

Styret i Sykehuset Telemark HF
Brukerutvalgets representanter

Vår referanse:

Saksbehandler: Tone Pedersen +47 957 94 426

Dato:

13. september 2021

Innkalling til styremøte i Sykehuset Telemark HF

Det innkalles til styremøte i Sykehuset Telemark HF

Tid: Onsdag 22. september 2021 kl. 0930 - 1500

Sted: Sykehuset Telemark, konferansesenteret møterom Vrangfoss

Vedlagt følger saksliste og saksfremlegg til møtet.

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

Med vennlig hilsen
Sykehuset Telemark HF

Per Anders Oksum
styreleder

Styremøte i styret for Sykehuset Telemark HF

Dato og kl.: 22. september 2021, kl. 0930 – 1500

Sted: Sykehuset Telemark, Vrangfoss møterom i Skien

Møteleder: Styreleder Per Anders Oksum

Saksliste

Tentativ plan	Saksnr.	Sakstittel	Sakstype
0930 – 0935	060 - 2021	Godkjenning av innkalling og saksliste v/styreleder	Beslutning
0935 – 0940	061 - 2021	Godkjenning av protokoll fra styremøte fra styremøte 16. juni 2021 v/styreleder	Beslutning
0940 – 1000	062 - 2021	Driftsorienteringer fra administrerende direktør v/administrerende direktør	Orientering
1000 – 1100	063 - 2021	Virksomhetsrapport per 2. tertial 2021 v/økonomidirektør	Orientering
1100 – 1110		Pause	
1110 – 1200	064 - 2021	Orientering om tjenestetilbudet innen psykisk helsevern i Telemark v/klinikkjef Lars Ødegård	Orientering
1200 – 1230		Lunsj	
1230 – 1315	065 - 2021	Orientering om arbeidet med revisjonsplan v/statsautorisert revisor Hans-Christian Berger PwC	Orientering
1315 – 1400	066 - 2021	Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2022 v/styreleder	Diskusjon og beslutning
1400 – 1410		Pause	
1410 – 1415	067 - 2021	Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2021 fra Helse Sør-Øst RHF v/styreleder	Etterretning
1415 – 1430	068 - 2021	Status styringskrav 2021 Sykehuset Telemark HF v/administrerende direktør	Orientering

Tentativ plan	Saksnr.	Sakstittel	Sakstype
1430 – 1440	069 - 2021	Styresaker i Sykehuset Telemark HF - status og oppfølging v/administrerende direktør	Orientering
1440 – 1445	070 - 2021	Styrets årsplan 2021 - oppdatert v/styreleder	Orientering
1445 – 1450		Andre orienteringer 1. Styreleder orienterer 2. Protokoll styremøte i Helse Sør-Øst 17. juni 2021 3. Protokoll ekstraordinært styremøte i Helse Sør-Øst 1. juli 2021 4. Foreløpig protokoll styremøte i Helse Sør-Øst 19. august 2021 5. Foreløpig protokoll ekstraordinært styremøte i HSØ september 2021 6. Foreløpig protokoll ungdomsrådet 24. august 2021 7. Foreløpig protokoll brukerutvalget 2. sept. 2021	Orientering
1450 – 1500		TEMA: Styrets egnevaluering – lukket møte v/Styreleder	

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	22. september 2021

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

Sak: 060 – 2021

Godkjenning av innkalling og saksliste

Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Skien, 13. september 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	22. september 2021

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

Sak: 061 – 2021

Godkjenning av protokoll fra styremøte 16. juni 2021

Hensikten med saken

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

Forslag til vedtak

Protokoll fra styrets møte 16. juni 2021 godkjennes.

Skien, 2. september 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg

- Protokoll fra styremøte 16. juni 2021 i Sykehuset Telemark HF

List of Signatures

Page 1/1



Protokoll 2021-06-16.pdf

Name	Method	Signed at
Bogen, Kristian Nils	BANKID_MOBILE	2021-06-17 14:14 GMT+02
Severinsen, Thor	BANKID_MOBILE	2021-06-18 08:15 GMT+02
Jordbakke, Kine Cecilie	BANKID_MOBILE	2021-06-17 13:34 GMT+02
Farahmand, Marjan	BANKID_MOBILE	2021-06-17 13:33 GMT+02
Haugan, Johanne G.	BANKID	2021-06-22 09:58 GMT+02
Wiig, Kristian	BANKID_MOBILE	2021-06-17 12:44 GMT+02
Aasen, Inger Ann	BANKID_MOBILE	2021-06-18 13:13 GMT+02
Pedersen, Tone	BANKID_MOBILE	2021-06-17 12:22 GMT+02
Oksum, Per Anders	BANKID	2021-06-17 18:36 GMT+02
Turid Ellingsen	BANKID_MOBILE	2021-06-17 18:16 GMT+02
Nilssen, Trygve Kristoffer	BANKID_MOBILE	2021-06-17 15:51 GMT+02
Voss, Per Christian	BANKID_MOBILE	2021-06-17 15:28 GMT+02



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

External reference: 80E19C592A30469BA3441B614BEF0A9D

PROTOKOLL FRA STYREMØTE I SYKEHUSET TELEMAR HF

Dato: 16. juni 2021 Tidspunkt: kl. 1200 – 1600

Sted: Thon Hotel Høyers, Kongens gate 6, 3717 Skien

Følgende medlemmer møtte

Per Anders Oksum Styreleder

Kine Cecilie Jordbakke Nestleder

Kristian Wiig

Nils Kristian Bogen

Per Christian Voss

Turid Ellingsen

Marjan Farahmand

Trygve Kristoffer Nilssen

Inger Ann Aasen

Johanne Haugan

Thor Severinsen

Fra brukerutvalget møtte

Rita Andersen (Psoriasis og eksemforbundet i Telemark) leder

Sondre Otervik (A-larm) nestleder

Fra administrasjonen deltok

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

Presentasjon av saker:

Sak 050, 051, 058, 059 og 060: Per Anders Oksum, styreleder

Sak 052: Tom Helge Rønning, administrerende direktør

Sak 053: Geir Olav Ryntveit, økonomidirektør

Sak 054: Halfrid Waage, fagdirektør

Sak 055 og 056: Annette Fure, utviklingsdirektør

Sak 057: Frank Hvaal, klinikkjef

Styreleder ledet møtet



Kommentarer i møtet

Styret støttet det fremlagte forslaget til vedtak.

Styret gav honnør til Sykehuset Telemark for de svært gode oppnådde resultatene i Serviceundersøkelsen 2021.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

053-2021	Virksomhetsrapport per mai 2021
----------	---------------------------------

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport per mai 2021. Under følger utdrag fra presentasjonen avholdt i møtet:

- Ventetider og fristbrudd er relativt stabile og omlag på nivå med før pandemien
- Høy poliklinisk aktivitet i BUP. Somatikk noe bak budsjett men relativt høyt sammenliknet med tidligere år. Noe bedring innen VOP, men fortsatt lavt i TSB
- Passert planlagt tid (5,8 prosent) er en økning fra april, men resultatet er fortsatt lavest i HSØ
- Henvvisninger (elektive og ØH) er på et lavt nivå sammenliknet med 2019 – svakt over 2020
- Fortsatt relativt lavt belegg på sengeposter
- Antall operasjoner er nesten på budsjett, men noe bak 2019
- Registrerte koronaeffekter på 13,7 millioner kroner i mai
 - Inntektsbortfall: 5,2 millioner kroner
 - Kostnader: 8,5 millioner kroner
 - Kompenseres med gjenstående øremerkede midler og utsatt inntekt (10,3 millioner kroner)
- Rapportert resultat per mai (akkumulert) 21,2 millioner kroner mot budsjettet på 20,8 millioner kroner
- Resultat for mai isolert (+4,5 millioner kroner) er 0,3 millioner kroner bedre enn budsjett

Kommentarer i møtet

Styret støttet det fremlagte forslaget til vedtak.



VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per mai 2021 til orientering.

054-2021	Status etablering av Helsefelleskap i Telemark
-----------------	---

Oppsummering

I Nasjonal Helse og sykehusplan 2020-2023 ligger det klare føringer om etablering av Helsefelleskap. Det skal etableres 19 helsefelleskap i Norge utfra helseforetakene og kommunene i deres opptaksområde. Etableringen gir klare forventninger om et enda tettere samarbeid med kommunene i opptaksområdet. Helseforetakene og kommunene skal gå fra parter til partnere og jobbe enda mer sammen om de pasientene som trenger tjenester fra begge forvaltningsnivåer. Pasienten skal oppleve en sammenhengende behandlings- og rehabiliteringskjede.

I Telemark er denne etablering gjort og Sykehuset Telemark er, ifølge KS, det helseforetaket som er kommet lengst i denne etableringen. Styret fikk i møtet en orientering om status så langt i etableringen av Helsefelleskap i Telemark.

Kommentarer i møtet

Styret støttet det fremlagte forslaget til vedtak.

Styret la vekt på viktigheten av likeverd i arbeidet mellom partene i Helsefelleskapet.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar informasjonen om status etablering av Helsefelleskap i Telemark til orientering.

055-2021	Informasjonssikkerhetsrisiko
-----------------	-------------------------------------

Oppsummering

Saken er en oppfølging av administrerende direktørs orientering til styret på styremøtet i mars 2021 om sårbarheten som ble oppdaget i Microsoft Exchange og datainnbruddet på Stortinget.

Det digitale trusselbildet har økt betydelig de siste årene. Helse-Norge har vært utsatt for omfattende dataangrep med fare for at data kan kommet på avveie eller at IT-tjenester er utilgjengelige og fare for pasientsikkerheten. Trygg fysisk og datateknisk infrastruktur er nødvendig.



I takt med digitaliseringen av helsevesenet øker også avhengighetene mellom IKT, MTU, teknisk infrastruktur, pasientbehandling og pasientsikkerhet. Det er tydelig at det er nødvendig med en mer helhetlig tilnærming til løsningsutviklingen av de ulike systemene.

Kommentarer i møtet

Styret støttet det fremlagte forslaget til vedtak.

Styret takket for en god redegjørelse av et komplekst område. Styret la vekt på at sykehuset arbeider for å oppnå en god sikkerhetskultur.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar saken til orientering.

056-2021

Oppdatering av Sykehuset Telemarks utviklingsplan

Oppsummering

Helse Sør-Øst RHF vedtok den 22. april 2021 at helseforetakene og de private ideelle sykehusene med eget opptaksområde, skal oppdatere sine utviklingsplaner innen 1. mai 2022 (sak 043-2021). I styresaken beskrives både arbeidsmåte og prioriterte oppgaver.

Hensikten med denne saken er å informere styret i Sykehuset Telemark om prosess og tidsplan for oppdatering av sykehusets utviklingsplan, samt få tilslutning til arbeidet.

Kommentarer i møtet

Styret takket for en god presentasjon.

Styreleder la i møtet frem nytt forslag til vedtak (kulepunkt 1 er i henhold til foreslått vedtak, mens kulepunktene 2-4 er nye):

1. Styret slutter seg til presentert forslag til prosess for oppdatering av STHFs utviklingsplan
2. For å sikre gode, bærekraftige helsetjenester til befolkningen i Telemark bør planarbeidet inneholde vurderinger om på hvilke måte samarbeid med Sykehuset Vestfold HF kan bidra til å utvikle bedre løsninger for pasientene og mer effektiv drift enn hva helseforetaket kan utvikle alene.
3. Basert på vurderingene i punkt 1, bør utviklingsplanarbeidet inkludere et utvidet samarbeid med Sykehuset i Vestfold, hvor man utreder mulige samarbeidsløsninger innenfor minimum 2 tjenesteområder.
4. Styret ber om å bli holdt oppdatert om fremdriften i arbeidet.

Styret sluttet seg til styreleders forslag til vedtak.



Styrets enstemmige**VEDTAK**

1. Styret slutter seg til presentert forslag til prosess for oppdatering av STHFs utviklingsplan.
2. For å sikre gode, bærekraftige helsetjenester til befolkningen i Telemark bør planarbeidet inneholde vurderinger om på hvilke måte samarbeid med Sykehuset Vestfold HF kan bidra til å utvikle bedre løsninger for pasientene og mer effektiv drift enn hva helseforetaket kan utvikle alene.
3. Basert på vurderingene i punkt 1, bør utviklingsplanarbeidet inkludere et utvidet samarbeid med Sykehuset i Vestfold, hvor man utreder mulige samarbeidsløsninger innenfor minimum 2 tjenesteområder.
4. Styret ber om å bli holdt oppdatert om fremdriften i arbeidet.

057-2021	Rammeverk for beredskap Sykehuset Telemark HF – rullering. Unntatt offentlighet, jf. Offentlighetslova § 13, jf. § 21
-----------------	--

Oppsummering

Saken er unntatt offentlighet, offl § 13, jf. § 21 og ble behandlet i lukket møte.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar rammeplan for beredskap Sykehuset Telemark til orientering.

058-2021	Protokoll foretaksmøte 3. juni 2021
-----------------	--

Oppsummering

Det ble avholdt foretaksmøte i Sykehuset Telemark 3. juni 2021. Møtet ble gjennomført digitalt, sammen med Sykehuset i Vestfold HF og Sørlandet sykehus HF.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar protokoll fra foretaksmøte i Sykehuset Telemark HF 3. juni 2021 til etterretning.



Skien, 16. juni 2021

Elektronisk signatur

Per Anders Oksum
styreleder

Elektronisk signatur

Kine Cecilie Jordbakke
nestleder

Elektronisk signatur

Turid Ellingsen

Elektronisk signatur

Nils Kristian Bogen

Elektronisk signatur

Marjan Farahmand

Elektronisk signatur

Per Christian Voss

Elektronisk signatur

Kristian Wiig

Elektronisk signatur

Trygve K. Nilssen

Elektronisk signatur

Johanne Haugan

Elektronisk signatur

Inger Ann Aasen

Elektronisk signatur

Thor Severinsen

Elektronisk signatur

Tone Pedersen
styresekretær

Side 8 av 8



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

Document ID:

82E19C5B2A32680A24119E149EE0A0D

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	22. september 2021

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

Sak: 062 – 2021

Driftsorienteringer fra administrerende direktør

Forslag til vedtak

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Skien, 14. september 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Driftsorienteringer fra administrerende direktør:

1. Ny administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF

Styret i Helse Sør-Øst RHF har i styremøte 7. september ansatt Terje Rootwelt som ny administrerende direktør. Rootwelt tiltrer stillingen 20. september. Terje Rootwelt er lege og kommer fra stillingen som leder for Barne- og ungdomsklinikken ved Oslo universitetssykehus. Rootwelt har også vært viseadministrerende direktør samme sted.

2. Covid-19

Som i landet for øvrig, har vi også i vårt opptaksområde konstatert en betydelig økning i smitten de siste ukene. Det er først og fremst skoleelever og yngre personer som smittes og som kjent blir de unge i liten grad så syke at de trenger sykehusinnleggelse. Imidlertid vil et økt smittetrykk over tid kunne føre til flere innleggelser igjen, og sykehuset er forberedt på at vi får innleggelser av barn og unge i perioden som kommer. I et «normalår» er mange innleggelser på barneavdelingen knyttet til luftveisinfeksjoner. Den immunologiske situasjonen i befolkningen tilsier at vi også kan få økt innleggelse av barn med andre luftveisvirus.

I den voksne del av befolkningen er det fremdeles en del som er uvaksinerte eller bare har fått en dose og også blant disse vil vi måtte påregne innleggelser. Økt smitte blant barn og unge vil også spre seg til øvrige aldersgrupper.

Slik vi ser situasjonen for øyeblikket, er vi godt forberedt til å håndtere C-19 pasienter fremover. Det som imidlertid kan bli den største driftsmessige utfordringen, er hvis vi får mye sykefravær blant ansatte. I en situasjon med høyt smittetrykk av både C-19 og andre luftveisvirus, kan spesielt ansatte med hjemmeboende barn eksponeres i så stor grad at vi får en betydelig økning i sykefravær. Dette kan sette deler av sykehusdriften under et betydelig press.

Fra og med 30. august er den fysiske adgangskontrollen ved sykehuset avviklet. Avviklingen er koordinert med øvrige helseforetak i foretaksgruppen. Det opprettholdes fremdeles besøksrestriksjoner og vi jobber kontinuerlig med å sikre at vi opprettholder gode smittevernsrutiner og -tiltak på sykehuset. Det er gjennomført en oppdatert risikovurdering på sykehusnivå og denne har dannet grunnlag for noen nye tiltak, samt justering av planverket.

Oppdatert informasjon vil kunne gis i møtet.

3. Nordfløy-rokade for bedre drift

Det er etter sommeren gjennomført flere ombygginger og utbedringer i Bygg 55 Nordfløyen i Skien. Arbeidet er et resultat av Operasjon 2020 og en direkte konsekvens av omstillingsprosjektet sengeposten i 1. etasje som «eies» av kirurgisk klinikk. Klinikken har opprettet fem-døgns post i 1. etasje og redusert den totale sengekapasiteten for å tilpasse seg endringer i pasientflyten. Arbeidet berørte mange sengeposter og rokaden bestod blant annet av:

- 3. september ble det gjennomført et bytte av sengepostene i 3. (Med) og 4. (Kir) etasje

- 6. etasje er klargjort for at øre-nese-hals- og urologi-sengene skal kunne flyttes opp fra 1. etasje
- Det bygges et nytt EKKO/EKG-rom i 4. etasje og kontor med treningsrom for barn i 3. etasje
- I 1. etasje bygges det nye LIS kontorer og ekspedisjon med behandlingsrom som ferdigstilles 1. oktober. Preoperativ enhet flyttes fra 2. etasje til 1. etasje

Ombyggingen var nøye planlagt og over 30 service- og tekniske fag var involvert i rokaden. Ombyggingen kan medføre noe støy og en del ekstra trafikk på sengepostene.

Omstillingsprosjektet som denne rokaden er en del av, forventes å gi en årlig innsparing på minimum 6 MNOK, men vil i tillegg danne grunnlag for ytterligere effektivisering gjennom forbedring av pasientflyten.

4. Tavlemøter gir bedre pasientsikkerhet

Nå er det obligatorisk for alle «relevante seksjoner» å ta i bruk tavlemøter på Sykehuset Telemark. Hensikten er å få en enda bedre struktur på det daglige arbeidet og kan bidra til økt pasientsikkerhetssikkerhet. I dag har mange seksjoner og avdelinger tatt i bruk tavlemøter. Noen bruker vanlige krittavler, mens andre har installert elektroniske tavler.

Sentralt i ordningen med tavlemøter er at de ansatte, en gang i løpet av dagen, samles for å gå gjennom viktige risikoområder knyttet til den enkelte pasient, som for eksempel om det er gjennomført legemiddelsamstemming og NEWS.

Sykehuset Telemark skal også være pilot for et regionalt prosjekt for elektroniske logistikk og samhandlingstavler. Innsatsområder fra pasientsikkerhetsprogrammet vil være viktig i dette prosjektet.

5. Nytt modulbygg tatt i bruk

På grunn av plassmangel i de nåværende Moflata-lokalene, er det i tilknytning oppført et enkelt modulbygg som har gitt plass til midlertidige konsultasjonsrom og behandlingsrom. Bygget skal dekke økt kapasitetsbehov fram til det nye kreftsenteret etter planen skal åpne ved årsskifte 2024/2025. Grunnkostnadene for bygget har vært ca. 300.000,- kroner og årlig leie utgjør ca. 260.000,- kroner. I forbindelse med utbyggingsprosjektet til sykehuset vil det sannsynlig være nødvendig å oppføre et større modulbygg for å løse midlertidige plassutfordringer. Dette kan være nødvendig å realisere allerede i 2022.

Med det oppførte modulbygget har vi fått fem nye behandlingsplasser til medikamentell kreftbehandling. I tillegg vil pasientene får tilbud om sykepleiekonsultasjon før oppstart av behandling og for oppfølging av behandling. Det har vært en stor økning i behandlinger til kreftpasienter de siste årene, både fordi antall pasienter øker og fordi hver enkelt behandling er mer avansert og tidkrevende enn for kort tid tilbake.

Pusterommet i kjelleren på Moflata-bygningen, som er etablert til trening for kreftpasienter, har i en overgangsfase vært i bruk til medikamentell kreftbehandling og dette arealet er nå frigjort til trening igjen.

Bildene nedenfor viser bygget og et konsultasjonsrom.



6. Pasienter kan sjekke status for henvisninger til sykehuset

Fra 3. september kan pasienter i Telemark sjekke statusen for henvisninger til sykehuset. Den nye tjenesten er en del av det regionale prosjektet «Digitale innbyggertjenester» og gjør det enklere for pasienten å ha oversikt.

Pasienter kan nå se hvor langt henvisningen er kommet ved Sykehuset Telemark og Betanien. Tjenesten er tilgjengelig for personer over 16 år som bruker helsenorge.no, og som har gitt samtykke til Full tilgang. Dato og tidspunkt for eventuell time kommer i brev, som i dag. Når pasienten logger seg på helsenorge.no, vises det hvilket sykehus pasienten er henvist til, når henvisningen er mottatt i sykehuset, hvilken avdeling man er henvist til og telefonnummer til sentralbordet. Det står også navn på henvisende lege, aktuelt legekantor og telefonnummer, men selve innholdet i henvisningen vises ikke.

Dette er en tilleggstjeneste for pasienter og eventuelle pårørende, og sykehuset skal fortsatt sende ut brev til pasienten med den samme informasjonen. Løsningen vil styrke informasjonen og rettighetene til pasientene, samt bidra til færre telefoner fra pasienter som har spørsmål til sykehuset.

Visning av henvisningsstatus på Helsenorge.no har vært tilgjengelig for pasienter i Helse Vest og Helse Nord RHF siden november 2014. Den ble benyttet 1,25 millioner ganger i 2019.

7. Oppstart av ny lab-linje

I mai-møtet ble styret informert om at oppstart av den nye automatiserte lab-linjen ble flere måneder forsinket. Nytt planlagt oppstartstidspunkt var foreløpig ikke fastsatt, men vi antok at oppstart ville skje i begynnelsen av september.

Det har vært en del utfordringer underveis i prosjektet, hvor noe kan tilskrives pandemien. Imidlertid har det også, uavhengig av de utfordringer som pandemien har påført oss, vært en del utfordringer med å samordne aktivitetene mellom Sykehuspartner og Siemens.

Gjennom de siste ukene har planen vært å starte opp den nye linjen 25. september. Vi har nå god tro på at dette lar seg gjennomføre.

Øvrige orienteringer blir gitt muntlig i styremøtet.

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	22.9.2021

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

Sak: 063-2021 Virksomhetsrapport per 2. tertial 2021

Hensikten med saken

Saken beskriver oppnådde resultater per 2. tertial 2021.

Forslag til vedtak

Styret tar virksomhetsrapport per 2. tertial til orientering.

Skien, 13. september 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

0 Sammendrag

Sykehuset Telemark rapporterer et resultat på 33,1 millioner kr. pr. august, som er 0,3 millioner kr. lavere enn periodisert styringsmål.

Driftssituasjonen i august har vært tilnærmet normal for en august måned med ferieavvikling, men fortsatt noe preget av koronasituasjonen med strenge smittevernstiltak, adgangskontroll og perioder med færre ØH pasienter innen medisinske fagområder. Smittesituasjonen i Telemark er bedret og sykehuset gikk ut av beredskap 9. juni.

Planlagt forbedringsarbeid er gjenopptatt i forbindelse med høstens budsjettprosess. Det er igangsatt ekstraordinær poliklinisk aktivitet for å ta ned ventelistene innen prioriterte fagområder.

Resultatet i august er 4,3 millioner kr., som budsjettet. Det er budsjettavvik på flere områder og effektene som tilskrives koronapandemien er utlignet fullt ut gjennom bruk av ekstra bevilgninger. Det rapporteres høyere inntekter for utskrivningsklare pasienter, som sees i sammenheng med noe høyere lønnskostnader på sengepostene.

Koronasituasjonen har påvirket foretakets drift negativt med om lag 10 millioner kr. i august. Det rapporteres 5 millioner i tapte inntekter i hovedsak knyttet til ISF for døgnbehandling. De koronarelaterte kostnadene er på nivå med foregående periode. Aktiviteten i august har vært som tidligere år, men lavere enn budsjettet.

Hittil i år er det inntektsført 99,9 millioner kr. av øremerkede COVID-19 midler og det gjenstår 28,9 millioner kr. overførte COVID-19 midler fra 2020.

Under forutsetning at driftseffektene knyttet til koronapandemien ikke overskrider mottatt kompensasjon på årsbasis, rapporteres resultatprognose for året på 40 millioner kr., som er 10 millioner kr. svakere enn budsjettet resultat. Det er tatt høyde for merkostnader på ca. 15 millioner kr. etter årets lønnsoppgjør, delvis kompensert av 5 millioner kr. høyere beløp til inntektsføring enn faktisk økte pensjonskostnader.

Elektive henvisninger er lavere enn 2019- nivå i august. Ø-hjelp ligger fortsatt på et lavere nivå enn før Covid-19. Den lave henvisningsstrømmen så langt i 2021 har påvirket aktivitetsnivået innen somatikk og voksenpsykiatri/TSB. Aktivitetsnedgangen er størst innen døgnbehandling (Ø-hjelp). De siste månedene ser vi en betydelig vekst innen polikliniske konsultasjoner i somatikken og BUP. Barne- og ungdomspsykiatrien registrerer økende henvisningsstrøm og har så langt håndtert økt behandlingsvolum ved økt produktivitet. Rekrutteringsvansker i psykiatrien (VOP/TSB) har over tid forsterket nedgangen i behandlingsvolum ved poliklinikkene, men VOP har nå en positiv aktivitetsutvikling.

Andelen telefon/video-konsultasjoner er litt lavere i august måned enn tidligere, med noe variasjon mellom fagområdene. Svært høy andel telefon/video-konsultasjoner rapporteres innen BUP og dette har bidratt til den høye aktiviteten.

Gjennomsnittlige ventetider er fortsatt blant de laveste i regionen og er marginalt høyere sammenlignet med perioden før koronapandemien. Den fortsatt høye pågangen til BUP fører til økte ventetider på dette området, og som forventet er det høye ventetider i august. Vi forventer at

ventetidene igjen reduseres de kommende månedene som følge av rekruttering og økt behandlerkapasitet.

Prioriteringsregelen målt i ventetid er oppfylt for VOP og TSB. Den store økningen i henvisninger til BUP siste halvåret kan forklare at kravet foreløpig ikke er innfridd her. Prioriteringsregelen for aktivitet innfris kun i BUP. Dette skyldes lavere antall behandlere innenfor VOP, og også lav produktivitet i TSB. Produktiviteten har i 2. kvartal tatt seg opp innenfor VOP, og ligger nå på samme nivå som i 2019. I TSB er produktiviteten lav, men økende. Det var en stor endring i DIPS fra desember 2020 til januar 2021 som vi nå undersøker konsekvensen av. Endringen har ført til en dreining over til aktivitet som ikke gir ISF-refusjon.

Innhold

0	Sammendrag	2
1	Risikovurdering	5
2	Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD	8
2.1	Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	8
	Ventelister og ventetider	8
	Pakkeforløp kreft – andel behandlet innen standard forløpstid og antall nye pasienter i pakkeforløp	9
2.2	Prioritere psykisk helsevern og TSB	10
	Prioriteringsregelen	10
	Bruk av tvang	11
	Pakkeforløp psykisk helsevern og TSB	11
2.3	Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	12
3	Aktivitet	13
3.1	Somatikk	13
3.2	Psykisk helsevern og TSB	14
4	Bemanning - brutto månedsverk, samlet lønnskostnad og innleie	16
5	Økonomi	18
5.1	Klinikkene	19
6	Tertialvise forhold	21
6.1	Forskning	21
6.2	Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring – I trygge hender 24/7	22
	<i>GTT</i>	22
	Prevalensundersøkelser	22
	Innsatsområdet NEWS	23
	Pasientsikkerhetsvisitter	23
	Forbedringsarbeid pakkeforløp lungekreft	23
	Eksterne tilsyn og revisjoner	24
	Uønskede hendelser og klagesaker	25
	Indikator for meldekultur	26
	Nytt forbedringssystem	26
6.3	HMS og arbeidsmiljø	27
6.4	Personvern og informasjonssikkerhet	28

1 Risikovurdering

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

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

Koronasituasjonen preger risikobildet og drift for hele sykehuset, men det har vært en god utvikling siden 2020. Sykehuset har i forbindelse med koronasituasjonen tatt grep for å sikre tilgang på personell og utstyr etter behov, samt opprettholde god balanse mellom beredskap og øvrig drift. Vaksinerer er gjennomført for de fleste ansatte. Koronasituasjonen har medført endringer i pasientgrunnlaget, blant annet med et betydelig frafall i medisinsk ø-hjelp og konsultasjoner i voksenpsykiatri og TSB. Lave avvisningsrater tyder på at pasientbehandlingen ivaretas. Inntektsbortfallet og kostnadspådraget gjennom pandemien utgjør imidlertid en betydelig økonomisk risiko.

Risikomatrixe 2. tertial 2021 STHF						
		Konsekvens				
		1	2	3	4	5
Sannsynlighet	5					
	4			5, 2		
	3		4, 3	3		
	2			1, 6	8	
	1					

Risikoområder	Sannsynlighet					Konsekvens					Historisk utvikling			
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	T2-20	T3-20	T1-21	T2-21
1 Tilgjengelighet		x						x						
2 Økonomi				x				x						
3 Bemanning			x					x						
4 Prioriteringsregelen		→	x				x	←						
5 Informasjonssikkerhet				x				x						
6 Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring		x						x						
7 Koronaberedskap		→	x				x	←						
8 Aktivitet		x	←						x					

1. Kvalitet og tilgjengelighet – Uendret. Ventetidene har økt for de fleste fag, noe som er forventet etter sommeren. Ventetid for ventende og påstartet er hhv. 69 og 62 dager. Fristbrudd har økt til 2 %. Sykehuset er tildelt 8,7 millioner kroner for ytterligere ventelisteorienterte tiltak gjennom året, og det forventes at økningen i ventetider og fristbrudd ettersommeren vil arbeides ned gjennom høsten

2. Økonomi – Uendret. Sykehuset rapporterer et driftsresultat på 33 millioner kroner per august, som er 0,3 millioner kroner lavere enn budsjett. Samlet koronaeffekt utgjør -99,9 millioner kroner. Koronaeffekten kompenseres i regnskapet hver måned. Gjenstående koronamidler per august utgjør 28,9 millioner kroner. Det er viktig at driftskostnader nedjusteres til et normalt drifts nivå i samsvar med utviklingen i koronasituasjonen. Underliggende utviklingstrekk, demografi i Telemark gjør det krevende å sikre økonomisk bærekraft over tid.

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

4. Prioriteringsregelen – Uendret. Målet om høyere vekst innen PHV og TSB for poliklinisk aktivitet er oppfylt for BUP, men ikke for VOP og TSB. Aktiviteten hittil i år har vært lav innen VOP og TSB grunnet store rekrutteringsutfordringer i terapeutstaben, samt driftsendringer ifm Koronavirus. Prioriteringsregelen målt i ventetider er oppfylt innenfor VOP og TSB, men ikke innenfor BUP.

Prioriteringsregelen målt i ventetid er hittil i år oppfylt innenfor VOP med sine 35 og TSB med 23,5 dager. BUP ligger på 37,9, noe som er 2,9 dager for lenge. Deler av årsaken er den store økningen av henvisninger innenfor barne- og ungdomspsykiatrien.

5. Informasjonssikkerhet - Uendret. IT-løsning for regional protokoll etter Artikkel 30 er levert. Arbeidet med komplettering av protokollen videreføres, og systematikk og ansvars plassering for ajourføring av protokollen defineres. Ledergruppesak 14.09.2021

Det legges planer for et prosjekt som i steg 1 skal gjennomføre et kartleggingsarbeid over sikkerhetskrav som stilles ved anskaffelser av systemer/utstyr, løsningsdesign for leverandøraksess; hvordan er dette dokumentert, er løsningsdesign risikovurdert og hvilke rutiner finnes for internkontrolldatabehandleravtaler, samt vurdering av ansvarsforhold der det i dag er utfordringer med roller og ansvar med lokalt HF som databehandler men RHF som ansvarlig for regionale løsninger.

6. Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring – Ingen endring. Noe økning i ventetider, fristbrudd og løftebrudd gjennom sommeren. Sannsynligvis delvis «sommereffekt» og vil antakelig tas inn igjen utover høsten. Også liten økning i korridorpasienter. Tiltak arbeides med i Pasientflyt 24/7. Fokus på flere av tiltakspakkene fra I trygge hender 24/7, blant annet innen tidlig oppdagelse av forverret

tilstand (NEWS-2). Relevante kvalitetsindikatorer, herunder 30-dagersoverlevelse, tematiseres i Helsefellesskap FSU Kvalitet og tjenesteutvikling. Et slikt felles fokus fra kommuner og sykehus forventes å øke pasientsikkerheten.

7. Koronaberedskap – Økt sannsynlighet, redusert konsekvens. Sykehuset skal sikre tilgang på utstyr, ressurser og kompetanse i forbindelse med koronapandemien, samt til enhver tid sikre god balanse mellom beredskap og øvrig drift. Ansatte på sykehuset er i stor grad fullvaksinerte, og ekstraordinære tiltak som adgangskontroll er nå avsluttet. Det ligger et fokus på å opprettholde smittevern for å beskytte utsatte grupper i møte med en eventuell fjerde smittebølge når vi går inn i høstperioden. Det vurderes at sykehuset har god oversikt og tilgang på frivillige, pensjonister og klinisk personell i administrative funksjoner som kan tilkalles ved behov, og det er sikret lager og leveranse av testutstyr. Klinikkene har ansvar for å justere tiltak og kostnadsnivå slik at det samsvarer med sykehusets beredskapsnivå.

8. Aktivitet – Redusert sannsynlighet. Ø-hjelpsaktiviteten i Medisinsk klinikk har begynt å ta seg opp igjen. Kirurgisk klinikk er tilbake på et normalt aktivitetsnivå både for ø-hjelp og elektivt, men har ikke oppnådd full effekt iht forventningene vedrørende Operasjon 2020- prosjektet. Antall døgnopphold er lavere enn tidligere år, som har konsekvenser for inntektsgrunnlaget per opphold, samt omstillinger av drift. Det er høy aktivitet på poliklinikk, og det jobbes godt med ventelister, men budsjetterte inntektsforventninger vil ikke bli innfridd.

Lav aktivitet på Voksenpsykiatri og TSB målt mot tidligere år. Aktiviteten og produktiviteten har falt betraktelig innenfor Rus-feltet fra nyttår. Mye av dette skyldes det store fallet i inntektsbringende telefonkontakt. Ventetidene er fremdeles veldig lave, avvisningsratene er historisk lave, så ingenting tyder på at det er pasienter som ikke får et tilbud. Har fra 1. mai gjort endringer i DIPS slik at telefonkontakten som ikke er fullverdig konsultasjon kun blir notert i journal uten å opprette egen konsultasjon. Årsak til dette, er at det ble gjort en nasjonal føring på hvordan fullverdige telefonkonsultasjoner skulle kodes etter 1. januar. Denne endringen kan ha ført til at kodingen ikke tilfredsstillende kodekravene, noe som igjen gir lav aktivitet/produktivitet og lave inntekter.

