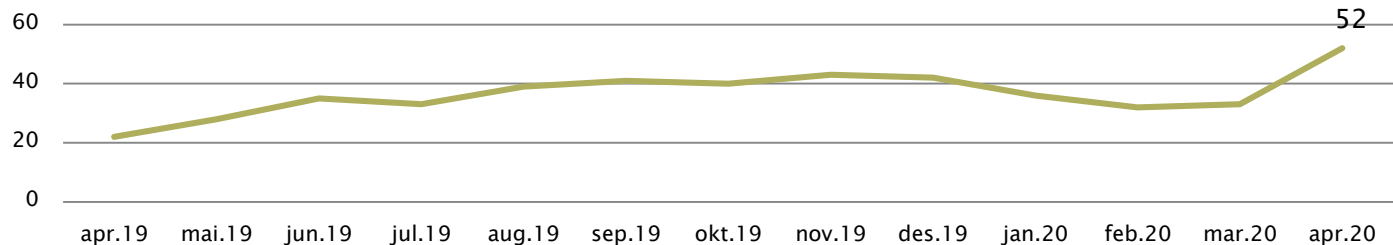
**6. Antall ventende som har ventet mer enn 3 måneder STHF.**



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

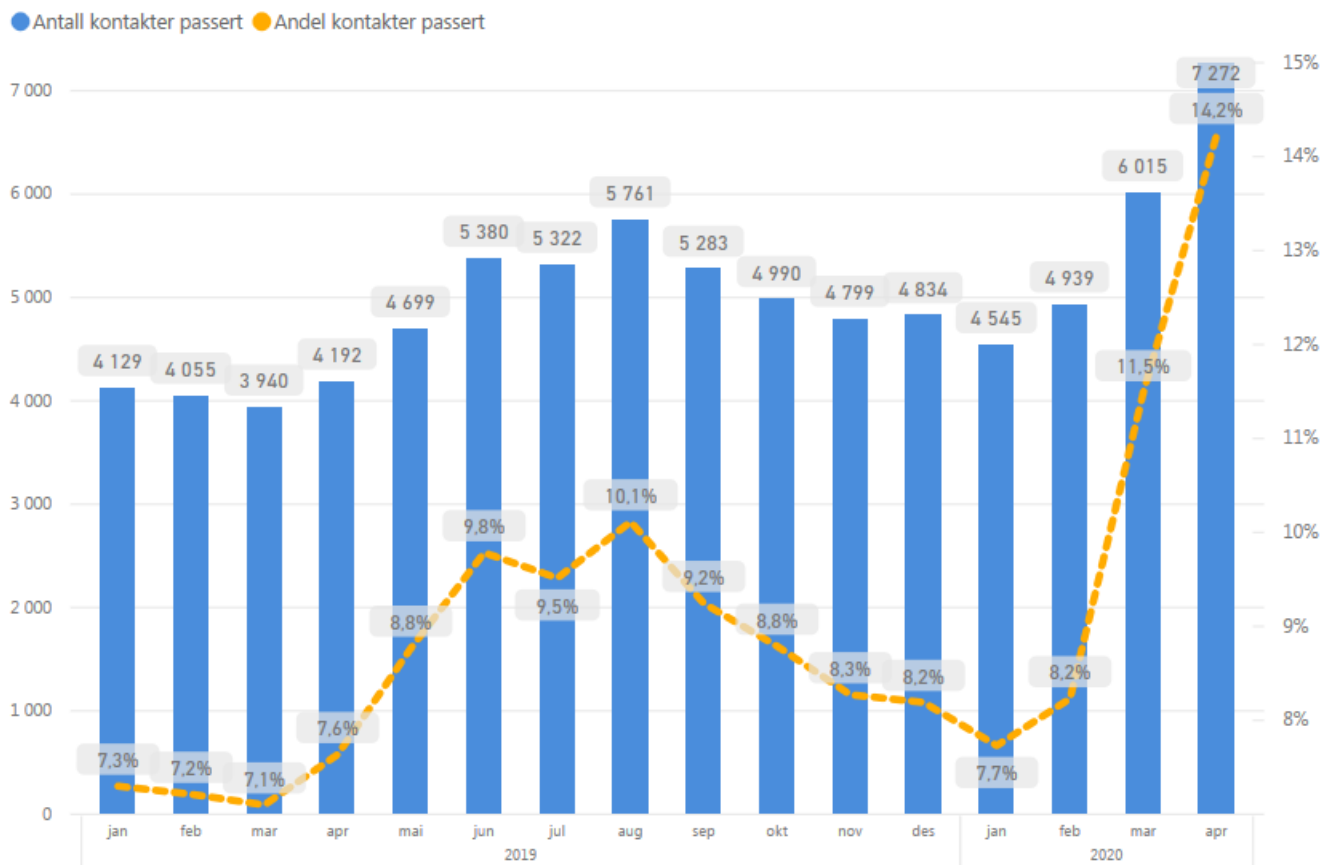


**8. Antall ventende som har ventet mer enn et år STHF.**



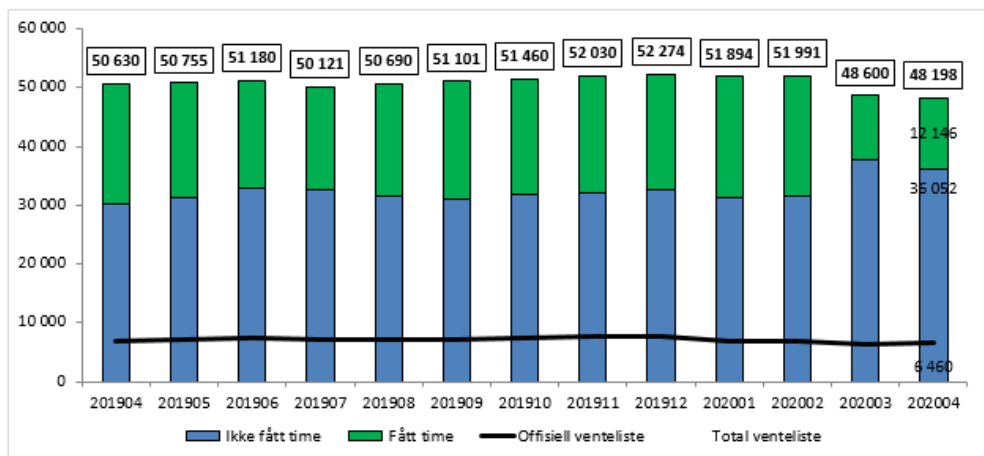
Paul Husmo, husp@sthf.no tlf:35 08 03 02

# Utvikling «Passert planlagt tid»



# Sammenligning pr april

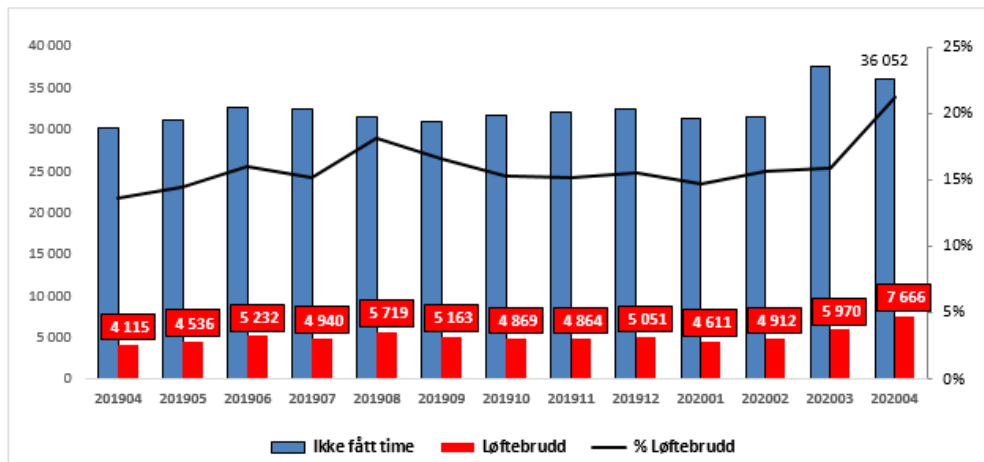
Helseforetaksnavn	Antall planlagte kontakter	Kontakter ikke passert planlagt tid	Kontakter med passert planlagt tid	Andel passert planlagt tid
Akershus Universitetssykehus	136 964	117 663	19 301	14,1 %
Oslo Universitetssykehus	236 062	214 717	21 345	9,0 %
Sykehuset Innlandet	100 886	85 718	15 168	15,0 %
Sykehuset i Vestfold	84 029	73 419	10 610	12,6 %
Sørlandet Sykehus	106 552	87 927	18 625	17,5 %
Sykehuset Telemark	51 120	43 848	7 272	14,2 %
Sykehuset Østfold	100 971	81 271	19 700	19,5 %
Vestre Viken	143 270	120 578	22 692	15,8 %
Sunnaas Sykehus	4 092	3 547	545	13,3 %
Diakonhjemmet Sykehus	30 629	24 308	6 321	20,6 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	33 195	29 905	3 290	9,9 %
Betanien Hospital	9 632	7 333	2 299	23,9 %
Martina Hansen Hospital	14 989	13 459	1 530	10,2 %
Revmatismesykehuset Lillehammer	4 714	3 950	764	16,2 %
<b>Totalt</b>	<b>1 057 105</b>	<b>907 643</b>	<b>149 462</b>	<b>14,1 %</b>



### Utvikling i total venteliste

I april er den totale ventelisten er på 48198 pasienter. Den offisielle ventelisten er på 6460 pasienter.

Den totale ventelisten fordeler seg på 12146 pasienter som har fått time, og 36052 pasienter som ikke har fått time.



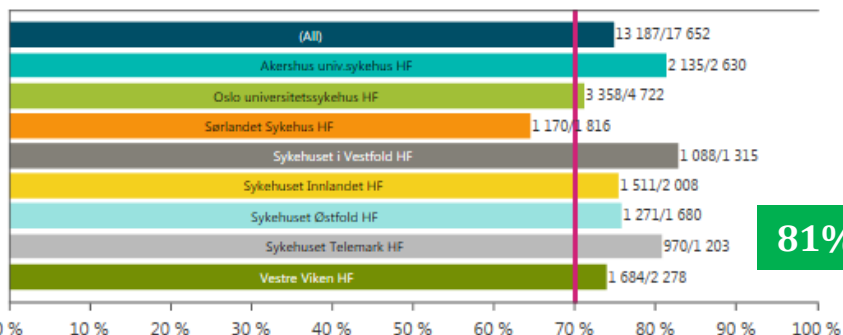
Av de som venter og ikke har fått timeinnkalling (36052), har 7666 pasienter passert tentativ dato for oppmøte (Løftebrudd). Dette utgjør 21,3 % av pasientene.



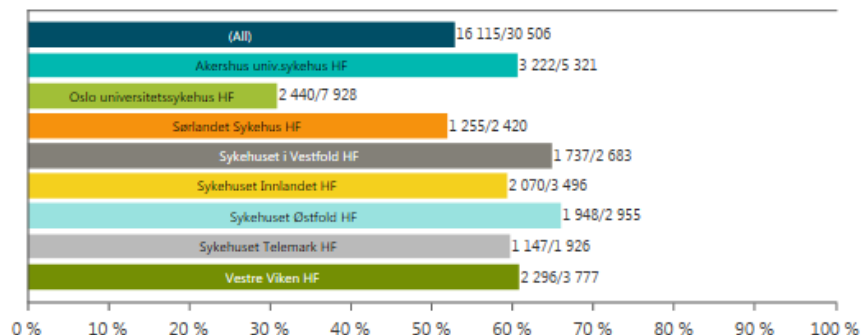
# Pakkeforløp Kreft

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

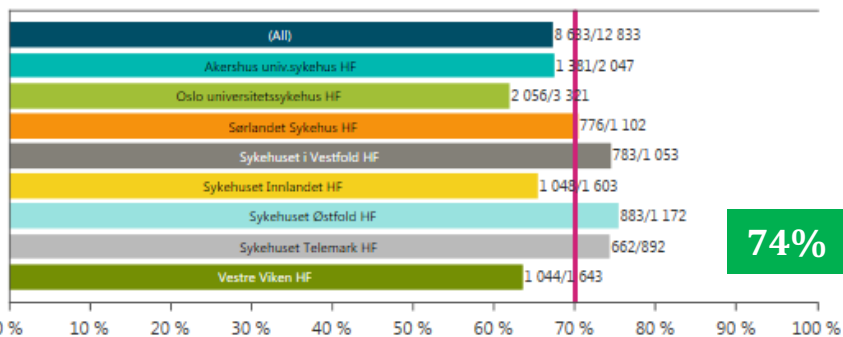
Andel nye pasienter i pakkeforløp (OA1)



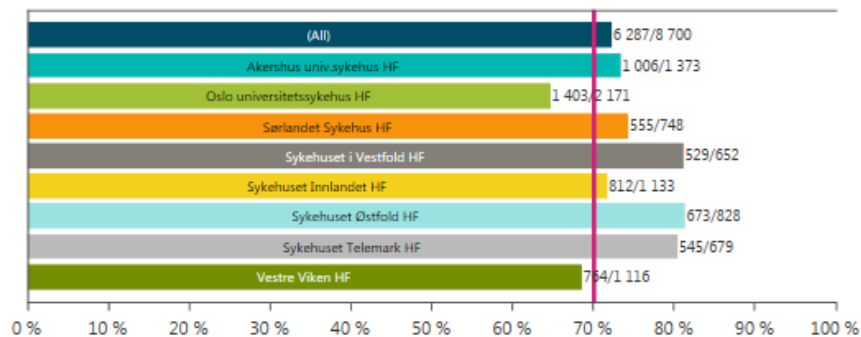
Andel pasienter med diagnose avkreftet (OA2)



Andel behandlet innen standard forløpstid - alle behandlingsformer



Andel behandlet innen standard forløpstid - kirurgisk behandling (OF4K)



Kilde: NPR

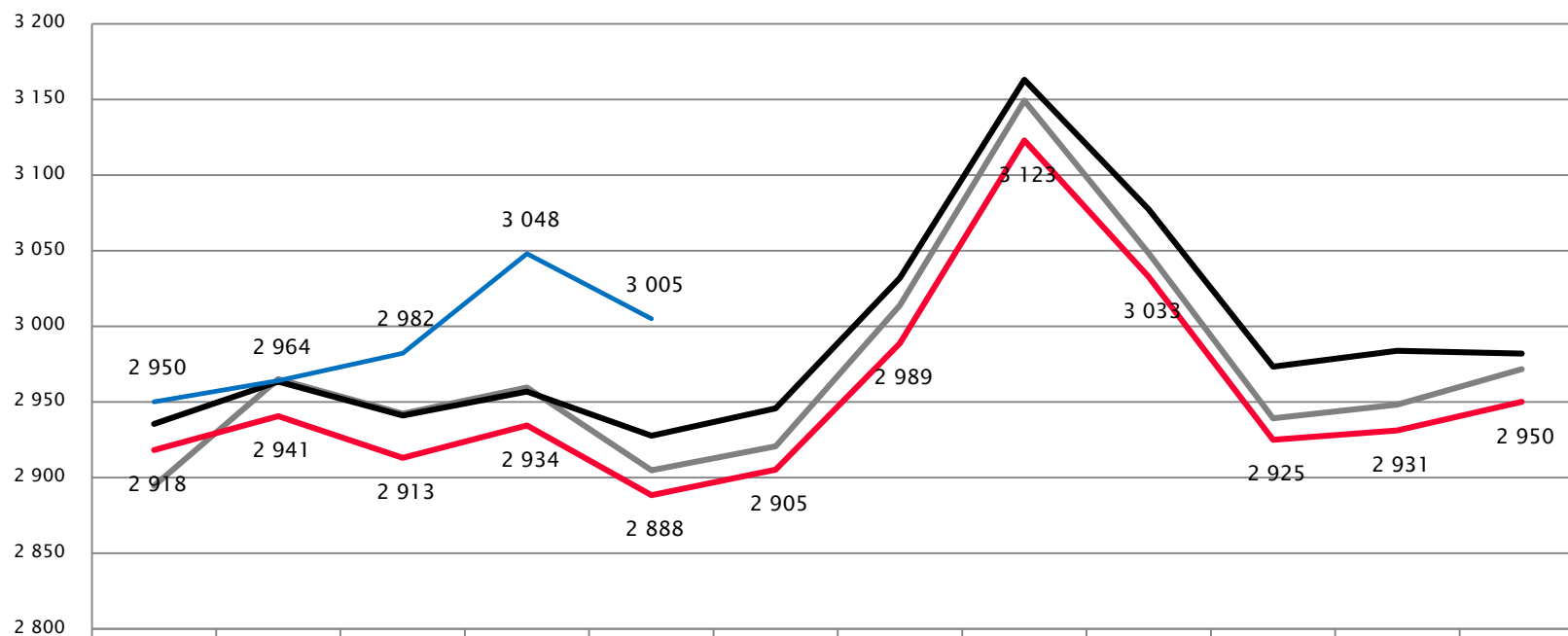
Periode: mai-19 til april-20

Oppdaterte tall finnes på :

<https://statistikk.helsedirektoratet.no>

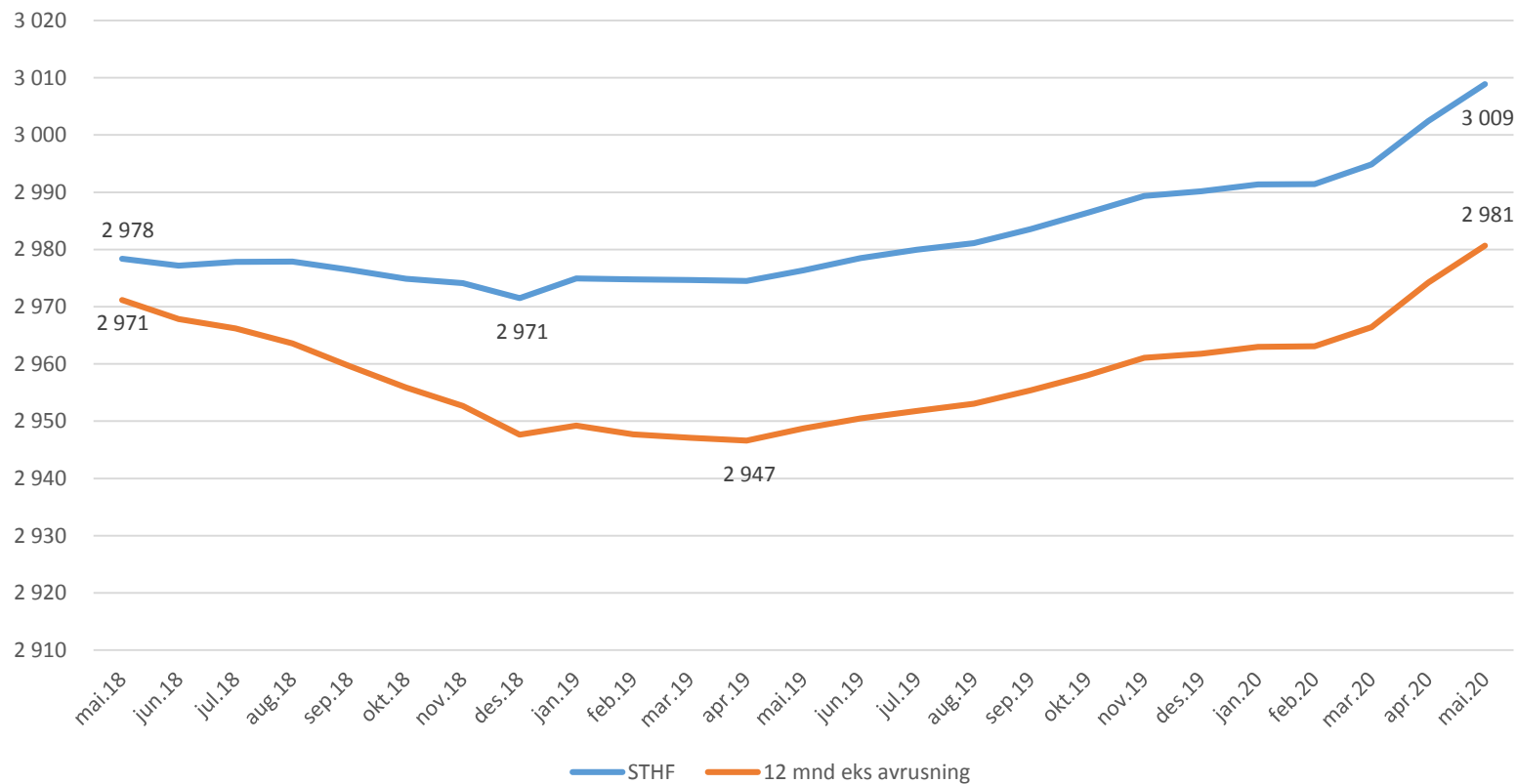
# Bemanning

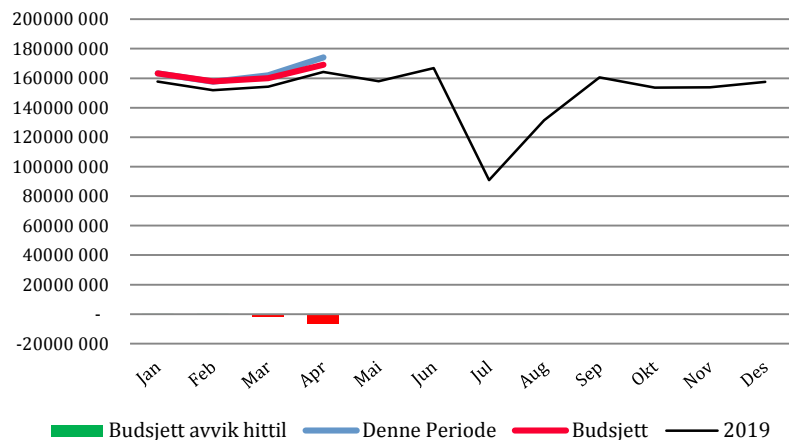
## Antall årsverk



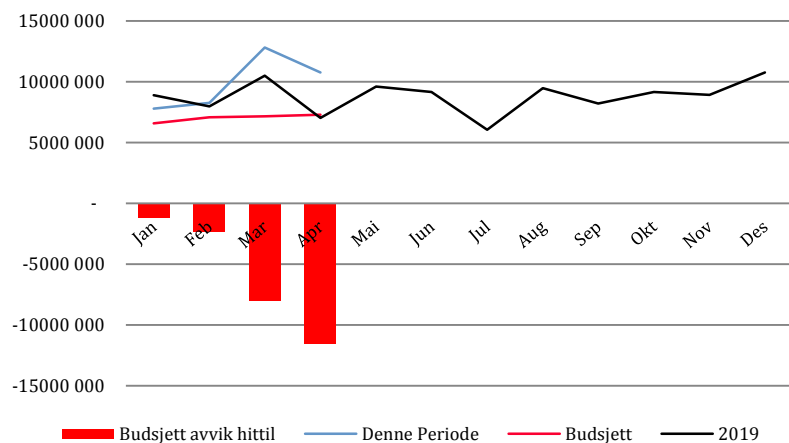
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
— Faktisk 2018	2 895	2 965	2 942	2 960	2 905	2 921	3 014	3 149	3 048	2 939	2 948	2 972
— Faktisk 2019	2 936	2 963	2 941	2 957	2 928	2 946	3 032	3 163	3 077	2 973	2 984	2 982
— Faktisk 2020	2 950	2 964	2 982	3 048	3 005							
— BUD20	2 918	2 941	2 913	2 934	2 888	2 905	2 989	3 123	3 033	2 925	2 931	2 950

### Brutto månedsverk 12 mnd snitt

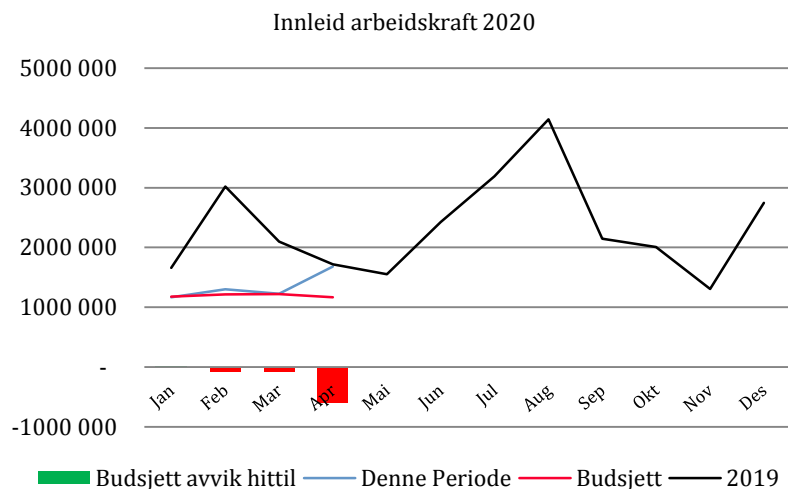


**Fastlønn 2020**


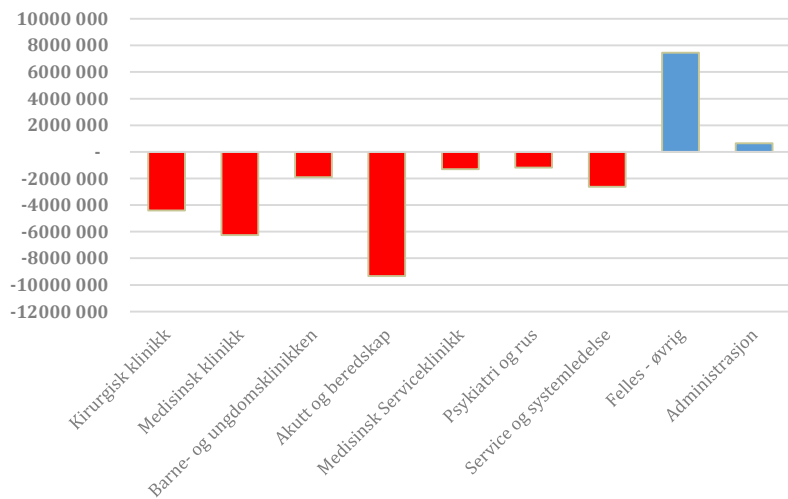
202004	Fastlønn hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
STHF totalt	656 977 613	650 136 198	-6 841 415	-1 %
Kirurgisk klinikk	103 199 072	100 582 964	-2 616 108	-3 %
Medisinsk klinikk	136 337 492	133 564 296	-2 773 196	-2 %
Barne- og ungdomsklinikken	52 339 733	52 870 761	531 029	1 %
Akutt og beredskap	105 103 088	99 755 057	-5 348 031	-5 %
Medisinsk Serviceklinikk	65 580 601	66 782 803	1 202 202	2 %
Psykatri og rus	125 714 018	125 992 989	278 971	0 %
Service og systemledelse	52 324 909	51 741 317	-583 592	-1 %
Felles - øvrig	-12 935 986	-12 470 695	465 291	-4 %
Administrasjon	29 314 686	31 316 705	2 002 019	6 %

**Variabel lønn 2020**


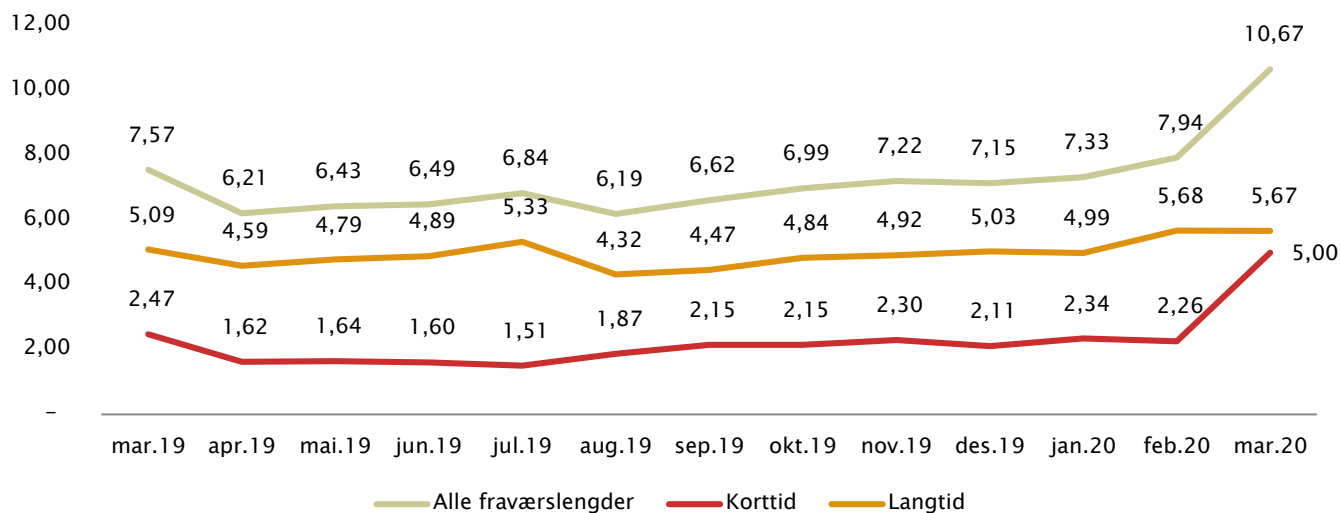
202004	Variabellønn hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	39 619 733	28 097 163	-11 522 570	-41 %
Kirurgisk klinikk	7 944 302	5 721 454	-2 222 847	-39 %
Medisinsk klinikk	9 415 394	5 929 161	-3 486 233	-59 %
Barne- og ungdomsklinikken	2 457 576	885 077	-1 572 499	-178 %
Akutt og beredskap	7 280 700	3 317 655	-3 963 045	-119 %
Medisinsk Serviceklinikk	4 191 748	1 921 048	-2 270 700	-118 %
Psykatri og rus	3 777 701	2 194 937	-1 582 764	-72 %
Service og systemledelse	3 097 720	1 055 528	-2 042 192	-193 %
Felles - øvrig	-	6 979 175	6 979 175	100 %
Administrasjon	1 454 593	93 127	-1 361 465	-1462 %



