

Møteinnkalling for styret i Sykehuset Telemark HF til styremøte

Møtedato og tid: 23. oktober 2019 kl. 0930 – 1530
Møtested: Direktørens møterom i Skien
Møteleder: Styreleder Per Anders Oksum

Saksliste:

Tid	Saksnr.	Sak	Sakstype
0930 – 0935	055-2019	Godkjenning av innkalling og saksliste v/Styreleder	Beslutning
0935 – 0940	056-2019	Godkjenning av protokoll fra styremøte 25. september 2019 v/Styreleder	Beslutning
0940 – 1000	057-2019	Administrerende direktør sin orientering v/Administrerende direktør	Orientering
1000 – 1100	058-2019	Virksomhetsrapport per september 2019 v/Administrerende direktør og økonomidirektør	Orientering
1100 – 1130	059-2019	Status budsjett 2020 v/Administrerende direktør og økonomidirektør	Orientering
1130 – 1200		Lunsj	
1200 – 1300	060-2019	Sykehuset Telemarks strategi 2020–2022 v/Administrerende direktør og utviklingsdirektør	Beslutning
1300 – 1345	061-2019	Sommerferieavvikling 2019 v/Administrerende direktør og HR-direktør	Orientering
1345 – 1355	062-2019	Revidert mandat brukerutvalget v/Administrerende direktør	Beslutning
1355 – 1415	063-2019	Ledelsens gjennomgang 2019 v/Administrerende direktør	Orientering
1415 – 1420	064-2019	Årsplan styresaker v/Styreleder	Orientering
1420 – 1430		Andre orienteringer v/Styreleder	Orientering

Tid	Saksnr.	Sak	Sakstype
1430 – 1515	065-2019	Styrets årlige evaluering av administrerende direktørs arbeid og resultater – lukket møte v/Styreleder	
1515 – 1530		TEMA: Styrets egnevaluering – lukket møte v/Styreleder	

Vararepresentanter møter kun etter særskilt innkalling.

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

Med vennlig hilsen

Per Anders Oksum
Styreleder

Vedlegg: Saksdokumenter

Elektronisk kopi er sendt til:

Helse Sør-Øst RHF
Revisor Hans Christian Berger, PWC
Varamedlemmer
Direktørens stabs- og kliniksjefer

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak nr.	Saksansvarlig og saksaksbehandler	Sakstype	Møtedato
055-2019	Tone Pedersen, spesialrådgiver direktørens stab	Beslutning	23.10.2019

Trykte vedlegg: Saksliste

Utrykte vedlegg:

Ingress:

Innkalling og saksliste er sendt, sammen med saksdokumenter, til styret og brukerutvalgets representanter (leder og nestleder).

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Skien, den 15. oktober 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Godkjenning av protokoll fra styremøte 25. september 2019

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
056-2019	Tone Pedersen, spesialrådgiver direktørens stab	Beslutning	23.10.2019

Trykte vedlegg: Protokoll fra styremøte 25. september 2019

Utrykte vedlegg:

Forslag til vedtak:

Protokoll fra styremøte 25. september 2019 godkjennes.

Skien, den 14. oktober 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

PROTOKOLL FRA STYREMØTE I SYKEHUSET TELEMAR HF

Tid: 25.september 2019 kl. 09.30 – 16.30

Sted: Direktørens møterom, bygg 54 i Skien

Følgende medlemmer møtte

Per Anders Oksum Styreleder
Marit Kasin Nestleder Forfall
Folke Sundelin
Kari Dalen
Kristian Bogen
Ann Iserid Vik-Johansen
Kristine Stranheim Sunde
Kristian Wiig

Fra brukerutvalget møtte

Rita Andersen (Psoriasis og eksemforbundet i Telemark), Anne Iversen (Norsk handikapforening), Vidar Bersvendsen (Landsforeningen for hjerte og lungesyke), Olaf Kristiansen (prostatakreftforeningen), Gunn Ingeborg Kavli-Engstad (Ryggmarksbrokk- og Hydrocephalusforeningen), John Arne Rinde (Pensjonistforbundet Telemark), Gun Inger Heibø (Multippel sklerose forbundet), Hanne Kittilsen (Kreftforeningen) og Anne Borge Kallevig (sekretær)

Fra administrasjonen deltok

Tom Helge Rønning, administrerende direktør
Halfrid Waage, fagdirektør
Tone Pedersen, styresekretær/spesialrådgiver stab (referent)

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

Klinikksjef Gunnar Gausel, klinikkssjef Per Urdahl, klinikkssjef Frank Hvaal, klinikkssjef Kjetil Christensen, klinikkssjef Elin Skei, klinikkssjef Lars Ødegård, utviklingsdirektør Annette Fure, HR-direktør Mai Torill Hoel og konst. økonomidirektør Dana Tønnessen

Presentasjon av saker:

Sak 043-2019, 044-2019, 045-2019 og 054-2019 Styreleder Per Anders Oksum
Sak 046-2019 Administrerende direktør Tom Helge Rønning, Avdelingsleder Anne Kjendalen, samhandlingskoordinator Hege Holmern og Fagdirektør Halfrid Waage
Sak 047-2019, 048-2019, 052-2019 og 053-2019 Administrerende direktør Tom Helge Rønning
Sak 049-2019 og 051-2019 Fagdirektør Halfrid Waage, kvalitetssjef Elisabeth Hessen
Sak 050-2019 HR-direktør Mai Torill Hoel

Styreleder ledet møtet

Saker som ble behandlet:

043-2019	Godkjenning av innkalling og saksliste
-----------------	---

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

044-2019	Godkjenning av protokoll fra styremøte 19. juni 2019
-----------------	---

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 19. juni 2019 godkjennes.

045-2019	Utviklingen ved Oslo Universitetssykehus (OUS) og dens betydning for STHF
-----------------	--

Oppsummering

Styreleder presenterte utviklingen ved OUS og hvordan dette påvirker Sykehuset Telemark HF på områdene:

- Kvalitet og pasientsikkerhet
- Rekruttering
- Desentralisering
- Økonomi

Utviklingen av OUS handler om mer enn bygg. Blant annet ble det informert om at en samling av regionfunksjoner vil utnytte kompetansen bedre. Ved bortfall av dublerede funksjoner reduseres behovet for ansatte og vil bedre rekrutteringsmulighetene ved sykehusene utenfor Oslo. Utviklingen også legger til rette for desentralisering av flere funksjoner og løsningen vil gi en bedring i driftsøkonomien ved Oslo universitetssykehus. Dette er viktig for øvrige helseforetak i HSØ, som vil få reduserte kostnader for pasienter i eget opptaksområdet som får behandling ved OUS.

Det ble videre informert om at HSØ har økonomisk bærekraft til alle planlagte investeringer som ligger inne i ØLP, herunder utbyggingen i Skien.

VEDTAK

Styret tar saken til orientering.

046-2019	Brukerutvalgets årlige møte med styret ved STHF
----------	---

Brukerutvalget hadde i forkant av møtet spilt inn fire spørsmål som det ble gitt tilbakemelding på:

- *Innføring av pakkeforløp i rus og psykiatri. Hensikt og mål. Status i barne- og ungdomspsykiatrien*
Avdelingsleder Anne Kjendalen gav styret en god og informativ presentasjon. Pakkeforløp i rus og psykiatri er et utviklingsarbeid, som er godt i gang. Sykehuset har utarbeidet en «app» som brukes til monitorering og resultat for måloppnåelse av krav. Resultatene viser at vi ligger et godt stykke under kravet. Nasjonal måling og benchmarking mot andre helseforetak vil, etter plan, foreligge i 4 kvartal 2019. Arbeidet med pakkeforløp krever ekstra ressursinnsats. Avdelingsleder presenterte fordeler og utfordringer i arbeidet.
- *Arbeidet med økonomiske forbedringer. Status og utfordringer*
Administrerende direktør Tom Helge Rønning presenterte:
 - Utvikling månedsverk
 - Resultatutvikling
 - Kostnader pr DRG
 - Klinisk kvalitet
 - Videre arbeid for å skape bærekraft
 - Utviklingsprogrammet
 - Forbedringsprosjekt operasjon i Kirurgisk klinikk
- *Hva kan sykehuset gjøre for å sikre et godt ettervern når pasienten overføres til kommunen etter behandling (samhandlingsreformen)?*
Samhandlingskoordinator Hege Holmern orienterte blant annet om samarbeidet med kommunene, gjeldende samarbeidsavtaler og samarbeidsarenaer, viktigheten av felles ansvar for forebyggende og helsefremmende arbeid, digitalisering og dens betydning for helsetjenesten og samarbeid med fastlegene.
- *Brukerundersøkelsen. Status og dialog om utvikling og hva som kan gjøres bedre*
Fagdirektør Halfrid Waage informerte om sykehusets brukerundersøkelse. Gjeldende undersøkelse ble lansert i mars 2018 og består av 13 spørsmål. Sykehuset har en positiv utvikling i svarprosent, men denne er fremdeles svært lav. Sykehuset benytter programmet QuestBack til brukerundersøkelser. Dette er på vei ut og sykehuset

avventer nytt program. Sykehuset vurderer å implementere flere undersøkelser fordelt på døgn/sengeposter, dag poliklinikk og pårørende.

Det ble gitt innspill fra styret til administrasjonen om å vurdere å sende ut en elektronisk påminnelse tre uker etter at pasienter er utskrevet for å besvare brukerundersøkelsen.

047-2019	Administrerende direktør sin orientering
-----------------	---

Administrerende direktørs hadde, i tillegg til skriftlige orienteringer, en muntlig orientering om sommerdriften ved sykehuset på Notodden. Styret ba etter dette om en orienteringssak om *sommerdrift 2019 ved STHF* til møtet 23. oktober 2019.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

048-2019	Virksomhetsrapport per 2. tertial 2019
-----------------	---

Oppsummering

Saken presenterer status for virksomheten per 2. tertial 2019. I rapporten inngår de tertialvise forholdene risikovurdering, forskning, pasientsikkerhetsprogrammet, eksterne tilsyn og revisjoner, uønskede hendelser og klagesaker samt GDPR (General Data Protection Regulation).

Samlet sett har Sykehuset Telemark fremdeles god måloppnåelse på de medisinske parameterne og økonomien er noe bedret.

Kommentarer i møte

Styret ber om at sykehuset tar inn risikoområdet *Risiko for pasientskader* i risikomatrisen. Styret mener at risikoområde 5 *Prioriteringsregelen* har en noe høyere risiko enn risikomatrisen viser. Styret diskuterte hvorvidt det foreligger samvariasjon mellom økningen i utskrivningsklare pasienter og økningen i kostnader til innleid arbeidskraft. Det ble også kommentert om det vil være en fordel for sykehuset å ansette flere faste i bemanningsenheten. Styret er fornøyd med at økonomien er noe bedre enn tidligere rapportert.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per 2. tertial 2019 til orientering.

049-2019	Status pasientsikkerhet ved STHF
-----------------	---

Oppsummering

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet ble avsluttet i 2018. Pasientprogrammets innsatsområder er videreført i ny Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023.

I møtet ble status beskrevet for arbeidet med innsatsområdene for pasientsikkerhet og informasjon for videre oppfølging.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar saken til orientering og ber om at innsatsområdene for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring fokuseres videre som beskrevet i saken.

050-2019	Resultater og tiltak ForBedring 2019
-----------------	---

Oppsummering

HR-direktør informerte om resultater og tiltak etter ForBedring 2019.

Kommentarer i møte

Styret reiste spørsmål om det foreligger korrelasjon mellom sykefravær og resultater i ForBedring. Administrasjonen har ikke funnet noen sammenheng i resultat for disse indikatorene.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Orienteringen om resultatene fra undersøkelsen ForBedring og gjennomførte og planlagte tiltak tas til orientering.

051-2019	Konsernrevisjonens revisjonsplan 2020
----------	---------------------------------------

Oppsummering

I saken foreslås fem alternative tema for konsernrevisjon 2020. Styret diskuterte og gav innspill til temaene. Det var enighet om å spille inn tema 2, 3 og 5 jfr. tabell under (styrets innspill i møtet til tilleggstekst for tema 5 er lagt inn):

Prioritet	Tema	Hensikt	Begrunnelse
2	Legemiddelområdet	Kartlegge/ årsaksanalyser	<ul style="list-style-type: none"> • Legemiddelfeil og legemiddelhåndtering: Område hvor det er kjent at det er forbedringspotensial, jf GTT og uønskede hendelser. Behov for mer kunnskap om årsaker, kompetansehull, uhensiktsmessig praksis, etc. <ul style="list-style-type: none"> ○ H-resepter og dyre legemidler: Komplisert system med potensielle konsekvenser for økonomi og uønsket variasjon i pasientbehandlingen. ○ Registrering og håndtering av H-resepter ○ Etterlevelse av LIS-anbefalinger ○ Kunnskap blant ledere og leger
3	Legebemannings-, pasientflyt og organisering i akuttmodning	Kartlegge/ årsaksanalyser	Behov for bedre innsikt i og forståelse av sammenhenger og forbedringspotensial.
5	Forbedringsprosesser Kjennetegn på vellykkede forbedringsprosesser – erfaringsdeling	Kartlegge	<ul style="list-style-type: none"> • Forbedringsprosjekter er igangsatt på flere områder (EY). Behov for å sikre oppfølging og gevinster fra dette. • Behov for mer kunnskap om forbedringsprosessene innen kvalitet og pasientsikkerhet som skjer på ulike nivå i organisasjonen.

Kommentarer i møte

Styret foreslo å legge inn «Kjennetegn på vellykkede forbedringsprosesser – erfaringsdeling» under temaet Forbedringsprosesser.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret prioriterer å sende tema 2, 3 og 5 som innspill til konsernrevisjonen. Tilbakemelding gis til konsernrevisjonen innen 1. oktober 2019.

052-2019	Status Oppdrag og bestilling 2019
-----------------	--

Oppsummering

Hensikten med saken er å gi styret status for arbeidet med Oppdrag og bestilling (OBD) 2019.

Sykehuset innfrir mange av styringskravene i OBD 2019. På følgende områder har sykehuset utfordringer på å nå målet (rapportering etter første halvår 2019):

- Gjennomsnittlig ventetid og prioriteringsregelen
- Overholdelse av pasientavtaler
- Pakkeforløp psykisk helsevern og TSB og tvangsbruk i psykisk helsevern
- Epikrise somatikk
- Ingen korridorpasienter

Styret får fortløpende informasjon om resultat og tiltak på ovennevnte områder i virksomhetsrapporten.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar presentasjonen til orientering.

053-2019	Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2019
-----------------	--

Oppsummering

Tilleggsdokumentet til Oppdrag og bestilling 2019 omfatter styringsbudskap som Sykehuset Telemark HF har mottatt fra Helse Sør-Øst RHF etter at oppdrag og bestilling til helseforetakene/sykehusene ble utarbeidet.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2019 – august 2019 til etterretning.

054-2019	Årsplan styresaker
-----------------	---------------------------

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Årsplan styresaker tas til orientering.

Andre orienteringer

1. Styreleders møter utenom styremøtene:
 - a. Oppfølgingsmøte HSØ 24.06.2019
 - b. Oppfølgingsmøte HSØ 30.08.2019
 - c. Oppfølgingsmøte HSØ 20.09.2019
 - d. Styreledermøte HSØ 12.09.2019
 - e. Besøk av styreleder og AD HSØ 04.09.2019
2. Protokoll styremøte HSØ 20.06.2019
3. Foreløpig protokoll styremøte HSØ 22.08.2019

Temasak:**Psykiatritilbudet i Telemark**

Kliniksjeff Lars Ødegård innledet med en presentasjon av klinikkens organisering, lokasjoner og pasientbehandling. Det ble deretter gitt en god og omfattende informasjon om de tre områdene:

- «Akuttlinja» v/Overlege DPS akutt Steinar Halvorsen Planting
- Sikkerhetspsykiatri v/Seksjonsleder Jørn Johnsen
- DPS poliklinikker v/Avdelingsleder Espen Halvorsen

Styrets egnevaluering

Styret holdt ingen egnevaluering denne gang.

Styremøtet ble hevet kl. 17.10.

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

Førstkommende styremøte

Onsdag 23. oktober i administrerende direktørs møterom, bygg 54 i Skien.

Skien, 25. september 2019

Per Anders Oksum
Styreleder

Marit Kasin
Nestleder (sett)

Folke Sundelin

Nils Kristian Bogen

Ann Iserid Vik-Johansen

Kari Dalen

Kristine S. Sunde

Kristian Wiig

Tone Pedersen
Styresekretær

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Driftsorienteringer fra administrerende direktør

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
057 -2019	Administrerende direktør Tom Helge Rønning	Orientering	23.10.2019

Trykte vedlegg:

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

Ingress:

Orienteringer ligger vedlagt

Forslag til vedtak:

Saken tas til orientering

Skien, den 14. oktober 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Driftsorienteringer fra administrerende direktør

1. Miljørevisjon 2019

Årets miljørevisjon ved DNV GL ble gjennomført i perioden 17-20/9. Sykehuset fikk til sammen 6 avvik (kategori 2 - mindre avvik), 10 observasjoner og 8 forbedringsmuligheter. Dette er noenlunde på nivå med tidligere år. De fleste avvik og tilbakemeldinger går på avvik og forbedringsmuligheter i selve systemet og spesielt innenfor SSL. Avvik og observasjoner følges opp med ansvarlige.

Generelt gir DNV mye positiv tilbakemelding på miljøarbeidet ved STHF, både innen arbeid med mål og handlingsplaner, kontroll og vedlikehold av tekniske anlegg og i generell oppsummering utenom disse fokusområdene. Spesielt nevnes følgende punkt: «Finner godt engasjement og mange gode eksempler på kreative tiltak med miljø i fokus innen operative enheter».

2. Nominasjon til årets leanprosjekt i Norsk Leanforum

Sykehuset Telemark ved ortopedisk poliklinikk har blitt kvalifisert til å bli vist frem og bli vurdert under årets leankonferanse med prosjektet «kontinuerlige forbedring i ortopedisk poliklinikk». Prosjektet konkurrerer med fem andre prosjekter fra ulike bransjer og prisen er en av to priser som Norsk Leanforum deler ut årlig. Årets leankonferanse foregår på Fornebu og avholdes i begynnelsen av november.

Nominasjonen er i seg selv en stor anerkjennelse for det arbeidet som er gjort i ortopedisk poliklinikk for å bedre pasientflyt, øke tilgjengelighet og optimalisere ressursbruk.

3. Nytt tilbud til alvorlig syke barn og unge ved Sykehuset Telemark

Dette handler om 20-30 alvorlig syke barn og unge som trenger respirasjonsstøtte hjemme og da særskilt om natten. Før ble nye pasienter sendt til Ullevål for oppstart og kontroller i forbindelse med mekanisk pustestøtte. Nå gjøres dette ved barneavdelingen på Sykehuset Telemark, som er et av få sykehus i Helse Sør-Øst som tilbyr disse tjenestene til barn og unge. Sykehuset har et kompetanseteam som består av tre leger, fire sykepleiere og en fysioterapeut. Kompetanseteamet har vist stort engasjement og de har utviklet et godt samarbeid med fagutviklingssykepleiere på lungeposten, lungepoliklinikken, Øre nese halsseksjonen og Habu.

Prosjektet har fått 40.000 kroner fra Nasjonalt senter for ventilasjonsstøtte ved Helse Bergen. Pengene er brukt både til kurs og opplæring av kommunale team. Det er nødvendig for sikre god koordinering og samhandling av pasientbehandlingen for denne alvorlig syke gruppen av barn og unge.

4. Lederrekrutteringsprogram

Sykehuset har besluttet å sluttet seg til et nasjonalt ledermobiliseringsprogram som skal få frem nye ledere for framtidens helse-Norge. 16 ansatte fra ulike deler av sykehuset, har fått muligheten etter en intern søknadsprosess. De som er plukket ut, får med seg en erfaren

leder til å veilede på det som kan bli en spennende reise gjennom de neste månedene. Formålet er å identifisere og utvikle ledertalenter gjennom et program hvor også kandidatene kan få bedre innsikt i hva ledelse handler om, samt gjøre seg opp en bedre oppfatning om dette er noe man ønsker å gå videre på. Programmet strekker seg fra 19. september til siste samling den 7. mai 2020. I denne perioden skal deltakerne gjennom mange områder som å skygge en erfaren leder en dag, delta i refleksjonsgrupper, og ikke minst delta på et to dagers regionalt treningslaboratorium på Gardermoen.

Øvrige orienteringer kan gis muntlig i styremøtet.

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Virksomhetsrapport per september 2019

Sak nr.	Saksansvarlig/saksbehandler	Sakstype	Møtedato
058-2019	Økonomidirektør Geir Olav Ryntveit Økonomisjef Dana Tønnessen	Orientering	23.10.2019

Trykte vedlegg: Virksomhetsrapport per september 2019

Utrykte vedlegg: Ingen

Har saken betydning for pasientsikkerheten?

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

Forslag til vedtak:

Styret tar virksomhetsrapport per september 2019 til orientering.

Skien, den 15. oktober 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Sammendrag

Resultatene for **de fleste medisinske parameterne** er om lag uendret. Gjennomsnittstall per 9 måneder i år viser 78 % andel nye pasienter inkludert i **pakkeforløp**, dette er noe lavere enn i tilsvarende periode i fjor (84 %). 72 % av pasientene i pakkeforløp behandles innen standard forløpstid, som er noe lavere enn ved tilsvarende periode i fjor (77 %), men innfrir målet om 70 %. Sykehuset Telemark HF scorer høyest på andel behandlet innen standard forløpstid innen foretaksgruppen.

Ventelisteresultatene for september er om lag som i de foregående månedene, men ventetidene for ventende pasienter er redusert for alle tjenesteområdene. Lavdriftsperioden i forbindelse med sommerferien fører til økte ventetider, men med full drift de kommende månedene forventes ventetidene å gå ned. Antall pasienter på venteliste har vært stabilt gjennom siste året med kun små variasjoner.

Samlet **ventetid** (påstartet) i september er 63 dager, 1 dager lavere enn september 2018. Gjennomsnittlig ventetid for påstartet pasienter er redusert for BUP og VOP, men øker i somatikk og TSB sammenlignet med september 2018. Andel fristbrudd påstartet pasienter og andel fristbrudd ventende er økt sammenlignet med september 2018.

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

Aktivitet i somatikken, målt i antall «sørge for» ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk, legemidler), er 936 poeng lavere enn budsjettet per 9 måneder. Avviket er i all hovedsak relatert til døgnaktiviteten ved Kirurgisk klinikk (en kombinasjon av færre opphold og lavere DRG-indeks («pleietyngde»)). Sykehuset har også oppnådd færre ISF-poeng knyttet til legemidler enn hva som er budsjettet.

Sykehuset Telemark rapporterer et positivt **driftsresultat** på 16,3 millioner kr. per september 2019. Dette er 6,2 millioner kr. svakere enn periodisert budsjett hittil i år, mot 4,2 millioner ved forrige rapportering. Regnskapsresultatet forbedres med 0,5 millioner kr. i september.

Høyere polikliniske inntekter, høye salgsinntekter lab/røntgen og noe lavere kostnader ved kjøp/salg av helsetjenester bidrar positivt til resultatet. Dette kompenseres for svakere effekt av planlagte forbedringstiltak samt høyere lønnskostnader enn budsjettet.

Resultatutviklingen i klinikkene kirurgi, medisin og akutt og beredskap er fortsatt bekymringsfull med store underskudd også i september. Dette skyldes svakere DRG-resultater og høyere kostnadsnivå enn budsjettet.

Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD 2019

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

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Redusere unødvendig ventetid	mål 2019	des.16	des.17	des.18	feb.19	mar.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	Kirurgi	Medisin	MSK	Smertepo	BUK (som.)	BUK (psyk.)	VOP/TSB
Gjennomsnitt ventetid i dager	50 dager somatikk 35 dager VOP/TSB 30 dager BUP	61	56,2	53,4	54,7	56,1	54,0	54,2	64,7	62,3	62,9	73	53	57	92	55	37	34/49
Fristbrudd avviklede, antall pr mnd	0	56	30	34	40	46	34	64	35	67	69	18	51	-				
Antall som venter	reduksjon	7 819	7 665	7 266	7 014	7 027	7 137	7 327	7 224	7 137	7 235	4 466	2 046	212	92	175	59	185
Antall med ventetid over 1 år	reduksjon	332	89	53	25	24	30	34	32	39	41	34	5		1			1
Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp	70 %	69 %	79 %	81 %	78 %	76 %	80 %	79 %	77 %	79 %	79 %							
Andel innen definert forløpstid	70 %	71 %	69 %	77 %	70 %	72 %	73 %	73 %	74 %	72 %	74 %							
Antall passert tentativ tid	reduksjon	4 969	3 537	4 577	3 831	3 828	4 536	5 232	4 940	5 719	5 163	2 581	2 110	6	65	242	46	113

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

Tabellen ovenfor reflekterer de interne målsettingene for ventetid i 2019.

Pakkeforløp

Urologi generelt har en svært god utvikling. Blærekreft har for perioden jan-september 91 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid, andelen for nyrekreft er 83 %, testikkelkreft 78 %, mens prostata har 61 % (likt med i fjor). Sykehuset har hatt høyt fokus på prostata fra medio 2017 og statistikken har siden den gangen vist en positiv utvikling. På bryst har man oppnådd andel behandlet innen standard forløpstid over 70 %. Tall per 9 måneder 2019 viser 83 %.

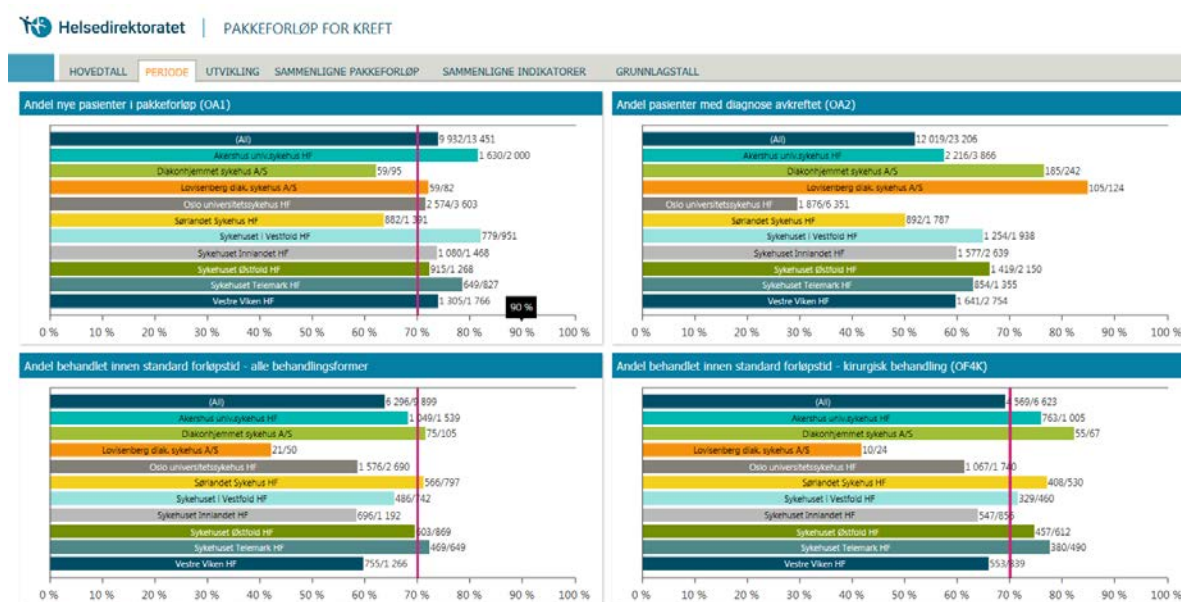
Innen gynekologisk kreft har vi relativt små tall (få pasienter) og det er utfordringer med måloppnåelse; eggstokkreft 21 %, livmorhalskreft 21 %, livmorkreft 53 %. Her foregår behandling sentralt og vi har relativt liten påvirkning på tempo. Vi er kjent med at man er i gang med tiltak for å bedre kapasiteten ved OUS. Forløpskoordinator og kreftkoordinator jobber aktivt for å bedre samhandlingen. Føflekkreft oppnår 93 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid, hele forløpet utføres ved STHF.

For lunge er 55 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid hittil i år. Fra uke 37 har vi fått tilgang på PET ved Sykehuset i Vestfold, ventetiden her er kort. Foreløpig er det litt for tidlig til at vi kan se resultater.

Innen hematologi har lymfomer 71 %, myelomatose 100 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid.

Innen tykk- og endetarmkreft er 85 % av pasientene inkludert i pakkeforløp. Ut fra Helsedirektoratets statistikk er kun 51 % av pasientene er behandlet innen standard forløpstid – noe som er svakere enn i samme periode i fjor (72 %). De svake resultatene tas opp i de aktuelle fagmiljøene ved sykehuset for å se hvor i forløpet forsinkelsene oppstår.

Figuren nedenfor viser resultater for 9 måneder 2019:



Gjennomsnittstall per 9 måneder i år viser 78 % andel nye pasienter inkludert i pakkeforløp, dette er noe lavere enn i tilsvarende periode i fjor (84 %). 72 % av pasientene i pakkeforløp behandles innen standard forløpstid, som er noe lavere enn ved tilsvarende periode i fjor (77 %), og innfrir dermed målet om 70 %. Sykehuset Telemark HF scorer høyest på andel behandlet innen standard forløpstid innen foretaksgruppen.

Prioritere psykisk helsevern og TSB

Prioriteringsregelen kommenteres under avsnittet om aktivitet.

Prioritere psyk.helsevern og TSB	mål 2018	jan.17	jan.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	Hittil 2019
Antall tvangsinnleggelses psyk./1000 innbyggere	lavere enn 2018	0,15	0,14	0,24	0,12	0,21	0,10	0,10	0,13	0,10	0,17	0,14	0,15
Andel tvangsinnleggelses	lavere enn 2018	15,0 %	15,3 %	20,1 %	13,5 %	18,9 %	10,2 %	10,5 %	12,9 %	12,0 %	16,1 %	13,2 %	14,4 %
Antall pasienter i døgnbehandling som har minst ett tvangsmiddeledtak	reduseres		9	11	11	11	10	15	14	9	9	14	12

Antall tvangsinnlagte hittil i år er 226. Dette tilsvarer et snitt på 0,15 per 1000 innbyggere. Det er 7 % lavere antall tvangsinnlagt i år enn i samme periode i fjor (fra 244 til 226). Høyt antall tvangsinnlagte i starten av året, lavt fra april til juli, men noe høyere de to siste månedene.

Hittil i 2019 er det er det 1570 innleggelser og 226 av disse er tvangsinnlagte. Aktivitet målt i antall innleggelser viser en vekst på 2,1 %, og med redusert antall tvangsinnlagte har andelen falt fra 15,9 % til 14,4 % per september. Andelen er nede i 13,2 % i september måned.

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	mål 2019	des.16	des.17	des.18	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	Kirurgi	Medisin	MSK	ABK	BUK	VOP/ TSB
Sykehusinfeksjoner %	<3%	4,5 %		3,8 %	4,4 %				3,50 %	5,3 %	2,4 %			0,0 %	
Korridorpasienter - antall	0	85	50	51	170	118	131	88	123	14	109				
Korridorpasienter %	0,0 %	0,9 %	0,6 %	0,7 %	1,9 %	1,6 %	1,7 %	1,1 %	1,5 %	0,4 %	2,6 %				
Direkte time i %	100 %		84 %	78 %	84 %	86 %	82 %	79 %	85 %	88 %	80 %	98 %		90 %	88 %
Antall åpne dokumenter > 14 dager		4 550	4 920	4 669	3 890	3 581	3 185	3 293	3 743	1 224	979	21	6	694	979
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode og uten ny kontakt	1000	1 861	1 445	1 734	2 167	2 542	2 105	1 711	1 170	222	571	94	13	129	141
Andel dialysepasienter som får hjemme	>30%		28 %	30 %	29 %	30 %	28 %	28 %	31 %		31 %				

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

Sykehusinfeksjoner

Prevalensmålingen for februar viste 4,3 %, mai viste 4,4 %, mens målingen i september ga 3,5 % som resultat. Dette er på nivå med enn gjennomsnittet for 2018.

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

Det er også fokus på innsatsområde "blodbaneinfeksjoner" på sengeposter.

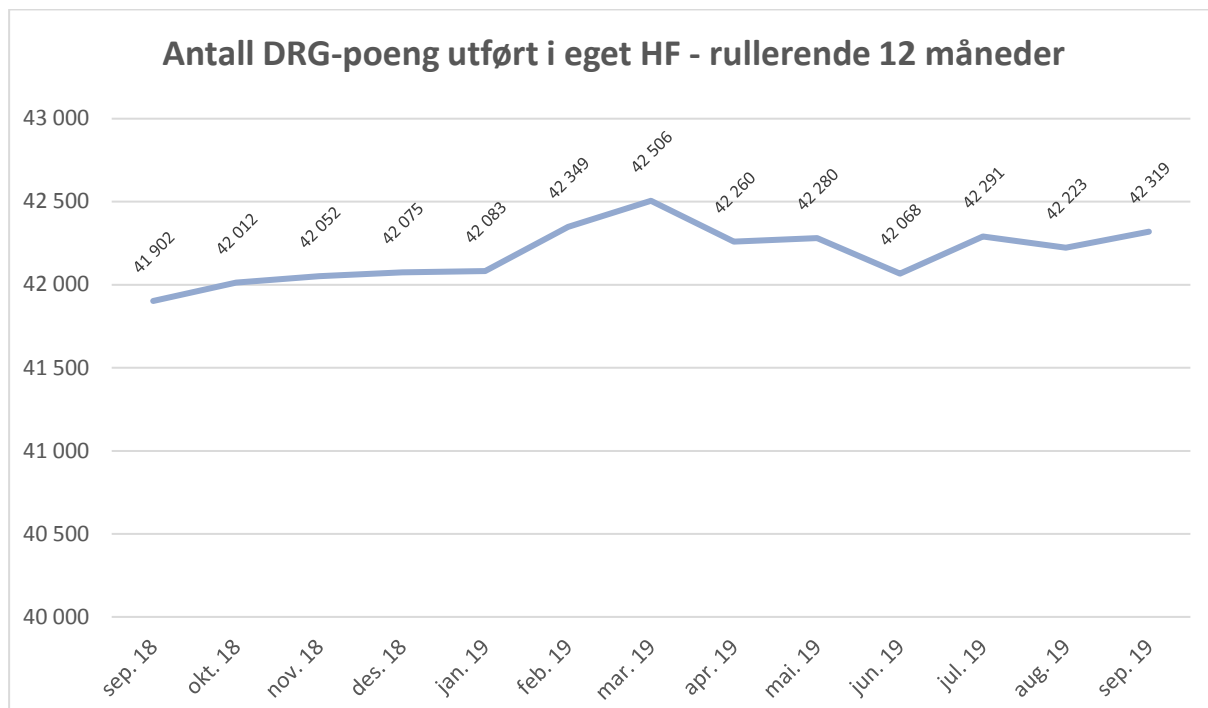
Aktivitet

Somatikk

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

Antall "sørge for" ISF-poeng per 9 måneder (døgn, dag, poliklinikk, legemidler) var 936 poeng svakere enn budsjettet (-2,7 %). Avviket er i all hovedsak relatert til døgnaktiviteten (en kombinasjon av færre opphold og lavere DRG-indeks («pleietyngde»), samt færre antall ISF-poeng knyttet til legemidler.

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



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

DRG-poeng	faktisk 9 m 19	bud. 9 m 19	avvik 9 m 19	faktisk 9 m 18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Faktisk 2018
Kirurgisk klinikk	14 343	14 955	-612	14 389	0 %	-46	20 132	19 257
Medisinsk klinikk	14 863	14 810	53	14 617	2 %	246	19 924	19 564
Barne og ungdomsklinikken	2 179	2 242	-63	2 089	4 %	90	3 010	2 700
ABK	76	59	17	72	6 %	4	80	99
Medisinsk serviceklinikk	361	357	4	326	11 %	35	500	464
SSL	8		8	3	167 %	5	-	6
Sum DRG-poeng behandlet i eget HF	31 830	32 423	-593	31 496	1 %	334	43 646	42 090
- døgn	22 421	23 060	-639	22 372	0 %	49	30 906	29 754
- dagbehandling	3 841	3 613	228	3 537	9 %	304	4 904	4 618
- poliklinikk	5 568	5 750	-182	5 587	0 %	-19	7 836	7 718
Sum DRG-poeng behandlet i eget HF	31 830	32 423	-593	31 496	1 %	334	43 646	42 090
DRG-poeng pasienter fra andre regioner beh. i eget HF	157	224	-67	211	-26 %	-54	300	259
DRG egne pasienter behandlet ved andre regioner/private	258	300	-42	315	-18 %	-57	400	420
DRG kreftmidler og dyre biologiske legemidler (H-reseptor)	2 063	2 430	-367	2 711	-24 %	-648	3 000	3 164
Sum DRG-poeng i h.h.t. "sørge for"-ansvaret	33 994	34 929	-935	34 311	-1 %	-317	46 746	45 415

Sykehusopphold	faktisk 9 m 19	bud. 9 m 19	avvik 9 m 19	faktisk 9 m 18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Faktisk 2018
Opphold behandlet i eget HF								
- døgn - inkl. Nordagutu	20 258	21 052	-794	20 837	-3 %	-579	28 200	27 833
- dagbehandling	16 797	16 155	642	15 557	8 %	1 240	21 800	20 999
- poliklinikk	124 211	124 456	-245	122 670	1 %	1 541	169 400	165 846

Antall sykehusopphold i september var tilnærmet som budsjettet og 5 % flere enn i fjor. Antall liggedøgn i september (8.200) var høyere enn budsjettet (8.070) og september i fjor (7.600).

I september ble det utført 5 % flere dagbehandlinger enn budsjettet og 12 % flere enn i fjor. Samtidig ble det utført i underkant av 15.000 polikliniske konsultasjoner. Dette er 3 % færre enn budsjettet, men 3 % flere enn i fjor. September har 1 arbeidsdag (5 %) flere enn i fjor.

Polikliniske konsultasjoner	faktisk 9 m 19	bud. 9 m 19	avvik 9 m 19	faktisk 9 m 18	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Faktisk 2018
Kirurgi	59 531	61 477	(1 946)	59 734	(203)	83 000	79 777
Medisin	51 966	50 139	1 827	50 750	1 216	68 650	69 124
BUK	6 516	6 957	(441)	6 184	332	9 550	8 705
ABK	909	878	31	965	(56)	1 200	1 280
MSK	5 120	5 005	115	4 985	135	7 000	6 960
SSL	169	-	169	52	117	-	116
STHF	124 211	124 456	(245)	122 670	1 541	169 400	165 962

Antall sykehusopphold hittil i år er 4 % lavere enn budsjettet og 3 % færre enn i fjor. Det har vært høyt pasientbelegg i årets 7 første måneder; mellom 96 %-105 %. Beleggsprosenten i august og september imidlertid noe lavere; 93 %/94 %. Antall liggedøgn er 73.600 per 9 måneder. Dette er tilnærmet likt med budsjett og i fjor.

Per 9 måneder ble det utført 4 % flere dagbehandlinger som budsjettet og 8 % flere enn i fjor. Samtidig ble det utført om lag 124.000 polikliniske konsultasjoner. Dette er likt som budsjettet og 1 % flere enn i fjor.

Kirurgisk klinikk har et budsjettavvik på – 612 DRG-poeng per september, som er en forverring på – 19 poeng siden forrige periode. Det er en nedgang i døgnopphold, og økning i dagopphold både mot budsjett og fjorår. Endringer i opphold på dag og døgn forklarer 51 % av avviket. Resterende forklares med lave indekser på dag og døgn, samt mindre poliklinikk enn budsjettet. Det forventes at utviklingen vil vedvare ut året.

Aktiviteten i **Medisinsk klinikk**, målt i DRG, har vært 27 poeng høyere enn budsjettet per 9 måneder. Antall avdelingsopphold ved Medisinsk klinikk 9 måneder var 3 % flere enn budsjettet og 2 % høyere enn i fjor. Den polikliniske aktiviteten har vært 3 % høyere enn budsjettet og 1 % høyere enn i fjor. DRG-indeksen (som er en indikasjon på kompleksiteten blant pasientene) var per 9 måneder noe svakere enn plan, men moderat høyere enn fjoråret.

Medisinsk serviceklinik har aktivitet høyere enn budsjettet målt i konsultasjoner, og 4 DRG-poeng mer enn budsjettet hittil i år. Det forventes DRG-poeng som budsjettet for 2019. Økningen fra 2018 skyldes i hovedsak økte vekter.

Barne- og ungdomsklinikken har et budsjettavvik på -63 DRG-poeng. Årsaken er færre opphold på barneavdelingen samt lavere aktivitet enn budsjettet på barnepoliklinikken. Antall konsultasjoner på barnepoliklinikken er 9 % lavere enn budsjettet hittil i år.

Psykisk helsevern og TSB

Antall sykehusopphold er hittil per september 4,7 % lavere enn budsjettet innenfor TSB, og er ikke sammenlignbart med fjoråret som følge av etablering av den nye avrusningsposten. Antall liggedager er 22,5 % høyere enn budsjettet. Antall sykehusopphold innenfor VOP ligger 4,5 % lavere enn budsjettet, mens antall liggedager ligger 0,3 % over budsjettet nivå. Antall liggedøgn er 2,3 % lavere enn i fjor, og antall sykehusopphold er 2,1 % lavere enn fjoråret.

Som tidligere nevnt er den inneliggende aktiviteten på BUP historisk høy i år. Antall liggedøgn per september ligger 28,7 % høyere enn budsjettet og 33,0 % høyere enn i fjor på samme tid. Antall sykehusopphold er 26,8 % over budsjett og ligger 28,6 % høyere enn i fjor.

Døgnaktivitet liggedøgn	faktisk sep.19	bud. sep.19	avvik sep.19	faktisk sep.18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Estimat 2019	Faktisk 2018
Voksenpsykiatri	24 184	24 100	84	24 757	-2 %	-573	32 500	32 500	33 119
Barne- og ungdomspsykiatri	2 013	1 564	449	1 513	33 %	500	2 100	2 700	2 197
TSB / RUS	2 914	2 378	536	1 907	53 %	1 007	3 200	3 800	2 798
STHF	29 111	28 042	1 069	28 177	3 %	934	37 800	39 000	38 114

Døgnaktivitet Utskrevne	faktisk sep.19	bud. sep.19	avvik sep.19	faktisk sep.18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Estimat 2019	Faktisk 2018
Voksenpsykiatri	1 189	1 245	-56	1 215	-2 %	-26	1 650	1 600	1 627
Barne- og ungdomspsykiatri	90	71	19	70	29 %	20	95	115	97
TSB / RUS	286	300	-14	228	25 %	58	400	380	330
STHF	1 565	1 616	(51)	1 513	3 %	52	2 145	2 095	2 054

Poliklinikk psykiatri	faktisk sep.19	bud. sep.19	avvik sep.19	faktisk sep.18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Estimat 2019	Faktisk 2018
Antall ISF-konsultasjoner									
BUP	21 367	20 877	490	19 917	7,3 %	1 450	28 100	28 800	27 451
VOP	37 121	38 457	-1 336	37 817	-1,8 %	-696	52 650	50 775	51 405
- herav Helse og arbeid	182	734	-552	497	-63,4 %	-315	1 000	275	497
TSB	8 256	9 239	-983	9 045	-8,7 %	-789	12 650	11 250	12 349
SUM	66 744	68 573	-1 829	66 779	-0,1 %	-35	93 400	90 825	91 205
ISF-poeng									
BUP	7 190	6 797	393	6 539	10 %	651	9 150	9 700	8 984
VOP	5 407	5 481	-74	5 616	-4 %	-209	7 502	7 400	7 538
- herav Helse og arbeid	28	63	-35	76	-63 %	-48	84	35	76
TSB	1 086	1 151	-65	1 060	2 %	26	1 575	1 500	1 515
SUM	13 683	13 429	254	13 216	4 %	468	18 227	18 600	18 037

Hittil per september har det vært høyere poliklinisk aktivitet enn både budsjettet og målt mot fjoråret innenfor BUP. Både VOP og TSB ligger lavere enn både budsjettet og målt mot fjoråret. Antall ISF-berettigede polikliniske konsultasjoner innenfor PHV og TSB er samlet sett 2,7 % lavere enn budsjettet. BUP viser 2,3 % høyere enn budsjett, og 7,3 % høyere enn i fjor. VOP ligger 3,5 % lavere enn budsjettet og 1,8 % lavere enn i fjor. Trekker vi ut Helse og arbeid (tidligere raskere tilbake), så ligger VOP 2,0 % lavere enn budsjettet. TSB ligger hele 10,6 % lavere enn budsjettet, og 8,7 % lavere enn i fjor.

Prioriteringsregelen

Ventetid	2018	2019	Endring
Somatikk	56,09	58,23	3,8 %
BUP	45,88	34,04	-25,8 %
VOP	46,24	38,04	-17,7 %
TSB	31,45	28,61	-9,0 %

Aktivitet	2018	2019	Endring
Somatikk	122 670	124 211	1,3 %
BUP	19 917	21 367	7,3 %
VOP	37 817	37 121	-1,8 %
TSB	9 045	8 256	-8,7 %

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

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

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

Ventetid for somatikken er økt med 2,4 dager per september målt mot samme periode i fjor. Voksenpsykiatrien har redusert ventetiden med 8 dager, barne- og ungdomspsykiatrien har redusert sin ventetid med 12 dager, mens ventetid innen TSB er viser en reduksjon fra 32 til 29 dager. De relative endringene viser at ventetidene i voksenpsykiatri har gått ned med 17,7 %, innen TSB har det gått ned med 9,0 %, og barne- og ungdomspsykiatrien har redusert med 25,8 %. Oppgangen i somatikken er på 2,8 %.

Polikliniske konsultasjoner

Prioriteringsregelen for poliklinisk aktivitet er oppfylt for BUP, men ikke for de andre tjenesteområdene. VOP har en nedgang på 1,8 % og TSB har en nedgang på 8,7 %.

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

Bemanning

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

Reduksjonen i sykefravær fra 2018 til 2019 er på 0,30 % - poeng. Sykefraværet var veldig høyt i starten av 2018, og nedgangen kan ha noe med at ledere har jobbet målbevisst med å redusere sykefravær.

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

STHF rapporterer 2.994 brutto månedsverk per september. Det er 16 månedsverk høyere enn i fjor. Tallene i 2019 er ikke sammenlignbare med fjoråret, da bemanningen på den nye avrusningsenheten var fulltallig først i mars måned 2018. Trekker vi ut avrusningen begge årene så er forbruket økt fra 2955 til 2966 månedsverk. Sett opp mot budsjetterte antall årsverk, så er det per september et overforbruk på 2,2 %.

Andelen variabelønnede per september 2019 er 9,0 %, noe som er på samme nivå som i fjor.

Økonomi

Sykehuset Telemark rapporterer et positivt driftsresultat på 16,2 millioner kr. pr. september 2019. Resultatet er 6,2 millioner kr. svakere enn periodisert budsjett.

Hittil i år er det er høyere polikliniske inntekter, høye salgsinntekter lab/røntgen og noe lavere kostnader ved kjøp/salg av helsetjenester som bidrar positivt til resultatet. Dette kompenserer for svakere effekt av planlagte forbedringstiltak.

Usikkerheten knyttet til periodiseringen av H-reseptkostnadene, årseffekten av TFG aktiviteten og kostnader knyttet til fritt behandlingsvalg vedvarer ut året. Basert på kostnadsutviklingen hittil i år, vurderes det at risikoen for negative budsjettavvik på årsbasis er lav.

Budsjettavviket hittil i år er relatert til resultatene i klinikkene. Det oppnås svakere ISF-inntekter enn budsjettert i somatikken, samtidig med at effekten av forbedringstiltak er lavere enn planlagt.

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

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

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

Regnskapsresultat pr. september 2019	regnskap	budsjett	avvik	Budsjett	Prognose	avvik
	september	september	september	2019	2019	2019
Basisramme	1 771 846	1 755 623	16 223	2 366 779	2 388 603	21 824
Kvalitetsbasert finansiering	12 556	12 556	-	16 741	16 741	-
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	589 328	598 379	-9 051	803 331	793 284	-10 047
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	123 497	127 219	-3 722	173 385	173 385	-
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	37 591	36 838	753	49 997	51 094	1 097
ISF fritt behandlingsvalg	-	-	-	-	-	-
ISF refusjon pasientadministrerte legemiddel (H-resepter)	46 056	54 255	-8 198	66 981	54 700	-12 281
Utskrivningsklare pasienter	15 994	10 169	5 824	13 559	20 559	7 000
Gjstepasienter	13 523	15 965	-2 442	21 352	21 352	-
Konserninterne gjestepasientinntekter	63 753	58 161	5 592	76 853	76 853	-
Polikliniske inntekter	72 129	64 211	7 918	86 386	96 886	10 500
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake	-	-	-	-	-	-
Andre øremerkede tilskudd	8 885	8 855	29	11 807	11 807	-
Andre driftsinntekter	199 925	203 963	-4 038	274 988	274 988	-
SUM DRIFTSINNTEKTER	2 955 083	2 946 194	8 889	3 962 159	3 980 252	18 093
Kjøp av offentlige helsetjenester	30 560	32 812	2 251	43 750	40 750	3 000
Kjøp av private helsetjenester	71 312	72 726	1 414	100 027	98 027	2 000
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	343 472	371 867	28 395	497 261	462 261	35 000
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	21 956	9 400	-12 556	11 688	27 688	-16 000
Konserninterne gjestepasientkostnader	205 730	203 217	-2 514	271 267	271 267	-
Lønn til fast ansatte	1 335 899	1 322 156	-13 742	1 778 611	1 793 611	-15 000
Overtid og ekstrahjelp	76 867	56 746	-20 120	76 692	99 692	-23 000
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	256 234	239 102	-17 132	321 647	344 693	-23 046
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-76 227	-76 087	140	-101 723	-101 723	-
Annen lønn	209 296	213 195	3 899	293 276	293 276	-
Avskrivninger	74 082	76 021	1 940	101 668	99 668	2 000
Nedskrivninger	-	-	-	-	-	-
Andre driftskostnader	402 309	412 790	10 480	551 202	537 249	13 953
SUM DRIFTSKOSTNADER	2 951 490	2 933 945	-17 545	3 945 364	3 966 458	-21 093
DRIFTSRESULTAT	3 593	12 250	-8 656	16 795	13 795	-3 000
Finansinntekter	14 522	11 970	2 552	15 490	18 490	3 000
Finanskostnader	1 816	1 720	-96	2 285	2 285	-
FINANSRESULTAT	12 706	10 250	2 456	13 205	16 205	3 000
(ÅRS)RESULTAT	16 300	22 500	-6 200	30 000	30 000	-0
Pensjonskostnader	-	-	-	-	-	-
RESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER	16 300	22 500	-6 200	30 000	30 000	-0

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

Klinikkene

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

Resultater pr. klinikk vises i tabellen under:

BUDSJETTAVVIK per september 2019	lønn	andre driftskostnader	driftsinntekter	Sum	herav effekt forbedringstiltak	herav øvrig drift
Kirurgi	-12 541	-2 090	-12 243	-26 875	-7 987	-18 888
Medisin	-19 638	2 426	4 011	-13 201	-4 249	-8 952
Barne- og ungdomsklinikken	-298	-951	3 649	2 400	-476	2 876
Akutt og beredskap	-9 627	-7 599	2 204	-15 022	-2 369	-12 653
Medisinsk serviceklinikk	6 829	997	5 991	13 817	-380	14 197
Psykatri og rus	513	-3 350	1 953	-884	-330	-554
Service og systemledelse	191	-6 404	3 037	-3 176	-875	-2 301
SUM klinikker	-34 571	-16 972	8 602	-42 940	-16 666	-26 274
Administrasjon	7 595	-611	-3 521	3 463	-	3 463
Kjøp og salg av helsetjenester		31 269	-19 349	11 921		11 921
- biol.legemidler og kreftmidler		33 480	-22 980	6 241		6 241
- somatikk		-2 462	4 375	4 176		4 176
- psykiatri og TSB		251	-743	898		898
Felles poster	-3 756	18 183	6 929	21 356	-	21 356
Budsjettavvik per september	-30 732	31 870	-7 338	-6 200	-16 666	10 466

Kirurgisk klinikk har et budsjettavvik på – 26,9 millioner kroner per september, som er en forverring på –4 millioner kroner siden forrige periode. Avviket fra forrige periode skyldes hovedsakelig aktivitetsglidning fra døgn til dag, og lave indekser (-0,4 millioner), høye varekostnader (-0,5 millioner), høye variable lønnskostnader (-1 millioner), samt uløst budsjettutfordring for perioden (-1,6 millioner). Den totale uløste budsjettutfordringen er økt etter at klinikken overtok operasjonsteamet på Notodden som hadde budsjettert en innsparing på 1,4 millioner på slutten av året uten tilhørende tiltak. Det jobbes kontinuerlig for å finne og implementere tiltak med både langsiktig og kortsiktig effekt.

Medisinsk klinikk har et negativt avvik på -13,2 millioner kroner per 9 måneder som i all hovedsak er knyttet til lønnskostnader. Noe av lønns-merkostnadene er knyttet til klinikkens uløste utfordringer i 2019-budsjettet. Klinikken jobber med å identifisere tiltak for å løse årets uløste utfordring på 4,6 millioner kroner, men foreløpig foreligger ingen konkrete løsninger. Klinikken har for tiden et høyere antall leger enn budsjettert. Klinikken har i hele år hatt et høyt pasientbelegg ved sengepostene, noe som har gitt merkostnader utover budsjettert nivå. Vanligvis har pasientbelegget avtatt noe fra april, men i år har belegget i hele sommer vært tett opp mot 100 %. Varekostnadene, deriblant forbruk av dyre legemidler innen kreftbehandling, har per 9 måneder vært noe lavere enn budsjettert. Den polikliniske aktiviteten har vært høyere enn budsjettert; noe som har resultert i høyere inntekter fra egenandeler enn budsjettert.

Barne- og ungdomsklinikken har et overskudd per september på 2,4 millioner kr. Høye ISF-inntekter og innsparinger grunnet vakanser i barne- og ungdomspsykiatrien oppveier for innleie av behandlere, samt lavere inntekter og merforbruk på lønn i barne- og ungdomsmedisin.

Akutt og beredskapsklinikken har et resultat per september på – 15 millioner kroner. Det er avvik på både lønn, innleie, medikamenter og varer. Hovedårsaken til dette er svært høy aktivitet på intensiv i starten av året, og i sommer. Det har vært roligere fra midten av august. Akuttmottaket viser fortsatt økning i aktivitetsnivået; per september 7 % økning. Planlagte endringer på FOVA/Mottak på Notodden er under arbeid og krever ombygging- det er p.t. usikkert om dette tiltaket igangsettes.

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

Sykefraværet i klinikken har vært høyt i en periode, og er nå på 7,29 % (per juli fra HR-kuben). Det jobbes aktivt med å redusere fraværet, og det er på vei ned igjen. GAT-tallene per september er på 6,77 %. Klinikkenes mål er 5% i løpet av året.

Medisinsk serviceklinikk har et overskudd per september på 13,8 millioner kroner. Inntektene er høyere enn budsjett pga høy aktivitet innen medisinsk genetikk og medisinsk biokjemi som mer enn oppveier for negativt budsjettavvik innen radiologi. I tillegg har en takstendring for fertilitetsavdelingen gitt økte inntekter på 6,0 millioner kroner hittil. Innsparinger på lønnskostnader grunnet vakanser i flere av avdelingene mer enn dekker opp for innleie av radiologer.

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling leverer et negativt budsjettavvik på 0,9 millioner kroner per september. På grunn av rekrutteringsutfordringer har klinikken hatt lavere poliklinisk aktivitet de siste månedene, og spesielt i september. September alene ga en minus på 0,5 millioner, noe som gir et negativt budsjettavvik på pasientrettede inntekter tilsvarende 0,9 millioner hittil i år.

Driften på Psykiatrisk sykehusavdeling er fremdeles utfordrende, da spesielt på akuttpostene og UPS. Pasienttrykket har vært, og er fremdeles veldig høyt. Det er særdeles ressurskrevende enkeltpasienter innlagt. Avdelingen viser per september et negativt resultat på 7,0 millioner. Både DPS øvre og nedre Telemark leverer store positive budsjettavvik som følge av mange vakante stillinger, noe som veier opp for den krevende driften på den Psykiatriske sykehusavdelingen.

Service- og Systemledelse har ved utgangen av september et negativt resultat på 3,2 millioner kroner. Det er i hovedsak behandlingshjelpemidler og insulin som har høyere kostnader enn budsjettet med et samlet negativt budsjettavvik på 3,6 millioner kroner. Pasientreiser er nærmest i balanse. Den negative utviklingen i eiendomsdrift har flatet ut – alle a-konto faktura for vann -og avløpsgebyrene for 2019 er regnskapsført. Klinikken har et positivt avvik på lønnskostnader (+0,2 millioner kroner) men bruker mye på eksternt innleie – avvik lønn inkludert eksternt innleie er -0,7 millioner kroner. Størst forbruk på eksternt innleie er innen eiendomsdrift og pasientreiser.

Administrasjonen har et positivt budsjettavvik på 3,5 millioner kroner per september grunnet vakante stillinger (økonomidirektør, juridisk rådgiver, bedriftshelsetjenesten).

Felles: Positivt avvik har sammenheng med risikobufferen i budsjettet.

Virksomhetsrapport

September 2019

Innhold

1. Hovedmål

2. Pasient

3. Bemanning

4. Aktivitet

5. Kvalitetsindikatorer

6. Økonomi

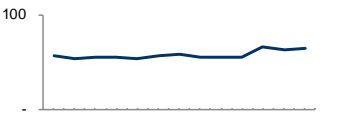
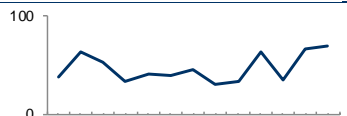
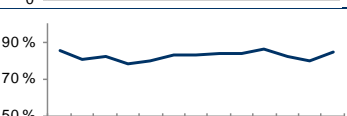

7. Klinikker

Oppsummering

september 2019

Sykehuset Telemark	Faktisk HIÅ	Budsjett HIÅ	Avvik HIÅ	HIÅ 2018	Årsestimat	Årsbudsjett	Avvik
Kvalitet per måned							
Ventetid påstartet, denne periode	63			56			
Ventetid ventende, denne periode	61			64			
Antall fristbrudd påstartet, denne periode	69			56		0	
Antall fristbrudd venter, denne periode	59			24		0	
Aktivitet							
ISF-poeng somatikk							
"Sørge for" (døgn, dag og polkl.)	31 930	32 499	-569	31 600	43 296	43 746	-450
Legemidler	2 063	2 430	-367	2 711	2 450	3 000	-550
Totalt antall ISF poeng "sørge for"	33 993	34 929	-936	34 311	45 746	46 746	-1 000
Utført eget HF/Sykehus	31 830	32 423	-593	31 496	43 196	43 646	-450
ISF-poeng Psyk							
Voksenpsykiatri og TSB	6 494	6 632	-138	6 678	8 900	9 077	-177
Barne- og ungdomspsykiatri	7 190	6 798	391	6 538	9 700	9 150	550
Polikliniske konsultasjoner							
Somatikk	124 211	124 456	-245	122 670	169 400	169 400	-
VOP	37 121	38 457	-1 336	37 817	50 775	52 650	-1 875
BUP	21 367	20 877	490	19 917	28 800	28 100	700
TSB	8 256	9 239	-983	9 045	11 250	12 650	-1 400
Bemanning							
Brutto månedsværk	2 994	2 929	-65	2 978	2 990	2 920	-70
Innleie helsepersonell	21 956	9 400	-12 556	14 303	27 688	11 688	-16 000
Lønn til fast ansatte	1 335 899	1 322 156	-13 742	1 288 044	1 793 611	1 778 611	-15 000
Overtid og ekstrahjelp	76 867	56 746	-20 120	70 518	99 692	76 692	-23 000
Sykefravær (forrige måned)	6,83			7,13			
Økonomi (hele tusen)							
Driftsinntekter	2 955 083	2 946 194	8 889	2 761 399	3 980 252	3 962 159	18 093
Driftskostnader	2 951 490	2 933 945	-17 545	2 776 990	3 966 458	3 945 364	-21 093
Netto finansresultat	12 706	10 250	2 456	8 580	16 205	13 205	3 000
Pensjon	-	-	-	-	-	-	-
Årsresultat	16 300	22 500	-6 200	-7 011	30 000	30 000	-0

Regionale hovedmål

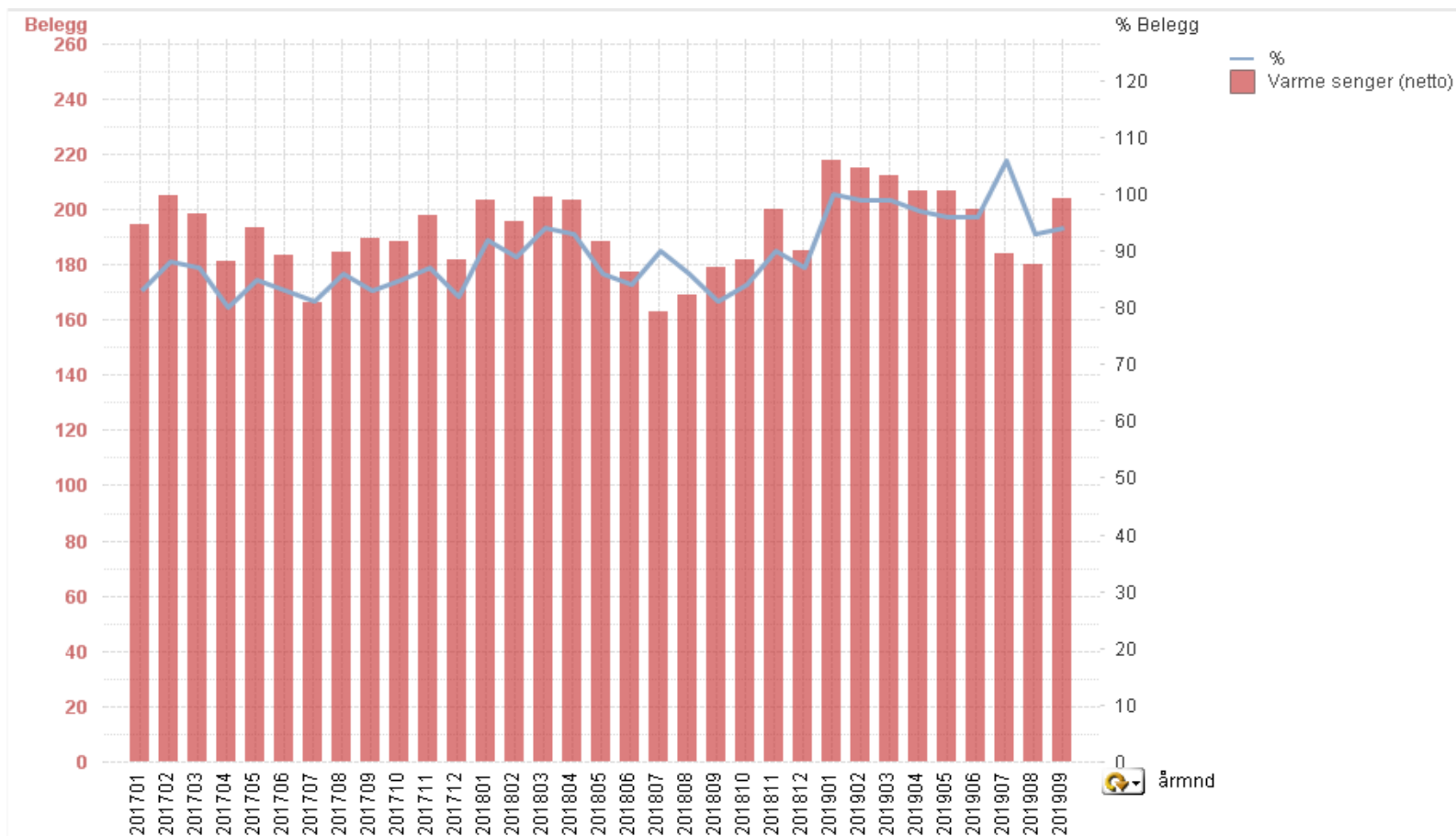
Hovedmål	Mål 2019	Utvikling siste	Status	Resultat	Resultat
		12 mnd	2017	2018	sep.19
Gjennomsnitt ventetid somatisk redusert til 60 dager. Ordinært avviklede pasienter.	50		57	55	64
Pasienten opplever ikke fristbrudd (påstartet)	Antall brudd		30	34	69
	Andel av med frist		1,0 %	1,3 %	2,2 %
Pasienten får bekreftelse og tidspunkt for behandling i samme brev	100%		84 %	78 %	85 %
Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer	Årsresultat		-12,9 mill	8,9 mill	16,3 mill
	Budsjettavvik		12,1 mill	-21,1 mill	-6,2 mill
Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3%	3%	Siste måling mai 2019	2,8 %	3,8 %	3,5 %
Alle medarbeider involveres i oppfølging av medarbeider-undersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet	100%	Siste måling vår 2019	87 %	86 %	86 %
Korridorpasienter	0 %		0,6 %	0,7 %	1,5 %

Prioriteringsregelen - status hittil i år	Antall dager		% endring hittil i år 2018-2019					
	Ventetider påstartet		Ventetider påstartet		Polikliniske konsultasjoner		Bemanning	
	hittil '19	hittil '18	Somatikk	Psykiatri/TSB	Somatikk	Psykiatri/TSB	Somatikk	Psykiatri/TSB
September 2019								
STHF	57	55					0,5 %	
SOMATIKK	58	56	4 %		1 %		0,4 %	
BUP	34	46		-26 %		7 %		7 %
VOP	38	46		-18 %		-2 %		0 %
TSB	29	31		-9 %		-9 %		3 %
Endring pr klinikk	0	0						
(01) Kirurgisk klinikk	68	63	8 %		1 %		-1 %	
(02) Medisinsk klinikk	46	46	1 %		1 %		1 %	
(03) Barne- og ungdomsklinikken, somatikk	41	49	-17 %		5 %		0 %	
(303) Avdeling for barn og unges psykiske helse	34	46		-26 %		7 %		3 %
(06) Akutt og beredskap	78	64	23 %		-6 %		1 %	
(07) Medisinsk Serviceklinikk	45	79	-43 %		3 %		1 %	
(09) Klinikk for psykisk helsevern, VOP	38	46		-18 %		-2 %		0 %
(09) Klinikk for psykisk helsevern, TSB	29	31		-9 %		-9 %		3 %
(13) Service og systemledelse							-1 %	
(15) Administrasjon							1 %	

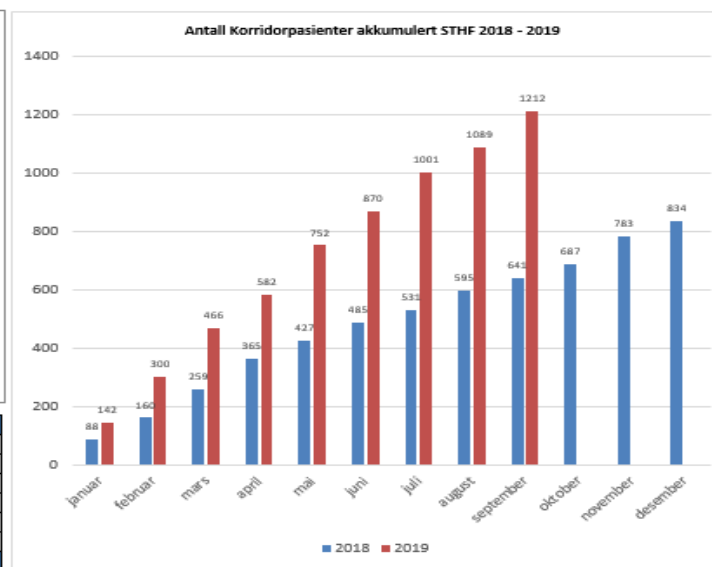
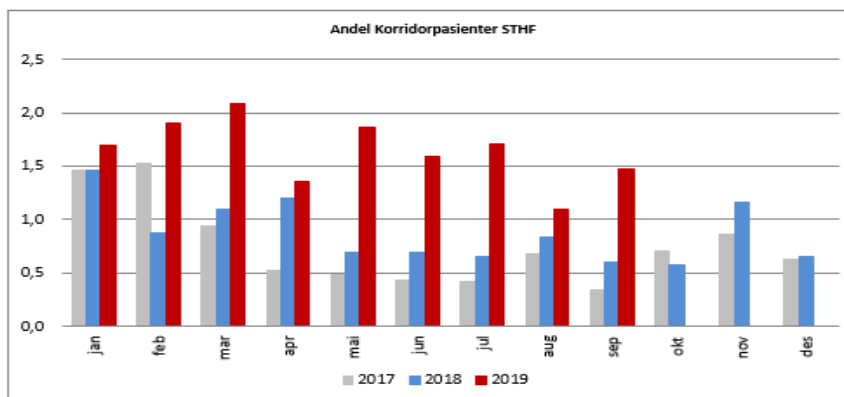
Fotnote: Påstartet = Avviklet

Fotnote: Kostnadene er eks. avskrivninger, legemidler og pensjon

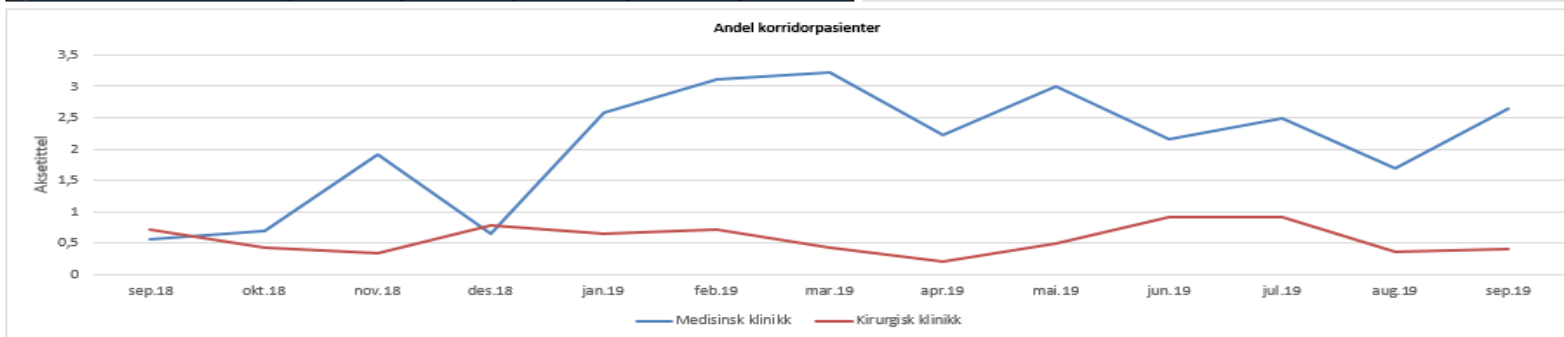
Antall postopphold, ved f.eks permisjoner blir både oppholde før, selve permisjon og etter telt som selvstendige postopphold. Tallene blir tilsvarende "blåst opp" ved tekniske postopphold



er.
att.



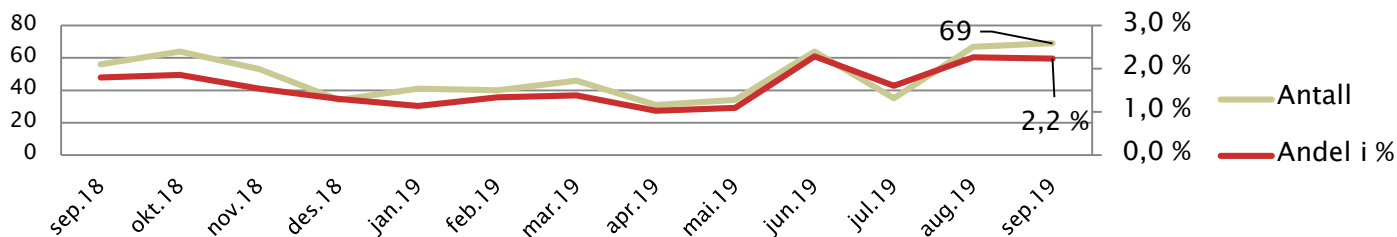
Antall korridorpasienter - somatik	August	September	HIÅ 2019	HIÅ 2018	HIÅ 2017
Kirurgisk klinikk	11	14	163	118	110
Medisinsk klinikk	77	109	1048	305	325
Barne og ungdomsklinikk	0	0	0	4	3
Åkutt og beredskaps klinikk	0	0	1	0	0
Medisinsk teknisk klinikk	0	0	0	0	3
Psykiatrisk klinikk	0	0	0	0	0
Sykehuset Telemark	88	123	1212	427	441



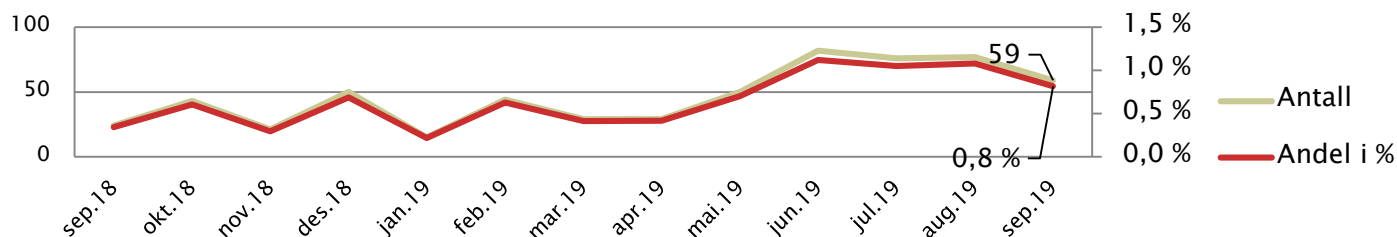
Pasient

Utvikling over tid for aktivitet i hele STHF alle omsorgsnivåer

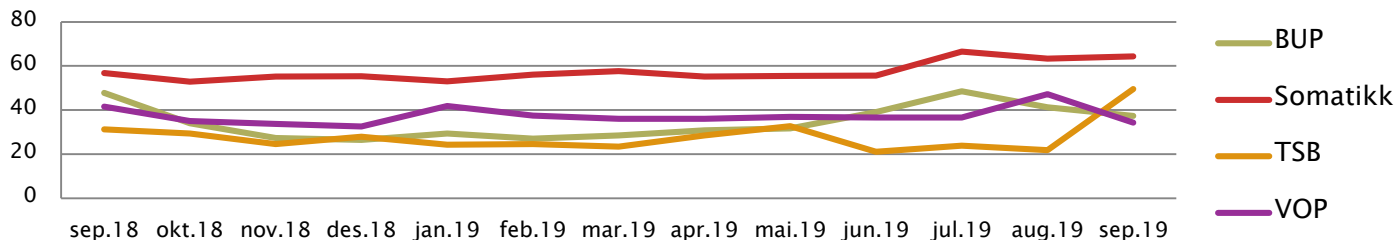
1. Antall/andel fristbrudd påstartet STHF.



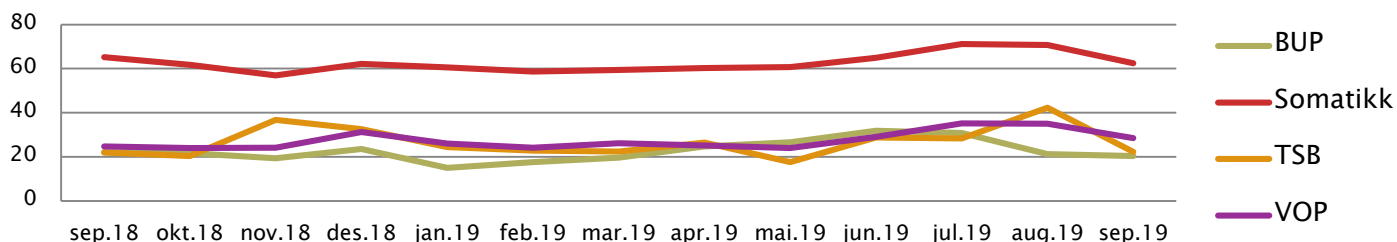
2. Antall/andel fristbrudd ventende STHF.