2 Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD

Det er definert tre målområder:

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

2.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Redusere unødvendig ventetid	mål 2021	des.19	des.20	apr.21	mai.21	jun.21	jul.21	aug.21	aug.21					
									KIR	MED	MSK	BUK (som)	BUK (psyk)	VOP/TSB
Gjennomsnitt ventetid i dager	50 dager somatikk 30 dager BUP/VOP/TSB	54	50	52	50	55	49	61	68	51	71	62	53	43/28
Fristbrudd avviklede, antall pr mnd	0	62	21	46	32	36	29	52	20	24	1	4	3	
Fristbrudd andel avviklede per mnd	0	2,2 %	0,8 %	1,6 %	1,2 %	1,1 %	1,8 %	2,0 %	1,6 %	2,6 %	0,0 %	3,9 %	4,6 %	0,0 %
Antall som venter	reduksjon	7 534	6 416	6 240	6 392	6 349	6 737	6 429	3 829	1 659	388	187	66	187
Antall med ventetid over 1 år	0	42	33	11	8	23	21	19						
Andel telefon/videokonsultasjoner	Som: 10% PHV/TSB: 25%			14,9 %	14,5 %	12,5 %	12,8 %	9,5 %	3,3 %	10,9 %	6,0 %	9,0 %	24,5 %	13,1 %
Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp (OA1)	70 %	80 %	79 %	79 %	78 %	77 %	77 %							
Andel innen definert forløpstid	70 %	75 %	77 %	73 %	73 %	73 %	72 %							
Antall passert planlagt tid	reduksjon	4 834	4 774	2 681	3 244	3 236	3 210	4 237						
Andel passert planlagt tid %	<5%	8 %	9 %	5 %	6 %	6 %	6 %	7 %						
Antall passert planlagt tid (STHF egne tall)	reduksjon	5 051	4 545	2 616	3 058	3 271	3 543	4 059	1 673	1 864	3	361	41	71
Andel passert planlagt tid % (STHF egne tall)	<5%	16 %	14 %	8 %	10 %	10 %	11 %	12 %	13 %	11 %	1 %	13 %	23 %	16 %

Sykehuset har over noen år valgt å ha mer ambisiøse lokale mål for tilgjengelighet enn de nasjonale målene. For 2021 betyr dette mål for ventetider innen somatikk på 50 dager og 30 dager for BUP, VOP og TSB. I tabellen ovenfor er dette reflektert.

Ventelister og ventetider

Antall på venteliste og passert planlagt tid

Antall pasienter på total venteliste 54.892 for STHF viser en svak stigning hittil i år + 5 %. Flere pasienter får tildelt time. Over tid har Gyn og Hormon økt antall pasienter på venteliste (9 % og 12 %) siden nyttår. ØNH reduserer antall pasienter på venteliste sammenlignet med i fjor (-12 %).

Passert planlagt tid for sykehuset fortsetter å øke til 4.059, som delvis henger sammen med økt antall uten tildelt time.

Utviklingen i offisielle ventelisten har stabilisert seg siste 12 måneder, for august har vi 6.429 som venter. I samme periode viser ØNH størst reduksjon fra i fjor. Antall pasienter på venteliste innen PLAST fortsetter å øke.

Primær henvisninger

Antall elektive henvisninger mottatt i august er lavere enn tidligere år, men akkumulert høyere enn i fjor. Sammenlignet mot 2019 har vi en reduksjon på ca. 7 % for perioden jan-aug.

BUP, GYN og FER har stor pågang i forhold til tidligere år.

Øyeblikkelig hjelp for august er lavere enn på samme tid i fjor, og ligger ca 15 % lavere sammenlignet mot 2019 for perioden jan-august.

Ventetider

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter med påstartet behandling ligger for august på 61 dager for alle tjenesteområdene samlet, som er en økning fra forrige periode med 10 dager. Ventetid påstartet: somatikk 62 dager, VOP 43, BUP 53 og TSB 28.

Gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter for alle tjenesteområder er 67 dager, dette er tilsvarende som forrige periode. Ventetid ventende: somatikk 69 dager, VOP 26, BUP 28 og TSB 22.

Antall ventende over 1 år er for august 19 pasienter, redusert med 2 fra juli. Dette fordeler seg på PLAST (17), ØNH (1), Endo (1). Endringen fra august i fjor til i år viser en nedgang på 54 pasienter. PLAST har hatt størst reduksjon i samme periode med 55 pasienter.

Fristbrudd

Andel fristbrudd påstartet for tjenesteområdene samlet er nå på samme nivå som før Covid-19 (2,0 %).

MATA er en av avdelingene som har høyt antall fristbrudd, og følgende tiltak er iverksatt for å bedre situasjonen:

- overføre nyhenviste og kontroller koloskopi til avtalespesialist og privatklinikk
- har kveldspoliklinikk/lørdagspoliklinikk for å få unna truende fristbrudd
- opplæring av tre LIS2 i skopering

Planleggingshorisont og operasjoner

Sykehuset har et stort fokus på planleggingshorisont for operasjoner. Det har vært 3 % færre ø-hjelpsoperasjoner enn budsjettert i august, og 14 % færre elektive operasjoner. Både elektive og ø-hjelpsoperasjoner er på tilsvarende nivå som tidligere år. Det er ikke oppnådd full forventet effekt fra Operasjon 2020-prosjektet. Det er jobbet med rutiner og arbeidsprosesser, med fokus på god tilstandsavklaring av pasientene for å unngå strykninger, noe som vil medføre økt aktivitet fremover. Strykningsprosenten er 6,4 % i juli.

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

Samlede resultater (alle pakkeforløp) for siste 12 måneders periode viser 78 % av nye pasienter inkludert i pakkeforløp. 76 % av pasientene i pakkeforløp behandles innen standard forløpstid, som er noe høyere enn foregående 12 måneders periode (75 %). Mål på 70% er innfridd.

Urologi generelt har en god utvikling. Innen gynekologisk kreft har vi relativt få pasienter og tallene vil derfor svinge noe mer. Her er også sykehuset avhengig av samarbeid med OUS. Utviklingen her er også i hovedsak positiv. Forløpskoordinator og kreftkoordinator jobber aktivt for å få en god samhandling innen gynekologifeltet og dette synes å gi bedring i forløpstidene.

For føflekkreft (malignt melanom) oppnås 96 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid hittil i år. Her utføres hele forløpet ved STHF.

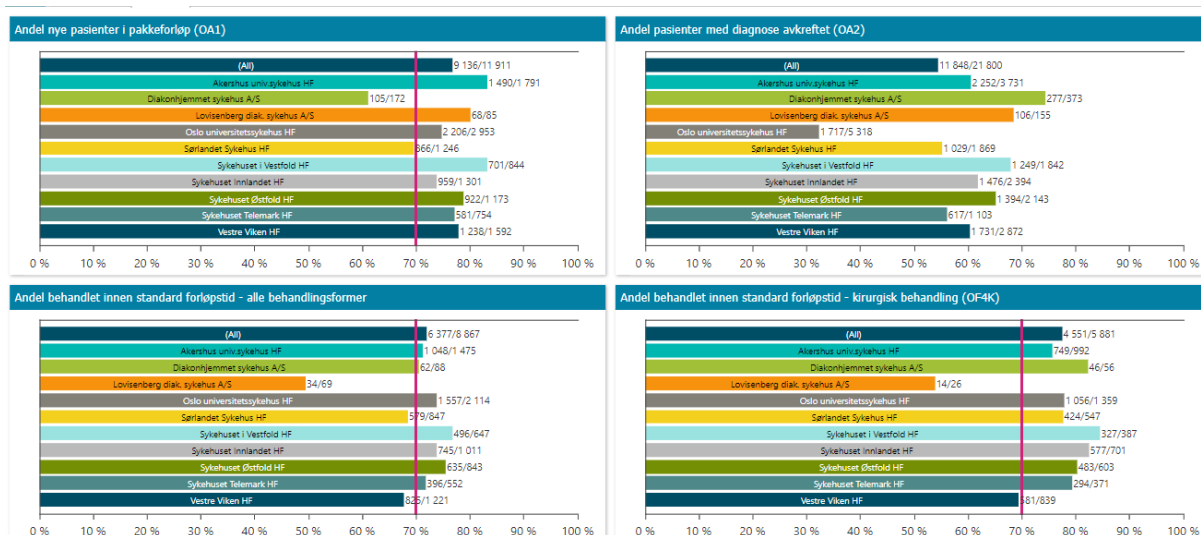
For lunge er kun 40 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid hittil i år. Resultatene er under måltall på 70%. Sykehuset jobber nå tett sammen med Sykehuset i Vestfold, tilgang på PET er i

utgangspunktet ikke lenger en utfordring, men den har vært stengt 3 uker i sommer. Medisinsk klinikk har startet et forbedringsarbeid på pakkeforløp lunge i samarbeid med kvalitetsavdelingen.

Innen hematologi blir kun 43 % av lymfomer behandlet innen standard forløpstid hittil i år. Pakkeforløp innen lymfomer er utfordrende for hele landet. Diagnostikken (flow cytometri) utføres ved patologisk avdeling ved OUS, og man venter ofte lenge på svar. Dedikert sykepleier og sekretær har nå fått forløpskoordinatoransvar og vil følge logistikken tett for å identifisere flaskehalsen som vi kan fjerne eller forbedre.

Innen tykk- og endetarmkreft er 75 % av pasientene inkludert i pakkeforløp hittil i år. 69 % av pasientene er behandlet innen standard forløpstid. Det jobbes aktivt med tiltak for å forbedre resultatene, blant annet formalisert samarbeid mellom seksjonslederne på Notodden, i Skien og i Kragerø for å fange opp og prioritere det som haster.

Figuren nedenfor viser samlet resultat for januar-august 2021:



I perioden januar-august 2021 er oppnådd andel behandlet innen standard forløpstid 72 %. Mål på 70 % er innfridd.

2.2 Prioritere psykisk helsevern og TSB

Prioriteringsregelen

Ventetider

I august måned isolert var ventetidene på de påstartede økende fra forrige måned, slik det er etter hver ferie. TSB økte til 28,2, VOP til 43,3 og BUP økte til 53,3.

Prioriteringsregelen målt i ventetid er hittil i år oppfylt innenfor VOP med sine 35 og TSB med 23,5 dager. BUP ligger på 37,9, noe som er 2,9 dager for lenge. Deler av årsaken er den store økningen av henvisninger innenfor barne- og ungdomspsykiatrien.

Kravet måles i absolutte tall, hvor ventetiden VOP skal være under 40, BUP under 35 og TSB skal ha ventetid lavere enn 30 dager.

Polikliniske konsultasjoner

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

Se avsnitt **3 Aktivitet** for detaljer om utvikling.

Bruk av tvang

Det er 203 tvangsinnlagte hittil i år, mot 223 i samme periode i fjor. Dette tilsvarer et gjennomsnitt på 0,15 per 1000 innbyggere. Med 1258 antall innlagte, så er andelen tvangsinnlagte på 16,1 % hittil i år. Andelen tvangsinnlagte var 17,2 % i samme periode i fjor.

Prioritere psyk.helsevern og TSB	mål 2021	2019	2020	Hittil 2021
Antall tvangsinnleggelser psyk./1000 innbyggere	lavere enn 2020	0,14	0,16	0,15
Andel tvangsinnleggelser	lavere enn 2020	14,3 %	17,4 %	16,1 %
Antall pasienter i døgnbehandling som har minst ett tvangsmiddelvedtak	reduseres	11	11	11

Pakkeforløp psykisk helsevern og TSB

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

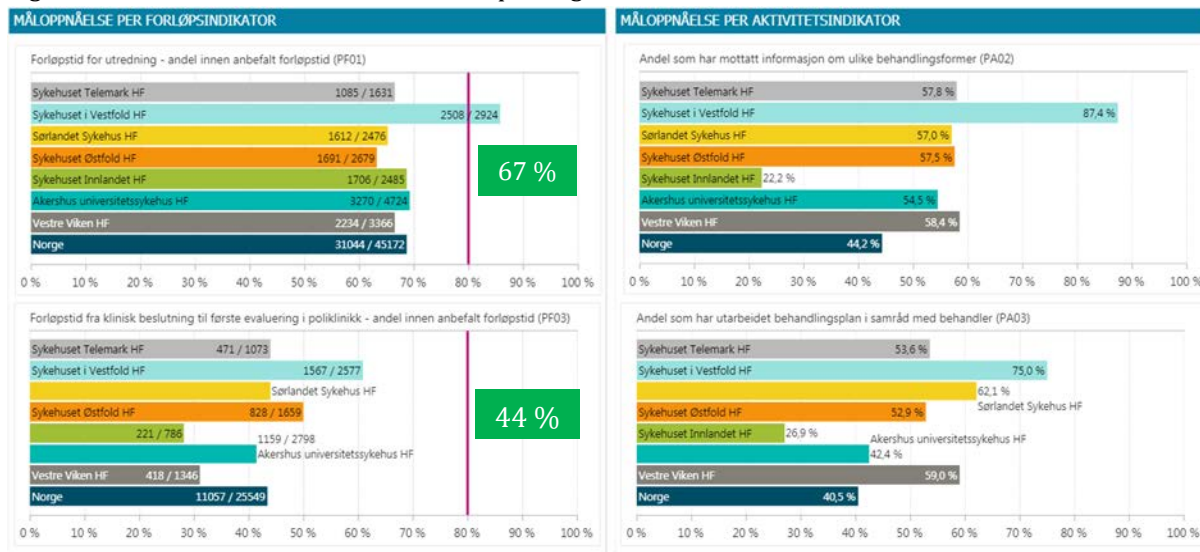
Det er store forskjeller i måloppnåelse innenfor de ulike pakkeforløpene hittil i år.

Hittil i år har STHF en måloppnåelse på 67 % på forløpstid for utredning. Dette er 13 % - poeng bak HSØ-målet, og 2 % - poeng bak landsgjennomsnittet. Det er kun forløpstid utredning innenfor TSB som innfrir målet. Der er måloppnåelsen på 88 % hittil i år.

Når vi kommer til parameteren for første evaluering ligger STHF på 44 % måloppnåelse, noe som er langt unna målet. Denne måleparameteren strever de fleste foretakene med, og STHF ligger 0,6 % - poeng over landsgjennomsnittet.

STHF ligger godt over landsgjennomsnittet når det kommer til måleparameterne «informasjon om ulike behandlingsformer» og «utarbeidet behandlingsplan i samråd med behandler».

Figuren under viser det samlede resultatet per august:



August	Målekort STHF	Denne periode			Hittil i år		
		Faktisk	Mål	Avvik	Faktisk	Mål	Avvik
	Pakkeforløp VOP - utredning	51	80	-29	70	80	-10
	Pakkeforløp TSB - utredning	-	80		88	80	8
	Pakkeforløp BUP - utredning	23	80	-57	59	80	-21

2.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	mål 2021	des.19							aug.21						
		des.19	des.20	apr.21	mai.21	jun.21	jul.21	aug.21	KIR	MED	MSK	ABK	BUK	VOP/TSB	
Sykehusinfeksjoner %	<3%				2,0 %										
Korridorpasienter - antall	0 %	121	66	65	53	82	73	74	17	57					
Korridorpasienter %	0,0 %	1,5 %	1,0 %	1,0 %	0,8 %	1,1 %	1,1 %	1,1 %	1,7 %	1,5 %					
Direkte time i %	100 %	84 %	85 %	85 %	86 %	84 %	80 %	77 %	83 %	66 %	100 %	0 %	89 %	82 %	
Antall åpne dokumenter > 14 dager	<2800	3 951	3 662	3 869	3 431	3 433	3 114	3 053	1 263	714	14	6	569	487	
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode	reduseres	1 068	794	959	1 218	1 103	673	908	275	427	6	10	150	40	
Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse	>30%	28 %	28 %	24 %	25 %	25 %	27 %	26 %		26 %					

Koronasituasjonen førte til endringer i resultatene på de fleste områder, og flere kvalitetsparametere viste bedring gjennom 2020. Lavere belegg gav færre korridorpasienter, antall åpne dokumenter ble redusert, og færre pasienter hadde åpen henvisningsperiode uten ny kontakt. Med økende aktivitet er de fleste indikatorene tilbake på nivået før pandemien, og lavdriftsperioden synes å bidra til ytterligere forverring. Uten en ekstra innsats for å gjennomføre forbedringer vil nok resultatene holde seg på samme nivå.

3 Aktivitet

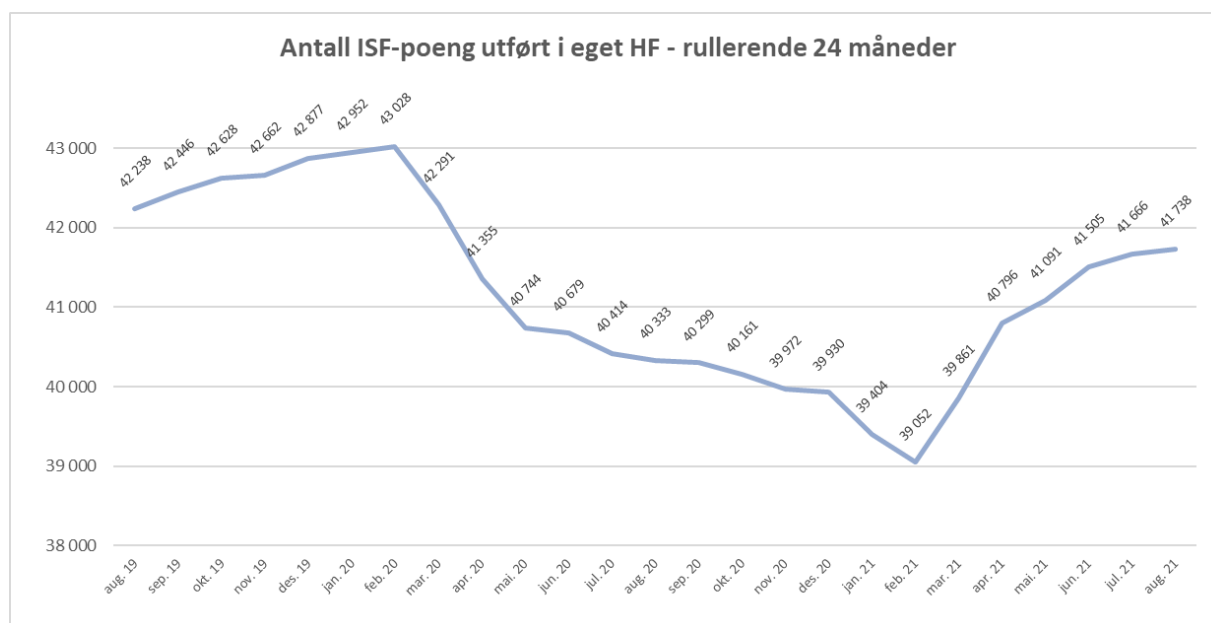
3.1 Somatikk

Koronasituasjonen påvirker fortsatt foretakets drift. Nivået på øyeblikkelig hjelp-pasienter innen medisin var i årets 5 første måneder betydelig lavere sammenlignet med budsjett og nivået før pandemien, men i juni, juli og til dels i august var nivået på tilnærmet samme nivå som i 2019. Samtidig er nivået på elektiv kirurgisk aktivitet kommet tilbake på budsjettetert nivå. Dette resulterer i at sykehuset for tredje måned på rad siden starten av pandemien kan registrere tilnærmet budsjettbalanse på måneds-regnskapet.

Antall døgnpasienter har per 8 måneder vært 14 % færre enn budsjettetert, og 5,5 % flere enn i fjor. Dette gir seg utslag i form av betydelig lavere ISF-inntekter enn budsjettetert.

Samlet budsjettavvik knyttet til ISF poeng sørge-for (dag, døgn, poliklinikk og legemidler) er hittil i år -1.879 poeng (-6 %). Dette avviket ville medført 44 millioner kroner i reduserte inntekter hvis det ikke var gitt korona-kompensasjon fra Regjeringen.

Grafen under viser hvordan DRG-poeng opptjent har avtatt som følge av lavere aktiviteten etter korona-utbruddet i mars måned 2020.



ISF-poeng somatikk											
	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2020	Budsjett 2021	ISF budsj.-avvik (1000 kr)
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%			
Kirurgisk klinikk	1 474	1 628	-154	-9%	12 549	13 212	-664	-5%	11 546	20 305	-15 505
Medisinsk klinikk	1 564	1 610	-46	-3%	12 800	13 894	-1 094	-8%	12 178	20 989	-25 559
BUK	226	234	-8	-4%	1 871	2 013	-142	-7%	1 678	3 050	-3 308
Akutt og beredskap	9	7	2	28%	67	63	5	7%	48	100	109
MSK	19	34	-15	-43%	231	244	-13	-5%	239	400	-292
Ernæringspoliklinikk	1	1	0	13%	16	6	10	155%	9	10	228
Ufordelt	2	-	2		19	-	19		-55	0	
SUM ISF-poeng utført ved STHF	3 295	3 514	-219	-6%	27 553	29 432	-1 879	-6%	25 643	44 853	-44 327
SUM ISF-poeng utført ved STHF "sørge-for"	3 321	3 533	-212	-6%	27 709	29 577	-1 869	-6%	25 712	45 068	
SUM ISF-poeng (inkl. legemidler, FBV) "sørge-for"	3 505	3 810	-305	-8%	29 654	31 791	-2 136	-7%	27 708	48 388	

Sykehuset Telemark	aug.21				Hittil i år				Endring HiÅ 2021 - 2020		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	Avvik i prosent	HiÅ 2020	Endring	%
Somatikk											
Antall utskrivninger døgnbehandling	2 029	2 279	- 250	-11 %	16 013	18 652	-2 639	-14 %	15 166	847	6 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	7 047	7 919	- 872	-11 %	55 949	64 819	-8 870	-14 %	47 571	8 378	18 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	2 178	1 954	224	11 %	17 837	16 727	1 110	7 %	15 774	2 063	13 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	13 500	13 620	- 120	-1 %	116 472	117 600	-1 128	-1 %	104 508	11 964	11 %

Aktiviteten i august 2021, målt i antall døgnopphold var 4% høyere sammenlignet med i fjor. Antall dagbehandlinger (hovedsakelig dialyse-behandlinger og cytostatika-kurer for kreftpasienter) har vært 11 % høyere enn budsjettet og august i fjor. Den polikliniske aktiviteten har vært likt som budsjettet og 2 % høyere enn i fjor.

Andel video- og telefonkonsultasjoner per 2. tertial er 8,5 %. Regional målsetting er 15 % totalt. Vår interne målsetting på 10 % for somatikk og 25 % for PHV/TSB gir en samlet andel på 15%.

Kirurgisk klinikk ligger 664 ISF-poeng bak budsjett pr august, som er en forverring på -154 poeng siden forrige rapportering. Avviket hittil i år anses å være i stor grad knyttet til endringer i ø-hjelpsgrunnlaget tidligere i år, og driftsforstyrrelser i forbindelse med koronasituasjonen. Dette gjelder avlyst kirurgi og behandling grunnet pasientsykdom, samt fravær hos pleiepersonell. Volumet fra Ø-hjelp er nå tilbake til et normalt nivå. Klinikken har imidlertid ikke oppnådd full effekt fra Operasjon-2020-prosjektet. Indeksene for dag- og døgnopphold har blitt svekket gjennom sommeren.

Aktiviteten i **Medisinsk klinikk**, målt i ISF-poeng, har hittil i år vært 1.094 poeng (-8 %) lavere enn budsjettet, men tilnærmet likt med samme periode i fjor. Avviket skyldes for en stor del den pågående pandemien; nivået på øyeblikkelig hjelp-pasienter er betydelig lavere enn budsjettet, dog har budsjettavviket vært moderat de siste 3 månedene. Den polikliniske aktiviteten var hittil i år 6 % lavere enn budsjettet og 4 % høyere enn i fjor. Antall dagbehandlinger (cellegift-kurer og dialysebehandlinger) har vært 11 % høyere enn budsjettet og 8 % høyere enn i fjor.

Barne- og ungdomsklinikken har et negativt budsjettavvik på -142 ISF-poeng (-7 %) hittil i år. Av dette skyldes om lag 70 poeng færre innleggelser på barneavdelingen. Resterende avvik er knyttet til friske nyfødte samt noe lavere poliklinisk aktivitet siste månedene pga sykefravær.

Medisinsk serviceklinik ligger 13 ISF-poeng (-5 %) bak budsjett hittil i år. Hele avviket skyldes driftsendringer i fertilitetsavdelingen i første halvår som følge av pandemisituasjonen.

3.2 Psykisk helsevern og TSB

Trykket innenfor BUP gjelder også den inneliggende aktiviteten. Den ungdomspsykiatriske sengeposten hadde riktignok en reduksjon i antall sykehusopphold og liggedager i august måned, men hittil i år har antall sykehusopphold økt med 4 % og antall liggedager har økt med 24 % målt mot fjoråret.

Døgnaktiviteten innen VOP og TSB har tatt seg opp kraftig opp de siste månedene, og i august måned isolert ligger antall liggedøgn 10 % over budsjett og 15 % over fjorårsnivået. Antall sykehusopphold ligger i august måned lavere enn både budsjett og målt mot fjoråret.

Hittil i år innenfor PHV/TSB samlet sett er det en økning på 10 % i antall liggedager, men det er 7 % færre sykehusopphold enn i samme periode i fjor.

ISF-poeng PHV og TSB utført ved STHF										
	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2020	Budsjett 2021
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%		
DPS nedre Telemark	287	291	-4	-1 %	2 128	2 381	-253	-11 %	2 981	3 768
DPS øvre Telemark	102	137	-35	-26 %	928	1 118	-190	-17 %	1 516	1 769
Psykiatrisk sykehusavdeling	52	29	23	77 %	365	241	124	51 %	378	381
Poliklinisk avdeling TSB og psykose	248	258	-10	-4 %	1 647	2 112	-464	-22 %	3 167	3 342
Raskere tilbake PHV og TSB (underlagt Medisinsk klinikk)	6	7	-1	-13 %	48	55	-6	-12 %	45	84
Klinikk for PHV og TSB + Raskere tilbake	695	722	-27	-4 %	5 116	5 906	-789	-13 %	8 087	9 345
Avdeling for barn og unges psykiske helse - ABUP	885	796	88	11 %	7 502	6 510	993	15 %	9 820	10 302
Barne- og ungdomsklinikken	885	796	88	11 %	7 502	6 510	993	15 %	9 820	10 302
SUM ISF psykisk helsevern og TSB på STHF	1 580	1 518	62	4 %	12 619	12 416	203	2 %	17 907	19 647

Sykehuset Telemark	aug.21				Hittil i år				Endring HiÅ 2021 - 2020		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	Avvik i prosent	HiÅ 2020	Endring	%
Somatikk											
Antall utskrivinger døgntilrettelagt	2 029	2 279	-250	-11 %	16 013	18 652	-2 639	-14 %	15 166	847	6 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	7 047	7 919	-872	-11 %	55 949	64 819	-8 870	-14 %	47 571	8 378	18 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	2 178	1 954	224	11 %	17 837	16 727	1 110	7 %	15 774	2 063	13 %
Antall inntekstgivende polikliniske opphold	13 500	13 620	-120	-1 %	116 472	117 600	-1 128	-1 %	104 508	11 964	11 %
VoP - Psykisk helsevern for voksne											
Antall utskrivinger døgntilrettelagt	116	133	-17	-13 %	906	1 048	-142	-14 %	990	-84	-8 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	2 781	2 489	292	12 %	20 194	20 583	-389	-2 %	18 766	1 428	8 %
Antall oppholdsdager dagbehandling											
Antall inntekstgivende polikliniske opphold	3 418	4 180	-762	-18 %	28 577	34 183	-5 606	-16 %	29 209	-632	-2 %
BUP - Psykisk helsevern for barn og unge											
Antall utskrivinger døgntilrettelagt	5	8	-3	-38 %	84	76	8	11 %	81	3	4 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	132	112	20	18 %	1 551	1 533	18	1 %	1 249	302	24 %
Antall oppholdsdager dagbehandling											
Antall inntekstgivende polikliniske opphold	2 776	2 414	362	15 %	23 368	19 742	3 626	18 %	19 506	3 862	20 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling											
Antall utskrivinger døgntilrettelagt	37	38	-1	-3 %	235	253	-18	-7 %	236	-1	0 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	276	287	-11	-4 %	2 077	2 334	-257	-11 %	1 633	444	27 %
Antall oppholdsdager dagbehandling											
Antall inntekstgivende polikliniske opphold	574	939	-365	-39 %	5 334	7 675	-2 341	-31 %	7 933	-2 599	-33 %

Antall konsultasjoner innenfor PHV og TSB pr. august var 7,0 % lavere enn budsjettet, men 1,1 % høyere enn fjoråret.

August isolert viser et negativt budsjettavvik på 10,2 %, men 6,9 % høyere enn august i fjor. Veksten er innenfor VOP og BUP, mens TSB viser stor nedgang.

Antall behandlere er redusert grunnet sykefravær, vakanser og rekrutteringsutfordringer innenfor VOP. Som følge av koronasituasjonen, er gruppebehandlingstilbudet redusert, noe som også påvirker aktivitetstallene innenfor VOP. Produktivitetstallene innenfor VOP var lave i starten av året, men var økende i 2. kvartal. Etter omorganiseringen i de polikliniske tjenestene i KPR så har ikke rapporteringen av fravær på terapeuter vært fullstendige, derfor har vi ingen god måleparameter på produktiviteten de to siste månedene.

Innenfor TSB er både aktivitets- og produktivitetstallene svært lave. Tallene stupte etter nyttår. Det ble gjort en endring i DIPS med virkning fra 1.1 som vi nå undersøker konsekvensen av. Kan virke som konsultasjonene har dreid seg over til aktivitet som ikke gir ISF-refusjon.

BUP viser derimot en særdeles høy aktivitet hittil i år, og ligger 18,4 % høyere enn budsjettert, og hele 19,8 % høyere enn per august i fjor. Den store økningen i antall henvisninger er håndtert med en økning i antall behandlere samt en stor produktivitetsøkning.

DRG-resultatene viser et samlet positivt avvik på 2 %. Aktiviteten innen VOP og TSB er lav (-13 %), mens BUP rapporterer et positivt avvik på hele 15 %.

August isolert viste et samlet positivt budsjettavvik på 4 %.

Som følge av pandemien, har andelen telefon- og videokonsultasjoner økt. Det er i 2021 satt et nasjonalt mål på 15 % og et internt mål om at andelen telefon- og videokonsultasjoner skal overstige 25 %. Hittil per august er andelen på 22,8 % på telefonkonsultasjoner alene, og har i tillegg en andel videokonsultasjoner på 5,1 %. Den regionale oversikten viser at vi ligger på samme nivå som gjennomsnittet i HSØ.

4 Bemanning - brutto månedsverk, samlet lønnskostnad og innleie

Brutto månedsverk som ble utbetalt i august var 3321, noe som er 4,1 % over budsjettert bemanningsforbruk og 1,0 % høyere enn i august i fjor. Det er i august utbetalt 15 månedsverk direkte knyttet til den økte beredskapen som følge av pandemien. Når vi trekker ut koronarelatert bemanning, er bemanningsforbruket fortsatt 116 brutto månedsverk høyere enn budsjettert i august måned. En del av dette skyldes at sykehuset for øyeblikket har 10 årsverk som er ekstern-finansiert og ikke budsjettert.

Enkelte av de somatiske avdelingene rapporterer et høyt sykefravær og en stor økning i brutto månedsverk. Det har samtidig vært høy aktivitet i hele den somatiske tjenesten og høyt antall korridorpasienter. Det er også et utvidet tjenestetilbud og kveldspoliklinikker på enkelte klinikker som krever økt bemanning.

Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er det en stor økning i bemanningen for å hensyn ta den økte henvisningsmengden.

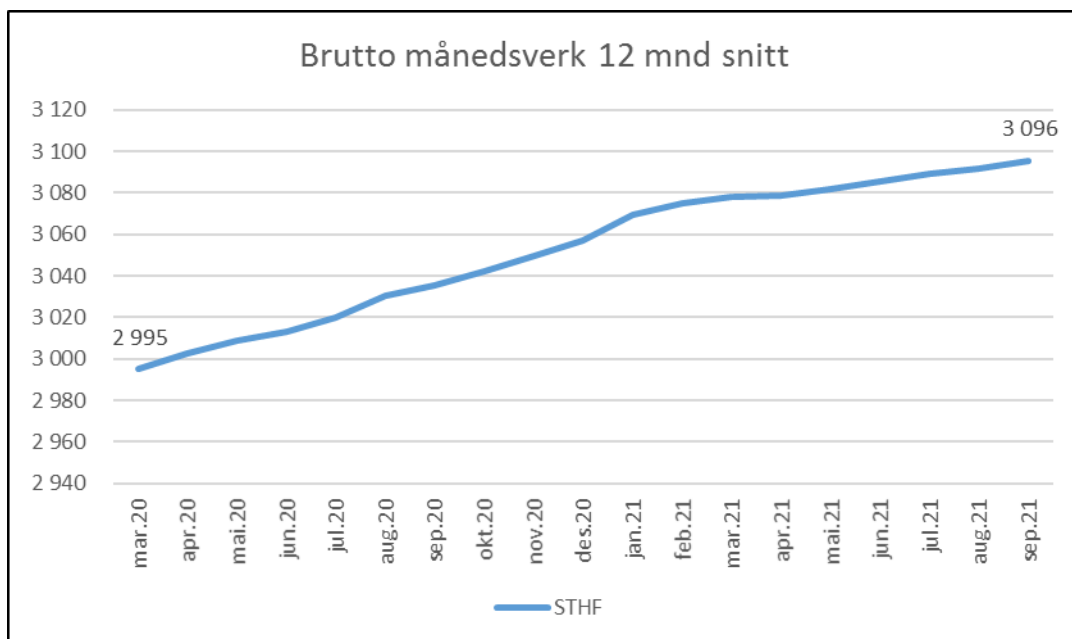
Som følge av mye restferie fra i fjor, så er det som forventet økt behov og forbruk av ferievikarer gjennom hele året. Dette er det ikke tatt tilstrekkelig høyde for i budsjettet.

Som følge av det ekstraordinært høye sykefraværet i desember, ble det utbetalt 143 flere brutto månedsverk i januar 2021 enn året før. Dette resulterte i en justering i det periodiserte bemanningsbudsjettet, hvor januar ble skrudd veldig høyt og de resterende månedene ble redusert.

Det er i budsjettet lagt en forventning om tiltak for å redusere kostnader og bemanning, men som følge av pandemien er implementeringen av disse tiltakene forsinket.

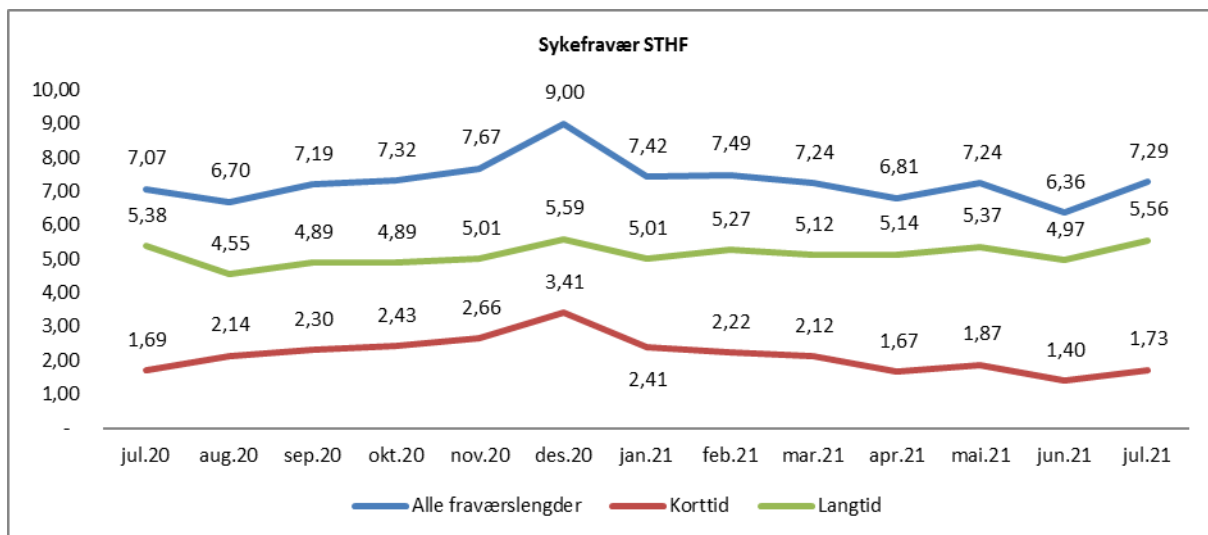
Hittil i år ligger bemanningen fremdeles høyere enn både budsjettert og målt mot fjoråret. Forbruket hittil er 83 årsverk høyere enn budsjettert, hvorav 34 er koronarelatert.