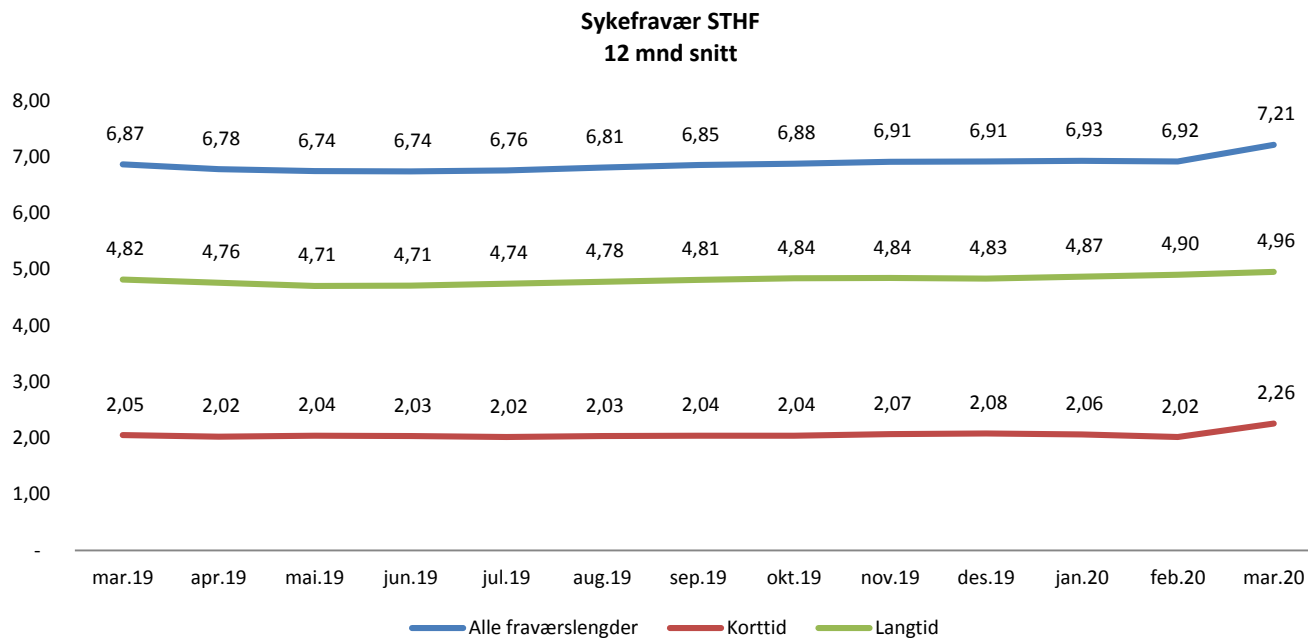
202004	Innleid arbeidskraft hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	5 376 545	4 778 508	-598 037	-13 %
Kirurgisk klinikk	-	423 256	423 256	100 %
Medisinsk klinikk	-	-	-	0 %
Barne- og ungdomsklinikken	937 778	78 123	-859 655	-1100 %
Akutt og beredskap	771 281	736 103	-35 178	-5 %
Medisinsk Serviceklinikk	1 568 811	1 333 192	-235 620	-18 %
Psykiatri og rus	2 098 674	2 207 833	109 159	5 %
Service og systemledelse	-	-	-	0 %
Felles - øvrig	-	-	-	0 %
Administrasjon	-	-	-	-



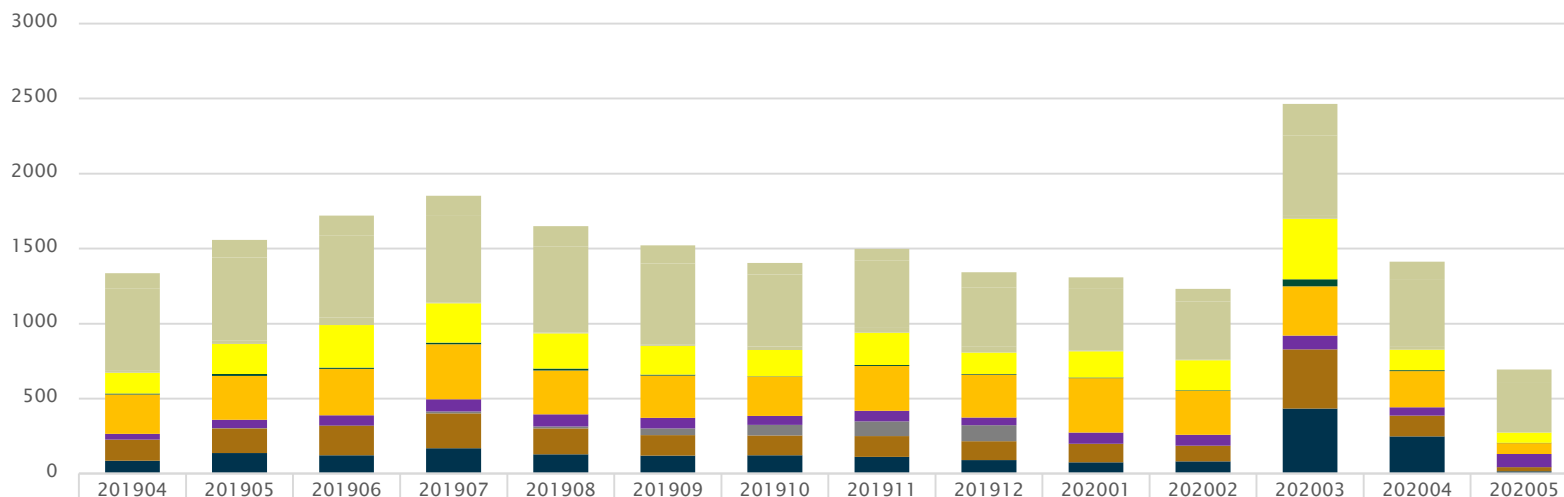
202004	Sum fastlønn, variabellønn og innleid arbeidskraft hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	701 973 890	683 011 869	-18 962 022	-3 %
Kirurgisk klinikk	111 143 374	106 727 675	-4 415 698	-4 %
Medisinsk klinikk	145 752 886	139 493 458	-6 259 429	-4 %
Barne- og ungdomsklinikken	55 735 087	53 833 962	-1 901 125	-4 %
Akutt og beredskap	113 155 070	103 808 815	-9 346 254	-9 %
Medisinsk Serviceklinikk	71 341 160	70 037 042	-1 304 117	-2 %
Psykiatri og rus	131 590 393	130 395 759	-1 194 633	-1 %
Service og systemledelse	55 422 629	52 796 845	-2 625 784	-5 %
Felles - øvrig	-12 935 986	-5 491 521	7 444 465	-136 %
Administrasjon	30 769 279	31 409 833	640 554	2 %

**Sykefravær STHF**


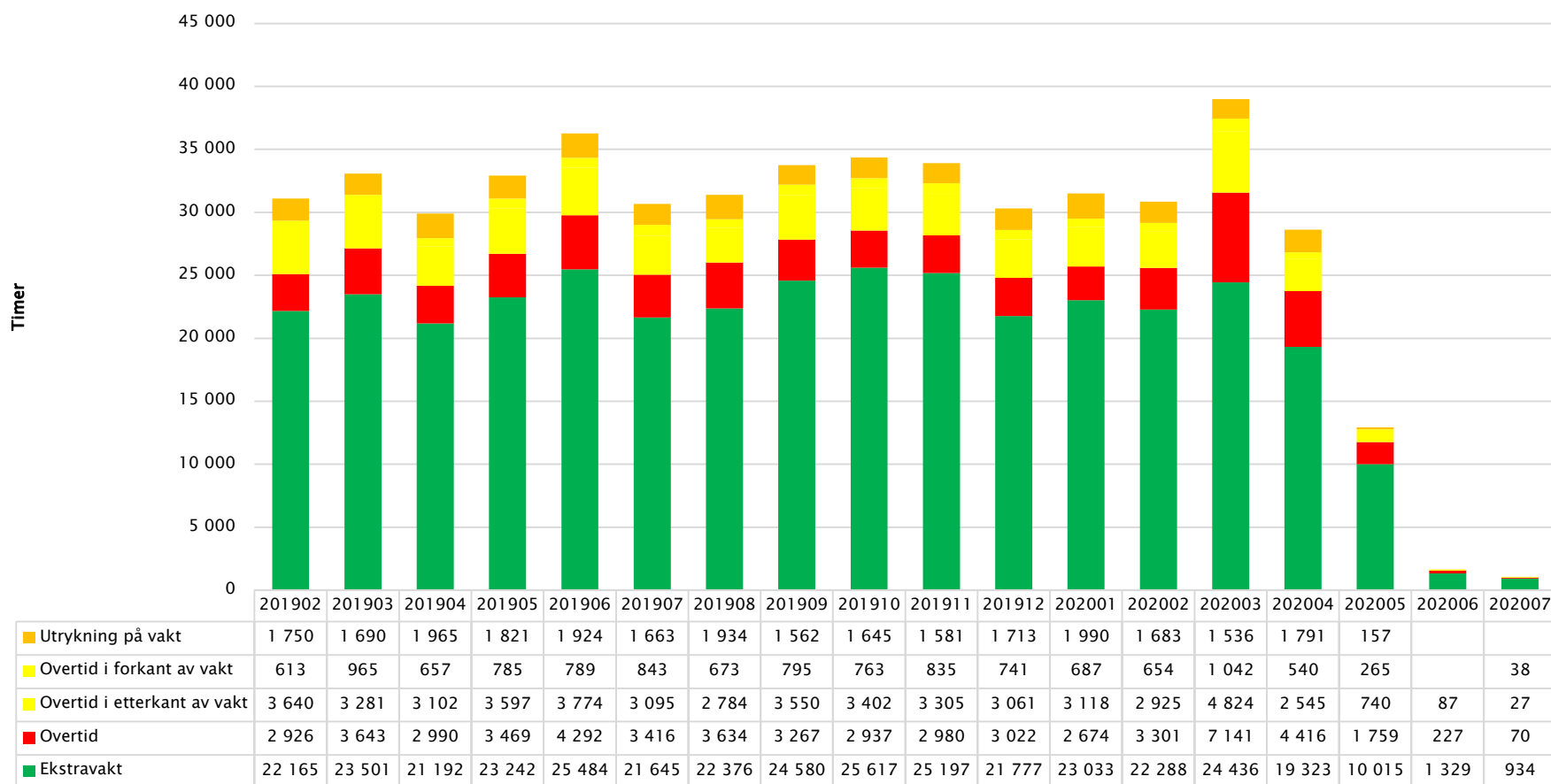
Sykefraværspersent	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	des.19	jan.20	feb.20	mar.20
Alle ansvarssteder	7,19	8,08	7,57	6,21	6,43	6,49	6,84	6,19	6,62	6,99	7,22	7,15	7,33	7,94	10,67
(01) Kirurgisk klinikk	7,64	7,64	7,90	6,05	6,35	6,54	6,14	5,90	5,39	5,07	5,41	6,35	5,77	4,73	8,38
(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	10,91
(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	13,38
(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	5,63	6,07	8,62
(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	12,53
(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	8,54	9,03	12,44
(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	11,61	11,58
(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	4,86	5,18	6,46



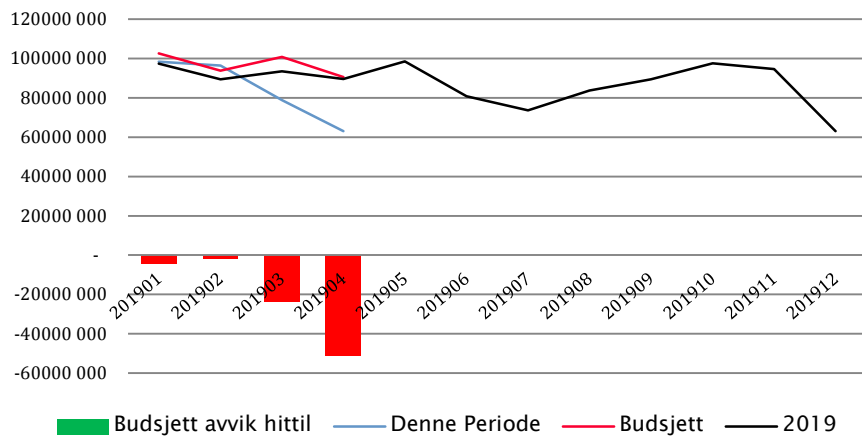




	201904	201905	201906	201907	201908	201909	201910	201911	201912	202001	202002	202003	202004	202005
■ Søndager på rad	100	116	134	135	135	122	77	77	101	77	83	208	121	90
■ Arbeidsfri før vakt	546	555	543	575	572	537	480	448	396	409	387	538	442	312
■ Søndager på rad (snitt)	17	22	52	7	6	11	22	33	39	7	6	19	23	19
■ Ukentlig arbeidsfri	139	200	284	261	235	192	175	216	142	175	201	404	137	67
■ Samlet tid per uke	5	12	8	12	14	5	2	6	4	5	4	47	6	2
■ Samlet tid per dag	262	292	310	367	292	281	264	298	286	363	292	327	241	72
■ Planlagt tid per uke	40	57	67	80	81	71	59	70	51	74	73	93	55	88
■ AML timer per år		1	1	13	13	46	71	99	107					1
■ AML timer per uke	139	165	198	232	173	136	132	139	125	124	104	395	138	28
■ AML timer per 4 uker	87	137	122	170	128	120	122	111	91	75	82	433	249	15



# Aktivitet

**ISF 2020**


Graf og tabell viser summen av følgende linjer.

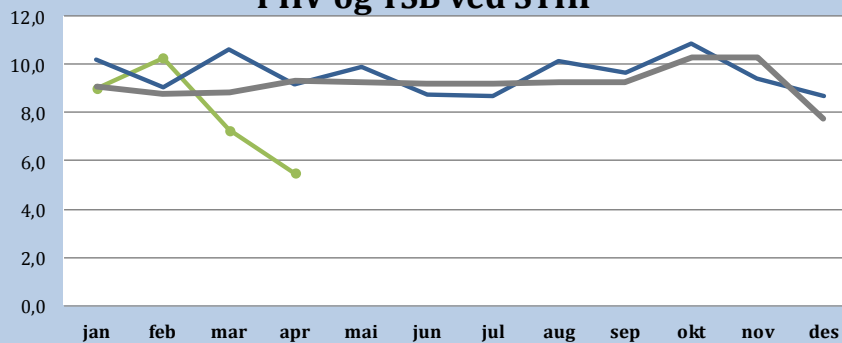
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	-35 094
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	-8 070
ISF-refusjon kommunal medfinansiering	-
ISF refusjon poliklinisk PHV/TSB	-5 442
IFS - refusjon pasientadministrative kreftlegen	-2 415
	<b>-51 021</b>

	202004			202004		
	Denne Periode			Hittil		
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett
Alle Ansvarssteder	63 104 997	90 613 236	-27 508 239	336 852 363	387 873 326	-51 020 963
Kirurgisk klinikk	23 492 633	35 357 271	-11 864 638	133 415 800	154 508 025	-21 092 225
Medisinsk klinikk	30 833 072	37 910 598	-7 077 526	143 573 889	158 350 525	-14 776 636
Barne- og ungdomsklinikken	4 822 857	8 354 335	-3 531 479	28 740 186	36 690 356	-7 950 170
Akutt og beredskap	20 614	211 633	-191 019	574 890	840 577	-265 686
Medisinsk Serviceklinikk	89 326	900 193	-810 867	3 190 527	4 554 471	-1 363 944
Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling	1 684 988	2 219 628	-534 640	8 287 798	10 375 803	-2 088 005
Felles - øvrig	2 159 218	5 648 126	-3 488 908	18 982 237	22 484 857	-3 502 620

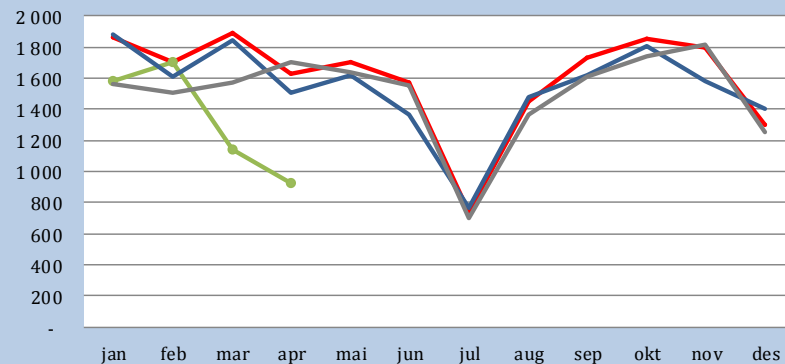
## DRG-poeng PHV og TSB utført ved STHF

	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2019	Budsjett 2020	ISF avvik
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%			
DPS nedre Telemark	430	547	(117)	-21 %	1 993	2 511	(518)	-21 %	6 858	6 939	(1 638 213)
DPS øvre Telemark	85	137	(53)	-38 %	542	685	(143)	-21 %	1 870	1 878	(451 310)
Psykiatrisk sykehusavdeling	18	18	1	5 %	88	87	0	1 %	249	239	1 517
Raskere tilbake PHV og TSB (underlagt Medisinsk klinikk)	1	6	(5)	-78 %	17	31	(14)	-45 %	76	84	(43 638)
<b>Klinikk for PHV og TSB + Raskere tilbake</b>	<b>535</b>	<b>709</b>	<b>(174)</b>	<b>-25 %</b>	<b>2 639</b>	<b>3 314</b>	<b>(675)</b>	<b>-20 %</b>	<b>9 053</b>	<b>9 140</b>	<b>(2 131 643)</b>
Avdeling for barn og unges psykiske helse - ABUP	394	918	(524)	-57 %	2 722	3 769	(1 048)	-27,8 %	8 984	10 100	(3 310 353)
<b>Barne- og ungdomsklinikken</b>	<b>394</b>	<b>918</b>	<b>(524)</b>	<b>-57 %</b>	<b>2 722</b>	<b>3 769</b>	<b>(1 048)</b>	<b>-28 %</b>	<b>8 984</b>	<b>10 100</b>	<b>(3 310 353)</b>
<b>SUM DRG psykisk helsevern og TSB på STHF</b>	<b>929</b>	<b>1 627</b>	<b>(698)</b>	<b>-43 %</b>	<b>5 361</b>	<b>7 083</b>	<b>(1 722)</b>	<b>-24 %</b>	<b>18 038</b>	<b>19 240</b>	<b>(5 441 995)</b>

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

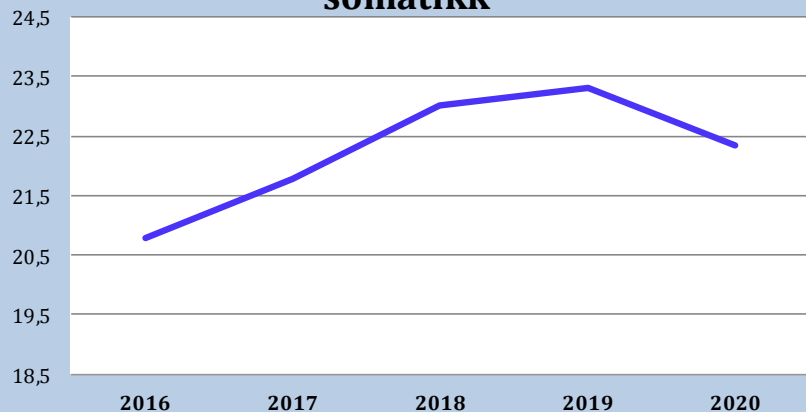
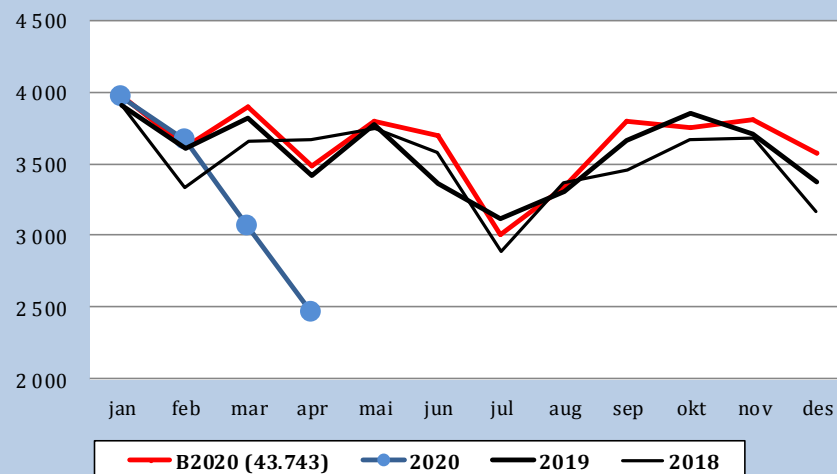


### DRG-poeng PHV og TSB ved STHF

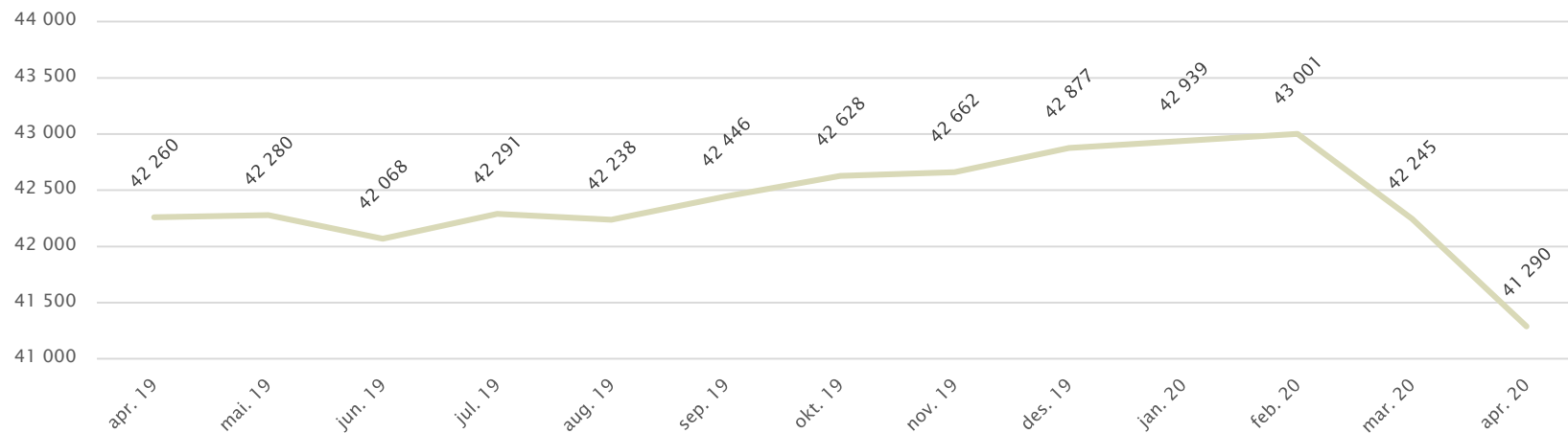


**DRG-poeng, utført ved STHF**

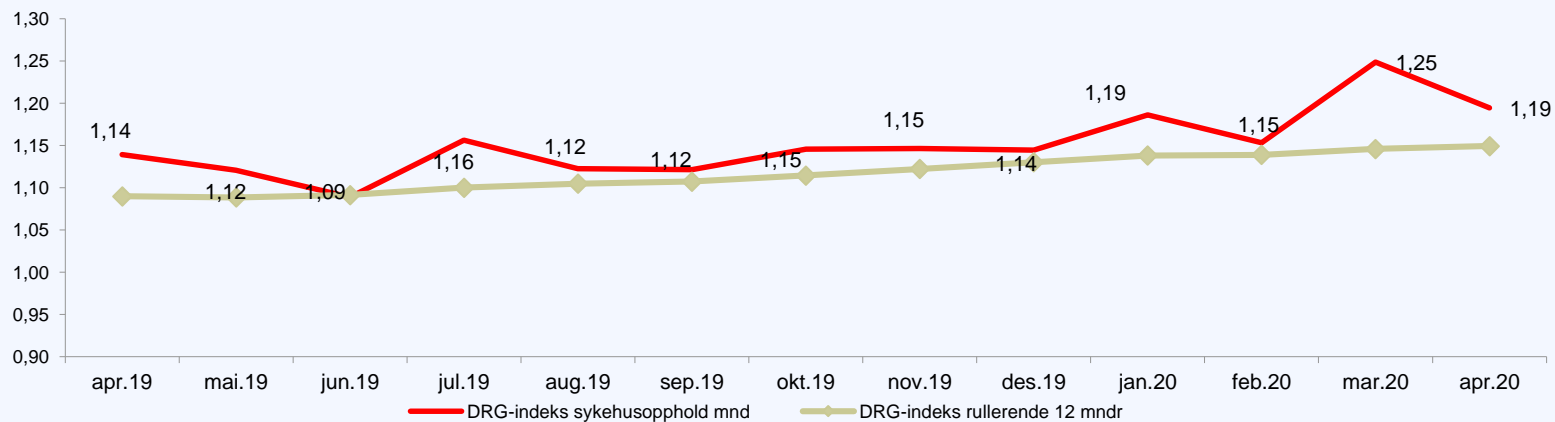
	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2019	Budsjett 2020	ISF budsj.-avvik (1000 kr)
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%			
<b>Kirurgisk klinikk</b>	1 029	1544	-514	-33 %	5 825	6 746	-921	-14 %	6 738	19 686	-20 560
Avdeling A	625	822	-198	-24 %	3 278	3 607	-329	-9 %	3 688	10 651	-7 348
Avdeling B	226	609	-383	-63 %	1 984	2 677	-694	-26 %	2 634	7 758	-15 490
Avdeling for Kirurgi, Notodden	178	113	66	58 %	563	461	102	22 %	416	1 277	2 279
<b>Medisinsk klinikk</b>	1 296	1654	-359	-22 %	6 266	6 910	-643	-9 %	6 784	20 364	-14 366
Avdeling Medisin B (lunge, Kragerø, ger.,mage/tarm)	436	468	-32	-7 %	2 015	1 949	65	3 %	1 934	5 691	1 462
Avdeling blod, kreftsykdommer og palliasjon	253	262	-9	-3 %	1 005	1 067	-63	-6 %	970	3 163	-1 398
Avdeling Medisin A (hjerte,nyre,hormon)	312	376	-64	-17 %	1 338	1 551	-213	-14 %	1 580	4 598	-4 750
Avdeling for nevrologi og rehabilitering	209	251	-42	-17 %	935	1 082	-147	-14 %	1 033	3 199	-3 277
Avdeling Medisin Øvre Telemark	85	298	-212	-71 %	974	1 260	-287	-23 %	1 268	3 713	-6 404
<b>BUK</b>	131	238	-107	-45 %	879	1 082	-203	-19 %	993	3 033	-4 522
Akutt og beredskap	1	9	-8	-90 %	25	37	-12	-32 %	38	100	-259
MSK	4	39	-35		139	199	-60	-30 %	171	550	-1 329
Ernæringspoliklinikk	0	1	-0		4	3	1		3	10	18
Ufordelt/kvalitetssikring	2	-	2		11	-	11		-93	0	
<b>SUM DRG utført ved STHF</b>	<b>2 463</b>	<b>3 485</b>	<b>-1 022</b>	<b>-29 %</b>	<b>13 150</b>	<b>14 976</b>	<b>-1 826</b>	<b>-12 %</b>	<b>14 636</b>	<b>43 743</b>	<b>-41 018</b>

**DRG-poeng per brutto månedsverk somatikk**

**STHF - DRG-poeng utført ved STHF**


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



DRG-indeks sykehusopphold døgn per måned og rullerende 12 måneder



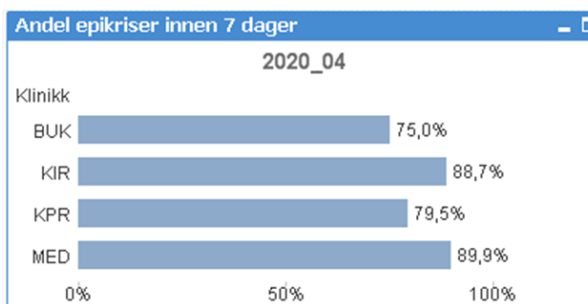
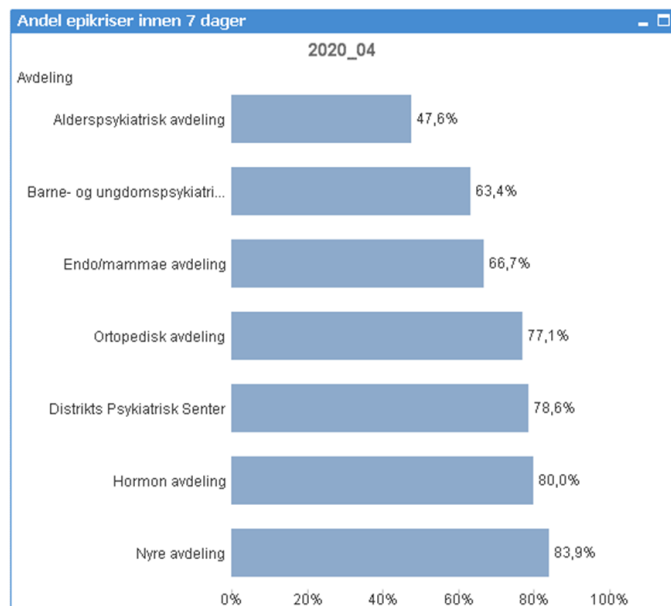
# Kvalitetsindikatorer



Andel epikriser sendt innen 7 dager Klinikker	Måned												
	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
BUK	67 %	56 %	62 %	73 %	65 %	60 %	66 %	72 %	77 %	63 %	65 %	78 %	75 %
Kir. K	83 %	82 %	86 %	89 %	85 %	83 %	87 %	84 %	87 %	86 %	87 %	86 %	89 %
KPR	81 %	82 %	84 %	86 %	76 %	80 %	75 %	74 %	71 %	83 %	83 %	82 %	79 %
Med. K	81 %	82 %	86 %	86 %	85 %	80 %	80 %	85 %	82 %	81 %	86 %	85 %	90 %
STHF	<b>80 %</b>	<b>79 %</b>	<b>84 %</b>	<b>86 %</b>	<b>81 %</b>	<b>80 %</b>	<b>80 %</b>	<b>82 %</b>	<b>82 %</b>	<b>81 %</b>	<b>85 %</b>	<b>84 %</b>	<b>86 %</b>