3. Gjennomsnittlig ventetid påstartet STHF



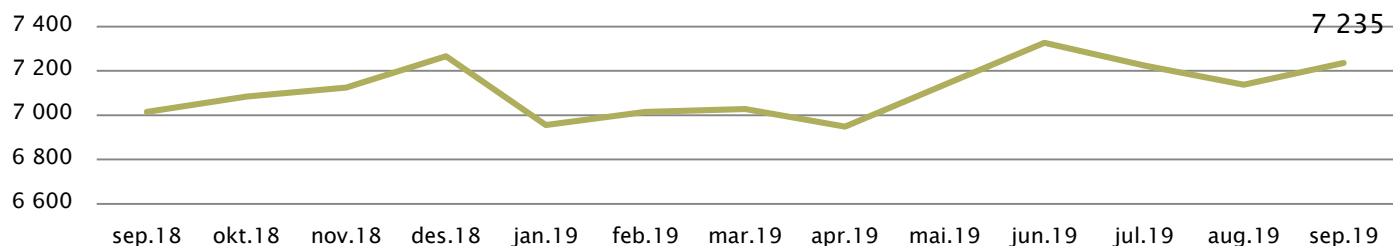
4. Gjennomsnittlig ventetid ventende STHF.



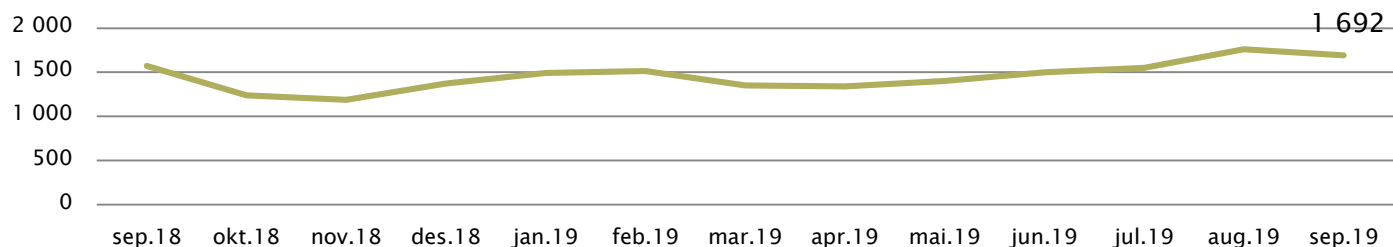
Paul Husmo, husp@sthf.no tlf:35 08 03 02

Utvikling over tid for aktivitet i hele STHF alle omsorgsnivåer

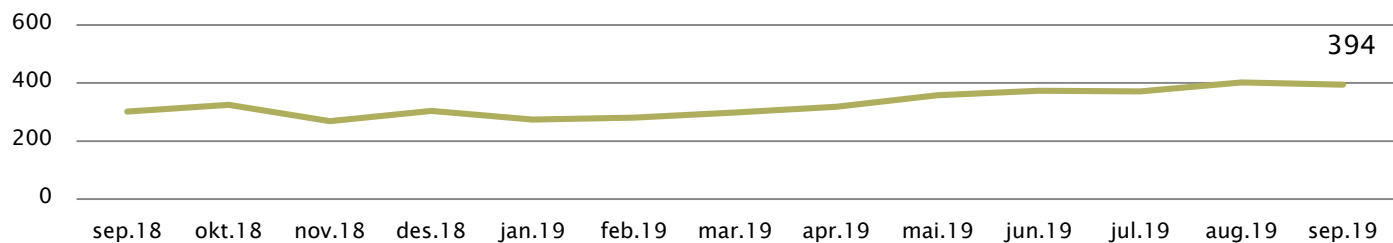
5. Antall som venter på STHF.



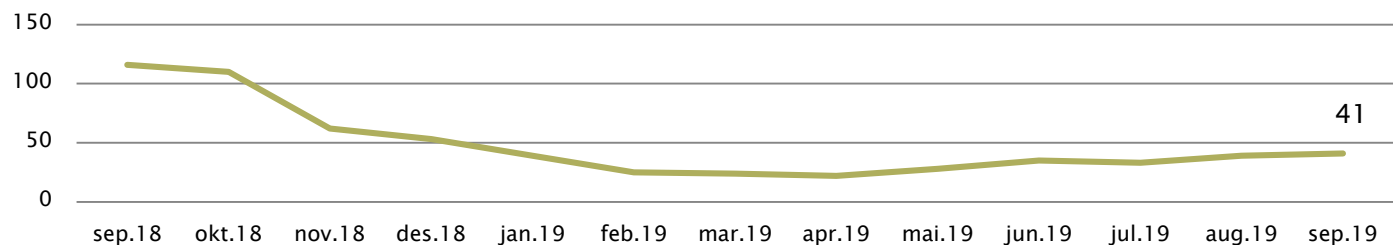
6. Antall ventende som har ventet mer enn 3 måneder STHF.



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



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



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

Utvikling «Passert planlagt tid»

Valgte seleksjoner

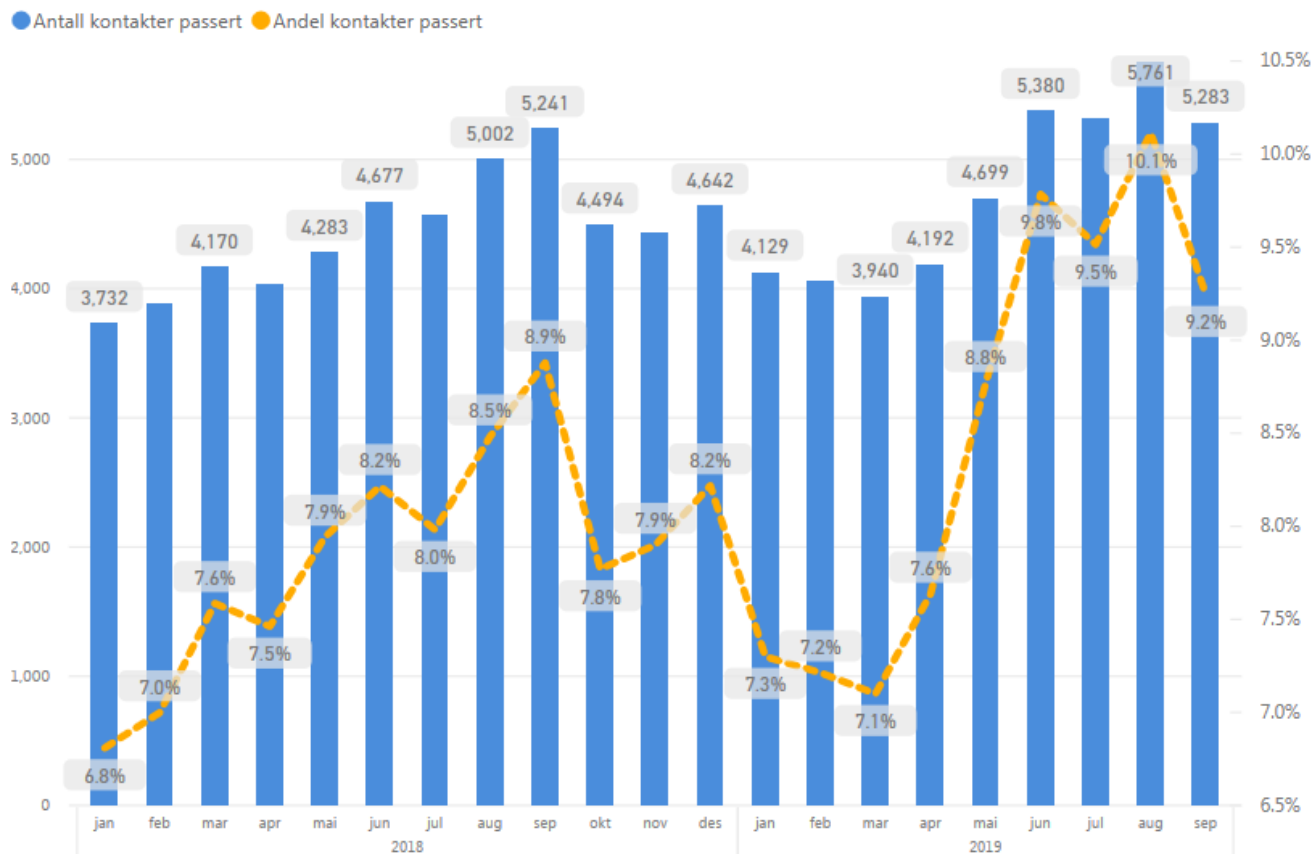
Sykehuset Telemark

Alle avdelinger valgt

Alle fagområder valgt

Alle kontaktyper valgt

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



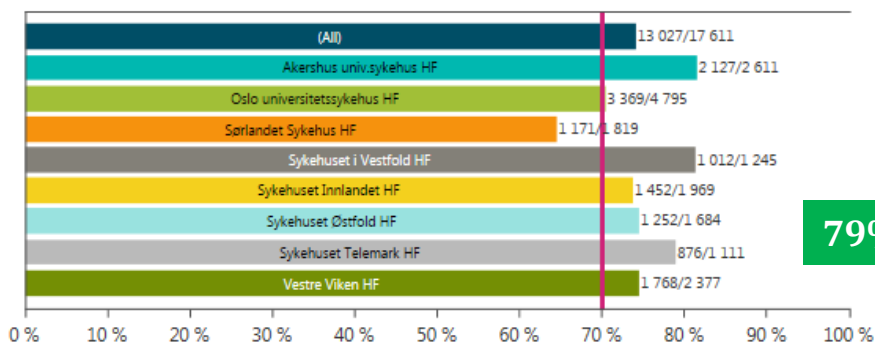
Sammenligning pr september

Helseforetaksnavn	Antall planlagte kontakter	Kontakter ikke passert planlagt tid	Kontakter med passert planlagt tid	Andel passert planlagt tid
Akershus Universitetssykehus	149,318	130,488	18,830	12.6 %
Oslo Universitetssykehus	253,146	237,341	15,805	6.2 %
Sykehuset Innlandet	106,372	98,222	8,150	7.7 %
Sykehuset i Vestfold	92,136	84,316	7,820	8.5 %
Sørlandet Sykehus	116,422	102,067	14,355	12.3 %
Sykehuset Telemark	57,145	51,862	5,283	9.2 %
Sykehuset Østfold	111,282	95,150	16,132	14.5 %
Vestre Viken	157,036	143,621	13,415	8.5 %
Sunnaas Sykehus	4,702	4,236	466	9.9 %
Diakonhjemmet Sykehus	37,128	30,710	6,418	17.3 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	38,141	35,560	2,581	6.8 %
Betanien Hospital	9,529	8,274	1,255	13.2 %
Martina Hansen Hospital	14,794	14,185	609	4.1 %
Revmatismesykehuset Lillehammer	5,198	4,084	1,114	21.4 %
Totalt	1,152,349	1,040,116	112,233	9.7 %

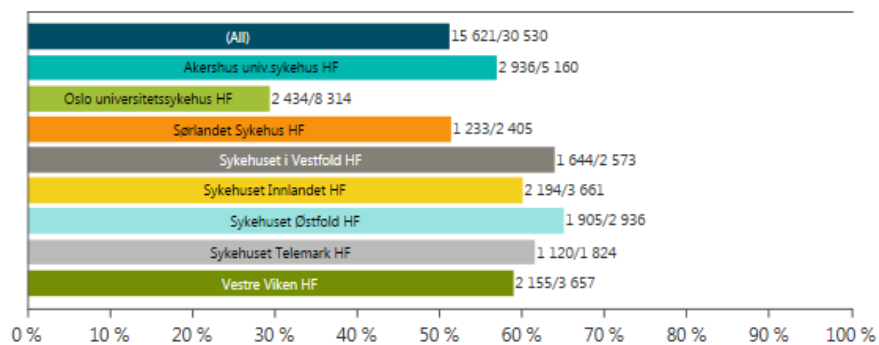
Pakkeforløp Kreft

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

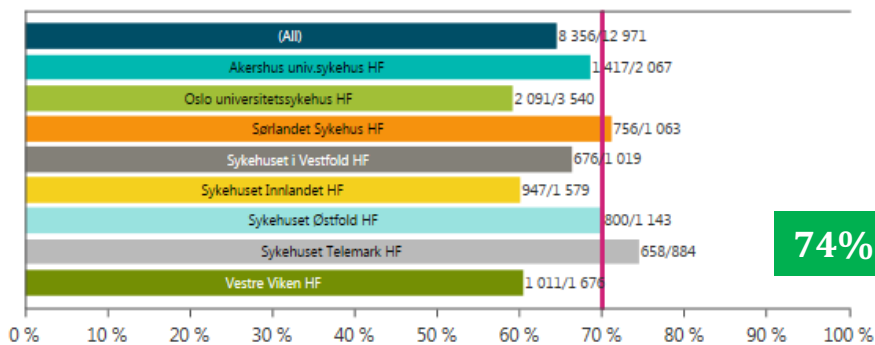
Andel nye pasienter i pakkeforløp (OA1)



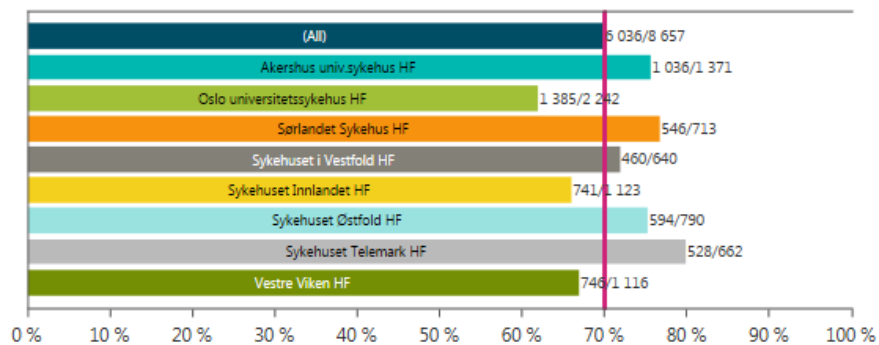
Andel pasienter med diagnose avkreftet (OA2)



Andel behandlet innen standard forløpstid - alle behandlingsformer



Andel behandlet innen standard forløpstid - kirurgisk behandling (OF4K)



Kilde: NPR

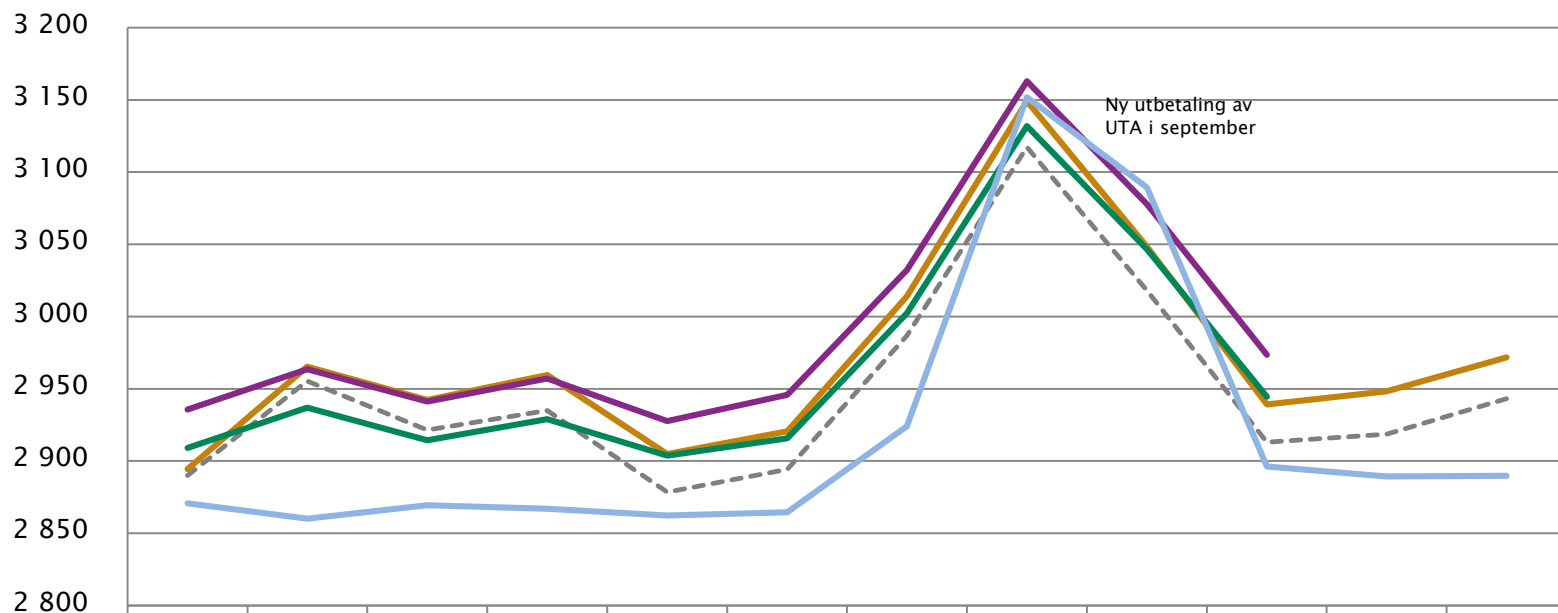
Periode: okt-18 til sept-19

Oppdaterte tall finnes på :

<https://statistikk.helsedirektoratet.no>

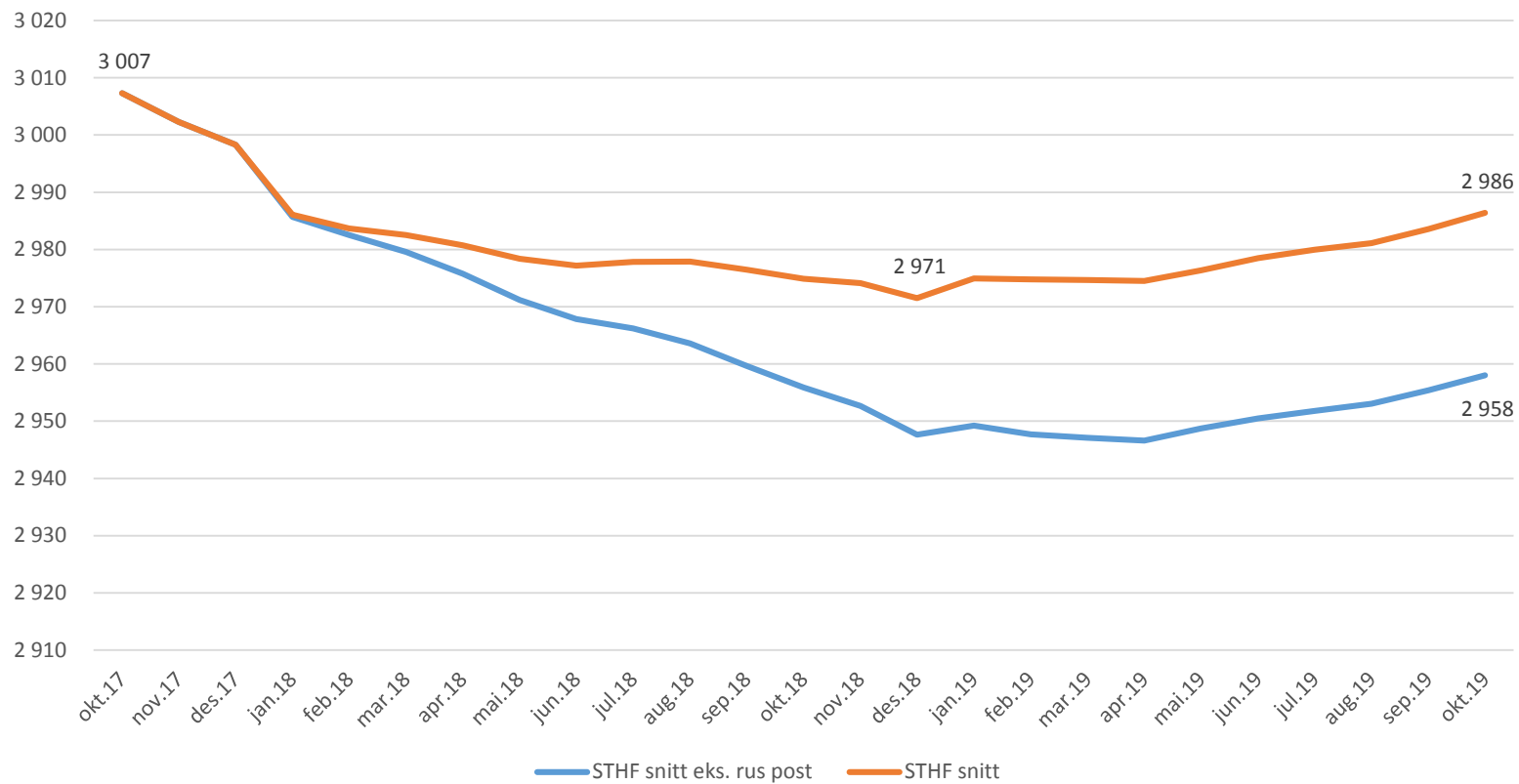
Bemanning

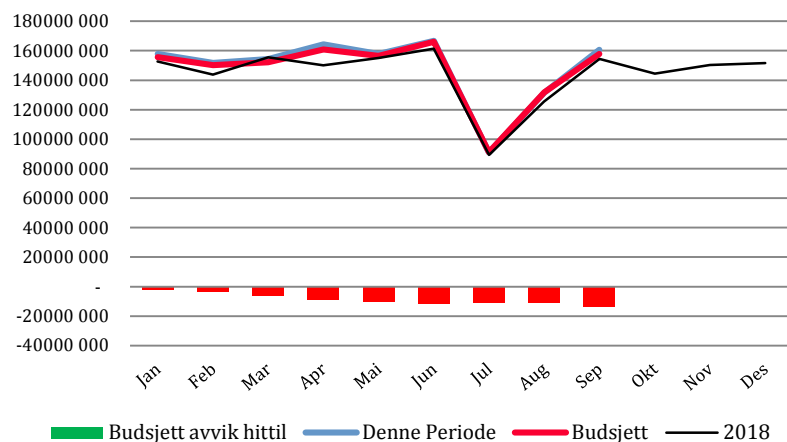
Antall årsverk



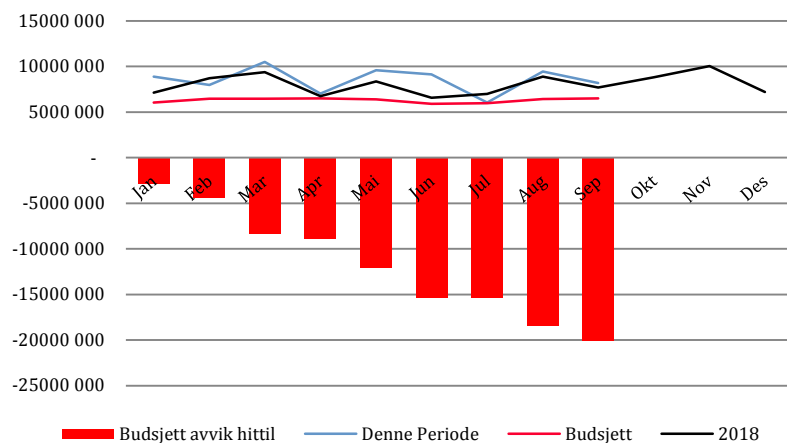
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
— Faktisk 2018	2 895	2 965	2 942	2 960	2 905	2 921	3 014	3 149	3 048	2 939	2 948	2 972
— Faktisk 2019	2 936	2 963	2 941	2 957	2 928	2 946	3 032	3 163	3 078	2 973		
- - - Faktisk 2018 eks avrusning	2 890	2 955	2 921	2 935	2 878	2 894	2 987	3 117	3 018	2 913	2 919	2 943
— Faktisk 2019 eks avrusning	2 909	2 937	2 914	2 929	2 904	2 916	3 002	3 132	3 047	2 945		
— STHF budsjett 2019	2 871	2 860	2 869	2 867	2 862	2 865	2 924	3 152	3 089	2 896	2 889	2 890

Brutto månedsverk 12 mnd snitt

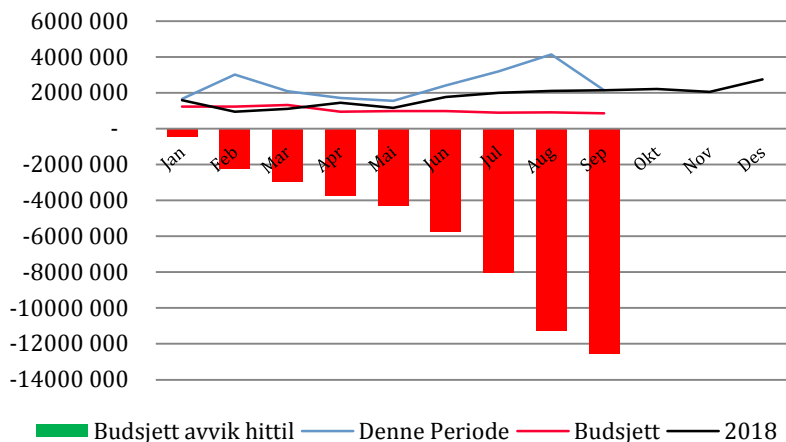


Fastlønn 2019


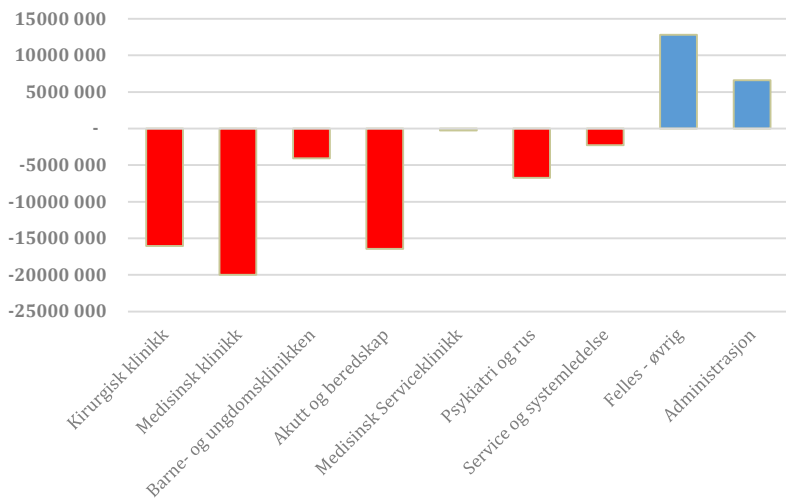
201909	Fastlønn hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
STHF totalt	1 335 898 649	1 322 156 212	-13 742 437	-1 %
Kirurgisk klinikk	222 249 389	211 308 571	-10 940 818	-5 %
Medisinsk klinikk	253 665 201	241 470 691	-12 194 510	-5 %
Barne- og ungdomsklinikken	97 017 874	98 257 153	1 239 278	1 %
Akutt og beredskap	186 021 956	177 647 496	-8 374 460	-5 %
Medisinsk Serviceklinikk	123 197 382	130 647 655	7 450 273	6 %
Psykatri og rus	242 146 585	245 703 068	3 556 484	1 %
Service og systemledelse	103 656 495	103 087 260	-569 235	-1 %
Felles - øvrig	52 939 431	51 889 080	-1 050 351	-2 %
Administrasjon	55 004 336	62 145 238	7 140 902	11 %

Variabel lønn 2019


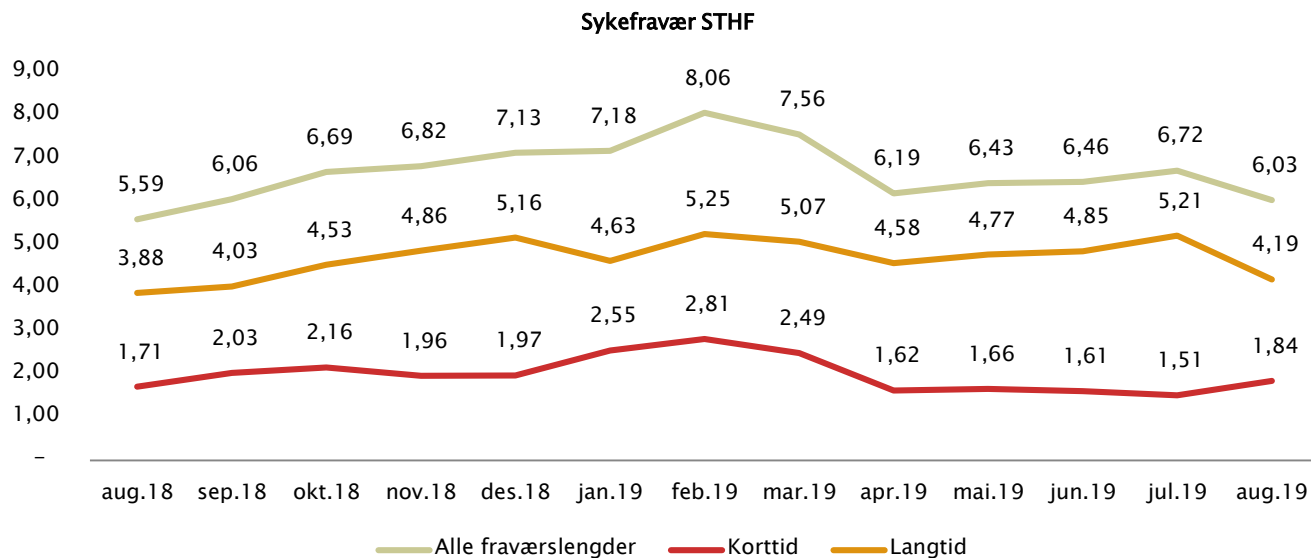
201909	Variabellønn hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	76 866 550	56 746 149	-20 120 400	-35 %
Kirurgisk klinikk	16 293 456	13 198 247	-3 095 210	-23 %
Medisinsk klinikk	18 475 578	10 891 263	-7 584 315	-70 %
Barne- og ungdomsklinikken	4 360 435	564 570	-3 795 865	-672 %
Akutt og beredskap	10 540 429	5 903 142	-4 637 287	-79 %
Medisinsk Serviceklinikk	8 212 648	3 406 160	-4 806 489	-141 %
Psykatri og rus	10 051 910	2 229 130	-7 822 780	-351 %
Service og systemledelse	3 921 318	2 207 438	-1 713 880	-78 %
Felles - øvrig	1 033 831	14 921 306	13 887 475	93 %
Administrasjon	3 976 944	3 424 894	-552 050	-16 %

Innleid arbeidskraft 2019


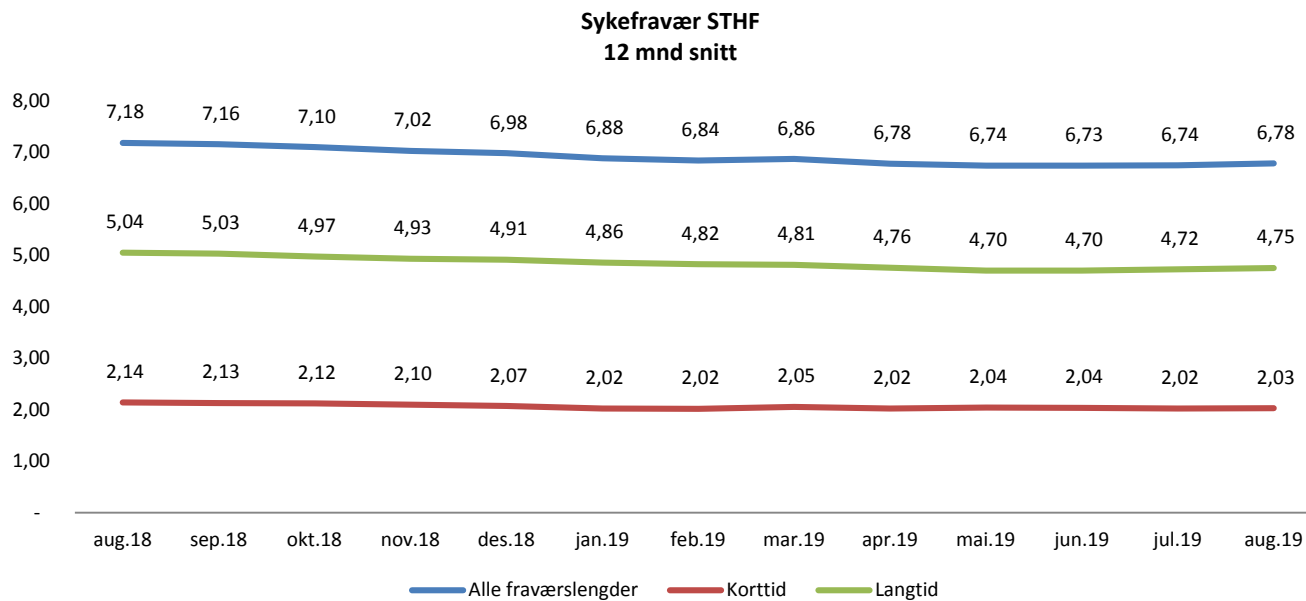
201909	Innleid arbeidskraft hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	21 955 950	9 399 893	-12 556 058	-134 %
Kirurgisk klinikk	3 611 690	1 603 892	-2 007 798	-125 %
Medisinsk klinikk	203 340	-	-203 340	0 %
Barne- og ungdomsklinikken	3 007 375	1 485 000	-1 522 375	-103 %
Akutt og beredskap	3 438 839	-	-3 438 839	0 %
Medisinsk Serviceklinikk	5 118 167	2 211 000	-2 907 167	-131 %
Psykiatri og rus	6 576 539	4 100 000	-2 476 539	-60 %
Service og systemledelse	-	-	-	0 %
Felles - øvrig	-	-	-	0 %
Administrasjon	-	-	-	-

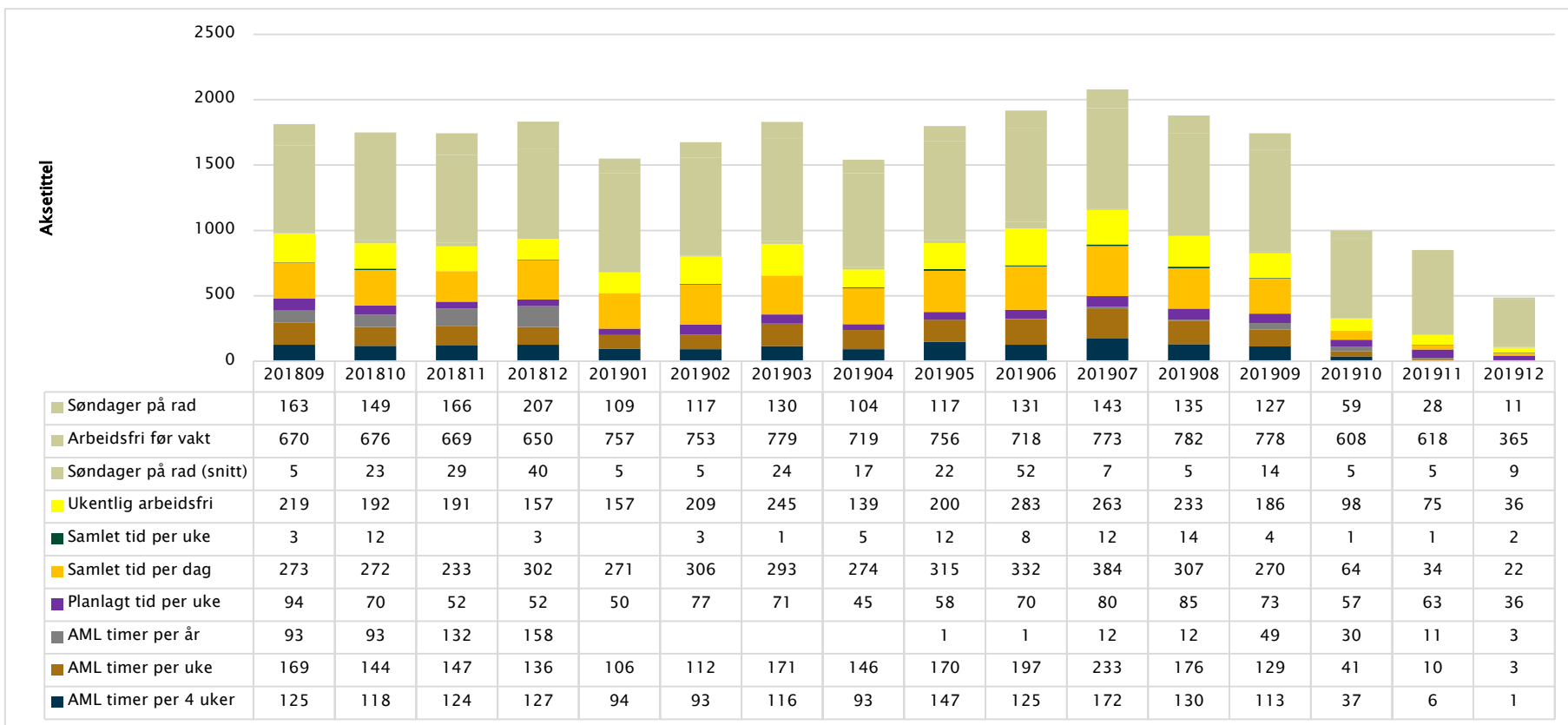


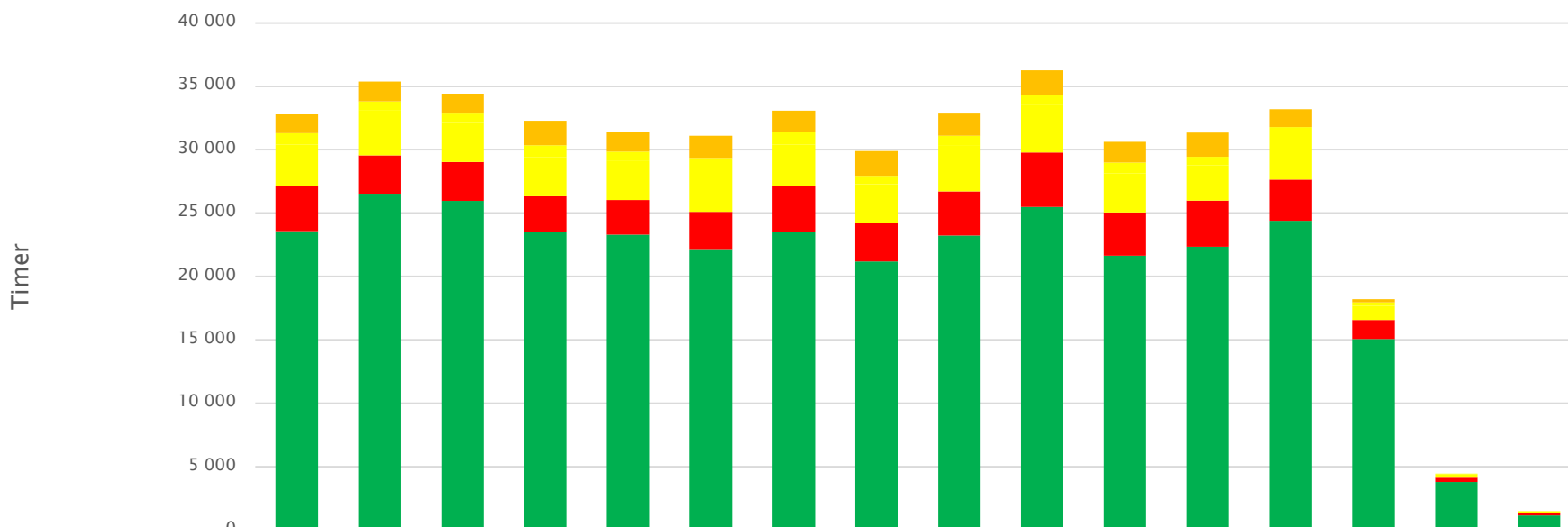
201909	Sum fastlønn, variabel lønn og innleid arbeidskraft hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	1 434 721 149	1 388 302 254	-46 418 895	-3 %
Kirurgisk klinikk	242 154 535	226 110 710	-16 043 825	-7 %
Medisinsk klinikk	272 344 119	252 361 954	-19 982 165	-8 %
Barne- og ungdomsklinikken	104 385 684	100 306 722	-4 078 962	-4 %
Akutt og beredskap	200 001 224	183 550 638	-16 450 586	-9 %
Medisinsk Serviceklinikk	136 528 197	136 264 814	-263 383	0 %
Psykiatri og rus	258 775 034	252 032 199	-6 742 836	-3 %
Service og systemledelse	107 577 813	105 294 698	-2 283 115	-2 %
Felles - øvrig	53 973 262	66 810 386	12 837 124	19 %
Administrasjon	58 981 280	65 570 133	6 588 852	10 %



Person	jan.18	feb.18	mar.18	apr.18	mai.18	jun.18	jul.18	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19
Person 1	8,27	8,56	7,24	7,20	6,85	6,54	6,58	5,59	6,06	6,69	6,82	7,13	7,18	8,06	7,56	6,19	6,43	6,46	6,72	6,03
Person 2	9,49	7,69	7,02	7,66	6,76	5,67	6,15	6,36	6,00	7,03	7,04	8,14	8,24	7,58	7,93	6,28	6,65	6,68	6,12	4,19
Person 3	6,91	7,53	6,35	6,47	6,00	5,15	5,07	3,69	4,61	6,04	6,54	6,80	7,50	6,87	6,26	6,03	7,32	5,22	5,38	4,19
Person 4	8,71	10,73	6,79	6,52	6,47	6,22	6,76	6,62	4,91	5,34	5,75	5,12	4,73	7,73	7,05	4,30	6,62	7,07	8,40	4,19
Person 5	7,18	8,40	7,38	7,63	7,93	7,36	7,41	4,92	6,06	7,03	6,14	7,19	6,62	7,28	7,03	5,05	4,69	5,23	7,36	4,19
Person 6	7,72	7,76	5,81	6,07	5,16	5,56	5,32	3,70	5,13	5,93	7,23	6,77	6,57	8,05	8,30	7,05	6,67	6,68	5,66	4,19
Person 7	9,32	9,48	8,12	8,05	7,78	7,76	7,47	7,08	6,91	6,95	7,33	8,08	8,53	9,97	9,00	7,51	7,21	7,47	7,93	4,19
Person 8	10,49	11,09	10,22	8,32	8,63	8,98	8,17	7,52	9,33	8,94	8,92	8,47	7,62	11,15	9,40	7,48	6,83	8,16	7,25	4,19
Person 9	4,70	5,15	4,28	4,77	3,67	4,38	5,69	4,48	4,95	4,37	3,20	1,75	2,85	2,71	2,22	2,87	2,83	4,80	5,39	4,19

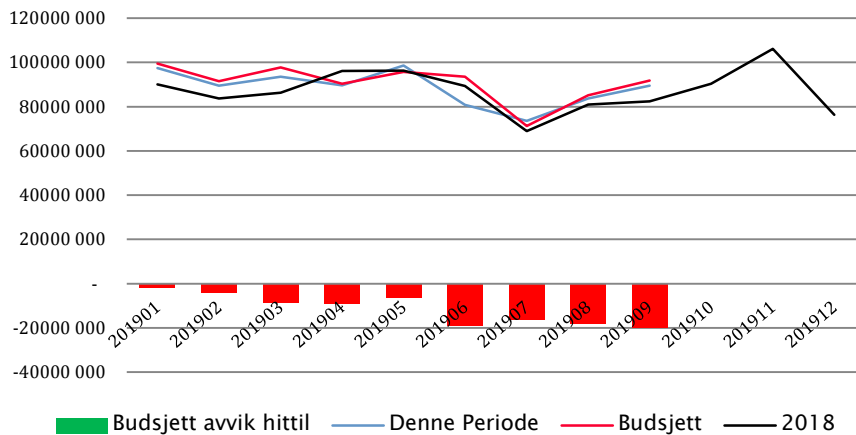






	201809	201810	201811	201812	201901	201902	201903	201904	201905	201906	201907	201908	201909	201910	201911	201912
■ Utrykning på vakt	1 552	1 579	1 501	1 937	1 558	1 750	1 690	1 965	1 821	1 924	1 654	1 910	1 410	243		
■ Overtid i forkant av vakt	885	718	729	946	738	613	965	657	785	789	839	672	787	288	50	24
■ Overtid i etterkant av vakt	3 297	3 526	3 174	3 083	3 069	3 640	3 281	3 102	3 597	3 774	3 084	2 772	3 368	1 101	248	111
■ Overtid	3 544	3 022	3 054	2 839	2 741	2 926	3 643	2 990	3 469	4 292	3 416	3 639	3 237	1 503	359	201
■ Ekstravakt	23 584	26 534	25 968	23 486	23 299	22 165	23 501	21 192	23 242	25 484	21 638	22 356	24 403	15 079	3 788	1 159

Aktivitet

ISF 2019


Graf og tabell viser summen av følgende linjer.

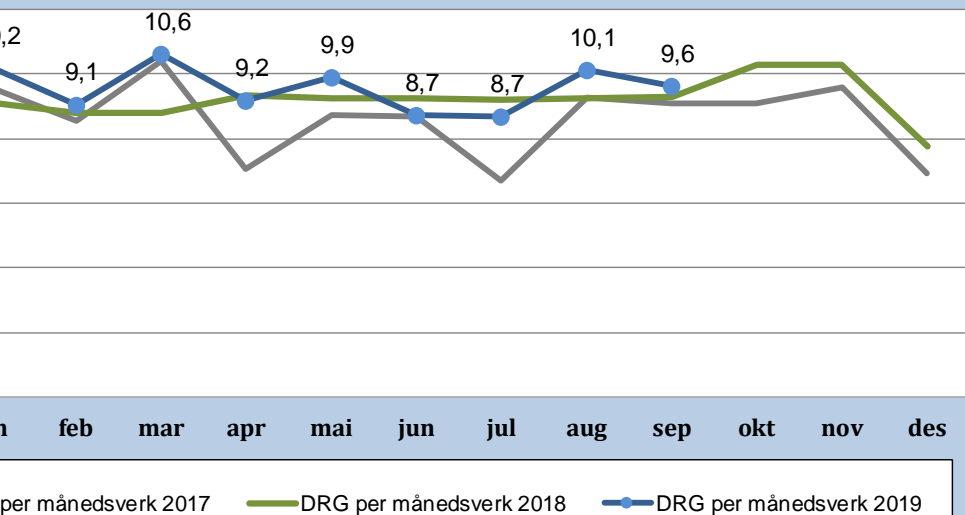
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	-9 051
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	-3 722
ISF-refusjon kommunal medfinansiering	-
ISF refusjon poliklinisk PHV/TSB	753
IFS - refusjon pasientadministrative kreftlegemidle	-8 198
	-20 218

	201909			201909		
	Denne Periode			Hittil		
	Faktisk	Budsjett	Avik Budsjett	Faktisk	Budsjett	Avik Budsjett
Alle Ansvarssteder	89 516 264	91 808 114	-2 291 850	796 472 487	816 690 940	-20 218 454
Kirurgisk klinikk	38 444 861	38 841 835	-396 974	320 964 092	333 893 587	-12 929 495
Medisinsk klinikk	36 064 898	36 571 145	-506 247	331 263 574	330 843 184	420 389
Barn- og ungdomsklinikken	7 810 264	8 112 360	-302 096	69 420 916	68 695 936	724 980
Akutt og beredskap	214 339	162 987	51 352	1 694 619	1 299 431	395 188
Medisinsk Serviceklinikk	1 236 916	1 132 678	104 238	8 060 047	7 981 757	78 290
Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling	1 976 928	2 151 081	-174 153	17 764 596	18 017 769	-253 172
Felles - øvrig	3 750 196	4 836 028	-1 085 833	47 132 725	55 959 276	-8 826 552

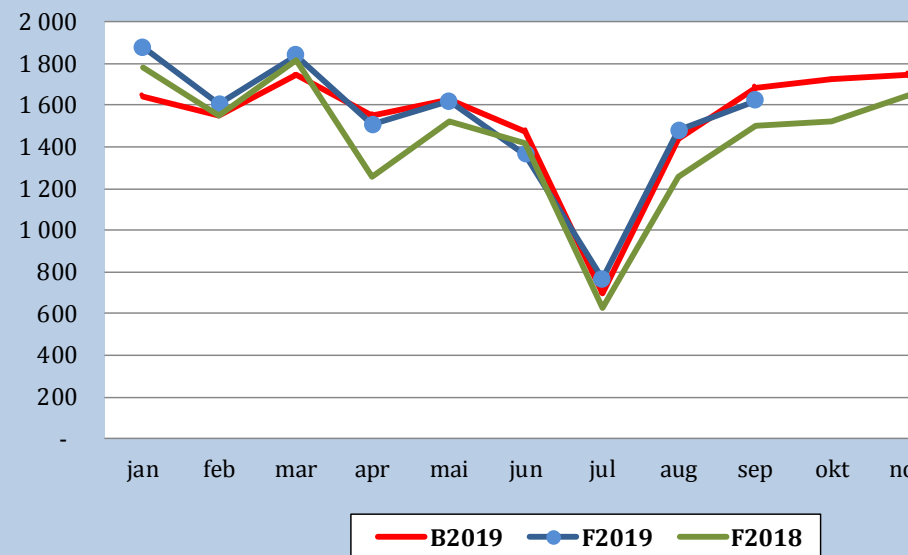
DRG-poeng PHV og TSB utført ved STHF

	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2018	Budsjett 2019
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%		
PHV og TSB + Raskere tilbake	533	603	(70)	-12 %	4 915	5 050	(136)	-3 %	6 858	6 924
PHV og TSB + Raskere tilbake + Raskere tilbake	168	160	8	5 %	1 383	1 338	45	3 %	1 870	1 835
PHV og TSB + Raskere tilbake + Raskere tilbake + Raskere tilbake	19	20	(1)	-5 %	169	170	(1)	-1 %	249	234
PHV og TSB (underlagt Medisinsk klinikk)	6	7	(1)	-18 %	28	63	(35)	-56 %	76	84
PHV og TSB + Raskere tilbake	725	790	(65)	-8 %	6 495	6 622	(127)	-2 %	9 053	9 077
PHV og unges psykiske helse - ABUP	896	897	(1)	0 %	7 190	6 788	401	5,9 %	8 984	9 150
PHV og unges psykiske helse - ABUP	896	897	(1)	0 %	7 190	6 788	401	6 %	8 984	9 150
PHV og unges psykiske helse - ABUP + Raskere tilbake	1 621	1 687	(66)	-4 %	13 684	13 410	274	2 %	18 038	18 227

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



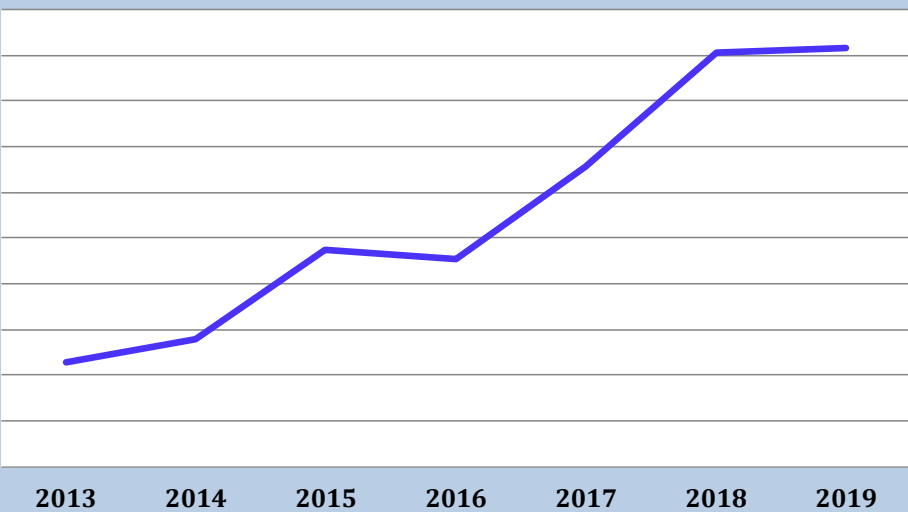
DRG-poeng PHV og TSB ved STHF



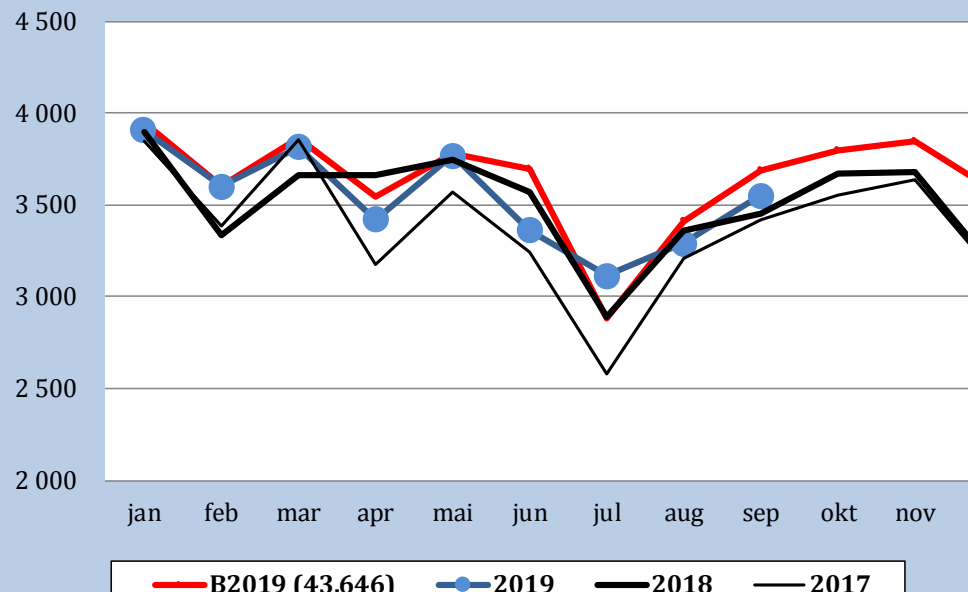
DRG-poeng, utført ved STHF

	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2018	Budsjett 2019	ISF (1)
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%			
Medisinsk klinikk	1 700	1740	-40	-2 %	14 343	14 955	-611	-4 %	14 390	16 963	
	832	836	-4	-1 %	7 081	7 199	-118	-2 %	6 948	8 585	
	674	670	4	1 %	5 559	5 863	-303	-5 %	5 635	5 762	
for Kirurgi, Notodden	194	233	-40	-17 %	1 703	1 894	-190	-10 %	1 807	2 615	
Medisinsk klinikk	1 546	1637	-91	-6 %	14 838	14 810	27	0 %	14 630	19 924	
Medisin B (lunge, Kragerø, ger., mage/tarm)	427	465	-39	-8 %	4 189	4 175	14	0 %	4 195	5 625	
Blod, kreftsykdommer og palliasjon	228	249	-21	-8 %	2 240	2 294	-53	-2 %	2 298	3 075	
Medisin A (hjerte,nyre,hormon)	331	365	-34	-9 %	3 367	3 351	16	0 %	3 238	4 506	
for nevrologi og rehabilitering	262	260	2	1 %	2 255	2 287	-33	-1 %	2 259	3 099	
Medisin Øvre Telemark	299	298	1	0 %	2 787	2 704	83	3 %	2 640	3 619	
	225	253	-28	-11 %	2 179	2 242	-63	-3 %	2 089	3 010	
Beredskap	10	8	1	15 %	76	59	17	30 %	72	80	
	55	51	4		361	357	3	1 %	326	500	
Poliklinikk	1	-	1		8	-	8		0	0	
	6	-	6		26	-	26		-11	0	
DRG utført ved STHF	3 543	3 689	-146	-4 %	31 830	32 423	-593	-2 %	31 496	40 477	

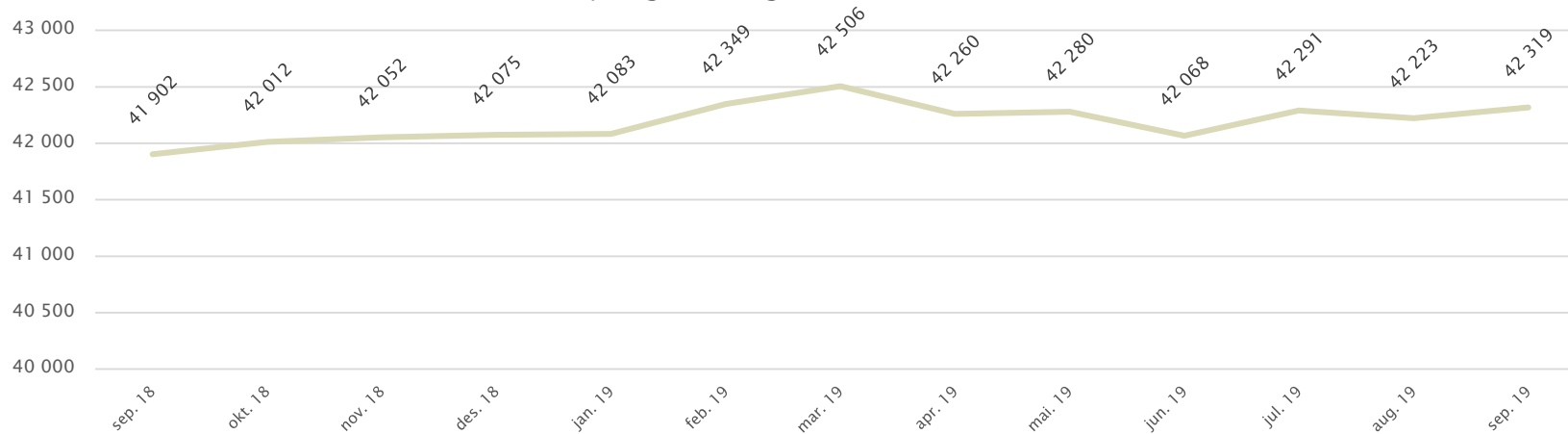
DRG-poeng per brutto månedsverk somatikk



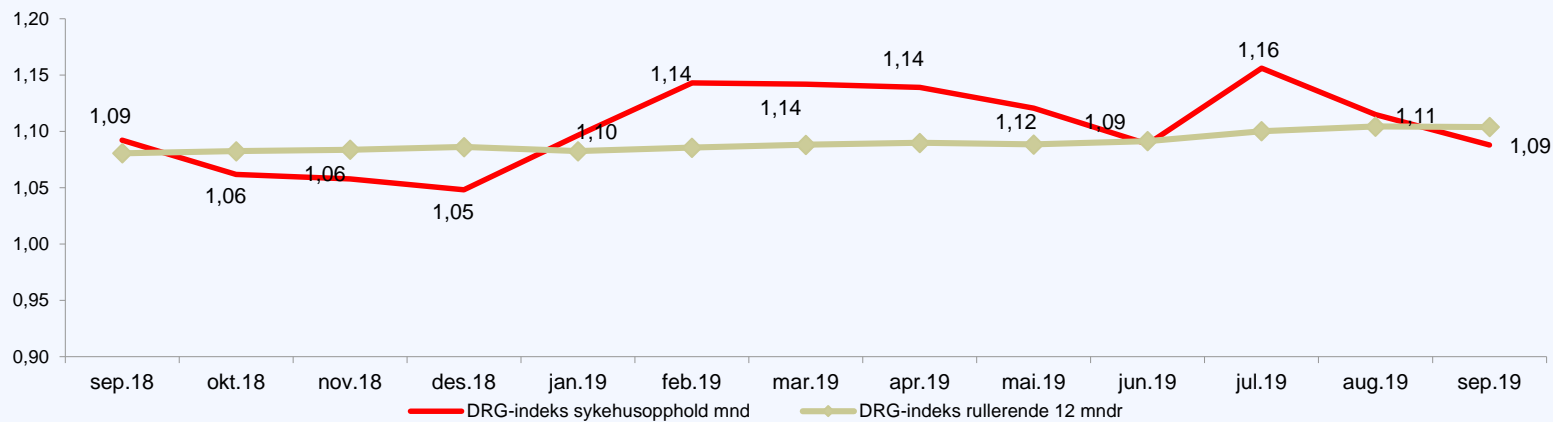
STHF - DRG-poeng utført ved STHF



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

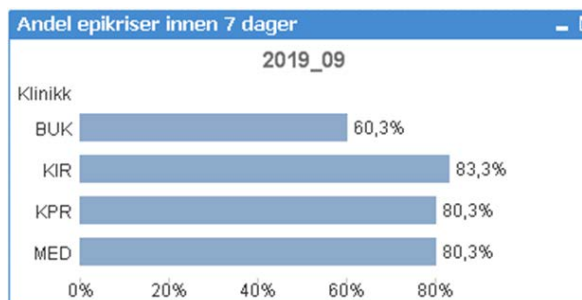


DRG-indeks sykehusopphold døgn per måned og rullerende 12 måneder



Kvalitetsindikatorer

Andel epikriser sendt innen 7 dager	Måned											
	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19
Klinikker												
BUK	70 %	71 %	75 %	69 %	69 %	79 %	67 %	56 %	62 %	73 %	65 %	60 %
Kir. K	84 %	82 %	86 %	82 %	83 %	84 %	83 %	82 %	86 %	89 %	85 %	83 %
KPR	77 %	81 %	84 %	84 %	81 %	79 %	81 %	82 %	84 %	86 %	76 %	80 %
Med. K	84 %	82 %	81 %	84 %	82 %	83 %	81 %	82 %	86 %	86 %	85 %	80 %
STHF	82 %	81 %	83 %	82 %	81 %	83 %	80 %	79 %	84 %	86 %	81 %	80 %
Andel epikriser sendt innen 1 dag												
Klinikker												
BUK				45 %	41 %	41 %	37 %	32 %	40 %	44 %	31 %	31 %
Kir. K				62 %	62 %	62 %	65 %	62 %	64 %	71 %	64 %	64 %
KPR				42 %	41 %	41 %	44 %	42 %	45 %	55 %	41 %	44 %
Med. K				56 %	56 %	56 %	56 %	56 %	63 %	61 %	58 %	51 %
STHF				55 %	54 %	54 %	55 %	54 %	58 %	62 %	55 %	53 %



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

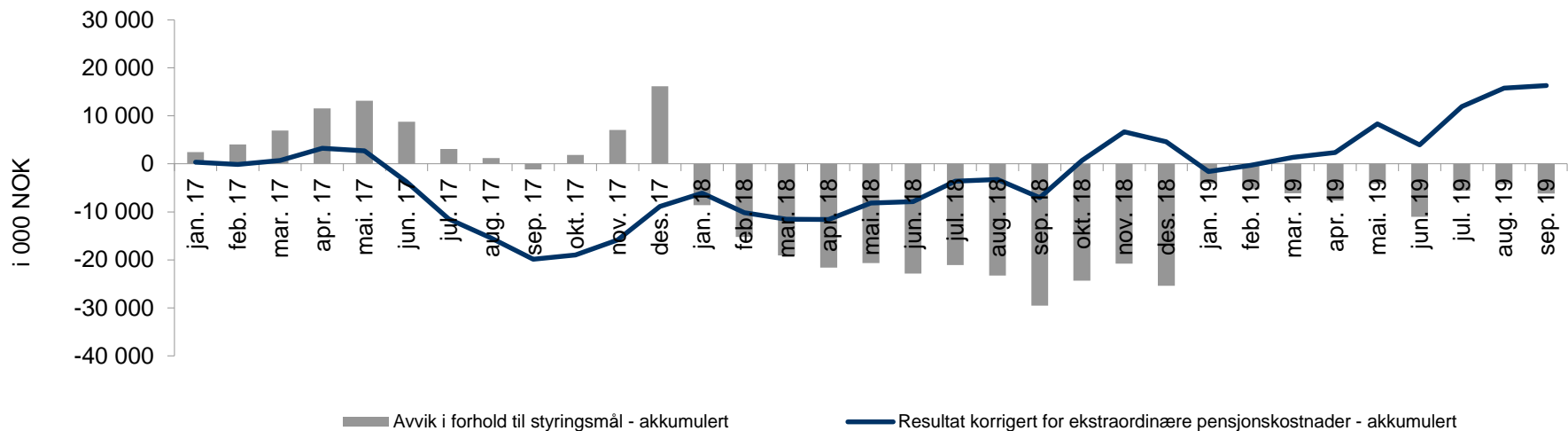
Direkte time	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19
ABK	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	96 %	0 %	100 %	100 %	100 %	100 %	0 %	0 %
BUK	89 %	90 %	93 %	91 %	89 %	89 %	95 %	92 %	83 %	86 %	89 %	94 %	90 %
KIR	84 %	76 %	77 %	72 %	77 %	80 %	81 %	84 %	88 %	92 %	88 %	87 %	88 %
KPR	94 %	93 %	96 %	93 %	93 %	98 %	81 %	89 %	89 %	90 %	87 %	81 %	88 %
MED	81 %	81 %	82 %	79 %	78 %	82 %	83 %	81 %	78 %	80 %	73 %	66 %	80 %
MSK	100 %	88 %	96 %	96 %	95 %	98 %	95 %	98 %	94 %	100 %	90 %	100 %	98 %
STHF	84 %	80 %	82 %	78 %	79 %	83 %	83 %	84 %	84 %	87 %	82 %	79 %	85 %

Resttid (døgn) fra mottak av henvisning til henvisning er fullført.	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19
	4,07	4,01	17,93	2,46	12,06	2,16	4,68	2,47	1,96	1,69	10,79	1,31	3,00
	4,73	4,21	4,76	4,82	3,63	5,65	5,25	5,71	5,33	5,86	5,49	5,76	5,00
	1,36	1,33	1,50	1,53	1,81	1,36	2,46	1,40	1,58	1,71	1,05	0,95	1,00
	6,72	9,27	4,80	5,58	4,65	6,20	5,77	7,88	4,89	4,24	5,21	4,08	4,00
	8,06	5,77	6,98	8,32	6,34	9,05	7,04	10,19	7,04	2,14	2,61	2,25	2,00
	1,78	2,07	2,20	2,06	2,18	4,60	17,98	2,61	2,00	2,21	11,14	1,54	1,00
	4,43	2,72	4,21	4,57	2,98	4,98	5,15	5,42	4,92	2,25	2,41	1,70	2,00
Antall vurderinger vurdert.	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19
	58	78	85	81	94	84	82	64	76	45	33	78	65
	336	338	355	314	328	328	315	316	334	275	246	220	200
	2845	3116	3009	2 338	3 077	2653	3009	2717	3125	2749	2328	2911	3 000
	361	397	407	323	340	378	360	356	372	374	258	300	200
	2321	2647	2565	1 944	2 642	2269	2548	2264	2467	2302	1836	2168	2 000
	240	242	264	167	220	243	241	229	220	281	122	258	200
	6 161	6 818	6 685	5 167	6 701	5 955	6 555	5 946	6 594	6 026	4 823	5 935	6 500
Antall vurderinger vurdert innen 10 virkedager	6 102	6 752	6 609	5 094	6 633	5 881	6 481	5 865	6 518	5 969	4 723	5 902	6 500
Prosent vurdert innen 10 virkedager	99,0 %	99,0 %	98,9 %	98,6 %	99,0 %	98,8 %	98,9 %	98,6 %	98,8 %	99,1 %	97,9 %	99,4 %	99,0 %

		sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19
nye dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle														
nye dokumenter som er mer enn 14 dager gamle (ansatt tidspunkt for opprettelse)	STHF	4 297	4 540	4 303	4 669	4 037	3 679	3 606	3 786	3 890	3 581	3 185	3 293	3 711
	ABK	9	9	12	10	15	16	6	4	7	7	15	4	10
	BUK	861	930	826	974	772	854	896	878	914	972	675	614	614
	KIR	1 128	914	1 028	1 059	1 020	1 073	975	1 054	1 009	919	1 043	1 169	1 211
	KPR	654	710	743	744	642	739	810	863	873	711	574	613	811
	MED	1 606	1 721	1 642	1 797	1 538	965	887	925	1 014	938	844	874	911
	MSK	39	40	52	85	50	32	32	62	73	34	34	19	10
nyegedokumenter som er mer enn 14 dager gamle (ansatt tidspunkt for opprettelse)	STHF	1 763	1 901	1 800	1 881	1 689	1 406	1 320	1 423	1 522	1 294	1 135	1 304	1 511
nyesykepleiedokumenter som er mer enn 14 dager gamle (ansatt tidspunkt for opprettelse)	STHF	1 280	1 212	1 300	1 367	1 191	1 069	1 039	1 113	1 083	982	1 037	1 039	1 011
nye dokumenter som det normalt tar mer enn 14 dager å få ferdigstilt	STHF	204	206	268	258	51	44	41	36	38	38	40	39	39
	BUK	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	KIR	159	161	217	209	30	32	33	34	34	35	37	37	37
	KPR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	MED	44	45	51	49	21	12	8	2	4	3	3	2	2
MSK	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt														
nye dokumenter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	STHF	1 989	1 851	1 720	1 734	1 765	1 827	1 800	2 021	2 167	2 542	2 105	1 711	1 111
	ABK	6	8	26	6	17	6	6	10	15	6	7	7	7
	MSK	31	41	46	20	54	41	24	70	75	55	73	78	78
	BUK	151	114	140	111	102	142	162	210	209	103	112	104	104
	KPR	209	210	221	245	122	162	239	250	308	203	156	139	139
	KIR	218	285	233	267	315	341	258	335	385	838	257	157	211
	MED	1 374	1 193	1 054	1 085	1 155	1 135	1 111	1 146	1 175	1 337	1 500	1 226	511
nye pasienter registrert på avdelinger som er omorganisert og lukket.	ååMEDKIR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ååPRE	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ååAKP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ååKIR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ååNYHO	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	-	-	-
	ååEØNHNO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	527	-	-	-
	ååMED	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Økonomi

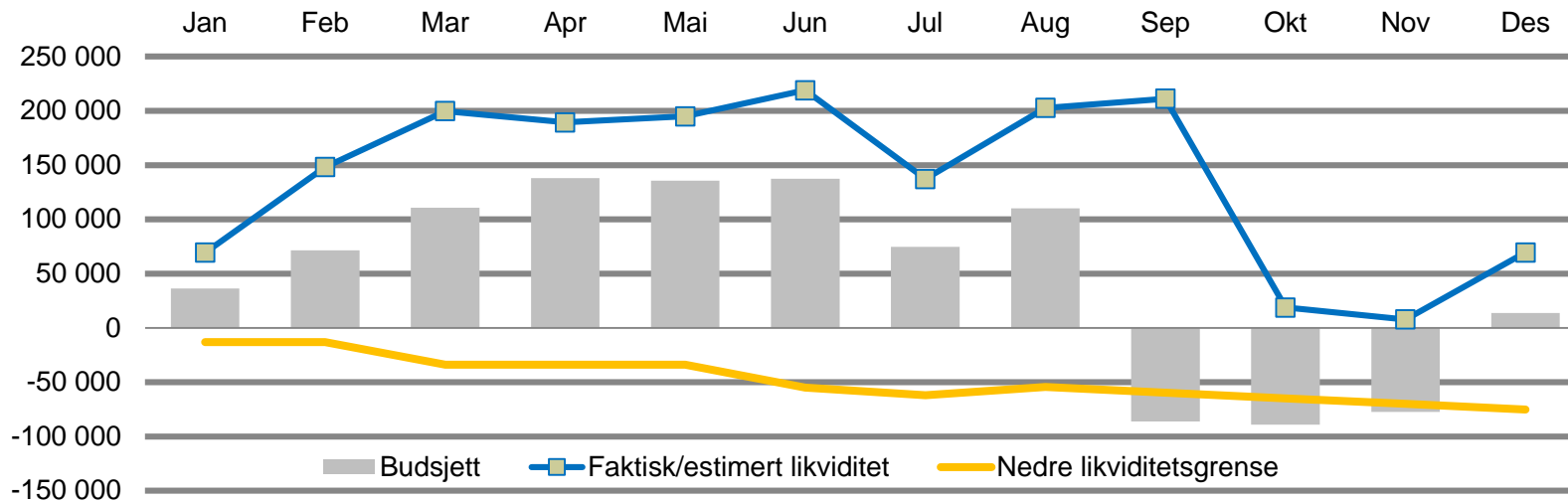
Driftsresultat og budsjettavvik 2017 til 2019 - foretak og klinikker



	Hittil i år		Denne periode, resultat.										
	Resultat	Budsjettavvik	Sep. 19	Aug. 19	Jul. 19	Jun. 19	Mai. 19	Apr. 19	Mar. 19	Feb. 19	Jan. 19	Des. 18	Nov. 18
Klinikk	(26 875)	(26 875)	(3 998)	(4 894)	944	(5 958)	(1 249)	(3 361)	(2 003)	(2 054)	(3 764)	114	2 400
	(13 201)	(13 201)	(2 025)	(2 734)	220	(806)	(2 108)	(3 464)	137	327	(2 748)	(454)	2 400
	2 400	2 400	(35)	2 362	20	(1 700)	1 774	(69)	13	(447)	483	(1 387)	2 400
	(15 022)	(15 022)	(1 265)	(3 156)	(2 274)	(1 217)	(1 282)	(882)	(1 395)	(2 261)	(1 763)	(1 923)	2 400
	13 817	13 817	2 270	1 609	2 327	1 119	3 152	1 844	505	(145)	1 136	(356)	2 400
Delse	(884)	(884)	(1 379)	(103)	1 912	(344)	(414)	(454)	(508)	686	(279)	(2 912)	3 463
	(3 176)	(3 176)	265	1 111	533	(3 228)	(1 872)	347	(819)	578	42	(1 488)	3 463
	3 463	3 463	(102)	943	793	(918)	979	357	281	1 209	(277)	72	3 463
	55 777	33 277	6 813	8 679	3 506	8 690	6 979	4 586	3 509	3 391	5 568	6 246	55 777
	16 300	(6 200)	543	3 818	7 981	(4 361)	5 958	(1 097)	(281)	1 284	(1 602)	(2 087)	6 246

Likviditet og investeringer.

Tall i tusen



Investeringer - tall i 1000	Regn. 2019	Est. 2019	Bud. 2019
Bygg & anlegg	2 393	17 000	25 000
MTU	23 425	51 000	95 000
Annet utstyr, biler m.m.	10 053	18 000	15 000
IKT-investeringer - lån til Sykehuspartner	-1 316	2 500	5 000
Tilbakebetalt lån fra Sykehuspartner	-2 022	-3 700	-5 000
SUM	32 532	84 800	135 000

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Status budsjett 2020

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
059-2019	Økonomidirektør Geir Olav Ryntveit Økonomisjef Dana Tønnessen	Orientering	23.10.2019

Trykte vedlegg: Presentasjon fra RHF vedr. spesialisthelsetjenesten i Statsbudsjettet 2020

Utrykte vedlegg:

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

Nei, ikke direkte

Ingress:

Budsjettprosessen 2020 gjennomføres etter avtalt fremdriftsplan frem til den endelige styrebehandlingen i desember.

Arbeidet med driftseffektiviseringen som kreves for å nå de økonomiske målsettingene fastsatt i ØLP oppleves utfordrende. Erfaringene fra siste budsjettår viser at ressurskrevende pasienter, medisinske kvalitetskrav, dyre medikamenter og ordningen med fritt behandlingsvalg presser økonomien i et høyere tempo enn den faktiske interne omstillingshastigheten. Store budsjettavvik i 2019 viser at klinikkene har urealistiske budsjettammer og gjør budsjettarbeidet for 2020 krevende.

I budsjettprosessen 2020 legges det opp til en endring i det tekniske budsjettarbeidet, som innebærer en revidering av klinikkens budsjettammer og tilpasning til det faktiske kostnads/inntektsnivået ved inngangen til 2020. Med dette som utgangspunkt, vil det innarbeides klinikkvise merverdikrav i tråd med vedtatt effektiviseringsplan i ØLP. I tillegg til arbeidet med egne forbedringstiltak, vil klinikkene få ansvar for å gjennomføre utvalgte sykehusovergrepene tiltak og bidra til foretakets driftseffektivisering for forventes realisert de nærmeste årene.

Foreløpige signaler fra Statsbudsjettet viser ingen vesentlige endringer i rammebevilgningene til helseforetakene, utover det som følger av nye oppgaver og medisinske krav.