Som vist i graf under er det vekst i brutto årsverk gjennom hele pandemiperioden fra mars 2020. Denne veksten er høyere enn årsverkene direkte knyttet til pandemien, noe som understreker viktigheten av å holde fremdrift i sykehusets effektiviseringsarbeid også i den perioden vi er inne i.



Samlede lønnskostnader for egne ansatte utgjorde 1463,5 millioner kr per august, mot budsjett 1435,4. Dette er omlag 54 millioner kr høyere enn i 2020. Innleie utgjorde 16,1 millioner kr. per august, mot budsjett 10,8 millioner kr.

Tall for sykefravær rapporteres med en måneds forsinkelse. Som vist under økte sykefraværet betydelig i desember, noe som må sees i sammenheng med et høyt antall ansatte i karantene. Sykefraværet falt fra februar og utover, og sykefraværet var helt nede i 6,4 % i juni måned. Sykefraværet økte i juli, og ligger over sammenlignbar måned i fjor.



5 Økonomi

Sykehuset Telemark rapporterer et resultat på 33,1 millioner kr. pr. august, som er 0,3 millioner kr. lavere enn periodisert styringsmål.

Resultatet i august er 4,3 millioner kr., som er 0,1 millioner kr bedre enn periodebudsjettet. Det er budsjettavvik på flere områder og effektene som tilskrives koronapandemien er utlignet fullt ut gjennom bruk av ekstra bevilgninger. Det rapporteres høyere inntekter for utskrivningsklare pasienter, som sees i sammenheng med noe høyere lønnskostnader på sengepostene.

Koronasituasjonen har påvirket foretakets drift negativt med om lag 10 millioner kr. i august. Det rapporteres 5 millioner kr i Korona-effekter vedrørende inntekter, og de koronarelaterte kostnadene er på nivå med tidligere perioder. Aktiviteten i august har vært som tidligere år for denne feriemåned, men lavere enn budsjettet.

Hittil i år er det inntektsført 99,9 millioner kr. av øremerkede COVID-19 midler og det gjenstår 28,9 millioner kr. overførte COVID-19 midler fra 2020.

Regnskapsresultat pr. august 2021	regnskap juli	budsjett juli	avvik juli	Budsjett 2021	Prognose 2021	avvik 2021
Basisramme	1 689 671	1 646 200	43 471	2 494 916	2 567 676	72 761
Kvalitetsbasert finansiering	10 580	10 580	-	15 870	15 870	-
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	524 395	566 717	-42 323	860 598	809 904	-50 694
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	121 482	123 023	-1 541	190 427	190 427	-
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	40 671	40 016	655	63 321	63 321	-
ISF fritt behandlingsvalg	1 383	1 168	215	1 752	1 752	-
ISF refusjon pasientadministrerte legemiddel (H-reseptor)	45 445	51 703	-6 258	77 554	70 546	-7 008
Utskrivningsklare pasienter	12 407	8 500	3 907	12 750	14 750	2 000
Gjestepasienter	13 027	12 492	535	18 900	18 900	-
Konserninterne gjestepasientinntekter	62 898	63 093	-196	95 445	95 445	-
Polikliniske inntekter	68 610	69 334	-725	107 388	107 388	-
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake	-	-	-	-	-	-
Andre øremerkede tilskudd	101 151	31 902	69 249	47 808	150 308	102 500
Andre driftsinntekter	198 387	197 832	555	301 598	301 598	-
SUM DRIFTSINTEKTER	2 890 107	2 822 562	67 545	4 288 328	4 407 886	119 559
Kjøp av offentlige helsetjenester	31 546	28 683	-2 863	43 488	45 488	-2 000
Kjøp av private helsetjenester	83 062	81 733	-1 330	123 352	123 352	-
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	365 001	341 206	-23 794	515 527	553 527	-38 000
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	16 064	10 848	-5 216	15 218	22 218	-7 000
Konserninterne gjestepasientkostnader	219 528	194 614	-24 914	295 767	320 767	-25 000
Lønn til fast ansatte	1 274 177	1 263 887	-10 290	1 931 877	1 953 877	-22 000
Overtid og ekstrahjelp	80 378	65 117	-15 261	100 509	122 509	-22 000
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	241 790	205 888	-35 903	314 708	369 586	-54 879
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-86 199	-81 693	4 505	-122 061	-132 061	10 000
Annen lønn	195 140	188 047	-7 093	298 201	308 201	-10 000
Avskrivninger	73 204	74 066	862	111 710	110 710	1 000
Nedskrivninger	-	-	-	-	-	-
Andre driftskostnader	366 588	420 202	53 614	615 022	574 202	40 820
SUM DRIFTSKOSTNADER	2 860 281	2 792 598	-67 683	4 243 318	4 372 377	-129 059
DRIFTSRESULTAT	29 826	29 964	-138	45 010	35 510	-9 500
Finansinntekter	4 854	5 058	-204	7 527	7 027	-500
Finanskostnader	1 606	1 689	83	2 537	2 537	-
FINANSRESULTAT	3 248	3 369	-121	4 990	4 490	-500
(ÅRS)RESULTAT	33 074	33 333	-259	50 000	40 000	-10 000
Pensjonskostnader	-	-	-	-	-	-
RESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER	33 074	33 333	-259	50 000	40 000	-10 000

Under forutsetning at driftseffektene knyttet til koronapandemien ikke overskrider mottatt kompensasjon på årsbasis, rapporteres resultatprognose for året på 40 millioner kr., som er 10 millioner kr. svakere enn budsjettet resultat. Det er tatt høyde for merkostnader på ca. 15 millioner

kr. etter årets lønnsoppgjør, delvis kompensert av 5 millioner kr. høyere beløp til inntektsføring enn faktisk økte pensjonskostnader.

5.1 Klinikkene

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

Resultater pr. klinikk vises i tabellen under:

BUDSJETTAVVIK per august 2021	lønn	andre driftskostnader	driftsinntekter	Sum	herav akkumulert effekt korona
Kirurgi	-19 846	-1 871	-15 797	-37 515	-20 370
Medisin	-5 707	-4 963	-21 244	-31 913	-28 700
Barne- og ungdomsklinikken	357	-1 437	246	-835	-360
Akutt og beredskap	-4 959	-4 056	336	-8 679	-4 310
Medisinsk serviceklinikk	1 660	-12 454	397	-10 396	-7 360
Psykiatri og rus	3 746	-8 496	-2 147	-6 897	-6 070
Service og systemledelse	-6 129	-8 086	-999	-15 215	-8 590
SUM klinikker	-30 879	-41 363	-39 209	-111 451	-75 760
Administrasjon	2 514	6 073	-7 261	1 327	-660
Kjøp og salg av helsetjenester		-32 700	-4 061	-36 762	-23 090
- biologiske legemidler og kreftlegemidler		-6 020	-4 796	-10 816	
- gjestepasientoppgjør somatikk (inkl lab, rad)		-26 369	1 134	-25 235	
- psykiatri og TSB - gjestepasienter og fritt behandlingsvalg		-310	-399	-710	
Felles poster	5 494	64 227	76 905	146 627	99 510
BUDSJETTAVVIK per august 2021	-22 871	-3 763	26 374	-259	0

Avviket i **Kirurgisk klinikk** er pr august -37,5 millioner kroner som er en forverring fra forrige periode på 7,7 millioner kr. Avviket på inntektssiden utgjør -15,8 millioner kr., og gjelder hovedsakelig perioder med lav ø-hjelp tidligere i år, uregelmessigheter i drift og pasientgrunnlag knyttet til pandemien, samt noe lavere indekser enn budsjettet. Ø-hjelpen ser ut til å ha kommet tilbake til et normalt nivå, men klinikken har ikke klart å innfri budsjetterte effekter fra «operasjon 2020»-prosjektet. Avviket på kostnadssiden utgjør 21,7 millioner kr. og gjelder hovedsakelig lønn. Klinikken har en høy andel fødselspermisjoner og tilhørende vikarer, som sammen med sykefraværet fører til økt vikarbruk, overtid, og uforutsette vakter. Koronarelaterte kostnader utgjør 4 millioner per august. Total koronaeffekt inkludert inntektstap er 20,4 millioner kr.

Medisinsk klinikk har et negativt avvik på -31,9 millioner kroner per august. I all hovedsak relaterer dette seg til lavere ISF-inntekter fra øyeblikkelig hjelp-pasienter (ca. 24,5 millioner kroner) og lavere antall gjennomførte polikliniske konsultasjoner enn budsjettet (- 3,3 millioner kroner).

Varekostnadene knyttet dyre kreftmidler er per 8 måneder om lag 5 millioner kroner høyere enn budsjettet. Lønnskostnaden er tilnærmet innenfor budsjettet nivå hittil i år, hensyntatt at en lønnskostnader knyttet til nasjonal tarmscreening og en rekke FOU-prosjekter er eksternt finansierte.

Barne- og ungdomsklinikken har et negativt avvik på -0,8 millioner kroner per august. Av dette er 1,5 millioner kr knyttet til lavere ISF-inntekter fra øyeblikkelig hjelp pasienter på sengepost for barn. I avdeling for barn- og ungdomspsykiatri (ABUP) dekkes flere vakante legestillinger ved innleie, og

dette forklarer avviket på driftskostnader. ABUP har gjennom hele året hatt svært høy aktivitet og inntekter over budsjett dekker opp for økte kostnader.

Akutt og beredskapsklinikken har et resultat per august på -8,7 millioner kroner. Det er en økning i underskuddet på 3,2 millioner kroner i august. Avviket er hovedsakelig på lønn og vikarbyrå, og kan knyttes til ferieavvikling og høyt sykefravær på seksjoner med spesialkompetanse.

Økte kostnader til private ambulansestasjoner utgjør ca. 1 million kroner i august. Økningen skyldes økning i KLP-satsen til sykepleiere og ekstrabetaling for kjørte km. utover beregning for året.

Det er identifisert -4,5 millioner kroner knyttet til Covid-19, hvorav ca. 0,7 millioner kroner er knyttet til drift i Porsgrunn fredager.

Sykefraværet i klinikken i juli er 7,51 %, korrigert for effekten av Covid-19; 7,42 %.

Medisinsk serviceklinikkk har et negativt avvik på -10,4 millioner kroner per august, en forverring på 2,3 millioner kr i perioden. Koronaeffekten er beregnet til 7,4 millioner kroner, og skyldes i hovedsak reagenser til covid-19 analysene, samt noe inntektstap som følge av redusert aktivitet innen radiologi og fertilitetsbehandling. Høy aktivitet samtidig med langtidssykemeldinger har ført til økte innleiekostnader innen radiologi de siste månedene. Høye sykepengerefusjoner samt vakanser bidrar til lavere lønnskostnader i klinikken. Forsinkelser i automasjonsprosjektet gir høyere reagenskostnader enn budsjettet. Per august er merkostnadene 5,2 millioner kroner.

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling leverer et negativt budsjettavvik på 6,9 millioner kroner per juli. Dette er en resultatforverring på 0,9 millioner kroner. Prosjektførte koronakostnader utgjør 2,9 millioner per august. Dette er i hovedsak lønnskostnader på de lukkede akuttpostene. Den lave polikliniske aktiviteten i klinikken har gitt en mindreinntekt på 3,4 millioner hittil i år, og blir i sin helhet rapportert som en koronaeffekt. Aktiviteten på sengepostene har økt betraktelig de siste månedene. Dette har også medført høyere lønnskostnader. Forbrukte årsverk ligger per august 1,4 % lavere enn budsjettet nivå, men i august måned var det et merforbruk på 1,8 %. I disse tallene ligger også prosjektførte Covid-19 årsverkene som per august utgjør 5 årsverk.

Service- og Systemledelse har et resultat på minus 15,2 millioner kroner. Av dette er 8,8 million kroner ekstrakostnader som er relatert til Covid-19 og 3,4 million kroner knyttet til uløste effektiviseringstiltak. Det største avviket er innen MTU- diabetesutstyr området med minus 5 millioner kroner. Dette på grunn av en aktivitetsøkning hvor flere pasienter har gått over til ny teknologi på CGM (Continuous Glucose Monitoring) og pumper til bedre blodsukkerregulering. Klinikken bruker 18 årsverk over budsjett (derav 16 årsverk relatert til Covid-19 aktivitet) og 10 årsverk mer enn samme periode i fjor.

Administrasjonen har et resultat hittil i år om lag som budsjettet. Brutto årsverk er også som budsjettet.

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

6 Tertiørlise forhold

6.1 Forskning

Per 09. sep 2021 har STHF publisert 34 vitenskapelige artikler og en doktorgrad er avlagt så langt i år. Forskningsproduksjonen til sykehuset har de siste tre årene vært stabil, med rundt 60 artikler og gjennomsnittlig 2,5 doktorgrader per år. Dette er lavere enn ved andre helseforetak i regionen. I handlingsplan for forskning 2020-2022 har vi vedtatt en del tiltak for å øke forskningsproduksjonen. Vi har en målsetning om 70 årlige publikasjoner i 2022 og 8 nye doktorgrader (PhD) i løpet av perioden 2020-2022. (Vi hadde 2,25 nye PhDer i 2020). Som følge av tiltakene har flere forskningsprosjekter blitt igangsatt i 2020 og 2021. De nye prosjektene er finansiert med økte interne overføringer av forskningsmidler, men den viktigste finansieringskilden for de nye prosjekter har vært den betydelige økningen i overføring av eksterne forskningsmidler (7,5 mill), både fra HSØ og Forskningsrådet (NFR).

Det har også vært stort fokus på økt deltakelse i kliniske behandlingsstudier i henhold til nasjonal handlingsplan for kliniske studier som ble publisert i februar 2021. Vi har hatt en liten økning i deltakelsen i antall kliniske behandlingsstudier fra 2020. Vi har også initiert en stor internasjonal multisenterstudie med oppstart i september 2021 (PARASTOP-studien). For å imøtekomme de nasjonale føringene, og Riksrevisjonens forslag til tiltak for å gjøre norske sykehus mer attraktive for kliniske studier, har forskningsavdelingen ansatt en ny forskningsrådgiver med ansvar for å koordinere kliniske studier. Oppstarten av alle de nye forskningsprosjektene (vi har nå 25 pågående doktorgradsprosjekter), og tiltakene som er gjennomført for at en større andel av pasientene våre skal få tilbud om å delta i kliniske behandlingsstudier, vil resultere i et større publikasjonsvolum og flere forskningspoeng i løpet av neste fem-års-periode.

I henhold til forskningsplanen har vi også styrket samarbeidet med Universitetene, andre forskningsinstitusjoner som Folkehelseinstituttet og OUS og andre HF gjennom å initiere flere multisenterstudier og samarbeidsprosjekter. Vi har også opprettet flere akademiske bistillinger og forskerstillinger for lokale prosjektledere/forskningsveiledere og flere forskningsgrupper ved ST med solide forskningsnettverk er i ferd med å vokse fram. Vi har en målsetning om at alle forskere ved STHF skal tilhøre en forskningsgruppe som skal ledes av en representant i sykehusets forskningsutvalg. Det jobbes derfor med nytt mandat og sammensetning av forskningsutvalget.

For å kunne yte bedre forskningsstøtte til alle pågående prosjekter, har vi utvidet tilgangen til vitenskapelig litteratur, bestilt nye GDPR-tilpassede IKT-løsninger for forskning, bygget opp nytt kvalitetssystem, økt kompetansen om personvern innen forskning og leid inn en ekstra ressurs innen statistiske analyser fra regional forskningsstøtte (OCBE).

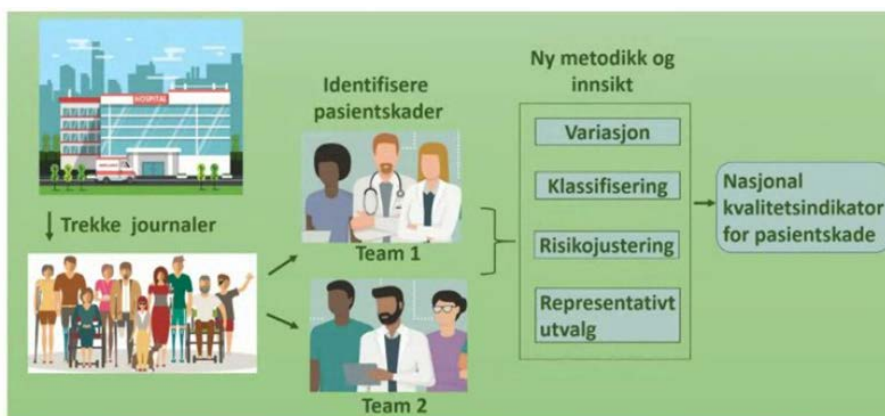
Med alle gjennomførte tiltak og økte ressurser til forskning beveger vi oss derfor sakte, men sikkert mot målsetningen om at andelen driftsmidler brukt til forskning skal øke fra 0,6 % til 1 % og at forskningsaktiviteten ved Sykehuset skal være på samme nivå som andre sammenliknbare helseforetak i HSØ.

6.2 Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring – I trygge hender 24/7

GTT

Sykehuset skal i henhold til Strategi 2020-2022 redusere andel pasientopphold med minst én pasientskade - alle alvorlighetsgrader, med 25 % fra 2017 til 2023 målt med Global Trigger Tool (GTT). Dette tilsvarer en reduksjon fra 15,8 % (2017) til 11,9 % (2023). I 2018 var GTT redusert til 9,2 %. I 2019 ble tallet ytterligere redusert til 6,7 %. Estimert for 2021 er tallet 7,9 %. Dette er en liten oppgang fra 2019, samtidig viser utviklingen at sykehuset vil nå målet. Kilde: Helsedirektoratet

Sykehuset Telemark deltar i et nasjonalt prosjekt i regi av Helsedirektoratet som skal videreutvikle GTT-metoden. Prosjektet skal bidra til økt legitimitet og økt bruk av GTT-resultatene i sykehusenes pasientsikkerhetsarbeid. Prosjektets hovedmål er å etablere en nasjonal kvalitetsindikator for pasientskade:



Måloppnåelsen forutsetter at pasientsikkerhetsarbeidet gis prioritet og følges opp over tid.

Prevalensundersøkelser

For å følge utviklingen i pasientsikkerhetsarbeidet tett, gjennomføres det prevalensundersøkelser 4 ganger pr. år. Tabellen under viser deltakelsen i undersøkelsen. Antall enheter totalt er endret pga. organisasjonsendringer.

Dato prevalensundersøkelse pasientsikkerhet	Antall enheter som besvarte prevalensundersøkelsen
19. Mai 2021	21/31
3. februar 2021	20/33
4. november 2020	27/33

Hver undersøkelse følges opp med egne «prevalensmøter» med seksjonene. Dette er en møteplass for forbedring av både resultatene og selve undersøkelsen. I tillegg legges resultatene fortløpende fram for administrerende direktørs ledergruppe. I 2. tertial vedtok ledergruppen å utvide undersøkelsen til å omfatte tavlemøter. Tavlemøter har til hensikt å skape tverrfaglig fokus på tett oppfølging av kjente risiko- områder i pasientbehandlingen.

Innsatsområdet NEWS

NEWS– tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand – følges opp med et eget kompetanseprogram under ledelse av NEWS-kordinator fra SIM-senteret.

Tabellen under viser opplæringsaktiviteten for NEWS instruktører i 2021:

Opplæring NEWS 2021	Antall gjennomførte NEWS kurs for instruktører	Antall gjennomførte kurs nye instruktører / antall målsatte kurs	Antall nye NEWS instruktører	Antall gjennomførte kurs re-opplæring / antall målsatte kurs	Antall reopplærte NEWS instruktører	Antall nettverksmøter for instruktører ved STHF
1.tertial	9	6/6	18	3/3	8	0
2. tertial	1	0/0	0	1/2	2	1

Antall deltakere per kurs er redusert av smittevern hensyn. I 2. tertial er kursaktiviteten for NEWS-instruktører redusert pga. få påmeldte. Instruktørene skal gjennomføre NEWS-kurs i egne enheter. Antall gjennomførte NEWS kurs for ansatte og antall ansatte som har gjennomført kursene foreligger ikke per 2. tertial og vil bli rapportert i etterkant. Registreringene må sees i sammenheng med innføringen av ny kompetanseportal.

Pasientsikkerhetsvisitter

På grunn av pandemien er det ikke gjennomført pasientsikkerhetsvisitter i 1. tertial. Etter planen vil visittene gjenopptas høsten 2021.

Forbedringsarbeid pakkeforløp lungekreft

Forbedringsarbeidet har som mål å redusere uønsket variasjon og sikre at minst 70 % av pasientene som er inkludert i pakkeforløp lungekreft, starter innenfor normert standard forløpstid uavhengig av behandlingsform (kirurgi, medikamentell og stråling).

Forbedringsarbeidet følger forbedringsmodellen og er et samarbeid mellom lungeavdelingen, kreftkordinator, analyseavdelingen og kvalitetsavdelingen (prosessveiledere). I perioden fra 20. mai til 26. august er det gjennomført 7 møter med forbedringsteamet for pakkeforløp lunge og et samarbeidsmøte med Cytostatika poliklinikken. Arbeidet har bestått i å gjennomgå eksisterende prosesser internt i STHF for å redusere uønsket variasjon og flaskehals for å redusere forløpstidene. Foreløpig resultat av forbedringsarbeidet legges frem for administrerende direktørs ledergruppe i september.

Regionalt innsatsteam for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (RIT) i Helse Sør-Øst bidrar med støtte og veileder fra A-hus. Arbeidet bygger også på tidligere forbedringsaktiviteter i forløpet.

Eksterne tilsyn og revisjoner

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

God forberedelse og oppfølging av tilsyn og revisjoner er en sentral del av det systematiske forbedringsarbeidet innen pasientsikkerhet og HMS. Det er et mål at tilsyn bidrar til læring på tvers i organisasjonen. Tilsyn og revisjoner følges derfor systematisk opp i direktørens ledergruppe, kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (KPU) og AMU.

Tabellen under gir en kortfattet oversikt med status for gjennomførte og pågående tilsyn og revisjoner per 2.tertial 2021:

Tid	Tilsyns-organ	Enhet	Tema	Funn	Status
2020-2021	Riksrevisjonen	STHF	Nasjonal Forvaltningsrevisjon av kliniske behandlingsstudier i helseforetakene		Rapport ble lagt fram for Stortinget i mai og inneholdt følgende konklusjoner: <ul style="list-style-type: none">•Pasienters tilgang til kliniske behandlingsstudier er ikke god nok.• Kliniske behandlingsstudier er ikke tilstrekkelig integrert i pasientbehandlingen.• Mange styrer i helseforetak og regionale helseforetak har lite oppmerksomhet rettet mot forskning.• Det er mulig å øke antallet kliniske behandlingsstudier og antallet studiepasienter som deltar i slike
April 2021 -	Statsforvalteren Vestfold og Telemark	Avd for barn og unges psykisk helse, ABUP	Landsomfattende tilsyn – Psykisk helsevern for barn og unge, poliklinisk virksomhet		Pågår
April 2021 -	Konsern-revisjonen i Helse Sør-Øst	KIR- Seksjon Ort sengepost MED- Seksjon kreft, palliasjon, blod	Legemiddelhåndtering		Pågår

Uønskede hendelser og klagesaker

Uønskede hendelser gir informasjon om tjenestene blir utført på en forsvarlig måte og om det skjer i samsvar med lovverket og sykehusets egne målsetninger.

Sykehuset arbeider kontinuerlig for å sikre god meldekultur.

Uønskede pasienthendelser legges hvert år fram i egen sak for ADs ledergruppe og sykehusets styre.

Tabellen under viser utvikling og status for uønskede pasienthendelser:

Rapportering	Uønskede pasienthendelser	Alvorlige pasienthendelser som er varslet til Statens helsetilsyn og Ukom (Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a)	Hendelsesanalyser etter alvorlige pasienthendelser - § 3-3a saker (ny rapportering 2021)
2018	934	22	
2019	1078	18	
1. tertial 2020	372	1	
2. tertial 2020	288	6	
3. tertial 2020	340	4	
2020	1036	16	
1. tertial 2021	356	6	2
2. tertial 2021	413	6	8

Antall registrerte uønskede pasienthendelser har økt fra 1. til 2. tertial.

Det er sendt varsel om 6 alvorlige pasienthendelser til Statens helsetilsyn og Ukom i 2. tertial. Dette er samme antall saker som i 1. tertial.

Som hovedregel skal alvorlige pasienthendelser følges opp med en hendelsesanalyse. Formålet er å sikre en grundig gjennomgang av hendelsesforløpet som skal bidra til læring og forbedring på systemnivå.

Det er registrert 8 nye hendelsesanalyser i 2. tertial.

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

Rapportering	Pasientklager	Hendelses-baserte tilsynssaker	NPE-saker
Resultat 2018	138	45	131
Resultat 2019	221	38	104
1.tertial 2020	53	11	34
2. tertial 2020	37	6	27
3. tertial 2020	61	14	34
Resultat 2020	151	31	95
1.tertial 2021	57	14	43
2. tertial 2021	63	8	35

Sammenlignet med 1. tertial er det en liten økning i antall pasientklager. Det kan sees en liten reduksjon i antall hendelsesbaserte tilsynssaker og NPE-saker. Om lag ¼ av NPE-sakene er relatert til covid 19.

Indikator for meldekultur

Utviklingen i antall medholdsaker NPE og om de er registrert som avvik, følges opp som en egen kvalitetsindikator for meldekultur. Kvalitetsindikatoren ble etablert som følge av NPE sin rapport «Undersøkelse av samsvar mellom NPE-saker og saker i sykehusenes avvikssystemer» fra 2019. Rapporten viste at sykehuset hadde stort forbedringspotensial for registrering av pasientskadeavvik. Den nye indikatoren skal bidra til at alvorlige pasientskader blir registrert og fulgt opp i tråd med gjeldende krav. Målingene tar utgangspunkt i saker med hendelsesdato etter 01.01.20

Indikator for meldekultur

Antall nye medholdsaker NPE hvert tertial som er meldt i avvikssystemet/ antall medholdsaker NPE hvert tertial					
Rapportering	STHF samlet	KPR	KIR	MED	ABK
2020-3.tertial	0/1	-	0/1	-	-
2021-1.tertial	3/5	-	0/2	2/2	1/1
2021-2.tertial	3/4	-	1/2	2/2	-

Resultatene for 2. tertial kan tyde på at antall medholdsaker som er blitt registrert som avvik, er økende. Tallene er fremdeles små og usikre.

Nytt forbedringssystem

Prosjektet er nå i full gang med oppsett og planlegging for driftssetting av det nye forbedringssystemet. Systemet vil gi forbedret støtte til sykehusets forbedringsarbeid innen kvalitet, pasientsikkerhet og HMS/arbeidsmiljø. Dette vil blant annet omfatte støtte til klassifisering av de uønskede hendelsene i tråd med Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser (NOKUP), statistikk, analyse og rapportering.

6.3 HMS og arbeidsmiljø

Sykehuset har ansvar for å sikre at de ansatte har et trygt og forsvarlig arbeidsmiljø og skal bidra til beskyttelse mot vold og trusler så langt det er mulig. Det er fokus på utvikling av det systematiske HMS arbeidet og flere HMS tiltak er igangsatt i perioden. HMS/ arbeidsmiljø og pasientsikkerhet skal ses i sammenheng og flere pågående HMS forbedringstiltak vil kunne bidra til det.

Nytt forbedringssystem EQS skal etter planen tas i bruk på nyåret 2022 og vil gi nye muligheter for registrering og rapportering på HMS hendelser innen de ulike kategoriene og bidra til bedre grunnlag for målrettet forbedringsarbeid.

Som del av tiltakene fra hendelsesanalysen Covid-19 smitteutbruddet i desember er det gjennomført psykososial støtte til direkte berørte ansatte og det er under etablering et konsept for oppfølging av ansatte etter alvorlige hendelser.

Prosjekt for opplæring av ansatte innen vold og trusler er godt i gang i somatiske enheter og har fått gode tilbakemeldinger som brukes i videreutvikling av varige opplæringstiltak.

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

HMS/ Arbeidsmiljøindikatorer pr. 2. tertial 2021			
Indikator/ tertial	3. tertial 2020	1. tertial 2021	2. tertial 2021
Fraværsskader	3	17	13
Antall registrerte HMS hendelser	171	97	130
Antall lukkede HMS hendelser	88	89	66
Antall registrerte vold og trusselhendelser (somatikk)	14	17	16
Antall registrerte vold og trusselhendelser (psykiatri)	81	49	60
Totalt antall vold og trussel hendelser registrert	95	65	76

Tall for fraværsskader er noe redusert fra 1. tertial. Det er ikke meldt om C-19 hendelser som grunnlag for fravær slik som siste tertial, men det er meldt flere hendelser innen vold og trusler og flere andre skader.

Antall registrerte HMS hendelser 2. tertial er gått opp fra siste tertial, og det skyldes bl.a. flere meldte vold og trussel-hendelser innen psykiatrien. Det er begrensede muligheter for uttak av årsaker til de ulike hendelsestypene fra TQM, men det ser ut til å være langt færre covid-19 relaterte meldinger.

6.4 Personvern og informasjonssikkerhet

Personvernombudet skal bistå dataansvarlige med å ivareta personvernet til pasienter, pårørende og sykehusets ansatte/innleide (de registrerte). Dette ivaretas ved å følge opp henvendelser fra de registrerte og ved rådgivning til delegerte dataansvarlige ved etablering av nye løsninger, vurdering av lovlighet ved etablerte behandlinger mv.

Det er flere store regionale IKT-prosjekter i oppstartsfasen, bl.a. statistisk logganalyse, dokumentdeling via kjernejournal, regional datavarehus (RDAP), digital status på henvisninger, digital dialog med pasientene mv. Personvernombudet er involvert i disse prosjektene for å bidra til at de registrertes personvern i tilstrekkelig grad er ivaretatt. Det er en utfordring at rettslig grunnlag og viktige personvernspørsmål avklares sent i prosessen i de regionale prosjektene.

Det er meldt ett avvik til Datatilsynet i 2. tertial 2021. Avvik som ble meldt til Datatilsynet i mai 2021 vedrørende brudd på taushetsplikt ved at pasientopplysninger kommer på avveie ved at lommer ikke tømmes ved oversendelse til vaskeriet. Data tilsynet har avsluttet saken uten videre tilsynsmessig oppfølging med henvisning til sykehusets egen oppfølging av saken. Det vises til ledergruppesak 31.08.2021 132-2021 Sensitive opplysninger og verdier gjenglemt i tøy – oppfølging av avvik.

Som ved forrige rapportering vurderes koronasituasjonen å bidra til risiko for forsinkelse i ordinære Ikt-prosjekter og STIM.

Regional protokoll etter Artikkel 30 er levert. Arbeidet med komplettering av protokollen videreføres, og systematikk og ansvars plassering for ajourføring av protokollen defineres. Ledergruppesak 14.09.2021.

Det planlegges et prosjekt som i steg 1 skal gjennomføre et kartleggingsarbeid innenfor flere sentrale områder. Det er besluttet nye sikkerhetskrav til skyløsninger. Dette gjelder bl.a. hvilke sikkerhetskrav som stilles ved anskaffelser av systemer/utstyr, løsningsdesign for leverandøraksess; hvordan er dette dokumentert, er løsningsdesign risikovurdert og hvilke rutiner finnes for internkontrolldatabehandleravtaler, samt vurdering av ansvarsforhold der det i dag er utfordringer med roller og ansvar med lokalt HF som databehandler men RHF som ansvarlig for regionale løsninger.

Vedlegg:

- Foretaksrapport STHF 2021_08

Foretaksrapport

**Sykehuset Telemark HF
august 2021**

Innhold

1. Oversikt og statusbilde

2. Kvalitet

3. Aktivitet

4. Prioritering av psykisk helsevern og rus

5. Bemanning

6. Økonomi/ finans

Oversikt

202108	Faktisk Hiå	Budsjett Hiå	Avvik Hiå	Avvik %	Årsbudsjett	Årsestimat	Avvik %
Økonomi (hele tusen)							
Driftsinntekter	2 890 107	2 822 562	67 545	2,4 %	4 288 328	4 407 886	2,7 %
Driftskostnader	2 860 281	2 792 598	67 683	2,4 %	4 243 318	4 372 377	3,0 %
Driftsresultat	29 826	29 964	-138	-0,5 %	45 010	35 510	
Finansresultat	3 248	3 369	-121	-3,6 %	4 990	4 490	
Årsresultat	33 074	33 333	-259	-0,8 %	50 000	40 000	
Aktivitet							
Polikliniske konsultasjoner							
Somatikk	116 472	117 600	-1 128	-1,0 %	182 123	180 000	-1,2 %
VOP	28 577	34 183	-5 606	-16,4 %	54 100	44 500	-21,6 %
BUP	23 368	19 742	3 626	18,4 %	31 250	36 500	14,4 %
TSB	5 334	7 675	-2 341	-30,5 %	12 150	9 000	-35,0 %
Bemanning							
Brutto månedsverk	3 095	3 013	-83	-2,7 %	3 012	3 075	-2,1 %
Somatikk	2 165	2 093	-71	-3,4 %	2 093	2 150	-2,7 %
VOP	530	540	9	1,7 %	539	528	2,0 %
BUP	161	153	-8	-5,3 %	153	160	-4,6 %
TSB	61	62	2	2,4 %	62	60	3,2 %
Prehospitale tjenester	162	147	-15	-10,1 %	147	160	-8,8 %
Annet	17	18	1	4,9 %	18	17	5,6 %

Målekort

202108	Målekort STHF	Denne periode			Hittil i år		
		Faktisk	Mål	Avvik	Faktisk	Mål	Avvik
Kvalitet							
Ventetid påstartet		61					
	Somatikk	62	50	-12	55	50	-5
	VOP	43	30	-13	35	30	-5
	BUP	53	35	-18	39	35	-4
	TSB	28	30	2	22	30	8
Ventetid venter		68					
	Somatikk	69	50	-19			
	VOP	26	30	4			
	BUP	28	35	7			
	TSB	22	30	8			
Andel kontakter passert planlagt tid		6 %	5 %	1 %	NA	NA	NA
Pakkeforløp kreft - andel behandlet innen standard forløpstid alle fag		66 %	70 %	-4 %	72 %	70 %	2 %
	Pakkeforløp VOP utredning	51 %	80 %	-29 %	70 %	80 %	-10 %
	Pakkeforløp TSB utredning	0 %	80 %	0 %	88 %	80 %	8 %
	Pakkeforløp BUP utredning	23 %	80 %	-57 %	59 %	80 %	-21 %
Korridorpasienter somatikk		1,1 %	0,0 %	-1,1 %			

Kommentarer:

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter med påstartet behandling ligger for august på 61 dager for alle tjenesteområdene samlet, som er en økning fra forrige periode med 10 dager.

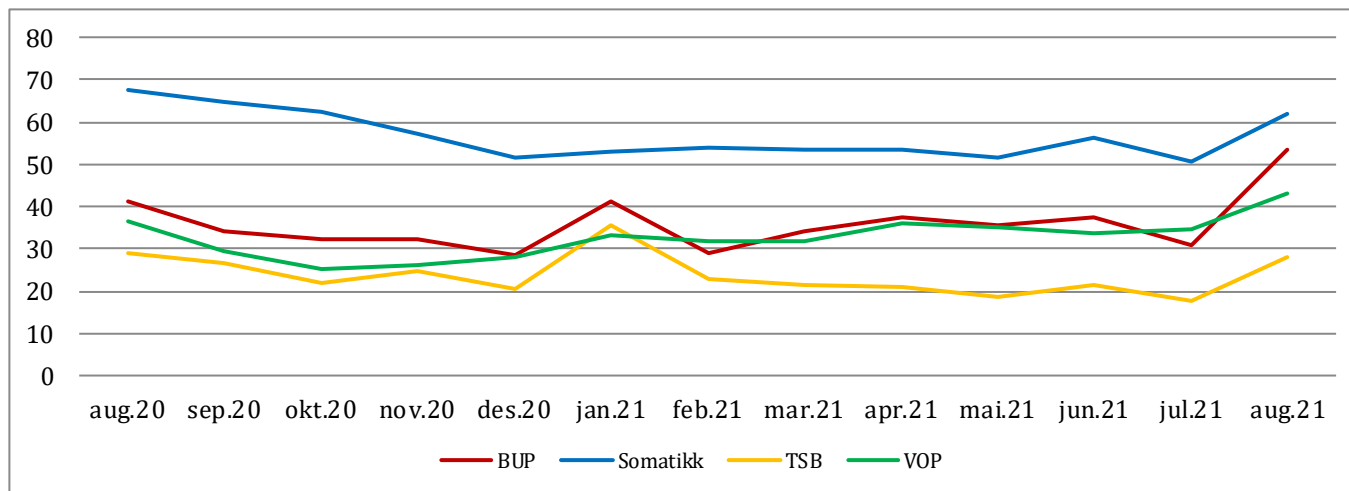
Gjennomsnittlig ventetider (påstartet og ventende) innenfor somatikken er bedre enn før pandemien. Innen VOP og BUP er ventetiden høyere enn samme tid i fjor. TSB er på nivå med august i fjor.