Andel epikriser sendt innen 1 dag Klinikker													
	mai.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
BUK	37 %	32 %	40 %	44 %	31 %	31 %	39 %	38 %	49 %	38 %	34 %	46 %	46 %
Kir. K	65 %	62 %	64 %	71 %	64 %	64 %	68 %	65 %	70 %	71 %	69 %	70 %	73 %
KPR	44 %	42 %	45 %	55 %	41 %	44 %	38 %	36 %	38 %	44 %	38 %	45 %	52 %
Med. K	56 %	56 %	63 %	61 %	58 %	51 %	52 %	57 %	57 %	56 %	58 %	60 %	66 %
STHF	<b>55 %</b>	<b>54 %</b>	<b>58 %</b>	<b>62 %</b>	<b>55 %</b>	<b>53 %</b>	<b>54 %</b>	<b>55 %</b>	<b>58 %</b>	<b>57 %</b>	<b>56 %</b>	<b>59 %</b>	<b>64 %</b>



	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 innen 7 dager 2020\_04

Epik.OMS	Epik.Fag	Sum ([Epik.Epi...	Sum ([Epik.Uts...	Sum ([Epik.Epi...
1	BUP	5	12	41,7%
	PSY	101	109	92,7%
	SOM	1136	1271	89,4%
	<b>Total</b>	<b>1242</b>	<b>1392</b>	<b>89,2%</b>
3	BUP	47	70	67,1%
	PSY	139	193	72,0%
	<b>Total</b>	<b>186</b>	<b>263</b>	<b>70,7%</b>

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

Gjennomsnittstid (døgn) fra mottak av henvisning til vurdering av henvisning er fullført.	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	2,47	1,96	1,69	10,79	1,31	3,46	2,14	2,33	3,85	2,41	3,16	2,85	3,71
BUK	5,71	5,33	5,86	5,49	5,76	5,12	4,90	5,29	4,17	3,94	5,38	4,26	2,87
KIR	1,40	1,58	1,71	1,05	0,95	1,19	1,27	1,04	1,08	1,71	1,08	1,02	1,08
KPR	7,88	4,89	4,24	5,21	4,08	4,25	4,04	4,64	4,75	3,64	3,41	3,60	3,69
MED	10,19	7,04	2,14	2,61	2,25	2,66	2,64	3,91	6,72	2,20	3,89	2,56	2,32
MSK	2,61	2,00	2,21	11,14	1,54	1,58	1,80	1,48	1,51	1,79	1,57	1,31	2,47
STHF	5,42	4,02	2,25	2,41	1,79	2,16	2,20	2,55	3,71	2,15	2,59	1,96	1,84

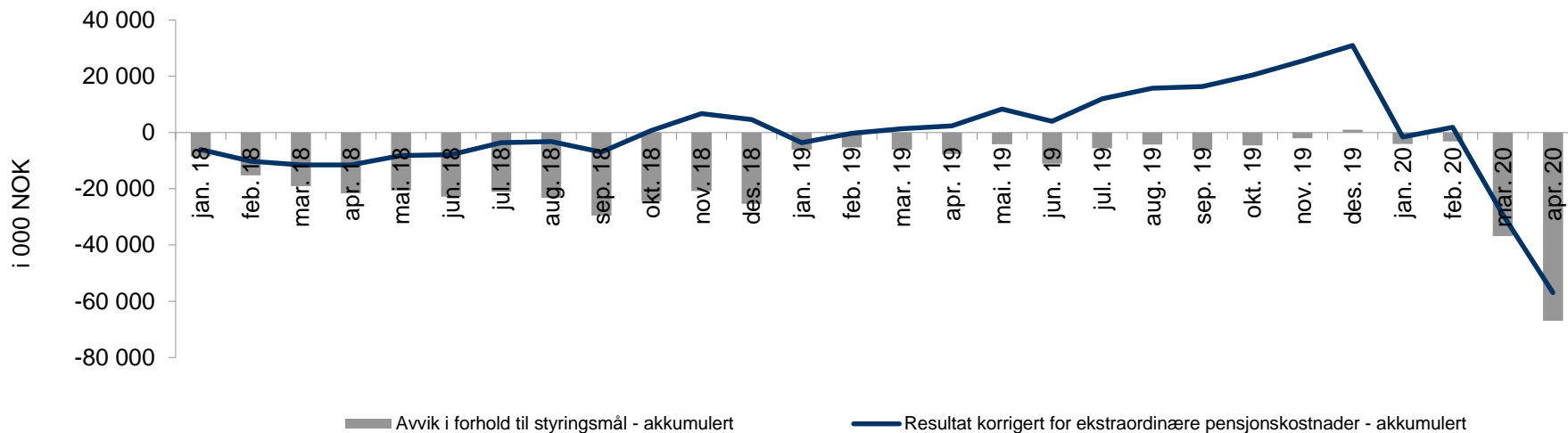
Antall henvisninger vurdert.	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	des.19	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20
ABK	64	76	45	33	78	69	75	53	63	70	72	36	15
BUK	316	334	275	246	220	341	388	323	326	330	402	267	171
KIR	2717	3125	2749	2 328	2 911	3036	3178	3193	2382	3016	2767	2211	1907
KPR	356	372	374	258	300	377	429	367	356	454	395	310	250
MED	2264	2467	2302	1 836	2 168	2482	2744	2569	2038	2333	2281	1830	1458
MSK	229	220	281	122	258	263	287	276	172	262	275	234	136
STHF	5 946	6 594	6 026	4 823	5 935	6 568	7 101	6 781	5 337	6 465	6 192	4 888	3 937
Antall henvisninger vurdert innen 10 virkedager	5 865	6 518	5 969	4 723	5 902	6 522	7 040	6 718	5 285	6 404	6 145	4 842	3 901
Andel vurdert innen 10 virkedager	98,6 %	98,8 %	99,1 %	97,9 %	99,4 %	99,3 %	99,1 %	99,1 %	99,0 %	99,1 %	99,2 %	99,1 %	99,1 %

8b - Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle		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
Totalt antall dokumenter som er mer enn 14 dager gamle (uansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	3 786	3 890	3 581	3 185	3 293	3 743	3 390	3 585	3 951	3 613	3 754	3 107	2 806
	ABK	4	7	7	15	4	6	4	11	5	9	2	7	4
	BUK	878	914	972	675	614	694	625	650	683	584	630	408	351
	KIR	1 054	1 009	919	1 043	1 169	1 224	1 110	1 095	1 208	1 174	1 101	1 092	1 097
	KPR	863	873	711	574	613	819	774	836	908	705	795	651	520
	MED	925	1 014	938	844	874	979	846	943	1 098	1 119	1 205	923	810
	MSK	62	73	34	34	19	21	31	50	49	22	21	26	24
Herav: antall legedokumenter som er mer enn 14 dager gamle (uansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	1 423	1 522	1 294	1 135	1 304	1 598	1 472	1 540	1 796	1 807	1 848	1 505	1 403
Herav: antall sykepleiedokumenter som er mer enn 14 dager gamle (uansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	1 113	1 083	982	1 037	1 039	1 029	899	977	953	839	833	759	726
Antall dokumenter som det normalt tar mer enn 14 dager å få ferdigstilt	STHF	36	38	38	40	39	43	39	40	42	44	49	59	63
	BUK	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	KIR	34	34	35	37	37	41	37	38	40	42	46	56	61
	KPR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	MED	2	4	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	2
	MSK	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8c - Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt.		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
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	STHF	2 021	2 167	2 542	2 105	1 711	1 170	1 062	2 088	1 068	916	876	926	740
	ABK	10	15	6	7	7	13	9	11	13	16	-	10	11
	KPR	70	75	55	73	78	94	53	48	47	33	55	27	42
	BUK	210	209	103	112	104	129	53	108	51	90	71	79	106
	MSK	250	308	203	156	139	141	178	116	154	103	25	-	-
	KIR	335	385	838	257	157	222	221	477	203	168	141	187	142
	MED	1 146	1 175	1 337	1 500	1 226	571	548	1 328	600	506	584	623	439
Hvorav pasienter registrert på avdelinger som er omorganisert og lukket.	ååMEDKIR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ååPRE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ååAKP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
	ååKIR	-	-	-	-	-	-	-	301	-	-	-	-	-
	ååNYHO	-	-	1	-	-	1	-	1	-	-	-	-	4
	ååEØNHNO	-	-	527	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ååMED	-	-	-	-	-	1	-	808	-	-	-	1	1

# Økonomi

STHF:April 2020	Denne periode faktisk	Denne periode budsjet	Denne periode Avvik	Hittil faktisk	Hittil budsjet	Hittil avvik	Hele året budsjet	Hele året estimat	Avvik budsjet
Basisramme	222 139	222 139	-	830 316	830 316	-	2 424 871	2 424 871	-
Kvalitetsbasert finansiering	1 414	1 414	-	5 657	5 657	-	16 971	16 971	-
ISF - refusjon dag - og døgnbehandling	47 726	65 971	-18 244	246 898	281 992	-35 094	822 500	822 500	-
ISF - refusjon somatisk poliklinisk aktivitet	10 245	14 158	-3 913	54 051	62 122	-8 070	182 824	182 824	-
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	2 935	5 140	-2 206	16 941	22 383	-5 442	60 798	60 798	-
ISF - refusjon fritt behandlingsvalg	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ISF refusjon pasientadministrerte legemiddel	2 199	5 344	-3 145	18 962	21 377	-2 415	64 131	64 131	-
Utskrivningsklare pasienter	43	1 661	-1 617	8 915	6 644	2 272	19 931	22 931	3 000
Gjestepasienter	2 428	1 844	583	7 013	6 399	614	17 832	17 832	-
Salg av konserninterne helsetjenester	7 978	8 202	-224	29 430	30 018	-588	88 592	88 592	-
Polikliniske inntekter	6 724	7 763	-1 040	32 750	34 463	-1 712	100 394	100 394	-
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andre øremerkede tilskudd	1 413	1 381	32	6 039	5 524	515	16 572	16 572	-
Andre driftsinntekter	17 784	20 715	-2 931	83 995	87 484	-3 489	267 138	267 138	-
<b>SUM DRIFTSINNTEKTER</b>	<b>323 028</b>	<b>355 732</b>	<b>-32 704</b>	<b>1 340 968</b>	<b>1 394 377</b>	<b>-53 409</b>	<b>4 082 555</b>	<b>4 085 555</b>	<b>3 000</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	4 041	3 494	546	14 107	13 636	471	40 497	40 497	-
Kjøp av helsetjenester i ordningen Fritt Behandlin	2 421	2 098	322	12 965	8 394	4 571	25 182	28 182	3 000
Kjøp av private helsetjenester	9 107	8 769	338	39 189	35 035	4 154	107 785	110 785	3 000
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgr	37 279	39 545	-2 267	159 834	159 957	-123	479 829	479 829	-
Innleid arbeidskraft	1 680	1 166	514	5 377	4 779	598	13 760	13 760	-
Kjøp av konserninterne helsetjenester	19 457	23 004	-3 548	87 976	97 413	-9 436	286 747	286 747	-
Lønn til fast ansatte	174 151	169 093	5 058	656 978	650 136	6 841	1 872 025	1 872 025	-
Overtid og ekstrahjelp	10 770	7 281	3 489	39 620	28 097	11 523	88 332	88 332	-
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	20 420	31 198	-10 779	78 510	119 953	-41 442	345 396	226 066	-119 331
Off. tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-11 792	-8 734	-3 058	-41 376	-35 625	-5 751	-105 088	-105 088	-
Annen lønn	27 342	27 441	-98	106 465	105 841	624	297 781	297 781	-
Avskrivninger	8 390	8 539	-149	33 438	33 834	-396	102 595	102 595	-
Nedskrivninger	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andre driftskostnader	40 452	43 928	-3 476	182 557	177 367	5 190	539 511	539 511	-
<b>SUM DRIFTSKOSTNADER</b>	<b>341 297</b>	<b>354 725</b>	<b>-13 428</b>	<b>1 362 676</b>	<b>1 390 423</b>	<b>-27 747</b>	<b>4 069 171</b>	<b>3 952 840</b>	<b>-116 331</b>
<b>DRIFTSRESULTAT</b>	<b>-18 269</b>	<b>1 008</b>	<b>-19 276</b>	<b>-21 707</b>	<b>3 955</b>	<b>-25 662</b>	<b>13 384</b>	<b>132 715</b>	<b>119 331</b>
Finansinntekter	1 660	1 737	-77	7 219	6 849	370	19 647	19 647	-
Finanskostnader	265	245	20	1 000	804	196	3 032	3 032	-
<b>FINANSRESULTAT</b>	<b>1 395</b>	<b>1 492</b>	<b>-98</b>	<b>6 218</b>	<b>6 045</b>	<b>173</b>	<b>16 616</b>	<b>16 616</b>	<b>-</b>
<b>(ÅRS)RESULTAT</b>	<b>-16 874</b>	<b>2 500</b>	<b>-19 374</b>	<b>-15 489</b>	<b>10 000</b>	<b>-25 489</b>	<b>30 000</b>	<b>149 331</b>	<b>119 331</b>
Pensjonskostnader	-10 779	-	-10 779	-41 442	-	-41 442	-	-119 331	-119 331
<b>(ÅRS)RESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER</b>	<b>-27 653</b>	<b>2 500</b>	<b>-30 153</b>	<b>-56 931</b>	<b>10 000</b>	<b>-66 931</b>	<b>30 000</b>	<b>30 000</b>	<b>-</b>

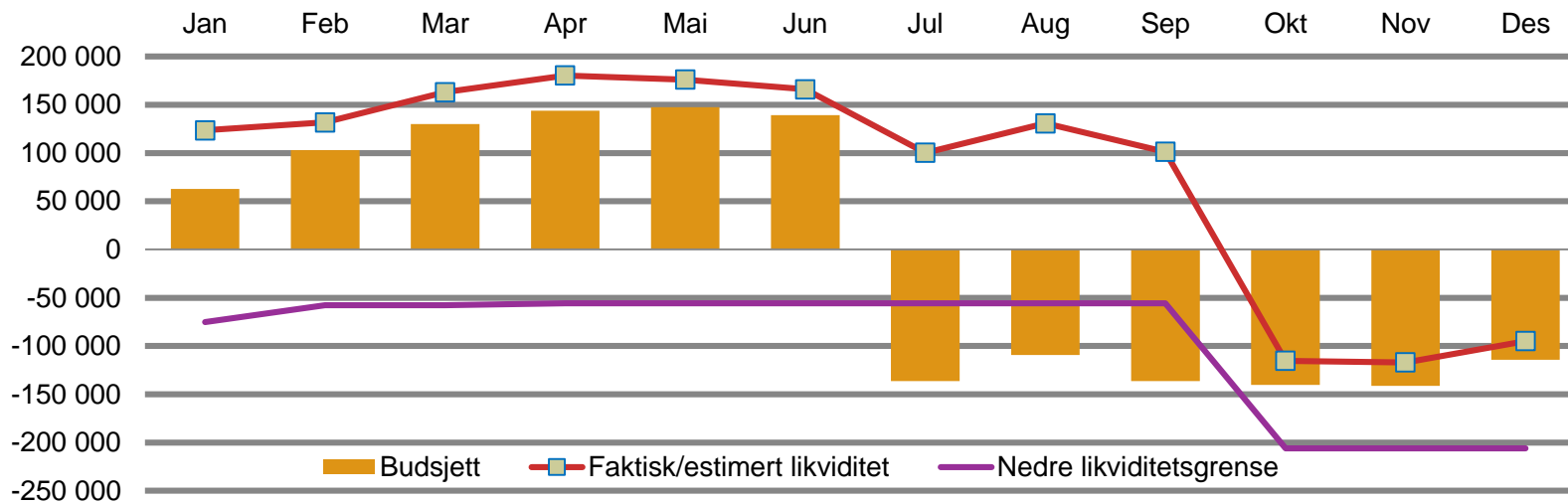
## Driftsresultat og budsjettavvik 2018 til 2020 - foretak og klinikker



2020, tall i 1000	Hittil i år	Hittil i år	Denne periode, resultat.											
Resultat	Resultat	Budsjettavvik	Apr. 20	Mar. 20	Feb. 20	Jan. 20	Des. 19	Nov. 19	Okt. 19	Sep. 19	Aug. 19	Jul. 19	Jun. 19	Mai. 19
Kirurgisk klinikk	(27 201)	(27 201)	(14 603)	(10 697)	389	(2 290)	(4 087)	(3 010)	(1 808)	(3 998)	(4 894)	944	(5 958)	(1 249)
Medisinsk klinikk	(25 725)	(25 725)	(10 423)	(9 797)	(540)	(4 966)	(3 180)	(3 650)	(3 201)	(2 025)	(2 734)	220	(806)	(2 108)
Barne- og ungdomsklinikken	(7 174)	(7 174)	(3 171)	(2 255)	(200)	(1 548)	557	(461)	565	(35)	2 362	20	(1 700)	1 774
Akutt og beredskap	(13 159)	(13 159)	(7 115)	(5 061)	(362)	(622)	(793)	(1 608)	(2 245)	(1 265)	(3 156)	(2 274)	(1 217)	(1 282)
Medisinsk Serviceklinikk	(2 701)	(2 701)	(1 884)	(1 559)	(21)	763	2 633	1 122	802	2 270	1 609	2 327	1 119	3 152
Psykatri og rus	(1 766)	(1 766)	(894)	(1 262)	174	216	(1 469)	(755)	469	(1 379)	(103)	1 912	(344)	(414)
Service og systemledelse	555	555	3 662	(2 038)	(53)	(1 016)	665	(3 144)	(637)	265	1 111	533	(3 228)	(1 872)
Administrasjonen	(97)	(97)	185	(217)	303	(366)	669	(72)	798	(102)	943	793	(918)	979
Felles - øvrig	20 337	10 337	6 590	1 759	3 782	8 206	22 380	16 644	9 350	6 813	8 679	3 506	8 690	6 979
<b>Totalt STHF</b>	<b>(56 931)</b>	<b>(66 931)</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>	<b>5 958</b>

## Likviditet og investeringer.

Tall i tusen



Investeringer - tall i 1000	Regn. 2020	Est. 2020	Bud. 2020
Bygg & anlegg	5 075	36 000	36 000
MTU	24 159	120 000	120 000
Annet utstyr, biler m.m.	1 413	14 000	14 000
IKT-investeringer - lån til Sykehuspartner	0	5 700	5 700
Tilbakebetalt lån fra Sykehuspartner	-171	-3 524	-3 524
<b>SUM</b>	<b>30 475</b>	<b>172 176</b>	<b>172 176</b>

## *Risikovurdering per 1. tertial 2020*

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

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

Koronasituasjonen preger risikobildet for hele sykehuset, og særlig risikoområdene for kvalitet, økonomi og aktivitet og bemanning påvirkes sterkt negativt. Smitterisikoen blant pasienter og ansatte vurderes som lav.

<b>Risikomatrise 1. tertial 2020 STHF</b>						
		<b>Konsekvens</b>				
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Sannsynlighet</b>	<b>5</b>			<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
	<b>4</b>					
	<b>3</b>			<b>6</b>		
	<b>2</b>			<b>4, 5, 7</b>		
	<b>1</b>					



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

**1. Kvalitet og tilgjengelighet** – Økt sannsynlighet og konsekvens. Koronaviruset påvirker flere av punktene innen kvalitet og tilgjengelighet, spesielt ventetider og fristbrudd. Samtidig faller andelen korridorpasienter kraftig grunnet lavere belegg. Sykehuset har per første tertial 2020 ikke nådd målsettingen om at gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenlignet med 2019. Ventetid for ventende og påstartet er hhv. 82,5 og 52,3 dager. Ventetider og fristbrudd har økt kraftig som følge av beredskap og omstillinger i driften i mars og april. Det pågår tiltak for å normalisere driften fremover i så stor grad som mulig, men det vil være urealistisk å forvente 100% normalt driftsnivå den nærmeste tiden. Pågående tiltak omfatter blant annet bedre utnyttelse av lokasjoner, kveldspoliklinikk, og økt bruk av tele-/videokonsultasjoner.

Midlertidig forskrift om endringer i helselovgivningen for å avhjelpe konsekvenser under utbruddet av Covid-19 trådte i kraft 28. mars. For å kunne møte kapasitets- og ressursutfordringer i helse- og omsorgstjenesten er det innført endringer i lovfestede pasientrettigheter. Dette gjelder retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, retten til vurdering i spesialisthelsetjenesten, retten til ny vurdering, retten til fritt behandlingsvalg, retten til individuell plan og retten til kontaktlege. Tilsvarende endringer er gjort i korresponderende pliktbestemmelser. Dette har konsekvenser for både kvalitet og tilgjengelighet.

**2. Økonomi** – Økt sannsynlighet og konsekvens. Sykehuset rapporterer et driftsresultat på -56,9 millioner per april, som er 66,9 millioner under budsjett. Avviket skyldes effekten av omstilling og beredskap knyttet til håndtering av koronavirus, som per april summeres til 65,5 millioner. Herunder utgjør netto inntektstap 54,8 millioner kroner. Sykehuset skal øke den planlagte aktiviteten i ukene som kommer. Samtidig skal sykehuset ha strenge smitteverntiltak og være i beredskap for å kunne behandle en eventuell økning av covid-19-pasienter. Det forventes at beredskapen vil føre til høye kostnader og betydelig bortfall av inntekter i deler av året.

Det er varslet at sykehusene vil tilføres ekstra midler for å kompensere for effektene av koronaviruset. Det er foreløpig ikke avklart hvordan og i hvilken grad dette vil skje.

**3. Aktivitet og bemanning** – Økt sannsynlighet og konsekvens. Koronasituasjonen påvirker aktivitet- og bemanningsnivået kraftig. Det er utført større driftsendringer for å møte kravet til beredskap og omstilling, samtidig som det har vært et markant frafall i aktivitet. Situasjonen fører til at flere av målene for bemanning og aktivitet ikke vil bli innfridd i 2020. Klinikken jobber med god ressursstyring i henhold til beredskapsnivået, samt økende normalisering av driften. Parallelt med den pågående

koronasituasjonen jobbes det med å forbedre produktiviteten for å etablere en bærekraftig drift og skape handlingsrom til egen utvikling.

Covid-19 pandemien representerer en risiko for at helsepersonell kan bli smittet på jobb. Det har også vært bekymringer knyttet til tilgangen på smittevernutstyr. Selv om det har vært krevende å skaffe til veie tilstrekkelig smittevernutstyr, har det ikke vært mangel på utstyr. I første tertial er ingen ansatte bekreftet smittet på jobb ved Sykehuset Telemark.

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

**5. Prioriteringsregelen** – Redusert sannsynlighet. Målet om høyere vekst innen PHV og TSB for poliklinisk aktivitet er oppfylt for TSB, men ikke for VOP og BUP. Prioriteringsregelen er oppfylt målt i ventetid for alle fagområdene, med en ventetid for VOP på 32 dager, BUP med 36 dager og TSB med 30 dager. 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.

**6. Informasjonssikkerhet og GDPR** - Økt sannsynlighet. Koronaviruset har endret noe på risikobildet i negativ retning, bl.a. pga utvidede tilganger, hjemmekontor, fjernaksess for leverandører og risiko for at leverandører går konkurs. Det er etablert videokonsultasjon med pasienter for å redusere risiko for smitte. Denne løsningen er risikovurdert og tiltak er iverksatt. Når det gjelder det løpende arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern kan nevnes at arbeidet med protokoll etter Artikkel 30 er ferdigstilt i første versjon. Det videre arbeidet er avhengig av at den regionale IT-løsningen for protokoll leveres. Ledelsessystemet for informasjonssikkerhet og personvern er implementert.

Det pågår et arbeid med å beskrive rammene for arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern ved sykehuset. Blant elementene som blir omhandlet er roller, ansvar, ressurser og organisering av området, samt oppgaver og forbedringstiltak som vil stå sentralt i arbeidet. Dette legges frem for ledergruppen i juni 2020. Inkludert i arbeidet er håndtering av informasjonssikkerhet og personvern i forbindelse med avtaleinngåelse og spesielt MTU anskaffelser.

**7. Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring** – Ingen endring. Sykehuset skal i henhold til Strategi 2020-2022 redusere andel pasientopphold med minst én pasientskade, alle alvorlighetsgrader (E-I) med 25 % fra 2017-nivå til utgangen av 2023(GTT). Dette tilsvarer en reduksjon fra 15,8 % (2017) til 11,9 %. I 2018 var GTT

9,2 %. Tall for 2019 blir ikke tilgjengelig før høsten 2020, men STHF ligger både under snittet for norske sykehus i 2018 (11,9 %), og er innenfor målsetningen for 2023. Inntil videre vurderes risikoen som uendret. Hvilke konsekvenser som Covid-19 pandemien kan føre til for pasientsikkerheten, er det for tidlig å si noe om. Lavere aktivitet og økt fokus på opplæring blant annet innen smittevern og tidlig oppdagelse av forverret tilstand (NEWS-2), må forventes å ha bidratt til økt pasientsikkerhet for inneliggende pasienter. I perioden er det gitt prioritet til livreddende og nødvendig behandling som ikke kan utsettes. Konsekvensen av utsatte utredninger og behandlinger vil vise seg over tid.

**Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 1. tertial 2020**

	K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
<b>1 Kvalitet og tilgjengelighet</b>								
	K	4	↑	Økte ventetider reduserer sykehusets attraktivitet, og kan være et tegn på lav lønnsomhet. Kraftig økning ifm Koronavirus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pågående prosjekt med EY gjennomgår pasientflyt til operasjon (Operasjon 2020). Satt på vent</li> <li>• Bedre utnyttelse Skien/Porsgrunn og Notodden</li> <li>• Akuttkirurgi og ortopedi utføres på Notodden</li> <li>• Økt bruk av telefonkonsultasjoner og kveldspoliklinikk for å opprettholde elektiv aktivitet</li> </ul>	Redusere unødig ventetid og administrative feil. Bidrar til økt kompetanse og felles praksis.	Klinikksjefer og ledere	Sommer 2020 Løpende
	S	5	↑					
	K	4	↑	Fristbrudd Pasienter får ikke oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp. Spesialisthelsetjenesten overholder ikke juridisk bindende forpliktelse til å oppfylle pasientens rettighet, og pasientens rettslig krav på behandling innen den fristen som er fastsatt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fokus på lengre planleggingshorisont. Sekretærstyrt timebok.</li> <li>• Kontinuerlig rydding i ventelister for å unngå fristbrudd, langventere, unødig ventetid og løftebrudd.</li> <li>• Det er planlagt økt poliklinisk aktivitet og dagbehandling med sikte på å redusere ventelister og unngå fristbrudd.</li> </ul>	Pasientene skal ikke oppleve fristbrudd	Klinikksjefer og ledere	Løpende
	S	4	↑					
	K	2	→	Direkte time Lav grad av direkte time kan føre til økt administrativt arbeid og fristbrudd. Det kan også være et tegn på mangelfull planlegging og struktur.	Fokus på langtidsplanlegging av legenes arbeidsplaner. Ferier, permisjoner og kurs legges inn i planene.	Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning. Reduserer fristbrudd og løftebrudd.	Klinikksjefer og ledere	Løpende
	S	2	→					
	K	2	→	Korridorpasienter Høy andel korridorpasienter gir dårligere kvalitet i pasientbehandling og kan øke risiko for infeksjoner. Utviklingen har vist en økning i Medisinsk klinikk i 2019.	En del medisinske pasienter har hatt ønske om å slippe å ligge på 4-mannsrom. Avdelingslederne forsøker å motivere de ansatte om at pasienter i minst mulig grad bør ligge på korridor. Klinikken intensiverer arbeidet med å praktisere same-dagsinnleggelse for pasienter som skal ha pacemaker.	Ingen korridorpasienter	Klinikksjefer og ledere	Løpende
	S	2	→					
<b>2 Økonomi</b>								
	K	5	↑	<ul style="list-style-type: none"> <li>• STHF må skape økonomisk handlingsrom for å sikre nødvendige investeringer.</li> <li>• Styring og kontroll med ressursbruken er viktig for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen</li> <li>• Akkumulert resultatet pr desember er -56,9 millioner, som er 66,9 million</li> </ul>	Det jobbes kontinuerlig med gjennomgang av egen drift og identifisering av tiltak både på inntekt- og kostnadssiden. Prosjektet Operasjon 2020 pågår, og har som formål å effektivisere operasjonsaktiviteten.  Arbeid med sykehusovergripende tiltak pågår.  Klinikkene følger opp sine respektive tiltaksplaner jevnlig, og det er et kontinuerlig fokus på kostnadseffektivisering.	Sikre økonomisk handlingsrom i henhold til budsjettert resultatbane og investerings-program.	Klinikksjefer og stab	Løpende
	S	3	↑					

**Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 1. tertial 2020**

K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
			lavere enn budsjettet. -65,5 millioner gjelder koronaeffekten.				
K 5 ↑	S 3 ↑	Koronaeffekt	Redusert aktivitet og høye kostnader ifm Koronavirus har en sterk negativ effekt på sykehusets økonomi. Netto koronaeffekt pr april er -65,5 millioner kroner.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sykehuset skal øke den planlagte aktiviteten frem mot sommeren.</li> <li>God kostnadskontroll og ressursplanlegging i klinikkene</li> <li>Det holdes løpende oversikt over kostnadseffekten av koronatiltakene</li> </ul>		Kliniksjefer og stab	Løpende
<b>3 Aktivitet og bemanning</b>							
K 4 ↑	S 5 ↑	Årsverk, variabel lønn og innleie	Økte årsverk, variabel lønn og innleie utover budsjett er kostnadsdrivende, og et mulig tegn på ineffektiv planlegging og drift. Lønnskostnader er sykehusets største kostnadspost. God kostnadskontroll og planlegging på dette området kan derfor forbedre økonomien betydelig. Stor økning i årsverk og lønnskostnader ifm Koronavirus. Høy beredskap øker årsverk og kostnader.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Det arbeides med omstilling, nedbemanning og bedre ressursutnyttelse.</li> <li>Aktivitetsstyrt bemanning på sengeposter</li> <li>Riktig bruk av bemanningscenteret</li> <li>Opplæring av personell ifm Korona-beredskap</li> </ul>	Sikre økonomisk bæreevne og effektiv drift.	Kliniksjefer og ledere	Løpende
K 2 →	S 2 →	Sykefravær	Høyt sykefravær er kostnadsdrivende, en belastning for kontinuerlig drift på de ulike seksjonene, og kan være et tegn på et problematisk arbeidsmiljø. Koronaeffekten på sykefravær økte i mars blant annet på grunn av karantener, men igjen på et normalt nivå i april. Offisielle tall foreligger kun per mars på 10,67 %. Tall fra GAT viser akkumulerte tall per april på 8,2 %.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Spesielt fokus på avdelinger i omstilling og tiltak for å redusere sykefraværet.</li> <li>Følge opp avdelinger med høyt sykefravær</li> <li>Samarbeid med NAV for å redusere sykefraværet</li> <li>Prosjekt "Tett på" i HR 2020</li> </ul>	Redusert sykefravær og tilhørende kostnader.	HR-enhet / ledere	Løpende
K 4 ↑	S 4 ↑	AML-brudd	AML-brudd er lovbrudd. Det er gjerne overtidsarbeid som fører til AML-brudd hos STHF. En høy andel AML-brudd kan derfor ses i sammenheng med en juridisk, økonomisk og arbeidsmiljørelatert risiko. Omstillinger ifb koronaviruset har ført til	<ul style="list-style-type: none"> <li>Forbedre arbeidet med tjenesteplaner og vaktplaner, som i minst mulig grad gir rom for AML brudd.</li> <li>Prosjekt "bemanningsplanlegging og ressursstyring".</li> <li>Pågående oppryddingsarbeid for å fjerne feilregistreringer</li> </ul>	Bemanningsplanlegging og drift skal utføres iht arbeidsmiljøloven.	HR-enhet / ledere	Løpende

**Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 1. tertial 2020**

K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
			økte AML-brudd i mars, men dette har normalisert seg i april.				
K 2 →	S 2 →	Kompetanse og rekruttering	Kompetansemangel vil ha en negativ effekt på pasienttilbud og kvalitet.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Følge opp STHFs vedtatte strategi for å rekruttere og beholde spesialistkompetanse ved STHF.</li> <li>Ulike kanaler benyttes og tiltak iverksettes for å skaffe spesialister (blant annet deltakelse på messer, annonsering, rekrutteringsbyrå). Spesielt fokus på spesialiteter med rekrutteringsutfordring (overleger til radiologi og PHV / TSB)</li> <li>Langsiktig mål om å utdanne egne skopører på grunn av rekrutteringsvansker (MATA)</li> </ul>	Riktig kompetanse på rett sted og til rett tid	HR-enhet / ledere	Løpende
K 4 ↑	S 4 ↑	Ressursplanlegging	Mangelfull ressursplanlegging kan føre til dårlig ressursutnyttelse, manglende kompetanse, høyere variable lønnskostnader og lavere aktivitet. Pasienten vil kunne oppleve lengre ventetider og flere fristbrudd. Særlig viktig i forbindelse med beredskap for Koronavirus og gradvis normalisering av drift	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aktivitetsstyrt bemanning pågår</li> <li>Riktig effektivitetsnivå ved tverrfaglig arbeid, for eksempel tidsbruk på møter, antall deltagere etc.</li> <li>Riktig bruk av bemanningscenteret</li> </ul>	Mer kostnadseffektiv drift, økt planleggingshorisont	HR-enhet / analyse / klinikker	Løpende
K 2 →	S 3 →	Svingninger i pasientgrunnlag ØH	ØH-tilbudet må opprettholdes, men er kostnadskrevenende.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bedre utnyttelse av tilgjengelig arbeidstid i operasjonsplanlegging (operasjon 2020)</li> <li>Kartlegge muligheter for mer dynamisk styring</li> </ul>	Mer effektiv pasientbehandling. Kostnadsreduksjoner Effektiv ressursutnyttelse	Klinikkssjef/ledere KIR/ABK Klinikkssjef / ledere	Løpende
K 5 ↑	S 5 ↑	Covid-19 aktivitetsnivå	Omstilling og beredskap knyttet til koronavirus fører til betydelig redusert aktivitet, særlig elektivt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tele- / videokonsultasjoner</li> <li>Kveldspoliklinikk</li> <li>Økt elektiv aktivitet på Notodden</li> <li>Bemanningsplanlegging skal sikre kapasitet for gradvis øking av elektiv aktivitet mot sommeren og høsten.</li> </ul>	Normalisere aktivitetsnivået i så stor grad som mulig.	Klinikkssjefer	Løpende
K 3 ↑	S 2 ↑	Covid-19 smitterisiko	Det er fare for at pasienter og ansatte kan bli smittet av koronavirus på sykehuset. Smitte kan få helsemessige konsekvenser for den smittede, og vil være en belastning for sykehuspersonellet.	<ul style="list-style-type: none"> <li>God tilgang på smittevernustyr</li> <li>Ansatte får god opplæring i smittevernprosedyrer</li> </ul>	Redusere sannsynlighet for spredning av viruset. Redusere kostnader for sykehuset. Opprettholde sykehusets behandlingsskapasitet.	Klinikkssjefer	Løpende

**Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 1. tertial 2020**

	K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
<b>4 Strategi - attraktivitet og konkurransesituasjon</b>								
	K	3 →	Strategi - attraktivitet og konkurransesituasjon	Sykehuset må jobbe aktivt og mer bevisst med å tilpasse seg konkurransesituasjonen som er styrt av pasientrettighetene, for å holde kostnadene knyttet til FBV og gjestepasienter på et lavt nivå.	Det er et kontinuerlig fokus på å innfri kvalitetskravene og redusere ventetider. Opprettholde dialogen med lokale fastleger.	STHF skal fremstå som attraktivt for pasienten	Klinikker	Løpende
	S	2 →		Fritt behandlingsvalg	FBV-ordningen gir pasienten rett til å velge behandlingssted, og sykehuset er pliktig til å opplyse om alternativer. Kostnadsøkningen avtok noe i 2019, men har økt innenfor TSB i 2020.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sykehuset er pliktig til å informere om alternative behandlingsinstitusjoner, men henviser ikke selv pasienter unødig.</li> <li>Opprettholde dialog med fastleger for å påvirke henvisningspraksis.</li> <li>Sykehuset må kunne vise til et godt behandlingsforløp for å fremstå som attraktive hos pasientene.</li> </ul>	Redusere gjestepasientkostnader	Kliniksjefer og ledere
<b>5 Prioriteringsregelen</b>								
	K	2 →	Aktivitet og ventetider	<ul style="list-style-type: none"> <li>Målet om høyere vekst innen PHV og TSB for poliklinisk aktivitet er oppfylt for TSB, men ikke for VOP og BUP.</li> <li>Aktiviteten hittil i år har vært lav innen PHV grunnet store rekrutteringsutfordringer i terapeutstaben, samt driftsendringer ifm Koronavirus</li> <li>Prioriteringsregelen målt i ventetider er oppfylt innen PHV/TSB.</li> </ul>	Økt aktivitet og reduserte ventetider innen PHV/TSB krever økt produktivitet og alle behandlerstillinger besatt: <ul style="list-style-type: none"> <li>Rekruttere og beholde medarbeidere</li> <li>Oppfølging medarbeidere</li> <li>Planlegging – logistikk</li> <li>Effektivisere teamsamarbeid – flerfaglig arbeidsform</li> <li>Økt bruk av telefon- og videokonsultasjoner når mulig</li> <li>Samarbeid med 1. linje og avtalespesialister <ul style="list-style-type: none"> <li>Riktige/riktigere henvisninger</li> <li>Spesialist ut til fastlegekontor</li> <li>Samarbeid med avtalespesialister</li> </ul> </li> </ul>	Større vekst i aktivitet og reduserte ventetider: Flere pasienter får behandling. Mer intensive behandlingsforløp og pasientene unngår unødig venting. Reduserte ventetider	Kliniksjefer og ledere	Løpende
	S	2 →			Prioriteringsregelen er ikke oppfylt med mindre kostnadsvekst i PHV/TSB er større enn i somatikken. Prioriteringsregelen er 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.Rekrutteringsvansker	Bedre kostnadskontroll innen somatikken vil muliggjøre oppfyllelse av prioriteringsregelen.	Oppfylt prioriteringsregel	Kliniksjefer og ledere
	K	3 →	Kostnader per tjenesteområde	Kostnadsvekst i PHV/TSB er større enn i somatikken. Prioriteringsregelen er 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.Rekrutteringsvansker	Bedre kostnadskontroll innen somatikken vil muliggjøre oppfyllelse av prioriteringsregelen.	Oppfylt prioriteringsregel	Kliniksjefer og ledere	Løpende
	S	3 ↓						

**Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 1. tertial 2020**

K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
			og turnover gir reduserte lønnskostnader.				
<b>6 Informasjonssikkerhet</b>							
K 3 ↑	S 5 ↑	Covid-19 Forhøyet risikonivå	Konfidensialitet, tilgjengelighet og integritet	Strengt fokus på etterlevelse av sikkerhetskrav.		Systemeiere	Løpende
K 3 ↑	S 5 ↑	Covid-19 Forsinkelse i ordinære prosjekter	Gamle løsninger blir ikke oppgradert eller skiftet ut	Strengere endringskontroll i Sykehuspartner Strengt fokus på etterlevelse av sikkerhetskrav. Streng prioritering av prosjekter.		Systemeiere	Løpende
K 3 ↑	S 5 ↑	Covid-19 Endring i tilganger til behandlingsrettede helseregistre (DIPS)	Konfidensialitet	Behandlet i EPJ-rådet. Det er gitt videre tilganger til DIPS for å sikre at ansatte har tilgang ved behov ved organisasjonsendringer (Flyttet til Notodden, Corona-telt mv.)  Tilbakestilles ved normalsituasjon.	Tilbakestille til normalsituasjon.	Systemeier DIPS	Oppfølging etter endt beredskapssituasjon
K 3 →	S 1 →	Covid 19 Videokonsultasjon og bruk av Skype	Riktig identifikasjon av pasient og behandler	Tiltak for å sikre rett pasient er identifisert. Videokonsultasjon er etablert i samsvar med råd fra eHelsedirektoratet. Det er gjennomført ROS og vurdert om DPIA må gjennomføres.		Etablert.	
K 3 →	S 1 →	Covid 19 Hjemmekontor	Konfidensialitet	Streaming fra underholdningstjenester er stengt for å sikre tilstrekkelig kapasitet i nettverket. Tiltak for å sikre konfidensialitet beskrevet på Pulsen.		Utført.	



**Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 1. tertial 2020**

	K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist	
	K	2	↑	Covid-19 Utvidede tilganger til underleverandører	Konfidensialitet	For å etablere nødvendig support i samsvar med smittevernråd er det etablert fjernaksess. Gjelder primært MTU og noe BTU.	Tilbakestille til normalsituasjon	Systemeiere	Oppfølging etter endt beredskapssituasjon
	S	3	↑		Brudd på tilgjengelighet	Tilbakestilles ved normalsituasjon.			
	K	3	↑	Covid-19 Risiko for at underleverandører går konkurs	Mister data	Det forutsettes at Sykehuspartner har leverandørstyring der de er databehandler. Det er derfor viktig at IKT-avtaler overføres til Sykehuspartner i tråd med OBD Sykehuset må ha kontroll på egne avtaler. At leverandør går konkurs en risiko som alltid foreligger. Ved økt risiko for konkurser er risikoen nå økt. Påpekt fra Nasjonal sikkerhetsmyndighet.		Økonomidirektør	
	S	3	↑		Risiko for manglende leverandør oppfølging pga uklare ansvarsforhold	System og ansvar for oppfølging av leverandører må kartlegges.			
	K	2	→	Ikke tilstrekkelig oversikt over all behandling av personopplysninger	Venter på regional IT-løsning	Protokoll versjon 1.0 er ferdigstilt. Kartlegging av behandlingsaktiviteter foretatt. Det som er kartlagt er til dels veldig detaljert. Det som var for detaljert er slettet og fjernet og oppdatert. Det er fortsatt behov for ytterligere kvalitetssikring av protokollen for å sikre at den er fullstendig. Det arbeidet fortsetter når IT-løsning er levert. Den regionale IT-løsningen er avgjørende for å forbedre protokollen. Det regionale prosjektet er forsinket og det foreligger ikke dato for leveranse.		Utviklingsdirektør	Avhengig av regional leveranse
	S	3	→						

**Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 1. tertial 2020**

K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
K 1 → S 1 →		Ledelsessystem for informasjonssikkerhet og personvern	Sykehuset Telemark bidrar i RSR til å revidere felles regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet og personvern i henhold til de krav og endringer som ligger i innføringen av EUs personvernforordning (GDPR) og effektivere endringene i eget styringssystem for informasjonssikkerhet.	STHF har i tråd med krav fra HSØ implementert de regionale utarbeidede styrende dokumentene ved å lenke direkte til dem i HELIKS.  Risikonivå anses akseptabelt. Kontinuerlig arbeid.		Økonomidirektør / Utviklingsavdelingen  Utførere: PVO og ISL	Løpende
<b>7 Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring</b>							
K 3 → S 2 →		Pasientskader	Pasientskader er et stort samfunnsproblem og medfører store konsekvenser for pasienter, pårørende og involvert helsepersonell- Det kan i verste tilfelle føre til varige skader eller tap av liv. Samtidig er pasientskader samfunnsøkonomisk kostbart.	Gjennomføre tiltak innen innsatsområder pasientsikkerhet i alle relevante enheter. Redusere antall pasientskader målt med metoden GTT - Global Trgger Tool	Færre pasientskader	Kliniksjefer, koordinator: Kvalitetsavdelingen	2020
K 2 → S 2 →		Pasientsikkerhetskultur	God meldekultur er en forutsetning for at avvik blir registrert og bidrar til forbedring.  God pasientsikkerhetskulturen er en forutsetning for åpenhet og læring etter uønskede hendelser	Opplæring i avvik og meldekultur Registrere grad av samsvar mellom meldte avvik og NPE-saker der pasienten har fått medhold. .  Høy andel enheter med modent teamarbeidsklima Høy andel enheter med modent sikkerhetsklima Høy svarprosent på den årlige medarbeiderundersøkelsen Forbedring i spesialisthelsetjenesten.	God meldekultur sikrer at avvik blir registrert og bidrar til forbedring .  God pasientsikkerhetskultur sikrer åpenhet og læring etter uønskede hendelser	Kliniksjefer, koordinator: Kvalitetsavdelingen	2020
K 3 → S 2 →		System og struktur for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring	Utrangerte systemer hemmer registrering av data og tilgang til styringsinformasjon om pasientskader og forbedringsarbeid	Anskaffelse og implementering av nytt avvikssystem	Informasjon om avvik og data i sanntid er tilgjengelig og brukes aktivt i foretakets forbedringsarbeid.	Prosjektleder / fagdirektør	2020
K 3 →		Infeksjoner					2020

**Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 1. tertial 2020**

K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
S	2 →		<p>Helsetjenesterelaterte infeksjoner er blant de hyppigste pasientskadene målt med GTT.</p>	<p>Redusere «postoperative infeksjoner etter innsetting av totalprotese (hofte)» med 25 prosent, fra 0,6 prosent (2017) til 0,5 prosent (2023) (Insidens)</p> <p>Redusere «postoperative infeksjoner etter utført keisersnitt» med 25 prosent, fra 0 prosent (2017) til 0 prosent (2023) (Insidens)</p> <p>Redusere «postoperative infeksjoner etter fjerning av galleblære (kolecystektomi)» med 25 prosent, fra 0,7 prosent (2017) til 0,5 prosent (2023) (Insidens)</p> <p>Redusere «andel pasienter som har fått urinveisinfeksjon på sykehus» med 25 prosent, fra 0,8 prosent (2017) til 0,6 prosent (2023) (Prevalens) Kilde: Nasjonal kvalitetsindikator – Folkehelseinstituttet</p>	<p>Redusert antall infeksjoner</p>	<p>Klinikkjefer: Koordinator: Smittevern/fagdirektør</p>	

## 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
033-2020	fagdirektør Halfrid Waage, kvalitetssjef Elisabeth Hessen	Sak til orientering	18.05.2020

#### 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

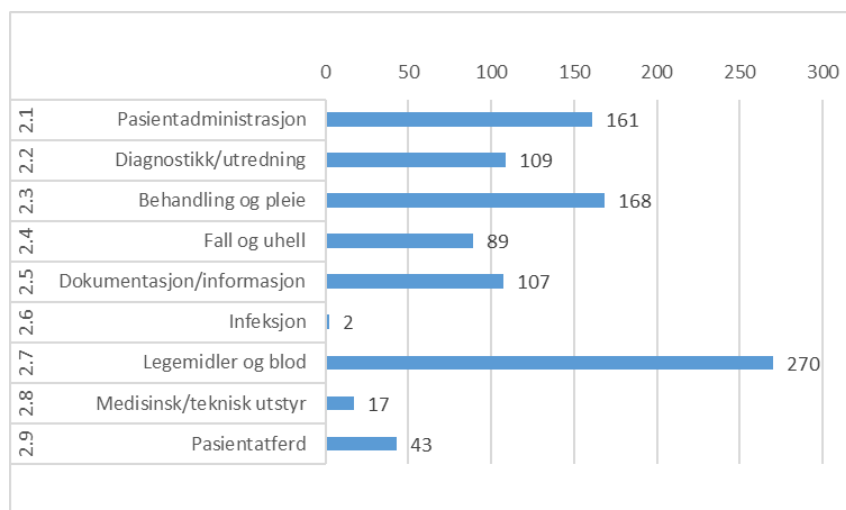
NOKUP gir en systematisk oversikt over problem- og risikoområder, som må følges opp med målrettede forbedringstiltak for å redusere risikoen for at tilsvarende hendelser skjer på nytt.

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.

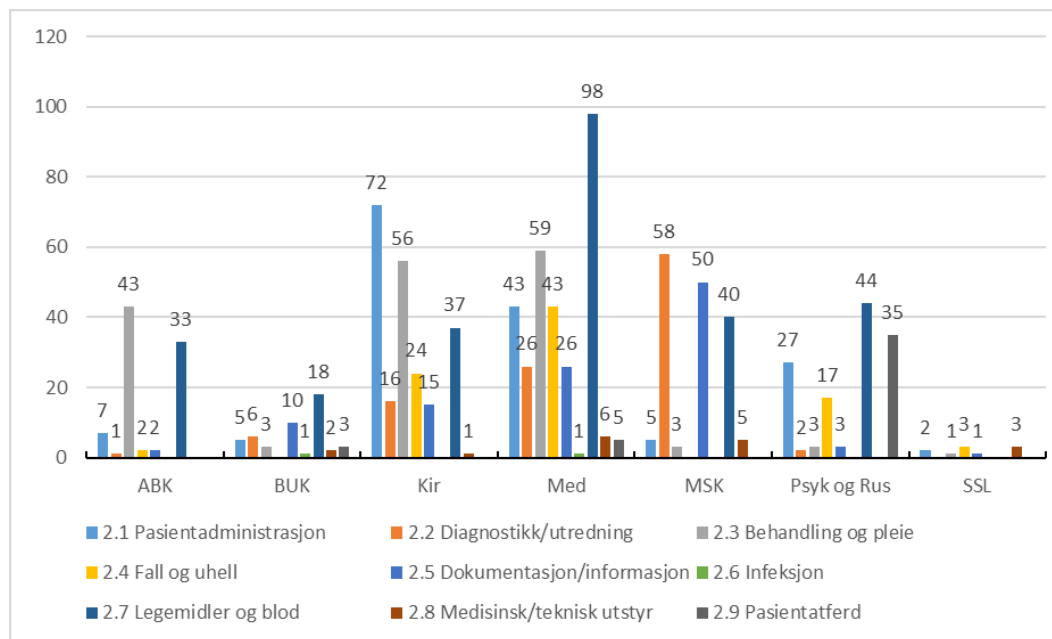
Figur 1. Hendelsestyper STHF 2019



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



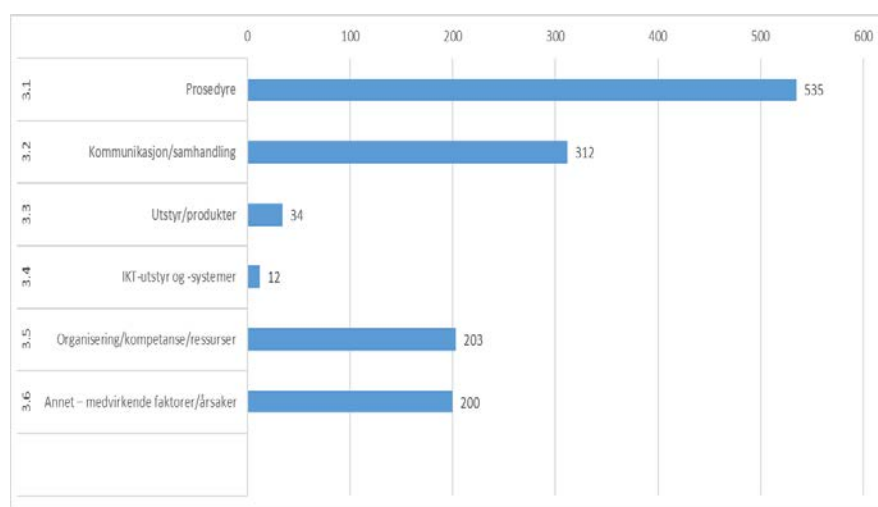
Figur 2 Hendelsestyper per klinikk viser både områder med felles forbedringspotensial og andre områder som tydelig er klinikkspesifikke. Her vil det være behov for at den enkelte klinikk gjennomgår resultatene og sikrer forsvarlig oppfølging av risikoområder.

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.

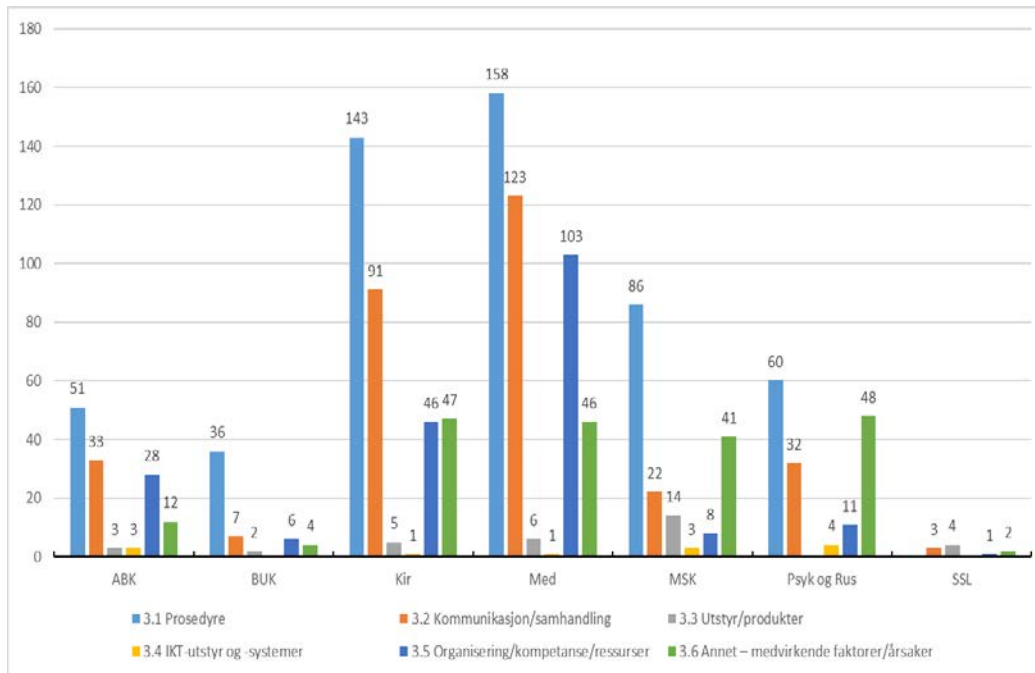
Figur 3. Medvirkende faktorer/årsaker STHF 2019



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

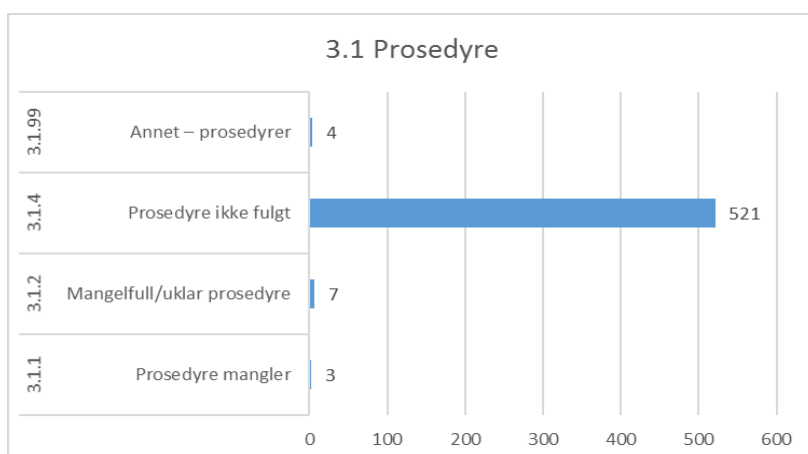


Figur 4 viser medvirkende faktorer/årsaker per klinikk 2019. Klinikvis kommer det fram mange likheter men også forskjeller i medvirkende faktorer/årsaker.

### 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.

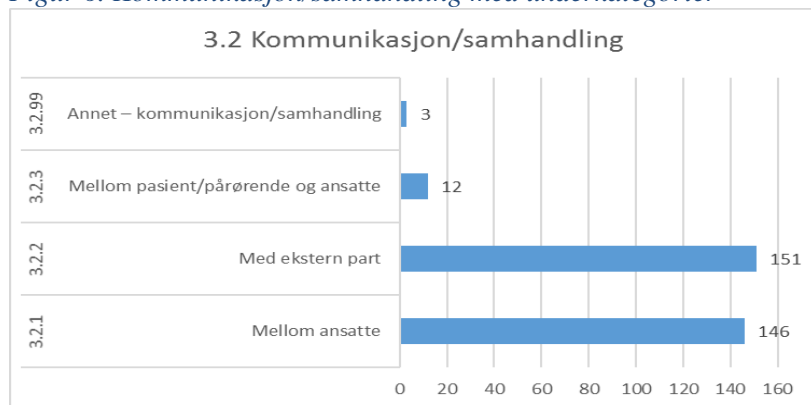
Figur 5. Prosedyre med underkategorier



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).



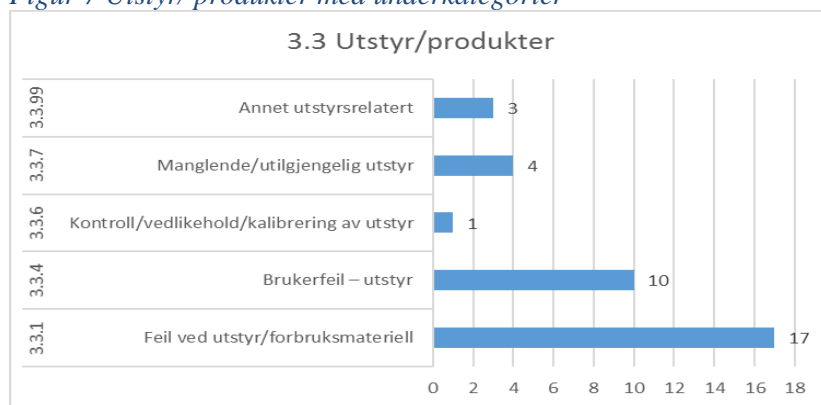
Figur 6. Kommunikasjon/samhandling med underkategorier



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).

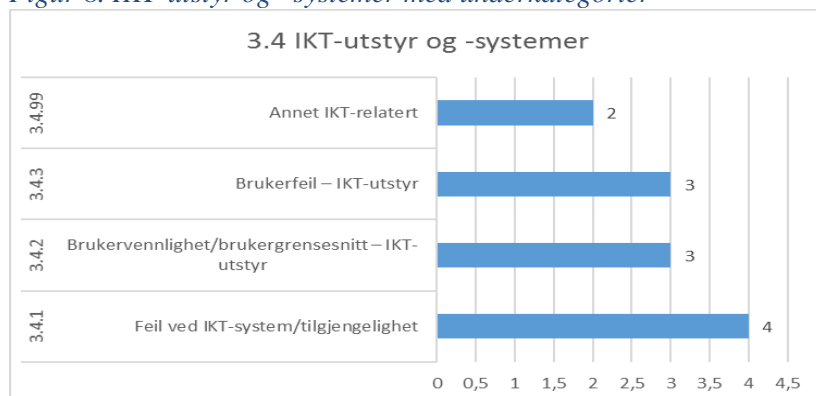
I all hovedsak er hendelsene som er klassifisert som kommunikasjon/samhandling «Med ekstern part» meldt av kommunene i Telemark. Det er ikke mulig å klassifisere saker som er meldt fra sykehuset til kommunene.

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).