Det endelige forslaget til resultatmål for 2020 vil utarbeides når endelige inntektsrammer fra Helse Sør-Øst RHF er mottatt.

Forslag til vedtak:

Styret tar status på budsjettarbeidet 2020 til orientering

Skien, 15. oktober 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Bakgrunn for saken

Den økonomiske langtidsplanen for perioden 2020-2025 legger opp til effektivisering av driften med 200 millioner kroner, nødvendig for sikre likviditet til fremtidige investeringer og håndtere kostnadsøkningene som følge av den medisinske utviklingen.

Budsjettarbeidet for 2020 følger rammene fastsatt i ØLP. Det er hensyntatt trekk i basisramme knyttet til etablering av avrusning, endringer i basisrammen som følge av oppdateringer i inntektsmodellen og økt aktivitet, samt kostnadsøkninger som følge av IKT-prosjektene, vekst innen dyre medikamenter, FBV og BHT, økte vedlikeholdskostnader og kompetanseoppbygging for strålesenter. Det legges opp til videreføring av et driftsresultat på + 30 millioner kr i 2020, som forutsetter intern effektivisering med nettoeffekt på 60 millioner kr. Resultatmålsettingen skal oppnås ved kostnadsreduksjoner i kombinasjon med et økende aktivitetsnivå.

Forventet resultatutvikling ØLP	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	SUM
Driftsresultat / foretakets styringsfart	-	30 000	30 000	70 000	80 000	80 000	80 000	30 000
Endringer rammebetingelser og nye forpliktelser:								
Trekk etablering avrusning - midlertidig støtte 2018		-31 000						-31 000
Basisbevilgninger - inntektsmodell - ØLP		-15 000	-16 000	-16 000	-16 000	-16 000	-16 000	-95 000
Basisbevilgning - aktivitetsøkning		20 000	25 000	25 000	25 000	26 000	26 000	147 000
								-
Dyre medikamenter, kvalitetskrav, BHT, m.m.		-20 000	-12 000	-15 000	-10 000	-13 000	-6 000	-76 000
								-
Tjenestepris Sykehuspartner		-2 000	-	-1 000	-4 000	3 000	4 000	-
Mottakskostnader regionale IKT og driftskostnader lokale IKT		-5 000	-5 000	-5 000				-15 000
								-
Øvrig - vedlikeholdsplan		-5 000				-5 000		-10 000
								-
								-
Finans/avskrivning USS					-20 000		-30 000	-50 000
Strålesenter - etablering og drift		-2 000	-2 000	-8 000	5 000	5 000	2 000	-
								-
Omstillingskostnader / risikobuffer					-10 000	-30 000	40 000	-
Økt budsjettutfordring		-60 000	-10 000	-20 000	-30 000	-30 000	20 000	-130 000
Planlagt intern effektivisering								
Merverdikrav ØLP		60 000	50 000	30 000	30 000	30 000		200 000
Forventet effekt av effektiviseringsarbeid	-	60 000	50 000	30 000	30 000	30 000	-	200 000
Driftsresultat - resultatbane	30 000	30 000	70 000	80 000	80 000	80 000	100 000	100 000

ØLP oppsettet viser at tross årlige driftsforbedringer i klinikkene, er budsjettutfordringen i langtidsperspektiv omtrent like stor som i tidligere ØLP. Dette gjenspeiler foretakets stor utfordring med å effektivisere driften, håndtere endringene i rammebetingelsene og oppnå nødvendig omstillingshastighet hvert år.

Forslag til Statsbudsjett 2020

Forslaget til statsbudsjett 2020 ble lagt fram 7. oktober og beskriver sentrale mål for spesialisthelsetjenesten. Presentasjon av hovedendringene i Statsbudsjettet vedlegges.

Foreløpige signaler fra Statsbudsjettet viser ingen vesentlige endringer i rammebevilgningene til helseforetakene, utover det som følger av nye oppgaver og medisinske krav.

Vi har ikke tilstrekkelig informasjon for å vurdere om Sykehuset Telemark vil få bedre rammebetingelser i 2020 enn det som ble lagt til grunn i ØLP. Konkrete inntektsrammer og planforutsetninger for driftsåret 2020 blir sendt ut fra RHF 8. november.

Budsjettutfordring 2020 og status intern budsjettprosess

Arbeidet med driftseffektiviseringen som kreves for å nå de økonomiske målsettingene fastsatt i ØLP oppleves utfordrende. Erfaringene fra siste budsjettår viser at klinikkene strever med å oppnå budsjettbalanse og styre driften innfor tildelte budsjetttrammer. Store budsjettavvik i 2019 er tegn på at klinikkene har urealistiske budsjetttrammer og dette gjør budsjettarbeidet for 2020 krevende.

I budsjettprosessen 2020 legges det opp til en endring i det tekniske budsjettarbeidet, som innebærer en revidering av klinikkens budsjetttrammer og tilpasning til det faktiske kostnads/inntektsnivået ved inngangen til 2020. Klinikkenes rammer er justert for å sikre en realistisk budsjettering, som utgangspunkt for driftsforbedringer som forventes i 2020 (klinikkvise merverdikrav vedtatt i ØLP).

Klinikkene er godt i gang med kartlegging av effektiviseringsmuligheter, men opplever som utfordrende å finne muligheter for driftseffektiviseringer i så stort omfang som det kreves. Det er foreløpig identifisert konkrete forbedringstiltak med antatt årseffekt på 28 millioner kr.

Tatt i betraktning at implementeringen av tiltakene kan ta 3-6 måneder, vurderes måloppnåelsen av merverdikravene som lav og ikke tilstrekkelig for å sikre resultatutviklingen som forventes i 2020.

Klinikkene rapporterer følgende fremdrift:

Budsjettutfordring klinikker 2020	Merverdikrav 2020	planlagte nye tiltak 2020	måloppnåelse
Kirurgisk klinikk	9 500	5 130	54 %
Klinikk for medisin	9 500	1 020	11 %
Barne- og ungdomsklinikken - som/hab	1 400	1 400	100 %
Barne- og ungdomsklinikken - psyk	-	-	-
ABK	6 000	6 000	100 %
Medisinsk serviceklinikk	6 000	6 000	100 %
Psykiatrisk klinikk	7 000	7 000	100 %
Service og systemledelse	7 000	1 250	18 %
Administrasjon/fag/HR/øk. ERP	2 500	-	0 %
Felles - sykehusovergripende tiltak	11 100	-	-
SUM	60 000	27 800	46 %

Forbedringsarbeidet i klinikkene må ha en mer ambisiøs fremdrift ut året. For å sikre fremdriften mot milepælene i budsjettprosessen, er klinikkene oppfordret til en ekstra innsats de nærmeste ukene og en intensivering av internt budsjettarbeid i innspurten av budsjettprosessen. Klinikkenes budsjettarbeid vil følges tett opp i oppfølgingsmøtene.

Sykehusovergripende tiltak

I tillegg til arbeidet med egne forbedringstiltak, vil klinikkene få ansvar for å gjennomføre utvalgte sykehusovergripende tiltak og bidra til foretakets driftseffektivisering som forventes realisert de nærmeste årene.

I en tid der pasientstrømmene og de medisinske kravene endres raskt, er det behov for å legge opp til driftsløsninger som sikrer optimal ressursbruk til enhver tid, med fokus på hele pasientforløpet, uavhengig av den interne organiseringen. Med bakgrunn i dette, planlegges sykehusovergripende prosjekter, med sikte på å sannsynliggjøre gevinster i flere akser, for pasienter, for ansatte og økonomisk bidrag til foretakets driftsresultat.

For god gjennomføring av denne type prosjektarbeid er det nødvendig med sterk forankring i ledergruppen samtidig med at klinikkene tar eierskap til de endringene det legges opp til. Det gjenstår å drøfte og avtale organisering, ansvar for gjennomføring og gevinstrealisering, samt fremdrift. I prioriteringen av sykehusovergripende prosjekter, vil det legges vekt på gevinstpotensial og samordning med øvrig forbedringsarbeid i klinikkene.

Et prosjekt som omfatter operasjonsaktiviteten er igangsatt høsten 2019 og vil foregå frem til sommeren 2020. Øvrige områder som er aktuelle å kartlegge er sengepostene og de medisinske støttefunksjonene.

Aktivitet og prioriteringsregelen

Klinikkene er i gang med planlegging av aktiviteten for 2020. Det vil legges opp til en svak vekst i ISF aktiviteten i somatikken. Et foreløpig anslag, før aktivitetsbudsjettet er endelig klart, er at aktivitetsnivået i somatikken vil budsjetteres på 1-1,5% høyere enn estimatet for 2019.

Til sammenligning legger ØLP 2020-2023 opp til en vekst i antall ISF-poeng på 2,4 % fra 2019 til 2020, hvor størsteparten av veksten er forutsatt oppnådd i kirurgisk klinikk.

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

Prioriteringsregelen gir klare føringer for intern styring og pålegger skjerming fra kostnadsreduksjoner innen psykiatri- og rusbehandlingen. Forbedringsarbeidet i psykiatrien vil ha i fokus økt aktivitet, reduksjon i ventetider, samarbeid med kommunene og økt kvalitet i behandlingen gjennom godt gjennomførte pakkeforløp.

Psykiatrien har hatt rekrutteringsutfordringer særlig for psykiatere, noe som har ført til lavere aktivitet i 2019. Rekruttering av behandlere er kritisk viktig for å kunne oppnå økningen i aktivitet som prioriteringsregelen krever. Det er en målsetting å bedre rekrutteringssituasjonen og det arbeides med en konkret handlingsplan. Prioriteringsregelen er i stor grad utfordret av somatikkens endrede behandlingsmetodikk og en økende vekst som følge av vridningen fra døgn til dagbehandling.

En samlet aktivitetsvekst i psykiatrien på 2 % i 2020 vurderes som realistisk å forvente og vil være i tråd med prioriteringsregelen.

Investeringer

I ØLP er det forutsatt en investeringsramme på 140 millioner kr. i 2020. Høye investeringsrammer i 2019 og 2020 skyldes akkumulert etterslep fra tidligere år og store reinvesteringer i MR, lab- og anesthesiutstyr.

Investeringskartleggingen og prioriteringene for 2020 vil fullføres ultimo oktober. Foreløpige oversikter utarbeidet av fagansvarlige MTU, bygg, IKT og øvrig viser investeringsbehov av stort omfang for neste år. Det vil jobbes videre med konsekvensutredninger, for å sikre prioritering av MTU reanskaffelser og bygningsmessige oppgraderinger nødvendige for å nå målsettingene for medisinske parametere og aktivitetsvekst.

Risikovurdering

Analysen foretatt med bakgrunn i status i budsjettprosessen pr. medio oktober, viser at det vil være utfordrende å legge et realistisk driftsbudsjett for 2020. Det er et stort behov for driftseffektivisering i klinikkene for å oppnå et driftsresultat på + 30 millioner kroner.

De negative resultatene i klinikkene gjennom 2019 bidrar til høy risiko for at resultatutviklingen framover blir svakere enn vedtatt resultatbane.

Risiko øker ytterligere som følge av forsinket arbeid med tiltak i klinikkene, der det gjenstår å identifisere tiltak for resterende merverdikrav. I tillegg kommer behov for ytterligere driftsforbedringer som følge av sykehusovergripende tiltak.

Oppdatert fremdriftsplan for budsjettprosessen for 2020

Det er lagt opp til følgende fremdriftsplan for budsjettarbeidet:

	BUDSJETTPROSESS 2020	
Dato	Milepæl – leveranser	Ansvar
oktober	Teknisk budsjettarbeid – korrigerende styringsfart, merverdikrav, nye momenter	Økonomiavdelingen
23.okt	Styremøte – status budsjett 2020	Økonomiavdelingen
31. okt.	Ferdigstilling av internt budsjett: Merverdikrav, styringsfart, prioriteringsregelen, nye forhold	Klinikkene/øk. avd
8. nov.	Inntektsrammer, aktivitet og resultatkrav for 2020 fra HSØ	HSØ
november	Kvalitetssikring av drifts-, investerings- og likviditetsbudsjett	Økonomiavdelingen
6. des.	Oppdaterte inntektsrammer sendes fra HSØ	HSØ
18.des.	Styremøte – Budsjett 2019	Økonomiavdelingen
9. jan.	Komplett periodisert budsjettleveranse til HSØ: Drift, aktivitet, bemanning, likviditet	Økonomiavdelingen
Januar	Administrerende direktør inngår lederavtaler med klinikkjefer	Økonomiavdelingen

Prop.1S (2019-2020) -forslag til statsbudsjett

Lagt frem 7. oktober 2019

HELSE  SØR-ØST

Sentrale mål 2020

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

Særskilte satsingsområder 2020

- Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. Å skape pasientens helsetjeneste betyr å involvere pasientene som partnere i utviklingen av tjenestene.
- Med dette som utgangspunkt vil styringskrav og mål i oppdragsdokument og foretaksmøte for 2020 samles i følgende hovedområder:
 - Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
 - Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
 - Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
 - IKT
 - Samhandling, ressursutnyttelse og samordning

Prioriteringsregelen og psykisk helsevern/TSB

- Høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn somatikk videreføres
- Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern
- Utvikle tjenester som bidrar til å forebygge kriser, akuttinnleggelser og bruk av tvang i psykisk helsevern
- Implementering av pakkeforløp innen psykisk helsevern og rusområdet har høy prioritet
- Ambulante tjenester skal utvikles videre
- Helsesatsingen i barnevernet skal følges opp videre
- Bedre rutiner for samarbeid rundt henvisninger og utskrivninger vil være et viktig tiltaksområde
- Tjenester til innsatte vil ha særlig oppmerksomhet i 2020

Økt aktivitet

- Budsjetten legger til rette for en generell vekst i pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten på om lag 1,5 %. Økt basisramme for Helse Sør-Øst RHF på 508,3 millioner kroner til dette.
 - 2019: 1,7 % vekst - 582 millioner kroner i økt basisramme
- Den generell aktivitetsveksten omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene og kjøp fra private aktører
- Den demografiske utvikling kan tilsi en aktivitetsvekst på 1,3 % nasjonalt
- Budsjetten legger til rette for en vekst innen poliklinisk aktivitet på 2,2 % for offentlige laboratorier og radiologi
- For pasientbehandling som omfattes av ISF legger budsjettet til rette for en vekst på om lag 1,4 %
 - 2019: om lag 1,6 %

Avbyråkratisering- og effektiviseringsreformen (ABE)

- For å gi insentiver til mer effektiv statlig drift og skape handlingsrom for prioriteringer videreføres avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen
- Det trekkes ut 0,5 % av helseregionenes basisrammer – for Helse Sør-Øst RHF utgjør dette 268 millioner kroner. I tillegg trekkes 0,5 % på aktivitetsbaserte inntekter og tilskudd
- Samtidig legges det tilbake 299 millioner kroner i basisrammen for å gi rom for bl.a. investeringer og anskaffelser
- Samlet innebærer ABE et effektiviseringskrav på om lag 99 millioner kroner for Helse Sør-Øst RHF

Kvalitetsbasert finansiering

- Nasjonalt er 566 millioner kroner trukket ut av helseregionenes basisrammer knyttet til kvalitetsbasert finansiering.
- Helse Sør-Øst RHF får et basisuttrekk på 306 millioner kroner, og får tilbakeført 326,6 millioner kroner som følge av kvalitetsscore, dvs. en positiv effekt på 20,6 millioner kroner.
 - Tilsvarende for 2019 var en positiv effekt på 20 millioner kroner

Lønns- og prisforutsetninger

- Økning 3,1 % fra 2019 til 2020, herav lønn 3,6 % (andel 70 %) og pris 1,9 % (andel 30 %)
- Enhetspris ISF somatikk er satt til 45 808 kroner
 - Hensyntatt prisomregning på 3,1 %, nedjustering på 0,5 % som følge av ABE
- Enhetsprisen ISF innenfor psykisk helsevern og TSB er satt til 3 160 kroner
 - Hensyntatt prisomregning på 3,1 %, nedjustering på 0,5 % som følge av ABE.
 - Samlet økning på 15,2 %. Prisendring som følge av økt ISF-andel er ikke kjent.

Pensjon

Nasjonalt

- Til grunn for basisbevilgningen for 2020 ligger et anslått nivå for helseforetakenes samlede pensjonskostnader på 13 000 millioner kroner. Dette er 1 200 millioner kroner høyere enn bevilgningsnivået for 2019. Økningen fordeles mellom regionene i tråd med Magnussenfordelingen.

Regionalt

- Av den økte bevilgningen på 1 200 millioner kroner er Helse Sør-Øst RHF sin andel 647 millioner kroner, jfr. Magnussen-andelen

Nye samordningsregler for offentlig tjenstepensjon

- I 2018 vedtok Stortinget nye samordningsregler for offentlig tjenstepensjon og i vårsesjonen 2019 vedtok Stortinget endringer i lov om Statens pensjonskasse med virkning fra 1. januar 2020
- Regnskapsmessig vil virkningene av dette trolig måtte hensyntas i regnskapene for helseforetakene i 2019
- Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av eventuelle bevilgningsmessige endringer som følge av dette

Pensjon private institusjoner

Spesielt om private institusjoner

- Helse Sør-Øst RHF har langsiktige avtaler med private institusjoner som årlig mottar oppdrags-/bestillerdokument fra RHF'et. Økte pensjonskostnader i årene etter 2014 vil for disse virksomhetene måtte sees i sammenheng med den positive regnskapsmessige effekten disse fikk beholde i 2014.
- Per 2019 begynner enkelte av de private ideelle institusjonene å nærme seg en samlet årlig kostnadsøkning som er større enn den positive resultateffekten fra 2014. Dette må også sees opp mot håndtering av og størrelsen på eventuelle regnskapsmessige effekter av de nevnte lovendringene vedtatt i 2018 og 2019. Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av eventuelle bevilgningsmessige endringer for Helse Sør-Øst RHF.

Pensjonspremie og bruk av premiefond

Nasjonalt

- Anslått pensjonspremie i 2020 er 18 600 millioner kroner inkl. arbeidsgiveravgift
- Differansen mellom pensjonskostnad og -premie utgjør 5 600 millioner kroner
- Det forutsettes at helseforetakene benytter premiefond tilsvarende 1 000 millioner kroner. Dette fører til redusert arbeidsgiveravgift på 141 millioner kroner.
- Forskjellen mellom pensjonskostnad og pensjonspremie samt bruk av premiefond dekkes gjennom økt driftskredittramme til helseforetakene med 4 459 millioner kroner

Regionalt

Tidligere praksis tilsier at Helse Sør-Øst RHF sin andel av endret driftskredittramme baseres på regionens Magnussen-andel. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til den faktiske fordelingen av endret driftskredittramme.

Overføring av finansieringsansvaret for legemidler fra Folketrygden til de regionale helseforetakene

- Finansieringsansvaret for legemidler til behandling av komplikasjoner ved nyresvikt, legemidler brukt i forbindelse med transplantasjoner og legemidler innenfor terapiområdene ALS, jernoverskudd, Cushings syndrom og immunglobuliner overføres fra Folketrygden til de regionale helseforetakene fra 1. september 2020.
- Bevilgningene til de regionale helseforetakene økes med 145 millioner kroner
 - Av samlet bevilgning utgjør nøytral merverdiavgift 29 millioner kroner, som trekkes ut av basisrammen og overføres posten for tilskudd til refusjon av merverdiavgift
- Basisrammen til de regionale helseforetakene økes med 116 millioner kroner, hvorav Helse Sør-Øst RHF sin andel er 62,5 millioner kroner

Overføring av finansieringsansvaret for legemidler fra Folketrygden til de regionale helseforetakene

- Finansieringsansvaret for legemidler til behandling av sjeldne sykdommer og veksthormonforstyrrelser ble overført fra Folketrygden til de regionale helseforetakene fra 1. februar 2019. I 2020 vil helseforetakene få helårskostnader knyttet til legemidlene.
- Bevilgningene til de regionale helseforetakene økes med 120 millioner kroner
 - Av samlet bevilgning utgjør nøytral merverdiavgift 24 millioner kroner, som trekkes ut av basisrammen og overføres posten for tilskudd til refusjon av merverdiavgift
- Basisrammen til de regionale helseforetakene økes med 96 millioner kroner, hvorav Helse Sør-Øst RHF sin andel er 51,8 millioner kroner

Inkludering av legemiddelgrupper i ISF

- Legemidler til behandling av veksthormonforstyrrelser foreslås inkludert i ISF med finansieringsansvar fra 2020
 - Uttrekk fra basisramme Helse Sør-Øst RHF med 40,4 millioner kroner
- Legemidler til behandling av sjeldne sykdommer inkluderes ikke i ISF fra 2020 og vil på samme som i 2019 finansieres av de regionale helseforetakene basisbevilgninger

Endringer i ISF-ordningen

- Som et ledd i å øke ISF-andelen aktivitetsbasert finansiering innen psykisk helsevern og TSB, økes ISF-satsen i 2020
 - Det overføres 200 millioner kroner fra basisramme til ISF, hvorav 108 millioner kroner trekkes fra basisrammen til Helse Sør-Øst RHF
- Det vil bli igangsatt et arbeid med å innlemme avtalespesialistene i ISF-ordningen.
- Fra 2020 foreslås det å:
 - Inkludere flere personellgrupper i ISF som gir en reduksjon i basisrammen til Helse Sør-Øst RHF 53,5 millioner kroner
 - Inkludere telefonkonsultasjoner innenfor somatikk i ISF som gir en reduksjon i basisrammen til Helse Sør-Øst RHF på 15,6 millioner kroner
- Prøveordningen i innsatsstyrt finansiering hvor de regionale helseforetakene mottar ISF-refusjon per registrerte pasient i utvalgte medisinske kvalitetsregistre videreføres for å stimulere til økt dekningsgrad

Laboratorie- og radiologi

- Lagt til rette for aktivitetsvekst på 2,2 %
- For ytterligere å stimulere til økt effektivisering, underreguleres de aktivitetsbaserte refusjonene for laboratorie- radiologiområdet med om lag 27 millioner kroner utover ABE-reformen
- Refusjonssatsene for radiologi og laboratorievirksomhet øker i gjennomsnitt med 1,6 % neste år

Finansiering av nasjonale e-helseløsninger

- Basisrammene til de regionale helseforetakene reduseres med til sammen 132 millioner kroner hvorav:
 - 56 millioner kroner for å dekke veksten i kostnader til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene kjernejournal, e-resept, helsenorge.no, gunndata og helseID
 - 76,9 millioner kroner som overføres fra basisrammen til de regionale helseforetakene til Norsk Helsenett HF for å drifte nasjonale e-helseløsninger.
- Helse Sør-Øst RHF får redusert sin basisramme med samlet 71,7 millioner kroner hvorav
 - 30,2 millioner kroner til å dekke veksten i kostnader til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger
 - 41,5 millioner kroner til Norsk Helsenett HF

Andre endringer i basisramme for Helse Sør-Øst RHF

- Oppdateringer av nasjonal inntektsmodell for 2020 innebærer en økt basisramme på 94 millioner kroner
- Økning i egenandelssatser under takordning 1 og 2 fra 1. juli 2020. Basisrammen reduseres med 73,3 millioner kroner.
- Økt basisramme med 38 millioner kroner for konsekvensjustering egenandeler
- Antatt økte gebyrinntekter som følge av økt fraværsgbyr for manglende fremmøte til somatisk poliklinikk reduserer basisrammen med 13 millioner kroner
- Ansvar for drift av Fagenhet for tvungen omsorg ligger til Helse Midt-Norge RHF. Det foreslås å innføre en egenandel på 20 pst. for de regionale helseforetakene for å stimulere til økt kostnadskontroll. Basisrammen økes med 12,1 millioner kroner for å dekke Helse Sør-Øst RHF sin andel.
- Det foreslås å øke basisrammen med 12 mill. kroner til Nasjonal forsterket felleskapsavdeling for innsatte ved Ila fengsel og forvaringsanstalt. Midlene skal benyttes til helsefaglig bemanning med særlig kompetanse innen sikkerhetspsykiatri.

Andre endringer i basisramme for Helse Sør-Øst RHF (forts.)

- Det foreslås å øke basisrammen med 12 mill. kroner til Nasjonal forsterket felleskapsavdeling for innsatte ved Ila fengsel og forvaringsanstalt. Midlene skal benyttes til helsefaglig bemanning med særlig kompetanse innen sikkerhetspsykiatri.
- De regionale helseforetakene overtar ansvar for videre utvikling og drift av ParkinsonNet i Norge fra 1. januar 2020. Basisrammen økes med 3,8 millioner kroner.
- Kommunalt utførte spesialisthelsetjenester utført av Oslo kommune for pasienter med nedsatt bevissthet pga rusmiddelforgiftning kan inngå i beregningsgrunnlaget for ISF fra 2020. Basisrammen reduseres med 4,4 millioner kroner.
- Basisrammen økes med 2,7 millioner kroner til etter-og videreutdanning i psykisk helse
- Basisrammen økes med 1,8 millioner kroner til ny nasjonal behandlingstjeneste for pulmonal hypertensjon
- Basisrammen reduseres med 0,6 millioner kroner for prosjektet «En vei inn» som skal driftes og forvaltes av Nasjonal tjenesteleverandør fra 2020

Andre endringer i tilskudd for Helse Sør-Øst RHF

- 27 millioner kroner i økt bevilgning til innføring av et nasjonalt screeningprogram for tarmkreft, med en samlet bevilgning på 97 millioner kroner i 2020. Midlene er ikke fordelt.
- 5 millioner kroner i økt bevilgning til persontilpasset medisin, totalt 30,7 millioner kroner
- 7 millioner kroner til medisinsk undersøkelse på barnehusene, totalt 18,3 millioner kroner
- 14,3 millioner kroner til Kvinnehelseforskning (overført fra post 78)
- 7 millioner kroner til heroinassistert rehabilitering

Ikke-finansierte forhold

- Følgende forhold som innebærer økte kostnader er ikke kompensert i Prop.1S
 - Norsk deltakelse i International Horizon Scanning Initiative (ISHI) finansieres med 3,8 millioner kroner av de regionale helseforetakene, legemiddelverket og Folkehelseinstituttet
 - Økte utgifter til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger på 56 millioner kroner er foreslått dekket innenfor de regionale helseforetakenes vekstramme

Forskning og nasjonale kompetansetjenester

- Forskning og nasjonale kompetansetjenester er forslått finansiert på nivå med tidligere år
- Helse Sør-Øst RHF foreslås tildelt 309 millioner kroner til forskning
- I tillegg foreslås 143 millioner kroner til nasjonalt program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten
 - Helse Sør-Øst RHF håndterer midlene i samråd med og på vegne av de øvrige tre regionale helseforetakene
- Tilskuddet til nasjonale kompetansetjenester i Helse Sør-Øst RHF er 341,7 millioner kroner. Dette inkluderer 223,3 millioner kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser.
- Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse foreslås avviklet fra 2020. Aktiviteten videreføres gjennom etableringen av Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning i Helse Sør-Øst med eget tilskudd over post 70.

Utbetalinger lån og tilskudd 2020 (hhv post 82 og 81)

Helseforetak	Prosjekt	Innvilget låneramme	Kroneverdi	Lån utbetalt 2018 og 2019	Lån til utbetaling 2020	Innvilget tilskuddsramme	Tilskudd til utbetaling 2020
Vestre Viken HF	Nytt sykehus i Drammen	8 460,0	2017	1695	480,0		
Oslo universitetssykehus HF	Nytt klinikkbygg Radiumhospitalet	2 738,0	2018	395	570,0		
Oslo universitetssykehus HF	Protonterapisenter*	1 198,0	2018	163	70,0	513,0	2,0
Oslo universitetssykehus HF	Vedlikeholdsinvesteringer	1 300,0	2016	701,08	-		
Oslo universitetssykehus HF	Regional sikkerhetsavdeling	33,0		33	[--år 2021--]		
Oslo universitetssykehus HF	Aker og Gaustad	29 073,0	2020		100,0		
Sørlandet sykehus HF	Nytt psykiatribygg	567,0	2017	420	-		
Sykehuset i Vestfold HF	Tønsbergprosjektet	1 870,0	2014	920	645,0		
Sum		45 239,0			1 865,0	513,0	2,0

*Redusert med 180 millioner kroner iht sak 049-2019 i Helse Sør-Øst RHF

- Det foreslås utbetalt samlet 1.865 millioner kroner i lån, samt 2 millioner tilskudd i 2020
- Nytt lån: Oslo universitetssykehus – Aker og Gaustad
- Siste utbetaling i 2019: OUS Vedlikeholdslån

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Sykehuset Telemarks strategi 2020–2022

Sak nr.	Saksbehandler	Sakstype	Møtedato
060-2019	Annette Fure, utviklingsdirektør	Beslutning	23.10.2019

Trykte vedlegg: STHF strategi 2020-2022_1.0

Utrykte vedlegg: Ingen

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

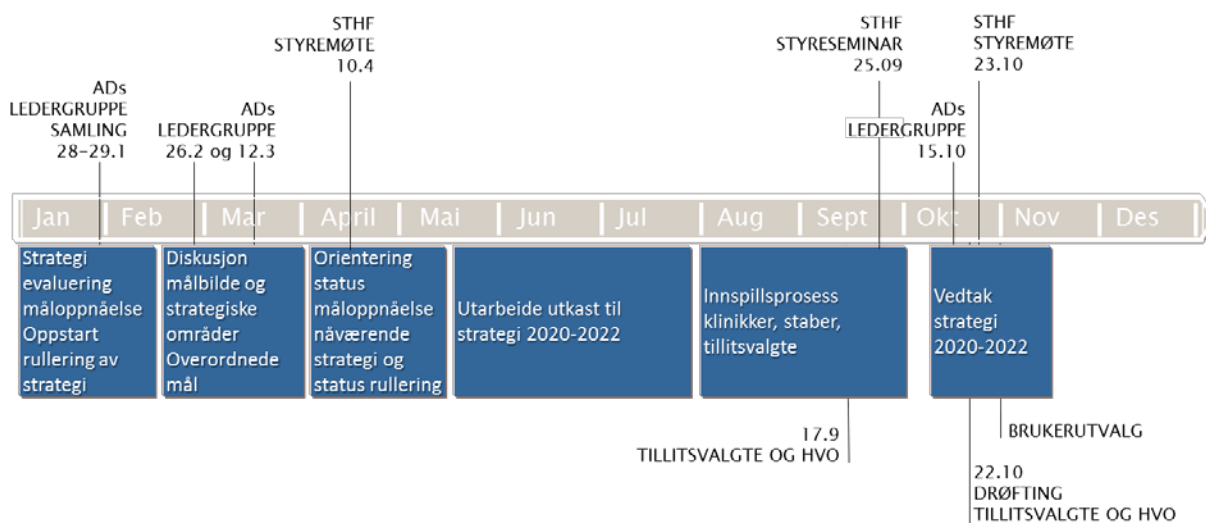
Ja. Den strategiske satsning på pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring vil bidra til en «kraftsamling» og økt systematisk arbeid innenfor dette området. Satsningen ligger til grunn for å skape pasientens helsetjeneste og bidra til at Sykehuset Telemark vil lykkes i målet om å være et attraktivt sykehus.

Ingress:

Strategien for Sykehuset Telemark er en viktig rettesnor som skal danne grunnlag for våre prioriteringer og aktiviteter.

Strategien for Sykehuset Telemark utarbeides for perioder på 3 år av gangen. Basert på våre langsiktige mål og vår visjon har vi definert strategiske områder og suksessfaktorer for strategiperioden. For hvert strategisk område og suksessfaktor settes egne mål. Deretter er det en årlig prosess for å definere konkrete delmål og tiltak for kommende år.

Utarbeidelse av strategien for perioden 2020-2022 har fulgt følgende prosess:



Strategien for 2020-2022 bygger i hovedsak på strategien fra forrige periode 2016-2019 med flere av de samme strategiske områdene. For å realisere vår utviklingsplan kreves det målrettet arbeid over tid. Ved kontinuerlig forbedringsarbeid og sammen med den forestående utbyggingen av somatikken i Skien tar vi med denne strategien ytterligere steg mot vårt definerte mål og vår visjon.

STHF Strategi 2020-2022:



Forslag til vedtak:

- Styret vedtar STHF strategi 2020-2022

Skien, den 16.10 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør



Sykehuset Telemark Strategi 2020-2022

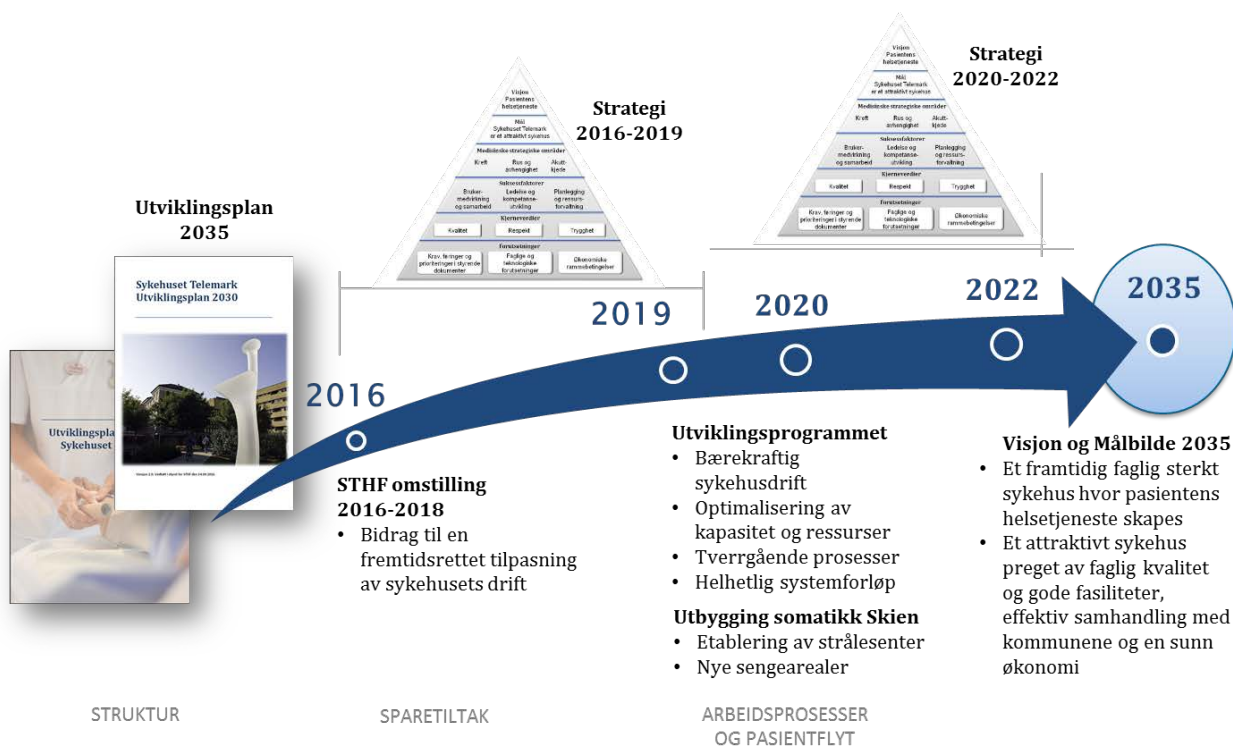
Versjon 1.0

INNHold

1	FORORD	3
2	BAKGRUNN	4
3	RAMMEVERK.....	5
4	STRATEGI 2020-2022	6
4.1	VISJON	6
4.2	MÅL	7
4.3	SUKSESSFaktorER	8
4.3.1	<i>Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring</i>	<i>8</i>
4.3.2	<i>Ledelse og kompetanseutvikling.....</i>	<i>9</i>
4.3.3	<i>Optimal ressursbruk</i>	<i>10</i>
4.4	MEDISINSKE STRATEGISKE OMRÅDER.....	11
4.4.1	<i>Kreft.....</i>	<i>11</i>
4.4.2	<i>Psykisk helsevern og rusbehandling</i>	<i>12</i>
4.4.3	<i>Akuttkjeden</i>	<i>14</i>
4.4.4	<i>Barn og unges helse.....</i>	<i>15</i>
4.5	KJERNEVERDIER	16
4.6	FORUTSETNINGER.....	17
4.6.1	<i>Krav, føringer og prioriteringer i styrende dokumenter</i>	<i>17</i>
4.6.2	<i>Faglige og teknologiske forutsetninger</i>	<i>17</i>
4.6.3	<i>Økonomiske rammebetingelser.....</i>	<i>18</i>
5	MÅL OG MÅLETALL.....	20

2 BAKGRUNN

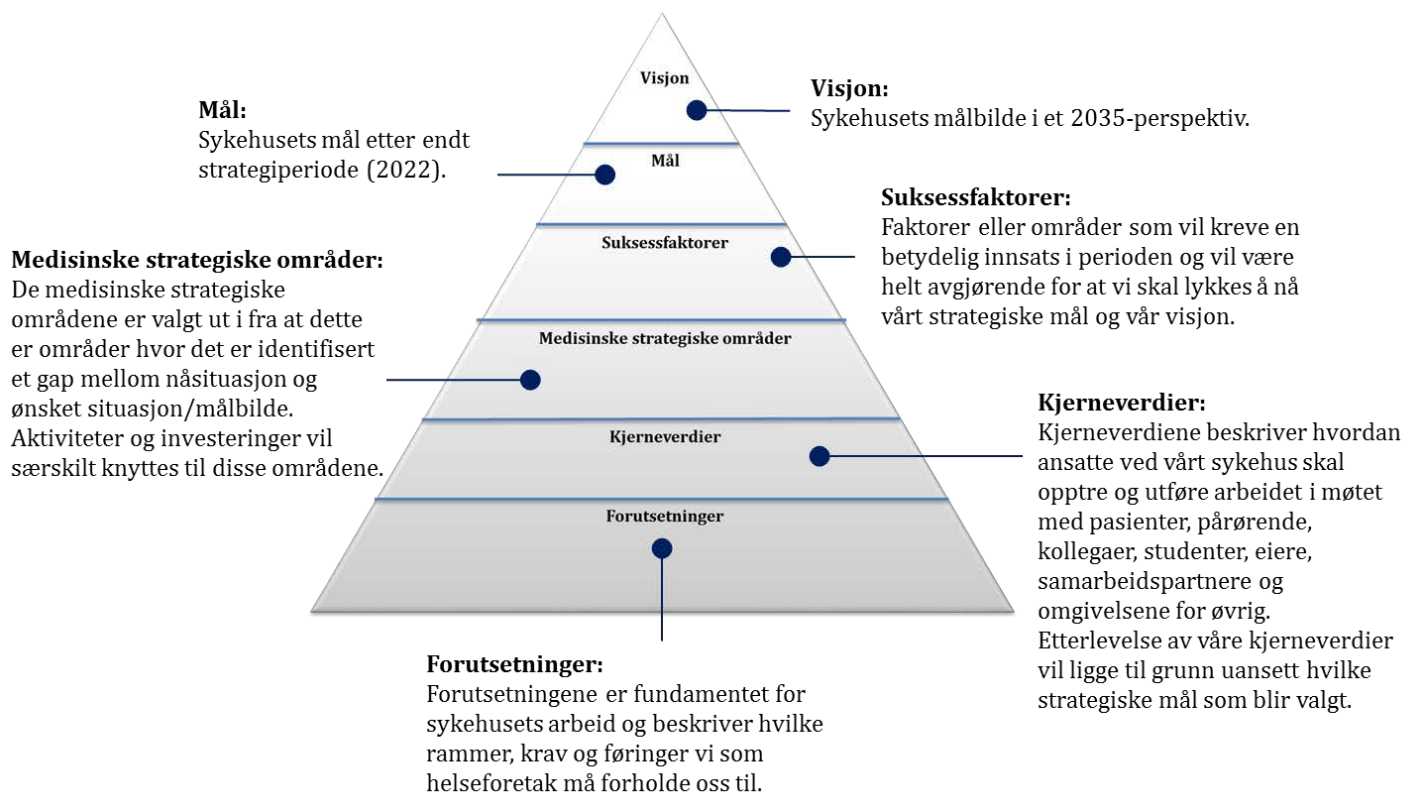
Strategien til Sykehuset Telemark er laget på bakgrunn i føringene og målene til Sykehuset Telemark Utviklingsplan 2035 og Helse Sør-Øst Regional utviklingsplan 2035.



Strategien for 2020-2022 bygger i hovedsak på strategien fra forrige periode (2016-2019), og den inneholder flere av de samme strategiske områdene. For å realisere utviklingsplanen kreves det målrettet arbeid over tid.

3 RAMMEVERK

«Strategipyramiden» er bygget opp på følgende måte:



Strategi for 2020-2022

4.1 Visjon

Pasientens helsetjeneste er målbilde for fremtidens helsetjenester.

Gjennom en likeverdig samhandling med primærhelsetjenesten kan vi sikre en trygg og god helse- og omsorgstjeneste for hver pasient. Sammen skaper vi helhetlige pasientforløp og etablerer gode modeller for kompetansebygging og kompetanseoverføring slik at pasienten kan ivaretas av personell med riktig kompetanse og på rett behandlingsnivå til enhver tid.

Vi gir våre pasienter rask og riktig diagnostisering og behandling i tråd med nasjonale og internasjonale retningslinjer og følger «beste praksis». Vårt fokus på pasientsikkerhet og kontinuerlig kvalitetsforbedring sikrer god kvalitet i pasientbehandlingen. Vi gir pasientene en god pasientopplevelse og bygger tillit gjennom gjensidig respekt.

Sammen skaper vi pasientens helsetjeneste.

4.2 Mål

Sykehuset Telemark skal være et faglig sterkt sykehus hvor pasientens helsetjeneste skapes. Vi skal utvikle et **attraktivt sykehus** preget av faglig kvalitet, gode fasiliteter, effektiv samhandling med kommunene, og en sunn økonomi.

Det legges til grunn at STHF skal gi et bredt sykehusstilbud til Telemarks befolkning. Pasientene våre skal oppleve et åpent og tilgjengelig helsetilbud, hvor de blir møtt med respekt og god kommunikasjon. Pasientene får opplæring og blir involvert i egen behandling.

Vi skal møte pasientene i estetiske og rolige omgivelser.

I det å være et **attraktivt sykehus** legger vi at:

Pasienten velger oss

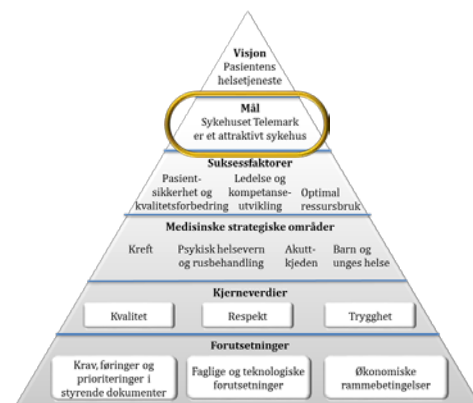
- Vi har god kvalitet i pasientbehandlingen
- Vi er tilgjengelige for pasientene. Pasientene kommer raskt inn og det er lett å komme i kontakt med oss.
- Vi leverer gode pasientopplevelser
- Sykehuset tilbyr moderne undersøkelse og behandling

Gode fagpersoner velger oss

- Vi har god rekrutteringskraft
- Vi utvikler medarbeidere
- Sykehuset beholder gode medarbeidere
- Vi har godt arbeidsmiljø
- STHF har utviklende forskningsmiljøer

Vi har godt omdømme

- Sykehuset Telemark har en solid posisjon i lokalsamfunnet
- Vi har god relasjon med eier
- Vi har et godt forhold til samarbeidspartnere



4.3 Suksessfaktorer

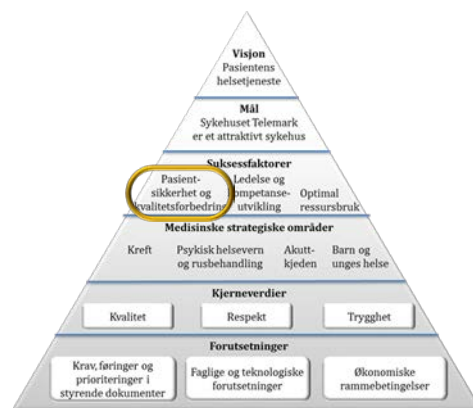
For å lykkes i å bli et attraktivt sykehus, er det noen viktige forutsetninger som må være på plass. De identifiserte suksessfaktorene er 1. Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, 2. Ledelse og kompetanseutvikling og 3. Optimal ressursbruk.

4.3.1 Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

Pasientskader er et stort samfunnsproblem og medfører store konsekvenser for pasienter og deres pårørende. Det kan i verste fall føre til tap av liv, og det er også samfunnsøkonomisk kostbart. Det er igangsatt nasjonal satsning på å forebygge og redusere pasientskader. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring skal bidra til en systematisk og koordinert innsats for å forebygge og redusere pasientskader.

Handlingsplanen påpeker følgende utfordringsbilde:

- For mange pasientskader og uønskede hendelser
- Pasientskader er kostbart og tar tid og ressurser
- Utfordringer knyttet til kommunikasjon og overganger
- En koordinert innsats for å bedre ledelse, kultur og systemer



I Nasjonal handlingsplan er det satt nasjonale mål og tiltaksområder for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Målene er færre pasientskader, bedre pasientsikkerhetskultur og varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

Sykehuset Telemark vil følge den nasjonale satsingen. For sykehuset innebærer dette konkrete tiltak innenfor følgende områder:

1. Ledelse og kultur
2. Kompetanse
3. Nasjonale satsinger
4. Systemer og strukturer

Hovedmål 2020-2022:

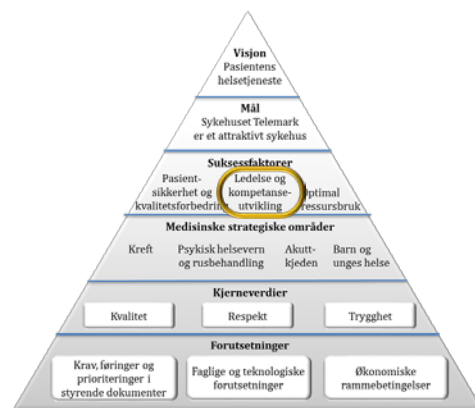
- Færre pasientskader
- Bedre pasientsikkerhetskultur
- Etablere varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring
- Redusere uønsket variasjon
- Færre infeksjoner
- Øke 30-dagers overlevelse (bl.a. slag, hjerteinfarkt, hoftebrudd)

4.3.2 Ledelse og kompetanseutvikling

Medarbeideren er Sykehuset Telemarks viktigste ressurs. Uten kompetente, ansvarsbevisste og motiverte medarbeidere er det vanskelig å skape pasientens helsetjeneste. For å være attraktive overfor ansatte, og for å tiltrekke oss gode fagpersoner fremover, må vi tilby muligheter for faglig utvikling. Vi må ha et godt arbeidsmiljø som legger til rette for at medarbeiderne kan bruke sine evner og ferdigheter på best mulig måte.

God ledelse er avgjørende for å skape et godt arbeidsmiljø. Gjennom god ledelse kan vi sikre at vi beholder, utvikler og rekrutterer gode fagpersoner.

Det er også en viktig lederoppgave å planlegge for effektiv drift og skape gode administrative rutiner. Samtidig skal virksomheten tilpasse seg endringer som følge av nye krav, forventninger og bruk av ny teknologi. God ledelse og medarbeidertilfredshet er tett knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet.



Rekruttering

For å sikre at Sykehuset Telemark har den nødvendige kompetansen både i dag og i fremtiden, er det viktig å ha oversikt over kompetansebehovet på kort, mellomlang og lang sikt. Sykehuset vil arbeide aktivt for å øke tilgangen på kvalifiserte søkere til ledige stillinger. Ryddige ansettelsesprosesser som følger retningslinjer for rekruttering og ansettelser, har høy prioritet.

Utvikle medarbeidere

Utvikling, utdanning og opplæring av medarbeidere på alle nivåer er vesentlig for å sikre at kompetansen er tilstrekkelig både for kapasitet og faglig utvikling. Alle medarbeidere skal ha kompetanseplaner, og den ansattes kompetansebehov skal avklares gjennom regelmessige medarbeidersamtaler. Det legges til rette for å skape gode læringsmiljøer og kompetanseoverføring på arbeidsplassen til den enkelte.

Beholde medarbeidere

Det er viktig at STHF har arbeidsplaner som er forsvarlige for pasientenes sikkerhet og for å sikre et godt og trygt arbeidsmiljø. Medarbeiderundersøkelsen og konkrete handlingsplaner som følger opp tilbakemeldingene fra medarbeiderne vil være viktig verktøy for å videreutvikle og beholde et godt arbeidsmiljø.

STHF skal være konkurransedyktig med riktige betingelser og velferdsgoder. Sykehuset skal etterleve IA-avtalen (inkluderende arbeidsliv) og ha en aktiv livsfasepolitikk. Så langt det er mulig, skal vi finne løsninger for å redusere ufrivillig deltid.

Hovedmål 2020-2022:

- Rekruttere, utvikle og beholde gode fagpersoner
- Styrke beslutningskvalitet og gjennomføringskraft i lederlinjen
- Styrke lederkompetanse
- Sikre at organisasjonen understøtter virksomheten

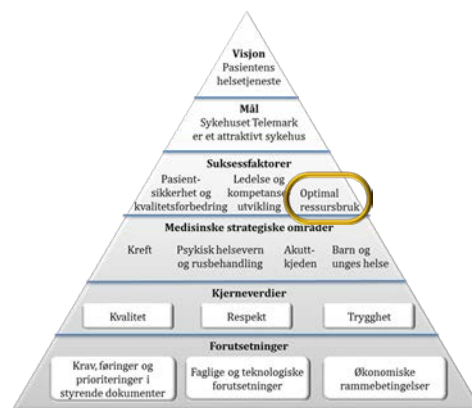
4.3.3 Optimal ressursbruk

Det er et økende gap mellom forventninger til helsetilbudet og det som helseforetakene i dag kan tilby innenfor de gitte rammer. I den årlige sykehustalen i januar 2019 uttalte Helseminister Bent Høye «Skal vi klare å innfri fremtidens forventninger og videreutvikle pasientens helsetjeneste, vil det kreve vilje til å tenke nytt. Men dette er ikke nok. Endringstakten må opp».

Helsetjenesten er i endring. Oppgaver flyttes fra sykehus til kommunehelsetjenesten, helhetlige pasientforløp utvikles og digitale løsninger blir tatt i bruk for å effektivisere og skape bedre tjenester.

Sykehuset Telemark må fortsette å tilpasse og effektivisere virksomheten. Dette vil kreve en strukturert og vedvarende innsats med organisasjons- og virksomhetsutvikling også i årene fremover. Verktøyene vil i stor grad være digitale, utvikling av gode løsninger vil kreve samarbeid og alt skal ta utgangspunkt i pasientens behov.

Sykehuset Telemark vurderer å innføre nye driftsmodeller som vil fremme bedre pasientflyt, bedre ressursutnyttelse og mer rasjonell drift. Vi skal tilpasse oss det faktiske behovet for den pasientpopulasjonen vi har ansvaret for.



Hovedmål 2020-2022:

- Bedre kommunikasjon, pasientflyt og logistikk gjennom implementering av kliniske logistikkløsninger med tilhørende virksomhets- og organisasjonsutvikling
- Innføre av gode og bærekraftige driftsmodeller (driftskonsept for bl.a. akuttmottak og sengeposter vedtatt i konseptfase) i forbindelse med prosjekt «Utbygging somatikk Skien»
- Gjennomføre forbedrings- og virksomhetsutviklingsprosjekter vedtatt i Utviklingsprogrammet
- Etablere system og rutiner for gevinstuttak og -oppfølging

4.4 Medisinske strategiske områder

De valgte medisinske strategiske områdene er 1. Kreft, 2. Psykisk helsevern og rusbehandling, 3. Akuttkjeden og 4. Barn og unges helse

4.4.1 Kreft

Den demografiske utviklingen i Telemark viser en relativt svak befolkningsvekst, med en økende andel eldre i befolkningen. Med en aldrende befolkning vil vi se en økning av kroniske tilstander og kreftsykdommer, samt et økt oppfølgingsbehov av pasienter som overlever alvorlig kreftsykdom eller har senskader etter kreftbehandling.

Mye er allerede gjort for denne pasientgruppen ved Sykehuset Telemark. I 2015 ble en egen kreftavdeling etablert for å legge til rette for god pasientbehandling både ved å samle flere aktører i et sterkt tverrfaglig fagmiljø og ved å dedikere de beste sengefasilitetene ved sykehuset til de alvorlig syke kreftpasientene. Nasjonale pakkeforløp for ulike kreftdiagnoser er implementert og måloppnåelsen ved Sykehuset Telemark er så langt blant de beste i landet.



Det er derimot fortsatt et underforbruk av strålebehandling i Telemark og Vestfold. Dekningen for strålebehandling ligger om lag 10 prosent under resten av landet og det er et tydelig behov for økt tilgjengelighet av tjenesten. En av årsakene til underforbruket er at mange pasienter er for svake til å klare lange reiser. Med gjentatte behandlinger er dette en belastning for pasienten.

Sykehuset Telemark arbeider målrettet for å etablere et fullverdig krefttilbud som skal sikre nødvendig og pålagt allsidig kreftdiagnostikk og behandling for pasientene i Telemark. Et komplett kreftsenter omfatter kreftavdeling, strålesenter og diagnostikk, i nært samarbeid med sykehusets øvrige avdelinger. HSØ har vedtatt å etablere ny stråleterapienhet ved sykehuset i Skien for å dekke stråleterapibehovet for pasientene i Telemark og Vestfold.

Ambisjonen for kreftsenteret er følgende:

- STHF skal ha et fullverdig, moderne og effektivt diagnostikk- og behandlingstilbud til pasienter med kreft og blodsykdommer.
- STHF skal ha lokaliteter som gir pasientene trygghet, integritet og gode pasientopplevelser.
- Pasientene i Telemark skal være trygge på at den utredning og behandling som blir gitt er kvalitetssikret og i tråd med nasjonale og anerkjente internasjonale retningslinjer.
- Koordinerte, gode og effektive pasientforløp. Dagens effektivitet på pakkeforløp skal opprettholdes, og det skal jobbes med forbedring av overganger mellom institusjonene.
- Pasienten skal oppleve seg godt ivaretatt gjennom hele pasientforløpet og ha tilgang på god informasjon om sykdom, behandling og mulige seneffekter etter behandlingen.
- Pasienten skal få informasjon om mulighet til å bli vurdert for deltakelse i kliniske studier.
- Det skal legges til rette for klinisk forskning, studier og fagutvikling som er pasientnære og integrert i behandlingsforløpene.
- Senteret vil ha ansvar for deler av utdanningen til flere spesialiteter som onkologer, hematologer, stråleterapeuter, kreftsykepleiere m.m.

- Senteret må ha tilrettelagt rom for treveiskommunikasjon med samarbeidspartnere og regionale sentra samt for å ivareta nødvendig undervisning.
Dette vil stille krav til både organisering og areal som legger til rette for daglig undervisning i felles møterom, tilrettelagte rom for nettundervisning og eget mikroskopierom.
- Det skal legges til rette for god samhandling med brukerorganisasjoner for å legge til rette for behandlingssupplement som trening, ernæringsstøtte og likemann.
- Det fokuseres på rask og god samhandling med førstelinjetjenestene og desentralisert behandling der det er trygt og riktig for pasienten.

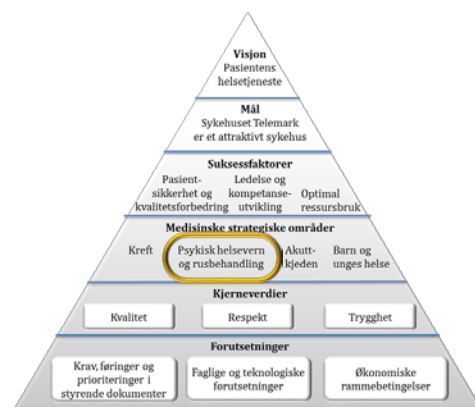
Hovedmål 2020-2022:

- Sykehuset Telemark etablerer det neste strålesenteret i HSØ som skal dekke 80 prosent av behovet for stråling til befolkningen i Telemark og Vestfold.
- Pasienter i Telemark skal ha minimum lik bruk av stråleterapi som pasienter fra Oslo
- Etablere desentralisert kreftbehandling i kommunene
- Riktig dimensjonering av diagnostisk kapasitet
- Oppfylle nasjonale krav til pakkeforløpene
- Etablere klinisk forskning i kreftavdelingen
- Øke fem års overlevelse

4.4.2 Psykisk helsevern og rusbehandling

Psykisk helsevern og rusbehandling videreføres som et prioritert medisinsk strategisk område for perioden 2020-2022.

Til tross for at mye er gjort innenfor området de siste årene er det fortsatt nødvendig med en videreutvikling av virksomheten for å møte de fremtidige behovene til spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og rusbehandling. Blant annet omfatter dette behov for å styrke brukermedvirkning i alle ledd, innføre standardiserte pasientforløp (pakkeforløp), samt legge til rette for å en mer smidig pasientflyt og bedre synlighet og tilgjengelighet.



Nye samarbeidsstrukturer med kommunene og primærhelsetjenesten må etableres for å understøtte et helhetlig behandlingstilbud til pasientene, og det er særlig behov for nye tjenester innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og en best mulig organisering av disse. Sykehuset Telemark må bevare og utvikle robuste fagmiljøer som kan drive fagutvikling, forskning og kontinuerlig forbedringsarbeid.

For strategiperioden vil derfor følgende områder prioriteres:

Forskning, utdanning og kompetanse

Utdanning og kompetanseutvikling skal prioriteres for å sikre tilgang på kompetente medarbeidere. Klinikken skal utvikle kultur og systemer for deling av kunnskap gjennom samhandling og samarbeid internt og eksternt sammen med kommuner og utdanningsinstitusjoner. Klinikken vil tilstrebe deltakelse i forskningsarbeid og legge til rette for dette i klinikken.

Standardiserte pasientforløp.

Innføring av pakkeforløp startet 1. januar 2019. Arbeidet pågår i tråd med nasjonale føringer. Klinikkenes mål er at pakkeforløpene er implementert i løpet av perioden, både ved at vi har etablert tekniske systemer som sikrer fremdrift og at praksis er endret i tråd med anbefalingene.

Samhandling og nye arbeidsformer

Et helhetlig og koordinert tilbud til denne pasientgruppen forutsetter samarbeid mellom flere aktører. Barne- og ungdomsklinikken (BUK) og Klinik for psykisk helsevern og rusbehandling (KPR) skal sikre en god sammenheng i overgangen fra psykisk helse for barn og unge til psykisk helse for voksne. Pårørendeinvolvering og pasientens mulighet for aktiv deltakelse i egen behandling skal vektlegges. Klinikken skal tilstrebe likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av bosted. Både pasienter, pårørende og samarbeidspartnere skal erfare god tilgjengelighet. Klinikken arbeider med utvikling av digitale løsninger innenfor pasientbehandling, som f.eks. videokonsultasjoner, nettbasert behandling og elektroniske utredningsverktøy.

Tvang

Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak skal reduseres. Klinikken har utarbeidet en egen strategi og handlingsplan for å begrense og kvalitetssikre bruken av tvang.

Dømt til behandling/ varetektssurrogati

Omfanget av behovet for døgnplasser og poliklinisk/ambulant oppfølging bør kartlegges og utredes. Tiltak som skal sikre helhetlige og koordinerte tjenester knyttet til døgnbehandling, polikliniske tjenester og oppfølging på kommunalt nivå, bør videreutvikles og beskrives i samarbeid med kommunen. I tillegg må kompetanse og opplæringsbehov kartlegges og kompetanseplan utarbeides i tråd med dette.

Hovedmål 2020-2022:

- Opprettholde antall forskningsprosjekt fra år til år
- Innføre pakkeforløp og oppnå måletall i tråd med nasjonale føringer
- Etablere oppfølgings- og behandlingsteam i samarbeid med kommunene for personer med alvorlige og sammensatte lidelser som har behov for oppfølging og behandling over lengre tid. F.eks. FACT-team, fleksible boenheter
- Redusere bruk av tvang
- Utrede og videreutvikle behandlingstilbudet for personer som er dømt til behandling og personer i varetektssurrogati
- Riktig bruk av psykofarmaka

4.4.3 Akuttkjeden

STHF tar imot mer enn 2.000 pasienter hver måned med ulike akutte tilstander. En stor majoritet er eldre pasienter, ofte med sammensatte medisinske tilstander.

Sykehuset Telemark har som mål og skape Norges beste akuttkjede. Dette krever dedikert innsats på flere viktige områder:

1. Likeverdig og tillitsfull samhandling med primærhelsetjenesten

- riktig arbeidsdeling i tråd med ny Akutforskrift
- sømløs tjeneste der pasientene ikke merker «overgangene» mellom leddene/aktørene i den akutte kjeden
- felles metoder og kompetanseutvikling
- relevante og aktive samhandlingsarenaer

2. Prehospital tjeneste

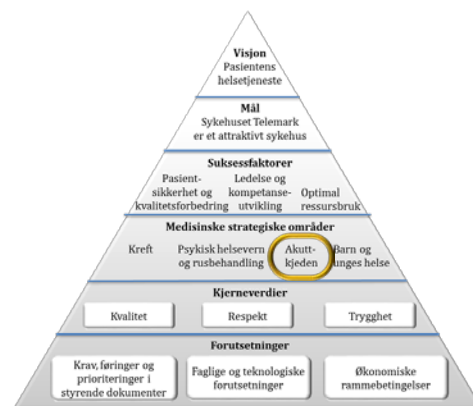
- responstider i tråd med nasjonale anbefalinger
- ta i bruk EPJ og nye AMK-systemer
- utvikle tjenesten i tråd med ny Ambulanseplan

3. Akuttmottak

- ivareta vedtatte kompetansekrav
- innfri vedtatte kvalitetskrav til pasientbehandling og ventetider
- følge Akuttkjedprosjektets prosedyrer
- utvikle og etablere nytt akuttmottak/traumesenter

4. Trygge behandlingstilbud på riktig behandlingssted

- klar og tydelig funksjonsfordeling mellom Notodden og Skien
- pasienter transporteres uten unødig forsinkelse til riktig behandlingssted (i og utenfor Telemark).
- tilgjengelighet på relevante spesialister/kompetanse for trygg diagnostikk og behandling i hele behandlingsskjeden



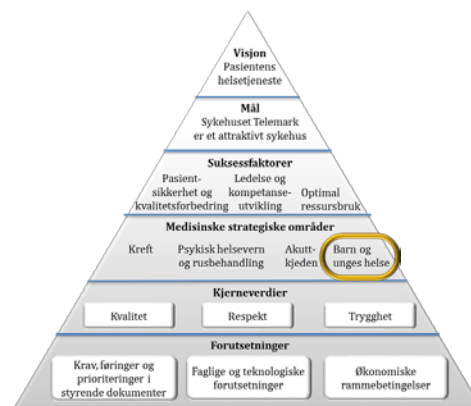
Hovedmål 2020-2022

- Telemark skal ha Norges beste akuttkjede
- Trygge medisinske tjenester for alle akutte tilstander for befolkningen i hele Telemark
- En helhetlig, sammenhengende akuttkjede
- En ensartet kunnskapsbasert praksis

4.4.4 Barn og unges helse

Barn og unge er et nytt strategisk område for Sykehuset Telemark. Området er valgt ut i fra både medisinskfaglige – og samfunnsmessige perspektiv.

Selv om norske barn er blant de friskeste i verden, er det viktig at ressursene brukes på de barna som trenger det mest. Behandlingsbehovet for barn og unge omfatter alt i fra nyfødt/nyfødt intensiv og intensivbehandling av barn og unge, til medisinske sykdommer fra 0 til 18 år, sosialmedisin, psykiske sykdommer og til at det blant barn og unge er store grupper med kroniske sykdommer og funksjonshemninger.



Kompetansen og behandlingen på nyfødt intensiv er avgjørende for å kunne beholde et godt fødetilbud i Telemark. Intensivkompetansen for barn og unge er også en viktig del av akuttkjeden, da mange barn og unge kommer inn som øyeblikkelig hjelp-pasienter.

Blant gruppene med kroniske sykdommer og funksjonshemninger er bl.a. barn og unge med:

- Medfødte misdannelser
- Nevrologiske sykdommer
- Psykiske lidelser (må behandles i samarbeid med barne- og ungdomspsykiatrien)
- Følgetilstander av kreft
- «Organtilstander» - f. eks. kroniske mage-tarm sykdommer, hjertesykdom, astma, diabetes, immunologiske sykdommer

Det er behov for å øke innsatsen for disse gruppene i dialog med samarbeidspartnere.

Satsing på barn og unge er viktig. Sett i et livsløpsperspektiv kan tidlige og riktige tiltak gi barn og unge en bedre prognose, ha forebyggende effekt og redusere fremtidig belastning på familie og samfunnet for øvrig.

Telemark er et av fylkene med lavest befolkningsvekst i landet. I tillegg har Telemark relativt dårlig sosialdemografi med til dels lav utdanningsgrad, høy arbeidsledighet, helseutfordringer (livsbetinget), samt en relativt høy andel av unge som faller ut av skolen. Som en viktig samfunnsaktør har Sykehuset Telemark et ansvar for å bidra til å motvirke dette.

For å få til et godt og helhetlig pasienttilbud til barn og unge er det viktig både med internt samarbeid i klinikken, med øvrige klinikker og med kommunale samarbeidspartnere. Gjennom arbeidet med Utviklingsplanen er det etablert samarbeidsavtaler, retningslinjer og samarbeidsforum mellom spesialisthelsetjenesten for barn og unge i helseforetakene og barne- og ungdomstjenesten i kommunene.

Barn og unge er fremtiden. En medisinsk satsing på barn og unge gir en «vitamininnsprøyting» i Telemark og sender et viktig signal både politisk og administrativt. Det kan også bidra positivt til attraktiviteten til sykehuset og styrke rekrutteringskraften av spesialister innen barnemedisin og psykisk helse.

Hovedmål 2020-2022

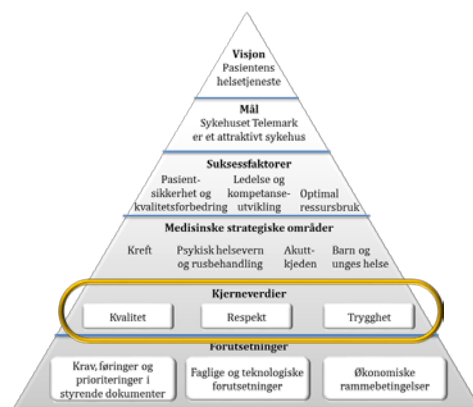
- Videreutvikle intensivkompetansen
- Foregangsklinikk for overgang ungdom – voksen ved STHF og mot kommunene
- God tilgjengelighet til ABUP
- Styrke kompetansen og evnen til å leve med kroniske sykdommer, samt styrke arbeidet med kronikergrupper i klinikken og mot kommunale samarbeidspartnere

4.5 Kjerneverdier

Den neste byggesteinen i rammeverket er våre kjerneverdier *kvalitet, respekt og trygghet*. Dette er verdigrunnet til Sykehuset Telemark og norsk spesialisthelsetjeneste, og verdiene beskriver hvordan ansatte ved sykehuset skal opptre og utføre arbeidet i møte med pasienter, pårørende, kollegaer, studenter, eiere, samarbeidspartnere og omgivelsene forøvrig. Etterlevelse av våre kjerneverdier vil ligge til grunn uansett hvilke strategiske mål som blir valgt og skal prege gjennomføringen av strategien.

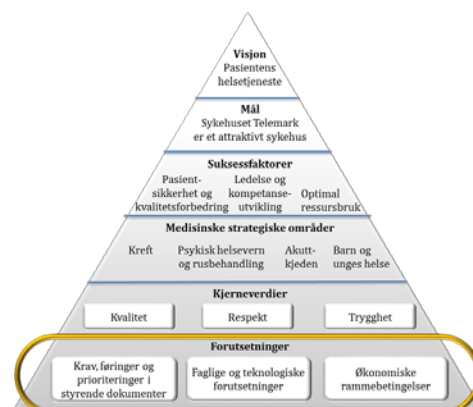
Ved å leve etter verdigrunnet vil vi oppnå et godt arbeidsmiljø og en sterkere motivasjon i arbeidet. I møtet med pasienter og pårørende skaper vi de gode opplevelsene og det gode omdømmet.

Gjennom ærlig og åpent samarbeid og vilje til å gjøre litt mer enn det som forventes av oss, vil Sykehuset Telemark kunne fortsette å utforske nye muligheter og sikre at vi også i fremtiden kan gi befolkningen i Telemark en trygg og god spesialisthelsetjeneste.



4.6 Forutsetninger

Forutsetningene er definert som fundamentet for arbeidet vårt og beskriver hvilke rammer virksomheten har. Blant disse finner vi de krav og føringer som helseforetaket må forholde seg til. Herunder er de økonomiske rammebetingelsene, samt krav, føringer og prioriteringer som er gitt i styrende dokumenter, og de faglige og teknologiske forutsetningene.



4.6.1 Krav, føringer og prioriteringer i styrende dokumenter

Her finner vi rammene for vårt oppdrag som helseforetak. Disse er gitt i relevant lovverk, bl.a.:

- Årlig oppdrags- og bestillerdokument fra Helse Sør-Øst
- Foretaksmøter
- Stortingsmelding 11 2015: Nasjonal Helse og sykehusplan 2016-2019
- Helse Sør-Øst: Regional utviklingsplan 2035, Utvikling av pasientbehandling i Helse Sør-Øst
- Sykehuset Telemark utviklingsplan 2030 og STHF investeringsplaner
- STHF styrevedtak
- HSØ styrevedtak 108:2008 om pasientbehandling
- Samhandlingsreformen
- ISO 14001 – Miljøstyring
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Helseforetaksloven
- Psykisk helsevernloven
- Spesialisthelsetjenesteloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Helsepersonelloven

4.6.2 Faglige og teknologiske forutsetninger

De faglige og teknologiske forutsetningene er avgjørende for sykehusets videre utvikling.

Faglige forutsetninger

Under de faglige forutsetningene ligger parametere som

- Kvalitet og pasientsikkerhet
- Nasjonale faglige retningslinjer, andre faglige krav og anbefalinger
- Kunnskapsbasert praksis
- Kompetanse og robuste fagmiljø
- Forskning

Å kunne ta i bruk ny kunnskap på en trygg og hensiktsmessig måte er viktig for den medisinske kvaliteten i behandlingen. Dette krever kunnskap om ny forskning, faglige retningslinjer og metoder. Når ny kunnskap og erfaringsbasert praksis skal tas i bruk, må vi sørge for at det skjer på bakgrunn av gode evalueringer av hva som vil være nyttig for pasientene våre. Vi skal vurdere risiko for uønskede hendelser, behov for kompetanse og økonomiske konsekvenser.

Teknologiske forutsetninger

Teknologi vil på mange måter være både en driver og en muliggjører for god og moderne diagnostikk og pasientbehandling. Ikke bare er det nødvendig å legge til rette for at vi er i stand til å ta i bruk ny og moderne teknologi, men det krever også at vi er fremtidsrettet i *bruken* av denne.

Organisasjonsutvikling er tett knyttet sammen med god og fornuftig bruk av IKT og medisinskteknisk utstyr.

Fremtidsrettet bruk kan omfatte teknologiske løsninger for hjemmesykehus, hjemmeoppfølging og brukerstyrte poliklinikker. Åpningstider bør utvides slik at dyrt utstyr og areal kan benyttes mer optimalt. Dette kan redusere antall flaskehals, og mer sambruk av poliklinikker på tvers av fag og funksjoner kan føre til at pasienter får færre «stasjoner» å besøke.

Fremtidens behandlingsarenaer vil inneholde stadig mer avansert teknologi. Disse bør utformes standardisert slik at alle fagdisipliner kan benytte areal og utstyr. Denne fleksibiliteten vil fremme en god pasientlogistikk og god ressursforvaltning. Det vil være behov for økt samlokalisering fordi det er krevende å bygge høyteknologiske behandlingsarenaer ved mange lokasjoner.

4.6.3 Økonomiske rammebetingelser

Sykehuset Telemark har utarbeidet en overordnet økonomisk langtidsplan for perioden 2020-2023 med framskriving til 2039, basert på behovet for spesialisthelsetjenester i opptaksområdet. Aktivitetsnivået som planlegges er i tråd med målsettingen om reduserte ventetider og ingen fristbrudd.

Det legges opp til økonomisk årlig overskudd på 30, 70, 80 og 80 millioner kroner i perioden 2020-2023 samt en ytterligere økning av driftsresultatet til 100 millioner kroner fra 2025. Et driftsresultat på 100 millioner kroner tilsvarer 2,5 prosent av foretakets inntekter og er helt nødvendig for at sykehuset kan investere i nytt utstyr og bygg. Denne resultatbanen er tilpasset den tentative fremdriftsplanen for utbyggingsprosjektet (USS) og vil gjøre sykehuset bedre i stand til å håndtere fremtidige investeringsforpliktelser.

For å oppnå den ønskede resultatutviklingen må Sykehuset Telemark fortsette effektiviseringsprosessene de neste årene. En overordnet vurdering tilsier at virksomheten må effektivisere driften med ca. 200 millioner kroner de neste fire årene. Det er viktig at omstillingsarbeidet gjennomføres uten negative konsekvenser for pasientbehandlingen.