PHV/TSB har lave ventetider på de ventende i august måned, slik at ventetid påstartet forventes redusert de kommende månedene.

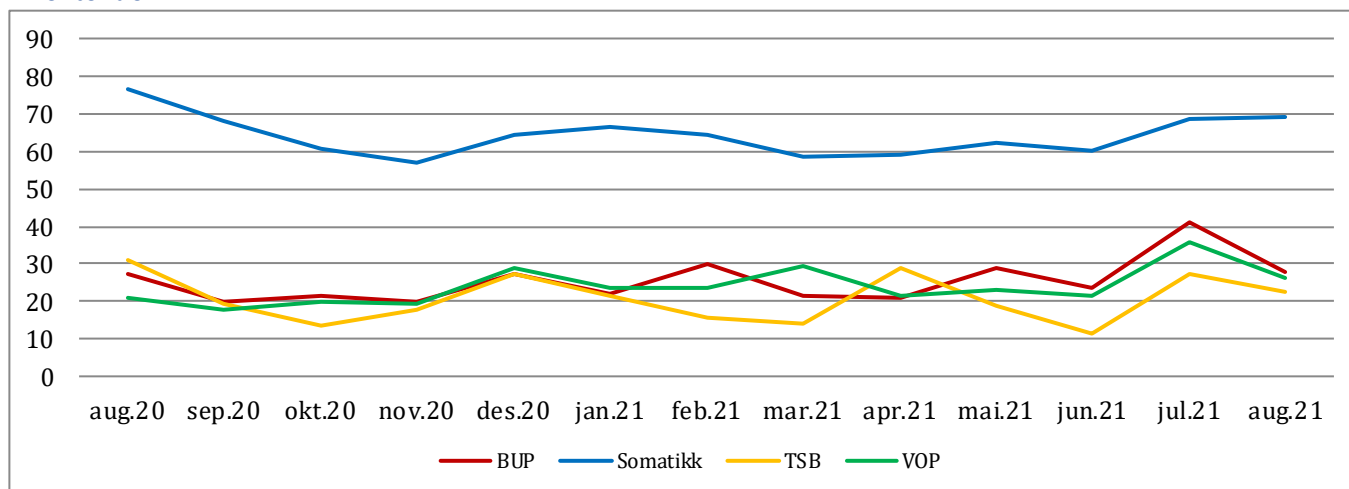
Prioriteringsregelen målt i ventetid er oppfylt innenfor VOP og TSB, mens prioriteringsregelen for aktivitet kun innfris innen BUP.

Ventetid

Påstartet



Ventende



Kommentarer:

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter med **påstartet** behandling ligger for denne perioden på 61 dager for alle tjenesteområdene samlet, som er en økning fra forrige periode med 12 dager.

Somatikk har 62 dager som er en økning på 11 dag

Psykisk helsevern voksne (VOP) har 43 dager som er en økning på 8 dager

Tverrfaglig spesialist rusbehandling (TSB) har 28 dager som er en reduksjon på 11 dager

Barne- og ungdomspsykiatrisk (BUP) har 53 dager som er en økning på 22 dag

Gjennomsnittlig ventetid for **ventende** pasienter for alle tjenesteområder er 67 dager, dette er likt med forrige periode

Somatikk har 69 dager, dette er likt med forrige periode

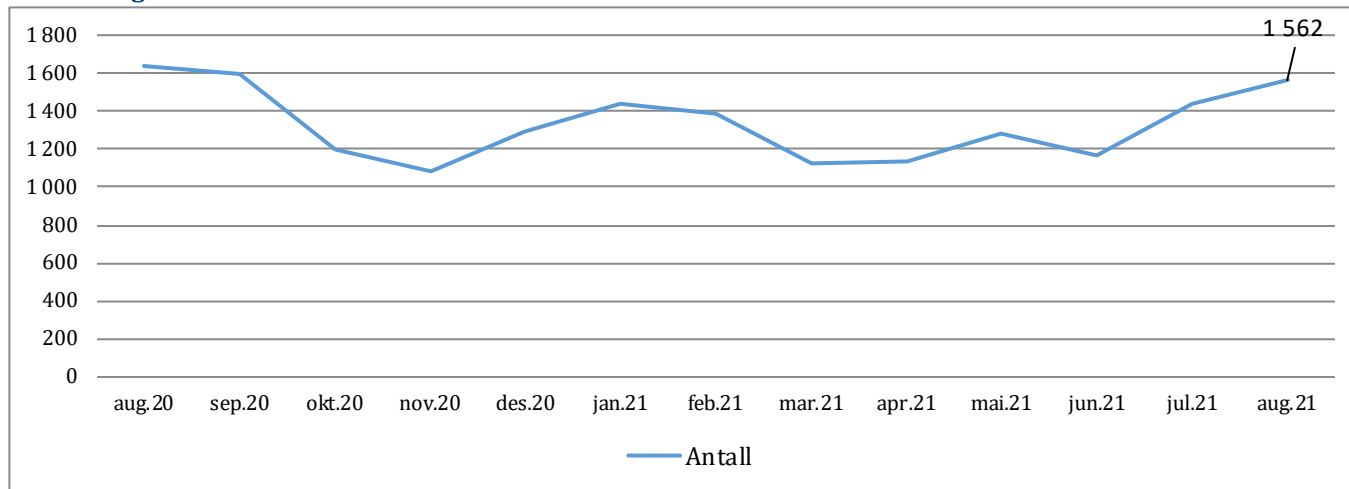
Psykisk helsevern voksne (VOP) har 26 dager som er en reduksjon på 10 dag

Tverrfaglig spesialist rusbehandling (TSB) har 22 dager som er en reduksjon på 5 dager

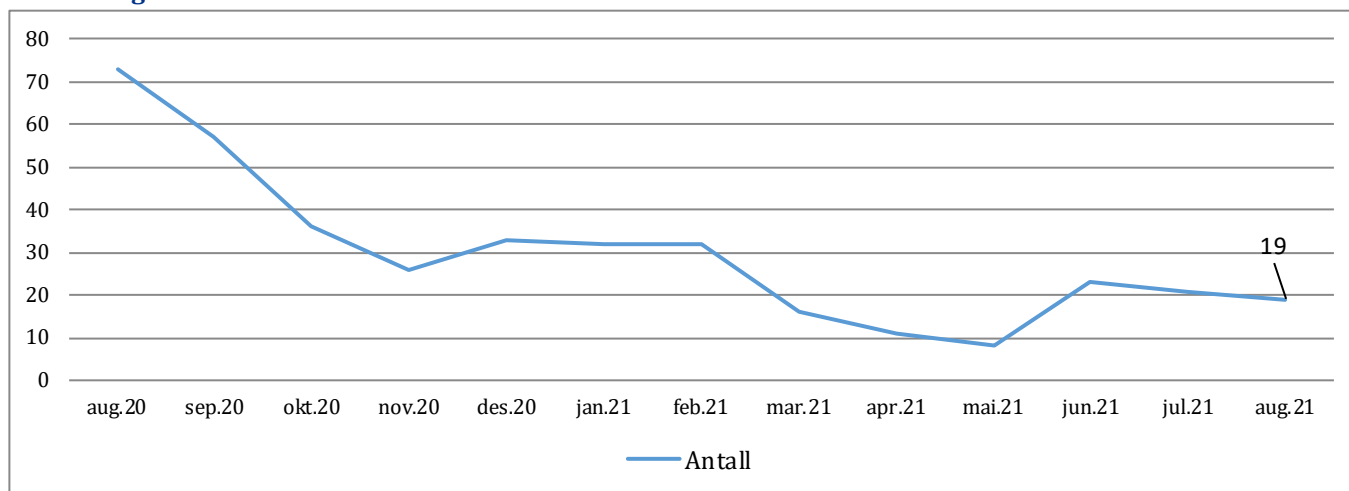
Barne- og ungdomspsykiatrisk (BUP) har 28 dager som er en reduksjon på 13 dag

Pasienter som venter

Venter og ventet mer enn 3 måneder.



Venter og ventet mer enn et år.



Kommentarer:

Utviklingen i offisielle ventelisten har stabilisert seg siste 12 måneder, for august har vi 6.429 som venter, dette er en reduksjon på 4,6 %. I samme periode viser ØNH størst reduksjon fra i fjor med 30 %, men har økt litt i siste periode. PLAST har økt antall pasienter på venteliste med ca. 10 % siste 12 måneder.

Sykehuset har en økning på 119 pasienter som venter mer enn 3 mnd. fra forrige periode. Sammenlignet med samme periode i fjor har vi en reduksjon på 72 pasienter som venter.

Ventet mer enn tre mnd (90 dg), her er det 5 fagområder med størst antall (denne periode/forrige periode):
Plast (696/675), ØNH (295/272), Fert (135/110), GYN (105/77), Nevro (87/74)

Ventet mer enn ett år (o/365dg)

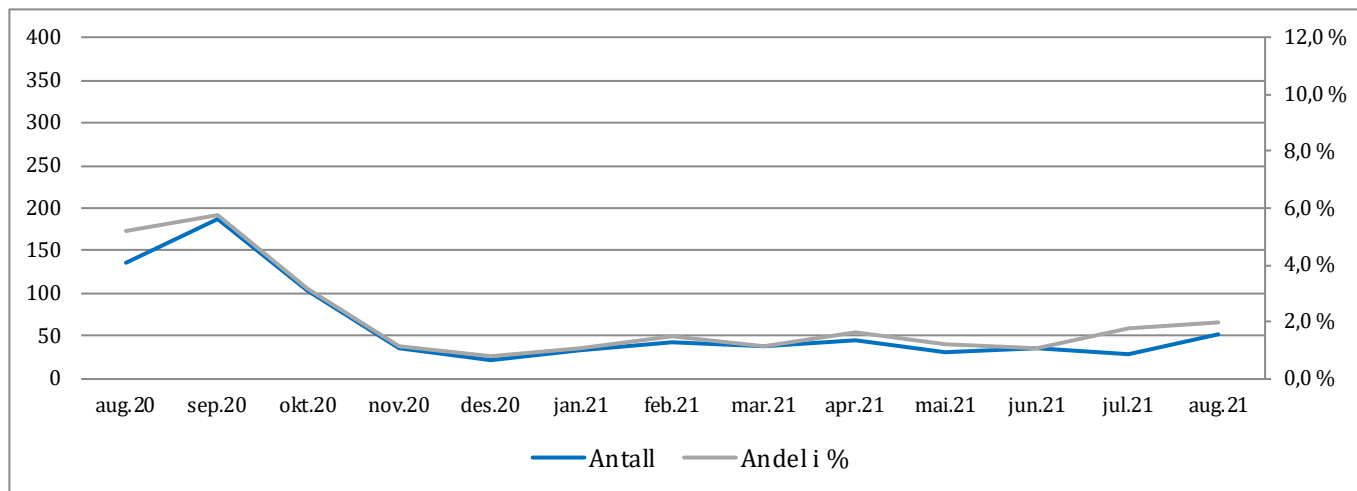
Antall ventende over 1 år reduseres fra 21 pasienter i juli til 19 pasienter i august

Endringen fra august i fjor til i år viser en nedgang på 54 pasienter.

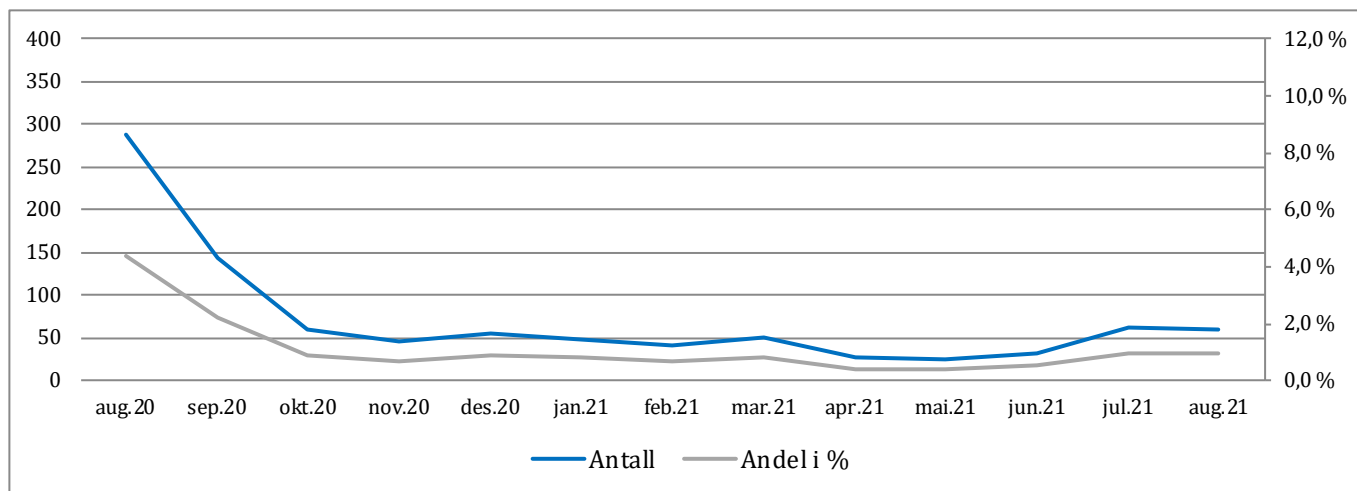
Dette fordeler seg på Plast (17), Endo (1), ØNH (1)
PLAST har hatt størst reduksjon i samme periode med 38 pasienter

Fristbrudd

Påstartet



Ventende



Kommentarer:

Andel fristbrudd **påstartet** for alle tjenesteområder er nå på samme nivå som før Covid-19 (2 %), men en liten økning fra forrige periode

Andel fristbrudd **ventende** for alle tjenesteområder er nå på samme nivå som før Covid-19 (0,9 %), ingen endring fra forrige periode.
Fra samme periode i fjor til i år har vi en reduksjon på 3,4 % poeng.

Forklaring:

Fristbrudd:

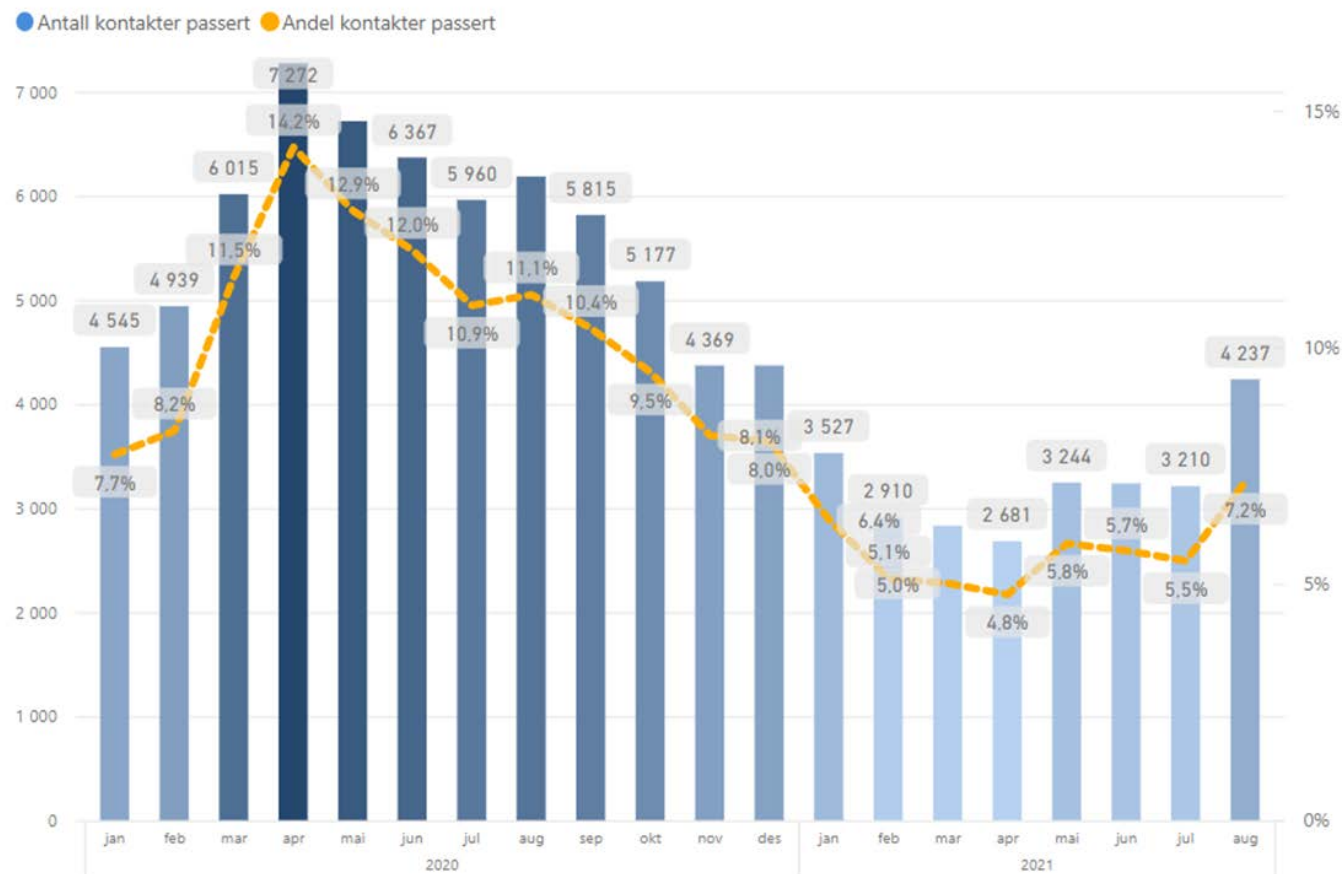
Frist for start helsehjelp:

Dato settes av lege som vurderer henvisningen.

Denne settes i henhold til prioriteringsveiledere, men med en individuell vurdering av hver pasient.

Dato er siste frist for å starte helsehjelpen som pasienten er gitt rett til (utredning eller behandling)

Passert planlagt tid



Kommentarer:

Passert planlagt tid ved Sykehuset Telemark (7,2 %) som er under gjennomsnittet i regionen, og lavest andel i forhold til øvrige HF i HSØ (11 %). Det betyr at 93 % av pasientavtalene holdes i sykehuset. Målet er 95 %.

Passert planlagt tid for sykehuset viser en markant økning i august på 4.237, som delvis henger sammen med økt antall uten tildelt time.

Andel passert planlagt tid i august er på 7,2 % som er en nedgang fra forrige periode. Fagområder med flest passert planlagt tid (denne periode/forrige periode): ØNH (759/672), Mata (526/562), Hjerte (529/393), Plast (594/368), Nevro (410/337)

Forklaring:

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

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

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

Pasientsikkerhet*

Sykehuset Telemark HF	Snitt 2020	jun.21	jul.21	aug.21
Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning til vurdering av henvisning er fullført.				
Gjennomsnitt vurderingstid (dager)	1,7	1,51	1,83	1,94
Antall henvisninger vurdert	5 643	6 464	4 325	5 173
Andel vurdert innen 10 virkedager	98,0 %	98 %	96 %	97 %
Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle				
Totalt antall som er mer enn 14 dager gamle	3 201	3 433	3 114	3 053
Herav antall legedokumenter	1 624	1 602	1 537	1 561
Herav antall sykepleierdokumenter	760	672	596	655
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	1 044	1 103	673	908
Andel direkte time (Rapporteres en måned på etterskudd)	82,3 %	80,3 %	77,1 %	

*Glemt av sykehuset.

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

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

Kommentarer:

Gjennomsnitt vurderingstid av henvisninger er tilbake på et normalt nivå, og i snitt ligger vi på ca. 1,94 dager

Andel vurdert innen 10 dager av henvisninger er tilbake på et normalt nivå, og i snitt ligger vi på ca. 97 %, likt som tidligere perioder.

Åpne dokumenter som ikke er godkjent er redusert fra forrige periode med 61 dokumenter (3.053). Fortsatt har vi åpne dokumenter fra 2018.

Innen Somatikk er det fagområdene Ortopedisk (355), ØNH (305), FØB (195) og Plast (170) som har en stor andel.

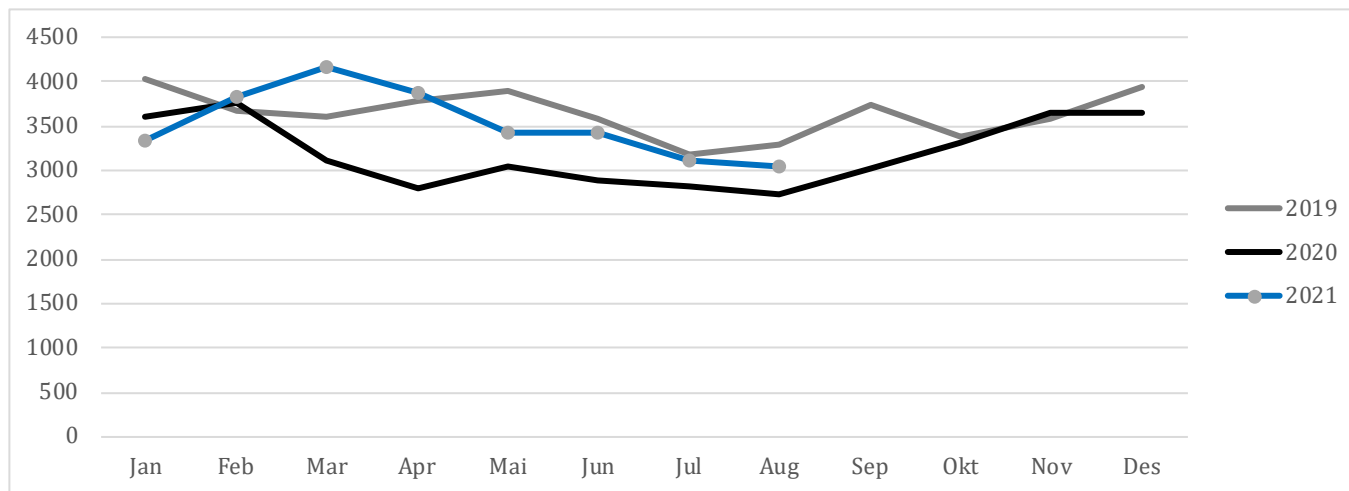
Innen Psykiatri er det Barne- og ungdomspsykiatrien (366) og DPS voksen som har størst antall dokumenter som er åpne (407)

Åpen henvisning uten planlagt kontakt:

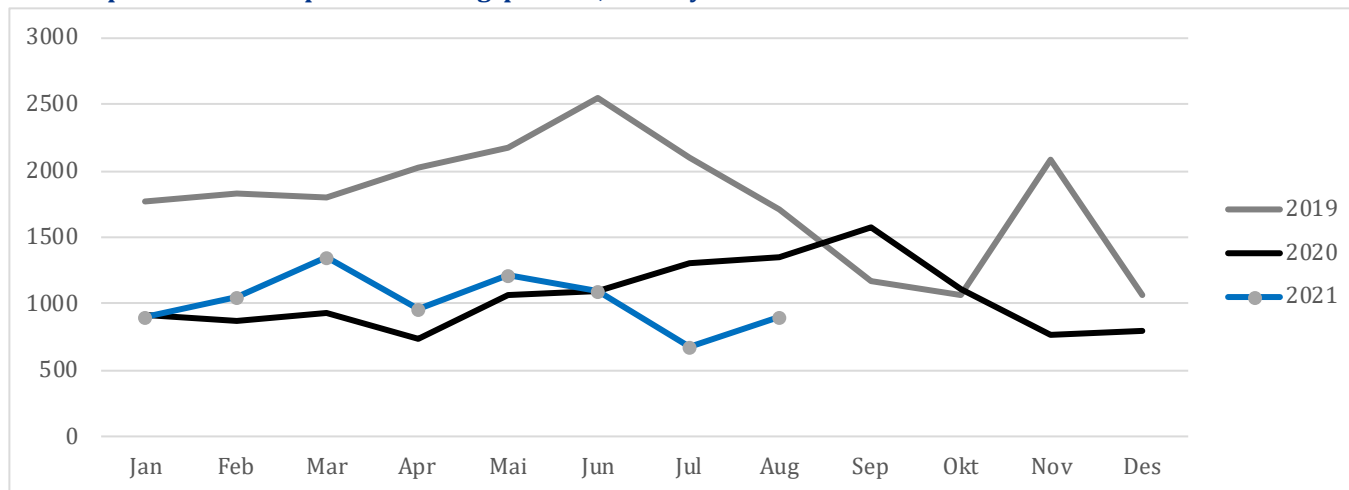
Fagområder med høyeste antall ved utgangen (denne periode/forrige periode):
Mata (80/125), Hjerte (137/45), BUP (123/150), Blod og kreft (92/85) og GAS (110/23)

Pasientsikkerhet*

Totalt antall åpne dokumenter som er mer enn 14 dager gamle.



Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt.



Kommentarer

Se foregående foil

Forklaring

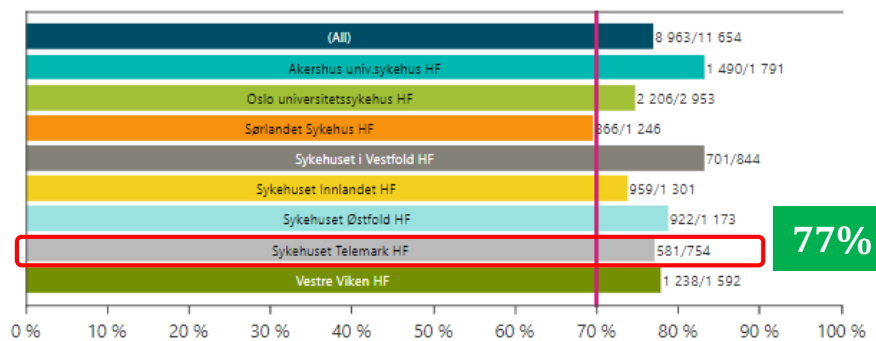
«Åpne dokumenter» vil si dokumenter som ikke er godkjente. Dette er en kladd, og er ikke ferdigstilt.

«Åpen henvisning uten planlagt kontakt» vil si at en pasient har vært på sykehuset til en time, men pasienten har ikke fått en ny time eller er satt tilbake på venteliste (ref. foil foregående foil).

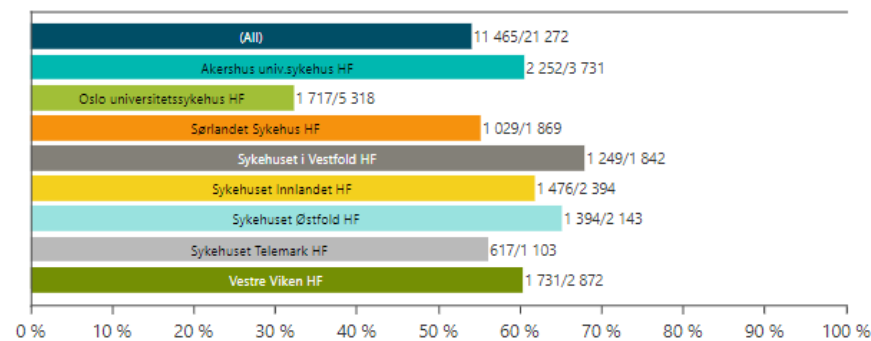
Pakkeforløp Kreft

(Resultat hittil i år, alle forløp. Mål = 70%)

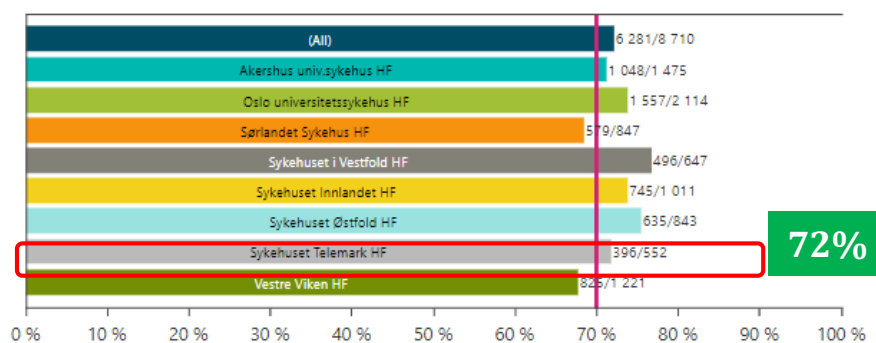
Andel nye pasienter i pakkeforløp (OA1)



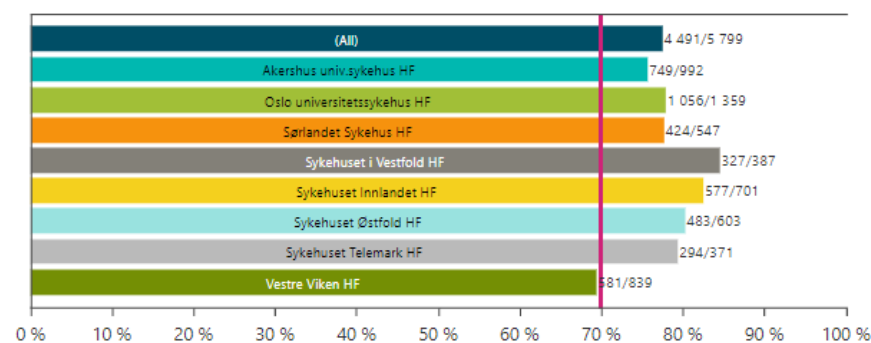
Andel pasienter med diagnose avkreftet (OA2)



Andel behandlet innen standard forløpstid - alle behandlingsformer



Andel behandlet innen standard forløpstid - kirurgisk behandling (OF4K)



Kommentarer:

I perioden januar-august 2021 er oppnådd andel behandlet innen standard forløpstid 72 %. Mål på 70 % er innfridd.

Pakkeforløp Kreft

Pakkeforløp	2021-08			Hittil i år		
	Antall	Herav innen std forløpstid	% Innen std forløpstid	Antall	Herav innen std forløpstid	% Innen std forløpstid
Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi	-	-	0 %	2	-	0 %
Blærekreft	4	4	100 %	43	39	91 %
Brystkreft	8	6	75 %	77	63	82 %
Buspyttkjertelkreft	1	1	100 %	11	7	64 %
Eggstokkreft (ovarial)	2	1	50 %	9	6	67 %
Kreft hos barn	1	1	100 %	4	4	100 %
Kreft i spiserør og magesekk	1	-	0 %	5	2	40 %
Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)	-	-	0 %	-	-	0 %
Livmorhalskreft (cervix)	1	1	100 %	5	3	60 %
Livmorkreft (endometrie)	1	-	0 %	13	9	69 %
Lungekreft	8	2	25 %	67	27	40 %
Lymfomer	3	1	33 %	21	9	43 %
Malignt melanom	17	17	100 %	106	102	96 %
Myelomatose	-	-	0 %	3	1	33 %
Neuroendokrine svulster	-	-	0 %	1	1	100 %
Nyrekreft	4	1	25 %	24	17	71 %
Peniskreft	1	1	100 %	1	1	100 %
Primær leverkreft (HCC)	-	-	0 %	1	1	100 %
Prostatakreft	4	3	75 %	85	57	67 %
Skjoldbruskkjertelkreft	-	-	0 %	4	1	25 %
Testikkelkreft	-	-	0 %	3	-	0 %
Tykk og endetarmskreft	5	5	100 %	62	43	69 %
Total	61	44	72 %	547	393	72 %

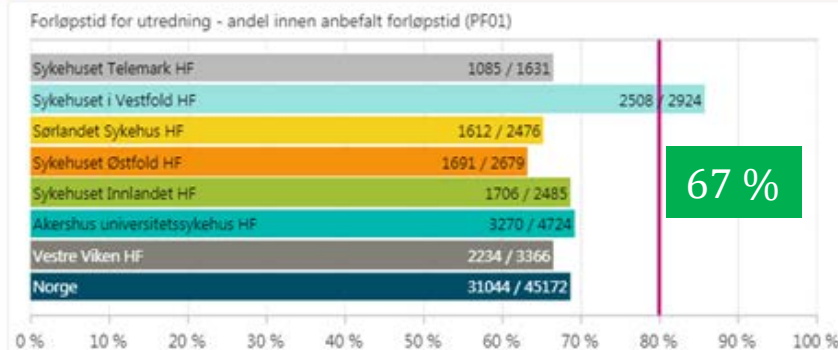
Kommentarer:

For lunge er kun 40 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid hittil i år. Resultatene er under måltall på 70%. Sykehuset jobber nå tett sammen med Sykehuset i Vestfold, tilgang på PET er i utgangspunktet ikke lenger en utfordring, men den har vært stengt 3 uker i sommer. Medisinsk klinikk har startet et forbedringsarbeid på pakkeforløp lunge i samarbeid med kvalitetsavdelingen.

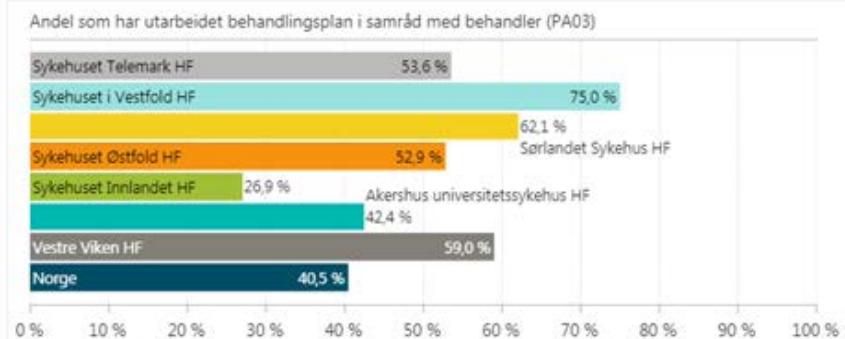
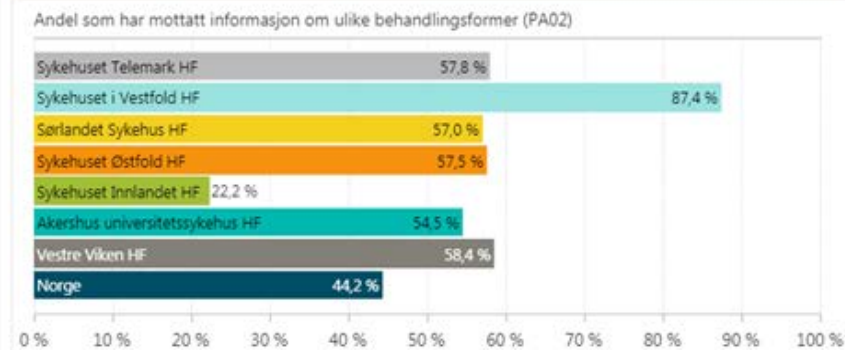
Innen hematologi blir kun 43 % av lymfomer behandlet innen standard forløpstid hittil i år. Pakkeforløp innen lymfomer er utfordrende for hele landet. Diagnostikken (flow cytometri) utføres ved patologisk avdeling ved OUS, og man venter ofte lenge på svar. Dedikert sykepleier og sekretær har nå fått forløpskoordinatoransvar og vil følge logistikken tett for å identifisere flaskehalsen som vi kan fjerne eller forbedre.