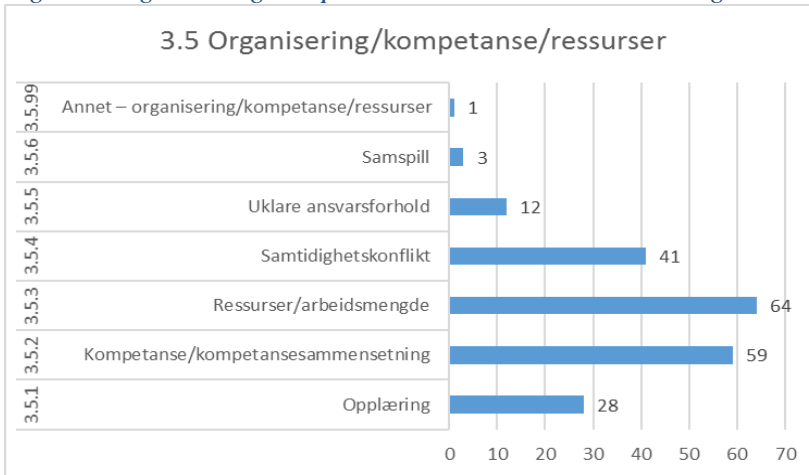
Figur 8. IKT-utstyr og –systemer med underkategorier



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 –

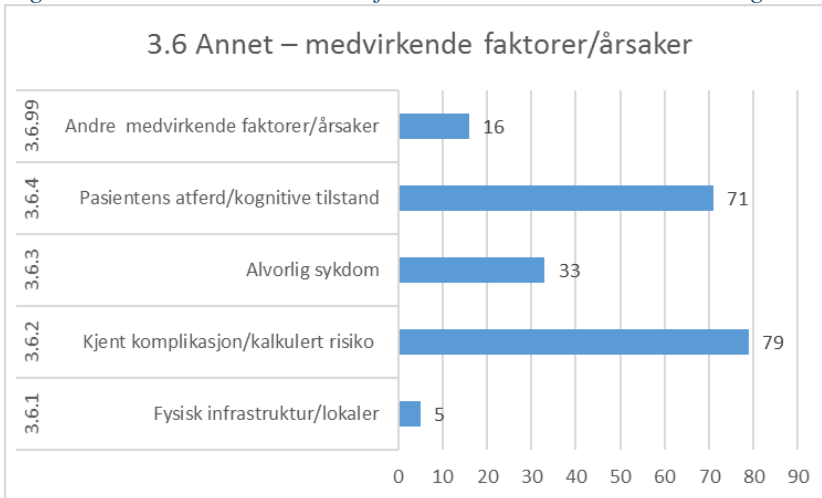
IKT-utstyr» (3), «Brukerfeil- IKT-utstyr» (3) og «Annet-IKT-relatert» (2). De fleste av disse sakene er fulgt opp av Teknologi og e-helse og Sykehuspartner i samarbeid.

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), «Samtidighetskonflikt» (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

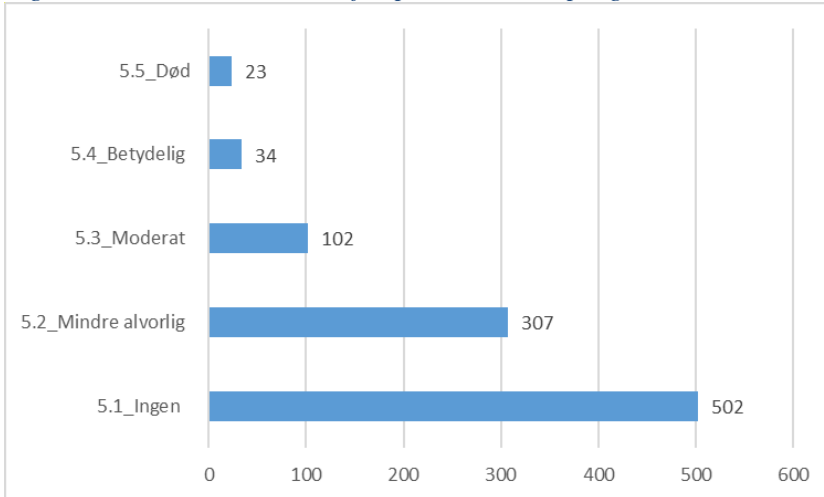


Figur 10 viser andre faktorer som ikke er dekket av andre kategorier som medvirket til en uønsket hendelse. «Kjent komplikasjon/kalkulert risiko» (79) har sammen med «Pasientens atferd/kognitive tilstand» (71) flest klassifiseringer i denne kategorien. Deretter følger «Alvorlig sykdom» (33), «Andre medvirkende faktorer/årsaker» (16) og «Fysisk infrastruktur/lokaler» (5). «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

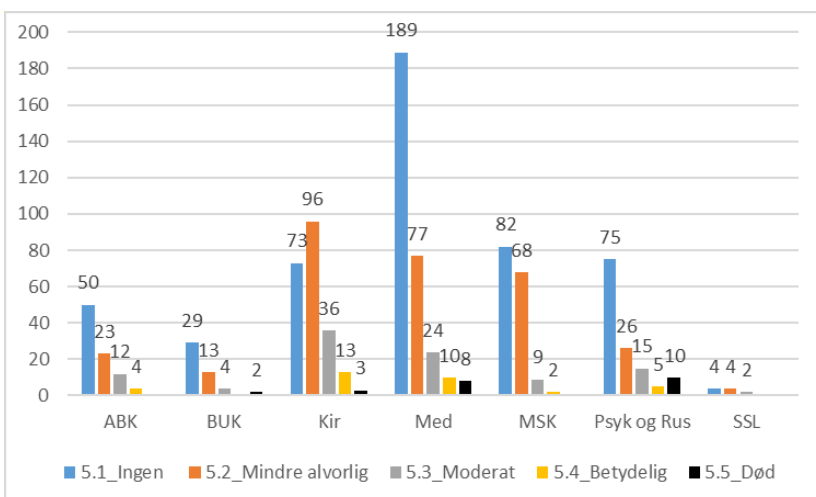


Figur 11 viser at de aller fleste (502) av de registrerte hendelsene i 2019, ikke hadde noen konsekvens for pasientens helse/prognose. 307 hendelser hadde mindre alvorlig konsekvens, 102 hendelser moderat konsekvens dvs. at de krevde behandlingstiltak eller oppfølging. 34 hendelser hadde betydelig konsekvens, 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: Årsmelding 2019 fra Pasient- og brukerombudet i Telemark

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
034-2020	Tone Pedersen, spesialrådgiver	Orientering	18.05.2020

#### Trykte vedlegg:

- Årsmelding 2019 fra Pasient- og brukerombudet i Telemark
- Nasjonal årsmelding 2019 fra Pasient- og brukerombudet

#### Ingress:

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

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

#### Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Skien, den 8. mai 2020

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

# Årsmelding 2019

Pasient- og brukerombudet i Telemark



## **Innhold**

Det beste for den neste – ord til innledning .....	3
Om Pasient- og brukerombudet i Telemark.....	4
Hva ombudet gjør.....	4
Utadrettet virksomhet.....	4
Hvem kontaktet ombudet i Telemark i 2019?.....	5
Kommunenes helse- og omsorgstjenester.....	7
Fastlegene .....	8
Sykehjem .....	8
Brukerstyrt personlig assistent (BPA).....	9
Helsetjenester til personer med psykisk uhelse i kommunene .....	9
Spesialisthelsetjenesten .....	10
Pårørende.....	12
Et utvalg aktiviteter i 2019: .....	13

## Det beste for den neste – ord til innledning

De som kontakter pasient- og brukerombudet gjør det fordi de ønsker å bidra til bedre helse- og omsorgstjenester. De ønsker å si ifra om svikt for at det skal bli bedre tjenester til nestemann. Nesten alle som kontakter oss forteller at de ønsker at helse- og omsorgstjenestene skal lære av hendelsen. Vi erfarer at å gi tilbakemelding er en del av en kollektiv dugnad. Det er sjelden noen gir uttrykk for et ønske om represalier mot de det gjelder etter en uheldig hendelse eller dårlig behandling. Det er viktig at de som jobber i helse- og omsorgstjenestene er kjent med hva det er som motiverer folk til å si ifra. Det kan være enklere å lære av pasient- og brukererfaringene når tjenestene vet at pasienter, brukere og tjenesteytere har felles mål - kvalitetsforbedring.

Årsmeldingen fra pasient- og brukerombudet er ikke en tilstandsrapport på helse- og omsorgstjenestene. Langt de fleste pasienter og brukere opplever gode og tilstrekkelige tjenester til rett tid. Mange pasienter- og brukere som opplever svikt i tjenestene, sørger selv for å klage og si ifra om uholdbare forhold. Vi vet ikke hvor stor andel av pasienter- og brukere som opplever svikt, som faktisk kontakter pasient- og brukerombudet. Helsetjenestene må derfor se erfaringene fra pasient- og brukerombudet i sammenheng med klager og tilbakemeldinger de selv mottar direkte fra pasienter, brukere og pårørende. De må også sammenholde disse med egne avviksmeldinger for å lære av de erfaringene som finnes og avdekke spesielle utfordringsområder.

I januar 2020 besluttet Helse- og omsorgsdepartementet at Pasient- og brukerombudet fortsatt skal ha en desentralisert struktur. Det innebærer at det fortsatt skal være eget ombud i både Telemark og Vestfold. I Telemark mener vi dette var en riktig beslutning og vi skal gjøre vårt beste for å være tilgjengelige i hele Telemark for de som trenger oss mest.

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

Skien 28.februar 2020



Else Jorunn Saga

Pasient- og brukerombud i Telemark



## Om Pasient- og brukerombudet i Telemark

Pasient- og brukerombudet skal arbeide for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene (Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 8). Fra 01.01.2020 inkluderer dette også den offentlige tannhelsetjenesten.

Ombudet utøver sitt faglige virke selvstendig og uavhengig. Administrativt er ordningen knyttet til Helsedirektoratet.

Ombudet i Telemark holder til på Skagerak Arena i Skien, Østre tribune, 5.etasje. Det er fire årsverk med tverrfaglig kompetanse ved kontoret. Pasient- og brukerombudet i Telemark hadde i 2019 et budsjett på rundt 3,5 millioner kroner.

### Hva ombudet gjør

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

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

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

### Utadrettet virksomhet

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

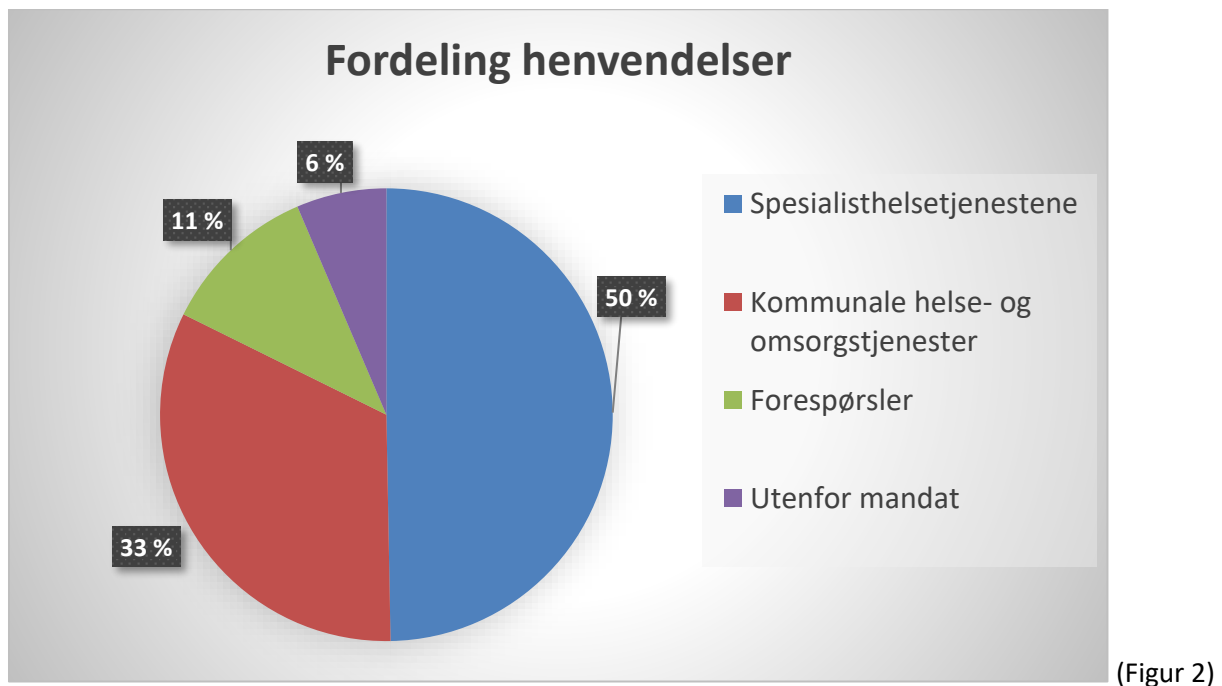
Det er et mål at flere skal få kjennskap til ombudsordningen. Foredrag i lag og organisasjoner om blant annet pasientrettigheter, er et viktig arbeid som vi prioriterer.

Bakerst i den lokale årsmeldinga gis en oversikt over eksterne aktiviteter i 2019.

## Hvem kontaktet ombudet i Telemark i 2019?

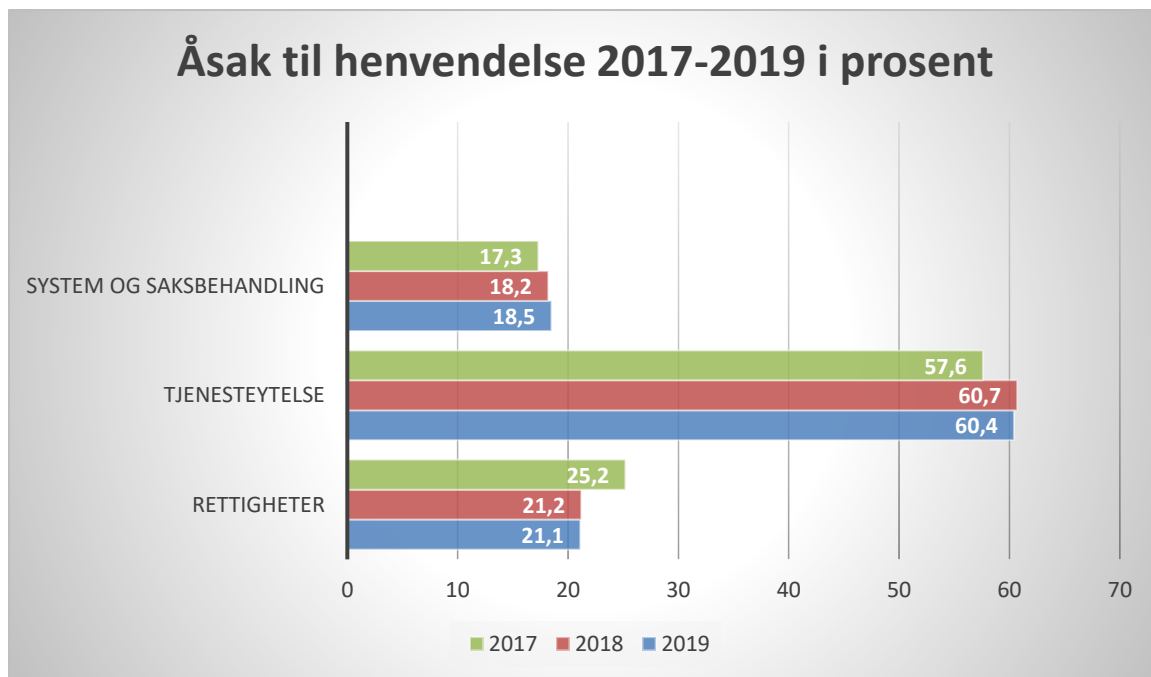
Pasient- og brukerombudet i Telemark registrerte 500 henvendelser i 2019. Dette resulterte i 684 problemstillinger, da en henvendelse kan dreie seg om flere ulike forhold. Dette er en nedgang fra 2018 på rundt ti prosent. For landet totalt sett, registrerer pasient- og brukerombudene en stabil pågang, rundt 15 000 årlig.

	2016	2017	2018	2019
Antall problemstillinger	709	719	777	684

 (Figur 1)

Forespørsler (figur 2) er henvendelser der noen hovedsakelig ønsker informasjon og henvendelsen ikke har element av klage eller misnøye med helsetjenesten. Henvendelser som faller utenfor ombudets mandat kan typisk handle om private klinikker og behandling, NAV, førerkort, barnevern eller fram til årsskiftet 2019-2020, tannhelse.

De øvrige henvendelsene, 83 prosent, dreier seg om henvendelser der pasienter, brukere eller pårørende er misfornøyde med helsetjenestene. Det kan dreie seg om brudd på pasient- og brukerrettigheter, forhold ved kvaliteten i selve helsehjelpen som er gitt eller problemer som har oppstått som følge av systemsvikt eller administrativt rot. Fordelingen på typen henvendelser framgår av figur 3.



(Figur 3)

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

21 prosent av sakene dreier seg om rettigheter man har som pasient eller bruker. De øvrige henvendelsene i 2019, drøyt 18 prosent, går på system og saksbehandling. Det kan være enten i spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Figur 3 viser variasjonen mellom de ulike årsaksområdene de tre siste åra.

Av nye saker i 2019 dreide 40 prosent seg om den kommunale helse- og omsorgstjenesten i Telemark. 60 prosent var knyttet til spesialisthelsetjenesten. De siste åra har vi sett en endring mot en større andel henvendelser som angår kommunale tjenester. Det er en naturlig endring, med tanke på det store volumet og mangfoldet av tjenester som ytes i kommunene. Det kan også være en naturlig konsekvens av oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten/sykehusene til kommunene.

## Kommunenes helse- og omsorgstjenester

To av fem henvendelser til Pasient- og brukerombudet i Telemark i 2019 dreide seg om kommunale helse- og omsorgstjenester. Registreringene hos ombudet brukes til å gi tilbakemeldinger til kommunene. Dette gjøres i en form som sikrer pasienten/brukeren anonymitet, men som gir kommunen en mulighet til å forbedre tjenesten der det er grunnlag for det. Som det framgår i figur 4, varierer antall henvendelser for de ulike kommunene fra år til år. Det er også naturlig at det er flere henvendelser fra de mest folkerike kommunene. Ombudet registrerer klagesaker på den kommunen der tjenesten ytes, uavhengig av klagerens bostedskommune. Pasient- og brukerombudet i Telemark vil følge opp hver enkelt kommune i fylket og gi en mer utfyllende informasjon om årsaker til kontakt med ombudet og hvilke tjenesteområder som er berørt.

	2016	2017	2018	2019
Bamble	8	16	20	12
Bø	9	10	14	20
Drangedal	2	3	3	6
Kragerø	6	12	2	5
Notodden	8	32	25	24
Porsgrunn	39	54	66	42
Sauherad	4	5	4	8
Skien	74	58	98	77
10 kommuner i Telemark med færre enn 5 henvendelser				<5
6 kommuner utenfor Telemark med færre enn 5 henvendelser				<5

(Figur 4)

Det er et stort mangfold av tjenester som ytes i kommunene. Figur fem viser på hvilke tjenesteområder Pasient- og brukerombudet i Telemark har fått flest henvendelser i 2019.

Tjenesteområde kommuner	2016	2017	2018	2019
Fastlege	95	132	167	111
Sykehjem	20	9	23	21
Helsetjenester i hjemmet	19	20	15	18
Tidsbegrenset opphold i institusjon	9	10	14	14
Omsorgsbolig	6	8	12	13
Brakerstyrt personlig assistanse		3	9	9
Fysioterapi		1	3	8
Legevakt	17	17	16	8
Ergoterapi/hjelpemidler				4
Fengselshelsetjeneste	6	1		3

(Figur 5 - områder med færre enn tre henvendelser i 2019 er ikke tatt med)

I årsmeldingen for 2019 velger vi å kommentere spesielt områdene fastlege, sykehjem, brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og helsetjenester til personer med psykisk uhelse:

## Fastlegene

Halvparten av alle henvendelser til ombudet innenfor de kommunale tjenestene, dreier seg om fastleger. Det er en nedgang fra årene før. Årsakene til at pasienter kontakter ombudet om sin fastlege, er mange. Pasienter forteller at de ikke blir lyttet til, de er uenige med fastlege i medisinerings, de opplever fastlegen som lite tilgjengelig, føler seg misforstått eller er uenig med legen i videre oppfølging som for eksempel henvisning til spesialisthelsetjenesten. Mange pasienter opplever at de til tross for at de har en fastlege "på papiret", må forholde seg til flere ulike leger, enten de møter vikarer eller kollegaer av fastlegen som "stepper inn" fordi det er travelt. Pasienter forteller at det er en ekstra belastning å måtte gjenta egen sykehistorie og behov på nytt og på nytt, når konsultasjonstiden hos legen kunne vært brukt mer effektivt med en kjent lege. Pasienter forteller at de blir usikre når de kommer til en lege som ikke har sett på journalen før konsultasjonen og som ikke har anelse om hva pasienten strir med, det være seg kronikere med kjente lidelser eller pasienter med en alvorlig sykdomstilstand under utvikling. Mye usikkerhet og dårlig kommunikasjon kunne vært forebygget dersom legene oftere hadde hatt mulighet til å forberede seg til møte med pasienten.

Det er også viktig å ta med at mange pasienter forteller hvor fornøyde de er med sin fastlege. Pasienter forteller om fastleger som står på og gjør en stor innsats for pasienten når han eller hun "står fast" i andre nivåer av helsetjenesten, det være seg både spesialisthelsetjenesten og det kommunale helse- og omsorgstilbudet.

## Sykehjem

Henvendelsene til Pasient- og brukerombudet i Telemark både når det gjelder langtidsopphold og opphold av kortere varighet på sykehjem, viser at det er et sprik mellom brukeres forventninger og behov, og det tilbudet som faktisk er tilgjengelig i kommunene.

Det å få innvilget en fast plass på sykehjem er ikke det samme som å få plass når du trenger det. Så brutalt er det, at pårørende får beskjed om at noen må dø på sykehjemmet før det blir plass til deres kjære. I mellomtiden må personen motta tjenester i hjemmet, eller som vi har sett i noen tilfeller; personen starter en runddans av flyttinger mellom sykehus, korttidsplass, avlastning, øyeblikkelig hjelp-seng og hjemmet. Slike runddanser er en enorm påkjenning for pasienten både kroppslig og psykisk, og gjør som regel behovet for langtidsplassen enda mer prekær. Rundt pasienten finner vi også ofte utslitte og fortvilte pårørende.

Det er mye sant i at de aller fleste ønsker å bo hjemme hos seg selv så lenge det er mulig. Pasient- og brukerombudet møter ingen som har det travelt med å komme på sykehjem før de faktisk er helt nødt. Da er det forstemmende å erfare, både gjennom henvendelser til ombudet og gjennom oppslag i media, det store spriket mellom kapasitet og behov i mange av kommunene.

### **Brukerstyrt personlig assistent (BPA)**

Pasient- og brukerombudet i Telemark har hatt en seksdobling i antall henvendelser om BPA den siste to-årsperioden. De fleste sakene dreier seg enten om i det hele tatt å få innvilget BPA eller omfang av timeantallet brukeren får innvilget.

Felles for sakene er at de er kompliserte og omfattende. Kommunene bruker gjennomgående lang tid på saksbehandling, og innen vedtak er fattet, kanskje påklaget og vurdert av Fylkesmannen, har brukerens behov ofte endret seg.

Vi har sett eksempler på søknader som har vært til saksbehandling i over ett år. Vi har ikke kunnskap om hvorfor kommuner bruker uforholdsmessig lang tid på å svare brukere på søknader og henvendelser, eller hvorfor saksbehandlere forespeiler brukere svar innen kort tid, når det fortsatt går tre-fire uker før svaret kommer. Krav om nye behovskartlegginger, beregning av tidsbruk ned på minuttnivå, møter med ulike instanser; alt bidrar til en svært lang vei fram for den som søker om BPA. Når søker stadig må etterspørre framdrift i saken, ikke får snakke med rett saksbehandler, ikke blir kontaktet tilbake slik han eller hun er blitt lovet, påvirker det forholdet mellom brukeren av tjenestene og den som skal yte tjenestene i negativ retning.

Henvendelsene til ombudet og erfaringene ombudet har med kommunene, tilsier at flere bør søke BPA, søke om mer tjenester enn de har fått innvilget og få saken sin prøvet hos Fylkesmannen. Vi har flere eksempler på vedtak som har blitt opphevet av Fylkesmannen, der kommunen har måttet gå gjennom saken på nytt og fatte nytt vedtak. I de fleste tilfellene går den nye behandlinga i favør av brukeren.

### **Helsetjenester til personer med psykisk uhelse i kommunene**

Pasient- og brukerombudene i hele landet har hatt spesielt fokus på helsetilbudet i kommunene til pasienter og brukere med psykisk sykdom og rusrelatert sykdom i 2019. I Telemark gjennomførte vi møter med ansatte og ledere i tjenestene i Notodden, Seljord og Vinje. Dette var for oss nyttige og lærerike dialogmøter. Vi fikk innblikk i styrker og utfordringer som var felles for kommunene og som skilte de. I tillegg gjennomførte vi et dialogmøte med inviterte bruker- og pårørendeorganisasjoner. Der fikk vi illustrerende historier om hva som fungerer og hva som ikke fungerer, slik de så det.

Ombudet får nesten ingen henvendelser fra pasienter og brukere innen psykisk helse og rus som mottar tjenester fra kommunene. På bakgrunn av de henvendelsene vi får, og dialogmøtene med kommuner og brukerorganisasjoner, kan vi slå fast at flere kunne hatt nytte av bistand fra pasient- og brukerombudet. Det er fortsatt store utfordringer for å få til tjenester som henger sammen på tvers av spesialisthelsetjenestene og kommunene. Mange pasienter og brukere opplever at de havner mellom de "berømte" stolene. Erfaringene fra arbeidet med fokusområdet er planlagt oppsummert i en egen landsdekkende rapport.

## Spesialisthelsetjenesten

60 prosent av klagesakene til pasient- og brukerombudet i Telemark i 2019 var knyttet til spesialisthelsetjenesten, det vil si de offentlige sykehusene eller private institusjoner med offentlig driftsavtale.

Helseforetak/private med avtale	2017	2018	2019
Sykehuset Telemark	247	284	242
Oslo Universitetssykehus	23	35	28
Betanien hospital	17	13	26
Sykehuset i Vestfold	13	10	13
Diverse avtalespesialister	10	7	6
Sørlandet sykehus	1	5	3
Blå Kors Borgestadklinikken	2	3	3
Vestre Viken	2	2	3

(Figur 6 - 13 offentlige foretak/tjenestetilbydere med avtale innen spesialisthelsetjenesten med to eller færre henvendelser er ikke tatt med i tabellen)

Figur sju viser hvilke områder henvendelsene til pasient- og brukerombudet i Telemark knytter seg til innenfor spesialisthelsetjenesten. Fordelingen holder seg relativt stabil over de siste årene. Psykisk helsevern for voksne har i flere år vært det området der ombudet får flest henvendelser.

Den mest påfallende endringen fra 2018 til 2019, er en halvering av henvendelser som handler om ortopedisk kirurgi. Vi har ikke klart å se noen åpenbar årsak til nedgangen, og utviklingen i 2020 vil kunne si noe mer om dette er uttrykk for mer varige endringer.

I tillegg ser vi en dobling innen revmatologi og øyesykdommer. Dette er områder vi vil følge ekstra med på i 2020.

Spesialitet (alle HF + avtalespesialister)	2017	2018	2019
Psykisk helsevern for voksne	47	56	57
Nevrologi	19	16	23
Ortopedisk kirurgi	34	47	21
Onkologi	14	20	21
Gastroenterologisk kirurgi	12	22	17
Øyesykdommer	8	7	16
Revmatologi	11	6	13
Øre, nese, hals	13	11	13
Hjertesykdommer	8	16	12
Plastikkirurgi	10	17	12
Urologi	11	4	10

(Figur 7 - spesialitet med ni eller færre henvendelser i 2019 er ikke tatt med)

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

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

Det er nedslående at så mange som 35 pasienter i spesialisthelsetjenesten årlig kontakter ombudet i Telemark fordi de ikke har fått oppfylt sin rett til informasjon, eller informasjonen har vært av en så dårlig kvalitet at pasient eller pårørende ikke har vært i stand til å ivareta sin egen helse eller egen interesse i møte med sykehuset eller avtalespesialisten. Fravær av informasjon, dårlig eller feil informasjon, fører til at pasienten taper tillit til helsesystemet og helsepersonellet som skal hjelpe. Mange pasienter redder situasjonen ved at de selv er aktive og står på, innhenter informasjon og spør til de får svar. Mange er også heldige og har pårørende som følger med og følger opp når noe er uklart eller informasjon er motstridende.

Hvorfor tas det kontakt med ombudet? Gjelder alle HF + avtalespesialister	2017	2018	2019
Behandlingstiltak	80	92	64
Informasjon	32	36	35
Diagnostisering	22	44	26
Utskrivning	5	12	24
Oppfølging	17	27	22
Oppfølging	11	8	19
Kommunikasjon/språk	11	9	17
Ventetid	19	17	16
Omsorgsfull hjelp	16	20	12
Medisinering	14	13	11

(Figur 8 – årsaker med ni eller færre henvendelser er ikke med i tabellen)

Over halvparten av henvendelsene som handler om utskrivning, gjelder pasienter i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). De fleste av disse henvendelsene handler om at pasienten mener hun eller han blir for tidlig skrevet ut og/eller at det ikke er tilstrekkelig tilrettelagt for videre oppfølging i for eksempel kommunen.

Også i 2019 var det stor oppmerksomhet rundt utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus i påvente av et forsvarlig tilbud i hjemkommunen. Disse overliggerne utgjør en betydelig kostnad for særlig noen av kommunene, og de utgjør også en kostnad og en utfordring med overbelegg for sykehusene. Pasient- og brukerombudet har i 2019 ikke



mottatt noen klager fra pasienter som har måttet bli lenger på sykehuset enn deres medisinske tilstand skulle tilsi, fordi de venter på at kommunen skal ha et godt tilbud til dem.

## Pårørende

Vi har et helsevesen der det er en stor fordel å være såkalt ressurssterk når man blir pasient eller får behov for ulike tjenester fra storsamfunnet. Det er ikke til å komme fra at pasienters årvåkenhet, telefoner rundt for å sjekke, manøvrering i systemet og ikke minst, forståelse for hvordan tjenestene fungerer eller ikke fungerer sammen, har stor betydning for den hjelpen pasienten mottar.

Vi erfarer også at det er en stor fordel å ha pårørende med tid og krefter til å passe på at alt går som det skal med pasienten eller brukeren. Vi har mange eksempler på saksbehandling og vedtak som ikke har vært riktige for pasienten eller brukeren, men som sannsynligvis ville blitt stående dersom ikke pårørende hadde gjort en innsats. Det finnes da også svært slitne pårørende rundt i samfunnet som føler de gjør en jobb som ikke skulle være nødvendig eller som storsamfunnet skulle ivareta.