Forventet resultatutvikling frem til 2025 og når ulike elementer i budsjettutfordringen inntreffer er illustrert i tabellen under:

Forventet resultatutvikling ØLP	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	SUM
Driftsresultat / styringsfart	-	30 000	30 000	70 000	80 000	80 000	80 000	30 000
Endringer rammebetingelser:								
Trekk etablering avrusning - midlertidig støtte 2018		-31 000						-31 000
Basisbevilgninger - inntektsmodell - ØLP		-15 000	-16 000	-16 000	-16 000	-16 000	-16 000	-95 000
Basisbevilgning - aktivitetsøkning		20 000	25 000	25 000	25 000	26 000	26 000	147 000
Dyre medikamenter, kvalitetskrav, BHT, m.m.		-20 000	-12 000	-15 000	-10 000	-13 000	-6 000	-76 000
IKT investeringer og IKT leveranser:								
Tjenestepriis Sykehuspartner		-2 000	-	-1 000	-4 000	3 000	4 000	0
Mottakskostnader regionale IKT og driftskostnader lokale IKT		-5 000	-5 000	-5 000				-15 000
Øvrig - vedlikeholdsplan		-5 000				-5 000		-10 000
USS prosjekt:								
Finans/avskrivning - stor investering USS					-20 000		-30 000	-50 000
Strålesenter - etablering og drift		-2 000	-2 000	-8 000	5 000	5 000	2 000	0
Omstillingskostnader / risikobuffer / utsatt effekt USS gevinster					-10 000	-30 000	40 000	
Økt budsjettutfordring		-60 000	-10 000	-20 000	-30 000	-30 000	20 000	-130 000
Planlagt intern effektivisering								
Merverdikrav ØLP - effektivisering USS		60 000	50 000	30 000	30 000	30 000		200 000
Forventet effekt av effektiviseringsarbeid	-	60 000	50 000	30 000	30 000	30 000	-	200 000
Driftsresultat - alternativ resultatbane	30 000	30 000	70 000	80 000	80 000	80 000	100 000	100 000
Resultatgrad	0,8 %	0,8 %	1,8 %	2,0 %	2,0 %	2,0 %	2,5 %	2,5 %
Resultatbane - forrige ØLP	30 000	50 000	70 000	80 000	80 000	80 000	80 000	80 000

5 MÅL OG MÅLETALL

Suksessfaktorer	
Mål	Måletall
Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring	
<ul style="list-style-type: none"> • Redusere pasientskader 	<ul style="list-style-type: none"> • Redusere «andel pasientopphold med minst én pasientskade, alle alvorlighetsgrader», med 25 prosent fra 2017-nivå til utgangen av 2023. Dette tilsvarer en reduksjon fra 15,8 prosent (2017) til 11,9 prosent. <p>Kilde: Årlig rapport om pasientskader målt med Global Trigger Tool (GTT), utgitt av Helsedirektoratet.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Bedre pasientsikkerhetskultur 	<ul style="list-style-type: none"> • Øke andel enheter med modent teamarbeidsklima til minst 84 prosent innen 2023. • Øke andel enheter med modent sikkerhetsklima til minst 81 prosent innen 2023. • Svarprosent skal være minst 87 prosent for hver gjennomføring. <p>Kilde: Den årlige medarbeiderundersøkelsen ForBedring i spesialisthelsetjenesten</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Etablere varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 	Informasjon om avvik og data i sanntid er tilgjengelig og brukes aktivt i foretakets forbedringsarbeid.
<ul style="list-style-type: none"> • Redusere uønsket variasjon 	Relevante kvalitetsindikatorer, pakkeforløp, lokale variasjoner ref konsernrevisjonen, EY-prosjektet osv? Sees i sammenheng med OBD 2019 kap 1.6 (Utviklingsavd)
<ul style="list-style-type: none"> • Redusere antall infeksjoner 	<ul style="list-style-type: none"> • Redusere «postoperative infeksjoner etter innsetting av totalprotese (hofte)» med 25 prosent, fra 0,6 prosent (2017) til 0,5 prosent (2023) (Insidens) • Redusere «postoperative infeksjoner etter utført keisersnitt» med 25 prosent, fra 0 prosent (2017) til 0 prosent (2023) (Insidens) • Redusere «postoperative infeksjoner etter fjerning av galleblære (kolecystektomi)» med 25 prosent, fra 0,7 prosent (2017) til 0,5 prosent (2023) (Insidens) • Redusere «andel pasienter som har fått urinveisinfeksjon på sykehus» med 25 prosent, fra 0,8 prosent (2017) til 0,6 prosent (2023) (Prevalens) <p>Kilde: Nasjonal kvalitetsindikator – Folkehelseinstituttet</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Øke 30-dagers overlevelse 	<ul style="list-style-type: none"> • Øke «Overlevelse 30 dager etter innleggelse for hoftebrudd» med 2 prosent, fra 91,6 prosent (2017) til 93,4 prosent (2023). • Øke «Overlevelse 30 dager etter innleggelse for hjerneslag» med 3 prosent, fra 88,2 prosent (2017) til 90,8 prosent (2023). • Øke «Overlevelse 30 dager etter innleggelse» med 3 prosent, fra 95,4 prosent (2017) til 98,3 prosent (2023). <p>Kilde: Nasjonal kvalitetsindikator – Folkehelseinstituttet/Norsk pasientregister</p>

Mål	Måletall
Ledelse og kompetanseutvikling	
<ul style="list-style-type: none"> Rekruttere, utvikle og beholde gode fagpersoner 	<p>Alle ledige stillinger skal lyses ut, rekrutteringsprosessene skal gjennomføres på en ryddig og god måte etter retningslinjene som til enhver tid er gjeldende</p> <p>Sykehuset har fokus på å utvikle kompetanse hos egne ansatte ved å tilby ekstern og intern undervisning, kurs og opplæring tilpasset arbeidsområdet og behovet til den enkelte.</p> <p>Sykehuset tilbyr sine ansatte konkurransedyktige vilkår for å redusere turnover</p>
<ul style="list-style-type: none"> Styrke beslutningskvalitet og gjennomføringskraft i lederlinjen 	<p>Lederopplæring skal gi ledere nødvendig kompetanse og trygghet til å ta de riktige beslutningene og bygge styrke til å stå ved disse beslutningene</p>
<ul style="list-style-type: none"> Styrke lederkompetansen innen endringsledelse 	<p>Prosjektet i regi av E&Y er forankret i endringsledelse som verktøy. Prosjektet vil tilføre organisasjonen økt kompetanse i å håndtere og implementere endringer, spesielt innenfor god pasientlogistikk og effektive arbeidsprosesser. Prosjektet pågår i to klinikker og involverer mange ledere på alle nivå.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Sikre at vi har en organisasjon som understøtter virksomheten 	<p>Kontinuerlige prosesser for å organisere virksomheten slik at effektiv drift understøttes for å sikre gode pasientbehandling.</p>
Optimal ressursbruk	
<ul style="list-style-type: none"> Bedre kommunikasjon, pasientflyt og logistikk gjennom implementering av kliniske logistikk-løsninger med tilhørende virksomhets- og utviklingsprogrammer 	<p>Har startet innføring av løsninger fra regionalt prosjekt</p>
<ul style="list-style-type: none"> Gjennomføre forbedrings- og virksomhets-utviklingsprosjekter vedtatt i Utviklingsprogrammet 	<p>Har gjennomført prosjekter i hht. Utviklingsprogram</p>
<ul style="list-style-type: none"> Innføre gode og bærekraftige driftsmodeller (driftskonsept for bl.a. akuttmottak og sengeposter vedtatt i konseptfase) i forbindelse med prosjekt «Utbygging somatikk Skien» 	<p>Har startet innføring av nye driftsmodeller</p>
<ul style="list-style-type: none"> Etablere system og rutiner for gevinstuttak og -oppfølging 	<p>System etablert og innført. Dokumentert i virksomhetsstyringsmodellen.</p>

Medisinske strategiske områder	
Mål	Måletall
Kreft	
<ul style="list-style-type: none"> Sykehuset Telemark etablerer det neste strålesenteret i HSØ som skal dekke 80 % av behovet for stråling til befolkningen i Telemark og Vestfold. 	Gjennomført
<ul style="list-style-type: none"> Pasienter fra Telemark skal ha minimum lik bruk av stråleterapi som pasienter fra Oslo 	45% alle nye krefttilfeller (insidensen) får stråleterapi
<ul style="list-style-type: none"> Etablere desentralisert kreftbehandling i kommunene 	Gjennomført
<ul style="list-style-type: none"> Riktig dimensjonering av diagnostisk kapasitet 	Ingen forsinkelser i pakkeforløpene for kreft som følge av for lav diagnostisk kapasitet
<ul style="list-style-type: none"> Oppfylle nasjonale krav til pakkeforløpene 	Måloppnåelse 70%
<ul style="list-style-type: none"> Klinisk forskning etablert i kreftavdeling 	Minimum 1. forskningsprosjekt per år
<ul style="list-style-type: none"> Øke fem års overlevelse 	Årlig forbedring
Psykisk helsevern og rusbehandling	
<ul style="list-style-type: none"> Opprettholde antall forskningsprosjekt fra år til år 	Minimum tre pågående forskningsprosjekt per år
<ul style="list-style-type: none"> Innføre pakkeforløp og oppnådd måletall i tråd med nasjonale føringer 	Måloppnåelse i hht nasjonale krav
<ul style="list-style-type: none"> Etablere oppfølgings/ behandlingsteam i samarbeid med kommunene for personer med alvorlige og sammensatte lidelser som har behov for oppfølging/ behandling over lengre tid. F.eks. FACT-team, fleksible boenheter 	Gjennomført i minimum 3 kommuner
<ul style="list-style-type: none"> Redusere bruk av tvang 	Tvang reduseres fra dagens nivå i hht sentrale føringer (tvangsinnleggelse og tvangsmiddelbruk)
<ul style="list-style-type: none"> Utrede og videreutvikle behandlingstilbudet for personer dømt til behandling og personer i varetektssurrogati 	Planer skal etableres og praksis implementeres
<ul style="list-style-type: none"> Riktig bruk av psykofarmaka 	Reduksjon i forhold til 2018-nivå
Akuttkjede	
<ul style="list-style-type: none"> Telemark skal ha Norges beste akuttkjede 	<ul style="list-style-type: none"> Spesifikke kvalitetsmål for akuttflyter skal være innfridd Felles prosedyrer skal være kjent og tatt i bruk i alle ledd av akuttkjeden STHF og alle 16 kommuner i Telemark skal ha implementert samhandlingsverktøyene (akuttsekk, følgeskjema, osv)
<ul style="list-style-type: none"> Trygge medisinske tjenester for alle akutte tilstander for befolkningen i hele Telemark 	
<ul style="list-style-type: none"> En helhetlig, sammenhengende akuttkjede 	
<ul style="list-style-type: none"> Ensartet kunnskapsbasert praksis 	

Mål	Måletall
Barn og unge	
<ul style="list-style-type: none"> Videreutvikle intensivkompetansen 	<ul style="list-style-type: none"> Etablert systematisert opplæring og vedlikehold av kompetanse hos leger og sykepleiere, samt praktisk trening på tvers av klinikker. Vil vil dokumentere økning av denne aktiviteten fra år til år. Kompetansen dokumenteres i Gat. Dokumenterer deltakelse i nasjonale/regionale kurs, hospitering andre sykehus, blant annet i henhold til opplæringsplan for LIS. Opplæringsplan settes opp for hver enkelt ansatt. Individuelle kompetanseplaner pr ansatt. Følges opp av leder og den ansatte årlig. Etablert samarbeidsavtaler mellom avdeling for barne- og ungdomsmedisin, akuttmottak og intensivavdeling.
<ul style="list-style-type: none"> Foregangsklinikk for god transisjon ved overgang ungdom – voksen ved STHF og mot kommunene 	<ul style="list-style-type: none"> Etablert pasientkoordinator. Etablert retningslinjer og planer i samarbeid med klinikkene for gode transisjoner på tvers av klinikkene BUK/ Medisin/KPR. Måle aktivitet i henhold til de etablerte retningslinjene i DIPS. Etablert samarbeid med kommunehelsetjenesten, økt tilgjengeligheten for fastlegene. Inkludere ungdomsrådet i arbeidet.
<ul style="list-style-type: none"> God tilgjengelighet til ABUP 	<ul style="list-style-type: none"> Ventetid til ABUP under 30 dager. Måloppnåelse av pakkeforløp
<ul style="list-style-type: none"> Styrke kompetansen og evnen til å leve med kroniske sykdommer, samt styrket arbeidet med kronikergrupper i klinikken og mot kommunale samarbeidspartnere 	<ul style="list-style-type: none"> Etablert samarbeidsmøter med kommunene Utarbeidet retningslinjer for å ivareta pasienter på tvers i klinikken, inkludert liaisonfunksjoner. Måle økt liaisonfunksjon i klinikken i DIPS. Etablert kursvirksomhet for pasient, pårørende, kommune og egne ansatte. Vurdert grunnlag for individuell plan for 100% av kronikerene. Måles i DIPS

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Sommerferieavvikling 2019

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
061-2019	Adm dir Tom Helge Rønning HR-direktør Mai Torill Hoel	Orientering	23.10.19

Trykte vedlegg: Ingen

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

Ja, dårlig avvikling av sommerferie kan ha konsekvenser for tilstedeværelse av ressurser og kompetanse.

Ingress:

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

Det er foreløpig ikke trukket noen endelig konklusjon i forhold til valg av gjennomføringsmodell for 2020, men administrasjonen vil fortsette arbeidet med å legge til rette for en best mulig plan for det kommende året og sørge for beslutning og kommunikasjon så raskt som mulig.

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Skien, den 14. oktober 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Bakgrunn for saken/faktabeskrivelse

1. Evaluering av sommerferieavviklingen 2019

Saken sammenstiller og oppsummerer erfaringer fra gjennomføring av årets sommerferieavvikling ved foretaket. Oppsummeringen er basert på klinikkenes – med underliggende organisasjonsheters – egnevaluering, eller «selvangivelse», på temaer/spørsmål spesifisert i et skjema sendt til klinikkjef fra HR.

Det standardiserte spørreskjemaet besto av stikkord og åpne tekstbokser. Dette for å få tilbakemelding på relevante punkter. Det er således ikke benyttet kvantitativ metode, men kvalitativ i form av skriftlig fritekst.

Følgende temaer ble det bedt om kommentar på:

- Planleggingsprosessen: oppstart, overholdelse av frister, ferieoppsett og ressurstilgang/kompetanse
- Iverksatte tiltak: stengning, samarbeid på tvers
- Bemanningssituasjon sammenliknet med ordinær drift, når forelå arbeidsplaner, huller m.m.
- Ble arbeidsplan/hjelpeplan godkjent av tillitsvalgt, eller ble den iverksatt uten godkjenning
- Hvordan ble udekkede vakter løst
- Vurdering av arbeidsbelastning
- Pasientstrøm i forhold bemanningsplan
- Uforutsette hendelser
- Leger: arbeidsplaner, ferieavvikling, pasient-/behandlingsvolum, forsvarlighet
- Erfaringer til neste år – positive/negative
- Til 2020: Nye tiltak, forbedringsområder
- Annet

HOVEDTREKK:

Til tross for store variasjoner i tilbakemeldingene, fremstår like fullt noen hovedtrekk:

- I hovedsak er det samsvar mellom bemanningsplaner/kompetanse og behov ved planlegging av ferieavviklingen, samt overholdelse av frister.
- Det har vært uvanlig høyt pasienttrykk, særlig i akuttmottak og i medisinsk klinikk.
- Beslutning om sommerstengt kirurgi 4 uker på Notodden kom sent, eller ble kommunisert sent, og ga utfordringer mht. planlegging/arbeidsplaner, og med hensyn til pasientstrøm og belastning i Skien.
- Konsekvensene av sommerstengingen på Notodden for økt belastning i Skien, fremstår som undervurdert.
- Utskrivningsklare pasienter (overliggere) har gitt merbelastning ved at kommunene ikke har tatt de imot, særlig tyngre pasienter som er kommunalt ansvar.
- Ortopediske leger melder svært krevende arbeidsbelastning, der tilgjengelig operasjonstid i stor grad var på natt.
- Sykefravær skapte problemer ved enkelte seksjoner, og forsterket en fra før krevende bemanningssituasjon.
- Mange fremholder viktigheten av å begynne planleggingen tidlig, samt at overordnede beslutninger og premisser må fattes tidlig.
- Bemanningssenteret har begrenset kapasitet til å levere vikarer/ekstra personell.
- Generelt er det krevende å få tak i kompetente vikarer på mange fagområder.
- LEGER: Bestemmelser for arbeidsplaner ved sommerferieavvikling og tilhørende honoreringsbestemmelser er regulert i overenskomstens A2-del. Det er ikke rapportert om særlige problemer med å etablere hjelpeplaner og avvikle ferie for leger.

Erfaringer, forbedringsområder og nye tiltak

- Tidlig planlegging er kritisk for god avvikling av sommerferie
- Overordnede premisser fra sykehusets ledelse må foreligge tidlig, som stengninger, sammenslåinger m.m.
- Avklare aktivitetsnivå i lavdriftsperioden på overordnet nivå
- Aktivitet, dimensjonering av kapasitet, og samordning på tvers av klinikker, sengeposter må sikres
- Økende kompetansebehov, faglige krav til vikarer, fokus på rekruttering og opplæring/oppfølging
- Opprette en leddpost med ca. 8 senger med lav pleiefaktor (lik sykehjem) for å samle de utskrivningsklare pasientene.
- Ha sterkt fokus på drift akuttmottak for å unngå å legge inn KAD-pasienter som bør snus senest første morgen
- Daglige samarbeidsmøter mellom relevante seksjoner, mulighet for omfordeling av ressurser

Innspill fra tillitsvalgte

Tillitsvalgte ble bedt om å komme med sine tilbakemeldinger på årets sommerferieavvikling. De har avgitt følgende felles uttalelse fra «tirsdagsmøtet» til HRs temaer:

- Planleggingsfasen: Hver seksjon har planlagt greit hver for seg, men vi opplever at man ikke har samkjørt planleggingene. Vi mener fortsatt at nedtak av senger i medisinsk klinikk var altfor høyt, noe vi også varslet før sommeren.
- Varslingsfrister og drøfting av ferieoppsett: Varslingsfrister av ferie er overholdt. De fleste turnuser kommer til tillitsvalgte innenfor avtalt tid, noen kommer så seint at det blir umulig for tillitsvalgte å overholde fristen. Drøfting av ferieoppsett/bemanningsplaner har ikke vært gjennomført
- Bemanningssituasjon og arbeidsbelastning: Tillitsvalgte har varslet bekymring for dårlig bemanning på medisinsk klinikk og da spesielt knyttet opp mot kompetanse. Tilbakemeldingen fra våre medlemmer har vært at det har ekstremt høy belastning i både medisinsk klinikk og kirurgisk klinikk og akuttmottak i Skien, spesielt de 4 første ukene.
- Godkjenning av arbeidsplan og udekkede vakter: Altfor mange vakante vakter på medisinske sengeposter. Turnuser som sendes over til godkjenning er ufullstendige. Hvorfor gjøres dette?
- Gjennomføring av sommerferieavvikling, hvordan gikk det: Det ble meldt inn fra tillitsvalgte, et behov for et ekstra operasjonsteam på lørdag og søndag, dette ble ikke iverksatt. Resultatet er at det mange pasienter må vente lenge. Problematisk både for kirurgene og sengepostene. Som tidligere nevnt var det ekstremt høy belastning de 4 første ukene. Tilbakemeldingen er også at ferieavvikling for ledere i medisinsk klinikk var for dårlig koordinert, dette førte til at det i perioder var for få ledere tilstede.
- Uforutsette hendelser, problemstillinger som oppsto: Mye bruk av dobbeltvakter og all EFO, vakanser i turnus som ikke var løst i forkant, avvik har ikke blitt skrevet fordi vikarer ikke hadde opplæring og de fast ansatte ikke hadde tid. Spisepauser har ikke vært gjennomført pga høy arbeidsmengde.
- Tiltak og forbedringsområder til neste år: Mer realistisk senge-nedtak, planlegging må være mye bedre og på et mye overordnet nivå. Dette kan ikke ligge på seksjonsnivå. Det må være en dedikert person som samkjører dette, type: «sommerkoordinator». Starte mye tidligere med å få tak i sommervikarer. Inngå lengre avtaler. Tørre å inngå avtaler med forbundene om utvidet arbeidstid, slik at turnusene kan være lovlige.

Hovedverneombudet støtter og er med på «tirsdagsmøtets» uttalelse, og har i tillegg gitt egen tilbakemelding som underbygger og nyanserer bildet. Ytterligere er kommentert fra HVO:

«Sykehuset har for dårlig mulighet til å regulere innendørs varme på sommer. Mange steder har vi ikke ventilasjonsanlegg med kjøling, og flere steder har vi ikke ventilasjonsanlegg overhodet. Dette fører til et for dårlig innemiljø. Sommervarmen kommer igjen til neste år, og vernetjenesten etterlyser en troverdig plan for å bedre de ansattes fysiske arbeidsmiljø om sommeren. Dette er forhold som meldes fra hele sykehuset, og som gjelder både sengeposter, poliklinikker og kontortjenester.

I forbindelse med evaluering av sommer 2019, ønsker vernetjenesten en kartlegging av antall berørte seksjoner og plan for utbedring.»

2. Spesielle forhold knyttet til Notodden sykehus

Med bakgrunn i pasientsvikt, utfordringer med å rekruttere kompetent pleiepersonale, krevende økonomi og en generelt sårbar situasjon, besluttet administrerende direktør i ledermøte 11. februar 2019 redusert kirurgisk tilbud ved Notodden sykehus i fire uker i sommer.

Alle berørte klinikker støttet forslaget, bla. med bakgrunn i at tiltaket skulle bidra til enn mer solid og bærekraftig kirurgisk aktivitet i Notodden resten av året. Det er likevel ikke til å legge skjul på at fagmiljøene var kritiske og i utgangspunktet ikke ønsket en slik driftsmodell.

Evaluering

Det ble holdt evalueringsmøte på Notodden fredag 13. september med bred deltakelse. Her deltok medisinsk avdeling (avdelingsleder, seksjonsleder, stedfortredende medisinsk faglig rådgiver), prehospitaltjenester (seksjonsleder), Fova/akuttmottak (avdelingsleder og seksjonsleder), operasjon/anestesi (seksjonsleder), anesthesioverlege (avdelingsleder) og hovedtillitsvalgt NSF.

I Skien ble det torsdag 19. september avholdt evalueringsmøte i kirurgisk klinikk der følgende deltok: klinikkens 3 avdelingsledere, seksjonsledere for gastroleger og ortopediske leger, inkludert seksjonsledere for tilhørende sengeposter (gastro/ortopedi/kirurg 1).

Fredag 20. september hadde kirurgisk avdeling Notodden evalueringsmøte med radiologi (avdelingsleder og seksjonsleder).

Onsdag 25. september ble det på telefon gitt en tilbakemelding fra hovedtillitsvalgt i Fagforbundet.

I samarbeid med samhandlingskoordinator er det bedt om en evaluering av sommerdriften i nevnte uker fra fastleger og legevakter i øvre Telemark. Det har kommet svar fra 2 fastleger og 1 kommuneoverlege.

Hovedfunn

Det fremkommer av evalueringen at det har vært vanskelig å kommunisere innholdet i driftsmodellen på en forståelig måte. Dette medførte en del misforståelser, både internt og eksternt som kunne vært unngått med bedre planlegging og tydeligere kommunikasjon.

Driftsmodellen har ført til økt press på ansatte, både på Notodden og i fagmiljø, på sengeposter og i akuttmottaket i Skien.

Det har vært utfordrende å styre pasientflyten innen radiologi, spesielt etter kl. 18 på ettermiddagen når kirurgiske pasienter skulle sendes til Skien til røntgenundersøkelse. Økt pasienttilgang utover hva som var forventet i Skien medførte økt belastning på personalet og ventetider, spesielt i akuttmottak.

Driften på sengepostene på Notodden har stort sett fungert bra, men det har ikke vært god nok utnyttelse av de 4 kirurgiske sengene. Dette skapte i tillegg frustrasjon i Skien fordi det her til tider var veldig høyt belegg.

Overlegene på Notodden anbefaler ikke at årets driftsmodell gjentas neste år. Hvis modellen med sommerstengt kirurgi på Notodden opprettholdes, mot tillitsvalgtes råd, må radiologisk tilbud være bedre, med tydeligere avtale om å ta bilder fra legevakt etter kl. 15 og etter kl. 18. Da må det avklares at bildene tolkes og relevante spesialiteter følger opp bildene. I tillegg må man planlegge sommeren mye tidligere, og avklare mye tidligere konkrete pasientgrupper som kan tas imot og som kan ligge i kirurgiske senger sommeren 2020. Både medisinske og kirurgiske overleger er kritiske og har i sin tilbakemelding gitt

uttrykk for flere forhold som de mener er skadelig for pasientsikkerheten, påliteligheten og omdømme for Notodden sykehus.

Til slutt kan nevnes at det ble registrert totalt 6 avvik i TQM som kan relateres helt eller delvis til situasjonen med redusert drift på Notodden, ett på Notodden og 5 i akuttmottaket i Skien. Avvikene, i tillegg til øvrige funn i evalueringen, blir tatt med i forbindelse med planlegging og endelig beslutning av driftsmodell for 2020.

Resultatet av evalueringen er gjennomgått i sykehusets ledergruppe tirsdag 15/10 og vil danne grunnlag for planlegging av neste års sommerdrift. Forslag til driftsmodell for sommeren 2020 vil bli lagt frem for ledergruppen for beslutning innen utløpet av inneværende år.

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Revidert mandat brukerutvalget Sykehuset Telemark HF

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
062-2019	Administrerende direktør Tom Helge Rønning Konsulent Anne Borge Kallevig og spesialrådgiver Tone Pedersen	Beslutning	23.10.2019

Trykte vedlegg: Utkast til revidert mandat for brukerutvalget ved STHF

Utrykte vedlegg: Ingen

Ingress:

Mandatet for brukerutvalget ved Sykehuset Telemark HF er revidert i henhold til styrets innspill i styremøtet 19. juni 2019. Utkast til revidert mandat ligger som vedlegg til saken.

Forslag til vedtak:

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

Skien, den 14. oktober 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Bakgrunn for saken:

I styremøtet 19. juni 2019 ba styret administrasjonen om å revidere mandatet til brukerutvalget på områdene:

1. spesifisere kriterier for geografisk spredning – kandidat(er) fra nord-fylket skal være representert
2. spesifisere krav til organisasjonene, slik at styret får god informasjon og har et reelt valg ved valg av kandidater til brukerutvalget
3. brukerutvalget skal gjenspeile bredden i sykehusets virksomhetsområde med hensyn til representanter fra psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Følgende endringer foreslås i revidert mandat i henhold til styrets innspill:

Ad. punkt 1

Under overskriften «Kriteriene for sammensetning er» kulepunkt fire endret. Tekst i kursiv er lagt inn:

Alminnelige prinsipper for kjønnsmessig representasjon følges. Geografisk representasjon ivaretas i størst mulig grad – *nordfylket skal være representert*. Det skal legges til rette for representasjon av yrkesaktive, personer som er trygdet og alderspensjonister.

Ad. punkt 2

I fjerde avsnitt under overskriften «Nominasjon, oppnevning og konstituering av brukerutvalg for STHF» er noe av teksten endret og ny tekst lagt inn (se tekst under i kursiv):

De som inviteres til å foreslå kandidater kan samarbeide slik at kandidater til utvalget samlet sett oppfyller kriteriene. *Organisasjonene skal foreslå prioritert liste med flere kandidater enn antallet foreningen har fått tildelt, slik at styret har et reelt valg på kandidater. Presentasjon av kandidatene, som enten bruker eller pårørende, og kandidatens erfaringer, kompetanse, nettverk, verv, organisasjons-tilknytning samt bosted må foreligge fra organisasjonene ved innsendelse av forslag.*

Ad. punkt 3

Det foreslås ingen endringer i mandatet på dette området da dette er beskrevet i kulepunkt to under overskriften «Kriteriene for sammensetning»

Sammensetningen av brukerutvalget må gjenspeile bredden i virksomhetsområdet gjennom balansert representasjon fra somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer.

Administrerende direktørs vurdering:

Administrerende direktør anbefaler at styret vedtar administrasjonens forslag til revidert mandat for brukerutvalget ved Sykehuset Telemark HF.

Mandat for brukerutvalget for STHF

Brukerutvalgets rolle er å være:

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

Brukerutvalgets formål er å:

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

Brukerutvalgets oppgaver er å:

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

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

Kriterier for sammensetning av brukerutvalg for STHF

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

Kriteriene for sammensetning er:

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

Funksjonstid

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

Nominasjon, oppnevning og konstituering av brukerutvalg for STHF

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

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

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

De som inviteres til å foreslå kandidater kan samarbeide slik at kandidater til utvalget samlet sett oppfyller kriteriene. Organisasjonene skal foreslå prioritert liste med flere kandidater enn antallet foreningen har fått tildelt, slik at styret har et reelt valg på kandidater. Presentasjon av kandidatene, som enten bruker eller pårørende, og kandidatens erfaringer, kompetanse, nettverk, verv, organisasjons-tilknytning samt bosted må foreligge fra organisasjonene ved innsendelse av forslag.

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

Styret velger leder og nestleder etter forslag fra Brukerutvalget selv.

God dialog sikres mellom berørte parter i oppnevningsprosessen.

Habilitet og konfidensialitet

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

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Ledelsens gjennomgang (LGG) 2019

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
063-2019	Administrerende direktør Tom Helge Rønning, spesialrådgiver Tone Pedersen	Orientering	23.10.2019

Trykte vedlegg: Referat med tiltaksplan fra LGG 2019

Utrykte vedlegg: [Administrerende direktørs instruks](#)

Har saken betydning for pasientsikkerheten?

Ja. Formålet med et velfungerende styringssystem er å støtte opp om lovpålagte krav innen ledelse og kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet, HMS samt informasjonssikkerhet. Hensikten med LGG er å evaluere styringssystemet for å sikre at dette fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring.

Ingress:

Hensikten med saken er å gi styret et referat fra Ledelsens gjennomgang (LGG) avholdt i 2019, jfr. administrerende direktørs instruks punkt 4. Administrerende direktørs hovedoppgaver tredje avsnitt under overskriften Informasjon til styret.

Ledelsens gjennomgang på overordnet nivå for Sykehuset Telemark ble gjennomført 27. august 2019. Ledelsens gjennomgang for miljøsystemet 2019 ble gjennomført som en del av den totale LGG for Sykehuset Telemark HF.

Referat med tiltaksplan fra gjennomført LGG 2019 ligger som vedlegg til saken.

Forslag til vedtak:

Styret tar Ledelsens gjennomgang (LGG) 2019 til orientering.

Skien, den 14. oktober 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Bakgrunn for saken

Foretaket har gjennomført Ledelsens gjennomgang (LGG) i 2019 og hensikten med saken er å gi styret en orientering fra gjennomgangen. Administrerende direktør skal, i henhold til instruks, én gang per år gi styret et referat fra LGG av styringssystemet jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 8 f. Dette for å sikre at kravene til helseforetaket følges, om kvaliteten på systemene, tjenestene og resultatene er som forventet, samt hva som bør forbedres i styringssystemet og hvordan.

Foretaket benytter LGG som et av verktøyene i forbedringsarbeidet for å få et godt fungerende styringssystem. I LGG evalueres aktuelle elementer i styringssystemet i en årlig gjennomgang for å vurdere hvor godt det fungerer og gir nødvendig støtte for at foretaket skal oppnå fastsatte mål. Relevante systemelementer er gjennomgått med fokus på å løfte frem utfordringer til diskusjon og iverksetting av tiltak ved behov. Relevante tiltak besluttet i LGG, som er kostnadsdrivende, spilles inn som elementer i budsjettprosessen.

Endringer etter LGG 2018

Ledelsens gjennomgang på miljø er ytterligere integrert i LGG på foretaksnivå. Administrerende direktør besluttet at;

«Klinikkjefene er ansvarlige for å gjennomføre LGG på klinikknivå fra og med 2019. LGG på klinikknivå skal tilpasses klinikkenes størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig».

LGG 2019

LGG 2019 på foretaksnivå ble gjennomført 27. august 2019 av direktørens ledergruppe. Referat med tiltaksplan ligger som vedlegg til saken.

På foretaksnivå ble styringssystemet vurdert på følgende områder:

1. Oppfølgingstiltak etter ledelsens tidligere gjennomgang
2. Vurdering av prestasjoner og måloppnåelse
3. Lederavtaler og fullmakter
4. Lover, forskrifter, nasjonale retningslinjer og andre myndighetskrav
5. Endringer i eksterne og interne forhold som har betydning for styringssystemet inkl. behov og forventninger hos interesseparter
6. Opplæring, kompetanse og rekruttering, inkl. dokumentasjon
7. Risikostyring
8. Brukermedvirkning og samvalg på system, og individ nivå
9. Samhandling med kommuner og fastleger
10. Gjennomføring og implementering av strategi/ utviklingsoppgaver/ prosjekter
11. Beredskap
12. Kvalitet og pasientsikkerhet
13. Uønskede hendelser/ avvik og korrigerende tiltak
14. Interne revisjoner
15. Eksterne revisjoner / eksterne tilsyn
16. Hendelsesbaserte tilsyn/klagesaker
17. Informasjonssikkerhet og personvern
18. Miljø

I forkant av foretakets gjennomgang ble LGG gjennomført i alle klinikker og resultatene inngår som underlag til overordnet LGG på områdene 2-4, 6-8, og 12-15 over.

LGG for miljøsystemet inngår i overordnet LGG, men saksunderlag og presentasjon er tilpasset krav i ISO-standarder.

Gjennomgangen viser at det er behov for forbedring på flere områder og tiltak er vedtatt.

Oppsummert tiltaksliste fra LGG med ansvar og frist vil følges opp i 3. tertialrapportering 2019 og status før neste LGG (2020).

Administrerende direktørs vurdering:

Administrerende direktør anbefaler at styret tar Ledelsens gjennomgang (LGG) 2019 til orientering.

Ledelsens gjennomgåelse (LGG) 2019

Referat med tiltaksplan:

Direktørens ledergruppe STHF

Dato: 27. august 2019

Tilstede:

Tom Helge Rønning, administrerende direktør

Hilde Brugård, vara for Henrik Høyvik, Medisinsk serviceklinikk

Jon Gunnar Gausel, Barne- og ungdomsklinikken

Kjetil Christensen, Kirurgisk klinikk

Per Urdahl, Medisinsk klinikk

Frank Hvaal, Akutt- og beredskapsklinikken

Lars Ødegård, Klinikk for psykisk helse og rus

Halfrid Waage, fagdirektør

Annette Fure, utviklingsdirektør

Elin Marie Skei, Service og systemledelse

Mai Torill Hoel, HR-direktør

Lars Kittilsen, kommunikasjonssjef

Liv Carlsen, miljøkoordinator

Tone Pedersen, spesialrådgiver og referent

Referatet vedtas av Direktørens ledergruppe i ledermøte 10. september 2019.

Ledelsens gjennomgang for miljøsystemet 2019 ble gjennomført som en del av den totale LGG for Sykehuset Telemark HF.

1. Oppfølgingstiltak etter tidligere LGG		
Konklusjon/ behov for endringer:		
Tiltaksarbeidet etter LGG 2018 ser ut til å være godt fulgt opp og status viser god kontroll på restanser. Årets gjennomgåelse ivaretar oppfølging av restanser fra fjoråret. Det foreslås å videreføre etablert system for oppfølging etter LGG.		
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Se punkt 13 tiltak nr. 1	Se punkt 13 tiltak nr. 1	Se punkt 13 tiltak nr. 1
2. Vurdering av prestasjoner og måloppnåelse		
Konklusjon/ behov for endring:		
Rapportering: det etterlyses en mer oversiktlig og brukervennlig ledelsesinformasjonssystem. Systemutviklingen er en oppgave som kan initieres på foretaksnivå, men som gjennomføres som en regional prosess. HSØ har satt i gang prosjektarbeid for utvikling av datavarehus / rapporteringsverktøy og det forventes bedre rutiner over tid.		

<p>Intern måloppnåelse: Det er rom for forbedring i klinikkens arbeid med korrigerende tiltak og gjennomføring av langsiktige/varige driftsforbedringer, i tråd med lederavtalene og budsjettmålene. Det er behov for mer fokus på å fjerne kildene til avvik, øke læringseffekten og etablere en bærekraftig drift i klinikkene, i tråd med fastsatte driftsrammer.</p>		
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Igangsetting av sykehusovergripende forbedringsarbeid forventes å bidra til et løft i internt forbedringsarbeid, som vil bidra til identifisering av effektiviseringsmuligheter på tvers av klinikkene. Forbedringstiltak av høyere kvalitet og mer forankring internt vil sikre bedre måloppnåelse.	Økonomidirektør i samarbeid med kliniksjeferne	Budsjettprosess 2020 og vurdering av resultater i løpet av driftsåret 2020
Status forbedringstiltak/ forbedringsprosjekt tas inn i virksomhetsrapporten	Økonomidirektør	Utvikles over tid
Opplæring i bruk av styringsdata og tilgjengeliggjøring av relevant styringsinformasjon	Økonomidirektør og HR-direktør/(SVAR)	Utvikles over tid
Videreutvikle og tilpasse virksomhetsrapporten til ulike brukergrupper	Økonomidirektør	Utvikles over tid
<h3>3. Lederavtaler og fullmakter</h3>		
<p>Konklusjon/ behov for endring:</p> <p>Dagens lederavtaler er tilfredsstillende med hensyn til innhold/struktur.</p>		
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Tettere oppfølging av avdelingsvise og seksjonsvise lederavtaler, slik at samtlige avtaler signeres innen fristen utgangen av februar.	Økonomidirektør	Første gang feb. 2020, deretter årlig
I lederavtalene fastsetter kliniksjeferne tre forbedringsområder som bør følges opp i dialogmøter med administrerende direktør. Mal for dialogmøtene må justeres og hyppighet for oppfølging må avklares.	Økonomidirektør	Høst 2019

4. Lover, forskrifter, nasjonale retningslinjer og andre myndighetskrav

Konklusjon/ behov for endring:

Systemet er etablert. Utfordrende for organisasjonen å etterlevelse av omfattende lovverk i linja. LGG fra klinikkene viser at det er ønske om automatisk informasjon om større og vesentlige endringer.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Jf. pkt. 5 tiltak nr. 2	Jf. pkt. 5 tiltak nr. 2	Jf. pkt. 5 tiltak nr. 2
Årlig gjennomgang av oppsett for virksomhetsrapport for å tilpasse denne til endrede/nye krav f.eks. i oppdrag og bestilling	Økonomidirektør	Starten av det enkelte år

5. Endringer i eksterne og interne forhold som har betydning for styringssystemet inkl. behov og forventninger hos interesseparter

Konklusjon/ behov for endring:

Systemet fungerer i hovedsak tilfredsstillende.
Behov for tydeliggjøring av eierskap på enkelte områder.
Tilpasse virksomhetsrapporten til LG/styre og til HSØ (tertialvis) til endringer i krav og forventninger.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Beskrive problemstillingen for postmottak og arkiv, bruk av P360 ihht. Krav og ansvarsområder, samhandling, opplæring og organisering.	Klinikkisjef Elin Skei i samarbeid med fagdirektør, kommunikasjonssjef samt andre aktuelle deltakere	Okt. 2019
Etablere system for deling av informasjon, for eksempel på intranett – for tilsyn/revisjoner, eksterne høringer, endrete lovkrav etc.	Kommunikasjonssjef	Parallelt med nytt intranett (1. jan. 2020)

6. Opplæring, kompetanse og rekruttering, inkl. dokumentasjon

Konklusjon/ behov for endring:

Per i dag har ikke sykehuset et samlet verktøy for oversikt, oppfølging eller rapportering for ansattes kompetanse.

Det er behov for systemstøtte for å få en oversikt på sykehusnivå når det gjelder status og behov for rekruttering, kompetanseutvikling og opplæring.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Vurdere å innføre Kompetanseportalen Dossier for alle medarbeidere (oversikt	HR-direktør	15. okt. 2019

over ansattes kompetanse og opplæringsbehov) – Ledergruppesak med beslutning i henhold til budsjettprosess (Oppfølging av restansepunkt 4.2 LGG 2018)		
Arbeidsgruppe/prosjekt for å kartlegge læringsaktiviteter i sykehuset - forslag til framtidig læringsplattform for STHF	Utviklingsdirektør	Høst 2019
Robotisering av arbeidsavtaler - Ledergruppesak med beslutning i henhold til budsjettprosess	HR-direktør	Høst 2019
Restanse fra LGG 2018: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluere systemet med obligatoriske e-læringskurs. • Vurdere e-læringsplattform 	HR-direktør	Høst 2019
7. Risikostyring		
<p>Konklusjon/ behov for endring:</p> <p>Risikovurdering er innarbeidet i klinikkene. Behov for tydeliggjøring av når det skal gjøres risikovurdering, på hvilket organisasjons-, detaljeringsnivå og systematikk for oppfølging av risikoområder. Behov for mer enhetlig og aktiv tilnærming til risikostyring.</p>		
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Revidere og tydeliggjøre prosedyre for risikostyring der følgende momenter skal vurderes: <ul style="list-style-type: none"> • på hvilke områder skal det gjøres risikovurdering • når bør det gjøres overordnet på HF nivå/ når lenger ned i organisasjonen • mulighet for trinnvis tilnærming på utvalgte områder f.eks. HMS/arbeidsmiljø– forenklet risikovurdering som ut i fra risikonivå utløser detaljert risikovurdering 	Fagdirektør	Oppstart 2019
Vurdere mer systematikk for oversikt og oppfølging av risikoområder for sykehuset.	Fagdirektør i samarbeid med ledelsen	Oppstart 2019
Behov for systemstøtte/krav til systemstøtte for risikovurdering i nytt forbedringssystem	Fagdirektør	I sammenheng med prosjekt «Nytt forbedringssystem»
Plan for opplæring i risikostyring	Fagdirektør	2019 - 2020

8. Brukermedvirkning og samvalg på system, og individ nivå

Konklusjon/ behov for endring:

Systemansvaret for området bør defineres tydeligere, og ressurser tilpasses oppgaven. Brukermedvirkning og samvalg kan tematiseres tydeligere overfor medarbeidere. Det er behov for en bedre systematikk og bruk av tilbakemeldinger fra brukerundersøkelser.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Avklare systemansvar	Administrerende direktør	Okt. 2019
Opplæring i 4 gode vaner for alle – avklare kompetanse-/ressurssituasjon for videre opplæringstilbud	Systemansvarlig	Des. 2019
Resultater fra PasOp presenteres i LG/KPU	Systemansvarlig	Løpende
Resultater lokal brukerundersøkelse presenteres i BU, LG/KPU 2-4 ganger årlig	Systemansvarlig	Iverksatt
Bruk av samvalgsverktøy og metodikk: Innhente informasjon fra brukergrupper for evaluering av omfang og virkning	Systemansvarlig	Høst 2019

9. Samhandling med kommuner og fastleger

Konklusjon/ behov for endring:

Etablert arbeidsgrupper for samhandling der noen kommuner deltar, etablert prosess for at alle kommuner involveres i høring for å sikre forankring før avtaler inngås i samarbeidsutvalget. Behov for videre oppfølging av igangsatt tiltak for å sikre implementering av beslutninger.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Videre oppfølging tiltak for implementering av beslutninger i samhandling med kommunene (restanse fra LGG 2018)	Fagdirektør (Samhandlingskoordinator)	2020

10. Gjennomføring og implementering av strategi/ utviklingsoppgaver/ prosjekter

Konklusjon/ behov for endring:

Viktig at tiltak og strategi henger sammen med det vi allerede holder på med, slik at strategien og implementeringen av denne blir en naturlig del av virksomheten og ikke en skrivebordøvelse «ved siden av» alt annet. Strategi knyttes nå sammen med Utviklingsprogrammet vedr valgte prioriteringer og tiltak. Går nå inn i andre strategiperiode (2020-2022). Fortsatt krevende å identifisere og gjennomføre de gode tiltakene for å realisere strategien.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Gjennomgang i klinikkenes ledergrupper av utkast til strategiske mål for innspill og korrigeringer. Evt. konkretisering av tiltak.	Administrerende direktør og utviklingsdirektør	30. sept. 2019
Kommunikasjonsplan for strategien (etter vedtak av styret), evt. også hvordan/om kommunisere kjerneverdier	Kommunikasjonssjef	31. des. 2019
10. Gjennomføring og implementering av strategi/ utviklingsoppgaver/ prosjekter		
Konklusjon/ behov for endring:		
<p>Viktig at hele ledergruppen står bak valg av hvilke prosjekt som skal prioriteres for gjennomføring og at ressurser avsettes til arbeidet. Så langt har vi ikke vært gode til å sikre at endringene blir varige og at gevinstene hentes ut. Eierskap til gevinstuttak må ligge på klinikksjefnivå. Det er derfor viktig at hele ledergruppen står sammen om prioriteringene slik at aktuell prosjekteier/klinikksjef kan få støtte i gjennomføringen.</p>		
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Ledergruppen deltar aktivt i prioritering og valg av prosjektportefølje	Utviklingsdirektør fasiliteter diskusjon (som porteføljeansvarlig)	31. des. 2019
Etablere system for gevinstidentifisering i prosjekt og overføring og oppfølging av gevinst uttak etter overføring til linja	Utviklingsdirektør	31. des. 2019
11. Beredskap		
Konklusjon/ behov for endring:		
<p>Evalueringer viser at beredkapsområdet på STHF har gode planer og god systematikk. Det er god ledermotivasjon og godt engasjement. Reelle hendelser har vært håndtert godt. Evaluering og læring av reelle hendelser og øvelser er satt i system for å gi læring og forbedring. Beredkapsleder fungerer godt i rollen. Det er pt. ikke avdekket behov for større endringer. Det vil vurderes om implementeringen av ny Sikkerhetslov skal medføre endringer i system/organisering av det samlede beredkaps og sikkerhetsarbeidet på sykehuset, herunder håndtering av gradert informasjon.</p>		
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Vurdere organisering/funksjoner	Administrerende direktør	Høst 2019

12. Kvalitet og pasientsikkerhet

Konklusjon/ behov for endring:

Fungerer i hovedsak bra, med unntak av avvikssystemet (tas opp i pkt. 13).
 Behov for ytterligere fokus på enkelte kreftpakkeforløp, selv om vi samlet sett leverer gode resultater.
 Behov for samlet og felles forståelse av områder med behov for forbedring.
 Behov for å bygge/utvikle forbedringskompetanse i hele organisasjonen – med referanse til EY-prosjektene.
 Behov for å se HMS/arbeidsmiljø i sammenheng med kvalitet og det er behov for å definere fora for oppfølging – KPU/AMU – LM/SM.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Forbedre forløpstider i kreftpakkeforløp der vi ikke leverer	Klinikksjef medisin/ avdelingsleder Anne A. Larsen i samarbeid med det enkelte fagområde	Des. 2019
Prioritering av to områder for forbedring (oppdrag i OBD 2019)	Fagdirektør	Des. 2019, jf. KPU-sak 13. aug. 2019
Fokusere på forbedringskompetanse som ledd i lederutviklingsprogram, evt. rigge eget opplegg.	HR-direktør	Des. 2019
Etablere systematikk for oppfølging av data fra HMS/arbeidsmiljø i sammenheng med pasientsikkerhet – KPU/AMU/LM/SM	Fagdirektør	2019 - 2020

13. Uønskede hendelser/ avvik og korrigerende tiltak

Konklusjon/ behov for endring:

Behov for nytt avvikssystem, med blant annet god statistikkfunksjon.
 Behov for å systematisere HMS avvik og å se pasienthendelser og HMS i sammenheng.
 Er det behov for større grad av deling av hendelser og involvering mellom enheter for å lære?
 Har vi nok informasjon til å behandle sakene på en god måte og sørge for reell forbedring?
 Tar vi sakene alvorlig nok, og iverksetter vi de rette tiltakene?
 Fortsatt behov for manuell klassifisering av uønskede hendelser ref. tiltak LGG 2018.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Anskaffe nytt avvikssystem	Fagdirektør	Mandat vedtatt av ledergruppen i møte 26. juni 2019, følges opp iht. plan
Årlig, evt. halvårlig, samlingsak for STHF og klinikker om uønskede hendelser – tiltak og effekt, belyse både pasientperspektivet og HMS.	Fagdirektør i samråd med klinikksjefer	Des. 2019

Øke fokus i organisasjonen ved å gjøre det lettere å melde – håndholdte enheter. Se tiltaket i sammenheng med prosjekt Klinisk logistikk (regionalt prosjekt under RKL-programmet).	Utviklingsdirektør	Høst 2020
Bruke KPU for oppfølging av avvik (trender og forbedring) på overordnet nivå.	Fagdirektør	Høst 2019
14. Interne revisjoner		
Konklusjon/ behov for endring:		
Klinikkene melder at internrevisjon bør skje i forkant av LGG slik at resultatene blir en del av LGG. Det meldes også om behov for bistand til å registrere revisjons avvik i TQM.		
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Resultat fra internrevisjoner bør foreligge i forkant av LGG	Fagdirektør	Vår 2000
Revisjonsavvik registreres i TQM. Det er kun internrevisorer og enkelte ledere som har tilgang til dette. Kvalitetsavdelingen bistår ved behov.	Ansvarlig leder sikrer registrering av revisjonsavvik	Høst 2019
15. Eksterne revisjoner / eksterne tilsyn		
Konklusjon/ behov for endring:		
Behov for større fokus på den enkelte revisjon/tilsyn med tanke på læring.		
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Legge fram relevante revisjoner/tilsyn i ledergruppen – fokus på læring og effekt av tiltak	Klinikksjefer	Løpende
Oversikt (på intranett) over tilsyn og revisjoner, jf. Pkt. 5 tiltak nr. 2).	Jf. pkt. 5 tiltak nr. 2	Jf. pkt. 5 tiltak nr. 2
16. Hendelsesbaserte tilsyn/klagesaker		
Konklusjon/ behov for endring:		
Behov for større fokus på den enkelte sak for læring.		
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Relevante hendelser fremlegges i KPU for læring på tvers	Klinikksjefer	Løpende

Vurdere ivaretagelse av brukerperspektivet i hendelsesanalyser	Fagdirektør	2019 - 2020
17. Informasjonssikkerhet og personvern		
Konklusjon/ behov for endring:		
<p>Ref. ledergruppesak 087-2019</p> <p>Arbeidet med tilpasning til GDPR må gis full oppmerksomhet fremover, må integreres i den ordinære driften av sykehuset og gjennomføres etter opplegget som er beskrevet i saken Det legges opp til statusrapportering 2. hver måned – neste gang i september 2019</p> <p>Sykehuset fullmaksreglement revideres for å tydeliggjøre lederes fullmakt for behandling av personopplysninger.</p>		
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Utarbeide handlingsplan for informasjonssikkerhet og personvern som beskriver prioriterte aktiviteter 2019-2020	Utviklingsdirektør og Økonomidirektør	Statusrapportering i ledergruppen 24. sept. 2019
18.1. Oppfølgingstiltak etter tidligere LGG miljø		
Konklusjon/ behov for endring:		
<p>Tiltaksarbeidet etter LGG miljø 2018 ser ut til å være godt fulgt opp og status viser god kontroll på restansene. Restanser videreføres som tiltak for oppfølging i 2019.</p> <p>Det foreslås å videreføre etablert system for oppfølging etter LGG.</p>		
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Jf. punkt 13 tiltak nr. 1	Jf. punkt 13 tiltak nr. 1	Jf. punkt 13 tiltak nr. 1
18.2. Endrede forutsetninger som angår virksomhetens miljøaspekter		
Konklusjon/ behov for endring annet:		
<p>Det er gjennomført en kontekstvurdering for miljøarbeidet som gir økt oversikt og bevissthet om interessenter og krav til sykehusets miljøarbeid. Mål og tiltak bør i større grad tilpasses eksterne krav og bør vurderes å samkjøres med øvrige foretak i spesialisthelsetjenesten.</p> <p>Vurdering av miljøaspektene i et livsløpsperspektiv gir økt fokus både på direkte og indirekte påvirkning på miljøprestasjonene. Årets kartlegging viser at det er behov for å sette større fokus på unødig forbruk og større bevissthet om hvordan vi kan påvirke miljøkrav i innkjøpsprosessen.</p>		
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Miljøsmål bør i større grad ivareta eksterne krav og samkjøres med andre HF.	Miljøkoordinator med fagansvarlige/ ledergruppa	Rullering av miljømål 2020
Det må fokuseres mer på reduksjon av unødig forbruk og gis økt bevissthet ved valg og krav til innkjøp ved rullering av miljømål.	Miljøkoordinator med fagansvarlige/ ledergruppa	Rullering av miljømål 2020

18.3. Miljømål, halvårsstatus

Konklusjon/ behov for endring:

Miljømål 2018 er i stor grad oppnådd eller videreført i 2019.
 Status pr halvår for miljømålene viser god oppfølging av tiltak og god måloppnåelse.
 Det er utfordrende å følge opp overordnede mål og tiltak gjennom året og det bør vurderes å etablere rapportering av status på sentrale tiltak under hvert målområde per 3. tertial og før neste LGG.
 Det bør vurderes å rullere miljømål hvert annet år for å få et lengre fokus på tiltak innen hvert målområde.
 Mål for restavfall favner ikke arbeidet med de ulike avfallsfraksjonene.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Etablere rapportering på mål og sentrale tiltak innen miljø til årsrapport og til neste års til LGG	Miljøkoordinator	Gjeldende fra 2020
Rullere miljømål hvert tredje år, sammenfallende med sykehusets strategiperiode.	Miljøkoordinator	Gjeldende fra 2020
Sette fraksjonsvise mål for avfallshåndtering.	Klinikkssjef SSL	Gjeldende fra 2020
Innspill om å vurdere tilrettelegging for miljøvennlig ansatte-transport til og fra arbeid.	Miljøkoordinator	Rulling av miljømål 2020

18.4. Organisasjonens miljøprestasjoner

Konklusjon/ behov for endring:

Det registreres lite avvik innen ytre miljø. Lite system-støtte for kategorisering og oversikt er en utfordring.
 Det gjennomføres måling og overvåking på aktuelle miljøområder der ansvar er lagt til linjeledelsen. Måling og overvåking kan i større grad følges opp i årlig miljøkartlegging for å avdekke behov for oppfølging.
 Miljøindikatorer og mål for prestasjoner viser positiv utvikling i sykehusets forbedringsarbeid innen miljø.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Avklare behov for måling og overvåking av miljøaspekter i årlig kartlegging av miljøaspekter.	Miljøkoordinator i samarbeid med fagansvarlige.	Miljøkartlegging 2020

18.5. Henvendelse fra eksterne berørte parter

Konklusjon/ behov for endring:

Det er ikke kommet inn relevante henvendelser fra berørte parter angående miljøsystemet det siste året som vi kjenner til.

Det synes å være bevissthet rundt eksterne klager og henvendelser som gjelder ytre miljø.

Utfordring: Gjenkjenne, registrere og følge opp henvendelser vedr. ytre miljø i sak/arkiv system.

Tiltak:

Ansvarlig:

Tidsfrist:

Ingen

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

Konklusjon/ behov for endring annet:

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

Miljøpolitikk og miljømål videreføres.

Tiltak:

Ansvarlig:

Tidsfrist:

Ingen

27. august 2019 referent Tone Pedersen

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Årsplan styresaker

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
064-2019	Tone Pedersen, spesialrådgiver	Orientering	23.10.2019

Trykte vedlegg: Oppdatert styrets årsplan 2019

Utrykte vedlegg: Ingen

Ingress:

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

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

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

Forslag til vedtak:

Årsplan styresaker tas til orientering.

Skien, den 14. oktober 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2019

Ajourført per 14. oktober 2019

Dato og sted	Saker til beslutning	Saker til orientering	Temasaker
Styremøte 12. februar Kl. 12.30 – 17.30 Quality Airport hotel Gardermoen	<ul style="list-style-type: none">Ambulanseplan 2035Årlig erklæring om ledernes ansettelsesvilkårÅrlig melding 2018	<ul style="list-style-type: none">Virksomhetsrapport per 3. tertial 2018Foreløpig resultater per januar 2019Elektronisk kurveÅrsplan styresakerAndre orienteringerDriftsorienteringer fra AD	<ul style="list-style-type: none">Styrets egnevaluering – lukket møte
Styremøte 10. april kl. 09.30-16.30 Dir. møterom, Skien	<ul style="list-style-type: none">Beretning og årsregnskap 2018Protokoll fra foretaksmøte og oppdragsdokument 2019Økonomisk langtidsplan 2020-2022Styrende dokumenter for Sykehuset Telemark HF i 2019Kjøp av MR maskinerRevisjon av intern delegering av fullmakter ved Sykehuset Telemark	<ul style="list-style-type: none">Resultater per mars 2019Mandat for konseptfase Utbygging somatikkMåloppnåelse STHFs strategiForbedringsarbeid i Kirurgisk klinikk	<ul style="list-style-type: none">Styrets egnevaluering – lukket møte
Styremøte 22. mai kl. 09.30-15.30 Notodden sykehus Psykiatri 2 høyre side Bygg N6-2.etg.	<ul style="list-style-type: none">Møteplan for styret 2020BiervervProtokoll fra foretaksmøte 20. mai	<ul style="list-style-type: none">Virksomhetsrapport per 1. tertialÅrsrapport overordnet HMS-handlingsplan STHF 2018Sluttrapport og evaluering HELIKS	<ul style="list-style-type: none">Innspill fra Notodden kommune. utfordringer i den kommunale tjenesten. Samhandling og forventninger til helseforetaket<ul style="list-style-type: none">Beredskap ved Notodden sykehusStyrets egnevaluering – lukket møte
Styremøte 19. juni kl. 09.30-15.30 Dir. møterom, Skien	<ul style="list-style-type: none">Oppnevning av medlemmer til brukerutvalget og valg av leder og nestleder for perioden 06.2019-05.2021Konsernrevisjonens rapport om <i>Likeverdig og forutsigbar helsehjelp</i>,	<ul style="list-style-type: none">Virksomhetsrapport per maiÅrsmelding 2018 Pasient- og brukerombudetStyresaker i STHF - status og oppfølging	<ul style="list-style-type: none">Status/orientering om ny spesialist utdanning for leger

Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2019

Ajourført per 14. oktober 2019

Dato og sted	Saker til beslutning	Saker til orientering	Temasaker
	<i>psykisk helsevern for barn og unge ved Sykehuset Telemark HF</i>		<ul style="list-style-type: none">• Styrets egnevaluering – lukket møte
Styremøte 25. september kl. 09.30-17.00 Dir. møterom,	<ul style="list-style-type: none">• Konsernrevisjonens revisjonsplan 2020• Tilleggsdokument til OBD 2019	<ul style="list-style-type: none">• Virksomhetsrapport per 2. tertial• Status pasientsikkerhet ved STHF• Måloppnåelse OBD 2019 første halvår 2019• ForBedring 2019 – gjennomføring av tiltak	<ul style="list-style-type: none">• Brukerutvalgets møte med styret ved STHF• Orientering om psykiatrien – sikkerhetspsykiatri, pasienttilbud og videre utvikling• Styrets egnevaluering – lukket møte
Styremøte 23. oktober kl. 09.30-15.30 Dir. møterom, Skien	<ul style="list-style-type: none">• STHFs strategi 2020-2023• Brukerutvalgets mandat	<ul style="list-style-type: none">• Virksomhetsrapport per september• Status budsjett 2020• Sommerferieavvikling 2019• Ledelsens gjennomgang (LGG) 2019	<ul style="list-style-type: none">• Styrets egnevaluering – lukket møte• Styrets årlige evaluering av administrerende direktørs arbeid og resultater – lukket møte
Styremøte 18. desember kl. 09.30-15.30 Dir. møterom, Skien	<ul style="list-style-type: none">• Budsjett 2020• Overordnet handlingsplan for helse-, miljø- og sikkerhet (HMS) Sykehuset Telemark 2020• Årsplan styresaker 2020	<ul style="list-style-type: none">• Virksomhetsrapport per november• Forskning ved STHF• Interne revisjoner: resultater 2018 - 2019 og tema 2020• STHFs meldinger om hendelser som har eller kunne ha ført til alvorlig personskade (spesialist-helsetjenesteloven § 3-3a)• Styresaker i STHF - status og oppfølging	

Faste styresaker i hvert styremøte:

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

Foretaksmøter og styreseminar:

Foretaksmøte med påfølgende felles styreseminar i regi av Helse Sør-Øst RHF 13. feb. Quality Airport hotel Gardermoen
Foretaksmøte 20. mai kl. 13.00 – 14.30 Møtesenteret, Grev Wedels plass 5, Oslo. Møterom Peer Gynt
Styreseminar 22. mai kl. 16.00 – 18.00 Tema: <ul style="list-style-type: none">• Kort orientering om status i konseptfasearbeidet utbygging somatikk Skien v/Administrerende direktør• Styrets ansvar for oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet inkludert internkontroll og risikostyring v/Fagdirektør
Styreseminar 25. september kl. 17.00 – 20.00 Tema: <ul style="list-style-type: none">• Orientering om revisjon av sykehusets strategi for perioden 2020 – 2022. Innspill fra styret til prosessen• Styrets ansvar for oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet inkludert internkontroll og risikostyring – del II v/Fagdirektør
Styreseminar 18. desember kl. 16.00 – 20.00 Tema: <ul style="list-style-type: none">• Årlig egnevaluering av styrets arbeid og arbeidsform

Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2019

Ajourført per 14. oktober 2019

Saker til behandling hvor møtetidspunkt ikke er fastsatt:

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

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Styrets årlige evaluering av administrerende direktørs arbeid og resultater – unntatt offentlighet

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
065-2019	Tone Pedersen, spesialrådgiver direktørens stab	Beslutning, unntatt offentlighet	23.10.2019

Ingress:

I henhold til punkt 5 i “Instruks for administrerende direktør ved Sykehuset Telemark” er det vedtatt følgende;

«Styret skal årlig evaluere administrerende direktørs arbeid og resultater.»

Styreleder legger frem saken, som behandles i lukket møte.

Forslag til vedtak:

Vedtaket besluttet av styret.

Skien, den 14. september 2019

Per Anders Oksum
Styreleder

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Helse Sør-Øst RHF, Hamar
Dato:	19. september 2019
Tidspunkt:	Kl 09:15-14:45

Følgende styremedlemmer møtte:

Svein I. Gjedrem	Styreleder	
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder	Fra kl 09:55
Kirsten Brubakk		
Christian Grimsgaard		
Bushra Ishaq		
Vibeke Limi	Forfall	
Einar Lunde		
Geir Nilsen		
Lasse Sølvberg		
Sigrun E. Vågeng	Forfall	

Fra brukerutvalget møtte:

Astri Myhrvang	Vara for Rune Kløvtveit
Nina Roland	

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Eierdirektør Tore Robertsen
Direktør medisin og helsefag Jan Frich, konserndirektør Atle Brynestad, økonomidirektør Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande og konsernrevisor Espen Anderssen

Saker som ble behandlet:

070-2019	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

071-2019	Godkjenning av protokoll fra styremøte 22. august 2019
-----------------	---

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 22. august 2019 godkjennes.

072-2019	Virksomhetsrapport per august 2019
-----------------	---

Oppsummering

Saken presenterer status for virksomheten per august 2019.

Enkelte tertialvise forhold vil bli presentert i egen rapport for 2. tertial 2019 i styremøte 17. oktober.

Kommentarer i møtet

Styret viste til oppsummeringen i siste styremøte og var fornøyd med oppfølgingstiltakene for pakkeforløp kreft i Oslo universitetssykehus HF. Styret viste til at det fortsatt er jevnt god styring med økonomien. Styret viste også til at det er utfordringer med å nå målene innen ventetid, pakkeforløp kreft og avvisningsrater innen psykisk helsevern.

For Sykehuspartner HF legger styret til grunn at det er god planlegging og prioritering i budsjettarbeidet. Når resultatkravet er satt, forutsetter styret at dette følges opp og at driften innrettes slik at kravet oppfylles. Styret er fornøyd med at det er god dialog med Sykehuspartner HF om prioriteringer, slik at omfang av aktiviteter blir på et akseptabelt nivå.

Styret viste til tidligere kommentar om at det skal vurderes et eget møte med Lovsenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus for å drøfte problemstillinger knyttet til ventetidsutvikling, inntektsmodell og tilføring av nye oppgaver.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per august 2019 til etterretning.

073-2019	Revisjon av fullmaktsstruktur for bygginvesteringer
----------	---

Oppsummering

Det er behov for å gjennomføre endringer i fullmaktsstruktur for bygginvesteringer som følge av at det er vedtatt en revidert veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter med nye beslutningspunkter, jfr. styresak 088-2017 *Revidert veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*. Dagens fullmaktsstruktur for bygginvesteringer ble vedtatt i styresak 016-2012 og sist revidert i styresak 029-2015 *Behandling av utviklingsplaner i byggeprosjekter i Helse Sør-Øst*.

Revisjon av fullmaktsstruktur for bygginvesteringer må også sees i sammenheng med gjeldende finansstrategi for Helse Sør-Øst.

I saken presenteres forslag til revidert fullmaktsstruktur for bygginvesteringer.

Kommentarer i møtet

Fremtidig prosjekteierskap til større byggeprosjekter vil styret drøfte i tilknytning til temaet om organisering av det regionale helseforetaket.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Helseforetakene i Helse Sør-Øst har beslutningsmyndighet og er prosjekteier for investeringer i bygg under 50 millioner kroner.
2. Helseforetakene i Helse Sør-Øst har beslutningsmyndighet for beslutningspunktet B1 - oppstart av tidligfase (prosjektinnramming) dersom prosjektet er under 500 millioner kroner.
3. Helse Sør-Øst RHF har beslutningsmyndighet for beslutningspunkt B1 – oppstart av tidligfase (prosjektinnramming) for prosjekter over 500 millioner kroner. Videre har Helse Sør-Øst RHF beslutningsmyndighet for beslutningspunkt B2 – godkjenne prosjektinnramming, beslutningspunkt B3A – godkjenne hovedprogram og hovedalternativ, beslutningspunkt B3 – godkjenne valg av konsept og beslutningspunkt B4 – godkjenne investering, for alle prosjekter over 50 millioner kroner.
4. Helseforetakene i Helse Sør-Øst er prosjekteier for prosjekter inntil 500 millioner kroner. Helse Sør-Øst RHF kan overta som prosjekteier for prosjekter over 500 millioner kroner fra og med konseptfase.

5. Utredning av eventuell ny lokalisering gjennomføres i egen prosess. Det skal gjøres en separat vurdering av hvorvidt utredningen skal eies av Helse Sør-Øst RHF eller av helseforetaket.

074-2019	Oslo universitetssykehus HF - avhending av eiendom på Dikemark
-----------------	---

Oppsummering

Saken gjelder anmodning om samtykke til avhending av en eiendom, sentrumsområdet på Dikemark sykehus, 1385 Asker, gnr. 89, bnr. 275 i 0220 Asker kommune.

Siden eiendommen vurderes å ha en verdi på mer enn 10 millioner kroner, må sak om avhending i henhold til helseforetakslovens § 31 forelegges foretaksrådet i Helse Sør-Øst RHF før vedtak kan fattes i helseforetakets foretaks møte.

Kommentarer i møtet

Styret mener at den frigjorte likviditeten fra dette salget skal plasseres på konto i Helse Sør-Øst RHF og øremerkes fremtidige bygginvesteringer i Oslo universitetssykehus HF. Styret vektlegger at det ikke er tatt stilling til rollen helseforetaket eller det regionale helseforetaket skal ha i forbindelse med eiendomsutvikling.

Styret forutsetter at det sikres handlefrihet i forhold til fremtidig plassering av regional sikkerhetsavdeling (RSA).

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF oversender Oslo universitetssykehus HFs anmodning om samtykke til salg av eiendom på Dikemark i Asker kommune til foretaksrådet i Helse Sør-Øst RHF for behandling. Salget omfatter sentrumsområdet på Dikemark sykehus, 1385 Asker, gnr. 89, bnr. 275 i 0220 Asker kommune.
2. I tråd med intensjonene i samhandlingsreformen tilbys vertskommunen Asker å kjøpe eiendommen til markedspris. Dersom det ikke oppnås enighet, kan eiendommen legges ut for salg i det åpne markedet.
3. Styret i Helse Sør-Øst RHF legger til grunn av det innhentes ny verditakst utført av eksternt og uavhengig verdivurderer før eiendommen legges ut for salg. Det skal utarbeides ny verditakst for eiendommen slik den står i dag og for ferdig regulert eiendom. Basert på dette skal det foretas en særskilt vurdering av om eiendommen skal selges før eller etter regulering.
4. Frigjort likviditet skal plasseres på egen konto i Helse Sør-Øst RHF og øremerkes for fremtidige bygginvesteringer i Oslo universitetssykehus HF.

5. Investeringer, herunder langsiktige leieavtaler, må behandles i henhold til gjeldende fullmaktsstruktur.
6. Styret presiserer at Oslo universitetssykehus HF har ansvaret for at avhendingen gjennomføres korrekt og bærer all risiko knyttet til avhendingen.

075-2019	Sykehuset Innlandet HF – avhending av boliger i Hamar og Elverum
-----------------	---

Oppsummering

Saken gjelder avhending av boligeiendommer i Sykehuset Innlandet HF's eiendomsportefølje. Boligeiendommene ligger i Hamar kommune og Elverum kommune.

Sykehuset Innlandet HF er avhengig av å tilby boliger til korttids utleie/overgangsboliger til ansatte, vikarer og studenter. For å møte etterspørselen etter mindre boenheter ønsker Sykehuset Innlandet HF å benytte deler av frigjort likviditet til erverv av bedre egnede boenheter i Hamar. Prosessen medfører derfor både avhending og erverv av boliger.

Siden eiendommene som tenkes avhendet vurderes å ha en samlet verdi på mer enn 10 millioner kroner, må sak om avhending i henhold til helseforetakslovens § 31 forelegges foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF før vedtak kan fattes i helseforetakets foretaksmøte.

Verdien for erverv av boliger anslås å være mindre enn 50 millioner kroner. Dette ligger således innenfor helseforetakets fullmakter. Siden ervervet inngår i totalbildet for eiendomsporteføljen, medtas det i saksutredningen.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF oversender Sykehuset Innlandet HF's anmodning om samtykke til salg av boligeiendommer i Hamar kommune og Elverum kommune til foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF for behandling.

Salget i Hamar kommune omfatter:

Bo-enhet	Adresse	Gnr./ bnr.	H-nr.
01	E.J. Berghs veg 19 A	1/3842	H 0401
02	E.J. Berghs veg 19 A	1/3842	H 0303
01	E.J. Berghs veg 12 F	1/3821	H 0201
01	E.J. Berghs veg 12 B	1/3821	H 0101
01	E.J. Berghs veg 12 E	1/3821	H 0301
01	Kr. Bakkens veg 23 B	1/4225	H 0303
01	Nordahl Griegs gt. 58 A	1/3539	H 0303
01	Røreks gt. 18 A	1/3203	
02	Røreks gt. 18 B	1/3204	
01	Røreks gt. 24 A	1/3209	
02	Røreks gt. 24 B	1/3210	

Salget i Elverum kommune omfatter:

Bo-enhet	Adresse	Gnr./bnr.	H-nr.
01	Amalie Skrams veg 60	28/757	
01	Jutulbakken 1	30/332	H 0101
02	Jutulbakken 1	30/332	H 0201
01	Jutulbakken 3	30/332	H 0101
02	Jutulbakken 3	30/332	H 0201
01	Jutulbakken 5	30/330	H 0101
02	Jutulbakken 5	30/330	H 0201
01	Grottavegen 10 A	31/1/0/73	H 0301

2. I tråd med intensjonene i samhandlingsreformen, og som vedtatt i Sykehuset Innlandet HFs styresak 014-2019, tilbys vertskommunene Hamar og Elverum å kjøpe eiendommene til markedspris. Dersom det ikke oppnås enighet, kan eiendommene legges ut for salg i det åpne markedet.
3. Frigjort likviditet kan benyttes til nedbetaling av gjeld, til investeringer i varige driftsmidler eller til rehabilitering og verdibevarende vedlikehold av bygninger som er nødvendige for klinisk drift.
4. Investeringer, herunder langsiktige leieavtaler, må behandles i henhold til gjeldende fullmaktsstruktur.
5. Som et ledd i omstruktureringen av boligtilbudet i Sykehuset Innlandet HF, kan frigjort likviditet anvendes til erverv av bedre tilpassede boenheter innenfor Sykehuset Innlandet HFs investeringsfullmakt.
6. Styret presiserer at Sykehuset Innlandet HF har ansvaret for at avhendingen gjennomføres korrekt og bærer all risiko knyttet til avhendingen.

076-2019	Halvårsrapport 2019 for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
-----------------	--

Oppsummering

Hensikten med halvårsrapporten er å informere styret i Helse Sør-Øst RHF om resultatene fra gjennomførte revisjoner og status for konsernrevisjonens arbeid i 2019 sett opp mot styregodkjent revisjonsplan.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar halvårsrapport fra konsernrevisjon til orientering.

077-2019	Oppnevning av medlemmer i styrene i helseforetak
----------	--

Oppsummering

Valgkomiteens innstilling ble lagt frem i møtet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Følgende oppnevnes som eieroppnevnte styremedlemmer i styrene for helseforetakene i Helse Sør-Øst med funksjonstid fra oppnevning i foretaksmøte 2019 til ny oppnevning i foretaksmøte februar 2020:

Styret i Oslo universitetssykehus HF

Styremedlem Nina Tangnæs Grønvold

Styret i Sunnaas sykehus HF

Styremedlem Ellen Henriette Pettersen

2. Oppnevningen bekreftes i foretaksmøte.

078-2019	Årsplan styresaker
----------	--------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

079-2019	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
----------	--

I tillegg til den skriftlige orienteringen ble det i møtet orientert om:

- Møte 18. september 2019 i Helse- og omsorgsdepartementet med tema oppfølging av selvmordsforebyggende arbeid.
- Forhold omkring bruk av ny metode for operasjon av endetarmskreft og oppfølging av dette i aktuelle helseforetak.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Andre orienteringer

1. Styreleder orienterer

Temasaker

- Fellesmøte med Brukerutvalget
- Informasjonssikkerhet og personvern
v/konserndirektør Atle Brynestad og informasjonssikkerhetsleder Øyvind Grinde,
Helse Sør-Øst RHF

Møtet hevet kl 14:45

Hamar, 19. september 2019

Svein I. Gjedrem
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
nestleder

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Vibeke Limi

Einar Lunde

Geir Nilsen

Lasse Sølvsberg

Sigrun E. Vågeng

Tore Robertsen
styresekretær

Møteinnkalling for styret i Sykehuset Telemark HF til styremøte

Møtedato og tid: 23. oktober 2019 kl. 0930 – 1530
Møtested: Direktørens møterom i Skien
Møteleder: Styreleder Per Anders Oksum

Saksliste:

Tid	Saksnr.	Sak	Sakstype
0930 – 0935	055-2019	Godkjenning av innkalling og saksliste v/Styreleder	Beslutning
0935 – 0940	056-2019	Godkjenning av protokoll fra styremøte 25. september 2019 v/Styreleder	Beslutning
0940 – 1000	057-2019	Administrerende direktør sin orientering v/Administrerende direktør	Orientering
1000 – 1100	058-2019	Virksomhetsrapport per september 2019 v/Administrerende direktør og økonomidirektør	Orientering
1100 – 1130	059-2019	Status budsjett 2020 v/Administrerende direktør og økonomidirektør	Orientering
1130 – 1200		Lunsj	
1200 – 1300	060-2019	Sykehuset Telemarks strategi 2020–2022 v/Administrerende direktør og utviklingsdirektør	Beslutning
1300 – 1345	061-2019	Sommerferieavvikling 2019 v/Administrerende direktør og HR-direktør	Orientering
1345 – 1355	062-2019	Revidert mandat brukerutvalget v/Administrerende direktør	Beslutning
1355 – 1415	063-2019	Ledelsens gjennomgang 2019 v/Administrerende direktør	Orientering
1415 – 1420	064-2019	Årsplan styresaker v/Styreleder	Orientering
1420 – 1430		Andre orienteringer v/Styreleder	Orientering

Tid	Saksnr.	Sak	Sakstype
1430 – 1515	065-2019	Styrets årlige evaluering av administrerende direktørs arbeid og resultater – lukket møte v/Styreleder	
1515 – 1530		TEMA: Styrets egnevaluering – lukket møte v/Styreleder	

Vararepresentanter møter kun etter særskilt innkalling.

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

Med vennlig hilsen

Per Anders Oksum
Styreleder

Vedlegg: Saksdokumenter

Elektronisk kopi er sendt til:

Helse Sør-Øst RHF
Revisor Hans Christian Berger, PWC
Varamedlemmer
Direktørens stabs- og kliniksjefer

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak nr.	Saksansvarlig og saksaksbehandler	Sakstype	Møtedato
055-2019	Tone Pedersen, spesialrådgiver direktørens stab	Beslutning	23.10.2019

Trykte vedlegg: Saksliste

Utrykte vedlegg:

Ingress:

Innkalling og saksliste er sendt, sammen med saksdokumenter, til styret og brukerutvalgets representanter (leder og nestleder).

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Skien, den 15. oktober 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Godkjenning av protokoll fra styremøte 25. september 2019

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
056-2019	Tone Pedersen, spesialrådgiver direktørens stab	Beslutning	23.10.2019

Trykte vedlegg: Protokoll fra styremøte 25. september 2019

Utrykte vedlegg:

Forslag til vedtak:

Protokoll fra styremøte 25. september 2019 godkjennes.