Pakkeforløp PHV/TSB

MÅLOPPNÅELSE PER FORLØPSINDIKATOR



MÅLOPPNÅELSE PER AKTIVITETSINDIKATOR



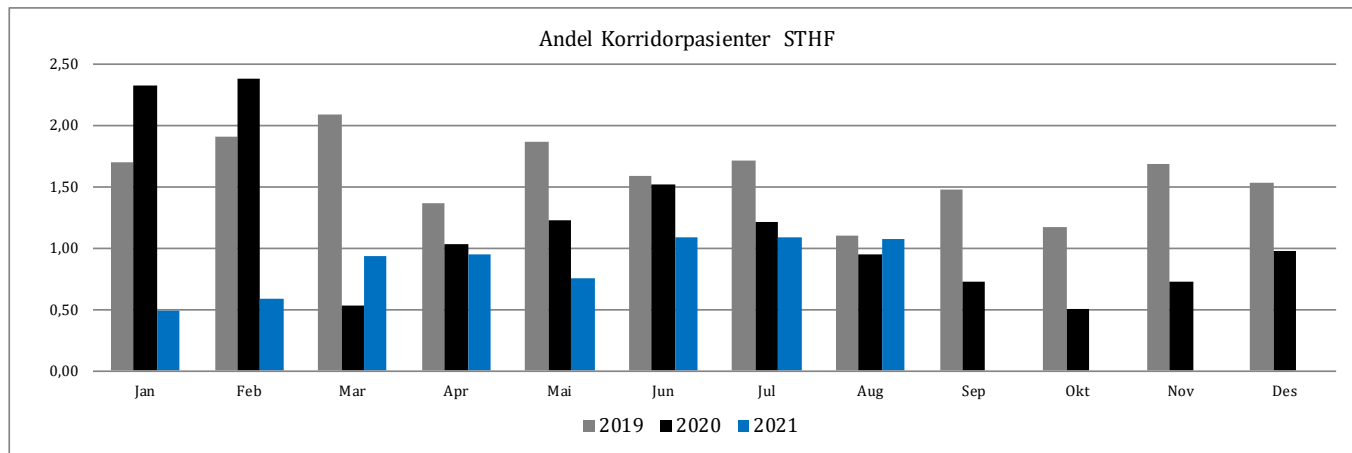
Kommentarer:

Hittil i år har STHF en måloppnåelse på 67 % på forløpstid for utredning. Dette er 13 % - poeng bak HSØ-målet, og 2 % - poeng bak landsgjennomsnittet. Det er kun forløpstid utredning innenfor TSB som målet er innfridd. Der er måloppnåelsen på 88 % hittil i år.

Når vi kommer til parameteren for første evaluering ligger STHF på 44 % måloppnåelse, noe som er langt unna målet. Denne måleparameteren strever de fleste foretakene med, og STHF ligger 0,6 % - poeng over landsgjennomsnittet.

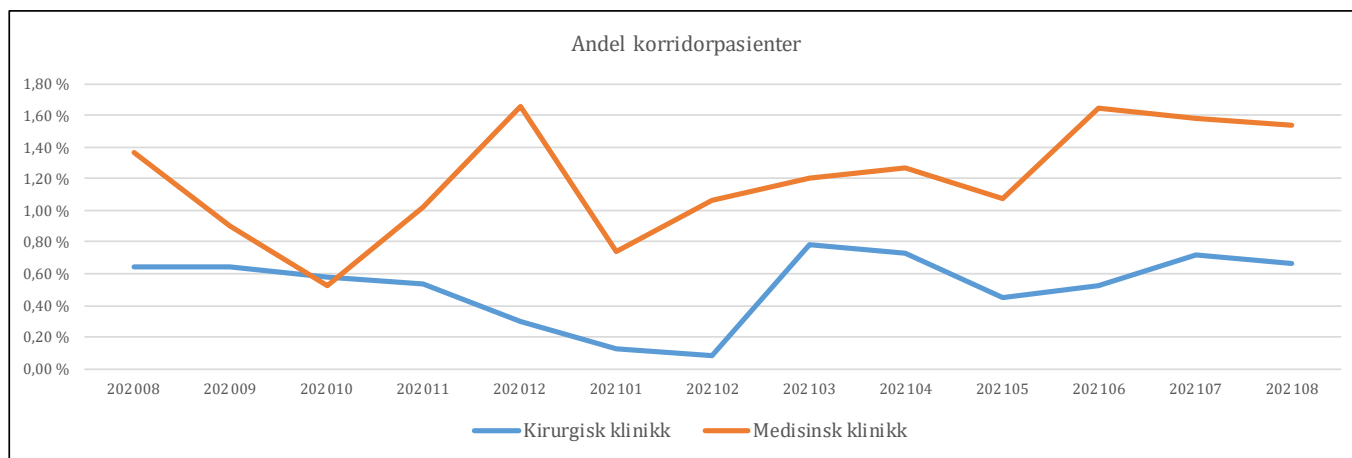
Andelen som STHF har gitt informasjon om andre behandlingstilbud og andel som har utarbeidet behandlingsplan sammen med behandler ligger langt over landsgjennomsnittet

Korridorpasienter



Kommentarer:

Andel korridorpasienter har økt frem til juni (jan 0,5 %), og august er på samme nivå som de to foregående månedene (1,1 %)



ISF-berettigede konsultasjoner

202108	Denne periode				Hittil i år				Årsestimat mot årsbudsjett				Endring HiÅ 2021 - 2020		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	Avvik i prosent	Estimat	Budsjett	Avvik	Avvik i prosent	HiÅ 2020	Endring	%
Somatikk	13 500	13 620	- 120	-0,9 %	116 472	117 600	-1 128	-1,0 %	180 000	182 123	-2 123	-1,2 %	104 508	11 964	11,4 %
Psykisk helsevern	6 194	6 594	- 400	-6,1 %	51 945	53 925	-1 980	-3,7 %	81 000	85 350	-4 350	-5,1 %	48 715	3 230	6,6 %
VOP	3 418	4 180	- 762	-18,2 %	28 577	34 183	-5 606	-16,4 %	44 500	54 100	-9 600	-17,7 %	29 209	- 632	-2,2 %
BUP	2 776	2 414	362	15,0 %	23 368	19 742	3 626	18,4 %	36 500	31 250	5 250	16,8 %	19 506	3 862	19,8 %
TSB	574	939	- 365	-38,9 %	5 334	7 675	-2 341	-30,5 %	9 000	12 150	-3 150	-25,9 %	7 933	-2 599	-32,8 %

Kommentarer:

Aktiviteten innenfor somatikken er høyere enn i fjor (pandemi-start), men er 1 % lavere enn budsjettet per 8 måneder. Enkelte gruppebehandlinger innen fysioterapi/rehabilitering har i 1. halvår måttet utsettes på grunn av den pågående pandemien.

Aktiviteten i BUP ligger 15 % over budsjettet nivå i august, og hittil per august vises et positivt avvik på 18,4 %. Per juli var budsjettavviket på 18,8 %.

VOP viser en vekst de siste månedene, og har redusert det negative avviket fra 20 % per mai til 16,4 % per august. Produktiviteten er økende, men antall behandlere er redusert sammenlignet med fjoråret.

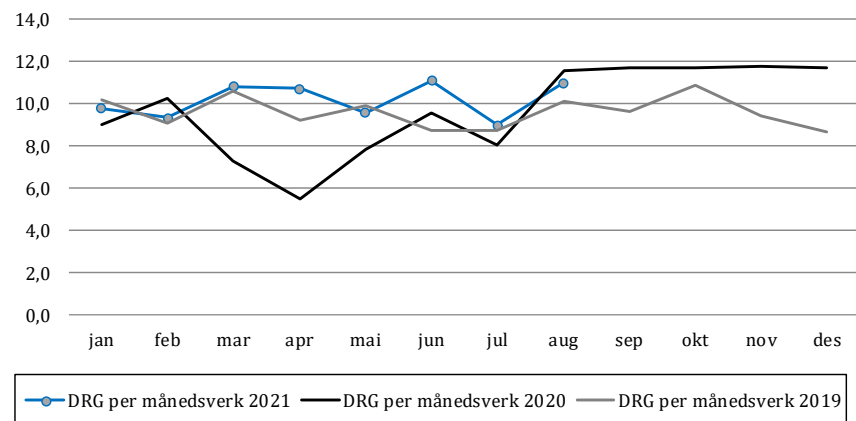
TSB har lav aktivitet hittil i år, og aktiviteten falt påfallende mye etter årsskiftet. Vi går nå igjennom kodepraksis, og har fra 1. mai gjort endringer. Aktiviteten per behandler økte noe fra mai måned. Budsjettavviket denne måned var negativt med 38,9 %, og hittil i år vises et negativt budsjettavvik på 30,5 %.

På grunn av omorganiseringen i KPR og tilgangsfordringer så har vi ikke oppdaterte fraværstall for å måle produktiviteten de to siste månedene.

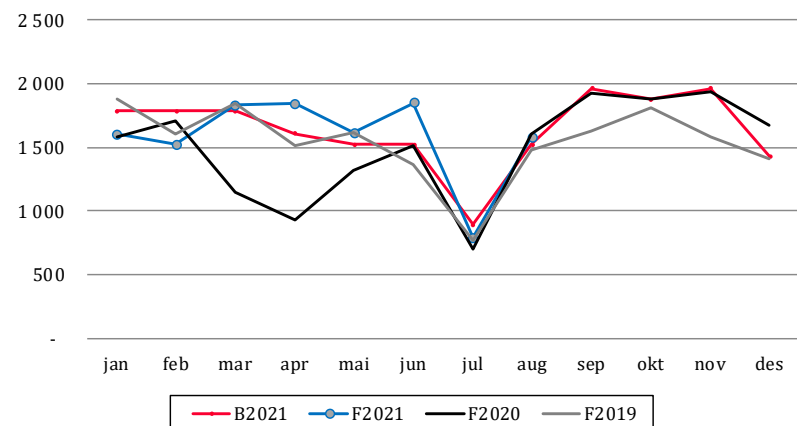
ISF-poeng PHV og TSB utført ved STHF

202108	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2020	Budsjett 2021	ISF avvik (1000 kr)
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%			
DPS nedre Telemark	287	291	-4	-1 %	2 128	2 381	-253	-11 %	2 981	3 768	-799
DPS øvre Telemark	102	137	-35	-26 %	928	1 118	-190	-17 %	1 516	1 769	-600
Psykiatrisk sykehusavdeling	52	29	23	77 %	365	241	124	51 %	378	381	392
Poliklinisk avdeling TSB og psykose	248	258	-10	-4 %	1 647	2 112	-464	-22 %	3 167	3 342	-1 467
Raskere tilbake PHV og TSB (underlagt Medisinsk klinikk)	6	7	-1	-13 %	48	55	-6	-12 %	45	84	-20
Klinikk for PHV og TSB + Raskere tilbake	695	722	-27	-4 %	5 116	5 906	-789	-13 %	8 087	9 345	-2 494
Avdeling for barn og unges psykiske helse - ABUP	885	796	88	11 %	7 502	6 510	993	15 %	9 820	10 302	3 136
Barne- og ungdomsklinikken	885	796	88	11 %	7 502	6 510	993	15 %	9 820	10 302	3 136
SUM ISF psykisk helsevern og TSB på STHF	1 580	1 518	62	4 %	12 619	12 416	203	2 %	17 907	19 647	642

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



ISF-poeng PHV og TSB ved STHF



Kommentarer:

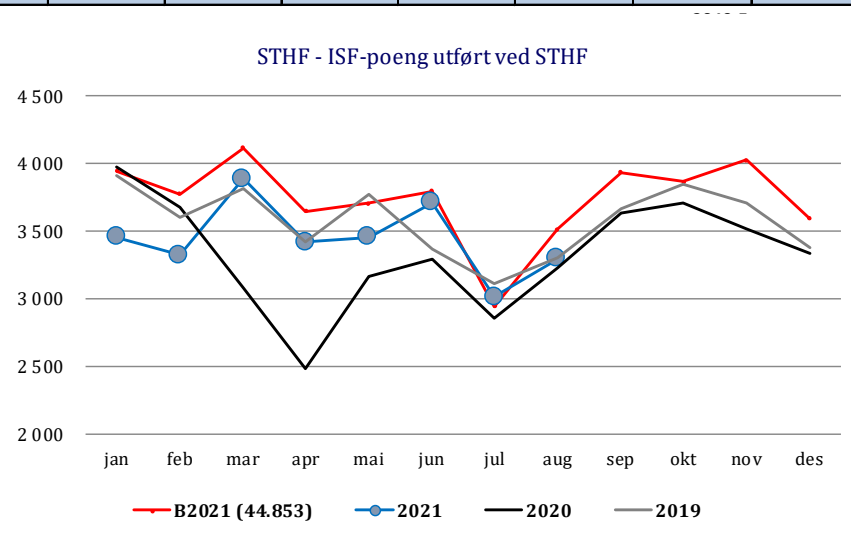
Totalt antall ISF-poeng innenfor PHV og TSB ligger hittil i år 1,6 % høyere enn budsjettet. Dette gir et positivt budsjettavvik på ISF-inntektene på 0,7 millioner hittil i år. August måned isolert ga et positivt budsjettavvik på ISF-inntektene på 0,2 millioner.

BUP skiller seg her ut med økende aktivitet hittil i år, og kan vise til positivt avvik på både aktivitet og ISF-inntekter.

VOP og TSB har økt sin inntektsside de siste månedene, men hittil i år utgjør det negative ISF-avviket 2,5 millioner kroner. Juli måned viser et negativt budsjettavvik på 4 %.

ISF-poeng somatikk.

202108	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2020	Budsjett 2021	ISF budsj.-avvik (1000 kr)
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%			
Kirurgisk klinikk	1 474	1 628	-154	-9 %	12 549	13 212	-664	-5 %	11 546	20 305	-15 505
Medisinsk klinikk	1 564	1 610	-46	-3 %	12 800	13 894	-1 094	-8 %	12 178	20 989	-25 559
BUK	226	234	-8	-4 %	1 871	2 013	-142	-7 %	1 678	3 050	-3 308
Akutt og beredskap	9	7	2	28 %	67	63	5	7 %	48	100	109
MSK	19	34	-15	-43 %	231	244	-13	-5 %	239	400	-292
Ernæringspoliklinikk	1	1	0	13 %	16	6	10	155 %	9	10	228
Ufordelt/kvalitetssikring	2	-	2	0 %	19	-	19	0 %	-55	0	0
SUM DRG utført ved STHF	3 295	3 514	-219	-6 %	27 553	29 432	-1 879	-6 %	25 643	44 853	-44 327
SUM ISF-poeng (inkl. legemidler, FBV) "sørge-for"	3 505	3 810	-305	-8 %	29 654	31 791	-2 136	-7 %	27 708	48 388	



Kommentarer:

Koronasituasjonen påvirker fortsatt foretakets drift. Nivået på øyeblikkelig hjelp-pasienter innen medisin var i årets 5 første måneder betydelig lavere sammenlignet med budsjett og nivået før pandemien, men i juni, juli og til dels i august var nivået på tilnærmet samme nivå som i 2019. Samtidig er nivået på elektiv kirurgisk aktivitet kommet tilbake på budsjettert nivå. Dette resulterer i at sykehuset for tredje måned på rad siden starten av pandemien kan registrere tilnærmet budsjettbalanse på måneds-regnskapet.

Forklaring:

ISF-produktivitet beregnes slik: ISF-poeng dividert på brutto årsverk knyttet til somatisk pasientbehandling.

Aktivitet – dag, døgn og poliklinikk

Alle tjenesteområder

august 2021	Denne periode				Hittil i år				Endring HiÅ 2021 - 2020		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	Avvik i prosent	HiÅ 2020	Endring	%
Somatikk											
Antall utskrivinger døgnbehandling	2 029	2 279	- 250	-11,0 %	16 013	18 652	-2 639	-14,1 %	15 166	847	5,6 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	7 047	7 919	- 872	-11,0 %	55 949	64 819	-8 870	-13,7 %	47 571	8 378	17,6 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	2 178	1 954	224	11,5 %	17 837	16 727	1 110	6,6 %	15 774	2 063	13,1 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	13 500	13 620	- 120	-0,9 %	116 472	117 600	-1 128	-1,0 %	104 508	11 964	11,4 %
VoP - Psykisk helsevern for voksne											
Antall utskrivinger døgnbehandling	116	133	- 17	-12,8 %	906	1 048	- 142	-13,5 %	990	- 84	-8,5 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	2 781	2 489	292	11,7 %	20 194	20 583	- 389	-1,9 %	18 766	1 428	7,6 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	3 418	4 180	- 762	-18,2 %	28 577	34 183	-5 606	-16,4 %	29 209	- 632	-2,2 %
BUP - Psykisk helsevern for barn og unge											
Antall utskrivinger døgnbehandling	5	8	- 3	-37,5 %	84	76	8	10,5 %	81	3	3,7 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	132	112	20	17,9 %	1 551	1 533	18	1,2 %	1 249	302	24,2 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	2 776	2 414	362	15,0 %	23 368	19 742	3 626	18,4 %	19 506	3 862	19,8 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling											
Antall utskrivinger døgnbehandling	37	38	- 1	-2,6 %	235	253	- 18	-7,1 %	236	- 1	-0,4 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	276	287	- 11	-3,8 %	2 077	2 334	- 257	-11,0 %	1 633	444	27,2 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	574	939	- 365	-38,9 %	5 334	7 675	-2 341	-30,5 %	7 933	-2 599	-32,8 %

Kommentarer:

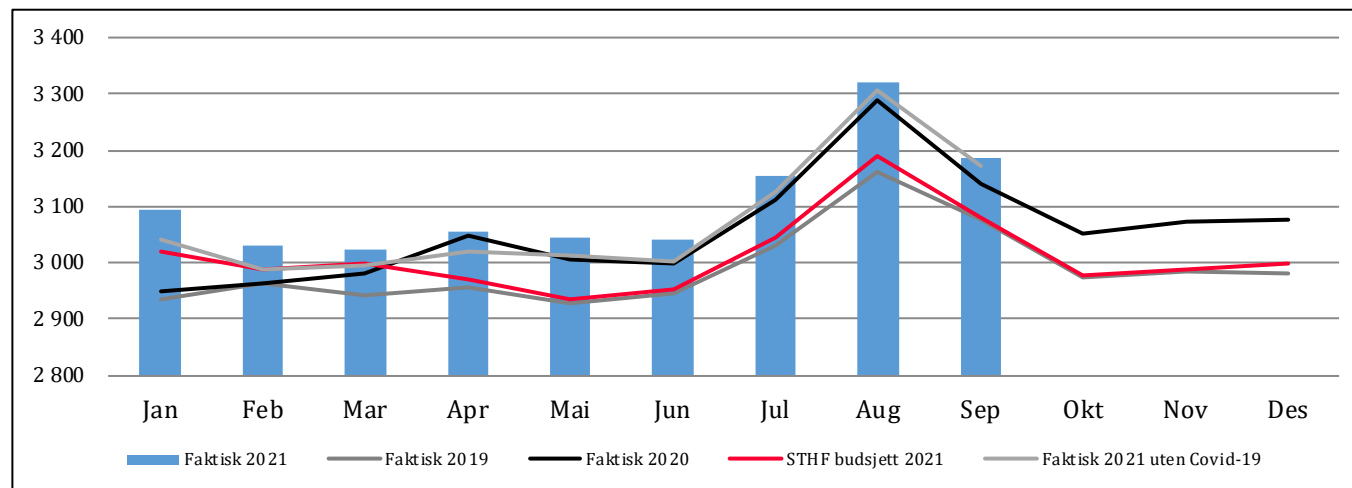
Aktiviteten knyttet til døgnbehandling er per 8 måneder ca. 14 % lavere enn budsjettet. Avviket refererer seg hovedsakelig til øyeblikkelig hjelp-aktiviteten ved Medisinsk klinikk og til dels den planlagte aktiviteten ved Kirurgisk klinikk. Både dag-aktiviteten og den polikliniske aktiviteten ved somatikken er på tilnærmet budsjettet nivå.

Den ungdomspsykiatriske sengeposten hadde riktignok en reduksjon i antall sykehusopphold og liggedager i august måned, men hittil i år har antall sykehusopphold økt med 4 % og antall liggedager har økt med 24 % målt mot fjoråret.

Døgnaktiviteten innen VOP og TSB har tatt seg opp kraftig opp de siste månedene, og i august måned isolert ligger antall liggedøgn 10 % over budsjett og 15 % over fjorårsnivået. Antall sykehusopphold ligger i august måned lavere enn både budsjett og målt mot fjoråret.

Hittil i år innenfor PHV/TSB samlet sett er det en økning på 10 % i antall liggedager, men det er 7 % færre sykehusopphold enn i samme periode i fjor.

Brutto månedsverk



202108	Denne periode				Hittil i år (gjennomsnitt)				Endring HiÅ 2021 - 2020		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	Avvik i prosent	HiÅ 2020	Endring	%
Somatikk	2 315	2 217	- 98	-4,4 %	2 165	2 093	- 71	-3,4 %	2 117	48	2,3 %
VoP	583	571	- 11	-2,0 %	530	540	9	1,7 %	531	0	-0,1 %
BUP	170	162	- 8	-4,7 %	161	153	- 8	-5,3 %	157	4	2,6 %
Psykisk helsevern	752	733	- 19	-2,6 %	691	693	1	0,2 %	688	4	0,5 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	61	66	4	6,7 %	61	62	2	2,4 %	57	3	5,4 %
Prehospitaltjenester	175	155	- 20	-12,8 %	162	147	- 15	-10,1 %	160	1	0,9 %
Annet	17	19	2	9,7 %	17	18	1	4,9 %	19	- 2	-12,2 %
Tota	3 321	3 190	- 131	-4,1 %	3 095	3 013	- 83	-2,7 %	3 042	53	1,8 %

Månedsverk. Negativt budsjettavvik er her et merforbruk ift budsjett. Innleie inngår ikke i månedsverk.

Kommentarer:

Brutto månedsverk som ble utbetalt i august var 3321, noe som er 4,1 % over budsjettert bemanningsforbruk og 1,0 % høyere enn i august i fjor.

I august står Covid-19 for 15 av de 131 månedsverkene i merforbruk.

I tillegg har sykehuset for øyeblikket 10 årsverk som er eksternt-finansiert og ikke budsjettert.

Enkelte av de somatiske avdelingene rapporterer et høyt sykefravær og en stor økning i brutto månedsverk. Det har samtidig vært høy aktivitet i hele den somatiske tjenesten og høyt antall korridorpasienter. Det er også et utvidet tjenestetilbud og kveldspoliklinikker på enkelte klinikker som krever økt bemanning.

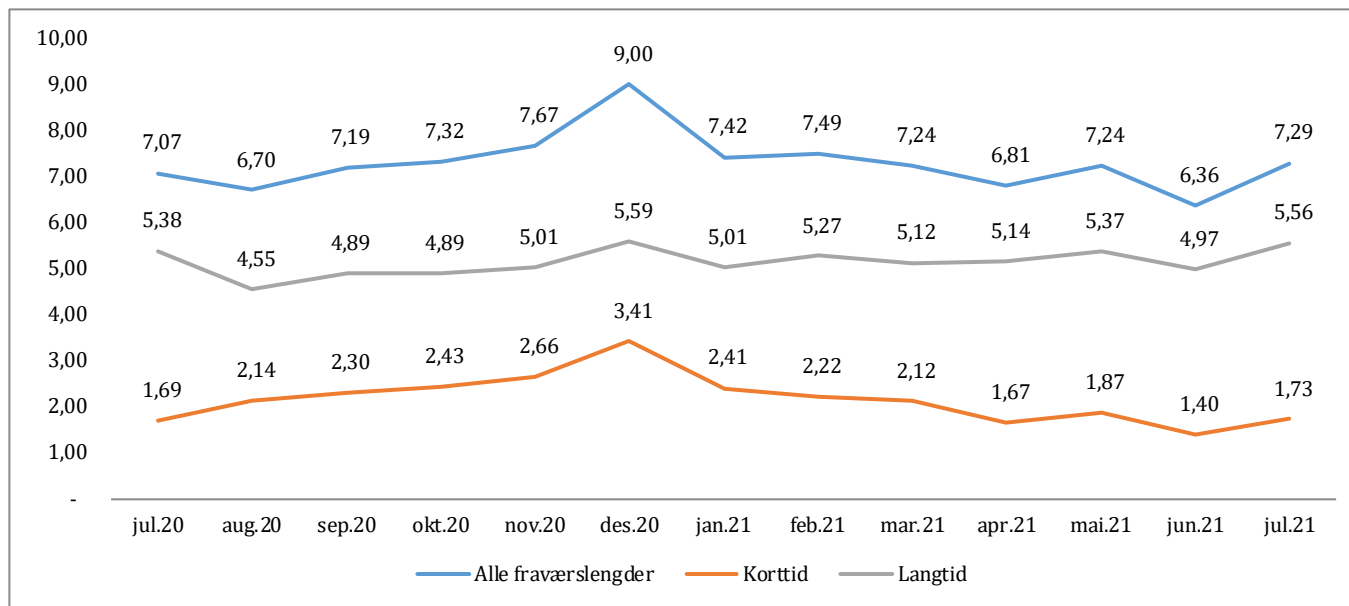
Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er det en stor økning i bemanningen for å håndtere den økte henvisningsmengden.

Det er i budsjettet lagt en forventning om tiltak for å redusere kostnader og bemanning, men som følge av pandemien er implementeringen av disse tiltakene forsinket.

Hittil i år ligger bemanningen fremdeles høyere enn både budsjettert og målt mot fjoråret. Forbruket hittil er 83 årsverk høyere enn budsjettert, hvorav 34 er koronarelatert.

Sykefravær

Sykefravær (HSØ)



Kommentarer:

Tall for sykefravær rapporteres med en måneds forsinkelse.

Sykefraværet økte betydelig i desember, noe som må sees i sammenheng med et høyt antall ansatte i karantene.

Med unntak av mai måned, så har sykefraværet vært fallende etter februar måned. Dette gjelder både korttid- og langtidsfraværet.

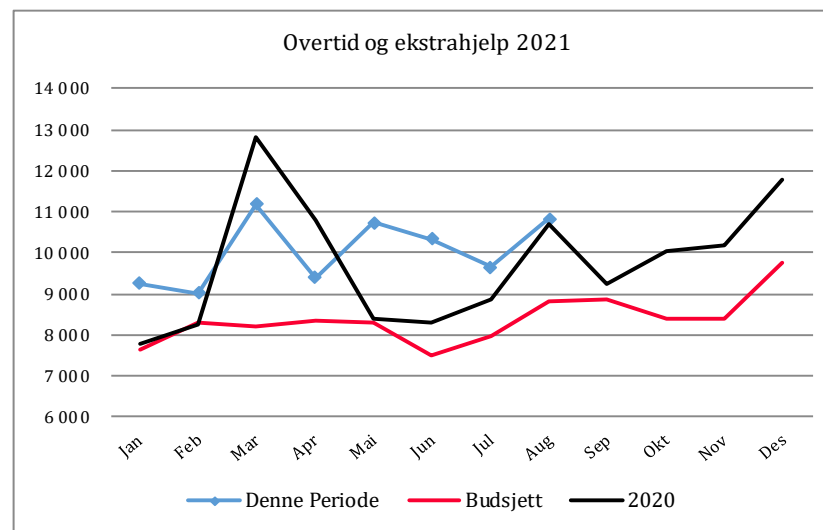
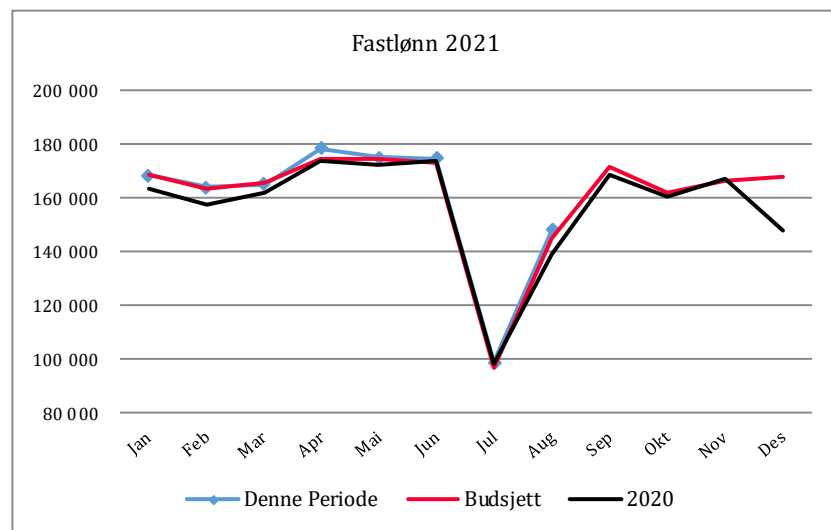
Sykefraværet økte i juli måned, og ligger høyere enn juli i fjor på både korttid- og langtidsfravær.

Bemanning

Lønnskostnader/innleie helsepersonell

202108 Tall i hele tusen	Denne periode				Hittil i år				Endring HiÅ 2021 - 2020		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	Avvik i prosent	HiÅ 2020	Endring	%
Lønn til fast ansatte	148 344	145 335	-3 009	-2,1 %	1274 177	1263 887	-10 290	-0,8 %	1240 846	33 331	2,7 %
Overtid og ekstrahjelp	10 832	8 824	-2 008	-22,8 %	80 378	65 117	-15 261	-23,4 %	75 887	4 491	5,9 %
Total lønn	209 089	196 845	-12 243	-6,2 %	1721 351	1652 094	-69 258	-4,2 %	1569 320	152 031	9,7 %
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	2 948	1 656	-1 292	-78,0 %	16 064	10 848	-5 216	-48,1 %	12 369	3 695	29,9 %

Lønnskostnader/innleie helsepersonell. Negativt budsjettavvik er her et merforbruk ift budsjett.



Kommentarer:

Samlede lønnskostnader (eks pensjonskostnader) for egne ansatte utgjorde 1.463,5 millioner kr per august, mot budsjett 1.435,4 millioner kr. Dette er omlag 54 millioner kr høyere enn i 2020.

Innleie utgjorde 16,1 millioner kr. per august mot budsjett 10,8 millioner kr.

Merforbruket på overtid og ekstrahjelp fortsetter. Avviket var på 2,0 millioner i august måned, og hittil i år er merforbruket på 15,3 millioner kroner.

Resultat

202108	Denne Periode			Hittil			Helår	
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Årsbudsjett	Estimat
STHF intern								
Basisramme inkl. KBF	202 329	195 006	7 322	1 700 251	1 656 780	43 471	2 510 786	2 583 546
ISF egne pasienter	65 675	68 579	-2 905	525 778	567 885	-42 107	862 350	811 656
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	14 131	13 964	167	121 482	123 023	-1 541	190 427	190 427
ISF - refusjon poliklinisk PHV/TSB	5 092	4 894	198	40 671	40 016	655	63 321	63 321
ISF - refusjon pasientadministrative legemidler (H-resepter)	4 295	6 463	-2 168	45 445	51 703	-6 258	77 554	70 546
Poliklinikk inntekter	7 986	8 440	-454	68 610	69 334	-725	107 388	107 388
Egenandel Poliklinikk inkl HELFO	7 588	7 871	-284	61 613	61 587	26	95 608	95 608
Egenandel HELFO pasientreiser	2 956	2 842	115	18 337	18 381	-44	32 868	32 868
Annen inntekt	43 164	27 120	16 044	307 921	233 852	74 069	348 026	452 526
SUM DRIFTSINNTEKTER	353 215	335 179	18 035	2 890 107	2 822 562	67 545	4 288 328	4 407 886
Varekostnad	88 559	80 951	7 608	715 201	657 084	58 118	993 352	1 065 352
Lønn eks. pensjon	178 335	171 512	6 823	1 463 497	1 435 358	28 139	2 208 526	2 252 526
Pensjonskostnader	27 806	23 677	4 129	241 790	205 888	35 903	314 708	369 586
Andre driftskostnader	54 595	55 276	-681	439 793	494 268	-54 476	726 732	684 912
SUM DRIFTSKOSTNADER	349 295	331 416	17 879	2 860 281	2 792 598	67 683	4 243 318	4 372 377
DRIFTSRESULTAT	3 920	3 764	156	29 826	29 964	-138	45 010	35 510
Finansresultat	334	403	-69	3 248	3 369	-121	4 990	4 490
ÅRSRESULTAT	4 254	4 167	88	33 074	33 333	-259	50 000	40 000
Pensjonskostnader	-	-	-	0	-	0	-	-
ÅRSRESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER	4 254	4 167	88	33 074	33 333	-259	50 000	40 000

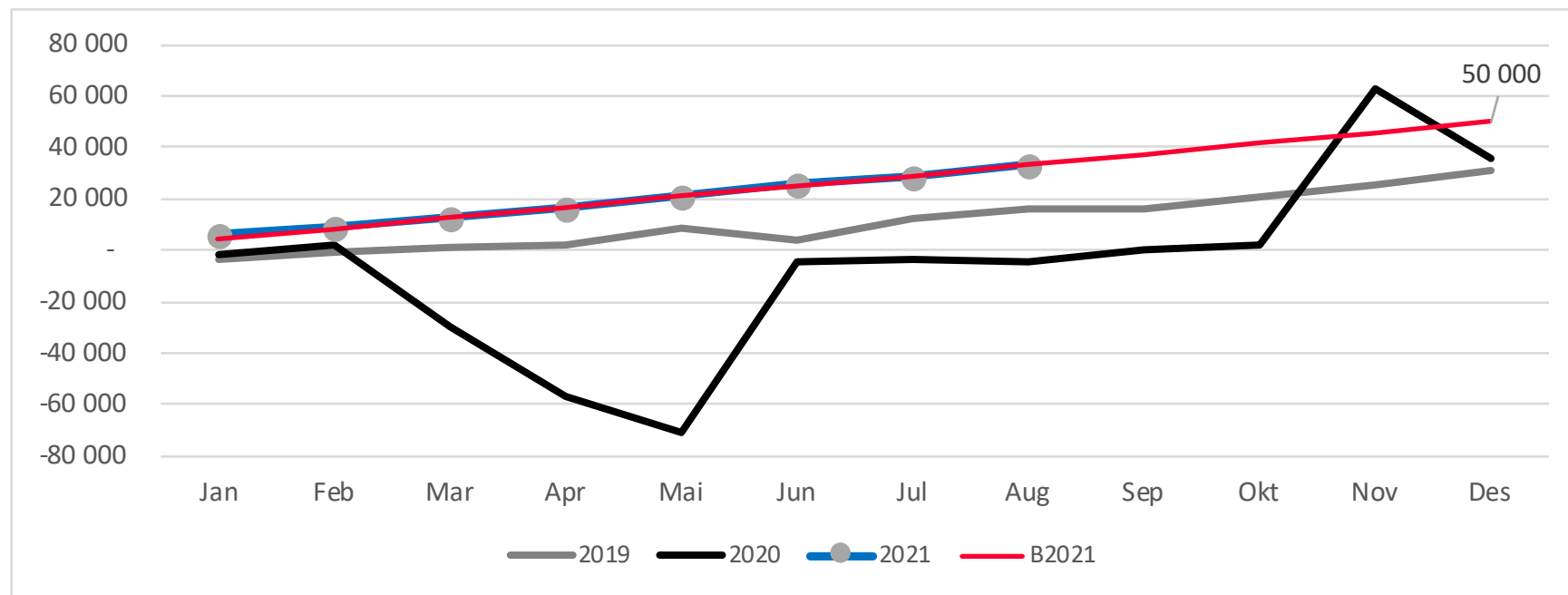
Kommentarer:

Resultatet i august er 4,3 millioner kr., som budsjettet. Det er budsjettavvik på flere områder og effektene som tilskrives koronapandemien er utlignet fullt ut gjennom bruk av ekstra bevilgninger. Det rapporteres høyere inntekter for utskrivningsklare pasienter, som sees i sammenheng med noe høyere lønnskostnader på sengepostene.