Måten pårørende blir møtt fra tjenestene, varierer. Noen virksomheter har bygget kultur for å se pårørende som en viktig ressurs, og involverer pårørende på en hensiktsmessig og god måte fra første stund. Andre pårørende forteller at de blir møtt med avvisning, arroganse og irritasjon, og de føler seg som "et gnagsår" eller "hår i suppa", som noen har beskrevet i møte med ombudet.

Mange pårørende har et bevisst forhold til at de kan oppleves krevende for tjenestene. Mange opplever små og store konflikter i sine møter med tjenestene. Til oss forteller de om feil, forsinkelser, uhell, nestenulykker eller ulykker som gjør at de ikke klarer å la være å engasjere seg. De tør ikke la være. Det er viktig at helsepersonellet husker at en krevende pårørende har med seg erfaringer som har utløst utrygghet, og møter de på en tillitsbyggende måte.

Det er en viktig påminnelse til tjenestene at ikke alle har egne ressurser eller pårørende som kan ivareta deres interesser. Disse personene er ekstra sårbare i et system som viser seg å være langt fra perfekt.

## Et utvalg aktiviteter i 2019:

- Fylkesmannen i Vestfold og Telemark. Halvårlige møter.
- Brukerrådet ved Borgestadklinikken. Møter fast.
- Helse Sør-Øst RHF. Halvårlige møter.
- Brukerutvalget ved Sykehuset Telemark. Møter fast.
- Ledergruppa ved Sykehuset Telemark. Årlig møte.
- Styret ved Sykehuset Telemark. Årlig møte.
- Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget ved Klinikk psykisk helse og rus ved Sykehuset Telemark. Årlig møte.
- Norsk pasientskadeerstatning, NPE. Årlig møte.
- Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT), Telemark. Fast deltagelse i fag- og samarbeidsråd.
- Skien kommune, virksomhetsledelsen helse og velferd. Dialogmøte.
- Skien kommune, politisk hovedutvalg for helse og velferd. Innlegg om ombudets erfaringer.
- Skien kommune, kvalitetsutvalget. Dialogmøte.
- Notodden kommune, virksomhetsledelse og ansatte i psykisk helse. Dialogmøte.
- Seljord kommune, virksomhetsledelse og ansatte i psykisk helse. Dialogmøte.
- Vinje kommune, virksomhetsledelse og ansatte i psykisk helse. Dialogmøte.
- Brukerorganisasjoner innen psykisk helse i Telemark. Dialogmøte.
- Fylkestannlege og leder av klagenemnda i NTF i Telemark. Møte.
- Sykehuset Telemark. Opplæringsdag for nye likemannspersoner til brukerkontoret.
- USHT Fagdag om dokumentasjon og taushetsplikt. Foredrag.
- Leve hele livet, Telemark og Vestfold, åpningskonferanse. Deltagelse.
- Fylkesmannen i Vestfold og Telemarks høstkonferanse. Deltagelse.
- Det årlige helseerrettskurset, Juristenes utdanningscenter. Deltagelse.
- Erfaringskonferanse om spesialisthelsetjenester til pasienter med psykiske lidelser og samtidige ruslidelser. Deltagelse.
- Pensjonistforbundet Telemark og Vestfold. Foredrag.
- LHL, hjerneslag. Foredrag
- Porsgrunn pensjonistlag. Foredrag.
- Skien Senior Høyre. Foredrag.
- Grenland fibromyalgiforening. Foredrag.
- Foreningen for kroniske smertepasienter. Foredrag.
- POBO-dagen – verdensdagen for psykisk helse – stand på sykehuset
- Stand på Helsepolitisk debattmøte Skien
- Arendalsuka – stand og deltakelse

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

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



**Pasient- og brukerombudet i Telemark**



Postboks 212 Skøyen

Telefon: 35 54 41 70

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

Besøksadresse: Skagerak Arena, Odds plass 3, Skien

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



# Årsmelding 2019 pasient- og brukerombudene



## Forord

Vi lever stadig lengre. Noen får flere friske år, mange får år med helseutfordringer og økt behov for hjelp. Også behandlingstilbudene er i stor endring. Bruk av genteknologi, kunstig intelligens og persontilpasset medisin utfordrer organiseringen av helsetjenesten og dagens pasientrettigheter. Utviklingen av nye behandlingsmetoder går raskt. Noe kan kjøpes i den private helsetjenesten eller i utlandet, men er ikke et tilbud i offentlig helsetjeneste.

Sommeren 2019 avgjorde Helsetilsynet at det ville være uforsvarlig ikke å følge opp en behandling gitt i privat helsetjeneste, selv om den ikke var et tilbud i den offentlige helsetjenesten. Avgjørelsen ble fulgt opp i et rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementets i oktober, som skal vise vei ved slike avgjørelser. Som pasientombud var og er vi bekymret for om dette kan bidra til en mer todelt helsetjeneste. Oppfatningene rundt dette er mange.

En annen bekymring er om beslutninger om innføring av behandling på gruppenivå vil medføre at pasienter med avvikende alder eller sjeldne diagnoser ikke får livreddende behandling.

Ombudene skal ivareta den enkeltes rettigheter og interesser, og samtidig bidra til økt kvalitet på tjenestene. Det forutsetter en god dialog både med de som mottar og de som yter tjenestene, samtidig som vi skal ha et kritisk blikk for feil som begås. Balansegangen er krevende. Ikke minst når det som vil gagne den enkelte, kan bidra til et dårligere tilbud til andre. Det handler om prioritering. Den viktigste og vanskeligste utfordringen for alle aktører i velferdsstaten. Fra ansatte på sykehjem til det norske Storting. Vi må alle være på vakt mot at de som har den høyeste stemmen, det beste nettverket, de sterkeste pasient- og brukerorganisasjonene, de sterkeste pårørende og de beste mediekontaktene prioriteres før andre.

Ombudenes årsmelding er ikke en tilstandsrapport om helse- og omsorgstjenestene. De fleste mottar gode tjenester. Våre erfaringer er først og fremst viktige for å tydeliggjøre svakheter og forbedringspotensial.

Les den, lytt til erfaringene fra pasienter, brukere og pårørende og kontakt oss gjerne om du vil høre mer!

Oslo 21.februar 2020

Anne-Lise Kristensen

Pasient- og brukerombud i Oslo og Akershus

Konstituert koordinerende ombud for landets pasient- og brukerombud

## Innhold

Forord .....	1
<b>Tema og anbefalinger i årsmeldingen for 2019 .....</b>	<b>3</b>
Om Pasient- og brukerombudet .....	4
Antall henvendelser .....	4
Årsaker til henvendelsene .....	4
Felles fokusområde for samtlige pasient- og brukerombudskontor .....	4
Ombudene etterlyser igjen bedre informasjon og medvirkning i utforming av tjenester .....	5
Fastlegeordningen må moderniseres .....	5
Økt kompetanse på saksbehandling og klagesaksbehandling etterlyses .....	5
Rehabilitering – av mange beskrevet som de hemmelige tjenestene. Informasjonen om tjenestene må bedres.....	6
Mangelfull samhandling er en trussel mot pasientsikkerheten og med kostbare konsekvenser. ....	7
Pasienttransport blir en stadig viktigere del av helsetjenesten .....	8
Rapporteringskrav utfordrer pasientsikkerheten .....	8
Fører kvalitetsarbeidet til bedre kvalitet og færre uønskede hendelser?.....	8
Er trinnene for høye i den kommunale omsorgstrappen?.....	9
Brukerstyrt personlig assistanse – en ordning med uønskede variasjoner .....	10
Tilbudet til psykisk syke og til rusavhengige – gjøres det nok og gjøres de riktige tingene?.....	11
Pårørende – en uvurderlig ressurs.....	12
Retten til gratis tannhelsetjeneste er for mange en skjult hemmelighet.....	13

## Tema og anbefalinger i årsmeldingen for 2019

I meldingen presenteres noen utvalgte tema pasient- og brukerombudene ønsker å sette søkelys på. Temaene er trukket frem fordi de anses å være relevante på nasjonalt nivå. Erfaringer knyttet til arbeidet ved de enkelte ombudskontorene, kan det leses mer om i de lokale årsmeldingene.

Her er en oversikt over de anbefalinger og tema som belyses nærmere i meldingen.

- Ombudene etterlyser igjen bedre informasjon og medvirkning i utforming av tjenester. Helsekompetanse er en forutsetning for brukermedvirkning. Det forutsetter informasjon – for noen tilrettelagt med tolk.
- Fastlegeordningen må moderniseres.
- Økt kompetanse på saksbehandling og klagesaksbehandling etterlyses
- Rehabilitering – av mange beskrevet som de hemmelige tjenestene. Informasjonen om tjenestene må bedres.
- Mangelfull samhandling er en trussel mot pasientsikkerheten og med kostbare konsekvenser.
- Transport blir en stadig viktigere del av helsetjenestene. Den må planlegges bedre, og med utgangspunkt i pasientens behov.
- Rapporteringskrav utfordrer pasientsikkerheten. Fører rapporteringskravet om null korridorpatienter til bedret situasjon for pasientene? Enkeltsaker og nå tilsynsrapporter viser at det utfordrer pasientsikkerheten å ligge på "feil" avdeling .
- Er trinnene for høye i den kommunale omsorgstrappen?
- Brukerstyrt personlig assistanse – en ordning med uønskede variasjoner.
- Tilbudet til psykisk syke og til rusavhengige – gjøres det nok og gjøres de riktige tingene?
- Retten til gratis tannhelsetjeneste er for mange en skjult hemmelighet. Informasjonen må styrkes.

## Om Pasient- og brukerombudet

Ombudene skal arbeide for å ivareta pasienters og brukeres behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Fra 01.01.2020 fikk ombudene utvidet mandat til også å omhandle den offentlige tannhelsetjenesten. Ombudene skal bidra til å bedre kvaliteten i disse tjenestene. Det er 15 pasient- og brukerombud i landet med til sammen rundt 80 ansatte.

Ombudenes arbeid kjennetegnes ved tett og direkte kontakt med pasienter, brukere, pårørende og tjenestested. Ombudene arbeider også aktivt for å øke kunnskapen om pasient- og brukerrettigheter i befolkningen generelt og for ansatte i helse- og omsorgstjenestene spesielt. Ved deltakelse i helseforetakenes kvalitetsutvalg, på møter med politikere, ledere og ansatte i kommunene deles erfaringer fra vårt arbeid til det beste for pasienter og brukere.

## Antall henvendelser

I likhet med tidligere år mottok vi i 2019 litt over 15.000 nye henvendelser, konkret 15.116 henvendelser. I 73 prosent av disse henvendelsene ble det opplyst hvilket tjenestested henvendelsen gjaldt. Av disse var det 59 prosent som gjaldt spesialisthelsetjenesten og 41 prosent var knyttet til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. 18 prosent av sakene gjaldt henvendelser som ikke var knyttet til noe konkret tjenestested, for eksempel generelle spørsmål om pasientrettigheter. 8 prosent av henvendelsene omhandlet temaer utenfor vårt mandat, som for eksempel NAV.

## Årsaker til henvendelsene

Over halvparten av henvendelsene dreide seg om misnøye med selve utførelsen av tjenesten, som for eksempel forsinket diagnostisering, lite omsorgsfull behandling, spørsmål om feil behandling, pasientskade, samhandlingsvansker og svikt i pasientforløp, henvisninger som er mangelfulle eller forsinket, mangelfull informasjon, kommunikasjon og språkproblemer.

Av alle henvendelsene var 28 prosent spørsmål om brudd på pasient- og brukerrettigheter, for eksempel avslag på søknader om tjenester, spørsmål om innsyn i journal eller mangel på medvirkning og informasjon.

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

## Felles fokusområde for samtlige pasient- og brukerombudskontor

Pasient- og brukerombudene besluttet at samtlige kontorer skulle ha psykisk helsearbeid i kommunene som et særlig fokusområde for 2019. Ombudskontorene har hatt fokus på de tjenestene som kommunene gir/ikke gir/skulle gitt til pasienter med psykiske lidelser, og samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten for denne pasientgruppen.

En særskilt rapport om dette planlegges publisert.



## Ombudene etterlyser igjen bedre informasjon og medvirkning i utforming av tjenester

Mangelfull eller dårlig informasjon er et element i svært mange av henvendelsene ombudene får. Det gjelder både i møte med spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Pasienter og brukere har lovfestet rett til medvirkning ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenestene. Det forutsetter tilstrekkelig og tilrettelagt informasjon.

Informasjon er også nødvendig før du faktisk er blitt pasient. Mange kommuner sender ut brosjyrer i posten til sine innbyggere med oversikt over hva de kan kreve av standard fra kommunen når det gjelder tekniske tjenester som brøyting, vann og avløp. Kommunene bør på samme måte informere sine innbyggere om helse- og omsorgstjenestene.

Språk og språkforståelse er avgjørende for forsvarlig behandling. Pasient- og brukerombudene er kjent med at anstrengt økonomi brukes som argument for ikke å bruke tolk. Også mangelfulle rutiner for bestilling av tolk, dårlig tilgang på tolketjeneste og dårlig kvalitet på tolketjenestene er tema. Også fra de ansatte i tjenestene.

Informasjon når noe går galt er fortsatt en mangelvare mange steder. Vi møter pasienter og pårørende som står tilbake i uvisshet og med ubesvarte spørsmål. Dette skaper unødvendige belastninger. En god samtale kan gi nødvendige forklaringer og vise at tjenesten tar det som har skjedd på alvor og arbeider for å hindre at det skjer igjen. I samtalen kan tjenestene også gi lovpålagt informasjon om rett til å varsle til Helsetilsynet, klage til fylkesmannen, kontakte pasient- og brukerombudet og til å søke erstatning. Vår erfaring er at slike samtaler også er godt for helsepersonellet. Ingen går upåvirket fra uønskede hendelser.

## Fastlegeordningen må moderniseres

Av de 2000 henvendelsene ombudene mottok om fastlegeordningen i året som gikk, var hovedinnholdet kvalitet, kontinuitet og tilgjengelighet.

Stadig flere har ikke en fast lege. Rekrutteringsproblemer og vikarbruk utfordrer gullet i fastlegeordningen. Gullet – det å ha en fast lege å forholde seg til over tid. De fleste er enige om at vi trenger flere fastleger, men ordningen har også andre utfordringer. Resultatene av pilotene med primærhelseteam vil være av stor interesse. I tillegg kan ansatte med administrativt ansvar frigjøre tid til mer pasientrettet arbeid. Finansieringsordninger må understøtte en slik utvikling.

For å sikre mer effektive og kvalitativt bedre behandlingsforløp må samhandlingen mellom fastlegene, sykehusene og hjemmetjenesten styrkes, for eksempel ved bruk av felles videokonsultasjoner der det er forsvarlig. I tillegg må arbeidet med økt kvalitet på henvisninger videreføres.

Kommunene må ta et større ansvar for å følge opp arbeidet som skjer i fastlegeordningen. Ikke overfor den enkelte pasient, men i oppfølgingen av fastlegeforskriften og annet kvalitetsarbeid.

## Økt kompetanse på saksbehandling og klagesaksbehandling etterlyses

Retten til å klage skal bidra til å sikre pasienter og brukere likeverdige tjenester uavhengig av hvem du er og hvor du bor. Slik er det ikke. Og det er mange grunner til det.

I kommunene erfarer vi at problemene kan starte allerede når et behov meldes. Ikke alle møtes med informasjon om ulike tjenester og søknadsprosedyrer. Fortsatt rådes og veiledes noen vekk allerede her. Neste trinn er når søknader om tjenester ikke innvilges, og søker ønsker å klage. Også her erfarer vi at det rådes og veiledes bort fra å klage. I saker hvor det både er søkt, fattet vedtak og klaget, erfarer vi at kunnskapen om klagesaksbehandling er dårlig. Dette ser vi både i kommunene og i helseforetakene.

I saker der det opprinnelige vedtaket omgjøres, kan det skje uten at det er nye opplysninger i saken. Hva betyr dette? At tjenesten ønsker å unngå videre behandling av klagen? Eller kan det bety at den opprinnelige avgjørelsen var fattet på et dårlig grunnlag? Begge deler er alvorlig. Ikke minst fordi det kan synliggjøre at langt flere kunne klaget og fått innvilget det de har søkt om. Mange klager ikke, selv om de er uenig i avgjørelsen. Vi erfarer at dette kan skyldes at de ikke orker eller at de ikke har den nødvendige helsekompetansen. Begge forklaringene gir grunn til uro.

I de tilfeller der det klages og tjenesten opprettholder sin opprinnelige beslutning, er det tjenestens ansvar å sørge for at beslutningen sendes tilsynsmyndighetene for overprøving. Slik kan de få et "utenfrablikk" på egne vurderinger. Også her ser vi svikt. Vi ser at det brukes uakseptabel lang tid før saken sendes til fylkesmannen. En klar saksbehandlingsfrist vil kunne bidra til å endre dette.

Saksbehandlingstiden hos flere fylkesmenn er også til dels svært lang. Saker om pasient- og brukerrettigheter, rettighetsklager, skal behandles senest innen tre måneder. Vi erfarer jevnlig at det tar både seks og tolv måneder. Ved noen av de sammenslåtte fylkesmannsembetene har vi også erfart lengre saksbehandlingstid enn tidligere. Lang saksbehandlingstid er en trussel både mot pasientsikkerheten og rettsikkerheten til pasienter og brukere.

## Rehabilitering – av mange beskrevet som de hemmelige tjenestene. Informasjonen om tjenestene må bedres.

Reglene for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og i kommunene er ikke de samme og for mange ukjent. Det bekymrer når pasienter som har fått er innvilget rehabilitering forteller at dette er noe de selv hadde etterspurt, det kom ikke som et tilbud, men som et resultat av deres eget initiativ. Hva med de som ikke etterspør?

Ombudene hører fortsatt om for lite ressurser til rehabilitering både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Det er store forskjeller i rehabiliteringstjenesten i kommunene, og for ofte preges tilbudet av lang ventetid, for få fysioterapeuter og ergoterapeuter, og rehabiliteringsprogram som framstår som minimumsløsninger for den enkelte. Pasienter forteller de har gått glipp av sitt potensiale fordi ventetiden til rehabilitering var for lang. Dette får konsekvenser for pasientens framtidige helse og fungering, og er dårlig samfunnsøkonomi. Vi minner om pasientens rett til nødvendig helsehjelp også når det gjelder rehabilitering.

## Mangelfull samhandling er en trussel mot pasientsikkerheten og med kostbare konsekvenser.

Mangelfull samhandling er en trussel for pasientsikkerheten og for opplevelsen av trygghet og forutsigbarhet. Det er også dårlig utnyttelse av de samlede ressursene i helse- og omsorgstjenestene.

Pakkeforløpene og etablering av forløpskoordinatorer er ment å bidra til å sikre bedre organiserte og mer forutsigbare behandlingsforløp. Ikke alt kan eller skal styres som pakkeforløp, men metoden som benyttes er relativt lik. Det er behov for samordning av de ulike tjenestene i et forløp, og det skal ikke være opp til pasienten selv eller pårørende å forestå dette.

Ulike ordninger er opprettet for å sikre bedre samhandling; koordinator på sykehus, koordinator i kommunen, kontaktlege og individuell plan. Likevel pekes samhandlingsproblematikk på som en utfordring i svært mange av henvendelsene til ombudene. Samhandling mellom avdelinger på sykehus, mellom sykehus, mellom kommuner og sykehus og internt i kommunene.

Kommunene og fastlegene klager på dårlige og forsinkede epikriser fra sykehusene. Sykehusene klager på mangelfulle henvisninger. Endringer skjer i pasienters medisinalister uten at alle som har ansvar for medisinerer blir orientert. **Pasientens legemiddelliste må på plass.**

I mange sykehus er ikke kontaktlegeordningen på plass. En pasient opplevde å bli møtt med: "Å, er jeg din kontaktlege? Det er jeg ikke kjent med, og det har jeg heller ikke tid til." En annen pasient hadde tre kontaktleger, men ingen koordinator. Hvem skal ivareta helheten i behandlingsforløpet?

En pasient undret seg over hvorfor sykehuset ikke var mer opptatt av egen organisering – til det beste for pasienten, men også for de mange legene som behandlet den samme pasienten, og som alle måtte sette seg inn i hva som hadde skjedd siden sist. Hun fortalte:

*"Jeg har gått til behandling og kontroll ved poliklinikk for kreftsykdommer i over et år. I løpet av de siste 15 månedene har jeg hatt kontakt med syv ulike leger. Avdelingen har beklaget at de ikke klarer å gjennomføre ordningen med kontaktlege. Etter å ha mottatt ny innkalling, der det fremkom at jeg skulle møte nok en ny lege, kontaktet jeg avdelingen. Til min overraskelse var det ikke noe problem å bytte til den legen jeg var hos ved forrige konsultasjon. Mitt inntrykk var at det ikke var noe system på å sette pasientene opp hos en fast behandler."*

Pasienter skrives ut med mangelfull informasjon om hvordan sykehusoppholdet må følges opp. Pasienter transporteres fra sykehus på tidspunkter av døgnet i strid med avtaler inngått med kommunene.

Pasient- og brukerombudene etterlyser større fleksibilitet og velvilje til å samarbeide om og med pasienter på tvers av nivåer i tjenestetilbudene. En forutsetning er at finansieringsordningene understøtter en slik samhandling, at innsatsen rettet mot digitale løsninger for samhandling intensiveres – og her sikter vi både til én innbygger, én journal, men også økt bruk av for eksempel videokonsultasjoner mellom pasient, fastlege og hjemmetjeneste eller spesialist – og til at ansattes holdning til samhandling må styrkes.

## Pasienttransport blir en stadig viktigere del av helsetjenesten

Pasienttransport blir en stadig viktigere del av det totale helsetilbudet. Økt spesialisering medfører behandling fra ulike sykehus og økt behov for transport mellom og til og fra sykehusene. God tilrettelagt transport er helt nødvendig for å sikre gode og forsvarlige pasientforløp.

Vi hører om pasienter, oftest om eldre, som sendes hjem fra sykehus på natten. Dette er en praksis alle mener er totalt uverdigg. Likevel skjer det. Oftest er forklaringen at det ikke har vært ledig transportkapasitet på annen tid av døgnet. En forklaring som ikke bør godtas. Organiseringen og prioriteringen av pasienter må ettergås.

Pasientene formidler svært forskjellige erfaringer med Pasientreiser. Behovet for transport vurderes ulikt avhengig av hvilken lege du møter, ventetiden er lang og anledningen til å ha med seg ledsager vurderes forskjellig.

For befolkningen i nord ga 2019 særlige utfordringer. Nytt luftambulanseselskap fikk anbudet og mange problemer oppstod både med forsinkelser på grunn av trening av mannskap, fly som ikke kunne lande på kortbanenettet, tekniske feil på flyene og sykdom hos ansatte. Dette ble monitorert kontinuerlig av Helse Nord og ekstra ressurser med helikopter ble satt inn. Likevel har pasienter opplevelser som tilsier at beredskapen ikke har vært god nok og Fylkesmannen har opprettet flere tilsynssaker på bakgrunn av dette. Også ombudet har fått tilbakemeldinger fra pårørende om hendelser som er kritikkverdige. Tilgang til behandling og helsehjelp ved sykdom er livsviktig. Retten til helsehjelp har vi uansett hvor vi bor i landet. For mange har problemene den senere tid skapt engstelse og uro.

## Rapporteringskrav utfordrer pasientsikkerheten

Sykehusene legger regelmessig pasienter på korridor grunnet plass- og logistikkproblemer til tross for et kravet om null korridorpatienter i sine oppdragsdokumenter. Dette er uheldig for pasientene, og en utfordring for helsepersonellet. Samtidig er alternativet – å legge pasienten på en annen avdeling – ikke bare en god løsning. En svensk undersøkelse har vist at en slik praksis med utlokalisering øker forekomsten av pasientskader. Utlokalisering forekommer også i Norge, og ble omtalt som et særskilt risikoområde i et læringsnotat fra den norske Meldeordningen i 2016. Fylkesmennene gjennomfører for tiden et landsomfattende tilsyn ved sykehusenes somatiske avdelinger gjeldende dette.

Pasient- og brukerombudene mottar henvendelser hvor både det å være korridorpatient og det å ligge på "feil avdeling" tematiseres. I valget mellom korridorseng og en satellittsens synes mange faktisk å foretrekke og ligge på korridor fremfor «feil avdeling». Sett fra ombudets ståsted er ingen av løsningene optimale. Spørsmålene er flere. Skyldes det at pasienter blir liggende for lenge på sykehus grunnet manglende mottakerkapasitet i kommunene, eller kan årsaken være at enkelte avdelinger ikke har nødvendig sengekapasitet?

## Fører kvalitetsarbeidet til bedre kvalitet og færre uønskede hendelser?

Pasientsikkerhetsarbeidet er nedfelt i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Litt forenklet dreier det seg om virksomhetens plikt til å

PLANLEGGE – GJENNOMFØRE – EVALUERE – KORRIGERE

I virksomhetenes pasientsikkerhetsarbeid benyttes ulike muligheter, slik som bruk av meldte avvik, arbeid i kvalitetsråd/utvalg, innsatsområder fra Pasientsikkerhetsprogrammet, Global Trigger Tool, brukerundersøkelser, konkrete klager eller tilbakemeldinger fra pasienter, brukere og pårørende og fra pasient- og brukerombudene, interne avviksmeldinger, "Si din mening", hendelsesanalyser, fylkesmannsavgjørelser og vedtak fra Norsk pasientskadeerstatning.

Bedres pasientsikkerheten gjennom dette kvalitetsarbeidet?

Det er registrert relativt stabile høye tall for andel av pasientskader ved norske sykehus. For 2018 ble det registrert en andel med 11,9 prosent pasientskader ved sykehusinnleggelsene. Vi har ikke tilsvarende kunnskap om omfanget for de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) har nylig gjennomført en undersøkelse for å se hvor stort samsvar det var mellom saker der pasienten har fått erstatning som følge av svikt i behandlingen hos NPE og saker som er meldt i avvikssystemene på sykehusene. Hensikten med kartleggingen var å finne ut om skader som har fått medhold i NPE på grunn av svikt i behandlingen, gjenfinnes som registrerte avvik i de lokale meldingssystemene. Undersøkelsen viste relativt store ulikheter mellom de ulike sykehusene som inngikk i undersøkelsen (samsvar mellom 19 % og 59 %,) og gjennomsnittlig var det samsvar mellom medholdsaker og registrerte avvik i 33 % av sakene, se

<https://www.npe.no/no/Om-NPE/aktuelt/33-prosent-av-npe-saker-blir-funnet-igjen-i-sykehusenes-meldesystemer/>

Undersøkelsen gir grunn til å reflektere over kvaliteten på det systematiske kvalitetsarbeidet som gjøres. At avvik ikke meldes kan handle om at ansatte ikke har kunnskap eller forståelse for hensikten med å melde avvik, ikke får vite hvordan avviket blir fulgt opp, eller at det mangler arenaer for felles gjennomgang for å sikre organisatorisk læring. Tilbakemelding til de som melder fra om hvordan avviket følges opp er nødvendig for tilliten til systemene.

I tillegg forutsetter læring av egne og andres feil at systemene både er kjente og hensiktsmessige. Helsepersonell må ha tid til å dokumentere og rapportere. Og de som gjør det, må berømmes.

Åpenhet rundt uønskede hendelser er mange steder fortsatt en mangelvare. Det er ombudenes oppfatning at mye handler om ledelse, system og kultur.

## Er trinnene for høye i den kommunale omsorgstrappen?

Målet er at vi alle skal bo hjemme så lenge som mulig. Det forutsetter gode, trygge tjenester når helsa svikter. Og det forutsetter flere folk og økt kompetanse i hjemmetjenestene. Vi blir stadig flere eldre, vi lever lengre med flere sykdommer, vi skal være kortere tid på sykehus og vi skal motta hjelp i kommunen.

Utrygghet, uforutsigbarhet og et for stort antall hjelpere i hjemmetjenestene hører vi ofte om. I tillegg til at hjelperne ikke kommer til avtalt tid, ikke kan avtale tidspunktene for besøkene, besøk som ofte er korte. Mange kommuner tildeler et bestemt antall minutter å utføre tjenestene på, med lite rom for fleksibilitet.

Omsorgstrappen er et begrep som ble innført for å visualisere kommunens ansvar for å tilby tjenester på ulike nivå, fra lavt til høyt omsorgsnivå, fra praktisk bistand i form av hjelp til vask av bolig til plass i

heldøgnsinstitusjon. Henvendelser til ombudene synliggjør at det tidvis råder uenighet om hvor på omsorgstrappen den enkelte befinner seg. Den som søker om tjenester mener det er behov for mer tjenester enn kommunen mener. Pårørende, fastlegen og representanter fra spesialisthelsetjenesten kan igjen ha andre oppfatninger. Der kommunen tilbyr den enkelte mindre tjenester enn hva annet helsepersonell tilrår i sine uttalelser, vil dette kunne skape utrygghet hos både tjenestemottaker og pårørende. Her påligger det kommunen et særlig ansvar for å trygge den enkelte, gjennom å klargjøre den behovskartlegging de har gjennomført og de tjenester som tilbys.

For mange er hjemmetjenesten det eneste besøket i løpet av døgnet. Når det klare målet er at eldre skal bo hjemme så lenge som mulig, må også ensomhet og mulighet for sosial kontakt være tema. For mange er det ikke nok at maten settes på bordet. For at de faktisk skal spise den, trenger enkelte hjelp, andre litt selskap. Når en vet hvor viktig ernæring er, må også dette være et tema som omfattes i tiden som tildeles.

Øverste trinn på den før omtalte «omsorgstrappen» er langtidsplass på sykehjem eller tilsvarende institusjon. Ombudene mottar ulike henvendelser vedrørende dette tilbudet. I hovedsak gjelder henvendelsene enten avslag på søknad om sykehjemsplass, eller kvaliteten på tilbudet. Fra pårørende til sykehjempasienter hører vi om varierende kvalitet, med variasjoner fra en avdeling til en annen. Det kan være manglende legetilsyn eller svikt i hjelpen til basale behov som spising og toalettbesøk. Vi hører om fallskader som ikke oppdages, liggesår, feilmedisinering, og mangelfull ernæring og dehydrering.