Skien, den 14. oktober 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

PROTOKOLL FRA STYREMØTE I SYKEHUSET TELEMAR HF

Tid: 25.september 2019 kl. 09.30 – 16.30

Sted: Direktørens møterom, bygg 54 i Skien

Følgende medlemmer møtte

Per Anders Oksum Styreleder
Marit Kasin Nestleder Forfall
Folke Sundelin
Kari Dalen
Kristian Bogen
Ann Iserid Vik-Johansen
Kristine Stranheim Sunde
Kristian Wiig

Fra brukerutvalget møtte

Rita Andersen (Psoriasis og eksemforbundet i Telemark), Anne Iversen (Norsk handikapforening), Vidar Bersvendsen (Landsforeningen for hjerte og lungesyke), Olaf Kristiansen (prostatakrefteforeningen), Gunn Ingeborg Kavli-Engstad (Ryggmarksbrokk- og Hydrocephalusforeningen), John Arne Rinde (Pensjonistforbundet Telemark), Gun Inger Heibø (Multippel sklerose forbundet), Hanne Kittilsen (Kreftforeningen) og Anne Borge Kallevig (sekretær)

Fra administrasjonen deltok

Tom Helge Rønning, administrerende direktør
Halfrid Waage, fagdirektør
Tone Pedersen, styresekretær/spesialrådgiver stab (referent)

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

Klinikkssjef Gunnar Gausel, klinikkssjef Per Urdahl, klinikkssjef Frank Hvaal, klinikkssjef Kjetil Christensen, klinikkssjef Elin Skei, klinikkssjef Lars Ødegård, utviklingsdirektør Annette Fure, HR-direktør Mai Torill Hoel og konst. økonomidirektør Dana Tønnessen

Presentasjon av saker:

Sak 043-2019, 044-2019, 045-2019 og 054-2019 Styreleder Per Anders Oksum
Sak 046-2019 Administrerende direktør Tom Helge Rønning, Avdelingsleder Anne Kjendalen, samhandlingskoordinator Hege Holmern og Fagdirektør Halfrid Waage
Sak 047-2019, 048-2019, 052-2019 og 053-2019 Administrerende direktør Tom Helge Rønning
Sak 049-2019 og 051-2019 Fagdirektør Halfrid Waage, kvalitetssjef Elisabeth Hessen
Sak 050-2019 HR-direktør Mai Torill Hoel

Styreleder ledet møtet

Saker som ble behandlet:

043-2019	Godkjenning av innkalling og saksliste
-----------------	---

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

044-2019	Godkjenning av protokoll fra styremøte 19. juni 2019
-----------------	---

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 19. juni 2019 godkjennes.

045-2019	Utviklingen ved Oslo Universitetssykehus (OUS) og dens betydning for STHF
-----------------	--

Oppsummering

Styreleder presenterte utviklingen ved OUS og hvordan dette påvirker Sykehuset Telemark HF på områdene:

- Kvalitet og pasientsikkerhet
- Rekruttering
- Desentralisering
- Økonomi

Utviklingen av OUS handler om mer enn bygg. Blant annet ble det informert om at en samling av regionfunksjoner vil utnytte kompetansen bedre. Ved bortfall av dublerede funksjoner reduseres behovet for ansatte og vil bedre rekrutteringsmulighetene ved sykehusene utenfor Oslo. Utviklingen også legger til rette for desentralisering av flere funksjoner og løsningen vil gi en bedring i driftsøkonomien ved Oslo universitetssykehus. Dette er viktig for øvrige helseforetak i HSØ, som vil få reduserte kostnader for pasienter i eget opptaksområdet som får behandling ved OUS.

Det ble videre informert om at HSØ har økonomisk bærekraft til alle planlagte investeringer som ligger inne i ØLP, herunder utbyggingen i Skien.

VEDTAK

Styret tar saken til orientering.

046-2019	Brukerutvalgets årlige møte med styret ved STHF
----------	---

Brukerutvalget hadde i forkant av møtet spilt inn fire spørsmål som det ble gitt tilbakemelding på:

- *Innføring av pakkeforløp i rus og psykiatri. Hensikt og mål. Status i barne- og ungdomspsykiatrien*
Avdelingsleder Anne Kjendalen gav styret en god og informativ presentasjon. Pakkeforløp i rus og psykiatri er et utviklingsarbeid, som er godt i gang. Sykehuset har utarbeidet en «app» som brukes til monitorering og resultat for måloppnåelse av krav. Resultatene viser at vi ligger et godt stykke under kravet. Nasjonal måling og benchmarking mot andre helseforetak vil, etter plan, foreligge i 4 kvartal 2019. Arbeidet med pakkeforløp krever ekstra ressursinnsats. Avdelingsleder presenterte fordeler og utfordringer i arbeidet.
- *Arbeidet med økonomiske forbedringer. Status og utfordringer*
Administrerende direktør Tom Helge Rønning presenterte:
 - Utvikling månedsverk
 - Resultatutvikling
 - Kostnader pr DRG
 - Klinisk kvalitet
 - Videre arbeid for å skape bærekraft
 - Utviklingsprogrammet
 - Forbedringsprosjekt operasjon i Kirurgisk klinikk
- *Hva kan sykehuset gjøre for å sikre et godt ettervern når pasienten overføres til kommunen etter behandling (samhandlingsreformen)?*
Samhandlingskoordinator Hege Holmern orienterte blant annet om samarbeidet med kommunene, gjeldende samarbeidsavtaler og samarbeidsarenaer, viktigheten av felles ansvar for forebyggende og helsefremmende arbeid, digitalisering og dens betydning for helsetjenesten og samarbeid med fastlegene.
- *Brukerundersøkelsen. Status og dialog om utvikling og hva som kan gjøres bedre*
Fagdirektør Halfrid Waage informerte om sykehusets brukerundersøkelse. Gjeldende undersøkelse ble lansert i mars 2018 og består av 13 spørsmål. Sykehuset har en positiv utvikling i svarprosent, men denne er fremdeles svært lav. Sykehuset benytter programmet QuestBack til brukerundersøkelser. Dette er på vei ut og sykehuset

avventer nytt program. Sykehuset vurderer å implementere flere undersøkelser fordelt på døgn/sengeposter, dag poliklinikk og pårørende.

Det ble gitt innspill fra styret til administrasjonen om å vurdere å sende ut en elektronisk påminnelse tre uker etter at pasienter er utskrevet for å besvare brukerundersøkelsen.

047-2019	Administrerende direktør sin orientering
-----------------	---

Administrerende direktørs hadde, i tillegg til skriftlige orienteringer, en muntlig orientering om sommerdriften ved sykehuset på Notodden. Styret ba etter dette om en orienteringssak om *sommerdrift 2019 ved STHF* til møtet 23. oktober 2019.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

048-2019	Virksomhetsrapport per 2. tertial 2019
-----------------	---

Oppsummering

Saken presenterer status for virksomheten per 2. tertial 2019. I rapporten inngår de tertialvise forholdene risikovurdering, forskning, pasientsikkerhetsprogrammet, eksterne tilsyn og revisjoner, uønskede hendelser og klagesaker samt GDPR (General Data Protection Regulation).

Samlet sett har Sykehuset Telemark fremdeles god måloppnåelse på de medisinske parameterne og økonomien er noe bedret.

Kommentarer i møte

Styret ber om at sykehuset tar inn risikoområdet *Risiko for pasientskader* i risikomatrisen. Styret mener at risikoområde 5 *Prioriteringsregelen* har en noe høyere risiko enn risikomatrisen viser. Styret diskuterte hvorvidt det foreligger samvariasjon mellom økningen i utskrivningsklare pasienter og økningen i kostnader til innleid arbeidskraft. Det ble også kommentert om det vil være en fordel for sykehuset å ansette flere faste i bemanningsenheten. Styret er fornøyd med at økonomien er noe bedre enn tidligere rapportert.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per 2. tertial 2019 til orientering.

049-2019	Status pasientsikkerhet ved STHF
-----------------	---

Oppsummering

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet ble avsluttet i 2018. Pasientprogrammets innsatsområder er videreført i ny Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023.

I møtet ble status beskrevet for arbeidet med innsatsområdene for pasientsikkerhet og informasjon for videre oppfølging.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar saken til orientering og ber om at innsatsområdene for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring fokuseres videre som beskrevet i saken.

050-2019	Resultater og tiltak ForBedring 2019
-----------------	---

Oppsummering

HR-direktør informerte om resultater og tiltak etter ForBedring 2019.

Kommentarer i møte

Styret reiste spørsmål om det foreligger korrelasjon mellom sykefravær og resultater i ForBedring. Administrasjonen har ikke funnet noen sammenheng i resultat for disse indikatorene.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Orienteringen om resultatene fra undersøkelsen ForBedring og gjennomførte og planlagte tiltak tas til orientering.

051-2019	Konsernrevisjonens revisjonsplan 2020
----------	---------------------------------------

Oppsummering

I saken foreslås fem alternative tema for konsernrevisjon 2020. Styret diskuterte og gav innspill til temaene. Det var enighet om å spille inn tema 2, 3 og 5 jfr. tabell under (styrets innspill i møtet til tilleggstekst for tema 5 er lagt inn):

Prioritet	Tema	Hensikt	Begrunnelse
2	Legemiddelområdet	Kartlegge/ årsaksanalyser	<ul style="list-style-type: none"> • Legemiddelfeil og legemiddelhåndtering: Område hvor det er kjent at det er forbedringspotensial, jf GTT og uønskede hendelser. Behov for mer kunnskap om årsaker, kompetansehull, uhensiktsmessig praksis, etc. <ul style="list-style-type: none"> ○ H-resepter og dyre legemidler: Komplisert system med potensielle konsekvenser for økonomi og uønsket variasjon i pasientbehandlingen. ○ Registrering og håndtering av H-resepter ○ Etterlevelse av LIS-anbefalinger ○ Kunnskap blant ledere og leger
3	Legebemannings, pasientflyt og organisering i akuttmodning	Kartlegge/ årsaksanalyser	Behov for bedre innsikt i og forståelse av sammenhenger og forbedringspotensial.
5	Forbedringsprosesser Kjennetegn på vellykkede forbedringsprosesser – erfaringsdeling	Kartlegge	<ul style="list-style-type: none"> • Forbedringsprosjekter er igangsatt på flere områder (EY). Behov for å sikre oppfølging og gevinster fra dette. • Behov for mer kunnskap om forbedringsprosessene innen kvalitet og pasientsikkerhet som skjer på ulike nivå i organisasjonen.

Kommentarer i møte

Styret foreslo å legge inn «Kjennetegn på vellykkede forbedringsprosesser – erfaringsdeling» under temaet Forbedringsprosesser.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret prioriterer å sende tema 2, 3 og 5 som innspill til konsernrevisjonen. Tilbakemelding gis til konsernrevisjonen innen 1. oktober 2019.

052-2019	Status Oppdrag og bestilling 2019
-----------------	--

Oppsummering

Hensikten med saken er å gi styret status for arbeidet med Oppdrag og bestilling (OBD) 2019.

Sykehuset innfrir mange av styringskravene i OBD 2019. På følgende områder har sykehuset utfordringer på å nå målet (rapportering etter første halvår 2019):

- Gjennomsnittlig ventetid og prioriteringsregelen
- Overholdelse av pasientavtaler
- Pakkeforløp psykisk helsevern og TSB og tvangsbruk i psykisk helsevern
- Epikrise somatikk
- Ingen korridorpasienter

Styret får fortløpende informasjon om resultat og tiltak på ovennevnte områder i virksomhetsrapporten.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar presentasjonen til orientering.

053-2019	Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2019
-----------------	--

Oppsummering

Tilleggsdokumentet til Oppdrag og bestilling 2019 omfatter styringsbudskap som Sykehuset Telemark HF har mottatt fra Helse Sør-Øst RHF etter at oppdrag og bestilling til helseforetakene/sykehusene ble utarbeidet.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2019 – august 2019 til etterretning.

054-2019	Årsplan styresaker
-----------------	---------------------------

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Årsplan styresaker tas til orientering.

Andre orienteringer

1. Styreleders møter utenom styremøtene:
 - a. Oppfølgingsmøte HSØ 24.06.2019
 - b. Oppfølgingsmøte HSØ 30.08.2019
 - c. Oppfølgingsmøte HSØ 20.09.2019
 - d. Styreledermøte HSØ 12.09.2019
 - e. Besøk av styreleder og AD HSØ 04.09.2019
2. Protokoll styremøte HSØ 20.06.2019
3. Foreløpig protokoll styremøte HSØ 22.08.2019

Temasak:**Psykiatritilbudet i Telemark**

Kliniksjeff Lars Ødegård innledet med en presentasjon av klinikkens organisering, lokasjoner og pasientbehandling. Det ble deretter gitt en god og omfattende informasjon om de tre områdene:

- «Akuttlinja» v/Overlege DPS akutt Steinar Halvorsen Planting
- Sikkerhetspsykiatri v/Seksjonsleder Jørn Johnsen
- DPS poliklinikker v/Avdelingsleder Espen Halvorsen

Styrets egnevaluering

Styret holdt ingen egnevaluering denne gang.

Styremøtet ble hevet kl. 17.10.

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

Førstkommende styremøte

Onsdag 23. oktober i administrerende direktørs møterom, bygg 54 i Skien.

Skien, 25. september 2019

Per Anders Oksum
Styreleder

Marit Kasin
Nestleder (sett)

Folke Sundelin

Nils Kristian Bogen

Ann Iserid Vik-Johansen

Kari Dalen

Kristine S. Sunde

Kristian Wiig

Tone Pedersen
Styresekretær

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Driftsorienteringer fra administrerende direktør

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
057 -2019	Administrerende direktør Tom Helge Rønning	Orientering	23.10.2019

Trykte vedlegg:

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

Ingress:

Orienteringer ligger vedlagt

Forslag til vedtak:

Saken tas til orientering

Skien, den 14. oktober 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Driftsorienteringer fra administrerende direktør

1. Miljørevisjon 2019

Årets miljørevisjon ved DNV GL ble gjennomført i perioden 17-20/9. Sykehuset fikk til sammen 6 avvik (kategori 2 - mindre avvik), 10 observasjoner og 8 forbedringsmuligheter. Dette er noenlunde på nivå med tidligere år. De fleste avvik og tilbakemeldinger går på avvik og forbedringsmuligheter i selve systemet og spesielt innenfor SSL. Avvik og observasjoner følges opp med ansvarlige.

Generelt gir DNV mye positiv tilbakemelding på miljøarbeidet ved STHF, både innen arbeid med mål og handlingsplaner, kontroll og vedlikehold av tekniske anlegg og i generell oppsummering utenom disse fokusområdene. Spesielt nevnes følgende punkt:

«Finner godt engasjement og mange gode eksempler på kreative tiltak med miljø i fokus innen operative enheter».

2. Nominasjon til årets leanprosjekt i Norsk Leanforum

Sykehuset Telemark ved ortopedisk poliklinikk har blitt kvalifisert til å bli vist frem og bli vurdert under årets leankonferanse med prosjektet «kontinuerlige forbedring i ortopedisk poliklinikk». Prosjektet konkurrerer med fem andre prosjekter fra ulike bransjer og prisen er en av to priser som Norsk Leanforum deler ut årlig. Årets leankonferanse foregår på Fornebu og avholdes i begynnelsen av november.

Nominasjonen er i seg selv en stor anerkjennelse for det arbeidet som er gjort i ortopedisk poliklinikk for å bedre pasientflyt, øke tilgjengelighet og optimalisere ressursbruk.

3. Nytt tilbud til alvorlig syke barn og unge ved Sykehuset Telemark

Dette handler om 20-30 alvorlig syke barn og unge som trenger respirasjonsstøtte hjemme og da særskilt om natten. Før ble nye pasienter sendt til Ullevål for oppstart og kontroller i forbindelse med mekanisk pustestøtte. Nå gjøres dette ved barneavdelingen på Sykehuset Telemark, som er et av få sykehus i Helse Sør-Øst som tilbyr disse tjenestene til barn og unge. Sykehuset har et kompetanseteam som består av tre leger, fire sykepleiere og en fysioterapeut. Kompetanseteamet har vist stort engasjement og de har utviklet et godt samarbeid med fagutviklingssykepleiere på lungeposten, lungepoliklinikken, Øre nese halsseksjonen og Habu.

Prosjektet har fått 40.000 kroner fra Nasjonalt senter for ventilasjonsstøtte ved Helse Bergen. Pengene er brukt både til kurs og opplæring av kommunale team. Det er nødvendig for sikre god koordinering og samhandling av pasientbehandlingen for denne alvorlig syke gruppen av barn og unge.

4. Lederrekrutteringsprogram

Sykehuset har besluttet å sluttet seg til et nasjonalt ledermobiliseringsprogram som skal få frem nye ledere for framtidens helse-Norge. 16 ansatte fra ulike deler av sykehuset, har fått muligheten etter en intern søknadsprosess. De som er plukket ut, får med seg en erfaren

leder til å veilede på det som kan bli en spennende reise gjennom de neste månedene. Formålet er å identifisere og utvikle ledertalenter gjennom et program hvor også kandidatene kan få bedre innsikt i hva ledelse handler om, samt gjøre seg opp en bedre oppfatning om dette er noe man ønsker å gå videre på. Programmet strekker seg fra 19. september til siste samling den 7. mai 2020. I denne perioden skal deltakerne gjennom mange områder som å skygge en erfaren leder en dag, delta i refleksjonsgrupper, og ikke minst delta på et to dagers regionalt treningslaboratorium på Gardermoen.

Øvrige orienteringer kan gis muntlig i styremøtet.

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Virksomhetsrapport per september 2019

Sak nr.	Saksansvarlig/saksbehandler	Sakstype	Møtedato
058-2019	Økonomidirektør Geir Olav Ryntveit Økonomisjef Dana Tønnessen	Orientering	23.10.2019

Trykte vedlegg: Virksomhetsrapport per september 2019

Utrykte vedlegg: Ingen

Har saken betydning for pasientsikkerheten?

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

Forslag til vedtak:

Styret tar virksomhetsrapport per september 2019 til orientering.

Skien, den 15. oktober 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Sammendrag

Resultatene for **de fleste medisinske parameterne** er om lag uendret. Gjennomsnittstall per 9 måneder i år viser 78 % andel nye pasienter inkludert i **pakkeforløp**, dette er noe lavere enn i tilsvarende periode i fjor (84 %). 72 % av pasientene i pakkeforløp behandles innen standard forløpstid, som er noe lavere enn ved tilsvarende periode i fjor (77 %), men innfrir målet om 70 %. Sykehuset Telemark HF scorer høyest på andel behandlet innen standard forløpstid innen foretaksgruppen.

Ventelisteresultatene for september er om lag som i de foregående månedene, men ventetidene for ventende pasienter er redusert for alle tjenesteområdene. Lavdriftsperioden i forbindelse med sommerferien fører til økte ventetider, men med full drift de kommende månedene forventes ventetidene å gå ned. Antall pasienter på venteliste har vært stabilt gjennom siste året med kun små variasjoner.

Samlet **ventetid** (påstartet) i september er 63 dager, 1 dager lavere enn september 2018. Gjennomsnittlig ventetid for påstartet pasienter er redusert for BUP og VOP, men øker i somatikk og TSB sammenlignet med september 2018. Andel fristbrudd påstartet pasienter og andel fristbrudd ventende er økt sammenlignet med september 2018.

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

Aktivitet i somatikken, målt i antall «sørge for» ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk, legemidler), er 936 poeng lavere enn budsjettet per 9 måneder. Avviket er i all hovedsak relatert til døgnaktiviteten ved Kirurgisk klinikk (en kombinasjon av færre opphold og lavere DRG-indeks («pleietyngde»)). Sykehuset har også oppnådd færre ISF-poeng knyttet til legemidler enn hva som er budsjettet.

Sykehuset Telemark rapporterer et positivt **driftsresultat** på 16,3 millioner kr. per september 2019. Dette er 6,2 millioner kr. svakere enn periodisert budsjett hittil i år, mot 4,2 millioner ved forrige rapportering. Regnskapsresultatet forbedres med 0,5 millioner kr. i september.

Høyere polikliniske inntekter, høye salgsinntekter lab/røntgen og noe lavere kostnader ved kjøp/salg av helsetjenester bidrar positivt til resultatet. Dette kompenseres for svakere effekt av planlagte forbedringstiltak samt høyere lønnskostnader enn budsjettet.

Resultatutviklingen i klinikkene kirurgi, medisin og akutt og beredskap er fortsatt bekymringsfull med store underskudd også i september. Dette skyldes svakere DRG-resultater og høyere kostnadsnivå enn budsjettet.

Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD 2019

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

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Redusere unødvendig ventetid	mål 2019	des.16	des.17	des.18	feb.19	mar.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	Kirurgi	Medisin	MSK	Smertepo	BUK (som.)	BUK (psyk.)	VOP/TSB
Gjennomsnitt ventetid i dager	50 dager somatikk 35 dager VOP/TSB 30 dager BUP	61	56,2	53,4	54,7	56,1	54,0	54,2	64,7	62,3	62,9	73	53	57	92	55	37	34/49
Fristbrudd avviklede, antall pr mnd	0	56	30	34	40	46	34	64	35	67	69	18	51	-				
Antall som venter	reduksjon	7 819	7 665	7 266	7 014	7 027	7 137	7 327	7 224	7 137	7 235	4 466	2 046	212	92	175	59	185
Antall med ventetid over 1 år	reduksjon	332	89	53	25	24	30	34	32	39	41	34	5		1			1
Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp (i)	70 %	69 %	79 %	81 %	78 %	76 %	80 %	79 %	77 %	79 %	79 %							
Andel innen definert forløpstid	70 %	71 %	69 %	77 %	70 %	72 %	73 %	73 %	74 %	72 %	74 %							
Antall passert tentativ tid	reduksjon	4 969	3 537	4 577	3 831	3 828	4 536	5 232	4 940	5 719	5 163	2 581	2 110	6	65	242	46	113

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

Tabellen ovenfor reflekterer de interne målsettingene for ventetid i 2019.

Pakkeforløp

Urologi generelt har en svært god utvikling. Blærekreft har for perioden jan-september 91 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid, andelen for nyrekreft er 83 %, testikkelkreft 78 %, mens prostata har 61 % (likt med i fjor). Sykehuset har hatt høyt fokus på prostata fra medio 2017 og statistikken har siden den gangen vist en positiv utvikling. På bryst har man oppnådd andel behandlet innen standard forløpstid over 70 %. Tall per 9 måneder 2019 viser 83 %.

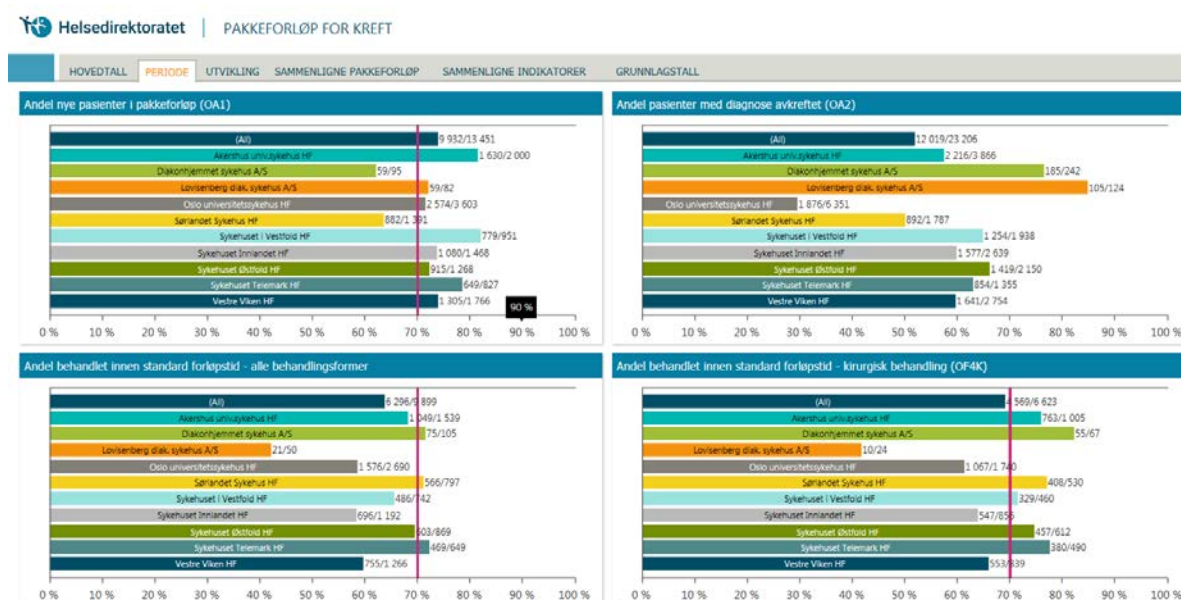
Innen gynekologisk kreft har vi relativt små tall (få pasienter) og det er utfordringer med måloppnåelse; eggstokkreft 21 %, livmorhalskreft 21 %, livmorkreft 53 %. Her foregår behandling sentralt og vi har relativt liten påvirkning på tempo. Vi er kjent med at man er i gang med tiltak for å bedre kapasiteten ved OUS. Forløpskoordinator og kreftkoordinator jobber aktivt for å bedre samhandlingen. Føflekkreft oppnår 93 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid, hele forløpet utføres ved STHF.

For lunge er 55 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid hittil i år. Fra uke 37 har vi fått tilgang på PET ved Sykehuset i Vestfold, ventetiden her er kort. Foreløpig er det litt for tidlig til at vi kan se resultater.

Innen hematologi har lymfomer 71 %, myelomatose 100 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid.

Innen tykk- og endetarmkreft er 85 % av pasientene inkludert i pakkeforløp. Ut fra Helsedirektoratets statistikk er kun 51 % av pasientene er behandlet innen standard forløpstid – noe som er svakere enn i samme periode i fjor (72 %). De svake resultatene tas opp i de aktuelle fagmiljøene ved sykehuset for å se hvor i forløpet forsinkelsene oppstår.

Figuren nedenfor viser resultater for 9 måneder 2019:



Gjennomsnittstall per 9 måneder i år viser 78 % andel nye pasienter inkludert i pakkeforløp, dette er noe lavere enn i tilsvarende periode i fjor (84 %). 72 % av pasientene i pakkeforløp behandles innen standard forløpstid, som er noe lavere enn ved tilsvarende periode i fjor (77 %), og innfrir dermed målet om 70 %. Sykehuset Telemark HF scorer høyest på andel behandlet innen standard forløpstid innen foretaksgruppen.

Prioritere psykisk helsevern og TSB

Prioriteringsregelen kommenteres under avsnittet om aktivitet.

Prioritere psyk.helsevern og TSB	mål 2018	jan.17	jan.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	Hittil 2019
Antall tvangsinnleggelse psyk./1000 innbyggere	lavere enn 2018	0,15	0,14	0,24	0,12	0,21	0,10	0,10	0,13	0,10	0,17	0,14	0,15
Andel tvangsinnleggelse	lavere enn 2018	15,0 %	15,3 %	20,1 %	13,5 %	18,9 %	10,2 %	10,5 %	12,9 %	12,0 %	16,1 %	13,2 %	14,4 %
Antall pasienter i døgnbehandling som har minst ett tvangsmiddeletak	reduseres		9	11	11	11	10	15	14	9	9	14	12

Antall tvangsinnlagte hittil i år er 226. Dette tilsvarer et snitt på 0,15 per 1000 innbyggere. Det er 7 % lavere antall tvangsinnlagt i år enn i samme periode i fjor (fra 244 til 226). Høyt antall tvangsinnlagte i starten av året, lavt fra april til juli, men noe høyere de to siste månedene.

Hittil i 2019 er det er det 1570 innleggelser og 226 av disse er tvangsinnlagte. Aktivitet målt i antall innleggelser viser en vekst på 2,1 %, og med redusert antall tvangsinnlagte har andelen falt fra 15,9 % til 14,4 % per september. Andelen er nede i 13,2 % i september måned.

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	mål 2019	des.16	des.17	des.18	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	Kirurgi	Medisin	MSK	ABK	BUK	VOP/TSB
Sykehusinfeksjoner %	<3%	4,5 %		3,8 %	4,4 %				3,50 %	5,3 %	2,4 %			0,0 %	
Korridorpasienter - antall	0	85	50	51	170	118	131	88	123	14	109				
Korridorpasienter %	0,0 %	0,9 %	0,6 %	0,7 %	1,9 %	1,6 %	1,7 %	1,1 %	1,5 %	0,4 %	2,6 %				
Direkte time i %	100 %		84 %	78 %	84 %	86 %	82 %	79 %	85 %	88 %	80 %	98 %		90 %	88 %
Antall åpne dokumenter > 14 dager		4 550	4 920	4 669	3 890	3 581	3 185	3 293	3 743	1 224	979	21	6	694	979
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode og uten ny kontakt	1000	1 861	1 445	1 734	2 167	2 542	2 105	1 711	1 170	222	571	94	13	129	141
Andel dialysepasienter som får hjemme	>30%		28 %	30 %	29 %	30 %	28 %	28 %	31 %		31 %				

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

Sykehusinfeksjoner

Prevalensmålingen for februar viste 4,3 %, mai viste 4,4 %, mens målingen i september ga 3,5 % som resultat. Dette er på nivå med enn gjennomsnittet for 2018.

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

Det er også fokus på innsatsområde "blodbaneinfeksjoner" på sengeposter.

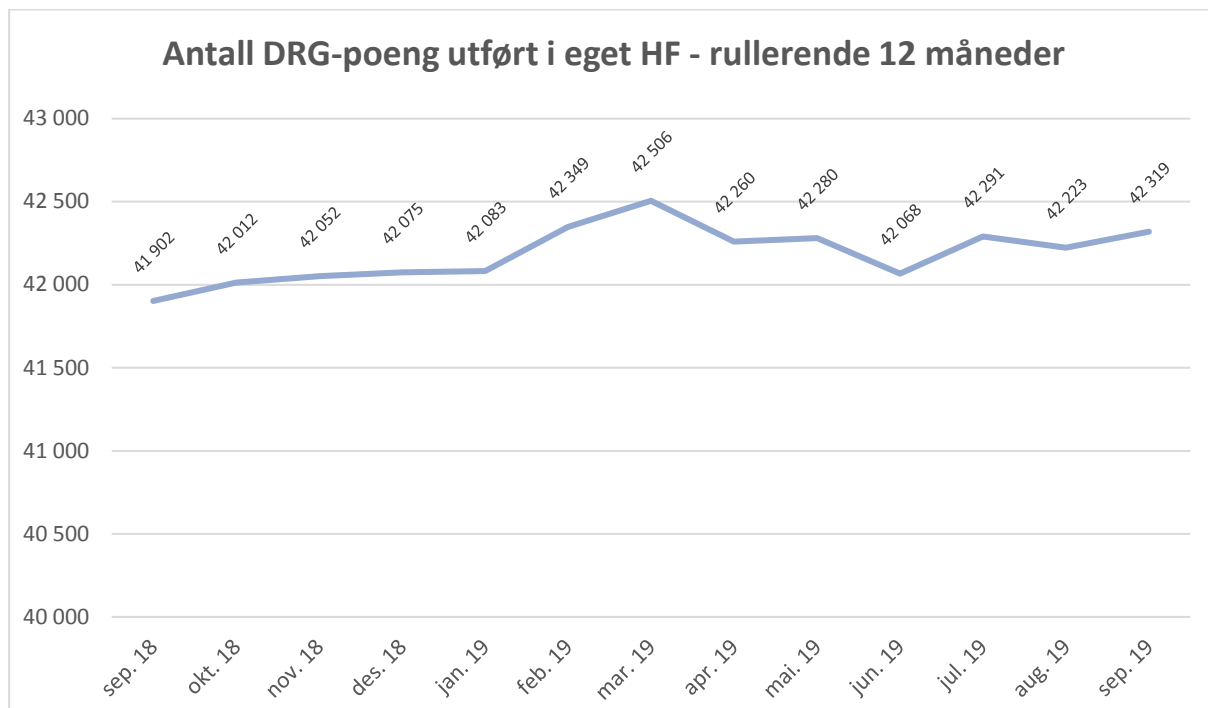
Aktivitet

Somatikk

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

Antall "sørge for" ISF-poeng per 9 måneder (døgn, dag, poliklinikk, legemidler) var 936 poeng svakere enn budsjettet (-2,7 %). Avviket er i all hovedsak relatert til døgnaktiviteten (en kombinasjon av færre opphold og lavere DRG-indeks («pleietyngde»), samt færre antall ISF-poeng knyttet til legemidler.

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



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

DRG-poeng	faktisk 9 m 19	bud. 9 m 19	avvik 9 m 19	faktisk 9 m 18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Faktisk 2018
Kirurgisk klinikk	14 343	14 955	-612	14 389	0 %	-46	20 132	19 257
Medisinsk klinikk	14 863	14 810	53	14 617	2 %	246	19 924	19 564
Barne og ungdomsklinikken	2 179	2 242	-63	2 089	4 %	90	3 010	2 700
ABK	76	59	17	72	6 %	4	80	99
Medisinsk serviceklinikk	361	357	4	326	11 %	35	500	464
SSL	8		8	3	167 %	5	-	6
Sum DRG-poeng behandlet i eget HF	31 830	32 423	-593	31 496	1 %	334	43 646	42 090
- døgn	22 421	23 060	-639	22 372	0 %	49	30 906	29 754
- dagbehandling	3 841	3 613	228	3 537	9 %	304	4 904	4 618
- poliklinikk	5 568	5 750	-182	5 587	0 %	-19	7 836	7 718
Sum DRG-poeng behandlet i eget HF	31 830	32 423	-593	31 496	1 %	334	43 646	42 090
DRG-poeng pasienter fra andre regioner beh. i eget HF	157	224	-67	211	-26 %	-54	300	259
DRG egne pasienter behandlet ved andre regioner/private	258	300	-42	315	-18 %	-57	400	420
DRG kreftmidler og dyre biologiske legemidler (H-reseptor)	2 063	2 430	-367	2 711	-24 %	-648	3 000	3 164
Sum DRG-poeng i h.h.t. "sørge for"-ansvaret	33 994	34 929	-935	34 311	-1 %	-317	46 746	45 415

Sykehusopphold	faktisk 9 m 19	bud. 9 m 19	avvik 9 m 19	faktisk 9 m 18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Faktisk 2018
Opphold behandlet i eget HF								
- døgn - inkl. Nordagutu	20 258	21 052	-794	20 837	-3 %	-579	28 200	27 833
- dagbehandling	16 797	16 155	642	15 557	8 %	1 240	21 800	20 999
- poliklinikk	124 211	124 456	-245	122 670	1 %	1 541	169 400	165 846

Antall sykehusopphold i september var tilnærmet som budsjettet og 5 % flere enn i fjor. Antall liggedøgn i september (8.200) var høyere enn budsjettet (8.070) og september i fjor (7.600).

I september ble det utført 5 % flere dagbehandlinger enn budsjettet og 12 % flere enn i fjor. Samtidig ble det utført i underkant av 15.000 polikliniske konsultasjoner. Dette er 3 % færre enn budsjettet, men 3 % flere enn i fjor. September har 1 arbeidsdag (5 %) flere enn i fjor.

Polikliniske konsultasjoner	faktisk 9 m 19	bud. 9 m 19	avvik 9 m 19	faktisk 9 m 18	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Faktisk 2018
Kirurgi	59 531	61 477	(1 946)	59 734	(203)	83 000	79 777
Medisin	51 966	50 139	1 827	50 750	1 216	68 650	69 124
BUK	6 516	6 957	(441)	6 184	332	9 550	8 705
ABK	909	878	31	965	(56)	1 200	1 280
MSK	5 120	5 005	115	4 985	135	7 000	6 960
SSL	169	-	169	52	117	-	116
STHF	124 211	124 456	(245)	122 670	1 541	169 400	165 962

Antall sykehusopphold hittil i år er 4 % lavere enn budsjettet og 3 % færre enn i fjor. Det har vært høyt pasientbelegg i årets 7 første måneder; mellom 96 %-105 %. Beleggsprosenten i august og september imidlertid noe lavere; 93 %/94 %. Antall liggedøgn er 73.600 per 9 måneder. Dette er tilnærmet likt med budsjett og i fjor.

Per 9 måneder ble det utført 4 % flere dagbehandlinger som budsjettet og 8 % flere enn i fjor. Samtidig ble det utført om lag 124.000 polikliniske konsultasjoner. Dette er likt som budsjettet og 1 % flere enn i fjor.

Kirurgisk klinikk har et budsjettavvik på – 612 DRG-poeng per september, som er en forverring på – 19 poeng siden forrige periode. Det er en nedgang i døgnopphold, og økning i dagopphold både mot budsjett og fjorår. Endringer i opphold på dag og døgn forklarer 51 % av avviket. Resterende forklares med lave indekser på dag og døgn, samt mindre poliklinikk enn budsjettet. Det forventes at utviklingen vil vedvare ut året.

Aktiviteten i **Medisinsk klinikk**, målt i DRG, har vært 27 poeng høyere enn budsjettet per 9 måneder. Antall avdelingsopphold ved Medisinsk klinikk 9 måneder var 3 % flere enn budsjettet og 2 % høyere enn i fjor. Den polikliniske aktiviteten har vært 3 % høyere enn budsjettet og 1 % høyere enn i fjor. DRG-indeksen (som er en indikasjon på kompleksiteten blant pasientene) var per 9 måneder noe svakere enn plan, men moderat høyere enn fjoråret.

Medisinsk serviceklinik har aktivitet høyere enn budsjettet målt i konsultasjoner, og 4 DRG-poeng mer enn budsjettet hittil i år. Det forventes DRG-poeng som budsjettet for 2019. Økningen fra 2018 skyldes i hovedsak økte vekter.

Barne- og ungdomsklinikken har et budsjettavvik på -63 DRG-poeng. Årsaken er færre opphold på barneavdelingen samt lavere aktivitet enn budsjettet på barnepoliklinikken. Antall konsultasjoner på barnepoliklinikken er 9 % lavere enn budsjettet hittil i år.

Psykisk helsevern og TSB

Antall sykehusopphold er hittil per september 4,7 % lavere enn budsjettet innenfor TSB, og er ikke sammenlignbart med fjoråret som følge av etablering av den nye avrusningsposten. Antall liggedager er 22,5 % høyere enn budsjettet. Antall sykehusopphold innenfor VOP ligger 4,5 % lavere enn budsjettet, mens antall liggedager ligger 0,3 % over budsjettet nivå. Antall liggedøgn er 2,3 % lavere enn i fjor, og antall sykehusopphold er 2,1 % lavere enn fjoråret.

Som tidligere nevnt er den inneliggende aktiviteten på BUP historisk høy i år. Antall liggedøgn per september ligger 28,7 % høyere enn budsjettet og 33,0 % høyere enn i fjor på samme tid. Antall sykehusopphold er 26,8 % over budsjett og ligger 28,6 % høyere enn i fjor.

Døgnaktivitet liggedøgn	faktisk sep.19	bud. sep.19	avvik sep.19	faktisk sep.18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Estimat 2019	Faktisk 2018
Voksenpsykiatri	24 184	24 100	84	24 757	-2 %	-573	32 500	32 500	33 119
Barne- og ungdomspsykiatri	2 013	1 564	449	1 513	33 %	500	2 100	2 700	2 197
TSB / RUS	2 914	2 378	536	1 907	53 %	1 007	3 200	3 800	2 798
STHF	29 111	28 042	1 069	28 177	3 %	934	37 800	39 000	38 114

Døgnaktivitet Utskrevne	faktisk sep.19	bud. sep.19	avvik sep.19	faktisk sep.18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Estimat 2019	Faktisk 2018
Voksenpsykiatri	1 189	1 245	-56	1 215	-2 %	-26	1 650	1 600	1 627
Barne- og ungdomspsykiatri	90	71	19	70	29 %	20	95	115	97
TSB / RUS	286	300	-14	228	25 %	58	400	380	330
STHF	1 565	1 616	(51)	1 513	3 %	52	2 145	2 095	2 054

Poliklinikk psykiatri	faktisk sep.19	bud. sep.19	avvik sep.19	faktisk sep.18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Estimat 2019	Faktisk 2018
Antall ISF-konsultasjoner									
BUP	21 367	20 877	490	19 917	7,3 %	1 450	28 100	28 800	27 451
VOP	37 121	38 457	-1 336	37 817	-1,8 %	-696	52 650	50 775	51 405
- herav Helse og arbeid	182	734	-552	497	-63,4 %	-315	1 000	275	497
TSB	8 256	9 239	-983	9 045	-8,7 %	-789	12 650	11 250	12 349
SUM	66 744	68 573	-1 829	66 779	-0,1 %	-35	93 400	90 825	91 205
ISF-poeng									
BUP	7 190	6 797	393	6 539	10 %	651	9 150	9 700	8 984
VOP	5 407	5 481	-74	5 616	-4 %	-209	7 502	7 400	7 538
- herav Helse og arbeid	28	63	-35	76	-63 %	-48	84	35	76
TSB	1 086	1 151	-65	1 060	2 %	26	1 575	1 500	1 515
SUM	13 683	13 429	254	13 216	4 %	468	18 227	18 600	18 037

Hittil per september har det vært høyere poliklinisk aktivitet enn både budsjettet og målt mot fjoråret innenfor BUP. Både VOP og TSB ligger lavere enn både budsjettet og målt mot fjoråret. Antall ISF-berettigede polikliniske konsultasjoner innenfor PHV og TSB er samlet sett 2,7 % lavere enn budsjettet. BUP viser 2,3 % høyere enn budsjett, og 7,3 % høyere enn i fjor. VOP ligger 3,5 % lavere enn budsjettet og 1,8 % lavere enn i fjor. Trekker vi ut Helse og arbeid (tidligere raskere tilbake), så ligger VOP 2,0 % lavere enn budsjettet. TSB ligger hele 10,6 % lavere enn budsjettet, og 8,7 % lavere enn i fjor.

Prioriteringsregelen

Ventetid	2018	2019	Endring
Somatikk	56,09	58,23	3,8 %
BUP	45,88	34,04	-25,8 %
VOP	46,24	38,04	-17,7 %
TSB	31,45	28,61	-9,0 %

Aktivitet	2018	2019	Endring
Somatikk	122 670	124 211	1,3 %
BUP	19 917	21 367	7,3 %
VOP	37 817	37 121	-1,8 %
TSB	9 045	8 256	-8,7 %

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

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

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

Ventetid for somatikken er økt med 2,4 dager per september målt mot samme periode i fjor. Voksenpsykiatrien har redusert ventetiden med 8 dager, barne- og ungdomspsykiatrien har redusert sin ventetid med 12 dager, mens ventetid innen TSB er viser en reduksjon fra 32 til 29 dager. De relative endringene viser at ventetidene i voksenpsykiatri har gått ned med 17,7 %, innen TSB har det gått ned med 9,0 %, og barne- og ungdomspsykiatrien har redusert med 25,8 %. Oppgangen i somatikken er på 2,8 %.

Polikliniske konsultasjoner

Prioriteringsregelen for poliklinisk aktivitet er oppfylt for BUP, men ikke for de andre tjenesteområdene. VOP har en nedgang på 1,8 % og TSB har en nedgang på 8,7 %.

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

Bemanning

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

Reduksjonen i sykefravær fra 2018 til 2019 er på 0,30 % - poeng. Sykefraværet var veldig høyt i starten av 2018, og nedgangen kan ha noe med at ledere har jobbet målbevisst med å redusere sykefravær.

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

STHF rapporterer 2.994 brutto månedsverk per september. Det er 16 månedsverk høyere enn i fjor. Tallene i 2019 er ikke sammenlignbare med fjoråret, da bemanningen på den nye avrusningsenheten var fulltallig først i mars måned 2018. Trekker vi ut avrusningen begge årene så er forbruket økt fra 2955 til 2966 månedsverk. Sett opp mot budsjetterte antall årsverk, så er det per september et overforbruk på 2,2 %.

Andelen variabelønnede per september 2019 er 9,0 %, noe som er på samme nivå som i fjor.

Økonomi

Sykehuset Telemark rapporterer et positivt driftsresultat på 16,2 millioner kr. pr. september 2019. Resultatet er 6,2 millioner kr. svakere enn periodisert budsjett.

Hittil i år er det er høyere polikliniske inntekter, høye salgsinntekter lab/røntgen og noe lavere kostnader ved kjøp/salg av helsetjenester som bidrar positivt til resultatet. Dette kompenserer for svakere effekt av planlagte forbedringstiltak.

Usikkerheten knyttet til periodiseringen av H-reseptkostnadene, årseffekten av TFG aktiviteten og kostnader knyttet til fritt behandlingsvalg vedvarer ut året. Basert på kostnadsutviklingen hittil i år, vurderes det at risikoen for negative budsjettavvik på årsbasis er lav.

Budsjettavviket hittil i år er relatert til resultatene i klinikkene. Det oppnås svakere ISF-inntekter enn budsjettert i somatikken, samtidig med at effekten av forbedringstiltak er lavere enn planlagt.

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

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

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

Regnskapsresultat pr. september 2019	regnskap	budsjett	avvik	Budsjett	Prognose	avvik
	september	september	september	2019	2019	2019
Basisramme	1 771 846	1 755 623	16 223	2 366 779	2 388 603	21 824
Kvalitetsbasert finansiering	12 556	12 556	-	16 741	16 741	-
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	589 328	598 379	-9 051	803 331	793 284	-10 047
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	123 497	127 219	-3 722	173 385	173 385	-
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	37 591	36 838	753	49 997	51 094	1 097
ISF fritt behandlingsvalg	-	-	-	-	-	-
ISF refusjon pasientadministrerte legemiddel (H-resepter)	46 056	54 255	-8 198	66 981	54 700	-12 281
Utskrivningsklare pasienter	15 994	10 169	5 824	13 559	20 559	7 000
Gjstepasienter	13 523	15 965	-2 442	21 352	21 352	-
Konserninterne gjestepasientinntekter	63 753	58 161	5 592	76 853	76 853	-
Polikliniske inntekter	72 129	64 211	7 918	86 386	96 886	10 500
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake	-	-	-	-	-	-
Andre øremerkede tilskudd	8 885	8 855	29	11 807	11 807	-
Andre driftsinntekter	199 925	203 963	-4 038	274 988	274 988	-
SUM DRIFTSINNTEKTER	2 955 083	2 946 194	8 889	3 962 159	3 980 252	18 093
Kjøp av offentlige helsetjenester	30 560	32 812	2 251	43 750	40 750	3 000
Kjøp av private helsetjenester	71 312	72 726	1 414	100 027	98 027	2 000
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	343 472	371 867	28 395	497 261	462 261	35 000
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	21 956	9 400	-12 556	11 688	27 688	-16 000
Konserninterne gjestepasientkostnader	205 730	203 217	-2 514	271 267	271 267	-
Lønn til fast ansatte	1 335 899	1 322 156	-13 742	1 778 611	1 793 611	-15 000
Overtid og ekstrahjelp	76 867	56 746	-20 120	76 692	99 692	-23 000
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	256 234	239 102	-17 132	321 647	344 693	-23 046
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-76 227	-76 087	140	-101 723	-101 723	-
Annen lønn	209 296	213 195	3 899	293 276	293 276	-
Avskrivninger	74 082	76 021	1 940	101 668	99 668	2 000
Nedskrivninger	-	-	-	-	-	-
Andre driftskostnader	402 309	412 790	10 480	551 202	537 249	13 953
SUM DRIFTSKOSTNADER	2 951 490	2 933 945	-17 545	3 945 364	3 966 458	-21 093
DRIFTSRESULTAT	3 593	12 250	-8 656	16 795	13 795	-3 000
Finansinntekter	14 522	11 970	2 552	15 490	18 490	3 000
Finanskostnader	1 816	1 720	-96	2 285	2 285	-
FINANSRESULTAT	12 706	10 250	2 456	13 205	16 205	3 000
(ÅRS)RESULTAT	16 300	22 500	-6 200	30 000	30 000	-0
Pensjonskostnader	-	-	-	-	-	-
RESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER	16 300	22 500	-6 200	30 000	30 000	-0

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

Klinikkene

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

Resultater pr. klinikk vises i tabellen under:

BUDSJETTAVVIK per september 2019	lønn	andre driftskostnader	driftsinntekter	Sum	herav effekt forbedringstiltak	herav øvrig drift
Kirurgi	-12 541	-2 090	-12 243	-26 875	-7 987	-18 888
Medisin	-19 638	2 426	4 011	-13 201	-4 249	-8 952
Barne- og ungdomsklinikken	-298	-951	3 649	2 400	-476	2 876
Akutt og beredskap	-9 627	-7 599	2 204	-15 022	-2 369	-12 653
Medisinsk serviceklinikk	6 829	997	5 991	13 817	-380	14 197
Psykatri og rus	513	-3 350	1 953	-884	-330	-554
Service og systemledelse	191	-6 404	3 037	-3 176	-875	-2 301
SUM klinikker	-34 571	-16 972	8 602	-42 940	-16 666	-26 274
Administrasjon	7 595	-611	-3 521	3 463	-	3 463
Kjøp og salg av helsetjenester		31 269	-19 349	11 921		11 921
- biol.legemidler og kreftmidler		33 480	-22 980	6 241		6 241
- somatikk		-2 462	4 375	4 176		4 176
- psykiatri og TSB		251	-743	898		898
Felles poster	-3 756	18 183	6 929	21 356	-	21 356
Budsjettavvik per september	-30 732	31 870	-7 338	-6 200	-16 666	10 466

Kirurgisk klinikk har et budsjettavvik på – 26,9 millioner kroner per september, som er en forverring på –4 millioner kroner siden forrige periode. Avviket fra forrige periode skyldes hovedsakelig aktivitetsglidning fra døgn til dag, og lave indekser (-0,4 millioner), høye varekostnader (-0,5 millioner), høye variable lønnskostnader (-1 millioner), samt uløst budsjettutfordring for perioden (-1,6 millioner). Den totale uløste budsjettutfordringen er økt etter at klinikken overtok operasjonsteamet på Notodden som hadde budsjettert en innsparing på 1,4 millioner på slutten av året uten tilhørende tiltak. Det jobbes kontinuerlig for å finne og implementere tiltak med både langsiktig og kortsiktig effekt.

Medisinsk klinikk har et negativt avvik på -13,2 millioner kroner per 9 måneder som i all hovedsak er knyttet til lønnskostnader. Noe av lønns-merkostnadene er knyttet til klinikkens uløste utfordringer i 2019-budsjettet. Klinikken jobber med å identifisere tiltak for å løse årets uløste utfordring på 4,6 millioner kroner, men foreløpig foreligger ingen konkrete løsninger. Klinikken har for tiden et høyere antall leger enn budsjettert. Klinikken har i hele år hatt et høyt pasientbelegg ved sengepostene, noe som har gitt merkostnader utover budsjettert nivå. Vanligvis har pasientbelegget avtatt noe fra april, men i år har belegget i hele sommer vært tett opp mot 100 %. Varekostnadene, deriblant forbruk av dyre legemidler innen kreftbehandling, har per 9 måneder vært noe lavere enn budsjettert. Den polikliniske aktiviteten har vært høyere enn budsjettert; noe som har resultert i høyere inntekter fra egenandeler enn budsjettert.

Barne- og ungdomsklinikken har et overskudd per september på 2,4 millioner kr. Høye ISF-inntekter og innsparinger grunnet vakanser i barne- og ungdomspsykiatrien oppveier for innleie av behandlere, samt lavere inntekter og merforbruk på lønn i barne- og ungdomsmedisin.

Akutt og beredskapsklinikken har et resultat per september på – 15 millioner kroner. Det er avvik på både lønn, innleie, medikamenter og varer. Hovedårsaken til dette er svært høy aktivitet på intensiv i starten av året, og i sommer. Det har vært roligere fra midten av august. Akuttmottaket viser fortsatt økning i aktivitetsnivået; per september 7 % økning. Planlagte endringer på FOVA/Mottak på Notodden er under arbeid og krever ombygging- det er p.t. usikkert om dette tiltaket igangsettes.

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

Sykefraværet i klinikken har vært høyt i en periode, og er nå på 7,29 % (per juli fra HR-kuben). Det jobbes aktivt med å redusere fraværet, og det er på vei ned igjen. GAT-tallene per september er på 6,77 %. Klinikkenes mål er 5% i løpet av året.

Medisinsk serviceklinikk har et overskudd per september på 13,8 millioner kroner. Inntektene er høyere enn budsjett pga høy aktivitet innen medisinsk genetikk og medisinsk biokjemi som mer enn oppveier for negativt budsjettavvik innen radiologi. I tillegg har en takstendring for fertilitetsavdelingen gitt økte inntekter på 6,0 millioner kroner hittil. Innsparinger på lønnskostnader grunnet vakanser i flere av avdelingene mer enn dekker opp for innleie av radiologer.

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling leverer et negativt budsjettavvik på 0,9 millioner kroner per september. På grunn av rekrutteringsutfordringer har klinikken hatt lavere poliklinisk aktivitet de siste månedene, og spesielt i september. September alene ga en minus på 0,5 millioner, noe som gir et negativt budsjettavvik på pasientrettede inntekter tilsvarende 0,9 millioner hittil i år.

Driften på Psykiatrisk sykehusavdeling er fremdeles utfordrende, da spesielt på akuttpostene og UPS. Pasienttrykket har vært, og er fremdeles veldig høyt. Det er særdeles ressurskrevende enkeltpasienter innlagt. Avdelingen viser per september et negativt resultat på 7,0 millioner. Både DPS øvre og nedre Telemark leverer store positive budsjettavvik som følge av mange vakante stillinger, noe som veier opp for den krevende driften på den Psykiatriske sykehusavdelingen.

Service- og Systemledelse har ved utgangen av september et negativt resultat på 3,2 millioner kroner. Det er i hovedsak behandlingshjelpemidler og insulin som har høyere kostnader enn budsjettet med et samlet negativt budsjettavvik på 3,6 millioner kroner. Pasientreiser er nærmest i balanse. Den negative utviklingen i eiendomsdrift har flatet ut – alle a-konto faktura for vann -og avløpsgebyrene for 2019 er regnskapsført. Klinikken har et positivt avvik på lønnskostnader (+0,2 millioner kroner) men bruker mye på eksternt innleie – avvik lønn inkludert eksternt innleie er -0,7 millioner kroner. Størst forbruk på eksternt innleie er innen eiendomsdrift og pasientreiser.

Administrasjonen har et positivt budsjettavvik på 3,5 millioner kroner per september grunnet vakante stillinger (økonomidirektør, juridisk rådgiver, bedriftshelsetjenesten).

Felles: Positivt avvik har sammenheng med risikobufferen i budsjettet.

Virksomhetsrapport

September 2019

Innhold

1. Hovedmål

2. Pasient

3. Bemanning

4. Aktivitet

5. Kvalitetsindikatorer

6. Økonomi

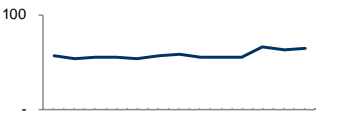
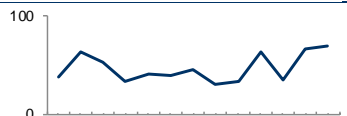
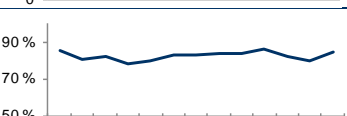

7. Klinikker

Oppsummering

september 2019

Sykehuset Telemark	Faktisk HIÅ	Budsjett HIÅ	Avvik HIÅ	HIÅ 2018	Årsestimat	Årsbudsjett	Avvik
Kvalitet per måned							
Ventetid påstartet, denne periode	63			56			
Ventetid ventende, denne periode	61			64			
Antall fristbrudd påstartet, denne periode	69			56		0	
Antall fristbrudd venter, denne periode	59			24		0	
Aktivitet							
ISF-poeng somatikk							
"Sørge for" (døgn, dag og polkl.)	31 930	32 499	-569	31 600	43 296	43 746	-450
Legemidler	2 063	2 430	-367	2 711	2 450	3 000	-550
Totalt antall ISF poeng "sørge for"	33 993	34 929	-936	34 311	45 746	46 746	-1 000
Utført eget HF/Sykehus	31 830	32 423	-593	31 496	43 196	43 646	-450
ISF-poeng Psyk							
Voksenpsykiatri og TSB	6 494	6 632	-138	6 678	8 900	9 077	-177
Barne- og ungdomspsykiatri	7 190	6 798	391	6 538	9 700	9 150	550
Polikliniske konsultasjoner							
Somatikk	124 211	124 456	-245	122 670	169 400	169 400	-
VOP	37 121	38 457	-1 336	37 817	50 775	52 650	-1 875
BUP	21 367	20 877	490	19 917	28 800	28 100	700
TSB	8 256	9 239	-983	9 045	11 250	12 650	-1 400
Bemanning							
Brutto månedsværk	2 994	2 929	-65	2 978	2 990	2 920	-70
Innleie helsepersonell	21 956	9 400	-12 556	14 303	27 688	11 688	-16 000
Lønn til fast ansatte	1 335 899	1 322 156	-13 742	1 288 044	1 793 611	1 778 611	-15 000
Overtid og ekstrahjelp	76 867	56 746	-20 120	70 518	99 692	76 692	-23 000
Sykefravær (forrige måned)	6,83			7,13			
Økonomi (hele tusen)							
Driftsinntekter	2 955 083	2 946 194	8 889	2 761 399	3 980 252	3 962 159	18 093
Driftskostnader	2 951 490	2 933 945	-17 545	2 776 990	3 966 458	3 945 364	-21 093
Netto finansresultat	12 706	10 250	2 456	8 580	16 205	13 205	3 000
Pensjon	-	-	-	-	-	-	-
Årsresultat	16 300	22 500	-6 200	-7 011	30 000	30 000	-0

Regionale hovedmål

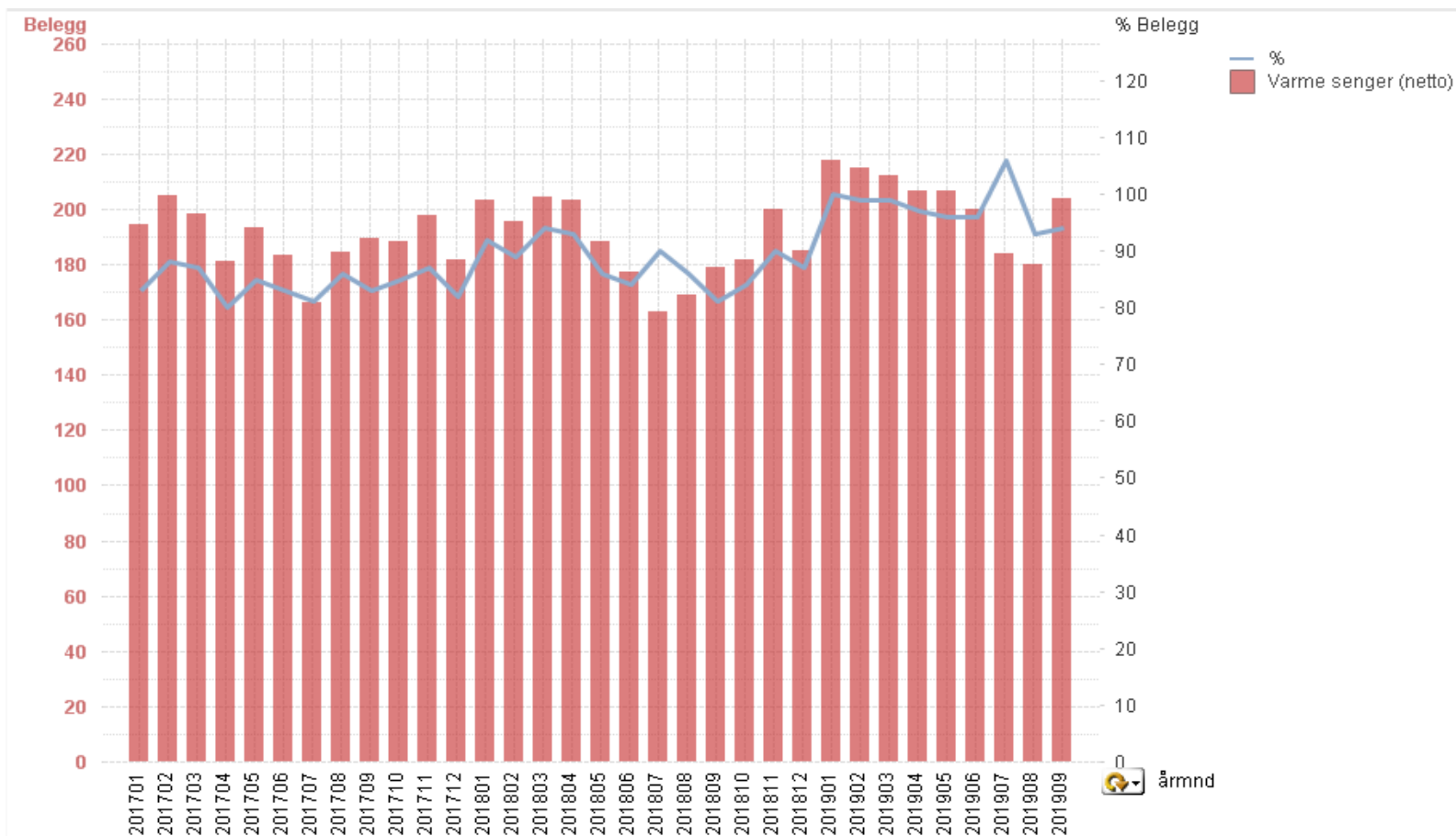
Hovedmål	Mål 2019	Utvikling siste	Status	Resultat	Resultat
		12 mnd	2017	2018	sep.19
Gjennomsnitt ventetid somatisk redusert til 60 dager. Ordinært avviklede pasienter.	50		57	55	64
Pasienten opplever ikke fristbrudd (påstartet)	Antall brudd		30	34	69
	Andel av med frist		1,0 %	1,3 %	2,2 %
Pasienten får bekreftelse og tidspunkt for behandling i samme brev	100%		84 %	78 %	85 %
Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer	Årsresultat		-12,9 mill	8,9 mill	16,3 mill
	Budsjettavvik		12,1 mill	-21,1 mill	-6,2 mill
Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3%	3%	Siste måling mai 2019	2,8 %	3,8 %	3,5 %
Alle medarbeider involveres i oppfølging av medarbeider-undersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet	100%	Siste måling vår 2019	87 %	86 %	86 %
Korridorpasienter	0 %		0,6 %	0,7 %	1,5 %

Prioriteringsregelen - status hittil i år	Antall dager		% endring hittil i år 2018-2019					
	Ventetider påstartet		Ventetider påstartet		Polikliniske konsultasjoner		Bemanning	
	hittil '19	hittil '18	Somatikk	Psykiatri/TSB	Somatikk	Psykiatri/TSB	Somatikk	Psykiatri/TSB
September 2019								
STHF	57	55					0,5 %	
SOMATIKK	58	56	4 %		1 %		0,4 %	
BUP	34	46		-26 %		7 %		7 %
VOP	38	46		-18 %		-2 %		0 %
TSB	29	31		-9 %		-9 %		3 %
Endring pr klinikk	0	0						
(01) Kirurgisk klinikk	68	63	8 %		1 %		-1 %	
(02) Medisinsk klinikk	46	46	1 %		1 %		1 %	
(03) Barne- og ungdomsklinikken, somatikk	41	49	-17 %		5 %		0 %	
(303) Avdeling for barn og unges psykiske helse	34	46		-26 %		7 %		3 %
(06) Akutt og beredskap	78	64	23 %		-6 %		1 %	
(07) Medisinsk Serviceklinikk	45	79	-43 %		3 %		1 %	
(09) Klinikk for psykisk helsevern, VOP	38	46		-18 %		-2 %		0 %
(09) Klinikk for psykisk helsevern, TSB	29	31		-9 %		-9 %		3 %
(13) Service og systemledelse							-1 %	
(15) Administrasjon							1 %	

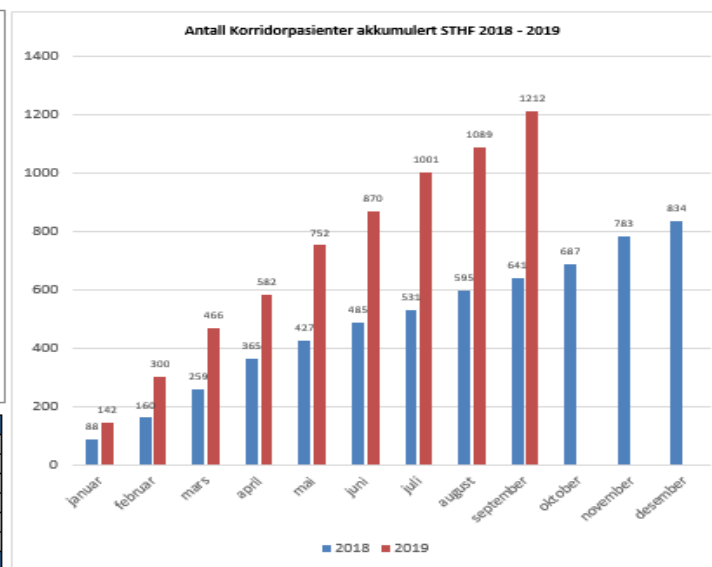
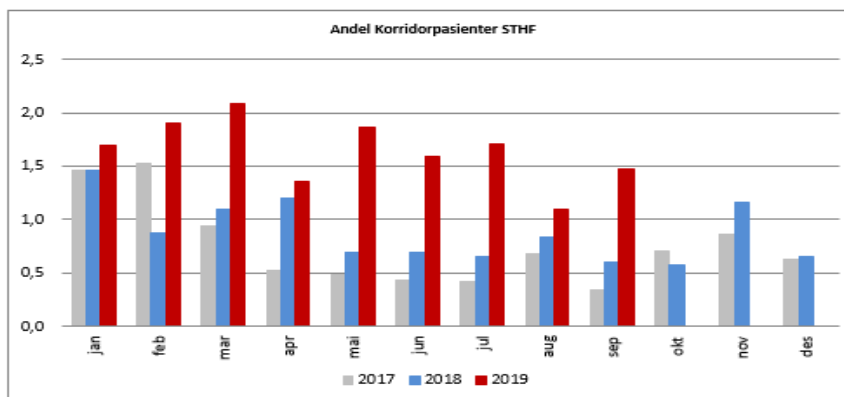
Fotnote: Påstartet = Avviklet

Fotnote: Kostnadene er eks. avskrivninger, legemidler og pensjon

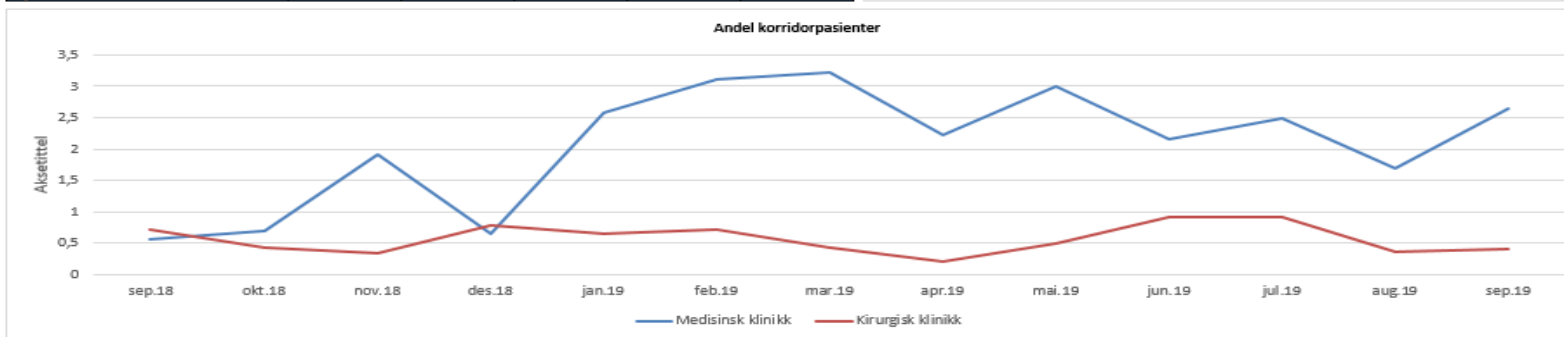
Antall postopphold, ved f.eks permisjoner blir både oppholde før, selve permisjon og etter telt som selvstendige postopphold. Tallene blir tilsvarende "blåst opp" ved tekniske postopphold



er.
att.



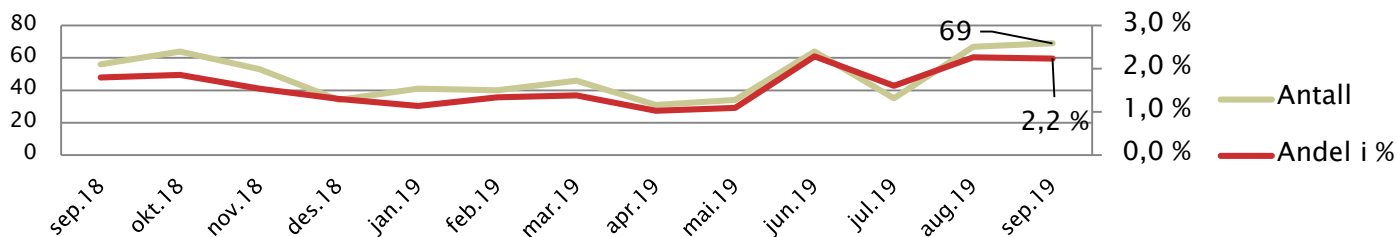
Antall korridorpasienter - somatik	August	September	HIÅ 2019	HIÅ 2018	HIÅ 2017
Kirurgisk klinikk	11	14	163	118	110
Medisinsk klinikk	77	109	1048	305	325
Barne og ungdomsklinikk	0	0	0	4	3
Åkutt og beredskaps klinikk	0	0	1	0	0
Medisinsk teknisk klinikk	0	0	0	0	3
Psykiatrisk klinikk	0	0	0	0	0
Sykehuset Telemark	88	123	1212	427	441



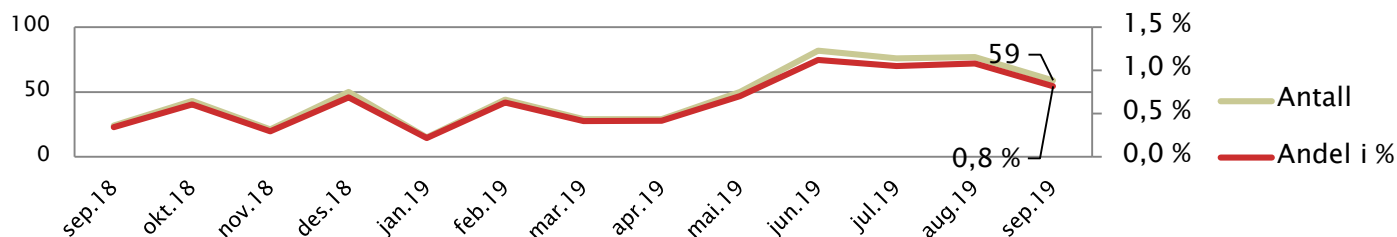
Pasient

Utvikling over tid for aktivitet i hele STHF alle omsorgsnivåer

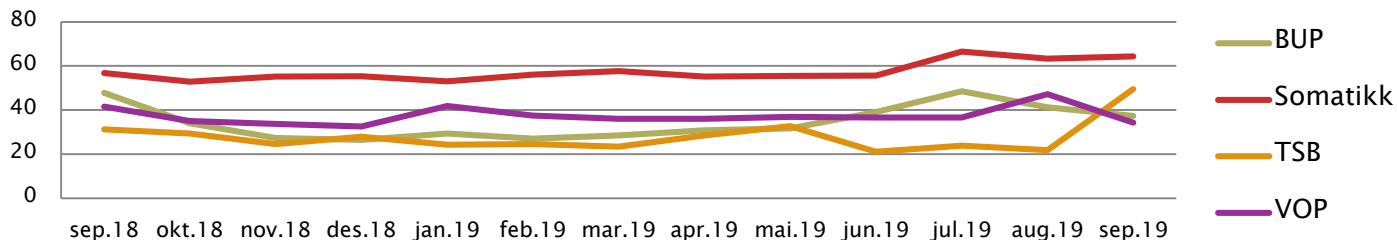
1. Antall/andel fristbrudd påstartet STHF.



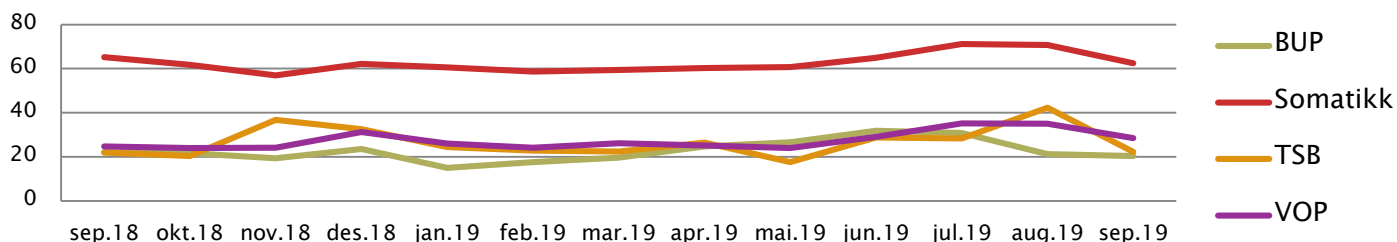
2. Antall/andel fristbrudd ventende STHF.



3. Gjennomsnittlig ventetid påstartet STHF



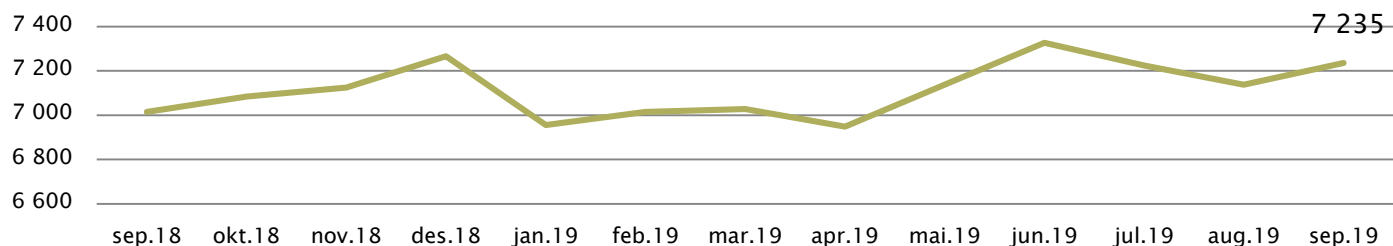
4. Gjennomsnittlig ventetid ventende STHF.



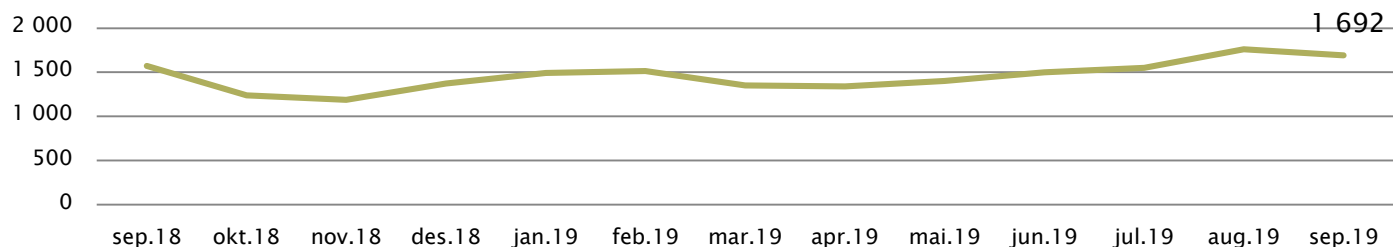
Paul Husmo, husp@sthf.no tlf:35 08 03 02

Utvikling over tid for aktivitet i hele STHF alle omsorgsnivåer

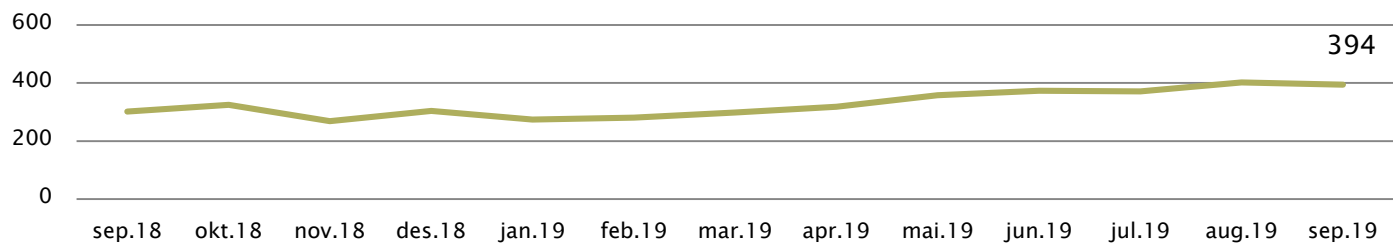
5. Antall som venter på STHF.