Koronasituasjonen har påvirket foretakets drift negativt med om lag 10 millioner kr. i august. Det rapporteres 5 millioner i tapte inntekter i hovedsak knyttet til ISF for døgntilrettelagt behandling. De koronarelaterte kostnadene er på nivå med foregående periode. Aktiviteten i august har vært som tidligere år, men lavere enn budsjettet.

Resultat

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



Sykehuset Telemark HF	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Akkumulert resultat justert for pensjonskostnader	5 973	9 381	12 435	16 754	21 232	25 537	28 820	33 074	-	-	-	-
Akkumulert budsjettavvik	1 806	1 048	-65	87	398	537	-347	-259	-	-	-	-

Kommentarer:

Sykehuset Telemark rapporterer et resultat på 33,1 millioner kr. pr. august, som er 0,3 millioner kr. lavere enn periodisert styringsmål.

Hittil i år er det innteksført 99,9 millioner kr. av øremerkede COVID-19 midler og det gjenstår 28,9 millioner kr. overførte COVID-19 midler fra 2020.

Under forutsetning at driftseffektene knyttet til koronapandemien ikke overskrider mottatt kompensasjon på årsbasis, rapporteres resultatprognose for året på 40 millioner kr., som er 10 millioner kr. svakere enn budsjettresultat. Det er tatt høyde for merkostnader på ca. 15 millioner kr. etter årets lønnsoppgjør, delvis kompensert av 5 millioner kr. høyere beløp til inntektsføring enn faktisk økte pensjonskostnader.

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	22.09.2021

Type sak (sett kryss)						
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema

Sak: 064-2021 Orientering om tjenestetilbudet innen psykisk helsevern i Telemark**Hensikten med saken**

Tidligere i år mottok styret en bekymringsmelding fra «Sykehusaksjonen på Notodden», datert 14. april 2021. Bekymringsmeldingen ble fremlagt for styret i møtet 19. mai (under posten Andre orienteringer).

I skrivet fra «Sykehusaksjonen» settes det fokus på mangel på psykiatere, samt bakenforliggende årsaker. Her trekkes det spesielt frem manglende lokal ledelse av DPS'et i Øvre Telemark.

I en kort muntlig orientering fra administrasjonen ble det pekt på at mangel på spesialister er en nasjonal utfordring innen tjenesteområdet psykisk helsevern. Dette gjelder også i hele sykehusets opptaksområde og det ble derfor anmodet om å få komme til styret med en redegjørelse om status for psykiatritilbudet i Sykehuset Telemark.

Styret tok anmodningen til følge og saken omhandler derfor en orientering om det samlede tilbudet som sykehuset yter befolkningen i Telemark.

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Skien, den 13. september 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling (KPR) har hele Telemark som opptaksområde. Det desentraliserte tilbudet gis ved de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS).

Vår hovedoppgave som spesialisthelsetjeneste er å gi den voksne befolkningen i Telemark et best mulig tilbud innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). I tillegg har vi oppgaver innen forskning og utdanning. Behandlingen ved klinikken skjer i nært samarbeid med førstelinjetjenesten i kommunene.

Klinikken gir spesialiserte behandlingstilbud innenfor:

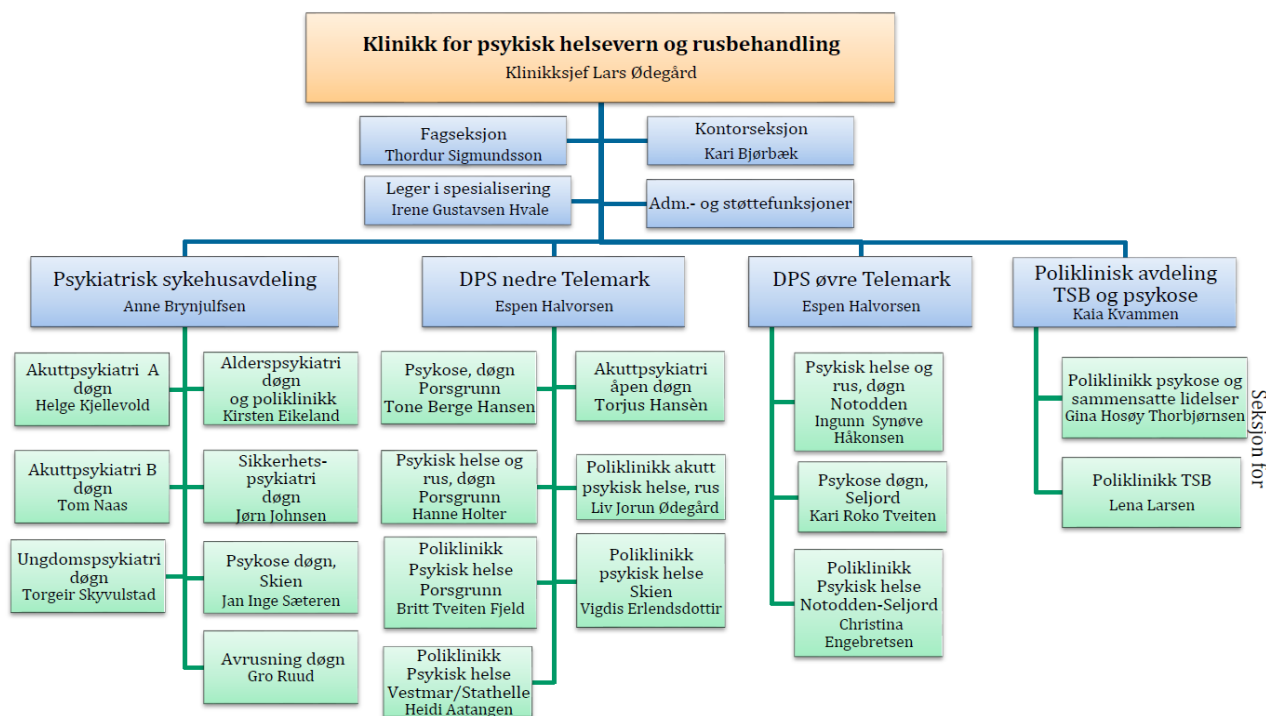
- rusbehandling
- retts- og sikkerhetspsykiatri
- allmennpsykiatri
- akuttpsykiatri
- alderspsykiatri
- barn- og ungdomspsykiatri (døgnbehandling)

Klinikken legger til rette for forskning og utviklingsarbeid, og har flere ansatte med doktorgrader. Klinikken har vedtatt følgende fokusområder, som skal gis særlig oppmerksomhet i perioden 2020-2022:

- Brukermedvirkning – samvalg
- Tvangsbruk
- Samhandling
- Nye arbeidsformer/metodikk
- Sikkerhetspsykiatrien
- Forskning, utdanning og kompetanseutvikling

For ytterligere informasjon se [lenke](#), Strategisk utviklingsplan for 2020-2022

Klinikkens organisering:



Som det fremkommer av organisasjonskartet er klinikken organisert i fire avdelinger, hvorav DPS'ene for henholdsvis nedre og øvre Telemark utgjør to avdelinger. Disse avdelingene har felles avdelingsleder, som har sin hovedarbeidsplass i Skien. I øvre Telemark er det tre stedlige seksjonsledere som leder de to døgnpostene og seksjonen for polikliniske tjenester.

2. Beskrivelse og vurdering

Tjenestetilbudets organisering

Tjenestetilbudet ved KPR er bygd opp rundt to hovedlinjer.

- Den ene er tilbudet i sykehusavdelingen, som i hovedsak gir tilbud til pasienter med behov for behandling i lukkede enheter. Disse tjenestene ligger lokalisert Skien.
- Det andre tilbudet er bygd opp i de Distrikts psykiatriske sentrene (DPS) og gir ulike polikliniske tilbud, samt døgntilbud i åpne rammer. Tjenestene er bygd opp ut fra en desentralisert modell hvor tilbudet skal være nær brukeren. DPS'ene har derfor lokalisert sine seksjoner i Skien, Porsgrunn, Notodden, Seljord, Kragerø og Stathelle. I tillegg gis ambulante tilbud med oppmøtested i enkelte kommuner.

Poliklinisk avdeling for TSB og Psykose er en nyetablert avdeling for pasienter med nevnte problematikk. Avdelingen har hele Telemark som opptaksområde. Avdelingen er etablert på bakgrunn av stor variasjon i tjenestene og en utfordrende bemanningssituasjon. Det er for tidlig å si noe om erfaringene fra denne organisasjonsmodellen.

Utviklingstrekk

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling, samt fagfeltene som sådan, har vært i betydelig utvikling og endring de siste årene. Flere faktorer har påvirket denne utviklingen, blant annet; utvikling av fagområdene og metodisk tilnærming, pasientgrunnlaget, tilgang til personell/kompetanse, økonomiske rammebetingelser og politiske forventninger

Tilbud som er **etablert** i klinikken de siste årene:

- *Avrusningsseksjon*
Tilbudet ble tidligere gitt ved privat institusjon. Dette ble vedtatt etablert ved sykehuset og kom i drift kort tid etter vedtaket. Tilbudet fremstår nå som mer effektivt og uten ventetider. Dette har også gitt mulighet for et bedre samordnet tilbud med det øvrige psykiatritilbudet, spesielt akuttseksjonene, som ofte handler personer med sammensatte lidelser.
- *OCD (Obsessive compulsive disorder) dvs. tvangslidelser*
Dette startet med et forskningsprosjekt sammen med universitetet i Bergen. Den metodiske tilnærmingen er forholdsvis ressurskrevende, men gir svært gode resultater. Personer som har gått i behandling, ofte i flere år, får nå behandling i korte intervaller (ned til 4 dager). Resultatene er svært gode og Sykehuset Telemark er blant de beste i landet på dette området. Tilbudet vurderes nå gitt til pasienter i andre relevante diagnosegrupper.
- *Akutt-team*
Etablert med spesialist og annet erfarent personell i front. Generelt gode tilbakemeldinger fra fastlegene i Telemark. Foretar både vurderinger av pasienter ved henvendelser og rykker også ut ved behov.
- *Sikkerhetspoliklinikk*
Etablert og har vært i drift i ca. ett år. Bakgrunnen for etableringen var betydelig kapasitetsutfordring i sikkerhetsseksjonen og behov for spesialkompetanse for å følge denne pasientgruppe i rehabiliteringsfasen. Erfaringene så langt har vist en stor aktivitet og større mestringsevne hos pasientene.
- *Sexolog*
Etablert ved seksjonen på Notodden. Tilbudet skal ivareta sexologiske problemstillinger i tilknytning til pasienter med depresjon og identitetsproblematikk. Fritt behandlingsvalg har gjort at tilbudet er blitt kjent og pasienter søkes inn fra hele landet.

Tilbud som er **lagt ned eller endret** de siste årene:

- *Utredningsseksjon for nysyke pasienter med psykoselidelse*
Som følge av merverdikrav ble seksjonen lagt ned. Tilbudet samordnet med DPS psykosepost hvor et redusert tilbud gis ved et utredningsteam.
- *DBT-team. (Dialectical behavior therapy)*
Tjenestetilbud til personer med personlighetsforstyrrelser. Dette inkluderer pasienter med selvskadingsproblematikk. Tilbudet ble lagt ned på bakgrunn av rekrutteringsutfordringer og merverdikrav. Pasientgruppa får oppfølging gjennom døgntilbud og ordinær poliklinisk behandling. Dette utfordrer klinikken i forhold til å skulle finne fram til og kunne gi et pasienttilbud som er i tråd med dagens faglige anbefalinger.
- *Spesialdesignet døgntilbud til pasienter med spiseforstyrrelser*
Døgntilbudet ble tatt bort og integrert i ordinære allmenpsykiatriske døgntilbud som følge av merverdikrav. Tilbudet ble også dreid over mot mer poliklinisk behandling.
- *Arbeidsrettet rehabiliteringstilbud*
Tilbudet avviklet som følge av merverdikrav. Tilbudet forventes løst i kommunene.

Budsjettutfordringene med påfølgende merverdikrav er de siste årene i hovedsak løst ved endringer i driftsenhetene i nedre Telemark. Budsjettet i øvre Telemark er opprettholdt i det kliniske feltet. I tillegg er det gitt, som et rekrutteringstiltak, mulighet til å tilsette to psykologer ut over lokal ramme, men løst innen klinikkens budsjettamme.

Budsjettet er også redusert knyttet til en vakant lederstilling og 50 prosent stilling som rådgiver. Sistnevnte oppgaver er løst i klinikkledelsens stab og lederstillingen er løst ved felles ledelse for øvre og nedre DPS.

Klinikkens utfordringer

Rekruttering

Psykiatri og rusfeltet har de siste årene hatt en økende rekrutteringsutfordring. Dette er en nasjonal utfordring. Kravene til økt tilgjengelighet til spesialistkompetanse er ikke avstemt i forhold til utdanningskapasitet og derav nyrekruttering. Videre ser en at større fagmiljøer rekrutterer bedre enn mindre og desentrale behandlingsmiljø. Sykehuset Telemark er i den siste kategorien.

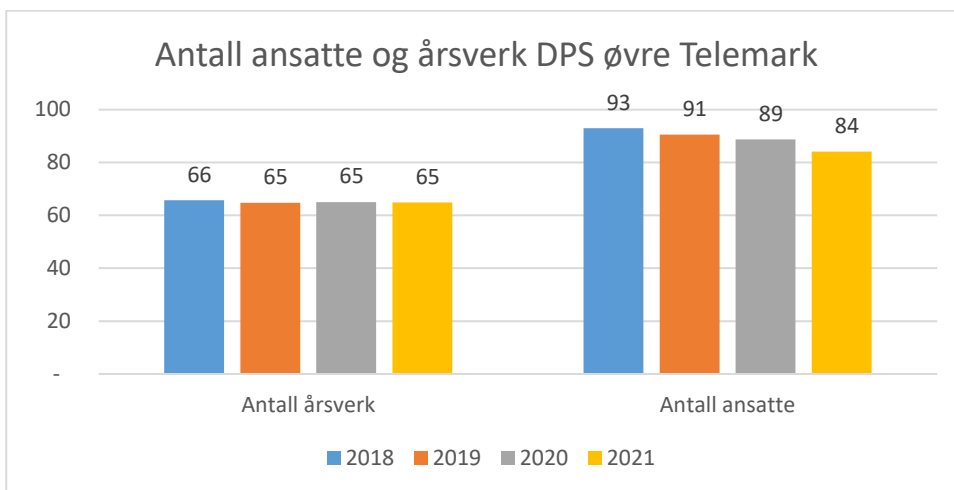
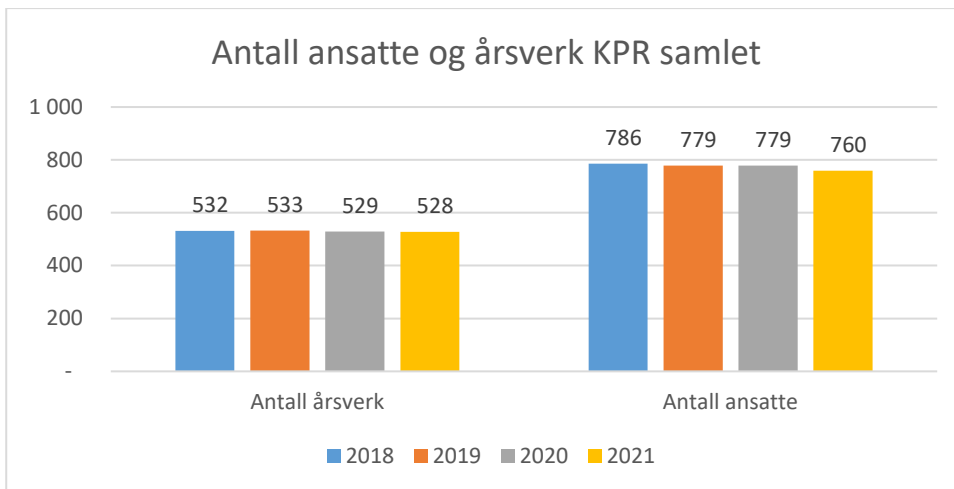
Klinikken er også inne i et generasjonsskifte. Av i overkant av 30 legespesialister er i dag 8 i en alder av 62+ eller har en kjent helseutfordring som gjør at de planlegger avslutning av sin arbeidskarriere. Rekrutteringsutfordringen er krevende i Grenland, og den forsterkes ytterligere når det skal rekrutteres til driftsenheter i Øvre Telemark, Stathelle og Kragerø.

Tiltakene det arbeides med er blant annet knyttet til økt utdanningskapasitet. Sykehuset har det siste året økt kapasiteten på spesialistutdanningen fra 16 til 20 plasser. Vi ser at det sannsynlig vil være behov for ytterligere økning av denne kapasiteten.

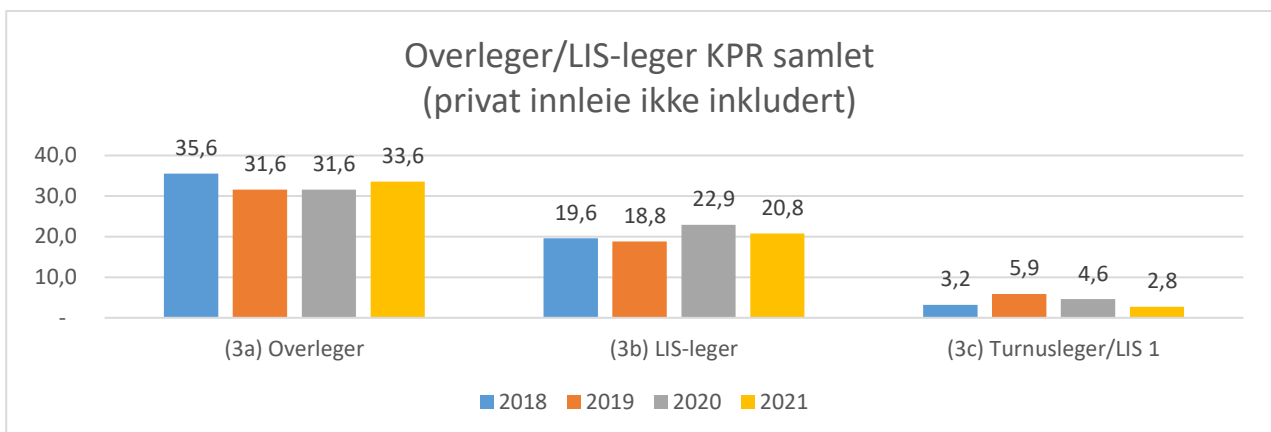
For å sikre at vi får et fortrinn i rekrutteringsarbeidet, samt at vi beholder spesialister i øvre Telemark, har vi i år innført et spesielt lønnstillegg i denne delen av opptaksområdet.

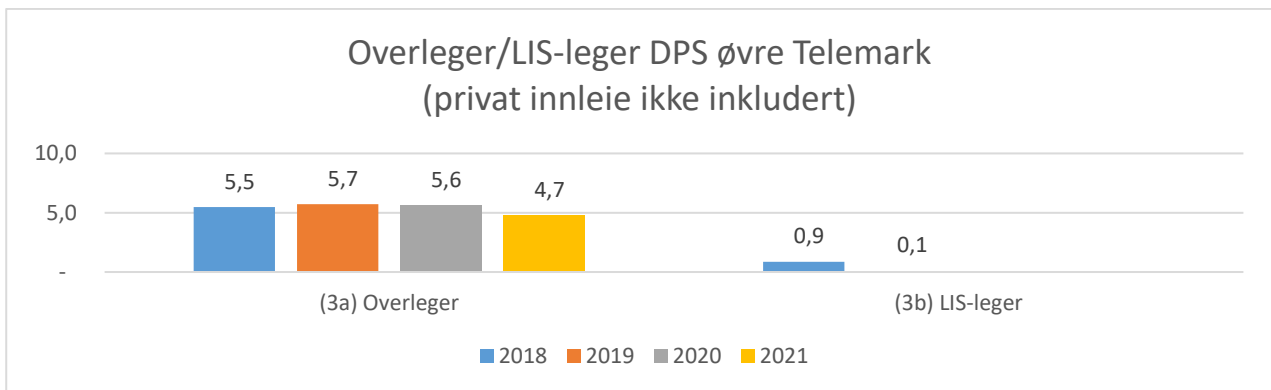
Rekruttering av psykologspesialister er også en betydelig utfordring. Også her legges det opp til egenutdanning. Utfordringen er å få kandidatene til å bli ved sykehuset etter at de er ferdig spesialister.

Tabellene nedenfor viser bemanningstall i perioden 2018-2021:

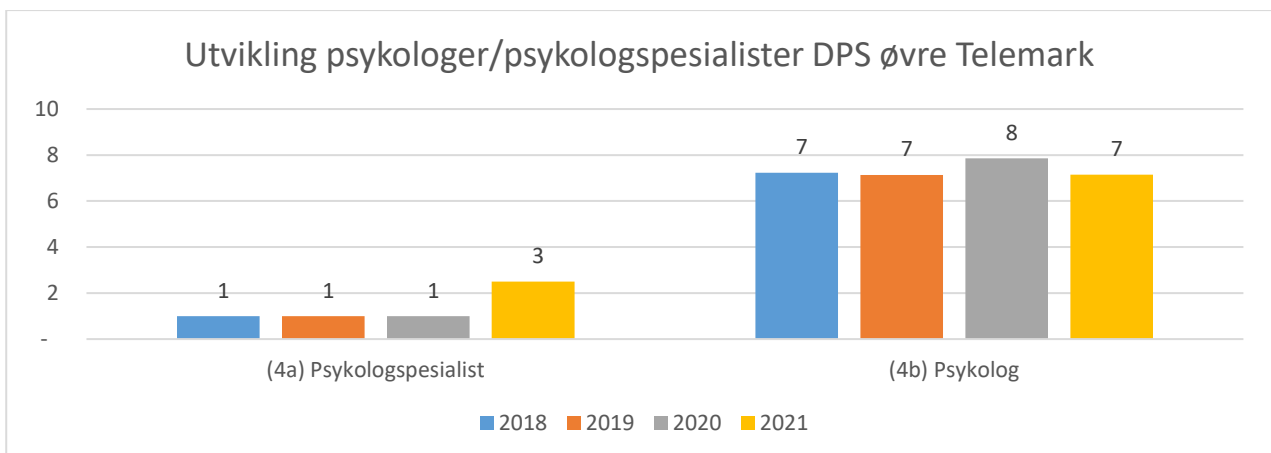
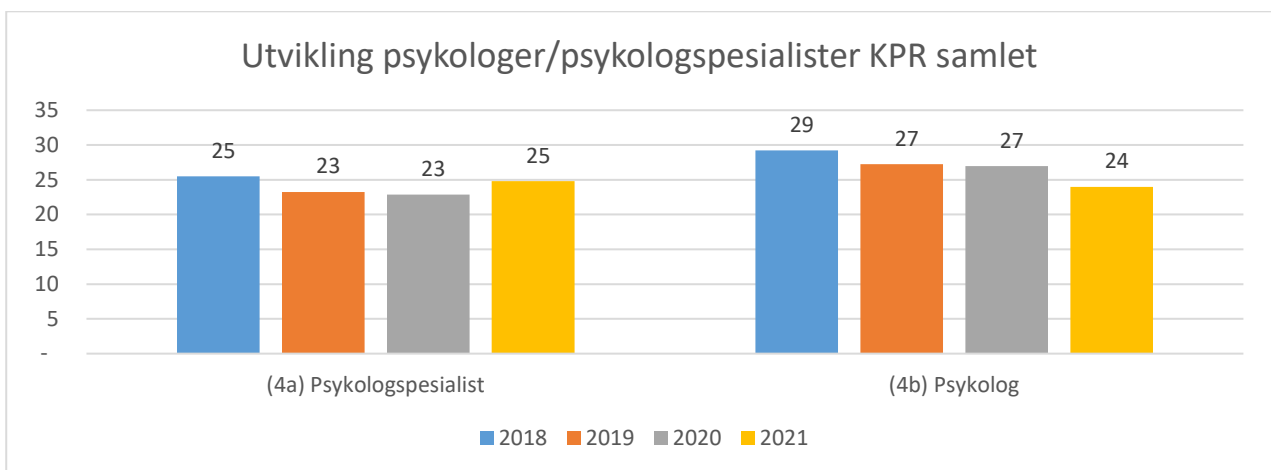


Figuren viser at vi i DPS øvre Telemark er færre ansatte, men har opprettholdt antall årsverk, dvs at vi har høyre stillingsbrøker/flere hele stillinger.





LIS-leger er siden 2019 samlet i «KPR-felles»



Endringer i pasientgrunnlaget

Et større innslag av rusrelaterte problemstillinger utfordrer klinikken i vesentlig grad. Adferd og voldspotensialet er økende. Andel avviksmeldinger og personalskader er økende. Særlig bekymringsfullt er flere alvorlige personalskader. Det satses derfor for ytterligere kompetanseheving av personell med hensyn til mestring av vold. Vi er i en situasjon hvor det vurderes fortløpende hvorvidt ressursene stilt til disposisjon er avpasset utfordringene og tilstrekkelig sikkerhet i behandlingsmiljøet.

Pasienter på dom

En ny utfordring etter endringer i lovverket er et betydelig økt antall pasienter som legges inn i varetekt- surrogat eller blir dømt til behandling innen psykisk helsevern. De fleste av de innlagte ved sikkerhetsseksjonen er i denne kategorien. Dette gir oss en stor kapasitetsutfordring og vi må benytte akutt plasser og tilrettelagte plasser i DPS'ene for å løse disse utfordringene. Etablering av sikkerhetspoliklinikk bøter på noe av utfordringen, men ikke tilstrekkelig slik vi erfarer det i dag.

Barn/unge innlagt på UPS

Koronaepidemien har medført ulike utfordringer for blant annet barn/unge. Tilfanget av barn/unge med spiseforstyrrelser har økt betraktelig. Dette er dårlige pasienter som er svært ressurskrevende. Alle foretakene i HSØ rapporterer tilsvarende økning på dette området. Tidvis opplever Sykehuset Telemark derfor at kapasiteten på dette området utfordres. Dette gjelder også kapasiteten på oppfølging og behandling etter innleggelse for disse pasientene. Seksjonen (UPS) er på denne bakgrunn styrket med en overlege. Det er søkt, og tildelt prosjektmidler sentralt, som muliggjør en bedre oppfølging. Dette vil også bli en utfordring i framtiden.

Fritt behandlingsvalg

Denne ordningen påvirker muligens ikke sykehuset direkte, men i stor grad indirekte. Ved at private aktører, som er avhengig av høyt belegg, alene definerer hva slags tilbud som gis deres pasienter, erfares det at liggetidene blir svært lange. Dette fremstår som en stor utfordring, og er også et tankekors når det ikke er i takt med dagens faglige anbefalinger.

Det er også svært utfordrende at finansieringsordningen er konstruert slik at kostnadene i stor grad defineres av privat aktør og at helseforetaket blir belastet kostnaden. Dette uten at pasienten er kjent ut over kjønn og fylkestilhørighet. Dette representerer en kostnad for sykehuset i 2021 på opp mot 40 millioner kroner og utfordrer sykehusets totaløkonomi og derav det pasienttilbudet vi skal gi.

Kvalitetsparametere

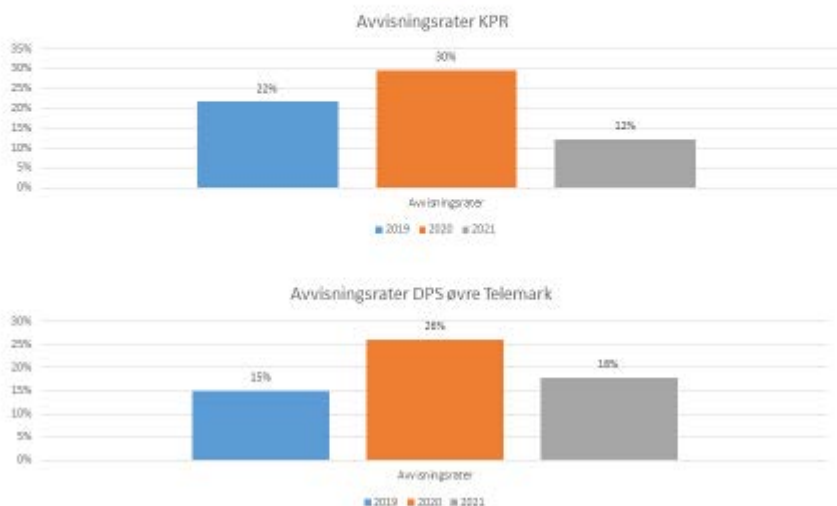
Pakkeforløp

I psykisk helsevern og rusfeltet vil de fleste pasientene inngå i ordningen med pakkeforløp. Dette skal gi en mer lik og forutsigbar behandling. Det legges ned betydelig arbeid i å nå måltallene og svare opp intensjonen. Klinikken er på god vei til å nå ønskede resultat, men det er et betydelig registrerings- og dokumentasjonsarbeid som skal på plass.

Avvisninger

Eiers fokus på reduksjon i avvisningsraten er også satt i fokus i klinikken. Resultatene har vært tydelige. Tiltakene har resultert i en nedgang i avvisningsrate fra opptil 40 prosent til 15 prosent jfr. diagram under:

Avvisningsrater



Øvrige nøkkeltall

Nedenfor presenteres noen nøkkeltall som ytterligere beskriver utviklingen i klinikken. Bemanningstallene er i perioden januar-august i alle årene, og aktivitetstallene er for perioden januar-juli alle årene.

Aktivitetsutvikling

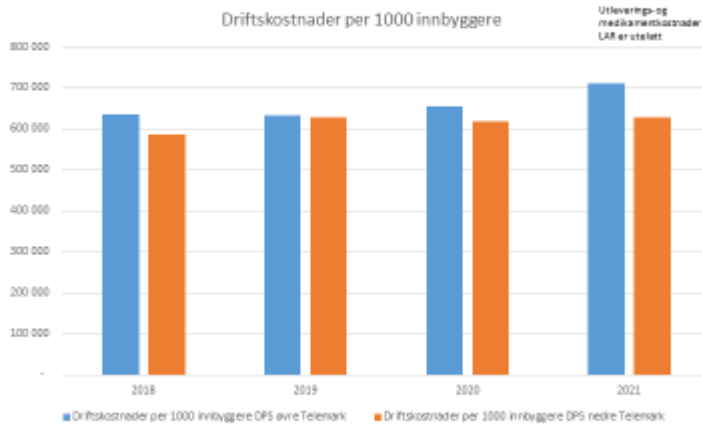


Aktivitetsutvikling



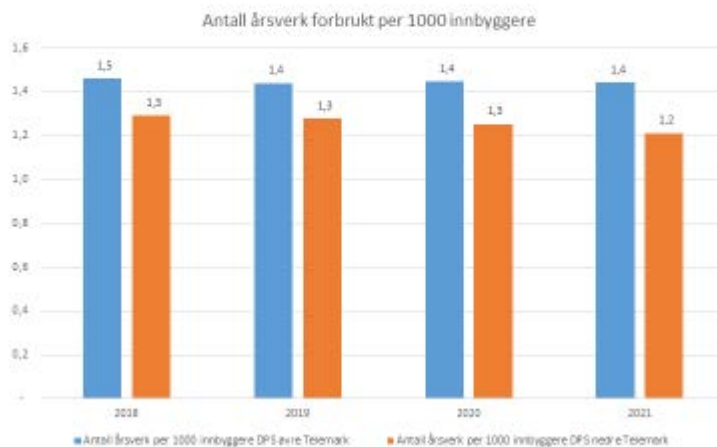
Nedenfor presenteres noen nøkkeltall i forhold til antall 1000 innbyggere i opptaksområdet for å belyse eventuelle forskjeller mellom øvre og nedre Telemark.

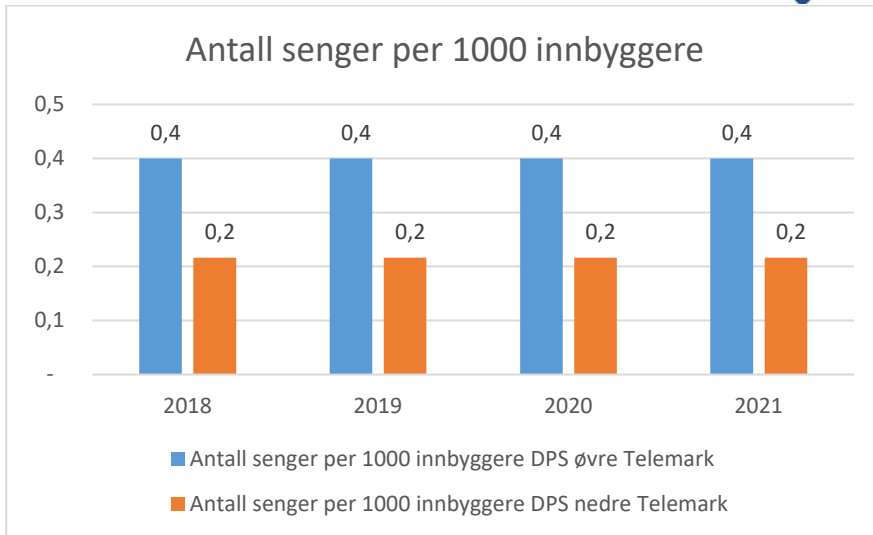
Driftskostnader



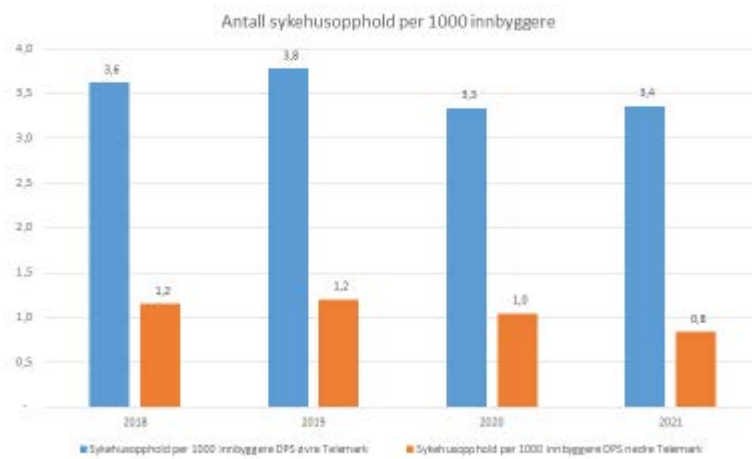
I tallene til Nedre Telemark inngår 5 psykoseplasser i DPS'et i Porsgrunn som er «Fylkesdekkende». Disse er ikke mulig å skille ut og gjør tallene i Nedre Telemark litt for høye i forhold til Øvre Telemark. Dette vil også gjelde for bemanningstallene i figuren nedenfor.