Vi mottar også historier om skrøpelige eldre som i sine sykdomsforløp har svært mange forflyttinger. De flyttes mellom hjemmet, legevakten, korttidsplasser, sykehusinnleggelses og kommunale øyeblikkelig hjelp plasser i en stadig runddans. Enkelte i livets siste fase. En svært uverdigg praksis.

Fra alle nivå i omsorgstrappen tematiseres utfordringer i forhold til språk. Både personell- og beboergruppen er mer flerkulturell enn tidligere. Dette er en særlig utfordring med eldre pasienter der morsmålet etterhvert er det eneste de forstår. I en del saker erfarer vi mangelfulle kunnskaper hos ansatte om helselovgivningen. Det gjelder alt fra elementære regler om journalinnsyn til regelverket rundt bruk av tvang overfor pasientene.

## **Brukerstyrt personlig assistanse – en ordning med uønskede variasjoner**

Formålet med BPA-ordningen, er å gi personer med stort hjelpebehov større frihet til å styre tjenestene og hverdagen selv, og å kunne ha et aktivt og mest mulig uavhengig liv. Siden 2015 har BPA-ordningen vært en individuell lovfestet rettighet for personer med langvarig og stort behov for personlig assistanse. BPA-ordningen handler om å gi mennesker med funksjonsnedsettelse mulighet til å delta på lik linje med sine medmennesker.

Sakene pasient- og brukerombudene mottar om BPA-ordningen omhandler både avslag på retten til BPA-ordning og omfang av antall timer. Det dreier seg om vurdering av behov, spørsmål i tilknytning til det å være arbeidsleder og kontroll med antall timer. I flere saker ser vi at det er store sprik mellom det behov brukeren melder og det tilbudet kommunen vurderer er tilstrekkelig.

Noen vedtak er kompliserte å forstå. Enkelte vedtak er så detaljerte at de teller på minuttet hvor lang tid en aktivitet er beregnet å skulle ta, uten hensyn til brukerens varierende dagsform eller uforutsette

hendelser. Ordningen med BPA har uønskede variasjoner mellom kommuner når det gjelder tildeling av tjeneste, både i omfang og hvordan BPA-ordningen sees i sammenheng med andre tjenester.

Vi er kjent med tilfeller der brukere har valgt å flytte til kommuner som har bedre tilbud. Dette kan ha sammenheng med hvilken tjenesteleverandør som kommunen har inngått avtale med, men også i hvilken grad kommunene ser BPA-ordningen i et likestillingsperspektiv.

BPA-ordningen er av vesentlig betydning for mange personer med stort hjelpebehov. Erfaringen er at ordningen ikke i tilstrekkelig grad sikrer formålet om uavhengig liv, likeverd og frihet. Formålet med BPA-ordningen må oppfylles uavhengig av brukerens bostedskommune.

BPA-omhandler praktisk bistand. En del av brukerne har også fått helsetjenester inn i ordningen. Her har vi sett en del utfordringer i forhold til å sikre forsvarlighet, da vedtakene har vært mangelfulle. Ombudet minner om kommunens ansvar for å sikre at ordningen er forsvarlig.

## Tilbudet til psykisk syke og til rusavhengige – gjøres det nok og gjøres de riktige tingene?

*"Mennesker som strever med psykiske lidelser og rusavhengighet lever opptil 20 år kortere enn befolkningen for øvrig. Jeg mener dette er en av de største ulikhetene vi har i landet vårt. En viktig grunn til dette er at de ikke får god nok utredning og behandling av somatisk sykdom."*

Det er vår helse- og omsorgsminister Bent Høie vi siterer.

Virkeligheten han beskriver må få større betydning for hvordan samfunnet tilbyr helsetjenester til denne pasientgruppen.

Mange har også problemer med bolig og økonomi. Noen har behov for bemannet bolig. Dersom livssituasjonen til den enkelte skal bli stabilt bedre, må også disse behovene kartlegges og avhjelpes.

Pasienter med samtidig rus- og psykisk sykdom, ROP-pasienter, erfarer mangelfullt samarbeid mellom psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling. Pårørende forteller om økt belastning og ansvar.

Terskelen for å be om hjelp for psykisk sykdom er høy for mange. Heldigvis reduseres skammen i samfunnet rundt psykisk sykdom, blant annet som følge av åpenhet fra stadig flere enkeltmennesker. Men redusert skam og et budskap om "å snakke med noen" er ikke nok. Pasienter, ansatte i helsetjenesten, pasientorganisasjoner og Legeforeningen ber om tiltak for å redusere antallet pasienter som får avslag på behandling.

En pasient som uttrykte fortvilelse over å oppleve seg som en kasteball mellom tjenestenivåene sa det slik:

*"Kommunen og spesialisthelsetjenesten krangler om hvem som skal ha ansvaret for meg, og det vil jeg slippe å gjennomgå en gang til."*

For de som har utviklet en psykisk lidelse er det viktig å motta god og omsorgsfull hjelp, uavhengig av om tjenesten gis på kommunalt nivå eller i spesialisthelsetjenesten.

I en rapport fra Legeforeningen *Bedre psykiatri og rusbehandling* fra 2019 foreslås blant annet at henvisninger fra fastlege ikke skal avvises av spesialisthelsetjenestene uten at man gir konkrete råd

om hvordan pasienten kan hjelpes videre i primærhelsetjenesten. Dette er et tiltak også ombudene støtter, forutsatt at den enkelte kommune har den nødvendige kompetanse. I den samme rapporten uttrykkes bekymring for om opptrappingsplanene for psykisk helse har gitt et løft for pasienter med milde og moderate psykiske plager, mens tilbudet til de alvorlig psykisk syke er blitt svekket. Nedbyggingen av døgntilbud må stoppes for å ivareta et godt nok tilbud til de sykeste. Dette er en bekymring vi hører fra flere hold.

Bør den gylne regel erstattes med en ny opptrappingsplan?

Rusavhengige har ofte behov for ulike hjelpetiltak over tid. Da er det avgjørende at tiltakene er koordinert. I henvendelser til ombudene er det nettopp de sårbare overgangene som tematiseres, i tillegg erfarer pasientene mangel på brukermedvirkning i behandlingen, mangelfull kontinuitet fordi behandlere slutter eller har permisjon, mangelfullt fokus på ettervern inkludert bolig og aktivitetstilbud. Dette må planlegges, helst bør dette arbeidet starte for oppstart behandling.

Tommy Sjøfjell fra A-larm hadde flere viktig poeng under et av sine mange gode foredrag, et av de var: *"Jo eldre man blir jo vanskeligere er det å få behandlingsplass. Pasientene mener det er dumt siden deres motivasjon har vokst med alderen."*

For denne pasientgruppen, som for andre, er helheten i behandlingstilbudet avgjørende for resultatet. Den totale livssituasjonen, inkludert pasientens somatiske helse, må ha fokus for at hjelpen skal være forsvarlig.

## Pårørende – en uvurderlig ressurs

Ofte er henvendelsene til pasient- og brukerombudene fra pårørende til pasienter og brukere. Enkelte har kun spørsmål rundt sin egen rolle og sine selvstendige rettigheter som pårørende.

I de senere år har pårørendes rettigheter blitt styrket, og de generelle reglene er inntatt i pasient- og brukerrettighetsloven. Dette gjelder også rettigheter til barn som pårørende. Mange av rettighetene er relativt sammenfallende med pasientens og brukerens rettigheter i helsetjenesten, med mindre pasienten eller brukeren ikke ønsker at pårørende skal involveres. Kunnskapen og etterlevelsen av disse reglene er varierende.

Pårørende er en svært viktig, og helt nødvendig ressurs, både for den enkelte som har behov for hjelp, og for samfunnet som sådan.

Kommunene har ansvar for å tilby opplæring og veiledning, avlastning og omsorgsstønad til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid. Ombudene erfarer at pårørende har mangelfull kunnskap om dette, og dermed ikke får den informasjon og hjelp de har krav på og trenger. Pårørende er opptatt av:

- God informasjon og mulighet for medvirkning,
- Avlastningsmuligheter
- Å bli lyttet til.

Pårørende har ofte svært nyttig informasjon som kan være et gode for pasienten og som kan forebygge uønskede hendelser.



Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal faglig veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenestene, <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parendeveileder>. Denne veilederen bør bli bedre kjent for helsepersonell og følges.

### **Retten til gratis tannhelsetjeneste er for mange en skjult hemmelighet**

Pasient- og brukerombudenes mandat ble pr 1.1.2020 utvidet til også å omfatte offentlige tannhelsetjenester. Allerede før endringen i mandatet fikk vi en del henvendelser om tannhelsetjenester, og dette ønsker vil vi nå å følge opp mer aktivt.

I henhold til forskrift om vederlag for tannhelsetjenester har pasienter i helseinstitusjoner eller pasienter som tar imot helsetjenester i hjemmet, som er finansiert direkte over offentlige budsjetter rett til vederlagsfrie tannhelsetjenester under visse forutsetninger. Her mangler det informasjon og oppfølging fra kommunen. Det kan ikke være opp til den enkelte alene å kjenne og etterspørre dette.

Vi etterlyser en større aktivitet fra tjenestene for å sikre den enkeltes rett. De må få informasjon om ordningen og ikke minst om hvordan og med hvem de skal ta kontakt for å få denne tjenesten. Informasjonen må gjentas. Kommunene må sørge for opplæring av sine ansatte slik at de kan formidle viktige rettigheter for pasienter og brukere.

## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

### Sakstittel: Protokoll fra foretaksmøte 28. april 2020

Sak nr.	Saksansvarlig og saksaksbehandler	Sakstype	Møtedato
035-2020	Tone Pedersen, spesialrådgiver direktørens stab	Etterretning	18.05.2020

**Trykte vedlegg:** Protokoll fra foretaksmøte 28. april 2020

**Utrykte vedlegg:** Ingen

### Ingress:

Det ble avholdt foretaksmøte for Sykehuset Telemark HF 28. april 2020. Vedlagt følger protokoll fra foretaksmøte.

### Forslag til vedtak:

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.

Skien, den 8. mai 2020

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

**PROTOKOLL  
FRA  
FORETAKSMØTE I SYKEHUSET TELEMARKE HF**

Tirsdag 28. april 2020 klokken 14:00 ble det avholdt foretaksmøte i Sykehuset Telemark HF. Møtet ble gjennomført som felles telefonmøte sammen med Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Sunnaas sykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Østfold HF, Sørlandet sykehus HF og Vestre Viken HF.

**Dagsorden:**

1. Foretaksmøtet konstitueres
2. Dagsorden
3. Overordnede rammer for aktiviteten i 2020 i lys av utbruddet av covid-19

**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 protokollen

Fra styret i Sykehuset Telemark HF møtte:

Styreleder Per Anders Oksum

I tillegg møtte fra administrasjonen i Sykehuset Telemark HF:

Administrerende direktør Tom Helge Rønning

Foretakets revisor var varslet i samsvar med helseforetaksloven.

Riksrevisjonen var varslet i samsvar med riksrevisjonsloven.

### **Sak 1: Foretaksmøtet konstitueres**

Som øverste eiermyndighet og møteleder ønsket 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 underskrive 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: Overordnede rammer for aktiviteten i 2020 i lys av utbruddet av covid-19**

Regjeringen har vedtatt en midlertidig forskrift om endringer i helselovgivningen for å understøtte helseregionenes beredskapsarbeid. Endringene innebærer blant annet at spesialisthelsetjenestens plikt til å fastsette en frist for rett til nødvendig helsehjelp ikke gjelder. Videre er pasientens rett til å få informasjon om vedkommende har rett til nødvendig helsehjelp utvidet fra 10 til 30 virkedager. Pasientens rett til fritt behandlingsvalg er begrenset til å gjelde psykisk helsevern, tverrfaglig rusbehandling og intensiv habilitering av barn i virksomheter godkjent etter spesialisthelsetjenesteloven § 4-3. Godkjenningsordningen knyttet til private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling består. De nevnte endringene er vedtatt med hjemmel i koronaloven og vil gjelde så lenge koronaloven gjelder. Regjeringen har fremmet forslag for Stortinget om at den nevnte loven skal gjelde fram til 27. mai 2020. Det vurderes om det etter koronaloven oppheves fortsatt vil være behov for enkelte unntak fra helselovgivningen. I så fall vil det bli fremmet en lovproposisjon om dette.

#### ***3.1 Innretning av aktivitet fremover***

Foretaksmøtet viser til rapportering til Helse Sør-Øst RHF fra Sykehuset Telemark HF av 14. april 2020 og la vekt på at planarbeidet må videreføres og ses i lys av oppdaterte analyser fra Folkehelseinstituttet.

Som del av forberedelsene til å kunne motta et høyt antall covid-19-pasienter i spesialisthelsetjenesten har det vært nødvendig å ta ned elektiv virksomhet. Aktivitet har videre vært tatt ned av smittevern hensyn. Den planlagte aktivitetsnedgangen har

blitt forsterket av sykdom og karantene hos de ansatte, samt at pasienter har avlyst avtalte timer.

Konsekvensen av aktivitetsnedgangen er at mange pasienter har fått et redusert helsetilbud og risiko for forverret helse. Samtidig har flere sykehus ledig kapasitet.

17. april 2020 ble det avholdt foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF. Ut fra dagens situasjonsbilde la dette foretaksmøtet til grunn at det nå er grunnlag for en gradvis opptrapping til mer normalt drift i helseforetakene. Opptrappingen skal skje i tråd med etablerte prioriteringskriterier. Parallelt med dette må arbeidet med å planlegge og forberede for et høyt antall covid-19-pasienter, et høyt antall intensivpasienter og en smittetopp fortsette. Avtaler med private om disponering av personell, utstyr og arealer, samt andre tiltak knyttet til ansettelse og innkjøp av utstyr, skal i utgangspunktet videreføres.

Ved en opptrapping av aktiviteten må ulike hensyn balanseres. Det må tas hensyn til beredskapsplanlegging, bemanningssituasjonen, hensiktsmessig arbeidsfordeling mellom de ulike institusjonene og smitteverntiltak, inkludert tilgang til smittevernutstyr. Noen steder vil opptrapping av aktivitet også måtte ses i sammenheng med tilgjengelighet av transport. I vurderingene må det tas høyde for oppdaterte analyser fra Folkehelseinstituttet når det gjelder forventet sykdomsutvikling. Det må også tas høyde for usikkerhet i disse analysene og at situasjonen raskt kan endre seg.

Aktivitetsnedgangen har ikke bare omfattet helseforetakene, men også avtalespesialister, private med avtale med regionale helseforetak og private som er godkjent gjennom ordningen for fritt behandlingsvalg. Tilnærming til en normalsituasjon tilsier at kapasiteten hos disse aktørene må utnyttes så langt det er hensiktsmessig for å opprettholde et godt spesialisthelsetjenestetilbud til befolkningen. Det legges vekt på at helseforetaket i denne situasjonen sørger for god dialog med de aktuelle virksomhetene. Samarbeid med avtalespesialistene om aktiviteten i avtalepraksis og etablering av samarbeidsavtaler der dette ikke er etablert, skal prioriteres.

### *3.2 Samarbeid med kommunene*

Kommunenes helsetilbud er også sterkt berørt av covid-19-epidemien. Håndteringen av epidemien har forsterket behovet for effektiv samhandling mellom kommuner og helseforetak. Det bør derfor være faste møtepunkter mellom helseforetakene og kommunene i deres nedslagsfelt. Formålet med møtene vil blant annet være informasjonsdeling, samarbeid om pasientbehandling/pasientforløp og rådgivning mellom helseforetak og kommuner. Møtepunktene bør være innenfor rammen av etablerte samarbeidsstrukturer. Ansvar for å koordinere møtene legges til helseforetakene.

Foretaksmøtet viste for øvrig til prinsipper for innføring av helsefelleskap som er nedfelt i avtale mellom regjeringen og KS.

### *3.3 Digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling mv.*

I *Oppdrag og bestilling 2020* ble det gitt oppdrag om å flytte tjenester hjem til pasienten ved hjelp av teknologi.

Erfaringer fra de siste ukene har vist hvilke muligheter som ligger i å flytte tjenester hjem til pasientene ved hjelp av teknologi, herunder gjennom videokonsultasjon. Det er høstet erfaringer angående hvilke utfordringer og hindringer helsetjenesten møter. I arbeidet med å øke omfanget av digital hjemmeoppfølging (f.eks. oppfølging av personer med kroniske lidelser basert på pasientrapporterte opplysninger) og nettbasert behandling (f.eks. videokonsultasjon og e-mestring) ytterligere, er det viktig at helseforetakene melder fra om utfordringer og hindringer.

### 3.4 Gjennomføring av utdanningsløp

Håndteringen av pasienter som er rammet av koronaepidemien skal prioriteres. Det må sikres tilstrekkelig bemanning med riktig kompetanse gjennom bl.a. opplæringstiltak. Samtidig er det nødvendig at praksisstudier for helsefagstudenter så langt som mulig gjennomføres i helseforetakene når koronaepidemien er under kontroll. For å legge til rette for dette er det nødvendig at universitets- og høyskolesektoren og helse- og omsorgstjenestene samarbeider godt. De må derfor i fellesskap vurdere handlingsrommet for gjennomføring av praksisstudier, slik at studentenes progresjon og uteksaminering av nye kandidater ikke stopper opp eller blir unødig forsinket. Alternative løsninger for avvikling av praksisstudier bør vurderes, herunder hvorvidt praksis kan erstattes med simulering eller andre alternativer.

Det er ønskelig at samarbeidet mellom sektorene i størst mulig grad koordineres og løses lokalt.

### 3.5 Arbeidet med testing av befolkningen

Det er som ledd i regjeringens strategi nødvendig med betydelig økt testkapasitet. Økt testkapasitet vil være et viktig tiltak for å hindre smitte og begrense sykdom, og dermed legge til rette for å kunne reversere andre inngripende tiltak. Ambisjonen er at alle med symptomer skal kunne testes i løpet av mai.

Opptrapping av testaktiviteten krever innsats innen ulike områder:

- Laboratoriekapasiteten må utvides og dimensjoneres for å ivareta behovet for testing av befolkningen for SARS-CoV-2-virus i egen region. Målet er å utvide kapasiteten på landsbasis til opp mot 100 000 tester i uka i månedsskiftet april/mai, og en videre oppskalering også etter dette.
- Ansvar for prøvetaking ligger i kommunene. Det kan imidlertid være behov for bistand fra helseforetakene i en overgangsfase med ekstra høy aktivitet.
- Mer omfattende testing krever økt tilgang på testutstyr og prøvetakingsutstyr. Mangel på reagens har så langt vært en begrensende faktor. Det skal derfor legges vekt på alternative testmetoder.

### 3.6 Videre arbeid

Beredskapsarbeidet vil 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 de fleste områdene ikke være mulig å nå de kvantitative målsetningene som er satt. Det vil også være nødvendig å skyve på tidsfrister for ulike oppdrag.

Helse- og omsorgsdepartementet viser i protokoll fra foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF 17. april 2020 til at mål og oppdrag i styringsdokumentene vil bli gjennomgått for å avklare hva som vil være et hensiktsmessig samlet oppdrag for resten av 2020 fram mot nytt foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF i juni 2020. Helse Sør-Øst RHF vil når denne vurderingen foreligger, komme tilbake med endring i *Oppdrag og bestilling 2020* til Sykehuset Telemark HF.

**Foretaksmøtet vedtok:**

1. *Sykehuset Telemark HF skal:*

- *Fortsette arbeidet med å planlegge og forberede for et høyt antall intensivpasienter, i tråd med analyser gjennomført av Folkehelseinstituttet.*
- *Starte opptrapping til mer normalt drift.*
- *Styrke samarbeid med kommunene for å håndtere covid-19-epidemien, herunder legge til rette for faste møtepunkter og så langt som mulig innrette samarbeidet i tråd med prinsippene for innføring av helsefelleskap.*
- *Prioritere samarbeid med avtalespesialister om aktiviteten i avtalepraksis og inngå samarbeidsavtaler der dette ikke er etablert.*
- *Ta i bruk digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling der det er mulig og melde behov for justeringer i nasjonale rammevilkår som raskt kan iverksettes til Helse Sør-Øst RHF. Dette gjelder blant annet ISF-ordningen, reguleringer, praktisk veiledning og nasjonale e-helsetiltak.*
- *Samarbeide med utdanningsinstitusjonene om å finne løsninger som bidrar til at flest mulig helsefagstudenter kan gjennomføre praksis. Det gjelder spesielt for utdanninger det er særlig behov for, eksempelvis utdanning i akutt-, anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleie, samt bioingeniører. Alternative veiledningsformer skal vurderes.*
- *Legge til rette for økt testkapasitet både gjennom utvidet laboratoriekapasitet og bistand til kommunene når det gjelder prøvetaking ved behov.*

2. *Overordnede rammer for aktiviteten i Sykehuset Telemark HF i 2020 endres som følge av covid-19-epidemien.*

Møtet ble hevet klokken 14:30.

Hamar, 28. april 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: Møteplan for styret 2021

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
036-2020	Tone Pedersen, spesialrådgiver direktørens stab	Beslutning	12.05.2020

#### Sammendrag:

Møteplanen er lagt opp med åtte styremøter i 2021 og tre styreseminar (i tillegg kommer et styreseminar i regi av Helse Sør-Øst RHF). Fast møtested er direktørens møterom i Skien. Ett av styrets møter skal avholdes på Notodden sykehus.

Styremøtene avholdes primært på onsdager med oppstart kl. 09.30 og avslutning kl. 15.30. Styreseminarene avholdes i etterkant av styremøtene. Det tas forbehold om at møtested og klokkeslett kan endres, som følge av spesielle saker, tema og/eller omvisninger.

Styret skal ha et årlig felles møte med brukerutvalget i STHF. Dette møtet legges til april møtet.

Helse Sør-Øst avholder hvert år i februar et felles styreseminar med helseforetaksstyrene. Dette møtet avholdes i forbindelse med foretaksmøte på Gardermoen. Dato for samlingen er p.t. ikke fastlagt.

Forslag til møteplan for styret i 2021:

Styremøtedato	Møtested	Styreseminar
Februar 2021 i forbindelse med foretaksmøte og styreseminar i regi av HSØ	Ikke fastlagt	
24. mars	Direktørens møterom, bygg 54, Skien	X
21. april	Direktørens møterom, bygg 54, Skien	
19. mai	Notodden sykehus, møterom ikke fastlagt	
16. juni	Direktørens møterom, bygg 54, Skien	
22. september	Direktørens møterom, bygg 54, Skien	X
27. oktober	Direktørens møterom, bygg 54, Skien	
15. desember	Direktørens møterom, bygg 54, Skien	X

#### Forslag til vedtak:

Styret vedtar administrasjonens forslag til møteplan 2021 for styret i Sykehuset Telemark HF.

Skien, den 8. mai 2020

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør



## Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

### Sakstittel: Årsplan styresaker

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
037-2020	Tone Pedersen, spesialrådgiver	Orientering	18.05.2020

**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 11. mai 2020

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

**Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2020**

Ajourført per 11.05.2020

Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
<b>Styremøte</b> 17. juni Kl. 0930 – 1530  Vrangfoss møterom, Skien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protokoll fra foretaksmøte 18. mai</li> <li>• Fullmakter ved Sykehuset Telemark - rullering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport mai 2020</li> <li>• Akuttkjedeprosjektet</li> <li>• Styresaker i STHF - status og oppfølging</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Styrets egenevaluering – lukket møte</li> </ul>
<b>Styremøte</b> 16. september Kl. 0930 – 1530  Dir. møterom, Skien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsernrevisjonens revisjonsplan 2021</li> <li>• Utbygging somatikk Skien - Vedtak konsepttrappert (B3)</li> <li>• Tilleggsdokument til OBD 2020</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport august 2020</li> <li>• Plan for budsjett 2021</li> <li>• Revisjon av virksomhetsrapport - prosess</li> <li>• Status pasientsikkerhet ved STHF</li> <li>• Måloppnåelse OBD 2020 per seks måneder</li> <li>• Oversikt kategorisering av HMS-avvik 1. halvår 2020</li> <li>• Oversikt kategorisering uønskede pasienthendelser (NOKUP) 1. halvår 2020</li> <li>• ForBedring 2020 – gjennomføring av tiltak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brukerutvalgets møte med styret ved STHF</li> <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>• Virksomhetsrapport per 2. tertial 2020</li> <li>• Status budsjett 2021</li> <li>• Ledelsens gjennomgang (LGG) 2020</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <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>• Budsjett 2021</li> <li>• Valg av ansattevalgte styremedlemmer - Oppnevning av valgstyre</li> <li>• Årsplan styresaker 2021</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport per november 2020</li> <li>• Forskning STHF</li> <li>• Rapport internrevisjon 2020 (inkl systemrevisjon)</li> <li>• Plan internrevisjon 2021</li> </ul>	

Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Overordnet handlingsplan for helse-, miljø- og sikkerhet (HMS) Sykehuset Telemark 2021</li> <li>• Styresaker i STHF - status og oppfølging</li> </ul>	

**Faste styresaker i hvert styremøte:**

- Innkalling og saksliste
- Godkjenning av protokoll og eventuelt B-protokoll fra forrige (tidligere) styremøte
- Driftsorienteringer fra administrerende direktør
- Andre orienteringer
- Årsplan styresaker

**Foretaksmøter og styreseminar:**

<b>Foretaksmøte</b> 26. februar med påfølgende <b>felles styresamling</b> regi av Helse Sør-Øst RHF Sted: Clarion Hotel & Congress Oslo Airport, Hans Gaarders vei 15, Gardermoen
<b>Foretaksmøte</b> 26. mars
<b>Foretaksmøte</b> 28. april
<b>Foretaksmøte</b> 18. mai
<b>Styreseminar</b> 17. juni kl. 1600 – 2000 Tema: <ul style="list-style-type: none"><li>• Ikke avklart</li></ul>
<b>Styreseminar</b> 16. september kl. 1600 – 2000 Tema: <ul style="list-style-type: none"><li>• Ikke avklart</li></ul>
<b>Styreseminar</b> 16. desember kl. 1600 – 2000 Tema: <ul style="list-style-type: none"><li>• Årlig egnevaluering av styrets arbeid og arbeidsform</li></ul>

## Møteprotokoll

---

**Styre:** Helse Sør-Øst RHF  
**Møtested:** Skype/telefon  
**Dato:** 30. april 2020  
**Tidspunkt:** Kl 10:00 – 14:00

---

### Følgende styremedlemmer møtte:

---

Svein I. Gjedrem	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Kirsten Brubakk	
Olaf Qvale Dobloug	
Christian Grimsgaard	
Bushra Ishaq	
Vibeke Limi	
Einar Lunde	
Lasse Sølvberg	
Sigrun E. Vågens	Fra kl 11:45

---

### 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>029-2020</b>	<b>Godkjenning av innkalling og sakliste</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

<b>030-2020</b>	<b>Godkjenning av protokoll fra styremøte 12. mars og ekstraordinært styremøte 15. april 2020</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 12. mars og ekstraordinært styremøte 15. april 2020 godkjennes.

<b>031-2020</b>	<b>Virksomhetsrapport per februar og mars 2020</b>
-----------------	--

**Oppsummering**

Saken presenterer virksomhetsrapport for februar og mars 2020.

**Kommentarer i møtet**

Styret viste til at man ville få et bedre bilde av konsekvenser av Covid-19-epidemien når det etter hvert foreligger mer informasjon og data. Styret må derfor komme tilbake til aktuelle spørsmål ved senere rapporteringer. Styret pekte også på at investeringsaktiviteten for bygg må opprettholdes.

Styret understreker at det i den videre dialogen med Helse- og omsorgsdepartementet om konsekvensene av Covid-19-epidemien må presiseres at:

- Helseforetakenes investeringsevne må opprettholdes
- Den innsatsstyrte finansieringen som er en overslagsbevilgning bør omgjøres til en fast bevilgning i 2020
- Manglende gjestepasientinntekter bør kompenseres
- Det må sikres kompensasjon for økte personalkostnader som har påløpt og som vil påløpe så lenge epidemien pågår og i etterkant grunnet utsatt pasientbehandling

Styret ber om raushet fra Regjeringen ved fremleggelse av revidert nasjonalbudsjett slik at ikke helseforetakene av økonomiske årsaker må gjennomføre innsparinger ut over høsten som vil gå ut over pasienttilbudet.

### Styrets enstemmige

## VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per februar og mars 2020 til etterretning.

032-2020	Årsregnskap, årsberetning 2019 og spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2019
----------	---

### Oppsummering

Årsberetning og årsregnskap 2019 med noter legges fram til behandling. I tillegg legges Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar for 2019 fram for styret til orientering.

### Kommentarer i møtet

Styret ga honnør for god årsberetning og var også fornøyd med rapporten om samfunnsansvar. Styret ba om at det ble gitt en omtale av systematisk innhenting av brukererfaringer i endelig versjon av årsberetningen.

Ekstern revisor presenterte en overordnet gjennomgang av årsregnskapet. Ekstern revisor hadde også en kort gjennomgang med styret alene.

Styret understreker at standard i Helse Sør-Øst er at alle helseforetaksstyrer har alenetid med ekstern revisor. Styret ba om at administrerende direktør understreket dette overfor styrelederne i eget brev.

### Styrets enstemmige

## VEDTAK

1. Styret godkjenner årsberetning og årsregnskap for 2019.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å godkjenne mindre endringer i årsberetningen og årsregnskapet for 2019, basert på innspill gitt i møtet.
3. Styret tar spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar for 2019 til orientering.