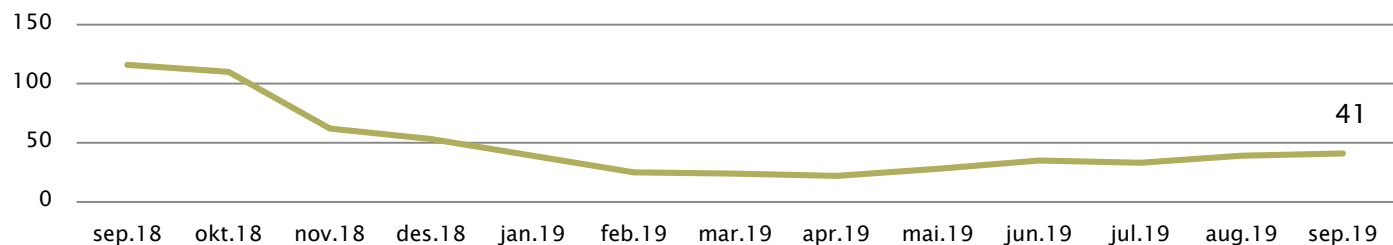
6. Antall ventende som har ventet mer enn 3 måneder STHF.



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



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



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

Utvikling «Passert planlagt tid»

Valgte seleksjoner

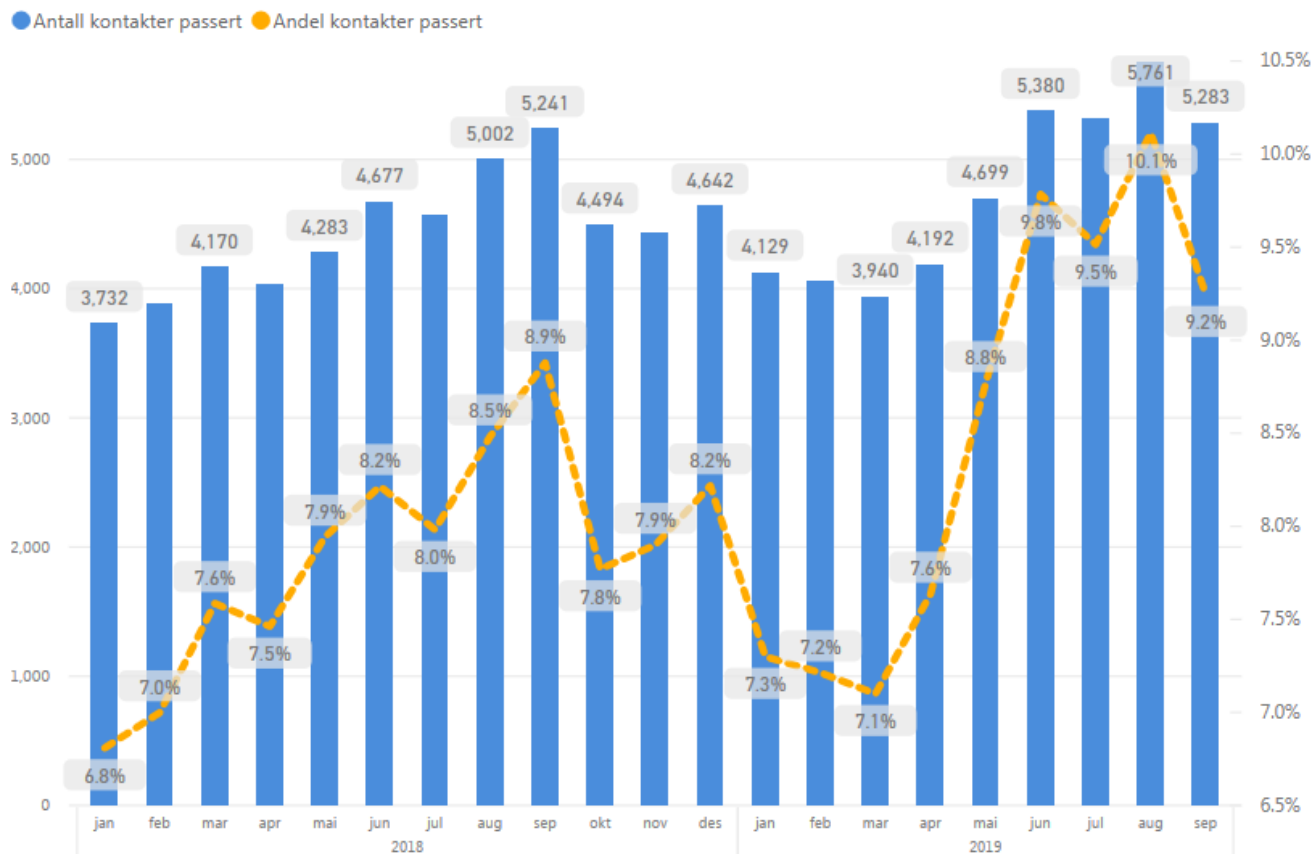
Sykehuset Telemark

Alle avdelinger valgt

Alle fagområder valgt

Alle kontakttypene valgt

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



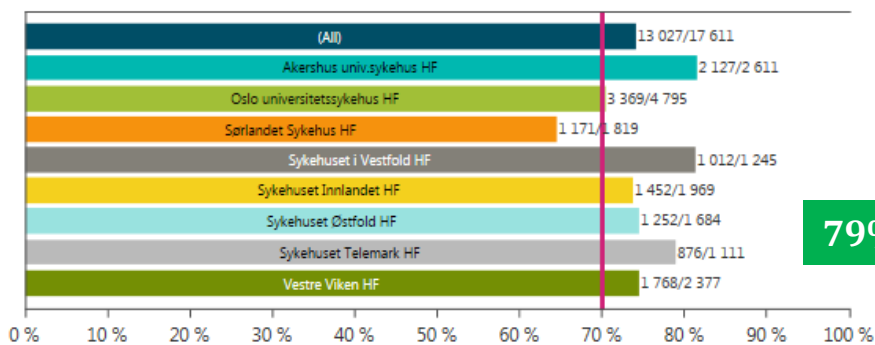
Sammenligning pr september

Helseforetaksnavn	Antall planlagte kontakter	Kontakter ikke passert planlagt tid	Kontakter med passert planlagt tid	Andel passert planlagt tid
Akershus Universitetssykehus	149,318	130,488	18,830	12.6 %
Oslo Universitetssykehus	253,146	237,341	15,805	6.2 %
Sykehuset Innlandet	106,372	98,222	8,150	7.7 %
Sykehuset i Vestfold	92,136	84,316	7,820	8.5 %
Sørlandet Sykehus	116,422	102,067	14,355	12.3 %
Sykehuset Telemark	57,145	51,862	5,283	9.2 %
Sykehuset Østfold	111,282	95,150	16,132	14.5 %
Vestre Viken	157,036	143,621	13,415	8.5 %
Sunnaas Sykehus	4,702	4,236	466	9.9 %
Diakonhjemmet Sykehus	37,128	30,710	6,418	17.3 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	38,141	35,560	2,581	6.8 %
Betanien Hospital	9,529	8,274	1,255	13.2 %
Martina Hansen Hospital	14,794	14,185	609	4.1 %
Revmatismesykehuset Lillehammer	5,198	4,084	1,114	21.4 %
Totalt	1,152,349	1,040,116	112,233	9.7 %

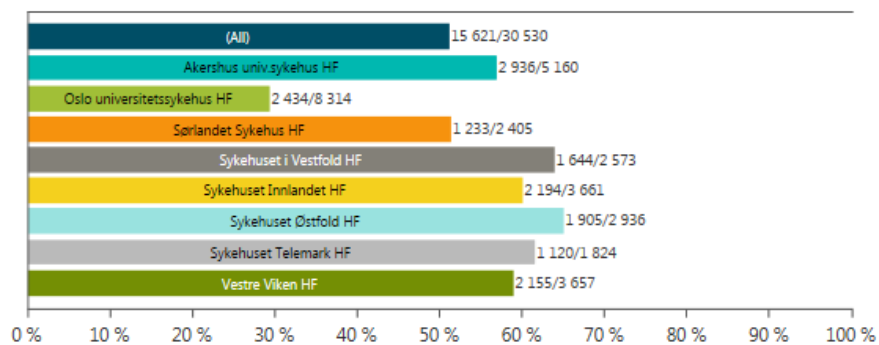
Pakkeforløp Kreft

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

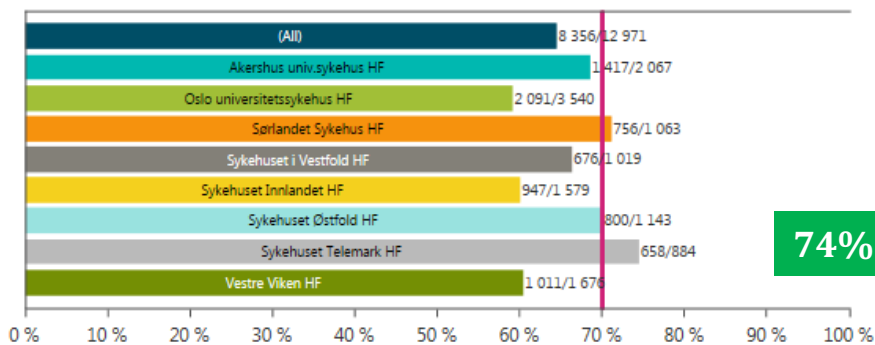
Andel nye pasienter i pakkeforløp (OA1)



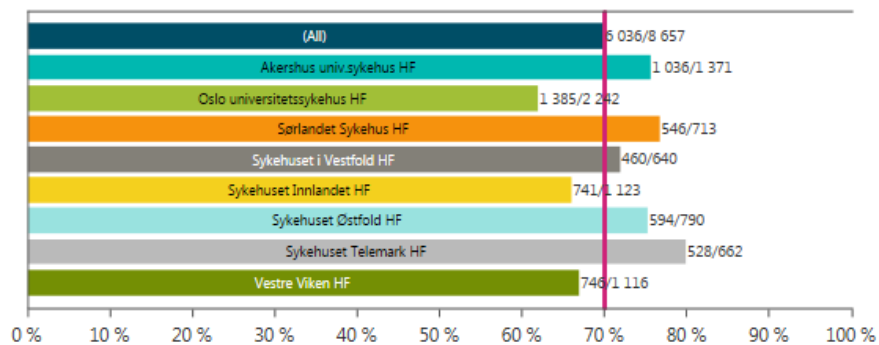
Andel pasienter med diagnose avkreftet (OA2)



Andel behandlet innen standard forløpstid - alle behandlingsformer



Andel behandlet innen standard forløpstid - kirurgisk behandling (OF4K)



Kilde: NPR

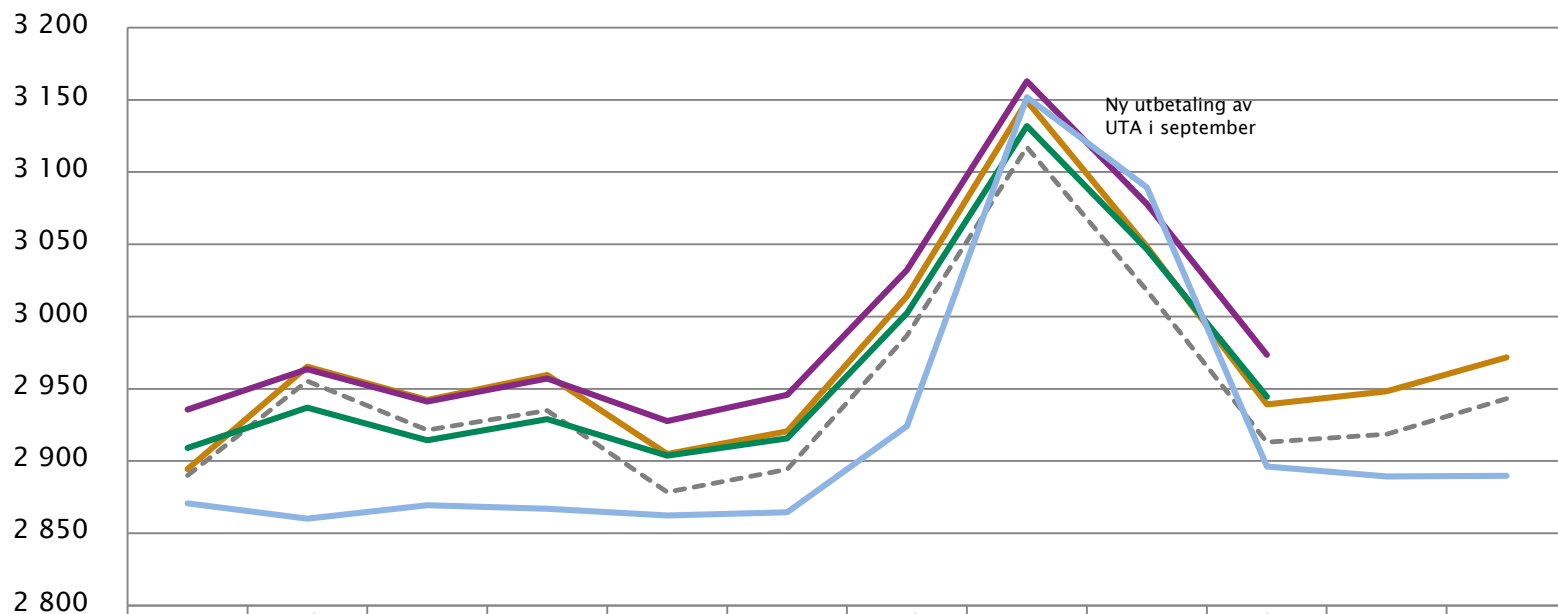
Periode: okt-18 til sept-19

Oppdaterte tall finnes på :

<https://statistikk.helsedirektoratet.no>

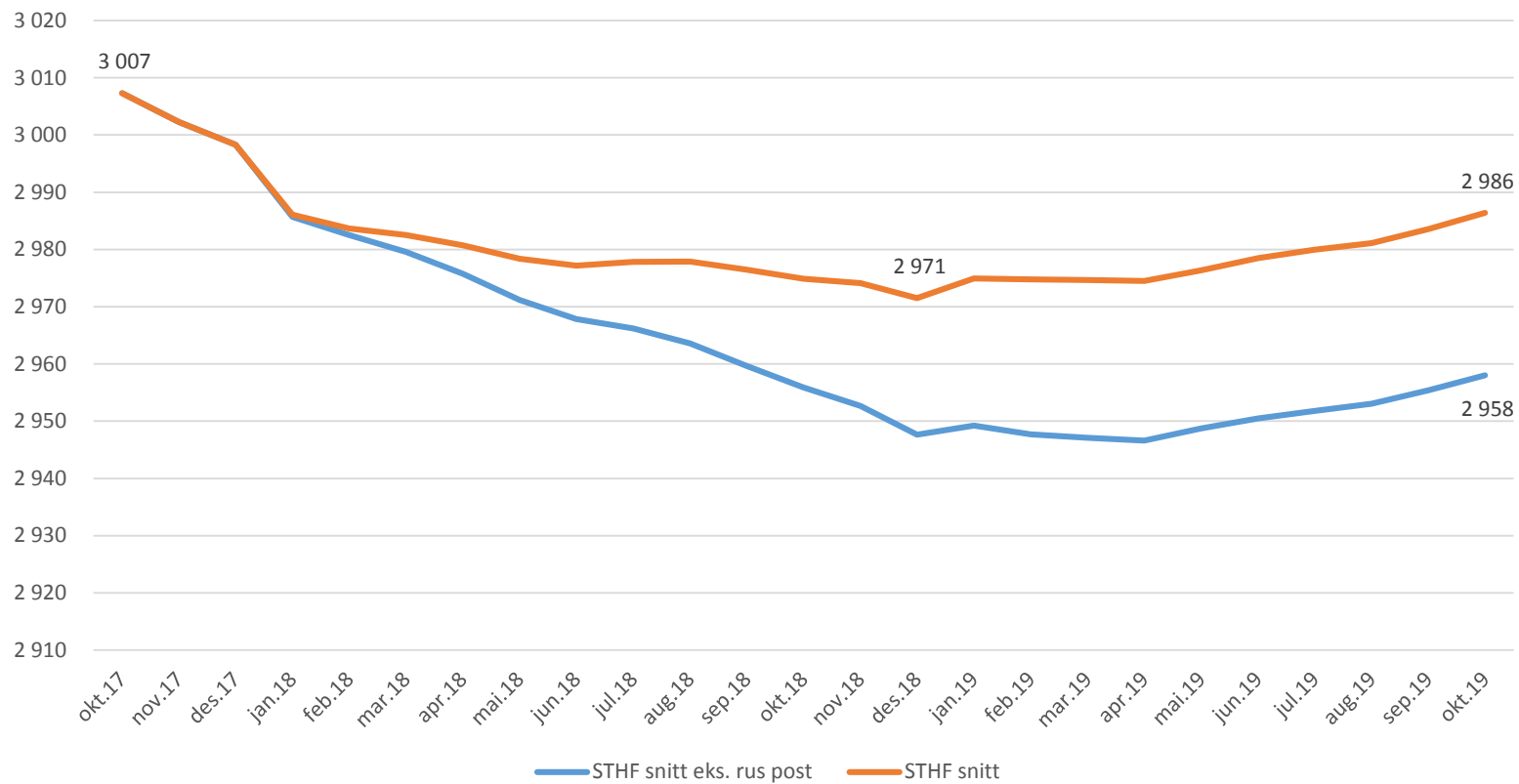
Bemanning

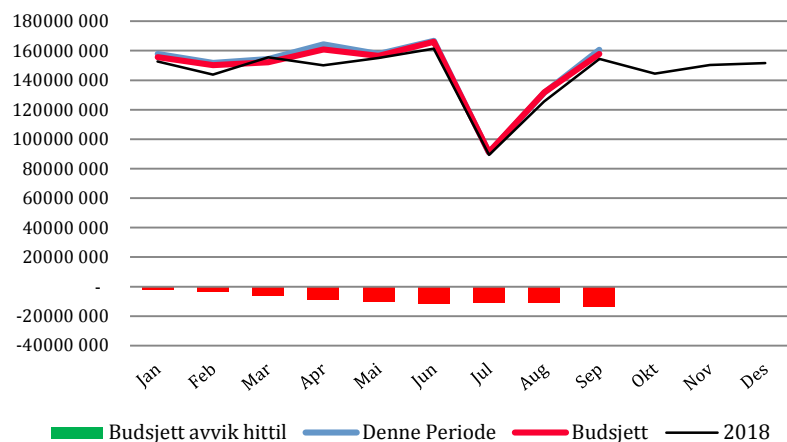
Antall årsverk



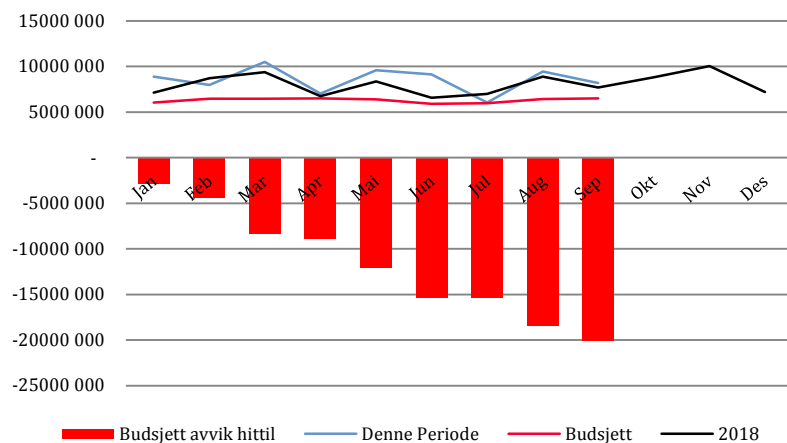
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
— Faktisk 2018	2 895	2 965	2 942	2 960	2 905	2 921	3 014	3 149	3 048	2 939	2 948	2 972
— Faktisk 2019	2 936	2 963	2 941	2 957	2 928	2 946	3 032	3 163	3 078	2 973		
- - - Faktisk 2018 eks avrusning	2 890	2 955	2 921	2 935	2 878	2 894	2 987	3 117	3 018	2 913	2 919	2 943
— Faktisk 2019 eks avrusning	2 909	2 937	2 914	2 929	2 904	2 916	3 002	3 132	3 047	2 945		
— STHF budsjett 2019	2 871	2 860	2 869	2 867	2 862	2 865	2 924	3 152	3 089	2 896	2 889	2 890

Brutto månedsverk 12 mnd snitt

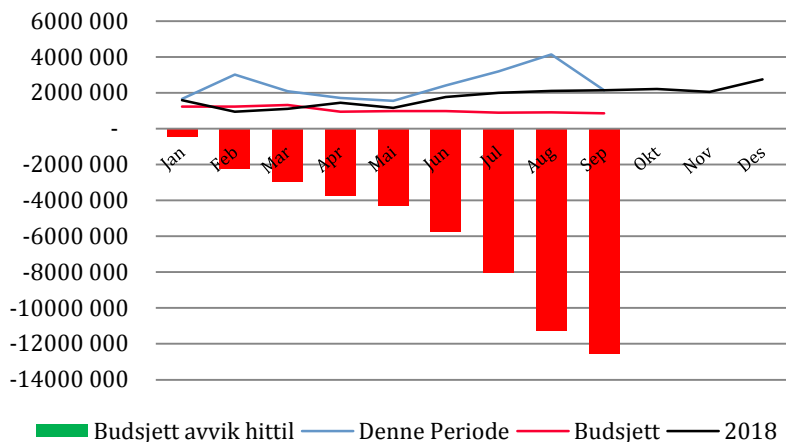


Fastlønn 2019


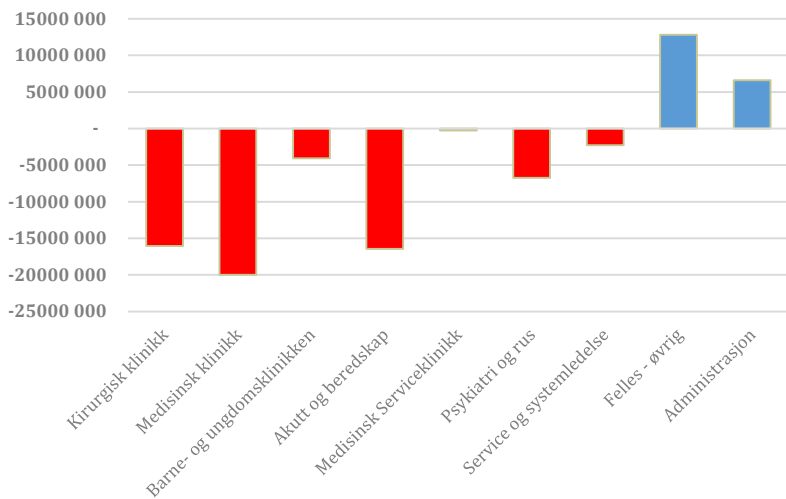
201909	Fastlønn hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
STHF totalt	1 335 898 649	1 322 156 212	-13 742 437	-1 %
Kirurgisk klinikk	222 249 389	211 308 571	-10 940 818	-5 %
Medisinsk klinikk	253 665 201	241 470 691	-12 194 510	-5 %
Barne- og ungdomsklinikken	97 017 874	98 257 153	1 239 278	1 %
Akutt og beredskap	186 021 956	177 647 496	-8 374 460	-5 %
Medisinsk Serviceklinikk	123 197 382	130 647 655	7 450 273	6 %
Psykatri og rus	242 146 585	245 703 068	3 556 484	1 %
Service og systemledelse	103 656 495	103 087 260	-569 235	-1 %
Felles - øvrig	52 939 431	51 889 080	-1 050 351	-2 %
Administrasjon	55 004 336	62 145 238	7 140 902	11 %

Variabel lønn 2019


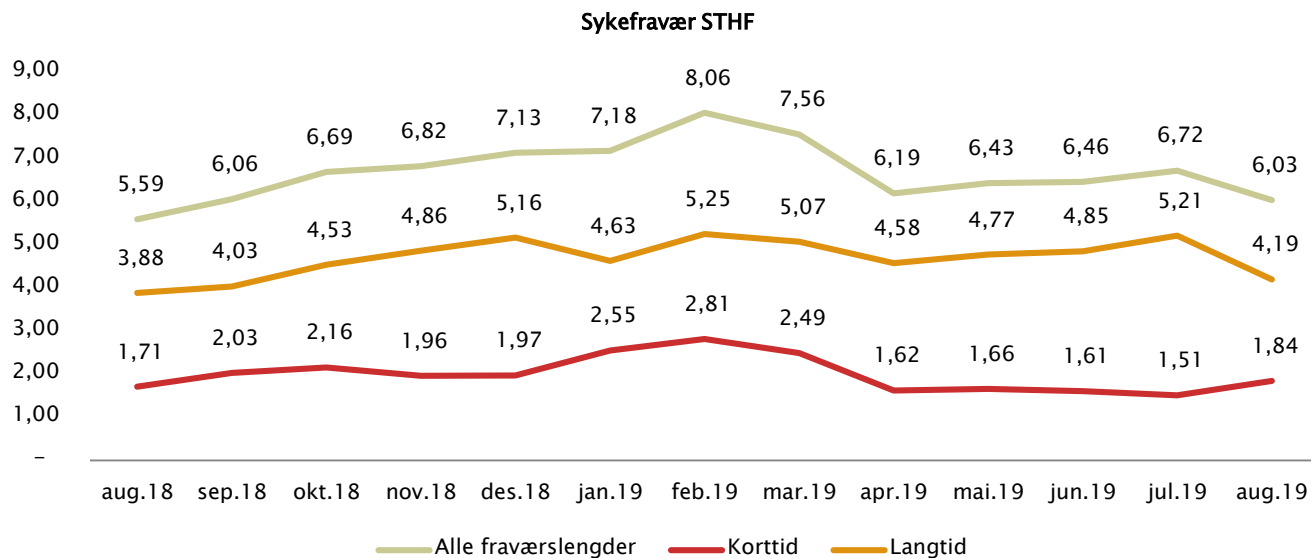
201909	Variabellønn hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	76 866 550	56 746 149	-20 120 400	-35 %
Kirurgisk klinikk	16 293 456	13 198 247	-3 095 210	-23 %
Medisinsk klinikk	18 475 578	10 891 263	-7 584 315	-70 %
Barne- og ungdomsklinikken	4 360 435	564 570	-3 795 865	-672 %
Akutt og beredskap	10 540 429	5 903 142	-4 637 287	-79 %
Medisinsk Serviceklinikk	8 212 648	3 406 160	-4 806 489	-141 %
Psykatri og rus	10 051 910	2 229 130	-7 822 780	-351 %
Service og systemledelse	3 921 318	2 207 438	-1 713 880	-78 %
Felles - øvrig	1 033 831	14 921 306	13 887 475	93 %
Administrasjon	3 976 944	3 424 894	-552 050	-16 %

Innleid arbeidskraft 2019


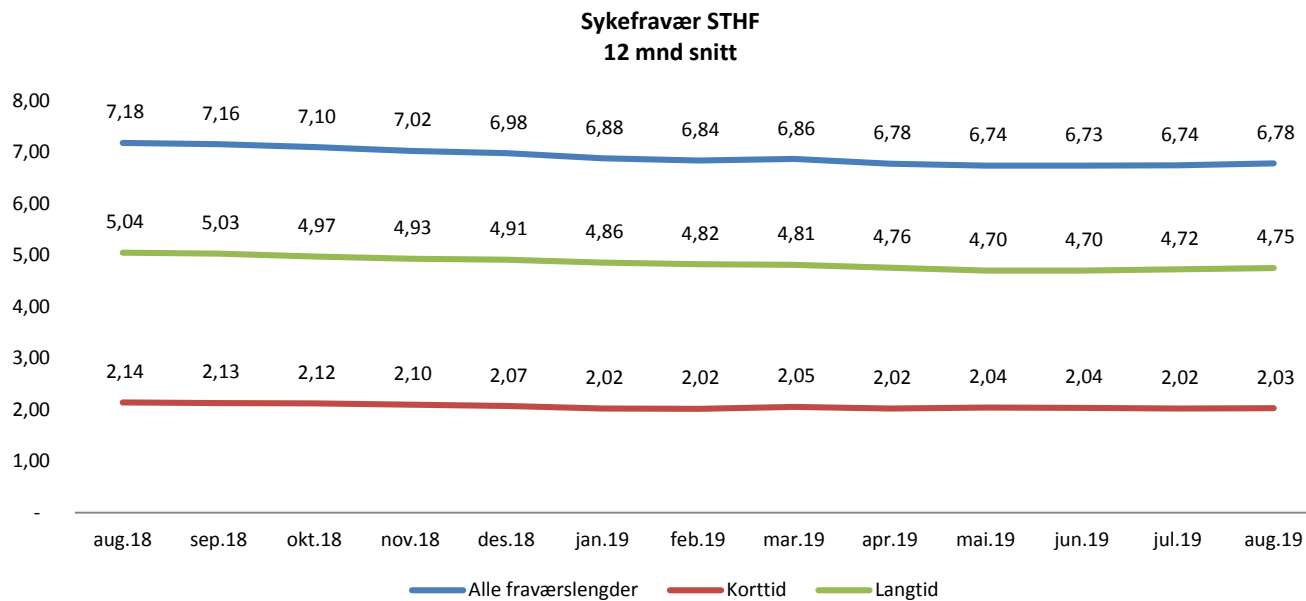
201909	Innleid arbeidskraft hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	21 955 950	9 399 893	-12 556 058	-134 %
Kirurgisk klinikk	3 611 690	1 603 892	-2 007 798	-125 %
Medisinsk klinikk	203 340	-	-203 340	0 %
Barne- og ungdomsklinikken	3 007 375	1 485 000	-1 522 375	-103 %
Akutt og beredskap	3 438 839	-	-3 438 839	0 %
Medisinsk Serviceklinikk	5 118 167	2 211 000	-2 907 167	-131 %
Psykiatri og rus	6 576 539	4 100 000	-2 476 539	-60 %
Service og systemledelse	-	-	-	0 %
Felles - øvrig	-	-	-	0 %
Administrasjon	-	-	-	-

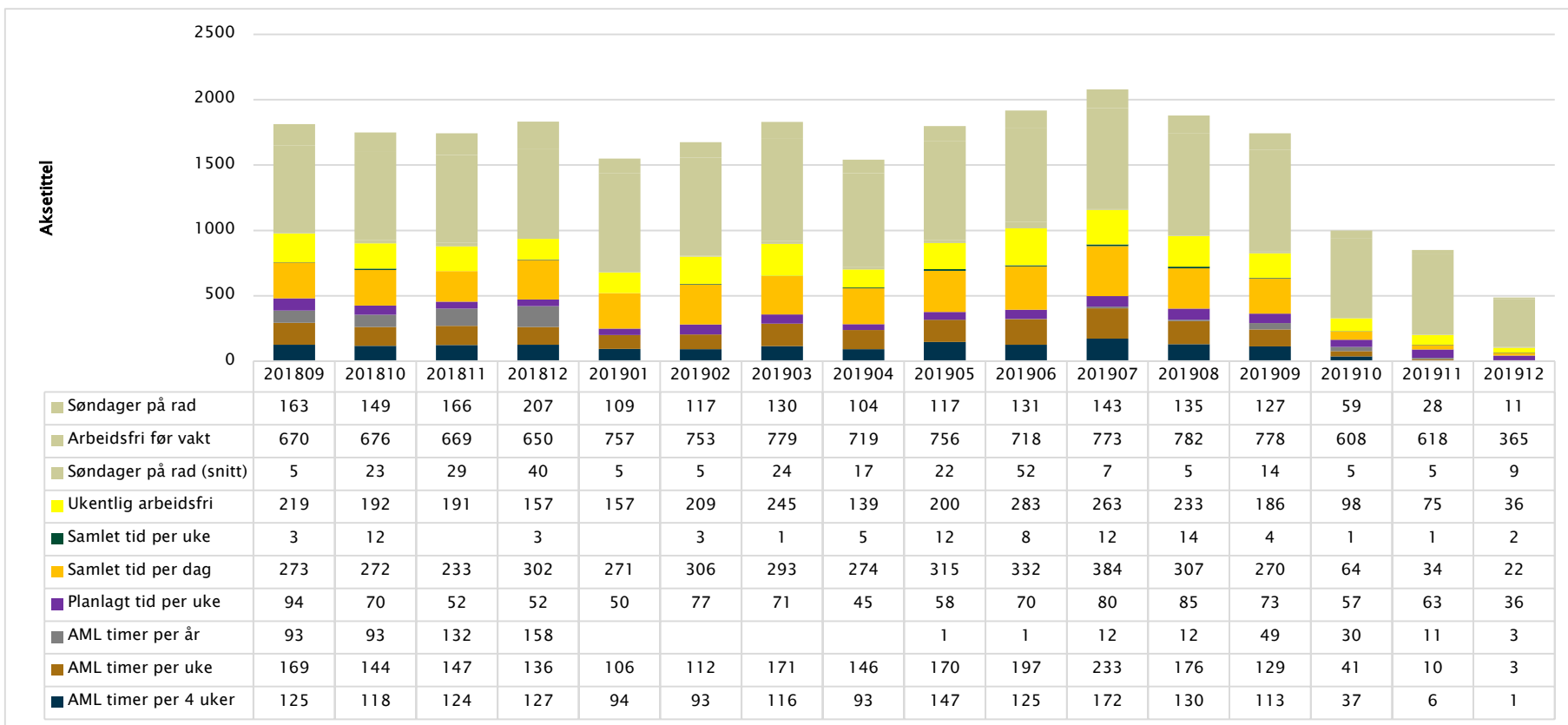


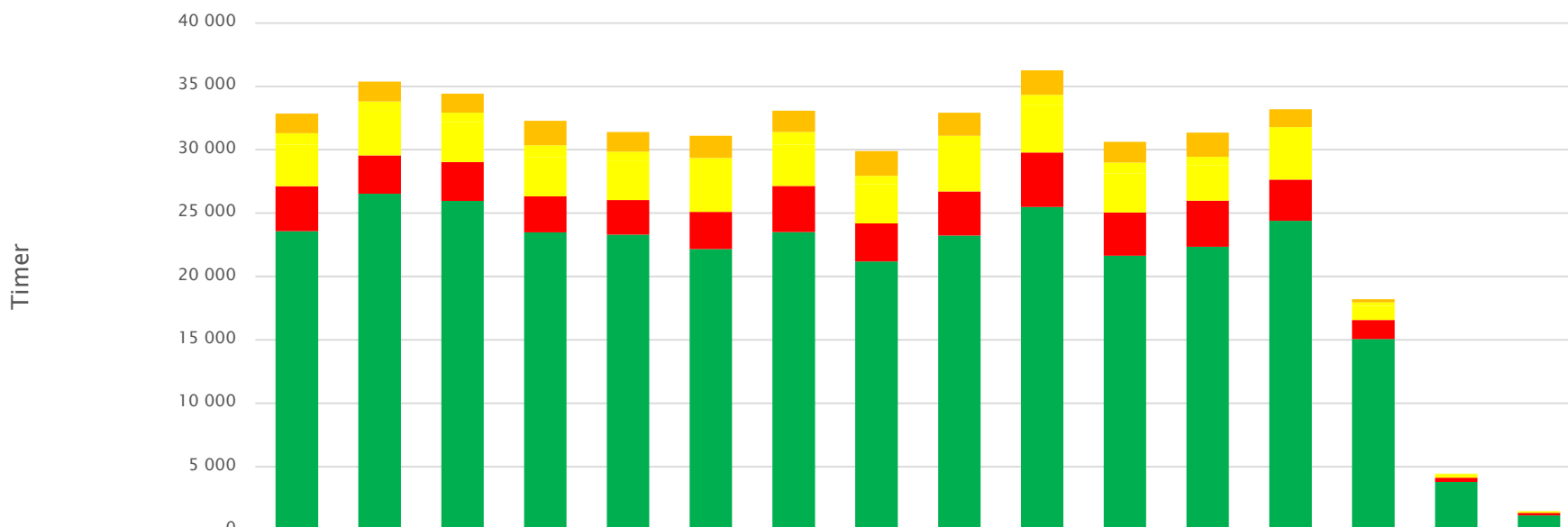
201909	Sum fastlønn, variabel lønn og innleid arbeidskraft hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	1 434 721 149	1 388 302 254	-46 418 895	-3 %
Kirurgisk klinikk	242 154 535	226 110 710	-16 043 825	-7 %
Medisinsk klinikk	272 344 119	252 361 954	-19 982 165	-8 %
Barne- og ungdomsklinikken	104 385 684	100 306 722	-4 078 962	-4 %
Akutt og beredskap	200 001 224	183 550 638	-16 450 586	-9 %
Medisinsk Serviceklinikk	136 528 197	136 264 814	-263 383	0 %
Psykiatri og rus	258 775 034	252 032 199	-6 742 836	-3 %
Service og systemledelse	107 577 813	105 294 698	-2 283 115	-2 %
Felles - øvrig	53 973 262	66 810 386	12 837 124	19 %
Administrasjon	58 981 280	65 570 133	6 588 852	10 %



Person	jan.18	feb.18	mar.18	apr.18	mai.18	jun.18	jul.18	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19
Person 1	8,27	8,56	7,24	7,20	6,85	6,54	6,58	5,59	6,06	6,69	6,82	7,13	7,18	8,06	7,56	6,19	6,43	6,46	6,72	6,03
Person 2	9,49	7,69	7,02	7,66	6,76	5,67	6,15	6,36	6,00	7,03	7,04	8,14	8,24	7,58	7,93	6,28	6,65	6,68	6,12	4,19
Person 3	6,91	7,53	6,35	6,47	6,00	5,15	5,07	3,69	4,61	6,04	6,54	6,80	7,50	6,87	6,26	6,03	7,32	5,22	5,38	4,19
Person 4	8,71	10,73	6,79	6,52	6,47	6,22	6,76	6,62	4,91	5,34	5,75	5,12	4,73	7,73	7,05	4,30	6,62	7,07	8,40	4,19
Person 5	7,18	8,40	7,38	7,63	7,93	7,36	7,41	4,92	6,06	7,03	6,14	7,19	6,62	7,28	7,03	5,05	4,69	5,23	7,36	4,19
Person 6	7,72	7,76	5,81	6,07	5,16	5,56	5,32	3,70	5,13	5,93	7,23	6,77	6,57	8,05	8,30	7,05	6,67	6,68	5,66	4,19
Person 7	9,32	9,48	8,12	8,05	7,78	7,76	7,47	7,08	6,91	6,95	7,33	8,08	8,53	9,97	9,00	7,51	7,21	7,47	7,93	4,19
Person 8	10,49	11,09	10,22	8,32	8,63	8,98	8,17	7,52	9,33	8,94	8,92	8,47	7,62	11,15	9,40	7,48	6,83	8,16	7,25	4,19
Person 9	4,70	5,15	4,28	4,77	3,67	4,38	5,69	4,48	4,95	4,37	3,20	1,75	2,85	2,71	2,22	2,87	2,83	4,80	5,39	4,19

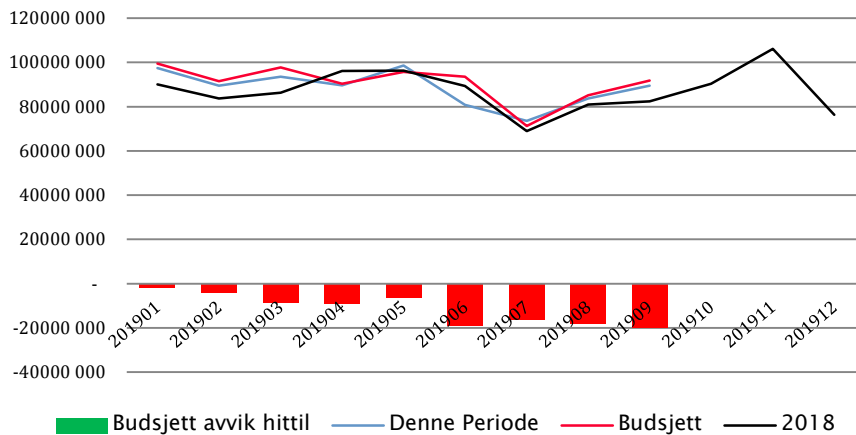






	201809	201810	201811	201812	201901	201902	201903	201904	201905	201906	201907	201908	201909	201910	201911	201912
■ Utrykning på vakt	1 552	1 579	1 501	1 937	1 558	1 750	1 690	1 965	1 821	1 924	1 654	1 910	1 410	243		
■ Overtid i forkant av vakt	885	718	729	946	738	613	965	657	785	789	839	672	787	288	50	24
■ Overtid i etterkant av vakt	3 297	3 526	3 174	3 083	3 069	3 640	3 281	3 102	3 597	3 774	3 084	2 772	3 368	1 101	248	111
■ Overtid	3 544	3 022	3 054	2 839	2 741	2 926	3 643	2 990	3 469	4 292	3 416	3 639	3 237	1 503	359	201
■ Ekstravakt	23 584	26 534	25 968	23 486	23 299	22 165	23 501	21 192	23 242	25 484	21 638	22 356	24 403	15 079	3 788	1 159

Aktivitet

ISF 2019


Graf og tabell viser summen av følgende linjer.

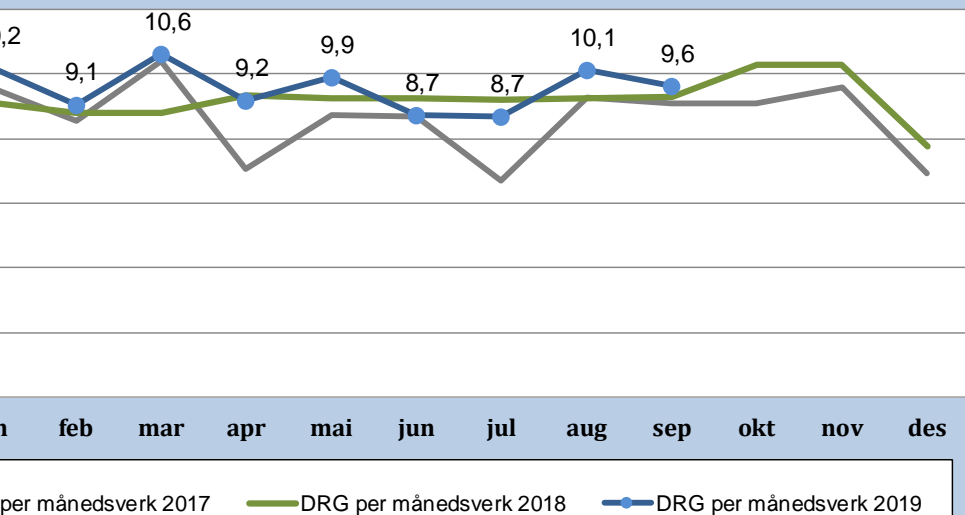
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	-9 051
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	-3 722
ISF-refusjon kommunal medfinansiering	-
ISF refusjon poliklinisk PHV/TSB	753
IFS - refusjon pasientadministrative kreftlegemidle	-8 198
	-20 218

	201909			201909		
	Denne Periode			Hittil		
	Faktisk	Budsjett	Avik Budsjett	Faktisk	Budsjett	Avik Budsjett
Alle Ansvarssteder	89 516 264	91 808 114	-2 291 850	796 472 487	816 690 940	-20 218 454
Kirurgisk klinikk	38 444 861	38 841 835	-396 974	320 964 092	333 893 587	-12 929 495
Medisinsk klinikk	36 064 898	36 571 145	-506 247	331 263 574	330 843 184	420 389
Barn- og ungdomsklinikken	7 810 264	8 112 360	-302 096	69 420 916	68 695 936	724 980
Akutt og beredskap	214 339	162 987	51 352	1 694 619	1 299 431	395 188
Medisinsk Serviceklinikk	1 236 916	1 132 678	104 238	8 060 047	7 981 757	78 290
Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling	1 976 928	2 151 081	-174 153	17 764 596	18 017 769	-253 172
Felles - øvrig	3 750 196	4 836 028	-1 085 833	47 132 725	55 959 276	-8 826 552

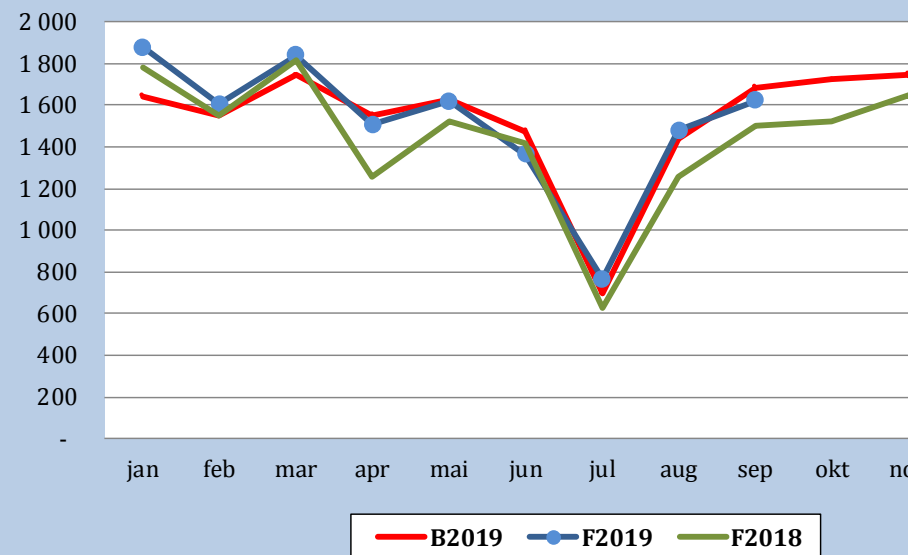
DRG-poeng PHV og TSB utført ved STHF

	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2018	Budsjett 2019
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%		
PHV og TSB + Raskere tilbake	533	603	(70)	-12 %	4 915	5 050	(136)	-3 %	6 858	6 924
PHV og TSB + Raskere tilbake + Raskere tilbake	168	160	8	5 %	1 383	1 338	45	3 %	1 870	1 835
PHV og TSB + Raskere tilbake + Raskere tilbake + Raskere tilbake + Raskere tilbake	19	20	(1)	-5 %	169	170	(1)	-1 %	249	234
PHV og TSB (underlagt Medisinsk klinikk)	6	7	(1)	-18 %	28	63	(35)	-56 %	76	84
PHV og TSB + Raskere tilbake	725	790	(65)	-8 %	6 495	6 622	(127)	-2 %	9 053	9 077
PHV og TSB + Raskere tilbake + Raskere tilbake + Raskere tilbake + Raskere tilbake + Raskere tilbake	896	897	(1)	0 %	7 190	6 788	401	5,9 %	8 984	9 150
PHV og TSB + Raskere tilbake + Raskere tilbake + Raskere tilbake + Raskere tilbake + Raskere tilbake + Raskere tilbake	896	897	(1)	0 %	7 190	6 788	401	6 %	8 984	9 150
PHV og TSB + Raskere tilbake + Raskere tilbake + Raskere tilbake + Raskere tilbake + Raskere tilbake + Raskere tilbake + Raskere tilbake	1 621	1 687	(66)	-4 %	13 684	13 410	274	2 %	18 038	18 227

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



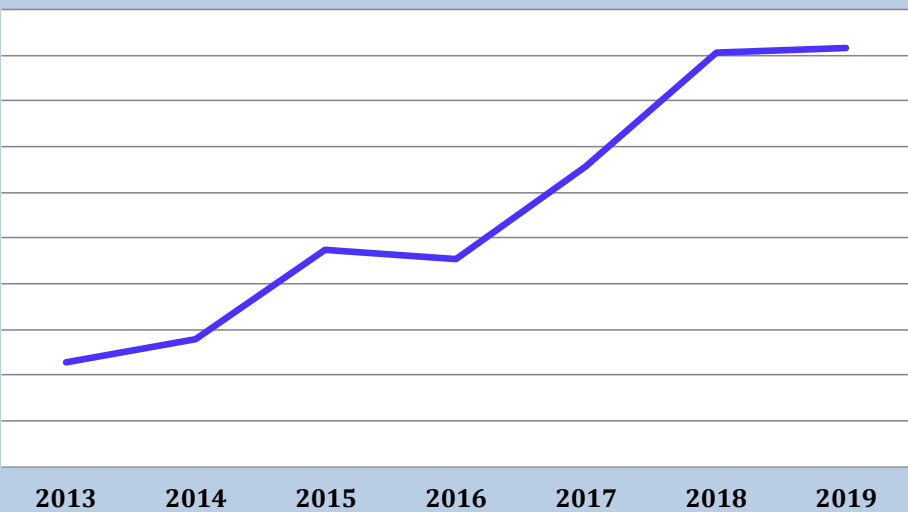
DRG-poeng PHV og TSB ved STHF



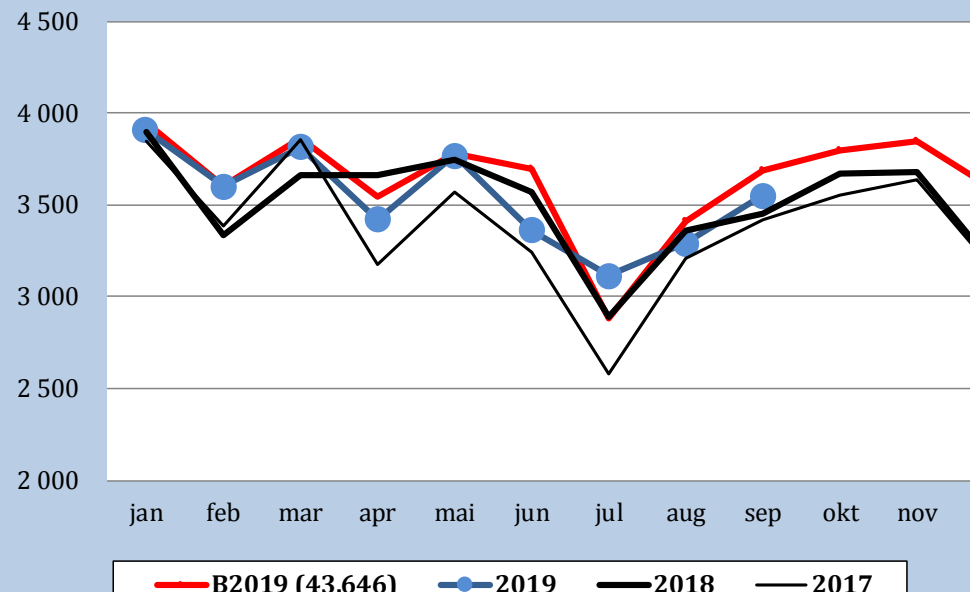
DRG-poeng, utført ved STHF

	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2018	Budsjett 2019	ISF (1)
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%			
Medisinsk klinikk	1 700	1740	-40	-2 %	14 343	14 955	-611	-4 %	14 390	16 963	
	832	836	-4	-1 %	7 081	7 199	-118	-2 %	6 948	8 585	
	674	670	4	1 %	5 559	5 863	-303	-5 %	5 635	5 762	
for Kirurgi, Notodden	194	233	-40	-17 %	1 703	1 894	-190	-10 %	1 807	2 615	
Medisinsk klinikk	1 546	1637	-91	-6 %	14 838	14 810	27	0 %	14 630	19 924	
Medisin B (lunge, Kragerø, ger., mage/tarm)	427	465	-39	-8 %	4 189	4 175	14	0 %	4 195	5 625	
Blod, kreftsykdommer og palliasjon	228	249	-21	-8 %	2 240	2 294	-53	-2 %	2 298	3 075	
Medisin A (hjerte,nyre,hormon)	331	365	-34	-9 %	3 367	3 351	16	0 %	3 238	4 506	
for nevrologi og rehabilitering	262	260	2	1 %	2 255	2 287	-33	-1 %	2 259	3 099	
Medisin Øvre Telemark	299	298	1	0 %	2 787	2 704	83	3 %	2 640	3 619	
	225	253	-28	-11 %	2 179	2 242	-63	-3 %	2 089	3 010	
Beredskap	10	8	1	15 %	76	59	17	30 %	72	80	
	55	51	4		361	357	3	1 %	326	500	
Poliklinikk	1	-	1		8	-	8		0	0	
	6	-	6		26	-	26		-11	0	
DRG utført ved STHF	3 543	3 689	-146	-4 %	31 830	32 423	-593	-2 %	31 496	40 477	

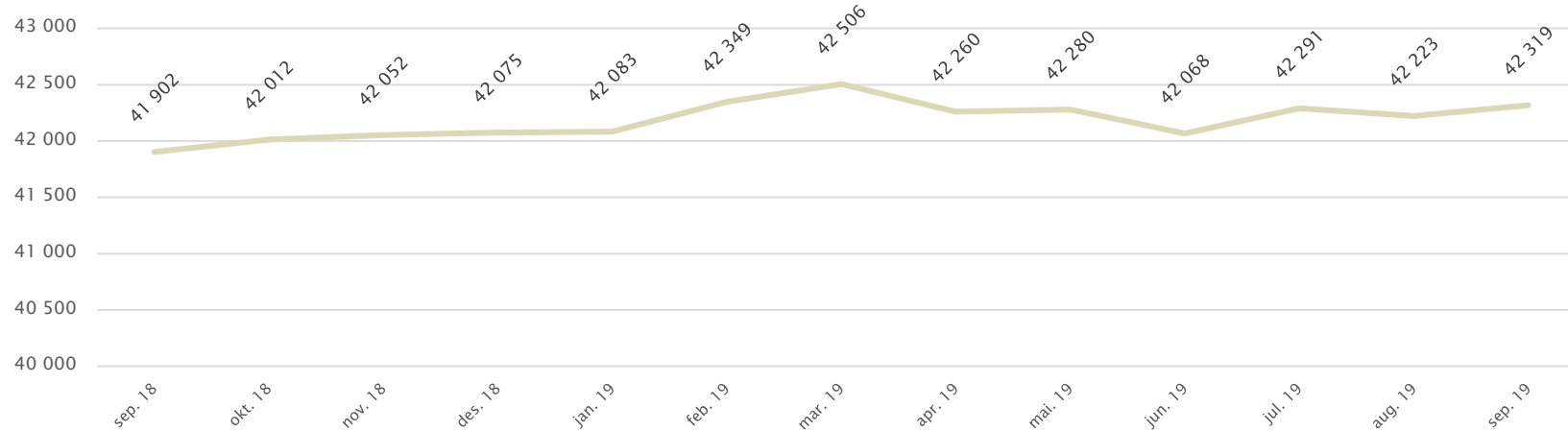
DRG-poeng per brutto månedsverk somatikk



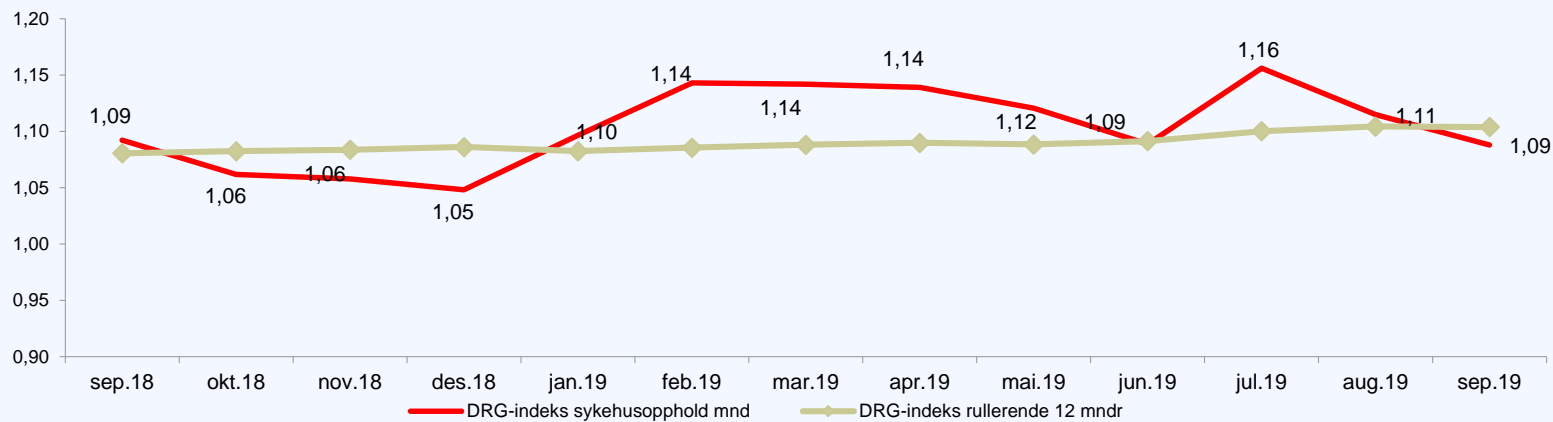
STHF - DRG-poeng utført ved STHF



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

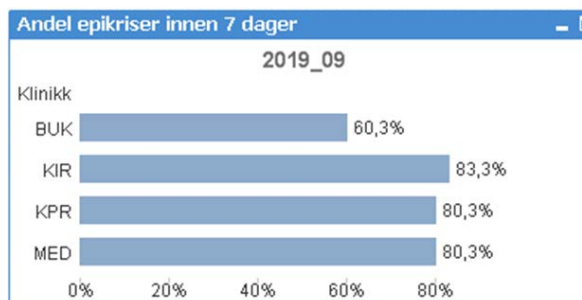


DRG-indeks sykehusopphold døgn per måned og rullerende 12 måneder



Kvalitetsindikatorer

Andel epikriser sendt innen 7 dager	Måned											
	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19
Klinikker												
BUK	70 %	71 %	75 %	69 %	69 %	79 %	67 %	56 %	62 %	73 %	65 %	60 %
Kir. K	84 %	82 %	86 %	82 %	83 %	84 %	83 %	82 %	86 %	89 %	85 %	83 %
KPR	77 %	81 %	84 %	84 %	81 %	79 %	81 %	82 %	84 %	86 %	76 %	80 %
Med. K	84 %	82 %	81 %	84 %	82 %	83 %	81 %	82 %	86 %	86 %	85 %	80 %
STHF	82 %	81 %	83 %	82 %	81 %	83 %	80 %	79 %	84 %	86 %	81 %	80 %
Andel epikriser sendt innen 1 dag												
Klinikker												
BUK				45 %	41 %	41 %	37 %	32 %	40 %	44 %	31 %	31 %
Kir. K				62 %	62 %	62 %	65 %	62 %	64 %	71 %	64 %	64 %
KPR				42 %	41 %	41 %	44 %	42 %	45 %	55 %	41 %	44 %
Med. K				56 %	56 %	56 %	56 %	56 %	63 %	61 %	58 %	51 %
STHF				55 %	54 %	54 %	55 %	54 %	58 %	62 %	55 %	53 %



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

Direkte time	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19
ABK	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	96 %	0 %	100 %	100 %	100 %	100 %	0 %	0 %
BUK	89 %	90 %	93 %	91 %	89 %	89 %	95 %	92 %	83 %	86 %	89 %	94 %	90 %
KIR	84 %	76 %	77 %	72 %	77 %	80 %	81 %	84 %	88 %	92 %	88 %	87 %	88 %
KPR	94 %	93 %	96 %	93 %	93 %	98 %	81 %	89 %	89 %	90 %	87 %	81 %	88 %
MED	81 %	81 %	82 %	79 %	78 %	82 %	83 %	81 %	78 %	80 %	73 %	66 %	80 %
MSK	100 %	88 %	96 %	96 %	95 %	98 %	95 %	98 %	94 %	100 %	90 %	100 %	98 %
STHF	84 %	80 %	82 %	78 %	79 %	83 %	83 %	84 %	84 %	87 %	82 %	79 %	85 %

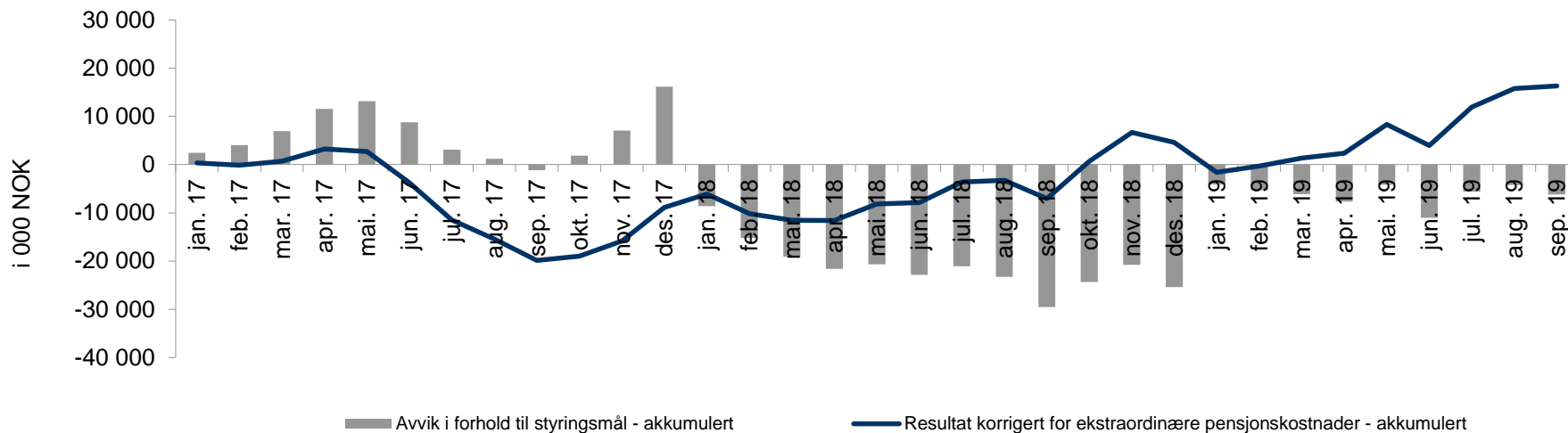
Resttid (døgn) fra mottak av henvisning til henvisning er fullført.	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19
	4,07	4,01	17,93	2,46	12,06	2,16	4,68	2,47	1,96	1,69	10,79	1,31	3,00
	4,73	4,21	4,76	4,82	3,63	5,65	5,25	5,71	5,33	5,86	5,49	5,76	5,00
	1,36	1,33	1,50	1,53	1,81	1,36	2,46	1,40	1,58	1,71	1,05	0,95	1,00
	6,72	9,27	4,80	5,58	4,65	6,20	5,77	7,88	4,89	4,24	5,21	4,08	4,00
	8,06	5,77	6,98	8,32	6,34	9,05	7,04	10,19	7,04	2,14	2,61	2,25	2,00
	1,78	2,07	2,20	2,06	2,18	4,60	17,98	2,61	2,00	2,21	11,14	1,54	1,00
	4,43	2,72	4,21	4,57	2,88	4,88	5,15	5,42	4,82	2,25	2,41	1,70	2,00
Antall vurderinger vurdert.	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19
	58	78	85	81	94	84	82	64	76	45	33	78	65
	336	338	355	314	328	328	315	316	334	275	246	220	200
	2845	3116	3009	2 338	3 077	2653	3009	2717	3125	2749	2328	2911	3000
	361	397	407	323	340	378	360	356	372	374	258	300	200
	2321	2647	2565	1 944	2 642	2269	2548	2264	2467	2302	1836	2168	2000
	240	242	264	167	220	243	241	229	220	281	122	258	200
	6 161	6 818	6 685	5 167	6 701	5 955	6 555	5 946	6 594	6 026	4 823	5 935	6 500
Antall vurderinger vurdert innen 10 virkedager	6 102	6 752	6 609	5 094	6 633	5 881	6 481	5 865	6 518	5 969	4 723	5 902	6 500
Prosent vurdert innen 10 virkedager	99,0 %	99,0 %	98,9 %	98,6 %	99,0 %	98,8 %	98,9 %	98,6 %	98,8 %	99,1 %	97,9 %	99,4 %	99,0 %

SYKELHJULST TELEMARK

nye dokumenter i EPJ som er mer enn 14		sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19
nye dokumenter som er mer enn 14 dager gamle (ansatt tidspunkt for opprettelse)	STHF	4 297	4 540	4 303	4 669	4 037	3 679	3 606	3 786	3 890	3 581	3 185	3 293	3 781
	ABK	9	9	12	10	15	16	6	4	7	7	15	4	10
	BUK	861	930	826	974	772	854	896	878	914	972	675	614	614
	KIR	1 128	914	1 028	1 059	1 020	1 073	975	1 054	1 009	919	1 043	1 169	1 228
	KPR	654	710	743	744	642	739	810	863	873	711	574	613	813
	MED	1 606	1 721	1 642	1 797	1 538	965	887	925	1 014	938	844	874	914
	MSK	39	40	52	85	50	32	32	62	73	34	34	19	34
nyegedokumenter som er mer enn 14 dager gammel (ansatt tidspunkt for opprettelse)	STHF	1 763	1 901	1 800	1 881	1 689	1 406	1 320	1 423	1 522	1 294	1 135	1 304	1 514
ny sykepleiedokumenter som er mer enn 14 dager gamle (ansatt tidspunkt for opprettelse)	STHF	1 280	1 212	1 300	1 367	1 191	1 069	1 039	1 113	1 083	982	1 037	1 039	1 037
nye dokumenter som det normalt tar mer enn 14 dager å få ferdigstilt	STHF	204	206	268	258	51	44	41	36	38	38	40	39	39
	BUK	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	KIR	159	161	217	209	30	32	33	34	34	35	37	37	37
	KPR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	MED	44	45	51	49	21	12	8	2	4	3	3	2	2
MSK	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt		sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19
nye dokumenter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	STHF	1 989	1 851	1 720	1 734	1 765	1 827	1 800	2 021	2 167	2 542	2 105	1 711	1 111
	ABK	6	8	26	6	17	6	6	10	15	6	7	7	7
	MSK	31	41	46	20	54	41	24	70	75	55	73	78	78
	BUK	151	114	140	111	102	142	162	210	209	103	112	104	104
	KPR	209	210	221	245	122	162	239	250	308	203	156	139	139
	KIR	218	285	233	267	315	341	258	335	385	838	257	157	217
	MED	1 374	1 193	1 054	1 085	1 155	1 135	1 111	1 146	1 175	1 337	1 500	1 226	514
nye pasienter registrert på avdelinger som er omorganisert og lukket.	ååMEDKIR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ååPRE	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ååAKP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ååKIR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ååNYHO	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	-	-	-
	ååEØNHNO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	527	-	-	-
	ååMED	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Økonomi

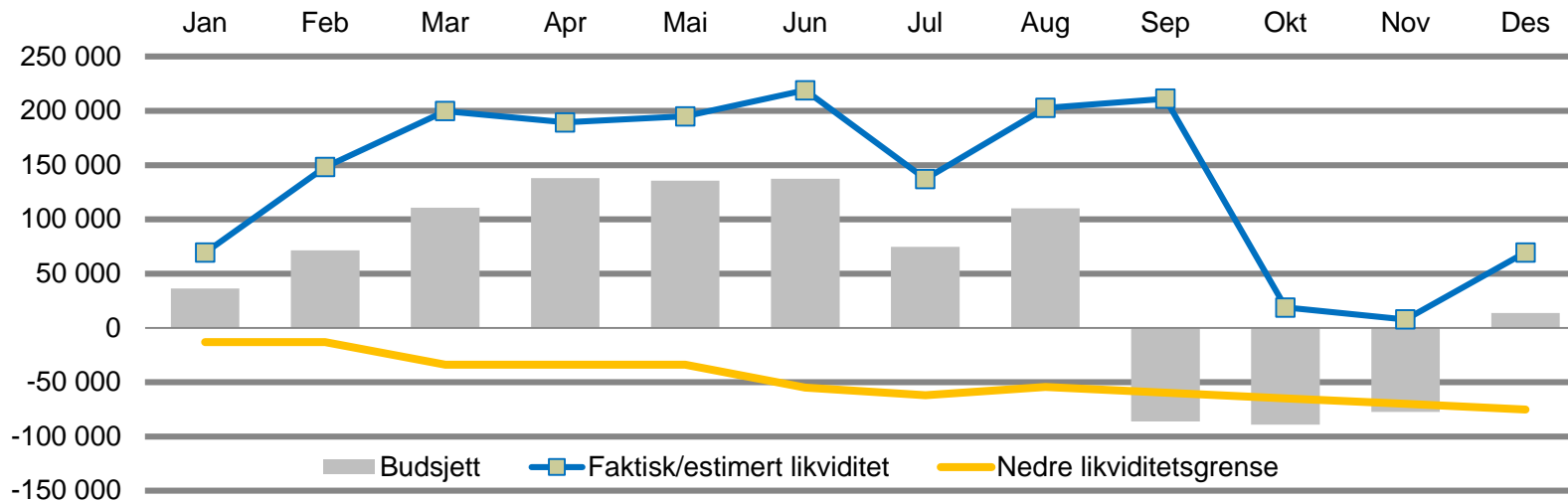
Driftsresultat og budsjettavvik 2017 til 2019 - foretak og klinikker



	Hittil i år	Hittil i år	Denne periode, resultat.										
	Resultat	Budsjettavvik	Sep. 19	Aug. 19	Jul. 19	Jun. 19	Mai. 19	Apr. 19	Mar. 19	Feb. 19	Jan. 19	Des. 18	Nov. 18
Klinikk	(26 875)	(26 875)	(3 998)	(4 894)	944	(5 958)	(1 249)	(3 361)	(2 003)	(2 054)	(3 764)	114	2 400
	(13 201)	(13 201)	(2 025)	(2 734)	220	(806)	(2 108)	(3 464)	137	327	(2 748)	(454)	2 400
	2 400	2 400	(35)	2 362	20	(1 700)	1 774	(69)	13	(447)	483	(1 387)	2 400
	(15 022)	(15 022)	(1 265)	(3 156)	(2 274)	(1 217)	(1 282)	(882)	(1 395)	(2 261)	(1 763)	(1 923)	2 400
	13 817	13 817	2 270	1 609	2 327	1 119	3 152	1 844	505	(145)	1 136	(356)	2 400
Delse	(884)	(884)	(1 379)	(103)	1 912	(344)	(414)	(454)	(508)	686	(279)	(2 912)	3 463
	(3 176)	(3 176)	265	1 111	533	(3 228)	(1 872)	347	(819)	578	42	(1 488)	3 463
	3 463	3 463	(102)	943	793	(918)	979	357	281	1 209	(277)	72	3 463
	55 777	33 277	6 813	8 679	3 506	8 690	6 979	4 586	3 509	3 391	5 568	6 246	55 777
	16 300	(6 200)	543	3 818	7 981	(4 361)	5 958	(1 097)	(281)	1 284	(1 602)	(2 087)	6 246

Likviditet og investeringer.

Tall i tusen



Investeringer - tall i 1000	Regn. 2019	Est. 2019	Bud. 2019
Bygg & anlegg	2 393	17 000	25 000
MTU	23 425	51 000	95 000
Annet utstyr, biler m.m.	10 053	18 000	15 000
IKT-investeringer - lån til Sykehuspartner	-1 316	2 500	5 000
Tilbakebetalt lån fra Sykehuspartner	-2 022	-3 700	-5 000
SUM	32 532	84 800	135 000

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Status budsjett 2020

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
059-2019	Økonomidirektør Geir Olav Ryntveit Økonomisjef Dana Tønnessen	Orientering	23.10.2019

Trykte vedlegg: Presentasjon fra RHF vedr. spesialisthelsetjenesten i Statsbudsjettet 2020

Utrykte vedlegg:

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

Nei, ikke direkte

Ingress:

Budsjettprosessen 2020 gjennomføres etter avtalt fremdriftsplan frem til den endelige styrebehandlingen i desember.

Arbeidet med driftseffektiviseringen som kreves for å nå de økonomiske målsettingene fastsatt i ØLP oppleves utfordrende. Erfaringene fra siste budsjettår viser at ressurskrevende pasienter, medisinske kvalitetskrav, dyre medikamenter og ordningen med fritt behandlingsvalg presser økonomien i et høyere tempo enn den faktiske interne omstillingshastigheten. Store budsjettavvik i 2019 viser at klinikkene har urealistiske budsjettammer og gjør budsjettarbeidet for 2020 krevende.

I budsjettprosessen 2020 legges det opp til en endring i det tekniske budsjettarbeidet, som innebærer en revidering av klinikkens budsjettammer og tilpasning til det faktiske kostnads/inntektsnivået ved inngangen til 2020. Med dette som utgangspunkt, vil det innarbeides klinikkvise merverdikrav i tråd med vedtatt effektiviseringsplan i ØLP. I tillegg til arbeidet med egne forbedringstiltak, vil klinikkene få ansvar for å gjennomføre utvalgte sykehusovergrepene tiltak og bidra til foretakets driftseffektivisering for forventes realisert de nærmeste årene.

Foreløpige signaler fra Statsbudsjettet viser ingen vesentlige endringer i rammebevilgningene til helseforetakene, utover det som følger av nye oppgaver og medisinske krav.

Det endelige forslaget til resultatmål for 2020 vil utarbeides når endelige inntektsrammer fra Helse Sør-Øst RHF er mottatt.

Forslag til vedtak:

Styret tar status på budsjettarbeidet 2020 til orientering

Skien, 15. oktober 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Bakgrunn for saken

Den økonomiske langtidsplanen for perioden 2020-2025 legger opp til effektivisering av driften med 200 millioner kroner, nødvendig for sikre likviditet til fremtidige investeringer og håndtere kostnadsøkningene som følge av den medisinske utviklingen.

Budsjettarbeidet for 2020 følger rammene fastsatt i ØLP. Det er hensyntatt trekk i basisramme knyttet til etablering av avrusning, endringer i basisrammen som følge av oppdateringer i inntektsmodellen og økt aktivitet, samt kostnadsøkninger som følge av IKT-prosjektene, vekst innen dyre medikamenter, FBV og BHT, økte vedlikeholdskostnader og kompetanseoppbygging for strålesenter. Det legges opp til videreføring av et driftsresultat på + 30 millioner kr i 2020, som forutsetter intern effektivisering med nettoeffekt på 60 millioner kr. Resultatmålsettingen skal oppnås ved kostnadsreduksjoner i kombinasjon med et økende aktivitetsnivå.

Forventet resultatutvikling ØLP	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	SUM
Driftsresultat / foretakets styringsfart	-	30 000	30 000	70 000	80 000	80 000	80 000	30 000
Endringer rammebetingelser og nye forpliktelser:								
Trekk etablering avrusning - midlertidig støtte 2018		-31 000						-31 000
Basisbevilgninger - inntektsmodell - ØLP		-15 000	-16 000	-16 000	-16 000	-16 000	-16 000	-95 000
Basisbevilgning - aktivitetsøkning		20 000	25 000	25 000	25 000	26 000	26 000	147 000
								-
Dyre medikamenter, kvalitetskrav, BHT, m.m.		-20 000	-12 000	-15 000	-10 000	-13 000	-6 000	-76 000
								-
Tjenestepris Sykehuspartner		-2 000	-	-1 000	-4 000	3 000	4 000	-
Mottakskostnader regionale IKT og driftskostnader lokale IKT		-5 000	-5 000	-5 000				-15 000
								-
Øvrig - vedlikeholdsplan		-5 000				-5 000		-10 000
								-
								-
Finans/avskrivning USS					-20 000		-30 000	-50 000
Strålesenter - etablering og drift		-2 000	-2 000	-8 000	5 000	5 000	2 000	-
								-
Omstillingskostnader / risikobuffer					-10 000	-30 000	40 000	-
Økt budsjettutfordring		-60 000	-10 000	-20 000	-30 000	-30 000	20 000	-130 000
Planlagt intern effektivisering								
Merverdikrav ØLP		60 000	50 000	30 000	30 000	30 000		200 000
Forventet effekt av effektiviseringsarbeid	-	60 000	50 000	30 000	30 000	30 000	-	200 000
Driftsresultat - resultatbane	30 000	30 000	70 000	80 000	80 000	80 000	100 000	100 000

ØLP oppsettet viser at tross årlige driftsforbedringer i klinikkene, er budsjettutfordringen i langtidsperspektiv omtrent like stor som i tidligere ØLP. Dette gjenspeiler foretakets stor utfordring med å effektivisere driften, håndtere endringene i rammebetingelsene og oppnå nødvendig omstillingshastighet hvert år.

Forslag til Statsbudsjett 2020

Forslaget til statsbudsjett 2020 ble lagt fram 7. oktober og beskriver sentrale mål for spesialisthelsetjenesten. Presentasjon av hovedendringene i Statsbudsjettet vedlegges.

Foreløpige signaler fra Statsbudsjettet viser ingen vesentlige endringer i rammebevilgningene til helseforetakene, utover det som følger av nye oppgaver og medisinske krav.