Bemanning

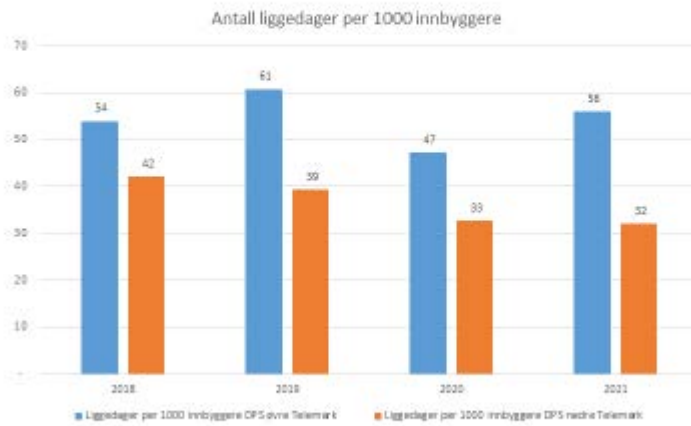




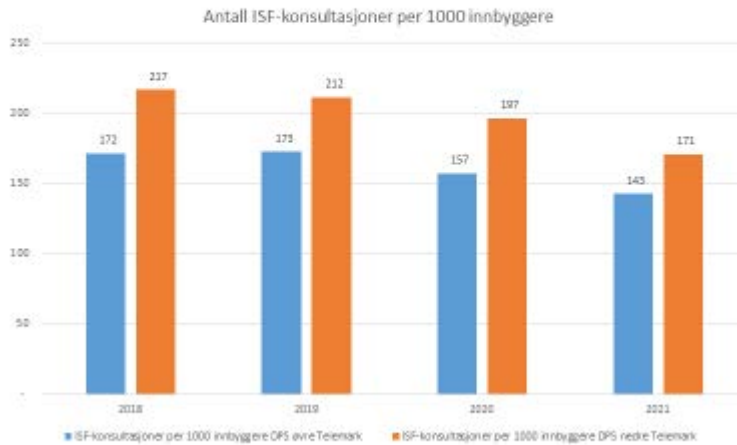
Aktivitetsutvikling



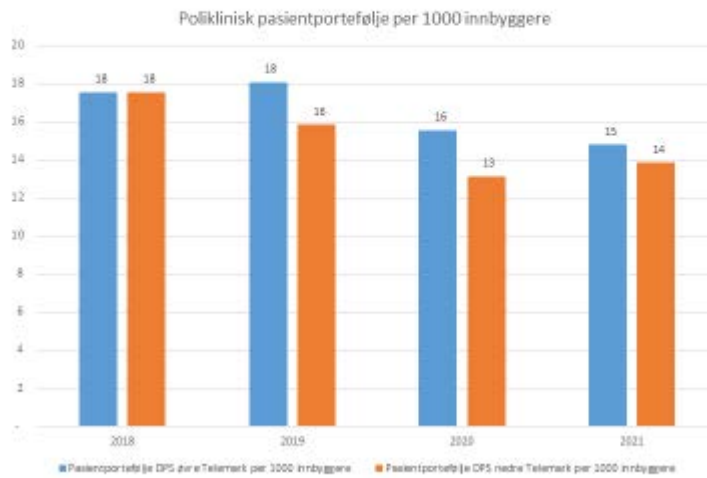
Aktivitetsutvikling



Aktivitetsutvikling



Aktivitetsutvikling



3. Administrerende direktørs anbefaling

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling, samt fagfeltene som sådan, har vært i betydelig utvikling og endring de siste årene. Det er gjennomført flere større endringer i tjenestetilbudet gjennom omorganisering ved at noe har kommet til mens andre tilbud er redusert. For å kunne opprettholde et kvalitativt godt og som et minimum forsvarlig helsetilbud i alle deler av tjenesten, er tilgangen på spesialister helt essensielt. Et viktig satsningsområde fremover er derfor å utdanne, rekruttere og beholde gode fagpersoner. Klinikken har derfor arbeidet med en handlingsplan for rekruttering, med definerte aktiviteter for å bedre sin evne til å rekruttere og beholde gode fagpersoner.

Bekymringsmeldingen fra «Sykehusaksjonen på Notodden» viser til at det ikke er lokal ledelse i øvre Telemark. Det medfører ikke riktighet, siden alle de tre aktuelle seksjonene har ledelse med lokal tilhørighet. Riktig nok er det slik at avdelingsleder har sitt hovedsete i Skien, noe som naturligvis i noen sammenhenger kan være en ulempe. Samtidig mener vi at det også er fordeler med felles ledelse, blant annet for å sikre at vi arbeider godt med å redusere uønsket variasjon i tjenesten. Etter administrerende direktør sin mening, er det vesentlige spørsmålet i denne sammenheng hvorvidt vi har tilstrekkelig og god lederkraft til å lede og utvikle tjenesten. Vi mener at den modellen som er valgt i DPS, ene samlet sett er en god modell.

Administrerende direktør anbefaler at styret tar saken til orientering.

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	22. september 2021

Type sak (sett kryss)							
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema	

Sak: 065 – 2021

Orientering om arbeidet med revisjonsplan

Hensikten med saken

Saken er en oppfølging av styresak 019-2021 *Årsberetning og årsregnskap 2021* behandlet av styret i styremøte 24. mars 2021.

Styret ønsket da at sykehusets revisor deltar på styremøtet i september 2021 for å gi styret en orientering om revisjonsplanen og arbeidet med å utarbeide denne.

Statsautorisert revisor Hans-Christian Berger i PwC deltar på møtet og orienterer styret.

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Skien, 3. september 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg

- Ingen

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	22.09.2021

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

Sak: 066 – 2021

Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan for 2022

Hensikten med saken

Det legges fram forslag til tema som utgangspunkt for diskusjon om hvilke området som styret vil gi som innspill til konsernrevisjons revisjonsplan for 2022.

Målet er å prioritere 1-2 tema som oversendes til konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF.

Forslag til vedtak

Ønskede tema for konsernrevisjon 2022, som det enes om i møtet, oversendes konsernrevisjonen innen fristen 6. oktober 2021.

Skien, 2. september 2021

Per Anders Oksum
styreleder

1. Hva saken gjelder

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF anmoder helseforetakene om inntil tre styrebehandlete innspill til tema innen 6. oktober 2021. Konsernrevisjonens formål er å bistå styret og ledelsen med å utøve god virksomhetsstyring. Dette gjøres ved å vurdere foretakenes virksomhetsstyring, risikostyring og interne styring og kontroll. Formålet med det enkelte tema kan variere, avhengig av situasjonen og behovet:

- *Bekreftelser – bekrefte styring og kontroll på vesentlige områder med antatt god kontroll*
- *Kartlegging – kartlegge styring og kontroll ved usikkerhet om status på området*
- *Årsaksanalyser – undersøke områder med kjente problemstillinger for økt innsikt*

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Styret i STHF vurderer hvilke av følgende områder som skal spilles inn som revisjonstema:

Tema	Hensikt	Begrunnelse
Tvang i psykisk helsevern og rusbehandling	Kartlegge	Det er et styringsmål i OBD, også i 2021, å forebygge bruk av tvang og å redusere antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern og rusbehandling. Ved ST har det likevel vært en økning i antall tvangsmiddelvedtak (2017-2020). Trenden er den samme ved flere andre helseforetak i HSØ. Samtidig som det jobbes med å nå målsetningen om å redusere tvangsbruk, er det viktig å ha fokus på riktig tvangsbruk. En for streng anvendelse av lovverket kan bidra til at pasienter ikke får den hjelpen de har behov for. Særlig kan det være utfordrende å bidra til forsvarlig ivaretagelse av pasienter, som ikke vil ta imot den helsehjelpen som tilbys og der vilkårene for tvang vurderes til ikke å være oppfylt. Dette kan gjelde pasienter som heller ikke vil ha tjenester fra kommunen. Det kan være svært krevende for pårørende som kan ha en opplevelse av at hjelpeapparatet svikter. Også nærområde kan være kritisk til manglende tjenester til pasienten. Styret ønsker en kartlegging av om det er tilstrekkelig styring og kontroll for å redusere tvangsbruk samtidig som pasientene ivaretas forsvarlig.
Avvisningsrate ved poliklinikkene i psykisk helsevern	Kartlegge	Det er et styringsmål i OBD, også i 2021, at avvisningsrater ved poliklinikkene i psykisk helsevern skal reduseres. Første halvår 2021 viser gode resultater for psykisk helsevern barn og unge, samt en

		<p>betydelig reduksjon i andel avviste pasienter ved poliklinikkene i psykisk helsevern voksne. Arbeidet med å redusere avvsningsrater er krevende, og oppleves noen ganger å ikke være helt i tråd med føringer i prioriteringsveilederen.</p> <p>Styret ønsker en kartlegging av om måloppnåelsen skjer i samsvar med intensjonen.</p>
Kreftpakker	Kartlegge/Bekreft	<p>Området er prioritert, både i STHF strategiplan, og i regionalt innsatsteam for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. STHF mener å ha god kontroll på området, men vi ser at pandemien har medført reduksjon i måloppnåelse. Ønsker en kartlegging av flaskehals, samt bekreftelse av styringsmodell.</p>
Innkjøpsprosessen	Kartlegge	<p>Behov for å vurdere effektivitet i innkjøpsprosessen ved STHF etter etablering av Sykehusinnkjøp. Dette bør inkludere bla aktører, samarbeid, roller, ansvar, myndighet osv.</p>
Datasikkerhet/datainnbrudd	Kartlegge	<p>I lys av skjerpede lovkrav og økt risikobilde er det behov for gjennomgang av datasikkerhet.</p> <p>Det er flere områder som kan belyses, bl.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> • hvilke sikkerhetskrav stilles ved anskaffelser av systemer/utstyr • løsningsdesign for leverandøraksess; hvordan er dette dokumentert, er løsningsdesign risikovurdert og hvilke rutiner finnes for internkontroll • databehandleravtaler • ansvarsforhold; utfordringer med roller og ansvar ved lokalt HF som databehandler men RHF som ansvarlig for regionale løsninger
Pasientskader og alvorlige avvik	Kartlegge	<p>Gjennomgang og kartlegging av håndtering og oppfølging av pasientskader og alvorlige avvik. Jobber vi godt nok på disse områdene? Er tiltakene og forbedringsarbeidet tilstrekkelig? Evner vi å lære på tvers i organisasjonen.</p>

3. Styreleders anbefaling

Noen av områdene er videreført fra styresaken i fjor (058-2020). Det gjelder *kreftpakker, innkjøpsprosessen, datasikkerhet/ datainnbrudd, samt pasientskader og alvorlige avvik*. Nye områder som er tilføyet er *tvang i psykisk helsevern og rusbehandling og avvsningsrate ved poliklinikkene i psykisk helsevern*.

Ledelsens gjennomgåelse på foretaksnivå avholdes 14. september 2021. Dersom det kommer fram andre/nye aktuelle områder under gjennomgåelsen, vil disse bli spilt inn muntlig under saksbehandlingen i styret.

Vedlegg:

- Brev fra Konsernrevisjonen 2. juli 2021
- Revisjonsplan 2021 Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst

Til styreledere
Kopi: Administrerende direktører

Helseforetakene i Helse Sør-Øst

Vår referanse:

21/01020-1

Saksbehandler:

Espen Anderssen

Deres referanse:

Dato:

02.07.2021

Innspill til revisjonsplan 2022 for konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst

Konsernrevisjonen gjennomfører årlig en prosess med å utarbeide et forslag til revisjonsplan for kommende år. Revisjonsutvalget fremlegger revisjonsplanen for godkjenning i styret i Helse Sør-Øst RHF. Planen består av revisjoner som skal gjennomføres i foretaksgruppen. Det planlegges med at revisjonsplanen for 2022 skal behandles i styret i Helse Sør-Øst RHF den 16. desember 2021.

Konsernrevisjonens formål

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF er en uavhengig og objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon. Formålet til konsernrevisjonen er å bistå styret og ledelsen ved det regionale helseforetaket og ved helseforetakene med å utøve god virksomhetsstyring. Dette utføres ved å vurdere foretakenes prosesser for virksomhetsstyring, risikostyring og internkontroll.

Konsernrevisjonen er organisert under styret for Helse Sør-Øst RHF og rapporterer funksjonelt til styret ved revisjonsutvalget. Revisjonsutvalget har som formål å bidra til å ivareta styrets tilsyns- og kontrolloppgaver.

Prosess for utarbeidelse av revisjonsplan

I henhold til instruks for revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst RHF skal utvalget hvert år anmode helseforetakene om styrebehandlete innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan for neste år. Formålet er å identifisere revisjoner som vil støtte styrene i helseforetakene i deres tilsyns- og kontrollfunksjon.

I tillegg vil konsernrevisjonen innhente innspill til revisjonsplanen fra revisjonsutvalget og ledelsen i det regionale helseforetaket. Konsernrevisjonen vil også gjøre selvstendige risikovurderinger som grunnlag for innspill til revisjonsplanen.

Revisjonsutvalget anmoder på denne bakgrunn helseforetakene om å utforme styrebehandlete innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan for 2022. Frist for innspill er 6. oktober 2021.

I løpet av kort tid vil konsernrevisjonen ta initiativ til et møte i august/september med den enkelte styreleder i helseforetakene for dialog om risikoområder og revisjonstemaer som kan inngå som innspill fra det enkelte helseforetak.

Perspektiv og risikobasert tilnærming

Konsernrevisjonens revisjonsplan skal være risikobasert. Innspill fra styrene bør bygge på styrets eget perspektiv av risikobildet med utgangspunkt i mål og rammebetingelser. Som hjelp i risikovurderingen kan styret også ta utgangspunkt i foretakets egen risikovurdering og det regionale helseforetakets risikokart (se vedlegg).

Innspill til revisjonsplanen

Innspill til revisjonsplanen bør gi en kort beskrivelse av risikoområdet, bakgrunn og mål, samt formål med revisjonen. Under bakgrunn og mål beskrives risikoområdets betydning for virksomheten og/eller måloppnåelsen.

Konsernrevisjonen ber om 1-2 forslag til risikoområder til konsernrevisjonens revisjonsplan. Konsernrevisjonen vil så langt som mulig følge opp de høyst prioriterte innspillene fra det enkelte helseforetak som samtidig treffer behovene til flere helseforetak eller foretaksgruppen som helhet.

Styret bes også om å vurdere i hvilken grad foretakets egen internrevisjon eller kvalitetsavdeling kan ivareta lokale behov for revisjoner.

Innspill til revisjonsplanen kan sendes konsernrevisor Espen Anderssen (revisjonsutvalgets sekretær) på epost Espen.Anderssen@helse-sorost.no.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF

Anne Cathrine Frøstrup
Leder styrets revisjonsutvalg
sign.



Espen Anderssen
konsernrevisor

Vedlegg

Vedlegg 1 – Eksempel på innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2021

Risikoområde	Bakgrunn og mål	Formål med revisjonen
<p>Svakheter i ledelsens årlige gjennomgang av styringssystemet Manglende eller mangelfull gjennomføring av ledelsens gjennomgang innenfor vesentlige risikoområder kan medføre at svakheter i styringssystemet og risikoer i pasientbehandlingen ikke avdekkes og håndteres i tilstrekkelig grad.</p>	<p>Minst en gang årlig skal helseforetakene foreta en systematisk gjennomgang av styringssystemet for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til forbedring (forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring).</p> <p>Gjennomgangen skal besvare om mål og resultater oppnås, om lover og forskrifter etterleves, og om styringssystemet fungerer etter hensikten.</p> <p>Det er viktig at resultatene fra denne gjennomgangen rapporteres til styret og følges opp på en god måte.</p>	<p>Formålet med revisjonen er å bekrefte hvorvidt ledelsens gjennomgang av styringssystemet gjennomføres på en hensiktsmessig måte, og at den bidrar til å gi styret nødvendig trygghet for at styringssystemet er velfungerende innenfor relevante risikoområder.</p>

Vedlegg 2 – Risikokart Helse Sør-Øst RHF (oversikt over risikovurdering og tiltak)

- Risikoområde 1: Risiko for ikke å nå mål om høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatikk.
- Risikoområde 2: Risiko for at manglende behandlingsskapasitet medfører lange ventetider og at pasientavtaler ikke oppfylles.
- Risikoområde 3: Risiko for redusert kvalitet i pasientbehandlingen, inkludert pasientsikkerhet og korridorplasser.
- Risikoområde 4: Risiko for ikke å nå mål for pakkeforløp for kreftpasienter.
- Risikoområde 5: Risiko for ikke å nå målet for redusert bruk av bredspektret antibiotika.
- Risikoområde 6: Risiko for uønsket variasjon i pasientbehandlingen.
- Risikoområde 7: Risiko forbundet med utdanning og rekruttering.
- Risikoområde 8: Risiko forbundet med HMS og arbeidsmiljø.
- Risikoområde 9: Risiko for utilstrekkelig informasjonsdeling i IKT-løsninger.
- Risikoområde 10: Risiko knyttet til IKT-infrastrukturen.
- Risikoområde 11: Risiko forbundet med informasjonssikkerhet og personvern.
- Risikoområde 12: Risiko forbundet med styring og gjennomføring av prosjekt for nytt sykehus i Drammen.
- Risikoområde 13: Risiko forbundet med styring og gjennomføring av prosjekt Nye Oslo universitetssykehus.



Revisjonsplan 2021

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst



**Behandlet av
styret i Helse Sør-Øst RHF
4. februar 2021**

Innholdsfortegnelse

1. Konsernrevisjonens formål	3
2. Revisjonsplanens formål	3
3. Hovedaktiviteter 2021	3
4. Revisjoner skal bidra til læring og forbedring	4
5. Planlagte revisjoner 2021	4
5.1 REVISJONSOMRÅDE: PASIENTBEHANDLING	5
5.2 REVISJONSOMRÅDE: IKT OG PERSONVERN	6
5.3 REVISJONSOMRÅDE: VIRKSOMHETSSTYRING.....	7
6. Oversikt over planlagte revisjoner i 2021	9

1. Konsernrevisjonens formål

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst (konsernrevisjonen) er en uavhengig og objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon med ansvar for internrevisjon i det regionale helseforetaket og helseforetakene som det regionale helseforetaket eier. Funksjonen skal gjennom en systematisk og strukturert metode, og avgivelse av bekreftelser, bidra til forbedringer i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring.

Konsernrevisjonens arbeid utføres i overensstemmelse med de internasjonale standardene for profesjonell utøvelse av internrevisjon som er fastsatt av The Institute of Internal Auditors (IIA).

2. Revisjonsplanens formål

Formålet med revisjonsplanen er primært å gi styret i Helse Sør-Øst RHF et beslutningsgrunnlag for å vurdere om de planlagte revisjonsaktivitetene er hensiktsmessige og tilstrekkelige. Planens sekundære formål er å gi konsernrevisjonen et grunnlag for å styre og følge opp egne aktiviteter, samt for å koordinere revisjonsarbeidet med konsernledelse, helseforetak og andre revisjonsmiljøer.

Revisjonsplanen er utarbeidet med utgangspunkt i krav for internrevisjon i helseforetakslovens § 37a og i tråd med instruks for konsernrevisjonen godkjent av styret i Helse Sør-Øst RHF. Styret skal i henhold til § 21a i helseforetaksloven godkjenne konsernrevisjonens årsplan. Revisjonsplanen skal være basert på vurderinger av risiko knyttet opp mot overordnede strategier og mål for foretaksgruppen.

I henhold til instruksen skal konsernrevisjonen utarbeide en flerårig revisjonsplan som rulleres årlig. Denne planen beskriver prosjekter som skal gjennomføres i 2021. Gjennom arbeidet med planen har konsernrevisjonen identifisert mulige revisjoner og mottatt innspill til revisjoner på en rekke ulike områder. Etter vurderinger av risiko, revisjoner planlagt av andre aktører og utviklingsaktiviteter på de ulike områdene, er en del av disse områdene ikke prioritert eller vurdert som egnet for revisjon fra konsernrevisjonen i 2021. Vi vil inkludere disse områdene i arbeidet med revisjonsplan for 2022, og ivaretar på denne måten en årlig rullering.

Revisjonsutvalget er i instruks fra styret gitt fullmakt til å foreta endringer i revisjonsplanen innenfor budsjett, herunder å godkjenne ad hoc-revisjoner og rådgivningsoppdrag. Det er også etablert rutiner for dialog med administrasjonen om innretningen av revisjonene og prioriteringer i revisjonsplanen.

Revisjonsutvalget kan godkjenne internrevisjonstjenester til hel- eller deleide selskaper forutsatt at disse er finansiert. Konsernrevisjonen er valgt som internrevisor av styrene i Pasientreiser HF og Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet. Revisjonsplanen inkluderer ikke våre revisjoner av disse selskapene.

3. Hovedaktiviteter 2021

Konsernrevisjonen har ved årsskiftet 10 medarbeidere. I tillegg disponerer vi et budsjett til å engasjere helsefaglige spesialister og eksterne konsulenter ved behov for spesialkompetanse i prosjektene. Ressursene vil i 2021 bli anvendt på følgende hovedaktiviteter:

- Revisjons- og rådgivningsoppdrag i henhold til plan
- Eventuelle ad hoc-revisjoner som revisjonsutvalget beslutter gjennom året
- Oppfølging av anbefalinger i tidligere revisjonsprosjekter
- Dialog og erfaringsutveksling med Helse Sør-Øst RHF, helseforetakene og eksterne aktører
- Utvikling av konsernrevisjonens kompetanse, arbeidsprosesser og leveranser
- Aktiviteter for å opprettholde innsikt i foretaksgruppens virksomhet
- Årsplanlegging og rapportering

4. Revisjoner skal bidra til læring og forbedring

Det er et mål for konsernrevisjonen å bidra til læring og forbedring i helseforetakene og på tvers i foretaksgruppen. Konsernrevisjonen arbeider kontinuerlig med å utvikle revisjonsprosessen for å skape verdi gjennom revisjonene. Vi søker å bidra til et grunnlag for forbedring gjennom å tilpasse våre metoder og skape innsikt fra den enkelte revisjon, samt ved å involvere det reviderte helseforetak med drøftinger av funn og resultater. Ved behov kan vi bidra med støtte til planlegging av videre forbedringsarbeid.

Læring på tvers i foretaksgruppen krever at revisjonene planlegges og innrettes med dette som formål. Der det er hensiktsmessig å gjennomføre revisjoner i flere helseforetak, vil konsernrevisjonen oppsummere gjennomgående observasjoner og læringspunkter og dele disse med helseforetakene i egnede forumer.

5. Planlagte revisjoner 2021

Revisjonsplanen skal være basert på risiko og vesentlighet i helseforetakenes virksomhet. Risikoene kan både være knyttet til trusler og muligheter. Det er samtidig en målsetting at revisjonsoppdragene understøtter mål og krav fra eier. Dette gjelder både styringsmålene for det angjeldende år, og et lengre perspektiv uttrykt i regional utviklingsplan. Ved utarbeidelse av revisjonsplanen er det tatt utgangspunkt i foretaksprotokoll, oppdragsdokument og risikovurderinger for Helse Sør-Øst. Tabellen under viser hvilke av risikoområdene i Helse Sør-Øst RHF som er dekket av revisjonsplanen.

Risikoområde Helse Sør-Øst RHF	Revisjoner i plan for 2021
<i>Risikoområde 2:</i> Risiko for at manglende behandlingsskapasitet medfører lange ventetider og at pasientavtaler ikke overholdes	<ul style="list-style-type: none">• Radiologiske og patologiske undersøkelser - ventetid og svartid
<i>Risikoområde 3:</i> Risiko for redusert kvalitet i pasientbehandlingen, inkludert pasientsikkerhet og korridorpasienter	<ul style="list-style-type: none">• Legemiddelhåndtering og legemiddelfeil• Risikostyring• Gevinstrealisering ved medikamentell kreftbehandling
<i>Risikoområde 6:</i> Risiko for uønsket variasjon i pasientbehandlingen	<ul style="list-style-type: none">• Uønsket variasjon
<i>Risikoområde 7:</i> Risiko forbundet med utdanning og rekruttering	<ul style="list-style-type: none">• Kompetansestyring
<i>Risikoområde 10:</i> Risiko forbundet med etablering av standardisert og fornyet IKT infrastruktur	<ul style="list-style-type: none">• Følgerevisjon av program for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM)
<i>Risikoområde 11:</i> Risiko forbundet med informasjonssikkerhet og personvern	<ul style="list-style-type: none">• IKT-anskaffelser og leverandørstyring i Helse Sør-Øst
<i>Risikoområde 12:</i> Risiko forbundet med styring og gjennomføring av prosjekt for nytt sykehus i Drammen	<ul style="list-style-type: none">• Styring og oppfølging av IKT-leveranser i tilknytning til byggeprosjekter

Tabell 1. Risikoområder og planlagte revisjoner.

Revisjonsplanen bygger i hovedsak på styrebehandlete innspill fra helseforetakene. Videre benytter vi kunnskap fra utførte revisjoner og andre revisjonsmiljøer. Vi prioriterer i 2021 revisjoner innenfor tre områder:

- *Pasientbehandling*
- *IKT og personvern*
- *Virksomhetsstyring*

Revisjoner på området *pasientbehandling* omfatter vurderinger av helseforetakenes arbeid med reduksjon av uønsket variasjon, forebygging av legemiddelfeil og reduksjon av ventetid på radiologi og patologi. Området *IKT og personvern* omfatter revisjoner av leverandørstyring ved IKT-anskaffelser, prosjekt- og programstyring i program STIM samt gevinstrealisering ved medikamentell kreftbehandling. Innenfor området *virksomhetsstyring* er det revisjoner av risikostyring, kompetansestyling og vurderinger av styringsmodell og avhengigheter ved IKT-investeringer og byggeprosjekter.

Sykehusene har i perioder i 2020 vært i beredskap som følge av covid-19. Flere påbegynte revisjoner måtte derfor stanses og utsettes for en periode. Videre har konsernrevisjonen gjennomført to ad-hoc revisjoner utenfor revisjonsplanen, og bidratt med ressurser til kvalitetssikring i arbeidet med distribusjon av smittevernutstyr. Som følge av dette vil tre revisjoner fra revisjonsplanen for 2020 bli rullert til 2021.

5.1 Revisjonsområde: Pasientbehandling

Revisjonsområdet omhandler pasientforløp innenfor somatikk og psykisk helsevern. Dette omfatter prosessene fra det tidspunktet pasienten kommer inn til spesialisthelsetjenesten, enten som elektive eller øyeblikkelig hjelp, og til pasienten er skrevet ut fra spesialisthelsetjenesten.

Radiologiske og patologiske undersøkelser - ventetid og svartid

De fleste henvisninger til radiologiske og patologiske undersøkelser skal ikke rettighetsvurderes og utløser ikke vurderingsgarantien i pasientrettighetsloven, slik øvrige henvisninger om utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten gjør. Ventetider innen radiologi og patologi må imidlertid støtte opp om ulike pasientforløp og prioriteringsveiledere generelt og spesielt.

For å følge opp at radiologiske- og patologiske tjenester har svartider som støtter opp om pasientforløpene, vil revisjonen undersøke hvilke interne målsettinger/tidskrav foretakene har satt, om det er korrekt registrering av data, om det er pålitelig rapportering, samt at fastsatte tidsmål innfris. I tillegg til å se på ventetider, vil revisjonen også se på andre mulige bakenforliggende årsaker til lange ventetider. Dette på bakgrunn av det er informasjon som tyder på at det brukes for mange ressurser på at patologisnitt og radiologiske bilder undersøkes på nytt ved viderehenvisning til regionssykehuset. Revisjonen vil ut i fra dette også se på rutiner og praksis i bruk av protokoller ved undersøkelser, slik at granskning blir gjort på en så lik måte som mulig.

Uønsket variasjon

Pasient- og brukerrettighetslovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet. Flere undersøkelser og analyser har vist at det er betydelig variasjon i forbruk av helsetjenester innenfor flere fagområder. For noen pasientgrupper er variasjon ønsket, ventet og et kvalitetstegn. For andre pasientgrupper er variasjonen uforklarlig, uønsket og viser at helsehjelpen ikke er likeverdig i befolkningen. Uønsket variasjon kan i ytterste konsekvens medføre risiko for svekket kvalitet og pasientsikkerhet. I tillegg kan det medføre feil bruk av ressurser ved at pasienter med liten eller ingen nytte av helsehjelp får dette på bekostning av pasienter med behov for helsehjelp.

Å redusere uønsket variasjon er et av fem satsningsområder i regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst. Krav om å redusere uønsket variasjon fremgår også av oppdragsdokumentene til helseforetakene. I den sammenheng har helseforetakene fått i oppgave å bruke medisinske kvalitetsregistre, helseatlas og annen type styringsinformasjon til å vurdere grad av uønsket variasjon. Formålet med revisjonen er å undersøke hvordan helseforetakene arbeider med å redusere risiko for uønsket variasjon, herunder om de har tatt i bruk tilgjengelig styringsinformasjon fra kvalitetsregistre, helseatlas eller annen type styringsinformasjon i dette arbeidet.

Legemiddelhåndtering og legemiddelfeil

Håndtering av legemidler har vært et satsningsområde for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i flere år, blant annet gjennom pasientsikkerhetsprogrammet. Feil som oppstår ved bruk av legemidler og legemiddelhåndtering er en betydelig utfordring i helseforetaksgruppen, og utgjør opp mot 30 prosent av meldte hendelser. Legemiddelfeil kan bestå av feil i oversikten over pasientens legemidler, svikt i kommunikasjon mellom behandlere og manglende oppfølging. Feil kan også oppstå i forbindelse med håndtering av legemiddel, altså i prosessen fra legemidlet er ordinert eller rekvirert til det er utdelt.

Nye verktøy er de senere år tatt i bruk for å sikre faglig forsvarlig, sikker og trygg legemiddelhåndtering i helseforetakene. Eksempler på dette er elektronisk legemiddelkurve og lukket legemiddelsløyfe. Formålet med revisjonen vil være å kartlegge og vurdere om helseforetaket har etablert prosesser, rutiner og systemløsninger som i tilstrekkelig grad understøtter sikker legemiddelhåndtering og forebygger legemiddelfeil.

5.2 Revisjonsområde: IKT og personvern

Området dekker overordnet styring av IKT, prosesser ved anskaffelse og drift av informasjonssystemer, informasjonssikkerhet og personvern. Det er planlagt med tre revisjonstemaer på området i 2021.

Følgerevisjon av program for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM)

Sykehuspartner HF ble i foretaksmøte 14. juni 2018 gitt i oppdrag å etablere et nytt program for standardisering og modernisering av regionens IKT-infrastruktur (STIM). Konsernrevisjonen har siden 2. tertial 2019 gjennomført en følgerevisjon av programmet. I forbindelse med behandlingen av STIM sin rapport per 1. tertial den 1. juli 2020, ba styret i Helse Sør-Øst RHF om at revisjonsutvalget skulle se nærmere på konsernrevisjonens oppdrag med følgerevisjon. Styret sluttet seg til konsernrevisjonens nye innretning av følgerevisjonen den 24. september 2020. Konsernrevisjonen vil innledningsvis foreta en revisjon av rapporteringsprosessen i STIM. Dette vil være en temagjennomgang basert på to utvalgte prosjekter med formål om å kartlegge og vurdere kvalitet i rapporteringsprosessen.

Konsernrevisjonen vil i løpet av 2021 gjennomføre revisjoner fortløpende i tråd med ny tilnærming. I første omfang vil vi gjøre prosjektrevisjoner av alle prosjekter som er kategorisert til å ha særlig høy risiko eller strategisk betydning for programmet. Formålet med revisjonene vil være å kartlegge og vurdere status, fremdrift og måloppnåelse i henhold til prosjekt- og programplaner, veikart og målbilde.

Gevinstrealisering ved elektronisk løsning for medikamentell kreftbehandling

Gevinstrealisering er en integrert del av prosjektmodellen i Helse Sør-Øst fra ide, planlegging til gjennomføring og overlevering. Konsernrevisjonen vil ta utgangspunkt i prosjektet som innførte elektronisk løsning for medikamentell kreftbehandling (MKB) for å vurdere arbeidet med gevinstrealisering fra planlegging av gevinster til realisering av gevinster. Prosjektet ble avsluttet 20. desember 2019. Overlevering til helseforetakene er gjennomført etter hvert som de har tatt løsningen i bruk. Overlevering til regional forvaltning ble gjennomført i juni 2019, basert på den regionale forvaltningsmodellen som var klar våren 2019. Løsningen forvaltes nå videre av tre aktører; Helse Sør-Øst RHF som regional applikasjonsforvalter, Sykehuspartner HF som teknisk systemforvalter og Oslo universitetssykehus HF som regional fagforvalter.

Den elektroniske løsningen CMS (Chemotherapy Management System) forutsetter at helseforetakene innfører nye arbeidsprosesser for medikamentell kreftbehandling. Løsningen skal støtte legenes forordning og rekvirering av kjemoterapi og kvalmemedisiner, sykehusapotekenes produksjon, og sykepleiernes administrasjon på sengepost og poliklinikk. Den skal også effektivisere deling av relevante pasientdata mellom helseforetak. Gjennom CMS oppnås også målet om en lukket legemiddelsløyfe.

Gevinstrealisering omhandler prosesser der man planlegger, kartlegger, organiserer, gjennomfører, måler og evaluerer ulike gevinstrealiseringsaktiviteter. CMS skal overordnet bidra til likeverdige helsetjenester. Formålet med revisjonen er å kartlegge og vurdere prosessen for gevinstrealisering, organiseringen av gevinstrealiseringsarbeidet fra prosjekt til linjen samt status på uttak av gevinster/effekter.

IKT-anskaffelser og leverandørstyring i Helse Sør-Øst

For å drifte, forvalte og utvikle systemporteføljen og realisere regionale utviklingsplaner er Helse Sør-Øst avhengig av IKT-leverandørenes leveranseevne og foretaksgruppens styringsevne overfor leverandørene. Gjennomføringen av IKT-strategien (delstrategi teknologi) krever også at Helse Sør-Øst har en hensiktsmessig og tilstrekkelig leverandørstyring på både et taktisk og operativt nivå, noe som vil være med på å sikre riktig leveranse til riktig tid, kostnad og kvalitet.

Risikoene knytter seg til manglende samordning av anskaffelser og ensartet leverandørstyring i regionen, og at Helse Sør-Øst ikke er i stand til å stille enhetlige krav til enkeltleverandører eller leverandørene samlet. Videre er det viktig at Helse Sør-Øst følger opp leverandørenes leveranser og måler kvaliteten opp mot kravene som er stilt.

Formålet med revisjonen vil være å kartlegge og vurdere hvordan styringen av IKT-anskaffelser er utformet og foregår i praksis for å samordne IKT-behov, samt hvordan styringen av IKT-anskaffelser sentralt sørger for effektive IKT-leveranser på tvers av foretaksgruppen. Revisjonen vil på denne bakgrunn kartlegge og vurdere strategi for IKT-anskaffelser, retningslinjer og prinsipper for IKT-leverandørstyring samt hovedprosesser for styring av IKT-anskaffelser. Nærmere innretning av revisjonen vil bli utformet ved planlegging av revisjonen.

Informasjonssikkerhet

Styring av informasjonssikkerhet er viktig for å ivareta sykehusenes virksomhet med hensyn til adekvat pasientsikkerhet og informasjonsbehandling. Mange av risikoene knyttet til manglende samsvar med regelverk, informasjonssikkerhetsstandarder og god praksis har gjennomgående effekt på hele foretaksgruppen og medfører potensielt negative omdømmekonsekvenser og finansielle tap.

Riksrevisjonen undersøkte i 2020 helseforetakenes forebygging av angrep mot egne IKT-systemer. Dokument 3:2 (2020–2021) omtaler flere vesentlige svakheter i informasjonssikkerhetsstyringen. Helseforetakene i Helse Sør-Øst er avhengig av felles den regionale tjenesteleverandøren Sykehuspartner HF for å sikre god informasjonssikkerhetsstyring. Sykehuspartner HF har ansvar for den tekniske sikringen av felles IKT-infrastruktur, regionale IKT-systemer samt av mange av helseforetakenes lokale systemer og utstyr. Helseforetakene har på sin side ansvar for at systemer og utstyr brukes på en sikker måte og at det stilles sikkerhetskrav til tjenesteleverandøren og at leverandøren følges opp.

Gjennomføring av en revisjon er planlagt i 2022. Innretningen vil bli utformet i dialog med informasjonssikkerhetsmiljøene i helseforetakene og i samråd med Regionalt sikkerhetsfaglig råd (RSR).

5.3 Revisjonsområde: Virksomhetsstyring

Området dekker risikostyring samt prosesser og systemer for å sikre god styring og kontroll.