<b>033-2020</b>	<b>Gjennomføring av foretaksmøter mai 2020</b>
-----------------	--

### Oppsummering

I henhold til helseforetakenes vedtekter skal det avholdes foretaksmøter innen utgangen av juni hvert år der helseforetakenes årsregnskap, årsberetning og årlig melding skal behandles. Det planlegges at disse foretaksmøtene gjennomføres 18. mai 2020. Helse- og omsorgsdepartementet gjennomfører foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 11. juni 2020 for behandling av tilsvarende saker.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Det avholdes foretaksmøter med helseforetakene i Helse Sør-Øst 18. mai 2020 med behandling av følgende saker:

- Helseforetakenes årsregnskap og årsberetning for 2019
- Honorar til revisor i 2019
- Helseforetakenes årlige melding 2019

<b>034-2020</b>	<b>Tertialrapport 3. tertial 2019 for regionale byggeprosjekter</b>
-----------------	---

### Oppsummering

Styresaken har som formål å redegjøre for status per 3. tertial 2019 for de regionale byggeprosjektene i Helse Sør-Øst.

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

### Kommentarer i møtet

Styret var fornøyd med den orienteringen som ble gitt om virkningen Covid-19-epidemien har hatt så lang for de regionale byggeprosjektene. Styret legger vekt på at fremdriften i byggeprosjektene overholdes slik at det også kan være et bidrag til å opprettholde aktiviteten i økonomien. Styret er fortsatt bekymret for fremdriften for regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus HF og støtter at det nå følges to spor.

Styret støttet at erfaringer fra Covid-19 epidemien tas med i den videre planleggingen av nye Aker og nye Rikshospitalet.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Styret tar status per tredje tertial 2019 for regionale byggeprosjekter til etterretning.



<b>035-2020</b>	<b>Status og rapportering for regional IKT-prosjektportefølje per tredje tertial 2019</b>
-----------------	---

### Oppsummering

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

### Kommentarer i møtet

Styret viser til omtale av kritiske punkter fra ekstern kvalitetssikrer og viser til at dette også har betydning for behandlingen av etterfølgende saker (sak 036-2020 og 037-2020).

### Styrets enstemmige

## V E D T A K

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

<b>036-2020</b>	<b>Status og rapportering tredje tertial 2019 for programmene STIM og ISOP, Sykehuspartner HF</b>
-----------------	---

### Oppsummering

I foretaksmøtet den 14. juni 2018 fikk Sykehuspartner HF i oppdrag å etablere et nytt program for standardisering og modernisering av regionens IKT-infrastruktur. Foretaksmøtet viste til og var basert på styresak 048-2018 i Helse Sør-Øst RHF. Planleggingen av dette programmet (STIM) ble igangsatt høsten 2018 og programmet ble formelt etablert 1. januar 2019.

Denne styresaken omfatter status per 31. desember 2019 for programmene STIM (standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering) og ISOP (tilgangsstyring, informasjonssikkerhet og personvern). Det rapporteres på fremdrift, kvalitet, økonomi og risiko for hvert prosjekt i de to programmene. Saken omtaler også virksomhetsrapporten for januar 2020 for programmene STIM og ISOP. Grunnen til dette er at status som beskrives i januar 2020 viser en vesentlig mer utfordrende situasjon enn det som fremkommer i virksomhetsrapporten per tredje tertial 2019.

Det er spesielt programmet STIM som har store utfordringer. Denne styresaken beskriver hva disse utfordringene er og hvilke krav Helse Sør-Øst RHF må stille Sykehuspartner HF i den videre oppfølgingen av programmet.

### Kommentarer i møtet

Sykehuspartner HF har håndtert utfordringene med Covid-19-epidemien godt. Samtidig er ikke framdriften i STIM-programmet tilfredsstillende. Styret er særskilt bekymret for prosjektet felles plattform. Styret understreket at det fortsatt må være tett og god oppfølging fra Helse Sør-Øst RHF og at samarbeidet med de øvrige helseforetakene må ivaretas. Styret konstaterer at det er utfordringer i den interne organiseringen av programmet i Sykehuspartner HF og vektlegger at det må være korte beslutningslinjer for å sikre god fremdrift i programmet.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Styret er bekymret over fremdriften i programmet STM og tar ellers status per tredje tertial 2019 for programmene STIM og ISOP som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF, til orientering.
2. Styret legger til grunn at Sykehuspartner HF iverksetter de tiltak som er nødvendige for å nå målene for programmene STIM og ISOP.

037-2020	Følgerevisjon av Program STIM – 3. tertial 2019
----------	---

### Oppsummering

Styret i Helse Sør-Øst RHF ba revisjonsutvalget i møte 13. desember 2018 om å utarbeide et opplegg for en følgerevisjon av Program for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM). Styret sluttet seg til konsernrevisjonens innretning av revisjonen i møte 25. april 2019. Revisjonen gjennomføres med tertialvise rapporter. Denne saken presenterer resultatene fra revisjonen for 3. tertial 2019.

### Kommentarer i møtet

Styret viste til at konsernrevisjonens følgerevisjon må komme tettere på prosjektarbeidet og delta i relevante møter og prosjektaktiviteter i Sykehuspartner HF.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Styret tar revisjonsrapport 13/2019 om Program STIM til orientering.

038-2020	Sørlandet sykehus HF – forprosjektrapport nybygg psykisk helsevern i Kristiansand
----------	---

### Oppsummering

Forprosjektet for nybygg psykisk helsevern Kristiansand, Sørlandet sykehus HF, er basert på den løpende oppfølgingen av forprosjektet gjennom prosjektstyret, foreliggende forprosjektrapport, prosjektstyrets vedtak av 27. februar 2020 og vedtak i styret i Sørlandet sykehus HF 12. mars 2020.

Prosjektrapporten dekker de områder, oppgaver og krav som ligger til et forprosjekt, gitt av veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter og mandat for prosjektstyret fastsatt av Helse Sør-Øst RHF.

Prosjekteringen er gjennomført i samspill med Skanska Norge AS og med samhandling fra ansatte og brukere i Sørlandet sykehus HF.

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

Det ble gitt en redegjørelse innledningsvis og her ble det vist til de prosjektutløsende behov. Nytt bygg for psykisk helsevern vil samle sykehuspsykiatrien i ett bygg på Eg i Kristiansand. Driften er nå i fire bygg i Kristiansand, i tillegg til at avdeling for barn og unges psykiske helse ligger i et eldre bygg på sykehusområdet i Arendal. Det eldste bygget i Kristiansand er fra 1881 og bygget i Arendal gir sikkerhetsutfordringer. I tillegg til at dagens sykehusdrift er spredt på flere bygg, er disse byggene lite egnet for god pasientbehandling, lite fleksible og deler er i en slik tilstand at det ikke er mulig med oppgradering til akseptabel standard. Videre er det kapasitetsbegrensninger, spesielt innen avdeling for barn og unges psykiske helse, slik at barn og unge også må legges inn i psykiatriske døgnenheter for voksne.

Prosjektet er ikke økonomisk bærekraftig, og det har vært en negativ utvikling fra konseptfasen som påviste svakt positiv bærekraft. Det er særlig to forhold som har ført til denne endringen; økte bemanningskostnader som en følge av økt sengetall for barn og ungdom og en metodeendring som medfører at prosjektet er tilordnet en vesentlig lavere andel av kontantstrømmene fra helseforetakets totale resultat. Metodeendringen innebærer ingen endring i helseforetakets totale økonomi. Sørlandet sykehus HF har oppdatert økonomisk langtidsplan og påvist fortsatt økonomisk bærekraft på helseforetaksnivå. Dette forutsetter effektivisering og gevinstrealiseringen lagt til grunn i forprosjektet. Sørlandet sykehus HF har oppspart fordring på Helse Sør-Øst RHF som er større enn investeringen i nybygg psykisk helsevern. Helseforetaket har også en god likviditetssituasjon. Dette gjør at Sørlandet sykehus HF til tross for negativ økonomisk bærekraft på dette prosjektet, ikke vil komme i en netto låneposisjon til resten av foretaksgruppen.

### Kommentarer i møtet

Styret viste til redegjørelsen fra administrerende direktør om de prosjektutløsende behov. Styret konstaterte at prosjektet ikke har bærekraft isolert sett. Styret pekte imidlertid på at det ikke foreligger et egnet null-alternativ som man kan ta utgangspunkt i. Styret legger vekt på at det fortsatt skal ytes gode og forsvarlige tjenester i Sørlandet sykehus HF innenfor psykisk helsevern, særlig for barn og unge. Derfor trengs det nye bygg. Styret viste også til at Sørlandet sykehus HF prioriterer prosjektet og har fordring i det regionale helseforetaket som setter helseforetaket i stand til å finansiere egenandelen i prosjektet.

## Styrets enstemmige

### VEDTAK

1. Styret godkjenner forprosjektrapporten for nybygg psykisk helsevern i Kristiansand, Sørlandet sykehus HF, og ber om at den legges til grunn for den videre gjennomføringen av prosjektet.
2. Prosjektet skal gjennomføres innenfor et økonomisk styringsmål (P50) på 898 millioner kroner (prisnivå desember 2019), hvorav 25 millioner kroner til ikke-bygg nær IKT.
3. Styret konstaterer at nybygget ikke er bærekraftig på prosjektnivå og at bærekraft på helseforetaksnivå forutsetter både økonomisk effektivisering og realisering av prosjektgevinstene. Styret legger til grunn at Sørlandet sykehus HF realiserer de gevinstene som er identifisert som følge av prosjektet. Gevinstrealiseringsplanen skal inneholde konkrete tiltak som kan måles og følges opp. Planen skal oppdateres årlig i forbindelse med helseforetakets innspill til økonomisk langtidsplan.
4. Det skal gjennom hele prosjektforløpet arbeides målrettet med å forbedre prosjektet og definere tiltak som kan bidra til å redusere kostnadsnivået, slik at det i størst mulig grad er trygghet for at prosjektet kan gjennomføres innenfor styringsmålet.
5. Administrerende direktør gis fullmakt til å godkjenne prosjektets mandat for gjennomføringsfasen.

039-2020	Innføring av regional laboratoriedataløsning – status og kostnadsramme patologi
----------	---

### Oppsummering

Prosjekt regional laboratoriedataløsning har som formål å innføre systemet LVMS til helseforetakene i regionen. Løsningen er innført ved Sykehuset Østfold HF i forbindelse med bygging av nytt sykehus på Kalnes. Etter innføring ved Sykehuset Østfold HF ble det i fase 2 av prosjektet arbeidet med vurdering av ulike innføringsstrategier for resterende helseforetak i regionen.

I styresak 042-2017 ble innføring innen fagområdet patologi prioritert og dette er angitt som fase 3 og 4 av prosjektet. Innføringen er forsinket og prosjektet har en prognose som overskrider kostnadsrammen.

Denne saken legges frem for å gi en vurdering av handlingsalternativer gitt den inntrufne forsinkelsen.

### Kommentarer i møtet

Styret gir sin tilslutning forslaget til vedtak i saken.

## Styrets enstemmige

### VEDTAK

1. Styret tar redegjørelsen om status i prosjekt for innføring av regional laboratoriedataløsning for patologi til orientering.
2. Styret godkjenner økning av kostnadsrammen (P85) til 445 millioner kroner (2020-kroner).

<b>040-2020</b>	<b>Målretting av regionale forskningsmidler i Helse Sør-Øst</b>
-----------------	---

### Oppsummering

De regionale forskningsmidlene i Helse Sør-Øst består av midler fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD-midler) som er øremerket til forskning og en avsetning til forskning fra det regionale helseforetakets eget budsjett (RHF-midler). For 2020 utgjør midlene til sammen 613,5 millioner kroner, hvorav 308,5 millioner kroner er HOD-midler, jf. styresak 094-2019. I tillegg kommer tilskudd til nasjonalt program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten som i 2020 utgjør 143 millioner kroner. Disse midlene tildeles gjennom et eget nasjonalt program, KLINBEFORSK, og går til kliniske prosjekter hvor det er samarbeidspartnere fra alle helseregionene.

Målretting av regionale forskningsmidler er tidligere presentert og diskutert med styret, jf. styresakene 004-2019 og 106-2019. I denne saken foreslås det en løsning for å operasjonalisere en slik målretting, gjeldende for utlysningen av forskningsmidler for 2021. Prioriteringene vil sørge for at særskilte tema og områder som er viktige vektet ved innstilling til støtte, herunder oppfølging av *Regional utviklingsplan 2035*. Forslaget innebærer at en mindre andel av avsetningen til forskning fra det regionale helseforetakets eget budsjett blir gjenstand for målretting og at dette organiseres innen rammen av den regulære åpne utlysningen av regional forskningsmidler.

### Kommentarer i møtet

Styret ga sin tilslutning til forslaget til vedtak i saken og ba om at det ved utlysning av midler til prioriterte områder særskilt skal vektlegges brukermidvirkning. Til senere utlysning pekte styret på viktige områder som minoritetshelse, sykefravær og forskningsetikk, samt forskningssvake områder som for eksempel sykepleietjenester.

## Styrets enstemmige

### VEDTAK

1. Styret slutter seg til målretting av en andel av det regionale helseforetakets avsetning til forskning i eget budsjett, med prioritering av følgende områder i den åpne utlysningen:
  - Selvmord, selvskading og selvmordsforebygging
  - Behandling av hjerneslag med mekanisk trombektomi, inkludert studier av organisering av tjenestetilbudet (jf. styresak 049-2018)

- Habilitering, inkludert studier av organisering av tjenestetilbudet
- Effekter av kliniske digitale verktøy, herunder digital hjemmeoppfølging
- Uønsket variasjon i pasientbehandlingen

2. Styret slutter seg til at påbegynt økning i midler til ikke-universitetssykehus videreføres som en strategisk rettet utlysning. Videre slutter styret seg til at det som tidligere år settes av midler til en støtteordning for utenlandsopphold for forskere med finansiering fra Helse Sør-Øst RHF.

<b>041-2020</b>	<b>Valg av revisor</b>
-----------------	------------------------

*Saken er unntatt offentlighet iht offentlighetsloven §23 første ledd, jf. §12 litra c*

**Styrets vedtak fremgår av B-protokoll**

<b>042-2020</b>	<b>Møteplan for styret 2021</b>
-----------------	---------------------------------

**Styrets enstemmige**

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

Styret godkjenner følgende møtekalender 2021 for styret i Helse Sør-Øst RHF:

- Torsdag 4. februar – Hamar
- Torsdag 11. mars – Besøk helseforetak
- Onsdag 21. og torsdag 22. april – Hamar
- Torsdag 17. juni – Hamar
- Torsdag 19. august – Besøk helseforetak
- Torsdag 23. september – Hamar
- Torsdag 21. oktober – Besøk helseforetak
- Onsdag 24. og torsdag 25. november – Hamar
- Torsdag 16. desember – Hamar

<b>043-2020</b>	<b>Årsplan styresaker</b>
-----------------	---------------------------

**Styrets enstemmige**

**VEDTAK**

Årsplan styresaker tas til orientering.

<b>044-2020</b>	<b>Driftsorienteringer fra administrerende direktør</b>
-----------------	---

Det ble i møtet gitt tilleggsorienteringer om:

- Endret organisering av forvaltningsoppgaver knyttet til regional forsyningsløsning
- Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene
- Status for Covid-19-epidemien

**Styrets enstemmige**

**VEDTAK**

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

**Orienteringer**

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 11. - 12. mars 2020
3. Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget 26. februar og 2. april 2020
4. Kopi av brev til Sykehuset Innlandet HF fra Redd sykehusene i Innlandet, Ja til fortsatt akuttsykehus i Lillehammer, Leve Granheim Lungesykehus, SI Reinsvoll må bevares, Sammen for lokalsykehusene nei til hovedsykehus og La Ottestad rehabilitering leve
5. Brev fra Per Sæther i forbindelse med oversendelse av kronikk i Hamar Arbeiderblad lørdag 28. mars 2020.

Møtet hevet kl 13:45

Hamar, 30. april 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



## PROTOKOLL FRA BRUKERUTVALGET

23.04.2020 kl 10:30 til 12:00

Sted: Skype-møte

Tilstede: Rita Andersen, Psoriasis og Eksemforbundet Telemark (PEF)  
John Arne Rinde, Pensjonistforbundet Telemark  
Gunn Ingeborg Kval-Engstad, Ryggmarksbrokk- og Hydrocephalusforeningen  
Olav Kristiansen, Prostatakrefeforeningen (profo)  
Sondre Ottervik, A-larm  
Gun Inger Heibø, Multippel sklerose (MS)  
Vidar Bersvendsen, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL)  
Anne Iversen, Norges Handikapforbund (NHF)

Tom Helge Rønning, administrerende direktør  
Per Urdahl, klinikk sjef medisinsk klinikk  
Anne Brynjulfsen, rådgiver KPR  
Anne Borge Kallevig, koordinator for brukerutvalget ved STHF

Else Jorunn Saga, Pasient- og brukerombudet i Telemark

Saker presentert av:

Else Jorunn Saga, Pasient og brukerombud  
Geir Olav Ryntveit, økonomidirektør  
Tom Helge Rønning, administrerende direktør

Forfall:

Hanne Kittilsen, Kreftforeningen  
Egil Rye-Hytten, regional brukerrepresentant  
Halfrid Waage, fagdirektør

Møtet ble ledet av Rita Andersen

Sak 00/20	<b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b> <u>Vedtak:</u> Brukerutvalget godkjenner innkalling og saksliste.
Sak 11/20	<b>Godkjenning av protokoll fra 30.01.2020</b> Protokollen fra 30.01.20 ble lagt frem for endelig godkjenning. <u>Vedtak:</u> Brukerutvalget godkjenner protokollen.
Sak 12/20	<b>Pasient- og brukerombudets årsrapport 2019</b> Pasientombud Else Jorunn Saga la fram Pasient og brukerombudets årsrapport for 2019. Kort oppsummert vedr sykehuset: <ul style="list-style-type: none"><li>• Antall saker 242 – en nedgang på 40 saker fra fjoråret</li><li>• Fleste henvendelsene knytter seg til psykisk helsevern for voksne deretter kirurgi</li><li>• Mange årsaker til at pasient- og brukerombudet kontaktes.<ul style="list-style-type: none"><li>- Den vanligste årsaken er opplevd feil eller mangelfullt behandlingstiltak</li></ul></li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informasjon</li> </ul> <p>Enten ikke fått oppfylt sin rett til informasjon, dårlig eller feil informasjon</p> <p><u>Vedtak:</u> Brukerutvalget tar orienteringen til etterretning.</p>
Sak 13/20	<p><b>Status – prosjekter</b> Ikke stor aktivitet i de forskjellige prosjektene siden siste møtet.</p>
Sak 14/20	<p><b>Virksomhetsrapporten STHF pr mars 2020 v/økonomidirektør Geir Olav Ryntveit</b></p> <p>Sykehuset Telemark rapporterer et negativt driftsresultat på minus 29,3 millioner kroner per mars. Dette er 36,8 millioner kroner svakere enn periodisert styringsmål og er en resultatforverring i mars på 31,1 millioner kroner. Korrigert for økonomisk effekt av Korona-situasjonen er resultatet for mars 3,9 millioner kroner, mot budsjett 2,5 millioner kroner.</p> <p>Korona-situasjonen har påvirket aktiviteten ved sykehuset på mange områder, blant annet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktiviteten i somatikken er redusert til under 40 % av normalt nivå i slutten av mars</li> <li>• 300 operasjoner er utsatt i løpet av mars grunnet korona</li> <li>• 2670 pasientkontakter er avlyst (2400 av STHF, 270 av pasient)</li> <li>• Antall nye henvisninger til sykehuset i de siste uker av mars er 40-50 % av nivået i januar-februar</li> <li>• Ventelistene avtar til tross for lav aktivitet (på grunn av få nye henvisninger)</li> <li>• Antall pasienter passert tentativ tid øker betydelig</li> </ul>
Sak 15/20	<p><b>Informasjon fra sykehuset v/ administrerende direktør Tom Helge Rønning</b> Administrerende direktør orienterte muntlig om følgende:</p> <p>Ros til ansatte for innsats og jobb som gjøres.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Koronaviruset status ved Sykehuset Telemark HF: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antall pasienter med koronasmitte: 2</li> </ul> </li> <li>• Foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF 17. april Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å: <ul style="list-style-type: none"> <li>- fortsette arbeidet med å planlegge og forberede for et høyt antall intensivpasienter, i tråd med analyser gjennomført av Folkehelseinstituttet</li> <li>- starte opptrapping til mer normalt drift i helseforetakene</li> </ul> </li> <li>• De siste prognosene fra Folkehelseinstituttet viser at antall smittede vil øke om noen uker. Toppen ventes ut på høsten. Ifølge prognosene vil Sykehuset Telemark få langt flere innlagte pasienter med koronasmitte, og sykehuset må være forberedt på å behandle mange intensivpasienter samtidig når vi kommer til august.</li> <li>• Samtidig skal sykehuset ha mer normal drift framover. Det betyr flere konsultasjoner, flere operasjoner og mer planlagt behandling. Det er laget en driftsplan for Skien/Porsgrunn og Notodden.</li> </ul>

	<p>Selv om sykehuset skal øke aktiviteten må vi ikke tro at koronapandemien er over. Det vil være mye usikkerhet i de neste ukene og månedene, og vi må være forberedt på at situasjonen kan endre seg raskt.</p> <p>Telemark har mange turister og ferierende hytteeiere om sommeren, og dette kan også prege pågangen av pasienter.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykehuset har i dag tilstrekkelig med smittevernutstyr, men det er usikkerhet om leveransene av utstyr på lengre sikt vil være tilstrekkelig</li> <li>• Sykehuset har et høyere antall pasientutsatte timer nå enn tidligere</li> </ul> <p>-</p>
Sak 16/20	<p>Eventuelt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sondre Ottervik informerte om sak sendt til styret ved Sykehuset Telemark 20.mars: «Pasientsikkerhet ved avdeling Avrusning» Saken er svart opp av klinikk-sjef KPR, Lars Ødegård.</li> </ul>
	<p><b>Saker utsatt fra møtet 30.01.20 - Inviteres til neste ordinære brukerutvalgsmøte 11.juni 2020:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Samhandlingskoordinator Hege Holmern: Samhandling Grenland</li> <li>- Utviklingsdirektør Annette Fure, m.fl.: Status byggeprosjektet - Utbygging Somatikk Skien (USS)</li> </ul>

Skien, 23.april 2020  
 Anne Borge Kallevig  
 Referent

## PROTOKOLL FRA UNGDOMSRÅDET

05.05.2020 kl 18:00 til 19:30

Sted: Skype-møte

Tilstede: Nicklas Lindquist Haugen  
Sebastian Gundersen  
Karoline Sørensen Håstul  
Ada-Marie Riis

Hege Arvesen, sykepleier barne- og ungdomsmedisin og koordinator for Ungdomsrådet  
Elise Haugerø, barnevernspedagog, BUP og koordinator for Ungdomsrådet  
Anne Borge Kallevig, adm konsulent dir. kontor og sekretær for ungdomsrådet

Arbesa Berisha, seniorrådgiver Pasient- og brukerombudet i Telemark

Forfall: Hanna A.W. Thorsen  
Preben Myhre  
Oda Skretteberg

Møtet ble ledet av Ada-Marie Riis

<b>Sak 00/20</b>	<b>Innkallelse og saksliste til møte 05.05.20</b> <u>Vedtak:</u> Innkalling og saksliste ble godkjent
<b>Sak 06/20</b>	<b>Godkjenning av protokoll fra ungdomsrådet 28.01.20</b> <u>Vedtak:</u> Protokollen ble godkjent
<b>Sak 07/20</b>	<b>Presentasjon av Pasient- og brukerombudet i Telemark</b> v/seniorrådgiver Arbesa Berisha  Pasient- og brukerombudet skal arbeide for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettsikkerhet overfor <ul style="list-style-type: none"><li>• Den statlige spesialisthelsetjenesten</li><li>• Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten – dette er nytt fra 01.01.2020</li><li>• Den kommunale helse- og omsorgstjenesten</li></ul> De skal også arbeide for å bedre kvaliteten i tjenestene

	<p>Pasient- og brukerombudet er administrativt knyttet til Helsedirektoratet. Faglig er de selvstendig og uavhengig. Det er lovbestemt at det skal være et ombud i hvert fylke, men nå etter fylkessammenslåingen er det bestemt at det fortsatt skal være ombud både i Skien og Tønsberg. Alle ombudene er faglig uavhengig. Lovfestet koordinerende ombud, som skal bistå med kompetanseutvikling og veiledning, holder til i Bergen.</p> <p>Pasient- og brukerombudet i Telemark har kontorer på Skagerak arena, 4 årsverk – p.t. 3 ansatte. Pasient- og brukerombudet heter Else Jorunn Saga. Årlig har de om lag 15.000 saker årlig. En sak kan resultere i mange problemstillinger.</p> <p>Pasient- og brukerombudet kan bistå med</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Å gi informasjon om rettigheter</li> <li>• Gi råd og veiledning slik at klienten kan håndtere saken selv</li> <li>• Bistå med utforming av klage inn mot tjenestested, Fylkesmannen eller NPE (Norsk pasient erstatning)</li> <li>• De er gratis</li> <li>• Har lokal kunnskap om hva som rører seg i kommunene og helseforetak i regionen</li> <li>• Har IKKE mandat overfor NAV</li> <li>• IKKE instruksjonsmyndighet overfor helsetjenesten</li> <li>• Er IKKE en klageinstans. Dvs at pasient- og brukerombudet ikke behandler og avgjør klager</li> <li>• Man kan være anonym</li> <li>• Ombudets viktigste jobb er å være et talerør for pasienten/brukeren og være dens «vaktbikkje» i dialog</li> <li>• Ombudet står fritt til å mene noe om tjenesten som tilbys</li> <li>• Fokus på å finne gode løsninger</li> <li>• Ofte i dialog med tjenestestedet</li> </ul> <p>Kan brukes ved</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelavklaring</li> <li>• Bistå i møte med tjenestested</li> <li>• Kan være en nøytral part</li> </ul> <p>Kontaktinfo:  Facebook: Pasient- og brukerombudet Telemark  Helsenorge.no – <a href="https://helsenorge.no/pasient-og-brukerombudet/telemark">https://helsenorge.no/pasient-og-brukerombudet/telemark</a>  E-post: <a href="mailto:telemark@pasientogbrukerombudet.no">telemark@pasientogbrukerombudet.no</a></p>
<b>Sak 08/20</b>	<p><b>Helgesamling/tur</b></p> <p>Enighet i ungdomsrådet at det er ønskelig med en samling. Målet for samlingen vil være å bli bedre kjent, bli enige om arbeidsform, nye saker som kan bidra til å forbedre pasienttilbudet for unge brukere, og bedre tilbud som blir gitt til ungdommer når deres pårørende er pasienter i sykehus. Endelig form for og tema til samling/tur tas på neste møte i august.</p>

<b>Sak 09/20</b>	<p><b>«Ung livsmestring» et digitalt mestringsverktøy for unge voksne.</b></p> <p>Ungdomsrådet har mottatt invitasjonsbrev til å bli med på utprøvingen av «Ung livsmestring» - et digitalt mestringsverktøy utviklet i et prosjekt ved Aker universitetssykehus.</p> <p>Målet med programmet er å gi den enkelte ungdom mulighet til å tenke gjennom og kjenne etter hvordan det er å være seg. Målgruppen er fra 13-30 år med ulike funksjonsvariasjoner og kroniske sykdommer, uavhengig av diagnose, og hvor man bor i Norge. Programmet består av seks temaer med animasjonsfilm, ulike oppgaver, erfaringer fra andre ungdommer, samt noen refleksjonsspørsmål.</p> <p>2 alternative måter å delta på:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Følget et kombinert program med fellessamling før og etter gjennomføringen av selve e-læringsmodulene</li> <li>2) Kun gjennomføre e-læringsmodulene på egen hånd</li> </ol> <p>Ungdommer som har prøvd ut programmet så langt opplever det som nyttig.</p> <p>De av ungdomsrådets medlemmer som ønsker å delta i programmet tar selv kontakt med prosjektleder.</p> <p>Saken tas opp igjen på neste ungdomsrådsmøte i august:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har noen av rådets medlemmer har gjennomført eller ønsker å gjennomføre programmet ?</li> </ul>
<b>Sak 10/20</b>	<p><b>Prosjekt Kontorfaglig støttefunksjoner – referansegruppe</b></p> <p>Ungdomsrådet har mottatt forespørsel om 2 brukerrepresentanter inn i referansegruppe for prosjektet.</p> <p>Estimert til 3 møter i perioden mai – september. Prosjektet er noe forsinket så det kan bli en endring i tidsperioden.</p> <p>Interesserte melder seg på facebook gruppa. Tilbakemelding gis prosjektleder Kathrine Evensen.</p>
<b>Sak 11/20</b>	<p><b>Eventuelt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sakliste neste møte i ungdomsrådet. Det skal på slutten av hvert møte lages en grov-skisse til neste møtets sakliste.</li> <li>• Kommer en forespørsel fra ABUP om deltakelse i en referansegruppe vedr BUP-prosjekt. Elise legger dette ut på face-book gruppen</li> <li>• Ungdomsrådet var invitert til avdelingsmøte på ABUP for å presentere seg, men ingen hadde anledning til å møte. Ny invitasjon til nytt møte <u>21.09.20</u> – Ada-Marie stiller</li> <li>• Oppfordring fra kommunikasjonssjef Lars Kittilsen om at ungdomsrådet bør være mer aktive på face-book siden sin. Enighet om å prøve publisere 1-2 innlegg i mnd. Lage en liten videohilsen fra ungdomsrådet i denne koronatiden. Karoline og Ada-Marie organiserer.</li> <li>• Aktivitør – Elise har prøvd å kontakte aktivitøren, men dessverre ikke fått noen respons. Forespør på nytt om hun har anledning til å komme på møtet i august.</li> </ul>

**Erfaringer - Hvordan er det/ har det vært å være ungdom i risikogruppe i forhold til informasjon og oppfølging i denne tide ?**

- Begrenset info i starten – fulgte myndighetenes helseråd
- Lite oppfølging fra helsevesenet – konsultasjoner avlyst – ekstra belastning  
Situasjonen er i bedring
- Klarere retningslinjer/råd til de som er i risikogruppene – gjerne personlige råd
  - tror det kunne vært nyttig for mange
- For de i risikogruppene – stor psykisk utfordring
- Oppfølging på den psykiske helsen også – kanskje en telefon

Skien, 5. mai 2020  
Anne Borge Kallevig  
referent