Vi har ikke tilstrekkelig informasjon for å vurdere om Sykehuset Telemark vil få bedre rammebetingelser i 2020 enn det som ble lagt til grunn i ØLP. Konkrete inntektsrammer og planforutsetninger for driftsåret 2020 blir sendt ut fra RHF 8. november.

Budsjettutfordring 2020 og status intern budsjettprosess

Arbeidet med driftseffektiviseringen som kreves for å nå de økonomiske målsettingene fastsatt i ØLP oppleves utfordrende. Erfaringene fra siste budsjettår viser at klinikkene strever med å oppnå budsjettbalanse og styre driften innfor tildelte budsjetttrammer. Store budsjettavvik i 2019 er tegn på at klinikkene har urealistiske budsjetttrammer og dette gjør budsjettarbeidet for 2020 krevende.

I budsjettprosessen 2020 legges det opp til en endring i det tekniske budsjettarbeidet, som innebærer en revidering av klinikkens budsjetttrammer og tilpasning til det faktiske kostnads/inntektsnivået ved inngangen til 2020. Klinikkenes rammer er justert for å sikre en realistisk budsjettering, som utgangspunkt for driftsforbedringer som forventes i 2020 (klinikkvise merverdikrav vedtatt i ØLP).

Klinikkene er godt i gang med kartlegging av effektiviseringsmuligheter, men opplever som utfordrende å finne muligheter for driftseffektiviseringer i så stort omfang som det kreves. Det er foreløpig identifisert konkrete forbedringstiltak med antatt årseffekt på 28 millioner kr.

Tatt i betraktning at implementeringen av tiltakene kan ta 3-6 måneder, vurderes måloppnåelsen av merverdikravene som lav og ikke tilstrekkelig for å sikre resultatutviklingen som forventes i 2020.

Klinikkene rapporterer følgende fremdrift:

Budsjettutfordring klinikker 2020	Merverdikrav 2020	planlagte nye tiltak 2020	måloppnåelse
Kirurgisk klinikk	9 500	5 130	54 %
Klinikk for medisin	9 500	1 020	11 %
Barne- og ungdomsklinikken - som/hab	1 400	1 400	100 %
Barne- og ungdomsklinikken - psyk	-	-	-
ABK	6 000	6 000	100 %
Medisinsk serviceklinikk	6 000	6 000	100 %
Psykiatrisk klinikk	7 000	7 000	100 %
Service og systemledelse	7 000	1 250	18 %
Administrasjon/fag/HR/øk. ERP	2 500	-	0 %
Felles - sykehusovergripende tiltak	11 100	-	-
SUM	60 000	27 800	46 %

Forbedringsarbeidet i klinikkene må ha en mer ambisiøs fremdrift ut året. For å sikre fremdriften mot milepælene i budsjettprosessen, er klinikkene oppfordret til en ekstra innsats de nærmeste ukene og en intensivering av internt budsjettarbeid i innspurten av budsjettprosessen. Klinikkenes budsjettarbeid vil følges tett opp i oppfølgingsmøtene.

Sykehusovergripende tiltak

I tillegg til arbeidet med egne forbedringstiltak, vil klinikkene få ansvar for å gjennomføre utvalgte sykehusovergripende tiltak og bidra til foretakets driftseffektivisering som forventes realisert de nærmeste årene.

I en tid der pasientstrømmene og de medisinske kravene endres raskt, er det behov for å legge opp til driftsløsninger som sikrer optimal ressursbruk til enhver tid, med fokus på hele pasientforløpet, uavhengig av den interne organiseringen. Med bakgrunn i dette, planlegges sykehusovergripende prosjekter, med sikte på å sannsynliggjøre gevinster i flere akser, for pasienter, for ansatte og økonomisk bidrag til foretakets driftsresultat.

For god gjennomføring av denne type prosjektarbeid er det nødvendig med sterk forankring i ledergruppen samtidig med at klinikkene tar eierskap til de endringene det legges opp til. Det gjenstår å drøfte og avtale organisering, ansvar for gjennomføring og gevinstrealisering, samt fremdrift. I prioriteringen av sykehusovergripende prosjekter, vil det legges vekt på gevinstpotensial og samordning med øvrig forbedringsarbeid i klinikkene.

Et prosjekt som omfatter operasjonsaktiviteten er igangsatt høsten 2019 og vil foregå frem til sommeren 2020. Øvrige områder som er aktuelle å kartlegge er sengepostene og de medisinske støttefunksjonene.

Aktivitet og prioriteringsregelen

Klinikkene er i gang med planlegging av aktiviteten for 2020. Det vil legges opp til en svak vekst i ISF aktiviteten i somatikken. Et foreløpig anslag, før aktivitetsbudsjettet er endelig klart, er at aktivitetsnivået i somatikken vil budsjetteres på 1-1,5% høyere enn estimatet for 2019.

Til sammenligning legger ØLP 2020-2023 opp til en vekst i antall ISF-poeng på 2,4 % fra 2019 til 2020, hvor størsteparten av veksten er forutsatt oppnådd i kirurgisk klinikk.

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

Prioriteringsregelen gir klare føringer for intern styring og pålegger skjerming fra kostnadsreduksjoner innen psykiatri- og rusbehandlingen. Forbedringsarbeidet i psykiatrien vil ha i fokus økt aktivitet, reduksjon i ventetider, samarbeid med kommunene og økt kvalitet i behandlingen gjennom godt gjennomførte pakkeforløp.

Psykiatrien har hatt rekrutteringsutfordringer særlig for psykiatere, noe som har ført til lavere aktivitet i 2019. Rekruttering av behandlere er kritisk viktig for å kunne oppnå økningen i aktivitet som prioriteringsregelen krever. Det er en målsetting å bedre rekrutteringssituasjonen og det arbeides med en konkret handlingsplan. Prioriteringsregelen er i stor grad utfordret av somatikkens endrede behandlingsmetodikk og en økende vekst som følge av vridningen fra døgn til dagbehandling.

En samlet aktivitetsvekst i psykiatrien på 2 % i 2020 vurderes som realistisk å forvente og vil være i tråd med prioriteringsregelen.

Investeringer

I ØLP er det forutsatt en investeringsramme på 140 millioner kr. i 2020. Høye investeringsrammer i 2019 og 2020 skyldes akkumulert etterslep fra tidligere år og store reinvesteringer i MR, lab- og anesthesiutstyr.

Investeringskartleggingen og prioriteringene for 2020 vil fullføres ultimo oktober. Foreløpige oversikter utarbeidet av fagansvarlige MTU, bygg, IKT og øvrig viser investeringsbehov av stort omfang for neste år. Det vil jobbes videre med konsekvensutredninger, for å sikre prioritering av MTU reanskaffelser og bygningsmessige oppgraderinger nødvendige for å nå målsettingene for medisinske parametere og aktivitetsvekst.

Risikovurdering

Analysen foretatt med bakgrunn i status i budsjettprosessen pr. medio oktober, viser at det vil være utfordrende å legge et realistisk driftsbudsjett for 2020. Det er et stort behov for driftseffektivisering i klinikkene for å oppnå et driftsresultat på + 30 millioner kroner.

De negative resultatene i klinikkene gjennom 2019 bidrar til høy risiko for at resultatutviklingen framover blir svakere enn vedtatt resultatbane.

Risiko øker ytterligere som følge av forsinket arbeid med tiltak i klinikkene, der det gjenstår å identifisere tiltak for resterende merverdikrav. I tillegg kommer behov for ytterligere driftsforbedringer som følge av sykehusovergrepene tiltak.

Oppdatert fremdriftsplan for budsjettprosessen for 2020

Det er lagt opp til følgende fremdriftsplan for budsjettarbeidet:

	BUDSJETTPROSESS 2020	
Dato	Milepæl – leveranser	Ansvar
oktober	Teknisk budsjettarbeid – korrigerende styringsfart, merverdikrav, nye momenter	Økonomiavdelingen
23.okt	Styremøte – status budsjett 2020	Økonomiavdelingen
31. okt.	Ferdigstilling av internt budsjett: Merverdikrav, styringsfart, prioriteringsregelen, nye forhold	Klinikkene/øk. avd
8. nov.	Inntektsrammer, aktivitet og resultatkrav for 2020 fra HSØ	HSØ
november	Kvalitetssikring av drifts-, investerings- og likviditetsbudsjett	Økonomiavdelingen
6. des.	Oppdaterte inntektsrammer sendes fra HSØ	HSØ
18.des.	Styremøte – Budsjett 2019	Økonomiavdelingen
9. jan.	Komplett periodisert budsjettleveranse til HSØ: Drift, aktivitet, bemanning, likviditet	Økonomiavdelingen
Januar	Administrerende direktør inngår lederavtaler med klinikkjefer	Økonomiavdelingen

Prop.1S (2019-2020) -forslag til statsbudsjett

Lagt frem 7. oktober 2019

HELSE  SØR-ØST

Sentrale mål 2020

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

Særskilte satsingsområder 2020

- Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. Å skape pasientens helsetjeneste betyr å involvere pasientene som partnere i utviklingen av tjenestene.
- Med dette som utgangspunkt vil styringskrav og mål i oppdragsdokument og foretaksmøte for 2020 samles i følgende hovedområder:
 - Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
 - Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
 - Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
 - IKT
 - Samhandling, ressursutnyttelse og samordning

Prioriteringsregelen og psykisk helsevern/TSB

- Høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn somatikk videreføres
- Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern
- Utvikle tjenester som bidrar til å forebygge kriser, akuttinnleggelser og bruk av tvang i psykisk helsevern
- Implementering av pakkeforløp innen psykisk helsevern og rusområdet har høy prioritet
- Ambulante tjenester skal utvikles videre
- Helsesatsingen i barnevernet skal følges opp videre
- Bedre rutiner for samarbeid rundt henvisninger og utskrivninger vil være et viktig tiltaksområde
- Tjenester til innsatte vil ha særlig oppmerksomhet i 2020

Økt aktivitet

- Budsjettet legger til rette for en generell vekst i pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten på om lag 1,5 %. Økt basisramme for Helse Sør-Øst RHF på 508,3 millioner kroner til dette.
 - 2019: 1,7 % vekst - 582 millioner kroner i økt basisramme
- Den generell aktivitetsveksten omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene og kjøp fra private aktører
- Den demografiske utvikling kan tilsi en aktivitetsvekst på 1,3 % nasjonalt
- Budsjettet legger til rette for en vekst innen poliklinisk aktivitet på 2,2 % for offentlige laboratorier og radiologi
- For pasientbehandling som omfattes av ISF legger budsjettet til rette for en vekst på om lag 1,4 %
 - 2019: om lag 1,6 %

Avbyråkratisering- og effektiviseringsreformen (ABE)

- For å gi insentiver til mer effektiv statlig drift og skape handlingsrom for prioriteringer videreføres avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen
- Det trekkes ut 0,5 % av helseregionenes basisrammer – for Helse Sør-Øst RHF utgjør dette 268 millioner kroner. I tillegg trekkes 0,5 % på aktivitetsbaserte inntekter og tilskudd
- Samtidig legges det tilbake 299 millioner kroner i basisrammen for å gi rom for bl.a. investeringer og anskaffelser
- Samlet innebærer ABE et effektiviseringskrav på om lag 99 millioner kroner for Helse Sør-Øst RHF

Kvalitetsbasert finansiering

- Nasjonalt er 566 millioner kroner trukket ut av helseregionenes basisrammer knyttet til kvalitetsbasert finansiering.
- Helse Sør-Øst RHF får et basisuttrekk på 306 millioner kroner, og får tilbakeført 326,6 millioner kroner som følge av kvalitetsscore, dvs. en positiv effekt på 20,6 millioner kroner.
 - Tilsvarende for 2019 var en positiv effekt på 20 millioner kroner

Lønns- og prisforutsetninger

- Økning 3,1 % fra 2019 til 2020, herav lønn 3,6 % (andel 70 %) og pris 1,9 % (andel 30 %)
- Enhetspris ISF somatikk er satt til 45 808 kroner
 - Hensyntatt prisomregning på 3,1 %, nedjustering på 0,5 % som følge av ABE
- Enhetsprisen ISF innenfor psykisk helsevern og TSB er satt til 3 160 kroner
 - Hensyntatt prisomregning på 3,1 %, nedjustering på 0,5 % som følge av ABE.
 - Samlet økning på 15,2 %. Prisendring som følge av økt ISF-andel er ikke kjent.

Pensjon

Nasjonalt

- Til grunn for basisbevilgningen for 2020 ligger et anslått nivå for helseforetakenes samlede pensjonskostnader på 13 000 millioner kroner. Dette er 1 200 millioner kroner høyere enn bevilgningsnivået for 2019. Økningen fordeles mellom regionene i tråd med Magnussenfordelingen.

Regionalt

- Av den økte bevilgningen på 1 200 millioner kroner er Helse Sør-Øst RHF sin andel 647 millioner kroner, jfr. Magnussen-andelen

Nye samordningsregler for offentlig tjenstepensjon

- I 2018 vedtok Stortinget nye samordningsregler for offentlig tjenstepensjon og i vårsesjonen 2019 vedtok Stortinget endringer i lov om Statens pensjonskasse med virkning fra 1. januar 2020
- Regnskapsmessig vil virkningene av dette trolig måtte hensyntas i regnskapene for helseforetakene i 2019
- Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av eventuelle bevilgningsmessige endringer som følge av dette

Pensjon private institusjoner

Spesielt om private institusjoner

- Helse Sør-Øst RHF har langsiktige avtaler med private institusjoner som årlig mottar oppdrags-/bestillerdokument fra RHF'et. Økte pensjonskostnader i årene etter 2014 vil for disse virksomhetene måtte sees i sammenheng med den positive regnskapsmessige effekten disse fikk beholde i 2014.
- Per 2019 begynner enkelte av de private ideelle institusjonene å nærme seg en samlet årlig kostnadsøkning som er større enn den positive resultateffekten fra 2014. Dette må også sees opp mot håndtering av og størrelsen på eventuelle regnskapsmessige effekter av de nevnte lovendringene vedtatt i 2018 og 2019. Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av eventuelle bevilgningsmessige endringer for Helse Sør-Øst RHF.

Pensjonspremie og bruk av premiefond

Nasjonalt

- Anslått pensjonspremie i 2020 er 18 600 millioner kroner inkl. arbeidsgiveravgift
- Differansen mellom pensjonskostnad og -premie utgjør 5 600 millioner kroner
- Det forutsettes at helseforetakene benytter premiefond tilsvarende 1 000 millioner kroner. Dette fører til redusert arbeidsgiveravgift på 141 millioner kroner.
- Forskjellen mellom pensjonskostnad og pensjonspremie samt bruk av premiefond dekkes gjennom økt driftskredittramme til helseforetakene med 4 459 millioner kroner

Regionalt

Tidligere praksis tilsier at Helse Sør-Øst RHF sin andel av endret driftskredittramme baseres på regionens Magnussen-andel. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til den faktiske fordelingen av endret driftskredittramme.

Overføring av finansieringsansvaret for legemidler fra Folketrygden til de regionale helseforetakene

- Finansieringsansvaret for legemidler til behandling av komplikasjoner ved nyresvikt, legemidler brukt i forbindelse med transplantasjoner og legemidler innenfor terapiområdene ALS, jernoverskudd, Cushings syndrom og immunglobuliner overføres fra Folketrygden til de regionale helseforetakene fra 1. september 2020.
- Bevilgningene til de regionale helseforetakene økes med 145 millioner kroner
 - Av samlet bevilgning utgjør nøytral merverdiavgift 29 millioner kroner, som trekkes ut av basisrammen og overføres posten for tilskudd til refusjon av merverdiavgift
- Basisrammen til de regionale helseforetakene økes med 116 millioner kroner, hvorav Helse Sør-Øst RHF sin andel er 62,5 millioner kroner

Overføring av finansieringsansvaret for legemidler fra Folketrygden til de regionale helseforetakene

- Finansieringsansvaret for legemidler til behandling av sjeldne sykdommer og veksthormonforstyrrelser ble overført fra Folketrygden til de regionale helseforetakene fra 1. februar 2019. I 2020 vil helseforetakene få helårskostnader knyttet til legemidlene.
- Bevilgningene til de regionale helseforetakene økes med 120 millioner kroner
 - Av samlet bevilgning utgjør nøytral merverdiavgift 24 millioner kroner, som trekkes ut av basisrammen og overføres posten for tilskudd til refusjon av merverdiavgift
- Basisrammen til de regionale helseforetakene økes med 96 millioner kroner, hvorav Helse Sør-Øst RHF sin andel er 51,8 millioner kroner

Inkludering av legemiddelgrupper i ISF

- Legemidler til behandling av veksthormonforstyrrelser foreslås inkludert i ISF med finansieringsansvar fra 2020
 - Uttrekk fra basisramme Helse Sør-Øst RHF med 40,4 millioner kroner
- Legemidler til behandling av sjeldne sykdommer inkluderes ikke i ISF fra 2020 og vil på samme som i 2019 finansieres av de regionale helseforetakene basisbevilgninger

Endringer i ISF-ordningen

- Som et ledd i å øke ISF-andelen aktivitetsbasert finansiering innen psykisk helsevern og TSB, økes ISF-satsen i 2020
 - Det overføres 200 millioner kroner fra basisramme til ISF, hvorav 108 millioner kroner trekkes fra basisrammen til Helse Sør-Øst RHF
- Det vil bli igangsatt et arbeid med å innlemme avtalespesialistene i ISF-ordningen.
- Fra 2020 foreslås det å:
 - Inkludere flere personellgrupper i ISF som gir en reduksjon i basisrammen til Helse Sør-Øst RHF 53,5 millioner kroner
 - Inkludere telefonkonsultasjoner innenfor somatikk i ISF som gir en reduksjon i basisrammen til Helse Sør-Øst RHF på 15,6 millioner kroner
- Prøveordningen i innsatsstyrt finansiering hvor de regionale helseforetakene mottar ISF-refusjon per registrerte pasient i utvalgte medisinske kvalitetsregistre videreføres for å stimulere til økt dekningsgrad

Laboratorie- og radiologi

- Lagt til rette for aktivitetsvekst på 2,2 %
- For ytterligere å stimulere til økt effektivisering, underreguleres de aktivitetsbaserte refusjonene for laboratorie- radiologiområdet med om lag 27 millioner kroner utover ABE-reformen
- Refusjonssatsene for radiologi og laboratorievirksomhet øker i gjennomsnitt med 1,6 % neste år

Finansiering av nasjonale e-helseløsninger

- Basisrammene til de regionale helseforetakene reduseres med til sammen 132 millioner kroner hvorav:
 - 56 millioner kroner for å dekke veksten i kostnader til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene kjernejournal, e-resept, helsenorge.no, gunndata og helseID
 - 76,9 millioner kroner som overføres fra basisrammen til de regionale helseforetakene til Norsk Helsenett HF for å drifte nasjonale e-helseløsninger.
- Helse Sør-Øst RHF får redusert sin basisramme med samlet 71,7 millioner kroner hvorav
 - 30,2 millioner kroner til å dekke veksten i kostnader til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger
 - 41,5 millioner kroner til Norsk Helsenett HF

Andre endringer i basisramme for Helse Sør-Øst RHF

- Oppdateringer av nasjonal inntektsmodell for 2020 innebærer en økt basisramme på 94 millioner kroner
- Økning i egenandelssatser under takordning 1 og 2 fra 1. juli 2020. Basisrammen reduseres med 73,3 millioner kroner.
- Økt basisramme med 38 millioner kroner for konsekvensjustering egenandeler
- Antatt økte gebyrinntekter som følge av økt fraværsgebyr for manglende fremmøte til somatisk poliklinikk reduserer basisrammen med 13 millioner kroner
- Ansvar for drift av Fagenhet for tvungen omsorg ligger til Helse Midt-Norge RHF. Det foreslås å innføre en egenandel på 20 pst. for de regionale helseforetakene for å stimulere til økt kostnadskontroll. Basisrammen økes med 12,1 millioner kroner for å dekke Helse Sør-Øst RHF sin andel.
- Det foreslås å øke basisrammen med 12 mill. kroner til Nasjonal forsterket felleskapsavdeling for innsatte ved Ila fengsel og forvaringsanstalt. Midlene skal benyttes til helsefaglig bemanning med særlig kompetanse innen sikkerhetspsykiatri.

Andre endringer i basisramme for Helse Sør-Øst RHF (forts.)

- Det foreslås å øke basisrammen med 12 mill. kroner til Nasjonal forsterket felleskapsavdeling for innsatte ved Ila fengsel og forvaringsanstalt. Midlene skal benyttes til helsefaglig bemanning med særlig kompetanse innen sikkerhetspsykiatri.
- De regionale helseforetakene overtar ansvar for videre utvikling og drift av ParkinsonNet i Norge fra 1. januar 2020. Basisrammen økes med 3,8 millioner kroner.
- Kommunalt utførte spesialisthelsetjenester utført av Oslo kommune for pasienter med nedsatt bevissthet pga rusmiddelforgiftning kan inngå i beregningsgrunnlaget for ISF fra 2020. Basisrammen reduseres med 4,4 millioner kroner.
- Basisrammen økes med 2,7 millioner kroner til etter-og videreutdanning i psykisk helse
- Basisrammen økes med 1,8 millioner kroner til ny nasjonal behandlingstjeneste for pulmonal hypertensjon
- Basisrammen reduseres med 0,6 millioner kroner for prosjektet «En vei inn» som skal driftes og forvaltes av Nasjonal tjenesteleverandør fra 2020

Andre endringer i tilskudd for Helse Sør-Øst RHF

- 27 millioner kroner i økt bevilgning til innføring av et nasjonalt screeningprogram for tarmkreft, med en samlet bevilgning på 97 millioner kroner i 2020. Midlene er ikke fordelt.
- 5 millioner kroner i økt bevilgning til persontilpasset medisin, totalt 30,7 millioner kroner
- 7 millioner kroner til medisinsk undersøkelse på barnehusene, totalt 18,3 millioner kroner
- 14,3 millioner kroner til Kvinnehelseforskning (overført fra post 78)
- 7 millioner kroner til heroinassistert rehabilitering

Ikke-finansierte forhold

- Følgende forhold som innebærer økte kostnader er ikke kompensert i Prop.1S
 - Norsk deltakelse i International Horizon Scanning Initiative (ISHI) finansieres med 3,8 millioner kroner av de regionale helseforetakene, legemiddelverket og Folkehelseinstituttet
 - Økte utgifter til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger på 56 millioner kroner er foreslått dekket innenfor de regionale helseforetakenes vekstramme

Forskning og nasjonale kompetansetjenester

- Forskning og nasjonale kompetansetjenester er forslått finansiert på nivå med tidligere år
- Helse Sør-Øst RHF foreslås tildelt 309 millioner kroner til forskning
- I tillegg foreslås 143 millioner kroner til nasjonalt program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten
 - Helse Sør-Øst RHF håndterer midlene i samråd med og på vegne av de øvrige tre regionale helseforetakene
- Tilskuddet til nasjonale kompetansetjenester i Helse Sør-Øst RHF er 341,7 millioner kroner. Dette inkluderer 223,3 millioner kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser.
- Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse foreslås avviklet fra 2020. Aktiviteten videreføres gjennom etableringen av Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning i Helse Sør-Øst med eget tilskudd over post 70.

Utbetalinger lån og tilskudd 2020 (hhv post 82 og 81)

Helseforetak	Prosjekt	Innvilget låneramme	Kroneverdi	Lån utbetalt 2018 og 2019	Lån til utbetaling 2020	Innvilget tilskuddsramme	Tilskudd til utbetaling 2020
Vestre Viken HF	Nytt sykehus i Drammen	8 460,0	2017	1695	480,0		
Oslo universitetssykehus HF	Nytt klinikkbygg Radiumhospitalet	2 738,0	2018	395	570,0		
Oslo universitetssykehus HF	Protonterapisenter*	1 198,0	2018	163	70,0	513,0	2,0
Oslo universitetssykehus HF	Vedlikeholdsinvesteringer	1 300,0	2016	701,08	-		
Oslo universitetssykehus HF	Regional sikkerhetsavdeling	33,0		33	[--år 2021--]		
Oslo universitetssykehus HF	Aker og Gaustad	29 073,0	2020		100,0		
Sørlandet sykehus HF	Nytt psykiatribygg	567,0	2017	420	-		
Sykehuset i Vestfold HF	Tønsbergprosjektet	1 870,0	2014	920	645,0		
Sum		45 239,0			1 865,0	513,0	2,0

*Redusert med 180 millioner kroner iht sak 049-2019 i Helse Sør-Øst RHF

- Det foreslås utbetalt samlet 1.865 millioner kroner i lån, samt 2 millioner tilskudd i 2020
- Nytt lån: Oslo universitetssykehus – Aker og Gaustad
- Siste utbetaling i 2019: OUS Vedlikeholdslån

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Sykehuset Telemarks strategi 2020–2022

Sak nr.	Saksbehandler	Sakstype	Møtedato
060-2019	Annette Fure, utviklingsdirektør	Beslutning	23.10.2019

Trykte vedlegg: STHF strategi 2020-2022_1.0

Utrykte vedlegg: Ingen

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

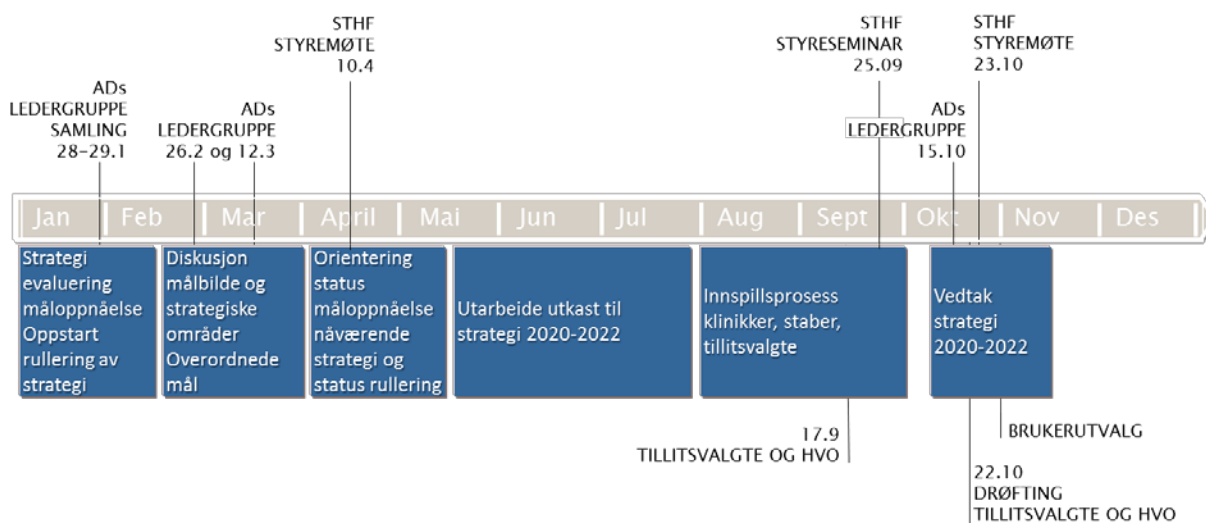
Ja. Den strategiske satsning på pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring vil bidra til en «kraftsamling» og økt systematisk arbeid innenfor dette området. Satsningen ligger til grunn for å skape pasientens helsetjeneste og bidra til at Sykehuset Telemark vil lykkes i målet om å være et attraktivt sykehus.

Ingress:

Strategien for Sykehuset Telemark er en viktig rettesnor som skal danne grunnlag for våre prioriteringer og aktiviteter.

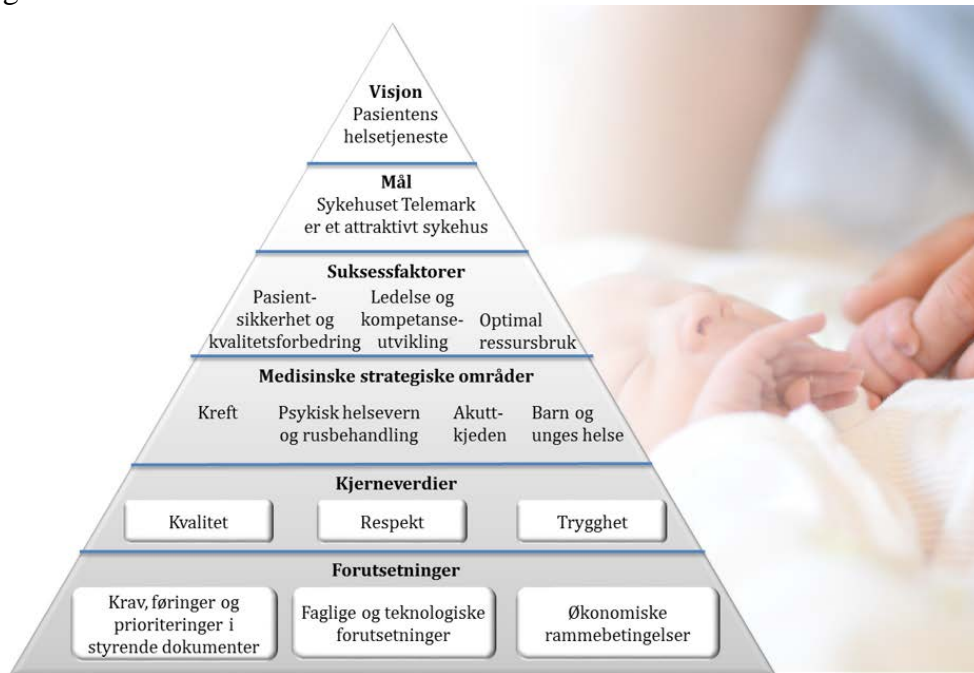
Strategien for Sykehuset Telemark utarbeides for perioder på 3 år av gangen. Basert på våre langsiktige mål og vår visjon har vi definert strategiske områder og suksessfaktorer for strategiperioden. For hvert strategisk område og suksessfaktor settes egne mål. Deretter er det en årlig prosess for å definere konkrete delmål og tiltak for kommende år.

Utarbeidelse av strategien for perioden 2020-2022 har fulgt følgende prosess:



Strategien for 2020-2022 bygger i hovedsak på strategien fra forrige periode 2016-2019 med flere av de samme strategiske områdene. For å realisere vår utviklingsplan kreves det målrettet arbeid over tid. Ved kontinuerlig forbedringsarbeid og sammen med den forestående utbyggingen av somatikken i Skien tar vi med denne strategien ytterligere steg mot vårt definerte mål og vår visjon.

STHF Strategi 2020-2022:



Forslag til vedtak:

- Styret vedtar STHF strategi 2020-2022

Skien, den 16.10 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør



Sykehuset Telemark Strategi 2020-2022

Versjon 1.0

INNHOOLD

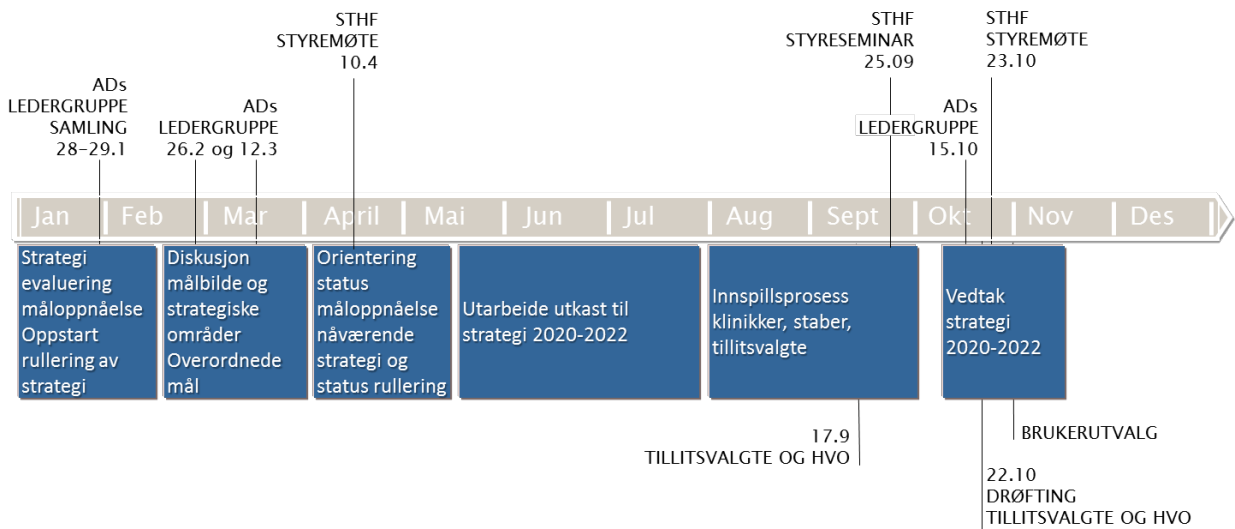
1	FORORD	3
2	BAKGRUNN	4
3	RAMMEVERK.....	5
4	STRATEGI 2020-2022	6
4.1	VISJON	6
4.2	MÅL	7
4.3	SUKSESSFaktorER	8
4.3.1	<i>Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring</i>	<i>8</i>
4.3.2	<i>Ledelse og kompetanseutvikling.....</i>	<i>9</i>
4.3.3	<i>Optimal ressursbruk</i>	<i>10</i>
4.4	MEDISINSKE STRATEGISKE OMRÅDER.....	11
4.4.1	<i>Kreft.....</i>	<i>11</i>
4.4.2	<i>Psykisk helsevern og rusbehandling</i>	<i>12</i>
4.4.3	<i>Akuttkjeden</i>	<i>14</i>
4.4.4	<i>Barn og unges helse.....</i>	<i>15</i>
4.5	KJERNEVERDIER	16
4.6	FORUTSETNINGER.....	17
4.6.1	<i>Krav, føringer og prioriteringer i styrende dokumenter</i>	<i>17</i>
4.6.2	<i>Faglige og teknologiske forutsetninger</i>	<i>17</i>
4.6.3	<i>Økonomiske rammebetingelser.....</i>	<i>18</i>
5	MÅL OG MÅLETALL.....	20

1 FORORD

Strategien for Sykehuset Telemark skal danne grunnlag for våre prioriteringer og aktiviteter.

Strategien for Sykehuset Telemark utarbeides for perioder på tre år av gangen. Basert på våre langsiktige mål og vår visjon har vi definert strategiske områder og suksessfaktorer for strategiperioden. For hvert strategisk område og suksessfaktor settes egne mål. Det blir definert konkrete delmål og tiltak hvert år.

Utarbeidelse av strategien for perioden 2020-2022 har fulgt følgende prosess:

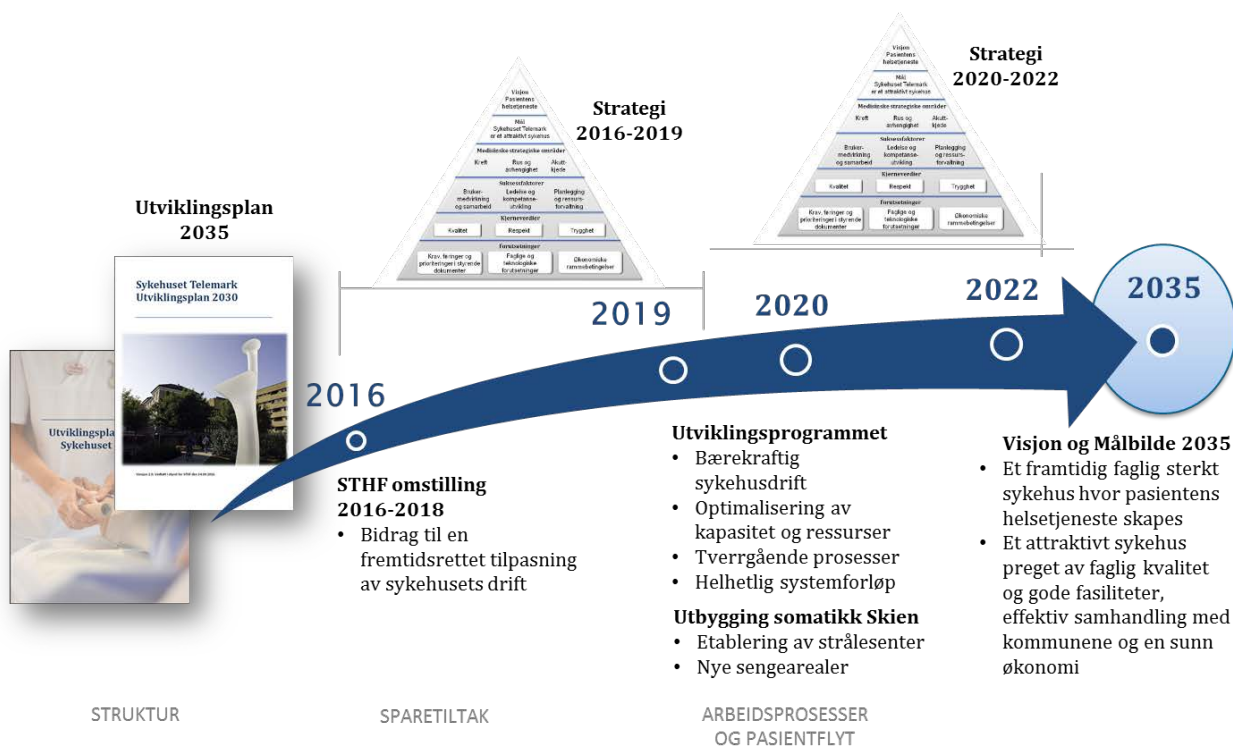


Skien, 15. oktober 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

2 BAKGRUNN

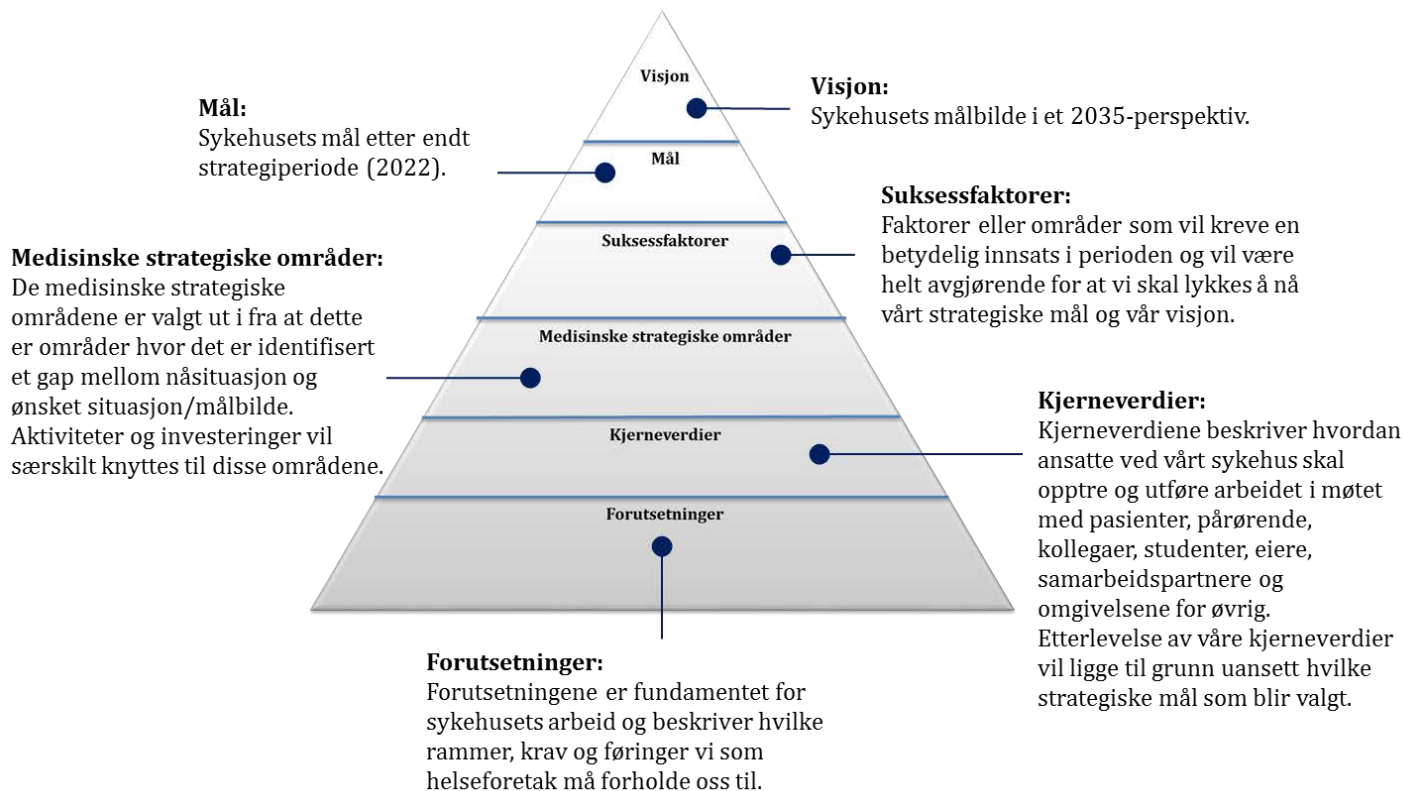
Strategien til Sykehuset Telemark er laget på bakgrunn i føringene og målene til Sykehuset Telemark Utviklingsplan 2035 og Helse Sør-Øst Regional utviklingsplan 2035.

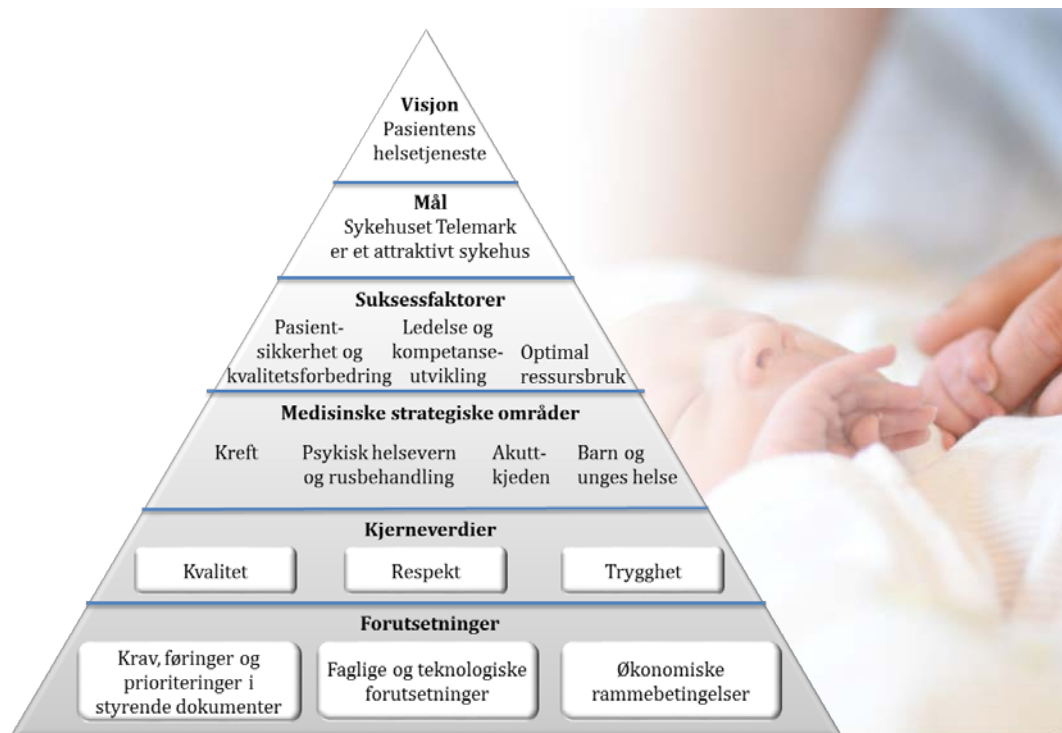


Strategien for 2020-2022 bygger i hovedsak på strategien fra forrige periode (2016-2019), og den inneholder flere av de samme strategiske områdene. For å realisere utviklingsplanen kreves det målrettet arbeid over tid.

3 RAMMEVERK

«Strategipyramiden» er bygget opp på følgende måte:



Strategi for 2020-2022

4.1 Visjon

Pasientens helsetjeneste er målbilde for fremtidens helsetjenester.

Gjennom en likeverdig samhandling med primærhelsetjenesten kan vi sikre en trygg og god helse- og omsorgstjeneste for hver pasient. Sammen skaper vi helhetlige pasientforløp og etablerer gode modeller for kompetansebygging og kompetanseoverføring slik at pasienten kan ivaretas av personell med riktig kompetanse og på rett behandlingsnivå til enhver tid.

Vi gir våre pasienter rask og riktig diagnostisering og behandling i tråd med nasjonale og internasjonale retningslinjer og følger «beste praksis». Vårt fokus på pasientsikkerhet og kontinuerlig kvalitetsforbedring sikrer god kvalitet i pasientbehandlingen. Vi gir pasientene en god pasientopplevelse og bygger tillit gjennom gjensidig respekt.

Sammen skaper vi pasientens helsetjeneste.

4.2 Mål

Sykehuset Telemark skal være et faglig sterkt sykehus hvor pasientens helsetjeneste skapes. Vi skal utvikle et **attraktivt sykehus** preget av faglig kvalitet, gode fasiliteter, effektiv samhandling med kommunene, og en sunn økonomi.

Det legges til grunn at STHF skal gi et bredt sykehusstilbud til Telemarks befolkning. Pasientene våre skal oppleve et åpent og tilgjengelig helsetilbud, hvor de blir møtt med respekt og god kommunikasjon. Pasientene får opplæring og blir involvert i egen behandling.

Vi skal møte pasientene i estetiske og rolige omgivelser.

I det å være et **attraktivt sykehus** legger vi at:

Pasienten velger oss

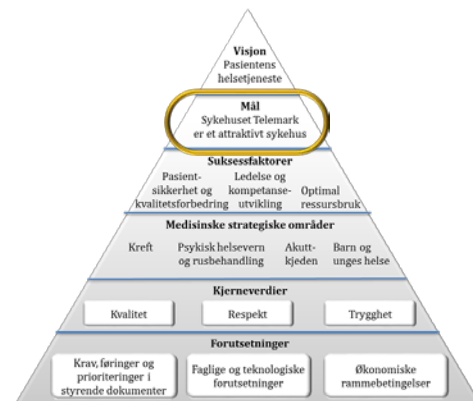
- Vi har god kvalitet i pasientbehandlingen
- Vi er tilgjengelige for pasientene. Pasientene kommer raskt inn og det er lett å komme i kontakt med oss.
- Vi leverer gode pasientopplevelser
- Sykehuset tilbyr moderne undersøkelse og behandling

Gode fagpersoner velger oss

- Vi har god rekrutteringskraft
- Vi utvikler medarbeidere
- Sykehuset beholder gode medarbeidere
- Vi har godt arbeidsmiljø
- STHF har utviklende forskningsmiljøer

Vi har godt omdømme

- Sykehuset Telemark har en solid posisjon i lokalsamfunnet
- Vi har god relasjon med eier
- Vi har et godt forhold til samarbeidspartnere



4.3 Suksessfaktorer

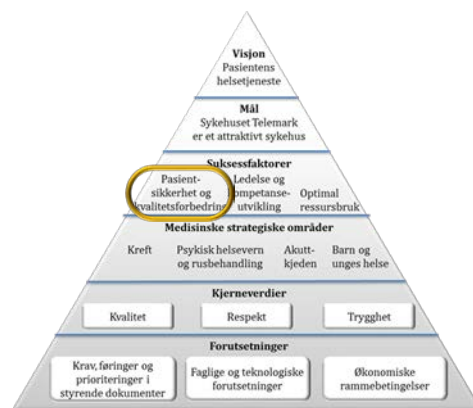
For å lykkes i å bli et attraktivt sykehus, er det noen viktige forutsetninger som må være på plass. De identifiserte suksessfaktorene er 1. Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, 2. Ledelse og kompetanseutvikling og 3. Optimal ressursbruk.

4.3.1 Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

Pasientskader er et stort samfunnsproblem og medfører store konsekvenser for pasienter og deres pårørende. Det kan i verste fall føre til tap av liv, og det er også samfunnsøkonomisk kostbart. Det er igangsatt nasjonal satsning på å forebygge og redusere pasientskader. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring skal bidra til en systematisk og koordinert innsats for å forebygge og redusere pasientskader.

Handlingsplanen påpeker følgende utfordringsbilde:

- For mange pasientskader og uønskede hendelser
- Pasientskader er kostbart og tar tid og ressurser
- Utfordringer knyttet til kommunikasjon og overganger
- En koordinert innsats for å bedre ledelse, kultur og systemer



I Nasjonal handlingsplan er det satt nasjonale mål og tiltaksområder for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Målene er færre pasientskader, bedre pasientsikkerhetskultur og varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

Sykehuset Telemark vil følge den nasjonale satsingen. For sykehuset innebærer dette konkrete tiltak innenfor følgende områder:

1. Ledelse og kultur
2. Kompetanse
3. Nasjonale satsinger
4. Systemer og strukturer

Hovedmål 2020-2022:

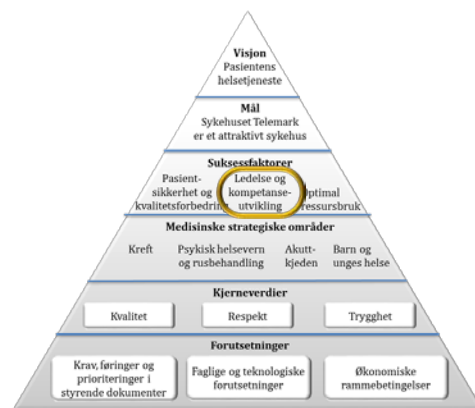
- Færre pasientskader
- Bedre pasientsikkerhetskultur
- Etablere varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring
- Redusere uønsket variasjon
- Færre infeksjoner
- Øke 30-dagers overlevelse (bl.a. slag, hjerteinfarkt, hoftebrudd)

4.3.2 Ledelse og kompetanseutvikling

Medarbeideren er Sykehuset Telemarks viktigste ressurs. Uten kompetente, ansvarsbevisste og motiverte medarbeidere er det vanskelig å skape pasientens helsetjeneste. For å være attraktive overfor ansatte, og for å tiltrekke oss gode fagpersoner fremover, må vi tilby muligheter for faglig utvikling. Vi må ha et godt arbeidsmiljø som legger til rette for at medarbeiderne kan bruke sine evner og ferdigheter på best mulig måte.

God ledelse er avgjørende for å skape et godt arbeidsmiljø. Gjennom god ledelse kan vi sikre at vi beholder, utvikler og rekrutterer gode fagpersoner.

Det er også en viktig lederoppgave å planlegge for effektiv drift og skape gode administrative rutiner. Samtidig skal virksomheten tilpasse seg endringer som følge av nye krav, forventninger og bruk av ny teknologi. God ledelse og medarbeidertilfredshet er tett knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet.



Rekruttering

For å sikre at Sykehuset Telemark har den nødvendige kompetansen både i dag og i fremtiden, er det viktig å ha oversikt over kompetansebehovet på kort, mellomlang og lang sikt. Sykehuset vil arbeide aktivt for å øke tilgangen på kvalifiserte søkere til ledige stillinger. Ryddige ansettelsesprosesser som følger retningslinjer for rekruttering og ansettelser, har høy prioritet.

Utvikle medarbeidere

Utvikling, utdanning og opplæring av medarbeidere på alle nivåer er vesentlig for å sikre at kompetansen er tilstrekkelig både for kapasitet og faglig utvikling. Alle medarbeidere skal ha kompetanseplaner, og den ansattes kompetansebehov skal avklares gjennom regelmessige medarbeidersamtaler. Det legges til rette for å skape gode læringsmiljøer og kompetanseoverføring på arbeidsplassen til den enkelte.

Beholde medarbeidere

Det er viktig at STHF har arbeidsplaner som er forsvarlige for pasientenes sikkerhet og for å sikre et godt og trygt arbeidsmiljø. Medarbeiderundersøkelsen og konkrete handlingsplaner som følger opp tilbakemeldingene fra medarbeiderne vil være viktig verktøy for å videreutvikle og beholde et godt arbeidsmiljø.

STHF skal være konkurransedyktig med riktige betingelser og velferdsgoder. Sykehuset skal etterleve IA-avtalen (inkluderende arbeidsliv) og ha en aktiv livsfasepolitikk. Så langt det er mulig, skal vi finne løsninger for å redusere ufrivillig deltid.

Hovedmål 2020-2022:

- Rekruttere, utvikle og beholde gode fagpersoner
- Styrke beslutningskvalitet og gjennomføringskraft i lederlinjen
- Styrke lederkompetanse
- Sikre at organisasjonen understøtter virksomheten

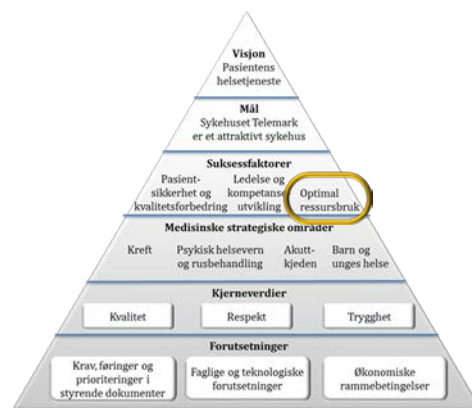
4.3.3 Optimal ressursbruk

Det er et økende gap mellom forventninger til helsetilbudet og det som helseforetakene i dag kan tilby innenfor de gitte rammer. I den årlige sykehustalen i januar 2019 uttalte Helseminister Bent Høye «Skal vi klare å innfri fremtidens forventninger og videreutvikle pasientens helsetjeneste, vil det kreve vilje til å tenke nytt. Men dette er ikke nok. Endringstakten må opp».

Helsetjenesten er i endring. Oppgaver flyttes fra sykehus til kommunehelsetjenesten, helhetlige pasientforløp utvikles og digitale løsninger blir tatt i bruk for å effektivisere og skape bedre tjenester.

Sykehuset Telemark må fortsette å tilpasse og effektivisere virksomheten. Dette vil kreve en strukturert og vedvarende innsats med organisasjons- og virksomhetsutvikling også i årene fremover. Verktøyene vil i stor grad være digitale, utvikling av gode løsninger vil kreve samarbeid og alt skal ta utgangspunkt i pasientens behov.

Sykehuset Telemark vurderer å innføre nye driftsmodeller som vil fremme bedre pasientflyt, bedre ressursutnyttelse og mer rasjonell drift. Vi skal tilpasse oss det faktiske behovet for den pasientpopulasjonen vi har ansvaret for.



Hovedmål 2020-2022:

- Bedre kommunikasjon, pasientflyt og logistikk gjennom implementering av kliniske logistikkløsninger med tilhørende virksomhets- og organisasjonsutvikling
- Innføre av gode og bærekraftige driftsmodeller (driftskonsept for bl.a. akuttmottak og sengeposter vedtatt i konseptfase) i forbindelse med prosjekt «Utbygging somatikk Skien»
- Gjennomføre forbedrings- og virksomhetsutviklingsprosjekter vedtatt i Utviklingsprogrammet
- Etablere system og rutiner for gevinstuttak og -oppfølging

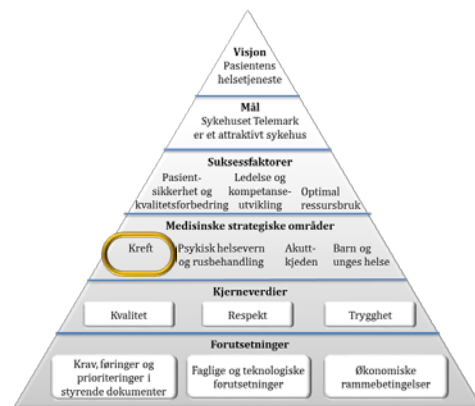
4.4 Medisinske strategiske områder

De valgte medisinske strategiske områdene er 1. Kreft, 2. Psykisk helsevern og rusbehandling, 3. Akuttkjeden og 4. Barn og unges helse

4.4.1 Kreft

Den demografiske utviklingen i Telemark viser en relativt svak befolkningsvekst, med en økende andel eldre i befolkningen. Med en aldrende befolkning vil vi se en økning av kroniske tilstander og kreftsykdommer, samt et økt oppfølgingsbehov av pasienter som overlever alvorlig kreftsykdom eller har senskader etter kreftbehandling.

Mye er allerede gjort for denne pasientgruppen ved Sykehuset Telemark. I 2015 ble en egen kreftavdeling etablert for å legge til rette for god pasientbehandling både ved å samle flere aktører i et sterkt tverrfaglig fagmiljø og ved å dedikere de beste sengefasilitetene ved sykehuset til de alvorlig syke kreftpasientene. Nasjonale pakkeforløp for ulike kreftdiagnoser er implementert og måloppnåelsen ved Sykehuset Telemark er så langt blant de beste i landet.



Det er derimot fortsatt et underforbruk av strålebehandling i Telemark og Vestfold. Dekningen for strålebehandling ligger om lag 10 prosent under resten av landet og det er et tydelig behov for økt tilgjengelighet av tjenesten. En av årsakene til underforbruket er at mange pasienter er for svake til å klare lange reiser. Med gjentatte behandlinger er dette en belastning for pasienten.

Sykehuset Telemark arbeider målrettet for å etablere et fullverdig krefttilbud som skal sikre nødvendig og pålagt allsidig kreftdiagnostikk og behandling for pasientene i Telemark. Et komplett kreftsenter omfatter kreftavdeling, strålesenter og diagnostikk, i nært samarbeid med sykehusets øvrige avdelinger. HSØ har vedtatt å etablere ny stråleterapienhet ved sykehuset i Skien for å dekke stråleterapibehovet for pasientene i Telemark og Vestfold.

Ambisjonen for kreftsenteret er følgende:

- STHF skal ha et fullverdig, moderne og effektivt diagnostikk- og behandlingstilbud til pasienter med kreft og blodsykdommer.
- STHF skal ha lokaliteter som gir pasientene trygghet, integritet og gode pasientopplevelser.
- Pasientene i Telemark skal være trygge på at den utredning og behandling som blir gitt er kvalitetssikret og i tråd med nasjonale og anerkjente internasjonale retningslinjer.
- Koordinerte, gode og effektive pasientforløp. Dagens effektivitet på pakkeforløp skal opprettholdes, og det skal jobbes med forbedring av overganger mellom institusjonene.
- Pasienten skal oppleve seg godt ivaretatt gjennom hele pasientforløpet og ha tilgang på god informasjon om sykdom, behandling og mulige senefeffekter etter behandlingen.
- Pasienten skal få informasjon om mulighet til å bli vurdert for deltakelse i kliniske studier.
- Det skal legges til rette for klinisk forskning, studier og fagutvikling som er pasientnære og integrert i behandlingsforløpene.
- Senteret vil ha ansvar for deler av utdanningen til flere spesialiteter som onkologer, hematologer, stråleterapeuter, kreftsykepleiere m.m.

- Senteret må ha tilrettelagt rom for treveiskommunikasjon med samarbeidspartnere og regionale sentra samt for å ivareta nødvendig undervisning.
Dette vil stille krav til både organisering og areal som legger til rette for daglig undervisning i felles møterom, tilrettelagte rom for nettundervisning og eget mikroskopierom.
- Det skal legges til rette for god samhandling med brukerorganisasjoner for å legge til rette for behandlingssupplement som trening, ernæringsstøtte og likemann.
- Det fokuseres på rask og god samhandling med førstelinjetjenestene og desentralisert behandling der det er trygt og riktig for pasienten.

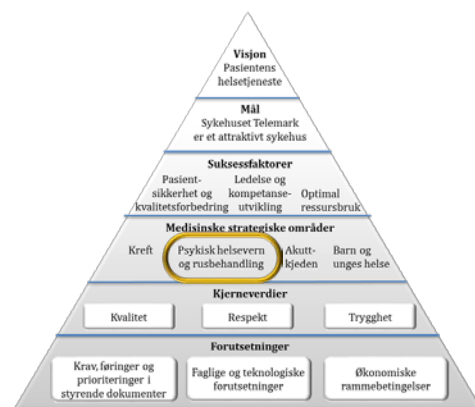
Hovedmål 2020-2022:

- Sykehuset Telemark etablerer det neste strålesenteret i HSØ som skal dekke 80 prosent av behovet for stråling til befolkningen i Telemark og Vestfold.
- Pasienter i Telemark skal ha minimum lik bruk av stråleterapi som pasienter fra Oslo
- Etablere desentralisert kreftbehandling i kommunene
- Riktig dimensjonering av diagnostisk kapasitet
- Oppfylle nasjonale krav til pakkeforløpene
- Etablere klinisk forskning i kreftavdelingen
- Øke fem års overlevelse

4.4.2 Psykisk helsevern og rusbehandling

Psykisk helsevern og rusbehandling videreføres som et prioritert medisinsk strategisk område for perioden 2020-2022.

Til tross for at mye er gjort innenfor området de siste årene er det fortsatt nødvendig med en videreutvikling av virksomheten for å møte de fremtidige behovene til spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og rusbehandling. Blant annet omfatter dette behov for å styrke brukermedvirkning i alle ledd, innføre standardiserte pasientforløp (pakkeforløp), samt legge til rette for å en mer smidig pasientflyt og bedre synlighet og tilgjengelighet.



Nye samarbeidsstrukturer med kommunene og primærhelsetjenesten må etableres for å understøtte et helhetlig behandlingstilbud til pasientene, og det er særlig behov for nye tjenester innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og en best mulig organisering av disse. Sykehuset Telemark må bevare og utvikle robuste fagmiljøer som kan drive fagutvikling, forskning og kontinuerlig forbedringsarbeid.

For strategiperioden vil derfor følgende områder prioriteres:

Forskning, utdanning og kompetanse

Utdanning og kompetanseutvikling skal prioriteres for å sikre tilgang på kompetente medarbeidere. Klinikken skal utvikle kultur og systemer for deling av kunnskap gjennom samhandling og samarbeid internt og eksternt sammen med kommuner og utdanningsinstitusjoner. Klinikken vil tilstrebe deltakelse i forskningsarbeid og legge til rette for dette i klinikken.

Standardiserte pasientforløp.

Innføring av pakkeforløp startet 1. januar 2019. Arbeidet pågår i tråd med nasjonale føringer. Klinikkenes mål er at pakkeforløpene er implementert i løpet av perioden, både ved at vi har etablert tekniske systemer som sikrer fremdrift og at praksis er endret i tråd med anbefalingene.

Samhandling og nye arbeidsformer

Et helhetlig og koordinert tilbud til denne pasientgruppen forutsetter samarbeid mellom flere aktører. Barne- og ungdomsklinikken (BUK) og Klinik for psykisk helsevern og rusbehandling (KPR) skal sikre en god sammenheng i overgangen fra psykisk helse for barn og unge til psykisk helse for voksne. Pårørendeinvolvering og pasientens mulighet for aktiv deltakelse i egen behandling skal vektlegges. Klinikken skal tilstrebe likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av bosted. Både pasienter, pårørende og samarbeidspartnere skal erfare god tilgjengelighet. Klinikken arbeider med utvikling av digitale løsninger innenfor pasientbehandling, som f.eks. videokonsultasjoner, nettbasert behandling og elektroniske utredningsverktøy.

Tvang

Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak skal reduseres. Klinikken har utarbeidet en egen strategi og handlingsplan for å begrense og kvalitetssikre bruken av tvang.

Dømt til behandling/ varetektssurrogati

Omfanget av behovet for døgnplasser og poliklinisk/ambulant oppfølging bør kartlegges og utredes. Tiltak som skal sikre helhetlige og koordinerte tjenester knyttet til døgnbehandling, polikliniske tjenester og oppfølging på kommunalt nivå, bør videreutvikles og beskrives i samarbeid med kommunen. I tillegg må kompetanse og opplæringsbehov kartlegges og kompetanseplan utarbeides i tråd med dette.

Hovedmål 2020-2022:

- Opprettholde antall forskningsprosjekt fra år til år
- Innføre pakkeforløp og oppnå måletall i tråd med nasjonale føringer
- Etablere oppfølgings- og behandlingsteam i samarbeid med kommunene for personer med alvorlige og sammensatte lidelser som har behov for oppfølging og behandling over lengre tid. F.eks. FACT-team, fleksible boenheter
- Redusere bruk av tvang
- Utrede og videreutvikle behandlingstilbudet for personer som er dømt til behandling og personer i varetektssurrogati
- Riktig bruk av psykofarmaka

4.4.3 Akuttkjeden

STHF tar imot mer enn 2.000 pasienter hver måned med ulike akutte tilstander. En stor majoritet er eldre pasienter, ofte med sammensatte medisinske tilstander.

Sykehuset Telemark har som mål og skape Norges beste akuttkjede. Dette krever dedikert innsats på flere viktige områder:

1. Likeverdig og tillitsfull samhandling med primærhelsetjenesten

- riktig arbeidsdeling i tråd med ny Akutforskrift
- sømløs tjeneste der pasientene ikke merker «overgangene» mellom leddene/aktørene i den akutte kjeden
- felles metoder og kompetanseutvikling
- relevante og aktive samhandlingsarenaer

2. Prehospital tjeneste

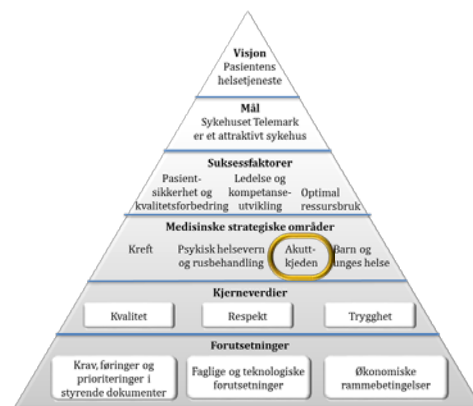
- responstider i tråd med nasjonale anbefalinger
- ta i bruk EPJ og nye AMK-systemer
- utvikle tjenesten i tråd med ny Ambulanseplan

3. Akuttmottak

- ivareta vedtatte kompetansekrav
- innfri vedtatte kvalitetskrav til pasientbehandling og ventetider
- følge Akuttkjedprosjektets prosedyrer
- utvikle og etablere nytt akuttmottak/traumesenter

4. Trygge behandlingstilbud på riktig behandlingssted

- klar og tydelig funksjonsfordeling mellom Notodden og Skien
- pasienter transporteres uten unødig forsinkelse til riktig behandlingssted (i og utenfor Telemark).
- tilgjengelighet på relevante spesialister/kompetanse for trygg diagnostikk og behandling i hele behandlingsskjeden



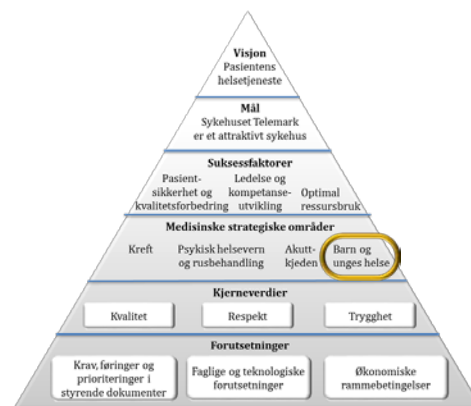
Hovedmål 2020-2022

- Telemark skal ha Norges beste akuttkjede
- Trygge medisinske tjenester for alle akutte tilstander for befolkningen i hele Telemark
- En helhetlig, sammenhengende akuttkjede
- En ensartet kunnskapsbasert praksis

4.4.4 Barn og unges helse

Barn og unge er et nytt strategisk område for Sykehuset Telemark. Området er valgt ut i fra både medisinskfaglige – og samfunnsmessige perspektiv.

Selv om norske barn er blant de friskeste i verden, er det viktig at ressursene brukes på de barna som trenger det mest. Behandlingsbehovet for barn og unge omfatter alt i fra nyfødt/nyfødt intensiv og intensivbehandling av barn og unge, til medisinske sykdommer fra 0 til 18 år, sosialmedisin, psykiske sykdommer og til at det blant barn og unge er store grupper med kroniske sykdommer og funksjonshemninger.



Kompetansen og behandlingen på nyfødt intensiv er avgjørende for å kunne beholde et godt fødetilbud i Telemark. Intensivkompetansen for barn og unge er også en viktig del av akuttkjeden, da mange barn og unge kommer inn som øyeblikkelig hjelp-pasienter.

Blant gruppene med kroniske sykdommer og funksjonshemninger er bl.a. barn og unge med:

- Medfødte misdannelser
- Nevrologiske sykdommer
- Psykiske lidelser (må behandles i samarbeid med barne- og ungdomspsykiatrien)
- Følgetilstander av kreft
- «Organtilstander» - f. eks. kroniske mage-tarm sykdommer, hjertesykdom, astma, diabetes, immunologiske sykdommer

Det er behov for å øke innsatsen for disse gruppene i dialog med samarbeidspartnere.

Satsing på barn og unge er viktig. Sett i et livsløpsperspektiv kan tidlige og riktige tiltak gi barn og unge en bedre prognose, ha forebyggende effekt og redusere fremtidig belastning på familie og samfunnet for øvrig.

Telemark er et av fylkene med lavest befolkningsvekst i landet. I tillegg har Telemark relativt dårlig sosialdemografi med til dels lav utdanningsgrad, høy arbeidsledighet, helseutfordringer (livsbetinget), samt en relativt høy andel av unge som faller ut av skolen. Som en viktig samfunnsaktør har Sykehuset Telemark et ansvar for å bidra til å motvirke dette.

For å få til et godt og helhetlig pasienttilbud til barn og unge er det viktig både med internt samarbeid i klinikken, med øvrige klinikker og med kommunale samarbeidspartnere. Gjennom arbeidet med Utviklingsplanen er det etablert samarbeidsavtaler, retningslinjer og samarbeidsforum mellom spesialisthelsetjenesten for barn og unge i helseforetakene og barne- og ungdomstjenesten i kommunene.

Barn og unge er fremtiden. En medisinsk satsing på barn og unge gir en «vitamininnsprøyting» i Telemark og sender et viktig signal både politisk og administrativt. Det kan også bidra positivt til attraktiviteten til sykehuset og styrke rekrutteringskraften av spesialister innen barnemedisin og psykisk helse.

Hovedmål 2020-2022

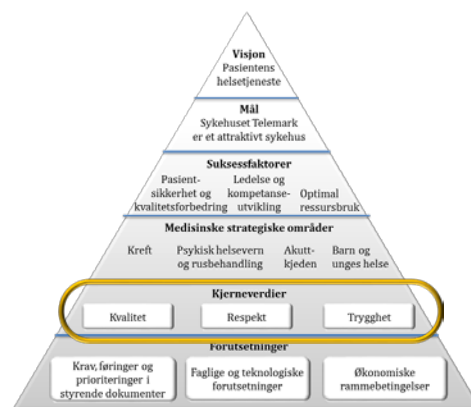
- Videreutvikle intensivkompetansen
- Foregangsklinikk for overgang ungdom – voksen ved STHF og mot kommunene
- God tilgjengelighet til ABUP
- Styrke kompetansen og evnen til å leve med kroniske sykdommer, samt styrke arbeidet med kronikergrupper i klinikken og mot kommunale samarbeidspartnere

4.5 Kjerneverdier

Den neste byggesteinen i rammeverket er våre kjerneverdier *kvalitet, respekt og trygghet*. Dette er verdigrunnet til Sykehuset Telemark og norsk spesialisthelsetjeneste, og verdiene beskriver hvordan ansatte ved sykehuset skal opptre og utføre arbeidet i møte med pasienter, pårørende, kollegaer, studenter, eiere, samarbeidspartnere og omgivelsene forøvrig. Etterlevelse av våre kjerneverdier vil ligge til grunn uansett hvilke strategiske mål som blir valgt og skal prege gjennomføringen av strategien.

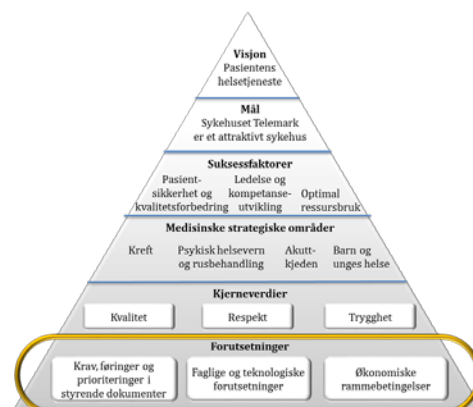
Ved å leve etter verdigrunnet vil vi oppnå et godt arbeidsmiljø og en sterkere motivasjon i arbeidet. I møtet med pasienter og pårørende skaper vi de gode opplevelsene og det gode omdømmet.

Gjennom ærlig og åpent samarbeid og vilje til å gjøre litt mer enn det som forventes av oss, vil Sykehuset Telemark kunne fortsette å utforske nye muligheter og sikre at vi også i fremtiden kan gi befolkningen i Telemark en trygg og god spesialisthelsetjeneste.



4.6 Forutsetninger

Forutsetningene er definert som fundamentet for arbeidet vårt og beskriver hvilke rammer virksomheten har. Blant disse finner vi de krav og føringer som helseforetaket må forholde seg til. Herunder er de økonomiske rammebetingelsene, samt krav, føringer og prioriteringer som er gitt i styrende dokumenter, og de faglige og teknologiske forutsetningene.



4.6.1 Krav, føringer og prioriteringer i styrende dokumenter

Her finner vi rammene for vårt oppdrag som helseforetak. Disse er gitt i relevant lovverk, bl.a.:

- Årlig oppdrags- og bestillerdokument fra Helse Sør-Øst
- Foretaksmøter
- Stortingsmelding 11 2015: Nasjonal Helse og sykehusplan 2016-2019
- Helse Sør-Øst: Regional utviklingsplan 2035, Utvikling av pasientbehandling i Helse Sør-Øst
- Sykehuset Telemark utviklingsplan 2030 og STHF investeringsplaner
- STHF styrevedtak
- HSØ styrevedtak 108:2008 om pasientbehandling
- Samhandlingsreformen
- ISO 14001 – Miljøstyring
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Helseforetaksloven
- Psykisk helsevernloven
- Spesialisthelsetjenesteloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Helsepersonelloven

4.6.2 Faglige og teknologiske forutsetninger

De faglige og teknologiske forutsetningene er avgjørende for sykehusets videre utvikling.

Faglige forutsetninger

Under de faglige forutsetningene ligger parametere som

- Kvalitet og pasientsikkerhet
- Nasjonale faglige retningslinjer, andre faglige krav og anbefalinger
- Kunnskapsbasert praksis
- Kompetanse og robuste fagmiljø
- Forskning

Å kunne ta i bruk ny kunnskap på en trygg og hensiktsmessig måte er viktig for den medisinske kvaliteten i behandlingen. Dette krever kunnskap om ny forskning, faglige retningslinjer og metoder. Når ny kunnskap og erfaringsbasert praksis skal tas i bruk, må vi sørge for at det skjer på bakgrunn av gode evalueringer av hva som vil være nyttig for pasientene våre. Vi skal vurdere risiko for uønskede hendelser, behov for kompetanse og økonomiske konsekvenser.

Teknologiske forutsetninger

Teknologi vil på mange måter være både en driver og en muliggjører for god og moderne diagnostikk og pasientbehandling. Ikke bare er det nødvendig å legge til rette for at vi er i stand til å ta i bruk ny og moderne teknologi, men det krever også at vi er fremtidsrettet i *bruken* av denne.

Organisasjonsutvikling er tett knyttet sammen med god og fornuftig bruk av IKT og medisinskteknisk utstyr.

Fremtidsrettet bruk kan omfatte teknologiske løsninger for hjemmesykehus, hjemmeoppfølging og brukerstyrte poliklinikker. Åpningstider bør utvides slik at dyrt utstyr og areal kan benyttes mer optimalt. Dette kan redusere antall flaskehals, og mer sambruk av poliklinikker på tvers av fag og funksjoner kan føre til at pasienter får færre «stasjoner» å besøke.

Fremtidens behandlingsarenaer vil inneholde stadig mer avansert teknologi. Disse bør utformes standardisert slik at alle fagdisipliner kan benytte areal og utstyr. Denne fleksibiliteten vil fremme en god pasientlogistikk og god ressursforvaltning. Det vil være behov for økt samlokalisering fordi det er krevende å bygge høyteknologiske behandlingsarenaer ved mange lokasjoner.

4.6.3 Økonomiske rammebetingelser

Sykehuset Telemark har utarbeidet en overordnet økonomisk langtidsplan for perioden 2020-2023 med framskriving til 2039, basert på behovet for spesialisthelsetjenester i opptaksområdet. Aktivitetsnivået som planlegges er i tråd med målsettingen om reduserte ventetider og ingen fristbrudd.

Det legges opp til økonomisk årlig overskudd på 30, 70, 80 og 80 millioner kroner i perioden 2020-2023 samt en ytterligere økning av driftsresultatet til 100 millioner kroner fra 2025. Et driftsresultat på 100 millioner kroner tilsvarer 2,5 prosent av foretakets inntekter og er helt nødvendig for at sykehuset kan investere i nytt utstyr og bygg. Denne resultatbanen er tilpasset den tentative fremdriftsplanen for utbyggingsprosjektet (USS) og vil gjøre sykehuset bedre i stand til å håndtere fremtidige investeringsforpliktelser.

For å oppnå den ønskede resultatutviklingen må Sykehuset Telemark fortsette effektiviseringsprosessene de neste årene. En overordnet vurdering tilsier at virksomheten må effektivisere driften med ca. 200 millioner kroner de neste fire årene. Det er viktig at omstillingsarbeidet gjennomføres uten negative konsekvenser for pasientbehandlingen.

Forventet resultatutvikling frem til 2025 og når ulike elementer i budsjettutfordringen inntreffer er illustrert i tabellen under:

Forventet resultatutvikling ØLP	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	SUM
Driftsresultat / styringsfart	-	30 000	30 000	70 000	80 000	80 000	80 000	30 000
Endringer rammebetingelser:								
Trekk etablering avrusning - midlertidig støtte 2018		-31 000						-31 000
Basisbevilgninger - inntektsmodell - ØLP		-15 000	-16 000	-16 000	-16 000	-16 000	-16 000	-95 000
Basisbevilgning - aktivitetsøkning		20 000	25 000	25 000	25 000	26 000	26 000	147 000
Dyre medikamenter, kvalitetskrav, BHT, m.m.		-20 000	-12 000	-15 000	-10 000	-13 000	-6 000	-76 000
IKT investeringer og IKT leveranser:								
Tjenestepriis Sykehuspartner		-2 000	-	-1 000	-4 000	3 000	4 000	0
Mottakskostnader regionale IKT og driftskostnader lokale IKT		-5 000	-5 000	-5 000				-15 000
Øvrig - vedlikeholdsplan		-5 000				-5 000		-10 000
USS prosjekt:								
Finans/avskrivning - stor investering USS					-20 000		-30 000	-50 000
Strålesenter - etablering og drift		-2 000	-2 000	-8 000	5 000	5 000	2 000	0
Omstillingskostnader / risikobuffer / utsatt effekt USS gevinster					-10 000	-30 000	40 000	
Økt budsjettutfordring		-60 000	-10 000	-20 000	-30 000	-30 000	20 000	-130 000
Planlagt intern effektivisering								
Merverdikrav ØLP - effektivisering USS		60 000	50 000	30 000	30 000	30 000		200 000
Forventet effekt av effektiviseringsarbeid	-	60 000	50 000	30 000	30 000	30 000	-	200 000
Driftsresultat - alternativ resultatbane	30 000	30 000	70 000	80 000	80 000	80 000	100 000	100 000
Resultatgrad	0,8 %	0,8 %	1,8 %	2,0 %	2,0 %	2,0 %	2,5 %	2,5 %
Resultatbane - forrige ØLP	30 000	50 000	70 000	80 000	80 000	80 000	80 000	80 000

5 MÅL OG MÅLETALL

Suksessfaktorer	
Mål	Måletall
Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring	
<ul style="list-style-type: none"> • Redusere pasientskader 	<ul style="list-style-type: none"> • Redusere «andel pasientopphold med minst én pasientskade, alle alvorlighetsgrader», med 25 prosent fra 2017-nivå til utgangen av 2023. Dette tilsvarer en reduksjon fra 15,8 prosent (2017) til 11,9 prosent. <p>Kilde: Årlig rapport om pasientskader målt med Global Trigger Tool (GTT), utgitt av Helsedirektoratet.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Bedre pasientsikkerhetskultur 	<ul style="list-style-type: none"> • Øke andel enheter med modent teamarbeidsklima til minst 84 prosent innen 2023. • Øke andel enheter med modent sikkerhetsklima til minst 81 prosent innen 2023. • Svarprosent skal være minst 87 prosent for hver gjennomføring. <p>Kilde: Den årlige medarbeiderundersøkelsen ForBedring i spesialisthelsetjenesten</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Etablere varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 	Informasjon om avvik og data i sanntid er tilgjengelig og brukes aktivt i foretakets forbedringsarbeid.
<ul style="list-style-type: none"> • Redusere uønsket variasjon 	Relevante kvalitetsindikatorer, pakkeforløp, lokale variasjoner ref konsernrevisjonen, EY-prosjektet osv? Sees i sammenheng med OBD 2019 kap 1.6 (Utviklingsavd)
<ul style="list-style-type: none"> • Redusere antall infeksjoner 	<ul style="list-style-type: none"> • Redusere «postoperative infeksjoner etter innsetting av totalprotese (hofte)» med 25 prosent, fra 0,6 prosent (2017) til 0,5 prosent (2023) (Insidens) • Redusere «postoperative infeksjoner etter utført keisersnitt» med 25 prosent, fra 0 prosent (2017) til 0 prosent (2023) (Insidens) • Redusere «postoperative infeksjoner etter fjerning av galleblære (kolecystektomi)» med 25 prosent, fra 0,7 prosent (2017) til 0,5 prosent (2023) (Insidens) • Redusere «andel pasienter som har fått urinveisinfeksjon på sykehus» med 25 prosent, fra 0,8 prosent (2017) til 0,6 prosent (2023) (Prevalens) <p>Kilde: Nasjonal kvalitetsindikator – Folkehelseinstituttet</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Øke 30-dagers overlevelse 	<ul style="list-style-type: none"> • Øke «Overlevelse 30 dager etter innleggelse for hoftebrudd» med 2 prosent, fra 91,6 prosent (2017) til 93,4 prosent (2023). • Øke «Overlevelse 30 dager etter innleggelse for hjerneslag» med 3 prosent, fra 88,2 prosent (2017) til 90,8 prosent (2023). • Øke «Overlevelse 30 dager etter innleggelse» med 3 prosent, fra 95,4 prosent (2017) til 98,3 prosent (2023). <p>Kilde: Nasjonal kvalitetsindikator – Folkehelseinstituttet/Norsk pasientregister</p>

Mål	Måletall
Ledelse og kompetanseutvikling	
<ul style="list-style-type: none"> Rekruttere, utvikle og beholde gode fagpersoner 	<p>Alle ledige stillinger skal lyses ut, rekrutteringsprosessene skal gjennomføres på en ryddig og god måte etter retningslinjene som til enhver tid er gjeldende</p> <p>Sykehuset har fokus på å utvikle kompetanse hos egne ansatte ved å tilby ekstern og intern undervisning, kurs og opplæring tilpasset arbeidsområdet og behovet til den enkelte.</p> <p>Sykehuset tilbyr sine ansatte konkurransedyktige vilkår for å redusere turnover</p>
<ul style="list-style-type: none"> Styrke beslutningskvalitet og gjennomføringskraft i lederlinjen 	<p>Lederopplæring skal gi ledere nødvendig kompetanse og trygghet til å ta de riktige beslutningene og bygge styrke til å stå ved disse beslutningene</p>
<ul style="list-style-type: none"> Styrke lederkompetansen innen endringsledelse 	<p>Prosjektet i regi av E&Y er forankret i endringsledelse som verktøy. Prosjektet vil tilføre organisasjonen økt kompetanse i å håndtere og implementere endringer, spesielt innenfor god pasientlogistikk og effektive arbeidsprosesser. Prosjektet pågår i to klinikker og involverer mange ledere på alle nivå.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Sikre at vi har en organisasjon som understøtter virksomheten 	<p>Kontinuerlige prosesser for å organisere virksomheten slik at effektiv drift understøttes for å sikre gode pasientbehandling.</p>
Optimal ressursbruk	
<ul style="list-style-type: none"> Bedre kommunikasjon, pasientflyt og logistikk gjennom implementering av kliniske logistikk-løsninger med tilhørende virksomhets- og utviklingsprogrammer 	<p>Har startet innføring av løsninger fra regionalt prosjekt</p>
<ul style="list-style-type: none"> Gjennomføre forbedrings- og virksomhets-utviklingsprosjekter vedtatt i Utviklingsprogrammet 	<p>Har gjennomført prosjekter i hht. Utviklingsprogram</p>
<ul style="list-style-type: none"> Innføre gode og bærekraftige driftsmodeller (driftskonsept for bl.a. akuttmottak og sengeposter vedtatt i konseptfase) i forbindelse med prosjekt «Utbygging somatikk Skien» 	<p>Har startet innføring av nye driftsmodeller</p>
<ul style="list-style-type: none"> Etablere system og rutiner for gevinstuttak og -oppfølging 	<p>System etablert og innført. Dokumentert i virksomhetsstyringsmodellen.</p>

Medisinske strategiske områder	
Mål	Måletall
Kreft	
<ul style="list-style-type: none"> Sykehuset Telemark etablerer det neste strålesenteret i HSØ som skal dekke 80 % av behovet for stråling til befolkningen i Telemark og Vestfold. 	Gjennomført
<ul style="list-style-type: none"> Pasienter fra Telemark skal ha minimum lik bruk av stråleterapi som pasienter fra Oslo 	45% alle nye krefttilfeller (insidensen) får stråleterapi
<ul style="list-style-type: none"> Etablere desentralisert kreftbehandling i kommunene 	Gjennomført
<ul style="list-style-type: none"> Riktig dimensjonering av diagnostisk kapasitet 	Ingen forsinkelser i pakkeforløpene for kreft som følge av for lav diagnostisk kapasitet
<ul style="list-style-type: none"> Oppfylle nasjonale krav til pakkeforløpene 	Måloppnåelse 70%
<ul style="list-style-type: none"> Klinisk forskning etablert i kreftavdeling 	Minimum 1. forskningsprosjekt per år
<ul style="list-style-type: none"> Øke fem års overlevelse 	Årlig forbedring
Psykisk helsevern og rusbehandling	
<ul style="list-style-type: none"> Opprettholde antall forskningsprosjekt fra år til år 	Minimum tre pågående forskningsprosjekt per år
<ul style="list-style-type: none"> Innføre pakkeforløp og oppnådd måletall i tråd med nasjonale føringer 	Måloppnåelse i hht nasjonale krav
<ul style="list-style-type: none"> Etablere oppfølgings/ behandlingsteam i samarbeid med kommunene for personer med alvorlige og sammensatte lidelser som har behov for oppfølging/ behandling over lengre tid. F.eks. FACT-team, fleksible boenheter 	Gjennomført i minimum 3 kommuner
<ul style="list-style-type: none"> Redusere bruk av tvang 	Tvang reduseres fra dagens nivå i hht sentrale føringer (tvangsinnleggelse og tvangsmiddelbruk)
<ul style="list-style-type: none"> Utrede og videreutvikle behandlingstilbudet for personer dømt til behandling og personer i varetektssurrogati 	Planer skal etableres og praksis implementeres
<ul style="list-style-type: none"> Riktig bruk av psykofarmaka 	Reduksjon i forhold til 2018-nivå
Akuttkjede	
<ul style="list-style-type: none"> Telemark skal ha Norges beste akuttkjede 	<ul style="list-style-type: none"> Spesifikke kvalitetsmål for akuttflyter skal være innfridd Felles prosedyrer skal være kjent og tatt i bruk i alle ledd av akuttkjeden STHF og alle 16 kommuner i Telemark skal ha implementert samhandlingsverktøyene (akuttsekk, følgeskjema, osv)
<ul style="list-style-type: none"> Trygge medisinske tjenester for alle akutte tilstander for befolkningen i hele Telemark 	
<ul style="list-style-type: none"> En helhetlig, sammenhengende akuttkjede 	
<ul style="list-style-type: none"> Ensartet kunnskapsbasert praksis 	

Mål	Måletall
Barn og unge	
<ul style="list-style-type: none"> Videreutvikle intensivkompetansen 	<ul style="list-style-type: none"> Etablert systematisert opplæring og vedlikehold av kompetanse hos leger og sykepleiere, samt praktisk trening på tvers av klinikker. Vil vil dokumentere økning av denne aktiviteten fra år til år. Kompetansen dokumenteres i Gat. Dokumenterer deltakelse i nasjonale/regionale kurs, hospitering andre sykehus, blant annet i henhold til opplæringsplan for LIS. Opplæringsplan settes opp for hver enkelt ansatt. Individuelle kompetanseplaner pr ansatt. Følges opp av leder og den ansatte årlig. Etablert samarbeidsavtaler mellom avdeling for barne- og ungdomsmedisin, akuttmottak og intensivavdeling.
<ul style="list-style-type: none"> Foregangsklinikk for god transisjon ved overgang ungdom – voksen ved STHF og mot kommunene 	<ul style="list-style-type: none"> Etablert pasientkoordinator. Etablert retningslinjer og planer i samarbeid med klinikkene for gode transisjoner på tvers av klinikkene BUK/ Medisin/KPR. Måle aktivitet i henhold til de etablerte retningslinjene i DIPS. Etablert samarbeid med kommunehelsetjenesten, økt tilgjengeligheten for fastlegene. Inkludere ungdomsrådet i arbeidet.
<ul style="list-style-type: none"> God tilgjengelighet til ABUP 	<ul style="list-style-type: none"> Ventetid til ABUP under 30 dager. Måloppnåelse av pakkeforløp
<ul style="list-style-type: none"> Styrke kompetansen og evnen til å leve med kroniske sykdommer, samt styrket arbeidet med kronikergrupper i klinikken og mot kommunale samarbeidspartnere 	<ul style="list-style-type: none"> Etablert samarbeidsmøter med kommunene Utarbeidet retningslinjer for å ivareta pasienter på tvers i klinikken, inkludert liaisonfunksjoner. Måle økt liaisonfunksjon i klinikken i DIPS. Etablert kursvirksomhet for pasient, pårørende, kommune og egne ansatte. Vurdert grunnlag for individuell plan for 100% av kronikerene. Måles i DIPS

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Sommerferieavvikling 2019

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
061-2019	Adm dir Tom Helge Rønning HR-direktør Mai Torill Hoel	Orientering	23.10.19

Trykte vedlegg: Ingen

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

Ja, dårlig avvikling av sommerferie kan ha konsekvenser for tilstedeværelse av ressurser og kompetanse.

Ingress:

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

Det er foreløpig ikke trukket noen endelig konklusjon i forhold til valg av gjennomføringsmodell for 2020, men administrasjonen vil fortsette arbeidet med å legge til rette for en best mulig plan for det kommende året og sørge for beslutning og kommunikasjon så raskt som mulig.

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Skien, den 14. oktober 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Bakgrunn for saken/faktabeskrivelse

1. Evaluering av sommerferieavviklingen 2019

Saken sammenstiller og oppsummerer erfaringer fra gjennomføring av årets sommerferieavvikling ved foretaket. Oppsummeringen er basert på klinikkenes – med underliggende organisasjonsenheters – egnevaluering, eller «selvangivelse», på temaer/spørsmål spesifisert i et skjema sendt til klinikkssjef fra HR.

Det standardiserte spørreskjemaet besto av stikkord og åpne tekstbokser. Dette for å få tilbakemelding på relevante punkter. Det er således ikke benyttet kvantitativ metode, men kvalitativ i form av skriftlig fritekst.

Følgende temaer ble det bedt om kommentar på:

- Planleggingsprosessen: oppstart, overholdelse av frister, ferieoppsett og ressurstilgang/kompetanse
- Iverksatte tiltak: stengning, samarbeid på tvers
- Bemanningssituasjon sammenliknet med ordinær drift, når forelå arbeidsplaner, huller m.m.
- Ble arbeidsplan/hjelpeplan godkjent av tillitsvalgt, eller ble den iverksatt uten godkjenning
- Hvordan ble udekkede vakter løst
- Vurdering av arbeidsbelastning
- Pasientstrøm i forhold bemanningsplan
- Uforutsette hendelser
- Leger: arbeidsplaner, ferieavvikling, pasient-/behandlingsvolum, forsvarlighet
- Erfaringer til neste år – positive/negative
- Til 2020: Nye tiltak, forbedringsområder
- Annet

HOVEDTREKK:

Til tross for store variasjoner i tilbakemeldingene, fremstår like fullt noen hovedtrekk:

- I hovedsak er det samsvar mellom bemanningsplaner/kompetanse og behov ved planlegging av ferieavviklingen, samt overholdelse av frister.
- Det har vært uvanlig høyt pasienttrykk, særlig i akuttmottak og i medisinsk klinikk.
- Beslutning om sommerstengt kirurgi 4 uker på Notodden kom sent, eller ble kommunisert sent, og ga utfordringer mht. planlegging/arbeidsplaner, og med hensyn til pasientstrøm og belastning i Skien.
- Konsekvensene av sommerstengingen på Notodden for økt belastning i Skien, fremstår som undervurdert.
- Utskrivningsklare pasienter (overliggere) har gitt merbelastning ved at kommunene ikke har tatt de imot, særlig tyngre pasienter som er kommunalt ansvar.
- Ortopediske leger melder svært krevende arbeidsbelastning, der tilgjengelig operasjonstid i stor grad var på natt.
- Sykefravær skapte problemer ved enkelte seksjoner, og forsterket en fra før krevende bemanningssituasjon.
- Mange fremholder viktigheten av å begynne planleggingen tidlig, samt at overordnede beslutninger og premisser må fattes tidlig.
- Bemanningssenteret har begrenset kapasitet til å levere vikarer/ekstra personell.
- Generelt er det krevende å få tak i kompetente vikarer på mange fagområder.
- LEGER: Bestemmelser for arbeidsplaner ved sommerferieavvikling og tilhørende honoreringsbestemmelser er regulert i overenskomstens A2-del. Det er ikke rapportert om særlige problemer med å etablere hjelpeplaner og avvikle ferie for leger.

Erfaringer, forbedringsområder og nye tiltak

- Tidlig planlegging er kritisk for god avvikling av sommerferie
- Overordnede premisser fra sykehusets ledelse må foreligge tidlig, som stengninger, sammenslåinger m.m.
- Avklare aktivitetsnivå i lavdriftsperioden på overordnet nivå
- Aktivitet, dimensjonering av kapasitet, og samordning på tvers av klinikker, sengeposter må sikres
- Økende kompetansebehov, faglige krav til vikarer, fokus på rekruttering og opplæring/oppfølging
- Opprette en leddpost med ca. 8 senger med lav pleiefaktor (lik sykehjem) for å samle de utskrivningsklare pasientene.
- Ha sterkt fokus på drift akuttmottak for å unngå å legge inn KAD-pasienter som bør snus senest første morgen
- Daglige samarbeidsmøter mellom relevante seksjoner, mulighet for omfordeling av ressurser

Innspill fra tillitsvalgte

Tillitsvalgte ble bedt om å komme med sine tilbakemeldinger på årets sommerferieavvikling. De har avgitt følgende felles uttalelse fra «tirsdagsmøtet» til HRs temaer:

- Planleggingsfasen: Hver seksjon har planlagt greit hver for seg, men vi opplever at man ikke har samkjørt planleggingene. Vi mener fortsatt at nedtak av senger i medisinsk klinikk var altfor høyt, noe vi også varslet før sommeren.
- Varslingsfrister og drøfting av ferieoppsett: Varslingsfrister av ferie er overholdt. De fleste turnuser kommer til tillitsvalgte innenfor avtalt tid, noen kommer så seint at det blir umulig for tillitsvalgte å overholde fristen. Drøfting av ferieoppsett/bemanningsplaner har ikke vært gjennomført
- Bemanningssituasjon og arbeidsbelastning: Tillitsvalgte har varslet bekymring for dårlig bemanning på medisinsk klinikk og da spesielt knyttet opp mot kompetanse. Tilbakemeldingen fra våre medlemmer har vært at det har ekstremt høy belastning i både medisinsk klinikk og kirurgisk klinikk og akuttmottak i Skien, spesielt de 4 første ukene.
- Godkjenning av arbeidsplan og udekkede vakter: Altfor mange vakante vakter på medisinske sengeposter. Turnuser som sendes over til godkjenning er ufullstendige. Hvorfor gjøres dette?
- Gjennomføring av sommerferieavvikling, hvordan gikk det: Det ble meldt inn fra tillitsvalgte, et behov for et ekstra operasjonsteam på lørdag og søndag, dette ble ikke iverksatt. Resultatet er at det mange pasienter må vente lenge. Problematisk både for kirurgene og sengepostene. Som tidligere nevnt var det ekstremt høy belastning de 4 første ukene. Tilbakemeldingen er også at ferieavvikling for ledere i medisinsk klinikk var for dårlig koordinert, dette førte til at det i perioder var for få ledere tilstede.
- Uforutsette hendelser, problemstillinger som oppsto: Mye bruk av dobbeltvakter og all EFO, vakanser i turnus som ikke var løst i forkant, avvik har ikke blitt skrevet fordi vikarer ikke hadde opplæring og de fast ansatte ikke hadde tid. Spisepauser har ikke vært gjennomført pga høy arbeidsmengde.
- Tiltak og forbedringsområder til neste år: Mer realistisk senge-nedtak, planlegging må være mye bedre og på et mye overordnet nivå. Dette kan ikke ligge på seksjonsnivå. Det må være en dedikert person som samkjører dette, type: «sommerkoordinator». Starte mye tidligere med å få tak i sommervikarer. Inngå lengre avtaler. Tørre å inngå avtaler med forbundene om utvidet arbeidstid, slik at turnusene kan være lovlige.

Hovedverneombudet støtter og er med på «tirsdagsmøtets» uttalelse, og har i tillegg gitt egen tilbakemelding som underbygger og nyanserer bildet. Ytterligere er kommentert fra HVO:

«Sykehuset har for dårlig mulighet til å regulere innendørs varme på sommer. Mange steder har vi ikke ventilasjonsanlegg med kjøling, og flere steder har vi ikke ventilasjonsanlegg overhodet. Dette fører til et for dårlig innemiljø. Sommervarmen kommer igjen til neste år, og vernetjenesten etterlyser en troverdig plan for å bedre de ansattes fysiske arbeidsmiljø om sommeren. Dette er forhold som meldes fra hele sykehuset, og som gjelder både sengeposter, poliklinikker og kontortjenester.

I forbindelse med evaluering av sommer 2019, ønsker vernetjenesten en kartlegging av antall berørte seksjoner og plan for utbedring.»

2. Spesielle forhold knyttet til Notodden sykehus

Med bakgrunn i pasientsvikt, utfordringer med å rekruttere kompetent pleiepersonale, krevende økonomi og en generelt sårbar situasjon, besluttet administrerende direktør i ledermøte 11. februar 2019 redusert kirurgisk tilbud ved Notodden sykehus i fire uker i sommer.

Alle berørte klinikker støttet forslaget, bla. med bakgrunn i at tiltaket skulle bidra til enn mer solid og bærekraftig kirurgisk aktivitet i Notodden resten av året. Det er likevel ikke til å legge skjul på at fagmiljøene var kritiske og i utgangspunktet ikke ønsket en slik driftsmodell.

Evaluering

Det ble holdt evalueringsmøte på Notodden fredag 13. september med bred deltakelse. Her deltok medisinsk avdeling (avdelingsleder, seksjonsleder, stedfortredende medisinsk faglig rådgiver), prehospitaltjenester (seksjonsleder), Fova/akuttmottak (avdelingsleder og seksjonsleder), operasjon/anestesi (seksjonsleder), anesthesioverlege (avdelingsleder) og hovedtillitsvalgt NSF.

I Skien ble det torsdag 19. september avholdt evalueringsmøte i kirurgisk klinikk der følgende deltok: klinikkens 3 avdelingsledere, seksjonsledere for gastroleger og ortopediske leger, inkludert seksjonsledere for tilhørende sengeposter (gastro/ortopedi/kirurg 1).

Fredag 20. september hadde kirurgisk avdeling Notodden evalueringsmøte med radiologi (avdelingsleder og seksjonsleder).

Onsdag 25. september ble det på telefon gitt en tilbakemelding fra hovedtillitsvalgt i Fagforbundet.

I samarbeid med samhandlingskoordinator er det bedt om en evaluering av sommerdriften i nevnte uker fra fastleger og legevakter i øvre Telemark. Det har kommet svar fra 2 fastleger og 1 kommuneoverlege.

Hovedfunn

Det fremkommer av evalueringen at det har vært vanskelig å kommunisere innholdet i driftsmodellen på en forståelig måte. Dette medførte en del misforståelser, både internt og eksternt som kunne vært unngått med bedre planlegging og tydeligere kommunikasjon.

Driftsmodellen har ført til økt press på ansatte, både på Notodden og i fagmiljø, på sengeposter og i akuttmottaket i Skien.

Det har vært utfordrende å styre pasientflyten innen radiologi, spesielt etter kl. 18 på ettermiddagen når kirurgiske pasienter skulle sendes til Skien til røntgenundersøkelse. Økt pasienttilgang utover hva som var forventet i Skien medførte økt belastning på personalet og ventetider, spesielt i akuttmottak.

Driften på sengepostene på Notodden har stort sett fungert bra, men det har ikke vært god nok utnyttelse av de 4 kirurgiske sengene. Dette skapte i tillegg frustrasjon i Skien fordi det her til tider var veldig høyt belegg.

Overlegene på Notodden anbefaler ikke at årets driftsmodell gjentas neste år. Hvis modellen med sommerstengt kirurgi på Notodden opprettholdes, mot tillitsvalgtes råd, må radiologisk tilbud være bedre, med tydeligere avtale om å ta bilder fra legevakt etter kl. 15 og etter kl. 18. Da må det avklares at bildene tolkes og relevante spesialiteter følger opp bildene. I tillegg må man planlegge sommeren mye tidligere, og avklare mye tidligere konkrete pasientgrupper som kan tas imot og som kan ligge i kirurgiske senger sommeren 2020. Både medisinske og kirurgiske overleger er kritiske og har i sin tilbakemelding gitt

uttrykk for flere forhold som de mener er skadelig for pasientsikkerheten, påliteligheten og omdømme for Notodden sykehus.

Til slutt kan nevnes at det ble registrert totalt 6 avvik i TQM som kan relateres helt eller delvis til situasjonen med redusert drift på Notodden, ett på Notodden og 5 i akuttmottaket i Skien. Avvikene, i tillegg til øvrige funn i evalueringen, blir tatt med i forbindelse med planlegging og endelig beslutning av driftsmodell for 2020.

Resultatet av evalueringen er gjennomgått i sykehusets ledergruppe tirsdag 15/10 og vil danne grunnlag for planlegging av neste års sommerdrift. Forslag til driftsmodell for sommeren 2020 vil bli lagt frem for ledergruppen for beslutning innen utløpet av inneværende år.

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Revidert mandat brukerutvalget Sykehuset Telemark HF

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
062-2019	Administrerende direktør Tom Helge Rønning Konsulent Anne Borge Kallevig og spesialrådgiver Tone Pedersen	Beslutning	23.10.2019

Trykte vedlegg: Utkast til revidert mandat for brukerutvalget ved STHF

Utrykte vedlegg: Ingen

Ingress:

Mandatet for brukerutvalget ved Sykehuset Telemark HF er revidert i henhold til styrets innspill i styremøtet 19. juni 2019. Utkast til revidert mandat ligger som vedlegg til saken.

Forslag til vedtak:

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

Skien, den 14. oktober 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Bakgrunn for saken:

I styremøtet 19. juni 2019 ba styret administrasjonen om å revidere mandatet til brukerutvalget på områdene:

1. spesifisere kriterier for geografisk spredning – kandidat(er) fra nord-fylket skal være representert
2. spesifisere krav til organisasjonene, slik at styret får god informasjon og har et reelt valg ved valg av kandidater til brukerutvalget
3. brukerutvalget skal gjenspeile bredden i sykehusets virksomhetsområde med hensyn til representanter fra psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Følgende endringer foreslås i revidert mandat i henhold til styrets innspill:

Ad. punkt 1

Under overskriften «Kriteriene for sammensetning er» kulepunkt fire endret. Tekst i kursiv er lagt inn:

Alminnelige prinsipper for kjønnsmessig representasjon følges. Geografisk representasjon ivaretas i størst mulig grad – *nordfylket skal være representert*. Det skal legges til rette for representasjon av yrkesaktive, personer som er trygdet og alderspensjonister.

Ad. punkt 2

I fjerde avsnitt under overskriften «Nominasjon, oppnevning og konstituering av brukerutvalg for STHF» er noe av teksten endret og ny tekst lagt inn (se tekst under i kursiv):

De som inviteres til å foreslå kandidater kan samarbeide slik at kandidater til utvalget samlet sett oppfyller kriteriene. *Organisasjonene skal foreslå prioritert liste med flere kandidater enn antallet foreningen har fått tildelt, slik at styret har et reelt valg på kandidater. Presentasjon av kandidatene, som enten bruker eller pårørende, og kandidatens erfaringer, kompetanse, nettverk, verv, organisasjons-tilknytning samt bosted må foreligge fra organisasjonene ved innsendelse av forslag.*

Ad. punkt 3

Det foreslås ingen endringer i mandatet på dette området da dette er beskrevet i kulepunkt to under overskriften «Kriteriene for sammensetning»

Sammensetningen av brukerutvalget må gjenspeile bredden i virksomhetsområdet gjennom balansert representasjon fra somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer.

Administrerende direktørs vurdering:

Administrerende direktør anbefaler at styret vedtar administrasjonens forslag til revidert mandat for brukerutvalget ved Sykehuset Telemark HF.

Mandat for brukerutvalget for STHF

Brukerutvalgets rolle er å være:

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

Brukerutvalgets formål er å:

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

Brukerutvalgets oppgaver er å:

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

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

Kriterier for sammensetning av brukerutvalg for STHF

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

Kriteriene for sammensetning er:

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

Funksjonstid

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

Nominasjon, oppnevning og konstituering av brukerutvalg for STHF

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

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

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

De som inviteres til å foreslå kandidater kan samarbeide slik at kandidater til utvalget samlet sett oppfyller kriteriene. Organisasjonene skal foreslå prioritert liste med flere kandidater enn antallet foreningen har fått tildelt, slik at styret har et reelt valg på kandidater. Presentasjon av kandidatene, som enten bruker eller pårørende, og kandidatens erfaringer, kompetanse, nettverk, verv, organisasjons-tilknytning samt bosted må foreligge fra organisasjonene ved innsendelse av forslag.

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

Styret velger leder og nestleder etter forslag fra Brukerutvalget selv.

God dialog sikres mellom berørte parter i oppnevningsprosessen.

Habilitet og konfidensialitet

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

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Ledelsens gjennomgang (LGG) 2019

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
063-2019	Administrerende direktør Tom Helge Rønning, spesialrådgiver Tone Pedersen	Orientering	23.10.2019

Trykte vedlegg: Referat med tiltaksplan fra LGG 2019

Utrykte vedlegg: [Administrerende direktørs instruks](#)

Har saken betydning for pasientsikkerheten?

Ja. Formålet med et velfungerende styringssystem er å støtte opp om lovpålagte krav innen ledelse og kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet, HMS samt informasjonssikkerhet. Hensikten med LGG er å evaluere styringssystemet for å sikre at dette fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring.

Ingress:

Hensikten med saken er å gi styret et referat fra Ledelsens gjennomgang (LGG) avholdt i 2019, jfr. administrerende direktørs instruks punkt 4. Administrerende direktørs hovedoppgaver tredje avsnitt under overskriften Informasjon til styret.

Ledelsens gjennomgang på overordnet nivå for Sykehuset Telemark ble gjennomført 27. august 2019. Ledelsens gjennomgang for miljøsystemet 2019 ble gjennomført som en del av den totale LGG for Sykehuset Telemark HF.

Referat med tiltaksplan fra gjennomført LGG 2019 ligger som vedlegg til saken.

Forslag til vedtak:

Styret tar Ledelsens gjennomgang (LGG) 2019 til orientering.

Skien, den 14. oktober 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Bakgrunn for saken

Foretaket har gjennomført Ledelsens gjennomgang (LGG) i 2019 og hensikten med saken er å gi styret en orientering fra gjennomgangen. Administrerende direktør skal, i henhold til instruks, én gang per år gi styret et referat fra LGG av styringssystemet jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 8 f. Dette for å sikre at kravene til helseforetaket følges, om kvaliteten på systemene, tjenestene og resultatene er som forventet, samt hva som bør forbedres i styringssystemet og hvordan.

Foretaket benytter LGG som et av verktøyene i forbedringsarbeidet for å få et godt fungerende styringssystem. I LGG evalueres aktuelle elementer i styringssystemet i en årlig gjennomgang for å vurdere hvor godt det fungerer og gir nødvendig støtte for at foretaket skal oppnå fastsatte mål. Relevante systemelementer er gjennomgått med fokus på å løfte frem utfordringer til diskusjon og iverksetting av tiltak ved behov. Relevante tiltak besluttet i LGG, som er kostnadsdrivende, spilles inn som elementer i budsjettprosessen.

Endringer etter LGG 2018

Ledelsens gjennomgang på miljø er ytterligere integrert i LGG på foretaksnivå. Administrerende direktør besluttet at;

«Klinikksjefene er ansvarlige for å gjennomføre LGG på klinikknivå fra og med 2019. LGG på klinikknivå skal tilpasses klinikkens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig».

LGG 2019

LGG 2019 på foretaksnivå ble gjennomført 27. august 2019 av direktørens ledergruppe. Referat med tiltaksplan ligger som vedlegg til saken.

På foretaksnivå ble styringssystemet vurdert på følgende områder:

1. Oppfølgingstiltak etter ledelsens tidligere gjennomgang
2. Vurdering av prestasjoner og måloppnåelse
3. Lederavtaler og fullmakter
4. Lover, forskrifter, nasjonale retningslinjer og andre myndighetskrav
5. Endringer i eksterne og interne forhold som har betydning for styringssystemet inkl. behov og forventninger hos interesseparter
6. Opplæring, kompetanse og rekruttering, inkl. dokumentasjon
7. Risikostyring
8. Brukermedvirkning og samvalg på system, og individ nivå
9. Samhandling med kommuner og fastleger
10. Gjennomføring og implementering av strategi/ utviklingsoppgaver/ prosjekter
11. Beredskap
12. Kvalitet og pasientsikkerhet
13. Uønskede hendelser/ avvik og korrigerende tiltak
14. Interne revisjoner
15. Eksterne revisjoner / eksterne tilsyn
16. Hendelsesbaserte tilsyn/klagesaker
17. Informasjonssikkerhet og personvern
18. Miljø

I forkant av foretakets gjennomgang ble LGG gjennomført i alle klinikker og resultatene inngår som underlag til overordnet LGG på områdene 2-4, 6-8, og 12-15 over.

LGG for miljøsystemet inngår i overordnet LGG, men saksunderlag og presentasjon er tilpasset krav i ISO-standarder.

Gjennomgangen viser at det er behov for forbedring på flere områder og tiltak er vedtatt.

Oppsummert tiltaksliste fra LGG med ansvar og frist vil følges opp i 3. tertialrapportering 2019 og status før neste LGG (2020).

Administrerende direktørs vurdering:

Administrerende direktør anbefaler at styret tar Ledelsens gjennomgang (LGG) 2019 til orientering.

Ledelsens gjennomgåelse (LGG) 2019

Referat med tiltaksplan:

Direktørens ledergruppe STHF

Dato: 27. august 2019

Tilstede:

Tom Helge Rønning, administrerende direktør

Hilde Brugård, vara for Henrik Høyvik, Medisinsk serviceklinikk

Jon Gunnar Gausel, Barne- og ungdomsklinikken

Kjetil Christensen, Kirurgisk klinikk

Per Urdahl, Medisinsk klinikk

Frank Hvaal, Akutt- og beredskapsklinikken

Lars Ødegård, Klinikk for psykisk helse og rus

Halfrid Waage, fagdirektør

Annette Fure, utviklingsdirektør

Elin Marie Skei, Service og systemledelse

Mai Torill Hoel, HR-direktør

Lars Kittilsen, kommunikasjonssjef

Liv Carlsen, miljøkoordinator

Tone Pedersen, spesialrådgiver og referent

Referatet vedtas av Direktørens ledergruppe i ledermøte 10. september 2019.

Ledelsens gjennomgang for miljøsystemet 2019 ble gjennomført som en del av den totale LGG for Sykehuset Telemark HF.

1. Oppfølgingstiltak etter tidligere LGG		
Konklusjon/ behov for endringer:		
Tiltaksarbeidet etter LGG 2018 ser ut til å være godt fulgt opp og status viser god kontroll på restanser. Årets gjennomgåelse ivaretar oppfølging av restanser fra fjoråret. Det foreslås å videreføre etablert system for oppfølging etter LGG.		
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Se punkt 13 tiltak nr. 1	Se punkt 13 tiltak nr. 1	Se punkt 13 tiltak nr. 1
2. Vurdering av prestasjoner og måloppnåelse		
Konklusjon/ behov for endring:		
Rapportering: det etterlyses en mer oversiktlig og brukervennlig ledelsesinformasjonssystem. Systemutviklingen er en oppgave som kan initieres på foretaksnivå, men som gjennomføres som en regional prosess. HSØ har satt i gang prosjektarbeid for utvikling av datavarehus / rapporteringsverktøy og det forventes bedre rutiner over tid.		

<p>Intern måloppnåelse: Det er rom for forbedring i klinikkens arbeid med korrigerende tiltak og gjennomføring av langsiktige/varige driftsforbedringer, i tråd med lederavtalene og budsjettmålene. Det er behov for mer fokus på å fjerne kildene til avvik, øke læringseffekten og etablere en bærekraftig drift i klinikkene, i tråd med fastsatte driftsrammer.</p>		
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Igangsetting av sykehusovergripende forbedringsarbeid forventes å bidra til et løft i internt forbedringsarbeid, som vil bidra til identifisering av effektiviseringsmuligheter på tvers av klinikkene. Forbedringstiltak av høyere kvalitet og mer forankring internt vil sikre bedre måloppnåelse.	Økonomidirektør i samarbeid med kliniksjeferne	Budsjettprosess 2020 og vurdering av resultater i løpet av driftsåret 2020
Status forbedringstiltak/ forbedringsprosjekt tas inn i virksomhetsrapporten	Økonomidirektør	Utvikles over tid
Opplæring i bruk av styringsdata og tilgjengeliggjøring av relevant styringsinformasjon	Økonomidirektør og HR-direktør/(SVAR)	Utvikles over tid
Videreutvikle og tilpasse virksomhetsrapporten til ulike brukergrupper	Økonomidirektør	Utvikles over tid
<h3>3. Lederavtaler og fullmakter</h3>		
<p>Konklusjon/ behov for endring:</p> <p>Dagens lederavtaler er tilfredsstillende med hensyn til innhold/struktur.</p>		
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Tettere oppfølging av avdelingsvise og seksjonsvise lederavtaler, slik at samtlige avtaler signeres innen fristen utgangen av februar.	Økonomidirektør	Første gang feb. 2020, deretter årlig
I lederavtalene fastsetter kliniksjeferne tre forbedringsområder som bør følges opp i dialogmøter med administrerende direktør. Mal for dialogmøtene må justeres og hyppighet for oppfølging må avklares.	Økonomidirektør	Høst 2019

4. Lover, forskrifter, nasjonale retningslinjer og andre myndighetskrav

Konklusjon/ behov for endring:

Systemet er etablert. Utfordrende for organisasjonen å etterlevelse av omfattende lovverk i linja. LGG fra klinikkene viser at det er ønske om automatisk informasjon om større og vesentlige endringer.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Jf. pkt. 5 tiltak nr. 2	Jf. pkt. 5 tiltak nr. 2	Jf. pkt. 5 tiltak nr. 2
Årlig gjennomgang av oppsett for virksomhetsrapport for å tilpasse denne til endrede/nye krav f.eks. i oppdrag og bestilling	Økonomidirektør	Starten av det enkelte år

5. Endringer i eksterne og interne forhold som har betydning for styringssystemet inkl. behov og forventninger hos interesseparter

Konklusjon/ behov for endring:

Systemet fungerer i hovedsak tilfredsstillende.
Behov for tydeliggjøring av eierskap på enkelte områder.
Tilpasse virksomhetsrapporten til LG/styre og til HSØ (tertialvis) til endringer i krav og forventninger.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Beskrive problemstillingen for postmottak og arkiv, bruk av P360 ihht. Krav og ansvarsområder, samhandling, opplæring og organisering.	Klinikkisjef Elin Skei i samarbeid med fagdirektør, kommunikasjonssjef samt andre aktuelle deltakere	Okt. 2019
Etablere system for deling av informasjon, for eksempel på intranett – for tilsyn/revisjoner, eksterne høringer, endrete lovkrav etc.	Kommunikasjonssjef	Parallelt med nytt intranett (1. jan. 2020)

6. Opplæring, kompetanse og rekruttering, inkl. dokumentasjon

Konklusjon/ behov for endring:

Per i dag har ikke sykehuset et samlet verktøy for oversikt, oppfølging eller rapportering for ansattes kompetanse.

Det er behov for systemstøtte for å få en oversikt på sykehusnivå når det gjelder status og behov for rekruttering, kompetanseutvikling og opplæring.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Vurdere å innføre Kompetanseportalen Dossier for alle medarbeidere (oversikt	HR-direktør	15. okt. 2019

over ansattes kompetanse og opplæringsbehov) – Ledergruppesak med beslutning i henhold til budsjettprosess (Oppfølging av restansepunkt 4.2 LGG 2018)		
Arbeidsgruppe/prosjekt for å kartlegge læringsaktiviteter i sykehuset - forslag til framtidig læringsplattform for STHF	Utviklingsdirektør	Høst 2019
Robotisering av arbeidsavtaler - Ledergruppesak med beslutning i henhold til budsjettprosess	HR-direktør	Høst 2019
Restanse fra LGG 2018: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluere systemet med obligatoriske e-læringskurs. • Vurdere e-læringsplattform 	HR-direktør	Høst 2019
7. Risikostyring		
<p>Konklusjon/ behov for endring:</p> <p>Risikovurdering er innarbeidet i klinikkene. Behov for tydeliggjøring av når det skal gjøres risikovurdering, på hvilket organisasjons-, detaljeringsnivå og systematikk for oppfølging av risikoområder. Behov for mer enhetlig og aktiv tilnærming til risikostyring.</p>		
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Revidere og tydeliggjøre prosedyre for risikostyring der følgende momenter skal vurderes: <ul style="list-style-type: none"> • på hvilke områder skal det gjøres risikovurdering • når bør det gjøres overordnet på HF nivå/ når lenger ned i organisasjonen • mulighet for trinnvis tilnærming på utvalgte områder f.eks. HMS/arbeidsmiljø– forenklet risikovurdering som ut i fra risikonivå utløser detaljert risikovurdering 	Fagdirektør	Oppstart 2019
Vurdere mer systematikk for oversikt og oppfølging av risikoområder for sykehuset.	Fagdirektør i samarbeid med ledelsen	Oppstart 2019
Behov for systemstøtte/krav til systemstøtte for risikovurdering i nytt forbedringssystem	Fagdirektør	I sammenheng med prosjekt «Nytt forbedringssystem»
Plan for opplæring i risikostyring	Fagdirektør	2019 - 2020

8. Brukermedvirkning og samvalg på system, og individ nivå

Konklusjon/ behov for endring:

Systemansvaret for området bør defineres tydeligere, og ressurser tilpasses oppgaven. Brukermedvirkning og samvalg kan tematiseres tydeligere overfor medarbeidere. Det er behov for en bedre systematikk og bruk av tilbakemeldinger fra brukerundersøkelser.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Avklare systemansvar	Administrerende direktør	Okt. 2019
Opplæring i 4 gode vaner for alle – avklare kompetanse-/ressurssituasjon for videre opplæringstilbud	Systemansvarlig	Des. 2019
Resultater fra PasOp presenteres i LG/KPU	Systemansvarlig	Løpende
Resultater lokal brukerundersøkelse presenteres i BU, LG/KPU 2-4 ganger årlig	Systemansvarlig	Iverksatt
Bruk av samvalgsverktøy og metodikk: Innhente informasjon fra brukergrupper for evaluering av omfang og virkning	Systemansvarlig	Høst 2019

9. Samhandling med kommuner og fastleger

Konklusjon/ behov for endring:

Etablert arbeidsgrupper for samhandling der noen kommuner deltar, etablert prosess for at alle kommuner involveres i høring for å sikre forankring før avtaler inngås i samarbeidsutvalget. Behov for videre oppfølging av igangsatt tiltak for å sikre implementering av beslutninger.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Videre oppfølging tiltak for implementering av beslutninger i samhandling med kommunene (restanse fra LGG 2018)	Fagdirektør (Samhandlingskoordinator)	2020

10. Gjennomføring og implementering av strategi/ utviklingsoppgaver/ prosjekter

Konklusjon/ behov for endring:

Viktig at tiltak og strategi henger sammen med det vi allerede holder på med, slik at strategien og implementeringen av denne blir en naturlig del av virksomheten og ikke en skrivebordøvelse «ved siden av» alt annet. Strategi knyttes nå sammen med Utviklingsprogrammet vedr valgte prioriteringer og tiltak. Går nå inn i andre strategiperiode (2020-2022). Fortsatt krevende å identifisere og gjennomføre de gode tiltakene for å realisere strategien.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Gjennomgang i klinikkenes ledergrupper av utkast til strategiske mål for innspill og korrigeringer. Evt. konkretisering av tiltak.	Administrerende direktør og utviklingsdirektør	30. sept. 2019
Kommunikasjonsplan for strategien (etter vedtak av styret), evt. også hvordan/om kommunisere kjerneverdier	Kommunikasjonssjef	31. des. 2019
10. Gjennomføring og implementering av strategi/ utviklingsoppgaver/ prosjekter		
Konklusjon/ behov for endring:		
<p>Viktig at hele ledergruppen står bak valg av hvilke prosjekt som skal prioriteres for gjennomføring og at ressurser avsettes til arbeidet. Så langt har vi ikke vært gode til å sikre at endringene blir varige og at gevinstene hentes ut. Eierskap til gevinstuttak må ligge på klinikksjefnivå. Det er derfor viktig at hele ledergruppen står sammen om prioriteringene slik at aktuell prosjekteier/klinikksjef kan få støtte i gjennomføringen.</p>		
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Ledergruppen deltar aktivt i prioritering og valg av prosjektportefølje	Utviklingsdirektør fasiliteter diskusjon (som porteføljeansvarlig)	31. des. 2019
Etablere system for gevinstidentifisering i prosjekt og overføring og oppfølging av gevinst uttak etter overføring til linja	Utviklingsdirektør	31. des. 2019
11. Beredskap		
Konklusjon/ behov for endring:		
<p>Evalueringer viser at beredkapsområdet på STHF har gode planer og god systematikk. Det er god ledermotivasjon og godt engasjement. Reelle hendelser har vært håndtert godt. Evaluering og læring av reelle hendelser og øvelser er satt i system for å gi læring og forbedring. Beredkapsleder fungerer godt i rollen. Det er pt. ikke avdekket behov for større endringer. Det vil vurderes om implementeringen av ny Sikkerhetslov skal medføre endringer i system/organisering av det samlede beredkaps og sikkerhetsarbeidet på sykehuset, herunder håndtering av gradert informasjon.</p>		
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Vurdere organisering/funksjoner	Administrerende direktør	Høst 2019

12. Kvalitet og pasientsikkerhet

Konklusjon/ behov for endring:

Fungerer i hovedsak bra, med unntak av avvikssystemet (tas opp i pkt. 13).
 Behov for ytterligere fokus på enkelte kreftpakkeforløp, selv om vi samlet sett leverer gode resultater.
 Behov for samlet og felles forståelse av områder med behov for forbedring.
 Behov for å bygge/utvikle forbedringskompetanse i hele organisasjonen – med referanse til EY-prosjektene.
 Behov for å se HMS/arbeidsmiljø i sammenheng med kvalitet og det er behov for å definere fora for oppfølging – KPU/AMU – LM/SM.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Forbedre forløpstider i kreftpakkeforløp der vi ikke leverer	Klinikksjef medisin/ avdelingsleder Anne A. Larsen i samarbeid med det enkelte fagområde	Des. 2019
Prioritering av to områder for forbedring (oppdrag i OBD 2019)	Fagdirektør	Des. 2019, jf. KPU-sak 13. aug. 2019
Fokusere på forbedringskompetanse som ledd i lederutviklingsprogram, evt. rigge eget opplegg.	HR-direktør	Des. 2019
Etablere systematikk for oppfølging av data fra HMS/arbeidsmiljø i sammenheng med pasientsikkerhet – KPU/AMU/LM/SM	Fagdirektør	2019 - 2020

13. Uønskede hendelser/ avvik og korrigerende tiltak

Konklusjon/ behov for endring:

Behov for nytt avvikssystem, med blant annet god statistikkfunksjon.
 Behov for å systematisere HMS avvik og å se pasienthendelser og HMS i sammenheng.
 Er det behov for større grad av deling av hendelser og involvering mellom enheter for å lære?
 Har vi nok informasjon til å behandle sakene på en god måte og sørge for reell forbedring?
 Tar vi sakene alvorlig nok, og iverksetter vi de rette tiltakene?
 Fortsatt behov for manuell klassifisering av uønskede hendelser ref. tiltak LGG 2018.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Anskaffe nytt avvikssystem	Fagdirektør	Mandat vedtatt av ledergruppen i møte 26. juni 2019, følges opp iht. plan
Årlig, evt. halvårlig, samlingsak for STHF og klinikker om uønskede hendelser – tiltak og effekt, belyse både pasientperspektivet og HMS.	Fagdirektør i samråd med klinikksjefer	Des. 2019

Øke fokus i organisasjonen ved å gjøre det lettere å melde – håndholdte enheter. Se tiltaket i sammenheng med prosjekt Klinisk logistikk (regionalt prosjekt under RKL-programmet).	Utviklingsdirektør	Høst 2020
Bruke KPU for oppfølging av avvik (trender og forbedring) på overordnet nivå.	Fagdirektør	Høst 2019
14. Interne revisjoner		
Konklusjon/ behov for endring:		
Klinikkene melder at internrevisjon bør skje i forkant av LGG slik at resultatene blir en del av LGG. Det meldes også om behov for bistand til å registrere revisjons avvik i TQM.		
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Resultat fra internrevisjoner bør foreligge i forkant av LGG	Fagdirektør	Vår 2000
Revisjonsavvik registreres i TQM. Det er kun internrevisorer og enkelte ledere som har tilgang til dette. Kvalitetsavdelingen bistår ved behov.	Ansvarlig leder sikrer registrering av revisjonsavvik	Høst 2019
15. Eksterne revisjoner / eksterne tilsyn		
Konklusjon/ behov for endring:		
Behov for større fokus på den enkelte revisjon/tilsyn med tanke på læring.		
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Legge fram relevante revisjoner/tilsyn i ledergruppen – fokus på læring og effekt av tiltak	Klinikksjefer	Løpende
Oversikt (på intranett) over tilsyn og revisjoner, jf. Pkt. 5 tiltak nr. 2).	Jf. pkt. 5 tiltak nr. 2	Jf. pkt. 5 tiltak nr. 2
16. Hendelsesbaserte tilsyn/klagesaker		
Konklusjon/ behov for endring:		
Behov for større fokus på den enkelte sak for læring.		
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Relevante hendelser fremlegges i KPU for læring på tvers	Klinikksjefer	Løpende

Vurdere ivaretagelse av brukerperspektivet i hendelsesanalyser	Fagdirektør	2019 - 2020
17. Informasjonssikkerhet og personvern		
Konklusjon/ behov for endring:		
<p>Ref. ledergruppesak 087-2019</p> <p>Arbeidet med tilpasning til GDPR må gis full oppmerksomhet fremover, må integreres i den ordinære driften av sykehuset og gjennomføres etter opplegget som er beskrevet i saken Det legges opp til statusrapportering 2. hver måned – neste gang i september 2019</p> <p>Sykehuset fullmaktsreglement revideres for å tydeliggjøre lederes fullmakt for behandling av personopplysninger.</p>		
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Utarbeide handlingsplan for informasjonssikkerhet og personvern som beskriver prioriterte aktiviteter 2019-2020	Utviklingsdirektør og Økonomidirektør	Statusrapportering i ledergruppen 24. sept. 2019
18.1. Oppfølgingstiltak etter tidligere LGG miljø		
Konklusjon/ behov for endring:		
<p>Tiltaksarbeidet etter LGG miljø 2018 ser ut til å være godt fulgt opp og status viser god kontroll på restansene. Restanser videreføres som tiltak for oppfølging i 2019.</p> <p>Det foreslås å videreføre etablert system for oppfølging etter LGG.</p>		
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Jf. punkt 13 tiltak nr. 1	Jf. punkt 13 tiltak nr. 1	Jf. punkt 13 tiltak nr. 1
18.2. Endrede forutsetninger som angår virksomhetens miljøaspekter		
Konklusjon/ behov for endring annet:		
<p>Det er gjennomført en kontekstvurdering for miljøarbeidet som gir økt oversikt og bevissthet om interessenter og krav til sykehusets miljøarbeid. Mål og tiltak bør i større grad tilpasses eksterne krav og bør vurderes å samkjøres med øvrige foretak i spesialisthelsetjenesten.</p> <p>Vurdering av miljøaspektene i et livsløpsperspektiv gir økt fokus både på direkte og indirekte påvirkning på miljøprestasjonene. Årets kartlegging viser at det er behov for å sette større fokus på unødig forbruk og større bevissthet om hvordan vi kan påvirke miljøkrav i innkjøpsprosessen.</p>		
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Miljømål bør i større grad ivareta eksterne krav og samkjøres med andre HF.	Miljøkoordinator med fagansvarlige/ ledergruppa	Rullering av miljømål 2020
Det må fokuseres mer på reduksjon av unødig forbruk og gis økt bevissthet ved valg og krav til innkjøp ved rullering av miljømål.	Miljøkoordinator med fagansvarlige/ ledergruppa	Rullering av miljømål 2020

18.3. Miljømål, halvårsstatus

Konklusjon/ behov for endring:

Miljømål 2018 er i stor grad oppnådd eller videreført i 2019.
 Status pr halvår for miljømålene viser god oppfølging av tiltak og god måloppnåelse.
 Det er utfordrende å følge opp overordnede mål og tiltak gjennom året og det bør vurderes å etablere rapportering av status på sentrale tiltak under hvert målområde per 3. tertial og før neste LGG.
 Det bør vurderes å rullere miljømål hvert annet år for å få et lengre fokus på tiltak innen hvert målområde.
 Mål for restavfall favner ikke arbeidet med de ulike avfallsfraksjonene.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Etablere rapportering på mål og sentrale tiltak innen miljø til årsrapport og til neste års til LGG	Miljøkoordinator	Gjeldende fra 2020
Rullere miljømål hvert tredje år, sammenfallende med sykehusets strategiperiode.	Miljøkoordinator	Gjeldende fra 2020
Sette fraksjonsvise mål for avfallshåndtering.	Klinikkssjef SSL	Gjeldende fra 2020
Innspill om å vurdere tilrettelegging for miljøvennlig ansatte-transport til og fra arbeid.	Miljøkoordinator	Rulling av miljømål 2020

18.4. Organisasjonens miljøprestasjoner

Konklusjon/ behov for endring:

Det registreres lite avvik innen ytre miljø. Lite system-støtte for kategorisering og oversikt er en utfordring.
 Det gjennomføres måling og overvåking på aktuelle miljøområder der ansvar er lagt til linjeledelsen. Måling og overvåking kan i større grad følges opp i årlig miljøkartlegging for å avdekke behov for oppfølging.
 Miljøindikatorer og mål for prestasjoner viser positiv utvikling i sykehusets forbedringsarbeid innen miljø.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:
Avklare behov for måling og overvåking av miljøaspekter i årlig kartlegging av miljøaspekter.	Miljøkoordinator i samarbeid med fagansvarlige.	Miljøkartlegging 2020

18.5. Henvendelse fra eksterne berørte parter

Konklusjon/ behov for endring:

Det er ikke kommet inn relevante henvendelser fra berørte parter angående miljøsystemet det siste året som vi kjenner til.

Det synes å være bevissthet rundt eksterne klager og henvendelser som gjelder ytre miljø.

Utfordring: Gjenkjenne, registrere og følge opp henvendelser vedr. ytre miljø i sak/arkiv system.

Tiltak:

Ansvarlig:

Tidsfrist:

Ingen

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

Konklusjon/ behov for endring annet:

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

Miljøpolitikk og miljømål videreføres.

Tiltak:

Ansvarlig:

Tidsfrist:

Ingen

27. august 2019 referent Tone Pedersen

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Årsplan styresaker

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
064-2019	Tone Pedersen, spesialrådgiver	Orientering	23.10.2019

Trykte vedlegg: Oppdatert styrets årsplan 2019

Utrykte vedlegg: Ingen

Ingress:

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

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

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

Forslag til vedtak:

Årsplan styresaker tas til orientering.

Skien, den 14. oktober 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2019

Ajourført per 14. oktober 2019

Dato og sted	Saker til beslutning	Saker til orientering	Temasaker
Styremøte 12. februar Kl. 12.30 – 17.30 Quality Airport hotel Gardermoen	<ul style="list-style-type: none">Ambulanseplan 2035Årlig erklæring om ledernes ansettelsesvilkårÅrlig melding 2018	<ul style="list-style-type: none">Virksomhetsrapport per 3. tertial 2018Foreløpig resultater per januar 2019Elektronisk kurveÅrsplan styresakerAndre orienteringerDriftsorienteringer fra AD	<ul style="list-style-type: none">Styrets egnevaluering – lukket møte
Styremøte 10. april kl. 09.30-16.30 Dir. møterom, Skien	<ul style="list-style-type: none">Beretning og årsregnskap 2018Protokoll fra foretaksmøte og oppdragsdokument 2019Økonomisk langtidsplan 2020-2022Styrende dokumenter for Sykehuset Telemark HF i 2019Kjøp av MR maskinerRevisjon av intern delegering av fullmakter ved Sykehuset Telemark	<ul style="list-style-type: none">Resultater per mars 2019Mandat for konseptfase Utbygging somatikkMåloppnåelse STHFs strategiForbedringsarbeid i Kirurgisk klinikk	<ul style="list-style-type: none">Styrets egnevaluering – lukket møte
Styremøte 22. mai kl. 09.30-15.30 Notodden sykehus Psykiatri 2 høyre side Bygg N6-2.etg.	<ul style="list-style-type: none">Møteplan for styret 2020BiervervProtokoll fra foretaksmøte 20. mai	<ul style="list-style-type: none">Virksomhetsrapport per 1. tertialÅrsrapport overordnet HMS-handlingsplan STHF 2018Sluttrapport og evaluering HELIKS	<ul style="list-style-type: none">Innspill fra Notodden kommune. utfordringer i den kommunale tjenesten. Samhandling og forventninger til helseforetaket<ul style="list-style-type: none">Beredskap ved Notodden sykehusStyrets egnevaluering – lukket møte
Styremøte 19. juni kl. 09.30-15.30 Dir. møterom, Skien	<ul style="list-style-type: none">Oppnevning av medlemmer til brukerutvalget og valg av leder og nestleder for perioden 06.2019-05.2021Konsernrevisjonens rapport om <i>Likeverdig og forutsigbar helsehjelp</i>,	<ul style="list-style-type: none">Virksomhetsrapport per maiÅrsmelding 2018 Pasient- og brukerombudetStyresaker i STHF - status og oppfølging	<ul style="list-style-type: none">Status/orientering om ny spesialist utdanning for leger

Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2019

Ajourført per 14. oktober 2019

Dato og sted	Saker til beslutning	Saker til orientering	Temasaker
	<i>psykisk helsevern for barn og unge ved Sykehuset Telemark HF</i>		<ul style="list-style-type: none">• Styrets egnevaluering – lukket møte
Styremøte 25. september kl. 09.30-17.00 Dir. møterom,	<ul style="list-style-type: none">• Konsernrevisjonens revisjonsplan 2020• Tilleggsdokument til OBD 2019	<ul style="list-style-type: none">• Virksomhetsrapport per 2. tertial• Status pasientsikkerhet ved STHF• Måloppnåelse OBD 2019 første halvår 2019• ForBedring 2019 – gjennomføring av tiltak	<ul style="list-style-type: none">• Brukerutvalgets møte med styret ved STHF• Orientering om psykiatrien – sikkerhetspsykiatri, pasienttilbud og videre utvikling• Styrets egnevaluering – lukket møte
Styremøte 23. oktober kl. 09.30-15.30 Dir. møterom, Skien	<ul style="list-style-type: none">• STHFs strategi 2020-2023• Brukerutvalgets mandat	<ul style="list-style-type: none">• Virksomhetsrapport per september• Status budsjett 2020• Sommerferieavvikling 2019• Ledelsens gjennomgang (LGG) 2019	<ul style="list-style-type: none">• Styrets egnevaluering – lukket møte• Styrets årlige evaluering av administrerende direktørs arbeid og resultater – lukket møte
Styremøte 18. desember kl. 09.30-15.30 Dir. møterom, Skien	<ul style="list-style-type: none">• Budsjett 2020• Overordnet handlingsplan for helse-, miljø- og sikkerhet (HMS) Sykehuset Telemark 2020• Årsplan styresaker 2020	<ul style="list-style-type: none">• Virksomhetsrapport per november• Forskning ved STHF• Interne revisjoner: resultater 2018 - 2019 og tema 2020• STHFs meldinger om hendelser som har eller kunne ha ført til alvorlig personskade (spesialist-helsetjenesteloven § 3-3a)• Styresaker i STHF - status og oppfølging	

Faste styresaker i hvert styremøte:

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

Foretaksmøter og styreseminar:

Foretaksmøte med påfølgende felles styreseminar i regi av Helse Sør-Øst RHF 13. feb. Quality Airport hotel Gardermoen
Foretaksmøte 20. mai kl. 13.00 – 14.30 Møtesenteret, Grev Wedels plass 5, Oslo. Møterom Peer Gynt
Styreseminar 22. mai kl. 16.00 – 18.00 Tema: <ul style="list-style-type: none">• Kort orientering om status i konseptfasearbeidet utbygging somatikk Skien v/Administrerende direktør• Styrets ansvar for oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet inkludert internkontroll og risikostyring v/Fagdirektør
Styreseminar 25. september kl. 17.00 – 20.00 Tema: <ul style="list-style-type: none">• Orientering om revisjon av sykehusets strategi for perioden 2020 – 2022. Innspill fra styret til prosessen• Styrets ansvar for oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet inkludert internkontroll og risikostyring – del II v/Fagdirektør
Styreseminar 18. desember kl. 16.00 – 20.00 Tema: <ul style="list-style-type: none">• Årlig egnevaluering av styrets arbeid og arbeidsform

Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2019

Ajourført per 14. oktober 2019

Saker til behandling hvor møtetidspunkt ikke er fastsatt:

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

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Styrets årlige evaluering av administrerende direktørs arbeid og resultater – unntatt offentlighet

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
065-2019	Tone Pedersen, spesialrådgiver direktørens stab	Beslutning, unntatt offentlighet	23.10.2019

Ingress:

I henhold til punkt 5 i “Instruks for administrerende direktør ved Sykehuset Telemark” er det vedtatt følgende;

«Styret skal årlig evaluere administrerende direktørs arbeid og resultater.»

Styreleder legger frem saken, som behandles i lukket møte.

Forslag til vedtak:

Vedtaket besluttet av styret.

Skien, den 14. september 2019

Per Anders Oksum
Styreleder

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Helse Sør-Øst RHF, Hamar
Dato:	19. september 2019
Tidspunkt:	Kl 09:15-14:45

Følgende styremedlemmer møtte:

Svein I. Gjedrem	Styreleder	
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder	Fra kl 09:55
Kirsten Brubakk		
Christian Grimsgaard		
Bushra Ishaq		
Vibeke Limi	Forfall	
Einar Lunde		
Geir Nilsen		
Lasse Sølvberg		
Sigrun E. Vågeng	Forfall	

Fra brukerutvalget møtte:

Astri Myhrvang	Vara for Rune Kløvtveit
Nina Roland	

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Eierdirektør Tore Robertsen
Direktør medisin og helsefag Jan Frich, konserndirektør Atle Brynestad, økonomidirektør Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande og konsernrevisor Espen Anderssen

Saker som ble behandlet:

070-2019	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

071-2019	Godkjenning av protokoll fra styremøte 22. august 2019
-----------------	---

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 22. august 2019 godkjennes.

072-2019	Virksomhetsrapport per august 2019
-----------------	---

Oppsummering

Saken presenterer status for virksomheten per august 2019.

Enkelte tertialvise forhold vil bli presentert i egen rapport for 2. tertial 2019 i styremøte 17. oktober.

Kommentarer i møtet

Styret viste til oppsummeringen i siste styremøte og var fornøyd med oppfølgingstiltakene for pakkeforløp kreft i Oslo universitetssykehus HF. Styret viste til at det fortsatt er jevnt god styring med økonomien. Styret viste også til at det er utfordringer med å nå målene innen ventetid, pakkeforløp kreft og avvisningsrater innen psykisk helsevern.

For Sykehuspartner HF legger styret til grunn at det er god planlegging og prioritering i budsjettarbeidet. Når resultatkravet er satt, forutsetter styret at dette følges opp og at driften innrettes slik at kravet oppfylles. Styret er fornøyd med at det er god dialog med Sykehuspartner HF om prioriteringer, slik at omfang av aktiviteter blir på et akseptabelt nivå.

Styret viste til tidligere kommentar om at det skal vurderes et eget møte med Lovsenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus for å drøfte problemstillinger knyttet til ventetidsutvikling, inntektsmodell og tilføring av nye oppgaver.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per august 2019 til etterretning.

073-2019	Revisjon av fullmaktsstruktur for bygginvesteringer
----------	---

Oppsummering

Det er behov for å gjennomføre endringer i fullmaktsstruktur for bygginvesteringer som følge av at det er vedtatt en revidert veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter med nye beslutningspunkter, jfr. styresak 088-2017 *Revidert veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*. Dagens fullmaktsstruktur for bygginvesteringer ble vedtatt i styresak 016-2012 og sist revidert i styresak 029-2015 *Behandling av utviklingsplaner i byggeprosjekter i Helse Sør-Øst*.

Revisjon av fullmaktsstruktur for bygginvesteringer må også sees i sammenheng med gjeldende finansstrategi for Helse Sør-Øst.

I saken presenteres forslag til revidert fullmaktsstruktur for bygginvesteringer.

Kommentarer i møtet

Fremtidig prosjekteierskap til større byggeprosjekter vil styret drøfte i tilknytning til temaet om organisering av det regionale helseforetaket.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Helseforetakene i Helse Sør-Øst har beslutningsmyndighet og er prosjekteier for investeringer i bygg under 50 millioner kroner.
2. Helseforetakene i Helse Sør-Øst har beslutningsmyndighet for beslutningspunktet B1 - oppstart av tidligfase (prosjektinnramming) dersom prosjektet er under 500 millioner kroner.
3. Helse Sør-Øst RHF har beslutningsmyndighet for beslutningspunkt B1 – oppstart av tidligfase (prosjektinnramming) for prosjekter over 500 millioner kroner. Videre har Helse Sør-Øst RHF beslutningsmyndighet for beslutningspunkt B2 – godkjenne prosjektinnramming, beslutningspunkt B3A – godkjenne hovedprogram og hovedalternativ, beslutningspunkt B3 – godkjenne valg av konsept og beslutningspunkt B4 – godkjenne investering, for alle prosjekter over 50 millioner kroner.
4. Helseforetakene i Helse Sør-Øst er prosjekteier for prosjekter inntil 500 millioner kroner. Helse Sør-Øst RHF kan overta som prosjekteier for prosjekter over 500 millioner kroner fra og med konseptfase.

5. Utredning av eventuell ny lokalisering gjennomføres i egen prosess. Det skal gjøres en separat vurdering av hvorvidt utredningen skal eies av Helse Sør-Øst RHF eller av helseforetaket.

074-2019	Oslo universitetssykehus HF - avhending av eiendom på Dikemark
-----------------	---

Oppsummering

Saken gjelder anmodning om samtykke til avhending av en eiendom, sentrumsområdet på Dikemark sykehus, 1385 Asker, gnr. 89, bnr. 275 i 0220 Asker kommune.

Siden eiendommen vurderes å ha en verdi på mer enn 10 millioner kroner, må sak om avhending i henhold til helseforetakslovens § 31 forelegges foretaksrådet i Helse Sør-Øst RHF før vedtak kan fattes i helseforetakets foretaks møte.

Kommentarer i møtet

Styret mener at den frigjorte likviditeten fra dette salget skal plasseres på konto i Helse Sør-Øst RHF og øremerkes fremtidige bygginvesteringer i Oslo universitetssykehus HF. Styret vektlegger at det ikke er tatt stilling til rollen helseforetaket eller det regionale helseforetaket skal ha i forbindelse med eiendomsutvikling.

Styret forutsetter at det sikres handlefrihet i forhold til fremtidig plassering av regional sikkerhetsavdeling (RSA).

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF oversender Oslo universitetssykehus HFs anmodning om samtykke til salg av eiendom på Dikemark i Asker kommune til foretaksrådet i Helse Sør-Øst RHF for behandling. Salget omfatter sentrumsområdet på Dikemark sykehus, 1385 Asker, gnr. 89, bnr. 275 i 0220 Asker kommune.
2. I tråd med intensjonene i samhandlingsreformen tilbys vertskommunen Asker å kjøpe eiendommen til markedspris. Dersom det ikke oppnås enighet, kan eiendommen legges ut for salg i det åpne markedet.
3. Styret i Helse Sør-Øst RHF legger til grunn av det innhentes ny verditakst utført av eksternt og uavhengig verdivurderer før eiendommen legges ut for salg. Det skal utarbeides ny verditakst for eiendommen slik den står i dag og for ferdig regulert eiendom. Basert på dette skal det foretas en særskilt vurdering av om eiendommen skal selges før eller etter regulering.
4. Frigjort likviditet skal plasseres på egen konto i Helse Sør-Øst RHF og øremerkes for fremtidige bygginvesteringer i Oslo universitetssykehus HF.

5. Investeringer, herunder langsiktige leieavtaler, må behandles i henhold til gjeldende fullmaktsstruktur.
6. Styret presiserer at Oslo universitetssykehus HF har ansvaret for at avhendingen gjennomføres korrekt og bærer all risiko knyttet til avhendingen.

075-2019	Sykehuset Innlandet HF – avhending av boliger i Hamar og Elverum
-----------------	---

Oppsummering

Saken gjelder avhending av boligeiendommer i Sykehuset Innlandet HFs eiendomsportefølje. Boligeiendommene ligger i Hamar kommune og Elverum kommune.

Sykehuset Innlandet HF er avhengig av å tilby boliger til korttids utleie/overgangsboliger til ansatte, vikarer og studenter. For å møte etterspørselen etter mindre boenheter ønsker Sykehuset Innlandet HF å benytte deler av frigjort likviditet til erverv av bedre egnede boenheter i Hamar. Prosessen medfører derfor både avhending og erverv av boliger.

Siden eiendommene som tenkes avhendet vurderes å ha en samlet verdi på mer enn 10 millioner kroner, må sak om avhending i henhold til helseforetakslovens § 31 forelegges foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF før vedtak kan fattes i helseforetakets foretaksmøte.

Verdien for erverv av boliger anslås å være mindre enn 50 millioner kroner. Dette ligger således innenfor helseforetakets fullmakter. Siden ervervet inngår i totalbildet for eiendomsporteføljen, medtas det i saksutredningen.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF oversender Sykehuset Innlandet HFs anmodning om samtykke til salg av boligeiendommer i Hamar kommune og Elverum kommune til foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF for behandling.

Salget i Hamar kommune omfatter:

Bo-enhet	Adresse	Gnr./ bnr.	H-nr.
01	E.J. Berghs veg 19 A	1/3842	H 0401
02	E.J. Berghs veg 19 A	1/3842	H 0303
01	E.J. Berghs veg 12 F	1/3821	H 0201
01	E.J. Berghs veg 12 B	1/3821	H 0101
01	E.J. Berghs veg 12 E	1/3821	H 0301
01	Kr. Bakkens veg 23 B	1/4225	H 0303
01	Nordahl Griegs gt. 58 A	1/3539	H 0303
01	Røreks gt. 18 A	1/3203	
02	Røreks gt. 18 B	1/3204	
01	Røreks gt. 24 A	1/3209	
02	Røreks gt. 24 B	1/3210	

Salget i Elverum kommune omfatter:

Bo-enhet	Adresse	Gnr./bnr.	H-nr.
01	Amalie Skrams veg 60	28/757	
01	Jutulbakken 1	30/332	H 0101
02	Jutulbakken 1	30/332	H 0201
01	Jutulbakken 3	30/332	H 0101
02	Jutulbakken 3	30/332	H 0201
01	Jutulbakken 5	30/330	H 0101
02	Jutulbakken 5	30/330	H 0201
01	Grottavegen 10 A	31/1/0/73	H 0301

2. I tråd med intensjonene i samhandlingsreformen, og som vedtatt i Sykehuset Innlandet HFs styresak 014-2019, tilbys vertskommunene Hamar og Elverum å kjøpe eiendommene til markedspris. Dersom det ikke oppnås enighet, kan eiendommene legges ut for salg i det åpne markedet.
3. Frigjort likviditet kan benyttes til nedbetaling av gjeld, til investeringer i varige driftsmidler eller til rehabilitering og verdibevarende vedlikehold av bygninger som er nødvendige for klinisk drift.
4. Investeringer, herunder langsiktige leieavtaler, må behandles i henhold til gjeldende fullmaktsstruktur.
5. Som et ledd i omstruktureringen av boligtilbudet i Sykehuset Innlandet HF, kan frigjort likviditet anvendes til erverv av bedre tilpassede boenheter innenfor Sykehuset Innlandet HFs investeringsfullmakt.
6. Styret presiserer at Sykehuset Innlandet HF har ansvaret for at avhendingen gjennomføres korrekt og bærer all risiko knyttet til avhendingen.

076-2019	Halvårsrapport 2019 for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
-----------------	--

Oppsummering

Hensikten med halvårsrapporten er å informere styret i Helse Sør-Øst RHF om resultatene fra gjennomførte revisjoner og status for konsernrevisjonens arbeid i 2019 sett opp mot styregodkjent revisjonsplan.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar halvårsrapport fra konsernrevisjon til orientering.

077-2019	Oppnevning av medlemmer i styrene i helseforetak
----------	--

Oppsummering

Valgkomiteens innstilling ble lagt frem i møtet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Følgende oppnevnes som eieroppnevnte styremedlemmer i styrene for helseforetakene i Helse Sør-Øst med funksjonstid fra oppnevning i foretaksmøte 2019 til ny oppnevning i foretaksmøte februar 2020:

Styret i Oslo universitetssykehus HF

Styremedlem Nina Tangnæs Grønvold

Styret i Sunnaas sykehus HF

Styremedlem Ellen Henriette Pettersen

2. Oppnevningen bekreftes i foretaksmøte.

078-2019	Årsplan styresaker
----------	--------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

079-2019	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
----------	--

I tillegg til den skriftlige orienteringen ble det i møtet orientert om:

- Møte 18. september 2019 i Helse- og omsorgsdepartementet med tema oppfølging av selvmordsforebyggende arbeid.
- Forhold omkring bruk av ny metode for operasjon av endetarmskreft og oppfølging av dette i aktuelle helseforetak.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Andre orienteringer

1. Styreleder orienterer

Temasaker

- Fellesmøte med Brukerutvalget
- Informasjonssikkerhet og personvern
v/konserndirektør Atle Brynestad og informasjonssikkerhetsleder Øyvind Grinde,
Helse Sør-Øst RHF

Møtet hevet kl 14:45

Hamar, 19. september 2019

Svein I. Gjedrem
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
nestleder

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Vibeke Limi

Einar Lunde

Geir Nilsen

Lasse Sølvsberg

Sigrun E. Vågeng

Tore Robertsen
styresekretær