Risikostyring

Helse- og omsorgstjenesten har de siste årene hatt stor oppmerksomhet på å redusere pasientskader, forbedre pasientsikkerheten og redusere uønsket variasjon i helsehjelpen. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring pålegger virksomhetene å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere aktiviteter for å sikre faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Innunder dette arbeidet er vurdering og håndtering av risiko et sentralt hjelpemiddel i styringen av aktiviteter og prosesser knyttet til det enkelte pasientforløp. Manglende styring av risiko kan føre til at det ikke

iverksettes hensiktsmessige tiltak - og at vesentlige forhold ikke rapporteres i lederlinjen. Formålet med revisjonen vil være å kartlegge og vurdere hvorvidt risikostyring er en integrert del av den løpende plan- og oppfølgingsprosessen i ulike avdelinger i et sykehus. Dette innebærer å undersøke hvorvidt risikostyring benyttes systematisk i arbeidet med å kartlegge generiske og særskilte risikoer knyttet til pasientforløp for de største diagnosegrupper, hvilke tiltak som er iverksatt og hvilken styringsinformasjon (eksempelvis indikatorer om struktur, prosess, kvalitet) som brukes til løpende oppfølging og rapportering.

Kompetansestyring

Spesialisthelsetjenesten er avhengig av tilstrekkelig og kompetent personell for å løse oppdraget. Tilgang på kvalifisert personell handler dels om kapasitet og innhold i utdanningene, men også om utvikling og bedre bruk av tilgjengelig personell. Det forventes mangel på flere grupper helsepersonell og endringer i kompetansebehov frem mot 2030. Dette skyldes blant annet stor naturlig avgang, utvikling i tjenestetilbudet og innsatsområder som er prioritert i helsepolitikken.

Det er stilt krav til de regionale helseforetakene om å følge utviklingen og sette inn tiltak på områder hvor det er misforhold mellom behov og forventet tilgang på spesialisert kompetanse. Det er videre gjennom oppdrag og bestillerdokumentet gitt krav om at helseforetakene må arbeide systematisk med strategisk bemannings- og kompetanseplanlegging gjennom målrettet å arbeide med å utdanne, rekruttere, utvikle og beholde medarbeidere.

Formålet med revisjonen vil være å undersøke om helseforetakene har etablert et system for å sikre at foretakets enheter har den nødvendige kompetanse vurdert mot dagens og fremtidens mål og oppgaver. Dette omfatter et målrettet arbeid med å utdanne, rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere.

Styring og oppfølging av IKT-leveranser i tilknytning til byggeprosjekter

Økonomisk bærekraft ved utbygging av nytt sykehus i Drammen forutsetter at Vestre Viken HF realiserer planlagte gevinster, blant annet gjennom nye teknologiske løsninger. Gevinstene er avhengig av flere ulike IKT-investeringer i regionen. Dette omfatter regionale kjernesystemer, IKT-infrastruktur, lokale investeringer i helseforetaket og ikke-byggnær IKT ved utbygging av nytt sykehus. Mange av leveransene er på konsept- eller planleggingsstadiet. Investeringene er organisert gjennom prosjekter og program i Helse Sør-Øst RHF, Sykehuspartner HF, Sykehusbygg HF og helseforetakene.

Det er store avhengigheter mellom utvikling av nye regionale systemløsninger og prosjekter som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF, samt mellom disse og utbygging av nye sykehus. Manglende eller forsinkede IKT-leveranser representerer en risiko for nytt sykehus i Drammen, og kan medfører manglende gevinstrealisering. Formålet med en revisjon vil være å kartlegge om det samlet sett er etablert en styringsmodell som ivaretar avhengigheter mellom de ulike IKT-investeringene i regionen, sett opp planer for gevinstrealisering og fremdrift i forbindelse med byggeprosjekter.

6. Oversikt over planlagte revisjoner i 2021

Tabellen under gir en samlet oversikt over planlagte revisjoner for 2021. Ved behov kan konsernrevisjonen også gjennomføre ad hoc-revisjoner etter godkjenning av revisjonsutvalget, eksempelvis ved endringer i risikobildet. De angitte tidspunktene er konsernrevisjonens tentative tidsplan for revisjonene. Det kan oppstå endringer i året ved behov for ad hoc-revisjoner, etter koordinering med andre revisjonsmiljøer eller ved interne forhold hos helseforetakene.

Revisjonsområde	Revisjon	Foretak	Tidspunkt
Pasientbehandling	Radiologiske og patologiske undersøkelser - ventetid og svartid	Oslo universitetssykehus HF	Ikke fastsatt
	Legemiddelhåndtering og legemiddelfeil	Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF	Vinter/vår 2021
	Uønsket variasjon	Ikke fastsatt	Høst 2021
IKT og personvern	Følgerevisjon av program STIM	Sykehuspartner HF	Tertialvis
	Gevinstrealisering ved elektronisk løsning for medikamentell kreftbehandling	Helse Sør-Øst RHF, Akershus universitetssykehus HF og ytterligere et helseforetak	Høst 2021
	IKT-anskaffelser og leverandørstyring i Helse Sør-Øst	Helse Sør-Øst RHF, Sykehuspartner HF, 1-3 helseforetak	Vinter 2021
	Informasjonssikkerhet	Sykehuspartner HF	2022
Virksomhetsstyring	Risikostyring	Oslo universitetssykehus HF	Vinter 2021
	Styring og oppfølging av IKT-leveranser i tilknytning til byggeprosjekter	Helse Sør-Øst RHF, Sykehuspartner HF, Vestre Viken HF	Høst 2021
	Kompetansestyring	Ikke fastsatt	Ikke fastsatt

Tabell 2. Planlagte revisjoner.

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	22. september 2021

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

Sak: 067 – 2021

Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2021 fra Helse Sør-Øst RHF

Hensikten med saken

Det vises til Oppdrag og bestilling 2021 til det enkelte helseforetak og private ideelle sykehus som har avtale med Helse Sør-Øst RHF. Det fremgår av dette at det vil bli utarbeidet et tilleggsdokument til oppdrag og bestilling med nye styringsbudskap fra Helse Sør-Øst RHF etter foretaksmøtene for helseforetakene i februar 2021.

Helse Sør-Øst har sendt tilleggsdokument til oppdrag og bestilling som et likelydende dokument til alle helseforetak og de fem private ideelle sykehusene (jfr. vedlegg). Noen av styringsbudskapene i tilleggsdokumentet gis som informasjon til flere, mens samme styringsbudskap gis som Annen oppgave 2021 til enkelte mottagere.

Forslag til vedtak

Styret tar «Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2021 for helseforetak og private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst» til etterretning og ber om at styringsbudskap og styringsmål følges opp.

Skien, 2. september 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Sykehuset Telemark HF har mottatt «Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2021 – juli 2021» fra Helse Sør-Øst RHF, datert 1. juli 2021 (jfr. vedlegg).

Tilleggsdokumentet omfatter styringsbudskap som Helse Sør-Øst RHF har mottatt fra Helse- og omsorgsdepartementet og styringsbudskap som er forankret i vedtak i styret for Helse Sør-Øst RHF etter at oppdrag og bestilling til helseforetakene/sykehusene ble utarbeidet.

Tilleggsdokumentet konkretiserer og presiserer hvordan Sykehuset Telemark forutsettes å delta i arbeidet med å nå de overordnede målene. Tilleggsdokumentet til oppdrag og bestilling har samme status som «Oppdrag og bestilling 2021», og det forutsettes at helseforetaket følger opp styringsbudskapene og arbeider videre med å nå styringsmålene.

Fra tilleggsdokumentet nevnes kort følgende oppdrag:

- Det skal etableres tverrfaglige regionale senfølgeklinikker etter covid-19. Sykehuset Telemark HF skal sørge for at pasienter som henvises med senfølger får et tilpasset behandlingstilbud
- Sykehuset Telemark skal gi god informasjon til MS-pasienter om muligheten for å delta i klinisk utprøving av stamcellebehandling i Norge, og vurdere strategier for å øke antall pasienter som deltar i den pågående kliniske studien med stamcellebehandling i Norge

På samme måte som for styringsbudskap gitt i oppdrag og bestilling skal årlig melding 2021 for Sykehuset Telemark inneholde rapporter med iverksatte/planlagte tiltak for tilleggsdokumentets Mål 2021 og Annen oppgave 2021.

Vedlegg

- Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2021 for helseforetak og private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst

Helseforetakene i Helse Sør-Øst
Private ideelle sykehus som har avtale med Helse Sør-Øst RHF

Vår referanse:

21/00609-11

Saksbehandler:

Kathrine Hofgaard Vaage

Deres referanse:

Dato:

01.07.2021

Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2021 - juli 2021

Det vises til Oppdrag og bestilling 2021 til det enkelte helseforetak og private ideelle sykehus med som har avtale med Helse Sør-Øst RHF. Det fremgår av dette at det vil bli utarbeidet et tilleggsdokument til oppdrag og bestilling med nye styringsbudskap fra Helse Sør-Øst RHF etter foretaksmøtene for helseforetakene i februar 2021.

Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling sendes som et likelydende dokument til alle helseforetak og de fem private ideelle sykehusene. Noen av styringsbudskapene i tilleggsdokumentet gis som informasjon til flere, mens samme styringsbudskap gis som *Annen oppgave 2021* til enkelte mottagere.

På samme måte som for styringsbudskap gitt i oppdrag og bestilling skal årlig melding 2021 inneholde rapporter med iverksatte/planlagte tiltak for tilleggsdokumentets *Mål 2021* og *Annen oppgave 2021*.

Tilleggsdokumentet omfatter styringsbudskap som Helse Sør-Øst RHF har mottatt fra Helse- og omsorgsdepartementet og styringsbudskap som er forankret i vedtak i styret for Helse Sør-Øst RHF etter at oppdrag og bestilling til helseforetakene/sykehusene ble utarbeidet. Det vises i denne sammenheng til «*Oppdragsdokument 2021 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 195 S (2020-2021)*» og protokoll fra foretaksmøte 15. juni 2021 for Helse Sør-Øst RHF. Disse dokumentet legges med som vedlegg.

Følgende nye regionale dokumenter gjøres gjeldende og skal legges til grunn for utvikling av tjenesten:

- Regional fagplan psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (RHF-styresak 041-2021), lenke: [Regional fagplan for psykisk helsevern og rusbehandling - Helse Sør-Øst RHF \(helse-sorost.no\)](#)
- Mål og strategi for informasjonssikkerhet i Helse Sør-Øst – overordnet styrende dokument (RHF-styresak 046-2021), lenke: [Mål og strategi for informasjonssikkerhet i Helse Sør-Øst - Helse Sør-Øst RHF \(helse-sorost.no\)](#)
- Finansstrategi for Helse Sør-Øst RHF Versjon 5.1 (RHF-styresak 067-2021), lenke: [Finansstrategi HSØ \(helse-sorost.no\)](#). Vedlegg til Finansstrategien for Helse Sør-Øst RHF – Regionale retningslinjer for driftsøkonomiske analyser, lenke: [Regionale retningslinjer for driftsøkonomiske analyser \(helse-sorost.no\)](#)

For alle de nye styringsbudskapene forutsettes at det enkelte helseforetak/sykehus gjør seg kjent med innholdet og følger opp det som er relevant gjennom innarbeidelse i virksomhetsplanlegging og rapportering på lik linje med styringsbudskapene som inngår i Oppdrag og bestilling 2021.

Styringsbudskapene nedenfor er sortert under egne overskrifter. Disse samsvarer så langt det er mulig med temaoverskriftene i Oppdrag og bestilling 2021.

3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

3.5 Behandlingstilbud

Regional kompetanse om seneffekter etter kreft

- *Informasjon*
- *Annen oppgave 2021 til Oslo universitetssykehus HF*

Oslo universitetssykehus HF skal videreutvikle regional kompetanse om seneffekter etter kreft hos barn og voksne med personell som skal bidra til å overføre kompetanse til allmennlegene om diagnostikk og behandling av seneffekter. Videre skal Oslo universitetssykehus HF kunne ta imot pasienter med kompliserte seneffekter for utredning og behandling. Oppdraget bør ses i sammenheng med pågående prosess for avvikling av Nasjonal kompetansetjeneste for seneffekter av kreft og videreføring av denne kompetansen gjennom en annen organisering, som for eksempel i form av et kompetansenettverk.

Tverrfaglige regionale senfølgeklinikker etter covid-19

- *Informasjon*
- *Annen oppgave 2021 til Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Sunnaas Sykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Østfold HF, Sørlandet Sykehus HF, Vestre Viken HF, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus*

Det vises til vedtak i foretaksmøte 15. juni 2021 for Helse Sør-Øst RHF om tverrfaglige senfølgeklinikker etter covid-19.

Helseforetakene skal sørge for at pasienter som henvises med senfølger etter covid-19 får et behandlingstilbud tilpasset pasientens behov. Det vises her til veiledning for rehabilitering etter covid-19 utarbeidet av Regional koordinerende enhet (RKE) i Helse Sør-Øst. Pasienter med langvarige, komplekse og sammensatte symptomer etter covid-19 infeksjon og hvor funksjonsnivået påvirkes i uttalt grad skal henvises til tverrfaglige regionale senfølgeklinikker.

Sunnaas sykehus HF og Sykehuset i Vestfold HF skal videreutvikle de tverrfaglige regionale senfølgeklinikker for utredning og diagnostisering av pasienter som får langvarige, komplekse og sammensatte symptomer etter akuttforløpet av covid-19, hvor funksjonsnivået påvirkes i uttalt grad. God samhandling med primærhelsetjenesten bør vektlegges, både i organisering av tilbudet og i oppfølgingen av den enkelte pasient. Det skal rapporteres på status for tilbudet innen 1. september 2021.

Sykehusstilbudet i Oslo

- *Informasjon*
- *Annen oppgave 2021 til Oslo universitetssykehus HF*

Det vises til vedtak i foretaksmøte 15. juni 2021 for Helse Sør-Øst RHF om sykehusstilbudet i Oslo.

Som oppfølging av Stortingets vedtak knyttet til sykehusstilbudet i Oslo skal Oslo universitetssykehus HF:

- avvente salg av sykehusomta på Ullevål til etter at etappe 2 av Nye Oslo universitetssykehus er regulert og utredet i forprosjekt og det foreligger detaljerte planer som sikrer at hele Groruddalens befolkning får sitt lokalsykehusstilbud ved Aker sykehus.
- sikre at Aker sykehus blir et fullverdig lokalsykehus for hele Groruddalen så snart det er forsvarlig.
- sørge for at den framskrevne sykehusaktiviteten i Oslo legges til grunn for den videre planleggingsprosessen.

Granheim lungesykehus

- *Informasjon*
- *Annen oppgave 2021 til Sykehuset Innlandet HF*

Det vises til vedtak i foretaksmøte 15. juni 2021 for Helse Sør-Øst RHF om Granheim lungesykehus.

Sykehuset Innlandet HF skal følge opp Stortingets vedtak om at tilbudet på Granheim lungesykehus som et minimum opprettholdes som i dag, inntil den bebudede evalueringen av behovet for rehabilitering og behandling av lungesyke er ferdig.

3.7 Forskning og innovasjon

- *Informasjon*
- *Annen oppgave 2021 til Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Sunnaas Sykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Østfold HF, Sørlandet Sykehus HF, Vestre Viken HF, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus*

Helseforetakene skal gi god informasjon til MS-pasienter om muligheten for å delta i klinisk utprøving av stamcellebehandling i Norge, og vurdere strategier for å øke antall pasienter som deltar i den pågående kliniske studien med stamcellebehandling i Norge.

4. Øvrige krav og rammer for 2021

4.1 Beredskap og sikkerhet

Dimensjonering av legemiddellagre bygget opp under covid-19-pandemien

- *Informasjon*
- *Annen oppgave 2021 til Sykehusapotekene HF*

Det vises til vedtak i foretaksmøte 15. juni 2021 for Helse Sør-Øst RHF om dimensjonering av legemiddellagre bygget opp under covid-19-pandemien.

Sykehusapotekene HF skal følge opp vedtaket om redimensjonering av legemiddellagre i protokoll fra foretaksmøte 15. juni 2021 for Helse Sør-Øst RHF.

Praksis ved avhending av eiendom

- *Informasjon*

Det vises til vedtak i foretaksmøte 15. juni 2021 for Helse Sør-Øst RHF om praksis ved avhending av eiendom. Tidligere stilt krav i 2009 om vurdering av samhandlingstiltak ved avhending av eiendom oppheves.

Med vennlig hilsen

Helse Sør-Øst RHF



Jan Frich
kst. administrerende direktør

Tore Robertsen
eierdirektør

Vedlegg:

- Protokoll fra foretaksmøte 15. juni 2021 for Helse Sør-Øst RHF.
- Oppdragsdokument 2021 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 195 S (2020-2021)

Mottaker	Adresse	Post	Kontaktperson
SYKEHUSET INNLANDET HF	Postboks 104	2381 Brumunddal	
SYKEHUSET TELEMARKE HF	Postboks 2900 Kjørbekk	3710 SKIEN	
SYKEHUSET I VESTFOLD HF	Postboks 2168	3103 TØNSBERG	
SYKEHUSET ØSTFOLD HF	Postboks 300	1714 GRÅLUM	
SØRLANDET SYKEHUS HF	Postboks 416 Lundsiden	4604 KRISTIANSAND S	
DIAKONHJEMMET SYKEHUS AS	Postboks 23 Vinderen	0319 OSLO	
LOVISENBERG DIAKONALE SYKEHUS AS	Postboks 4970 Nydalen	0440 OSLO	
MARTINA HANSENS HOSPITAL AS	Postboks 823	1306 SANDVIKA	
REVMATISMESYKEHUSET AS	Margrethe Grundtvigs veg 6	2609 LILLEHAMMER	
SUNNAAS SYKEHUS HF	Bjørnemyrveien 11	1453 BJØRNEMYR	
STIFTELSEN BETANIEN HOSPITAL SKIEN	Bjørnstjerne Bjørnsons gate 6	3722 SKIEN	
SYKEHUSAPOTEKENE HF	Postboks 13 Sentrum	0101 OSLO	
AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF	Postboks 1000	1478 LØRENSKOG	
OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	Postboks 4950 Nydalen	0424 OSLO	
VESTRE VIKEN HF	Postboks 800	3004 DRAMMEN	
SYKEHUSPARTNER HF	Postboks 3562	3007 DRAMMEN	

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	22. september 2021

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

Sak: 068 – 2021

Status styringskrav 2021 for Sykehuset Telemark HF

Hensikten med saken

Saken omhandler status for styringskrav i oppdrag og bestilling 2021, styringskrav gitt i foretaksmøter til Sykehuset Telemark HF samt i tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2021.

Forslag til vedtak

Styret tar status styringskrav 2021 for Sykehuset Telemark HF til orientering.

Skien, 13. september 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

I foretaksmøte 19. februar 2021 ble oppdrag og bestilling 2021 gjort gjeldende for Sykehuset Telemark HF. Etter dette har Sykehuset Telemark fått styringskrav i foretaksmøte 3. juni, samt i tilleggskokumentet til oppdrag og bestilling 2021 (brev fra HSØ 1. juli, jfr. styresak 067-2021). Styret orienteres i saken om status for styringskrav gitt til Sykehuset Telemark i 2021.

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Alle styringskrav for 2021 er operasjonalisert i virksomhets-planleggingen for 2021. Dette gjelder også styringsbudskap mottatt i foretaksmøter løpet av året, samt i tilleggskokumentet til oppdrag og bestilling 2021. Styringsbudskapene inngår i det helhetlige oppdraget Sykehuset Telemark HF har ansvar for å gjennomføre.

Covid-19 pandemien

I foretaksmøtet 19. februar formidlet Helse Sør-Øst RHF følgende:

Pandemisituasjonen vil fortsatt være uforutsigbar i 2021 og nye smittetilbrudd kan oppstå lokalt. Sykehuset Telemark HF må derfor også i 2021 være forberedt på smitte og sykdom i befolkningen, med mulig behov for økt sengekapasitet og spesielt intensivkapasitet. Samtidig vil vaksinerings av befolkningen bidra til å forbedre situasjonen utover i 2021. Det er viktig at helseforetaket opprettholder en mest mulig normal drift gjennom 2021 og har særskilt oppmerksomhet på å hente inn noe av det etterslepet som har oppstått som følge av pandemien.

Covid-19 pandemien har også preget driften gjennom store deler av 2021 og ansatte i Sykehuset Telemark har blitt stilt overfor utfordringer, krav og forventninger. Det er gjort en stor innsats for å yte gode og trygge helsetjenester, gjennomføre godt smittevern, omstille og øke behandlingsskapasiteten, samt prioritere og rasjonere på knappe ressurser.

Sykehuset Telemark har arbeidet godt med å normalisere driften og hente inn etterslep innen de rammer pandemien har tillatt.

I foretaksmøte 3. juni formidlet Helse Sør-Øst RHF følgende krav som Sykehuset Telemark har innrettet sitt arbeid etter for å innfri:

Helseforetaket bes om å sikre at rehabiliteringstilbud innen spesialisthelsetjenesten ikke legges ned for man har sikret at kommunene eventuelt er i stand til å overta ansvaret for de aktuelle pasientgruppene.

Helseforetaket skal delta i nasjonalt nettverk for erfaringsutveksling og informasjonsdeling mellom helsefelleskap som fasiliteres av Helsedirektoratet.

I forbindelse med eggdonasjon skal helseforetaket dekke donors kostnader til medikamenter og egenandeler mv. Det må etableres hensiktsmessige systemer som sørger for at donorene ikke må legge ut for slike utgifter.

Helseforetaket skal ikke redusere døgnkapasiteten i psykisk helsevern før det er foretatt en ny vurdering på grunnlag av en samlet analyse av fremtidig kapasitetsbehov, jf. oppdrag til Helse Sør-Øst RHF i revidert oppdragsdokument 2019.

Helseforetaket skal utarbeide konkrete tiltaksplaner og avsette tilstrekkelige ressurser for å nå målet om høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Tiltak rettet mot barn og unge skal prioriteres.

Status for mål og oppdrag gitt i oppdrag og bestilling 2021 og i tilleggskokumentet

I Sykehuset Telemarks virksomhetsstyring har klinikkjefer og stabsdirektører rapportert status for mål og oppdrag gitt i oppdrag og bestilling 2021 og i tilleggskokumentet (se vedlegg). Tilbakemeldingene viser at det forventes delvis eller full måloppnåelse på majoriteten av mål og oppdrag.

På området 4.2 *Informasjonssikkerhet* rapporteres det om høy risiko for manglende måloppnåelse. Dette gjelder styringskravene:

Helseforetaket skal ta i bruk regional protokoll over behandlingsaktiviteter og bidra i Sykehuspartner HF's arbeid med å videreutvikle den regionale protokollen slik at den understøtter gode arbeidsprosesser i helseforetakene.

Helseforetaket skal ha oversikt over informasjonssikkerhetsrisikoen og -tilstanden i helseforetaket, herunder trusselbildet, sårbarheter, tiltak og hendelser. De største risikoområdene skal prioriteres. Etter nærmere spesifisering skal status rapporteres i ordinær tertialrapportering.

Tiltak igangsatt for å oppfylle de to styringskravene er som følger:

- Sykehuset Telemark har lagt inn lokal protokoll inn i regional protokoll. Denne må kompletteres og kvalitetssikres. Innretning på det videre arbeidet ble behandlet i direktørens ledermøte 14. september.
- Det er etablert et prosjekt "Digital sårbarhet". Prosjektet omfatter seks innsatsområder som adresserer de største risikoområdene for foretaket. Fase 1 er en kartleggingsfase og utarbeidelse av tiltak.

Rapporteringen på styringskrav gitt i *tilleggskokumentet* til oppdrag og bestilling 2021 (brev av 1. juli) viser god måloppnåelse på alle områder hvor Sykehuset Telemark er definert som ansvarlige for styringskrav.

For øvrig vises det til styresak 063-2021 Virksomhetsrapport per 2. tertial (behandles av styret i møte 22. september), hvor status per 31. august 2021 for mange av styringskravene også fremkommer. Sykehusets oppdaterte risikovurdering inngår i tertialrapporteringen.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Administrerende direktør anbefaler at styret tar status styringskrav 2021 for Sykehuset Telemark HF til orientering.

Vedlegg

- Status OBD og tilleggskokument 2021

Vurdering av status for styringskrav gitt i OBD 2021 og i tilleggskravet til OBD

Vedlegg til styresak 068-2021 Status styringskrav 2021 for Sykehuset Telemark HF

1. Kapasitetsutnyttelse

Oppdrag og bestilling 2021			Vurdering av status:	
			Grønt: Høy grad av styring og kontroll. Tiltak ikke nødvendig.	
			Gult: Middels grad av styring og kontroll. Tiltak må vurderes.	
			Rødt: Lav grad av styring og kontroll. Tiltak nødvendig.	
1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	Ansvarlig gjennomføring	Ansvarlig rapportering	Kommentar	Status
1.1 Ventetid somatikk				
Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres i alle helseforetak sammenliknet med 2020.	ABK, BUK, KIR, KPR, MED	ØK.DIR	Ventetidene er redusert sammenliknet med 2020 for alle fagområdene.	
I 2021 skal gjennomsnittlig ventetid innen somatiske tjenester være under 54 dager i helseforetakene i Helse Sør-Øst. Målet er å oppnå gjennomsnittlig ventetid under 50 dager i 2022.	ABK, BUK, KIR, MED	ØK.DIR	Ventetid somatikk er per juni 53 dager og målsettingen er oppnådd.	
1.2 Pasientavtaler				
Helseforetaket skal overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2019 (passert planlagt tid). Helseforetaket skal overholde minst 95 prosent av avtalene innen utgangen av 2021.	ABK, BUK, KIR, KPR, MED	ØK.DIR	Per juni var 94,5 % av pasientavtalene overholdt. Andelen har økt gjennom 2021, og det er stor oppmerksomhet på indikatoren passert planlagt tid.	
Helseforetaket skal øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder i 2021, sammenliknet med andre halvår 2020. Dette skal måles ved indikatoren planleggingshorisont.	ABK, BUK, KIR, KPR, MED	ØK.DIR	Det er en liten økning fra 50 % til 52 % andel planlagte timer. Det tilstrebes å sette av timer langt fram i tid for å øke planleggingshorisonten. Tildeling av timer avhenger av behandlernes arbeidsplaner og oppsatt program.	
Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 prosent.	ABK, BUK, KIR, KPR, MED	ØK.DIR	Per juni er 14,8 % av konsultasjonene gjennomført på video og telefon. Intern målsetting er 10 % for somatikk og 25 % for psykisk helsevern/TSB. Somatikk oppnår 8,8%, BUP 35,8, VOP 23,9 og TSB 32,8 %. Det er gjennomført prosjekter i flere klinikker for å identifisere aktuelle pasientgrupper og hvilke tidspunkt i behandlingen som passer for telefon/video-konsultasjoner, og satt interne målsettinger for andel telefon/video.	
1.3 Pakkeforløp kreft				
Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 prosent. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres.	MED, KIR, MSK (Anne Augestad Larsen)	F.DIR	Samlet sett er 72 % av pakkeforløpene gjennomført innenfor normert tid i perioden januar til juni 2021. Det er gode resultater innenfor de fleste områder, og spesielt for blærekreft og fjellekkreft med over 90 % måloppnåelse. For lungekreft og lymfom ses svake resultater, og det er iverksatt forbedringsarbeid på begge områder. Konkret for lungekreft: -Sjekkliste for bestilling av undersøkelser og rekkefølge på disse, evt parallell. -Økt tilgang på PET timer i Vestfold - fire av åtte timer i uken holdes nå av til lungekreft. PET-tilgang må jobbes videre, også for andre kreftforløp, og særlig ifbm lavdriftsperioder. -Oppstart medikamentell livsforlengende behandling er ofte forsinket. Gjennomgang av retningslinjene med lungelege og onkologer planlagt for å redusere ventetid og få likere behandling. -Ventetid på CT-veiledet biopsi kan være lang, og noen ganger må undersøkelsen gjøres flere ganger. Kapasitet på CT og tolkning er flaskehals - blir fulgt opp. For lymfom er måloppnåelsen lav i hele Helse Sør-Øst. Resultatene er forbedret for STHF i 2021 sammenliknet med 2020 (44 % mot 24 %). De nasjonale handlingsprogrammene følges, og det er god måloppnåelse på kvalitetsindikatorer som gjelder utredning. Det har også over tid vært utfordringer for prostatakreft, men som et resultat av målrettet arbeid er man nå nær ved 70 %	
1.4 Uønsket variasjon				
Uønsket variasjon skal reduseres og data fra helseatlas og kvalitetsregistre skal brukes.	ABK, BUK, KIR, KPR, MED	F.DIR	Alle fagområdene bruker helseatlas og kvalitetsregistre i sitt kvalitetsarbeid for bl.a. å redusere uønsket variasjon. Spesielt fokus på Skien vs Notodden for kirurgi og medisin: - Hjerteinfarkt (særlig for STEMI, men også noe for NSTEMI) - brukt tid på å samkjøre behandlingen, gjennom bl a flyt i akuttjudeprosjektet. - Igangsatt «komplikasjonsmøter» mellom kirurger på begge lokasjoner - identifisert større andel komplikasjoner på galleoperasjoner på Notodden enn i Skien, førte til felles tilnærming til kompetanse og metodikk. - Høyere andel avvik kir/ort på Notodden enn i Skien. Igangsatt felles fagmøter, komplikasjonsmøter og hendelsesgjennomganger på tvers av lokasjonene. Sikre «lik praksis» mellom Skien og Notodden, der vi bruker helseatlas, kvalitetsindikatorer, infeksjoner osv. Fårner ulike fagområder, sengeposter, samarbeid sengepost/LUS/bakvakt og samarbeid medisin/kirurgi. - «Telemarksløpet» bidrar til å redusere uønsket variasjon og sikre helhetlige og kunnskapsbaserte forløp for pasienter med muskel- og skjelettlidelser. BUK: - Fokus på å redusere antall innleggelses og øke dagbehandling i somatikk. - Reduksjon i Hba1c til gjennomsnittet. Forbedring etter iverksattelse av tiltak, men fortsatt behov for fokus. - BUP har jobbet med tiltak etter konsernrevisjon 2019, blant annet ved å gjøre felles inntaksvurderinger i lederteam, drøfte avslag og behandlingens lengde, laget felles journalmal og felles fraser, redusert antall Heliksdokumenter knyttet til bare en seksjon. - Mest mulig lik oppfølging av pakkeforløp i alle seksjoner i ABUP. Det regionale BUP prosjektet bidrar til å redusere uønsket variasjon, samt læringspunkter fra LOT 2021/2022.	
1.5 Kapasitetsutnyttelse				
Helseforetaket skal gjennomføre tiltak som gir kortere ventetider ved poliklinikker i 2021.	ABK, BUK, KIR, KPR, MED	ØK.DIR	Det er igangsatt flere prosjekter med støtte fra HSP for å øke kapasitet og redusere ventetidene innen ØNH, Plast, Gastro, BUP og PHV/TSB. I tillegg økes behandlerkapasiteten økes i BUP for å håndtere stor henvisningsøkning.	

Vurdering av status for styringskrav gitt i OBD 2021 og i tilleggsdokumentet til OBD

Vedlegg til styresak 068-2021 Status styringskrav 2021 for Sykehuset Telemark HF

2 Psykisk helsevern og TSB

Oppdrag og bestilling 2021			Vurdering av status:	
			Grønt: Høy grad av styring og kontroll. Tiltak ikke nødvendig.	
			Gult: Middels grad av styring og kontroll. Tiltak må vurderes.	
			Rødt: Lav grad av styring og kontroll. Tiltak nødvendig.	
2. Prioritering av psykisk helsevern og TSB	Ansvarlig gjennomføring	Ansvarlig rapportering	Kommentar	Status
2.1 Høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk				
Det skal være høyere vekst i aktivitet innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Når det gjelder mål for kostnadsvekst, legges det til grunn et særlig mål for å ta hensyn til pandemisituasjonen. Den prosentvise veksten i kostnader innen psykisk helsevern og TSB skal være høyere enn den var for somatikk i 2019.	BUK, KPR	ØK.DIR	Det har vært en stor kostnadsvekst innenfor somatikk, mens voksenpsykiatrien viser en kostnadsreduksjon. Barne- og ungdomspsykiatrien og TSB har større kostnadsvekst enn somatikken, og oppfyller målsettingen. Det jobbes med bemanningsrekruttering innenfor voksenpsykiatrien for å fylle vakante stillinger, og dette vil også bidra til å øke kostnadene.	
Distriktspsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern.	BUK, KPR	BUK og KPR	Barne- og ungdomspsykiatrien er prioritert gjennom skjerming mot budsjettkutt, som igjen legger til rette for å opprettholde kapasitet og aktivitetsnivå. I tillegg jobbes det systematisk med å øke aktiviteten ytterligere for å ta unna den økte henvisningsmengden og holde ventetidene lave, gjennom produktivitetsforbedring og flere behandlerstillinger.	
2.2 Ventetid psykisk helsevern og TSB				
Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne.	KPR	ØK.DIR	Ventetiden per juni er 33,6 dager og målsettingen er oppnådd. Det har vært lave ventetider gjennom hele 2021.	
Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge.	BUK, KPR	ØK.DIR	Ventetid per juni er 36,2 dager. Ekstraordinært stor henvisningsøkning til BUP har utfordret kapasiteten, og til tross for produktivitetsforbedringer og flere behandlerstillinger er målsettingen så langt ikke nådd. Det forventes bedring når de nye stillingene er besatt.	
Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 30 dager for TSB.	KPR	ØK.DIR	Per juni er ventetiden 24 dager. TSB har hatt ventetider rundt 20 dager over lengre tid.	
2.3 Pakkeforløp psykisk helsevern og TSB				
Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 prosent.	BUK, KPR	ØK.DIR	Ligger for øyeblikket på 67,8 % og ligger under målsettingen på 80 %. STHF ligger 1,2 % - poeng lavere enn landsgjennomsnittet. Det jobbes kontinuerlig med å forbedre dette. Det er satt av ekstra ressurser til opplæring og veiledning i koding.	
Andel pakkeforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 prosent.	BUK, KPR	ØK.DIR	Ligger for øyeblikket på 45,6 % måloppnåelse, noe som er et godt stykke under målsettingen på 80 %. STHF ligger allikevel 3 % - poeng over landsgjennomsnittet. Det jobbes kontinuerlig med å forbedre dette. Det er satt av ekstra ressurser til opplæring og veiledning i koding.	
Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan skal være minst 80 prosent.	BUK, KPR	ØK.DIR	Ligger for øyeblikket på 52,7 %, noe som er et godt stykke under målsettingen. Ligger allikevel 9,8 % - poeng over landsgjennomsnittet. Det jobbes kontinuerlig med å forbedre dette. Det er satt av ekstra ressurser til opplæring og veiledning i koding.	
2.4 Epikriser psykisk helsevern og TSB				
Minst 60 prosent av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB.	KPR	ØK.DIR	Variere fra 40 % til 55 % de første 7 månedene, og hittil per juni viser måloppnåelse 43 %.	
2.5 Henvisninger psykisk helsevern				
Avvisningsrater ved poliklinikkene i psykisk helsevern skal reduseres.	BUK, KPR	ØK.DIR	Avvisningsratene er redusert fra 30 % per juni i fjor til 12 % i år.	
2.6 Tvangsbruk psykisk helsevern				
Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i døgntilrettelagt behandling i psykisk helsevern skal reduseres i 2021.	KPR	ØK.DIR	Det har vært færre pasienter i covid perioden, men med sterkere symptomer og større atferdsutfordringer. Det er pasientbehovet som styrer tiltaksgraden. Det er flere aktive tiltak rettet mot medarbeiderne med fokus på reduksjon av tvangsmiddelbruk. Som f.eks innføring av transportbelter istedet for belteseng, etisk refleksjonsgrupper, kompetanseheving innen MAP for å nevne noe.	
2.7 Samarbeidspartnere innen psykisk helsevern og TSB				
Helseforetaket skal etablere områdefunksjoner innen psykisk helsevern og TSB for innsatte. Dette skal sikre faste stedlige tjenester til faste tider innenfor begge fagområder i alle fengsler, jf. plan som er utarbeidet i samarbeid med Kriminalomsorgsdirektoratet. Det forutsettes at helseforetaket gjennomfører lokale planprosesser i samarbeid med Kriminalomsorgen lokalt.	KPR	KPR	Det er etablerte samarbeidsavtaler med fengselet i Skien og Kragerø som beskriver samarbeidsform. Avtalene har faste evalueringspunkter og årlig avtale, ny, ble undertegnet før sommeren	

Vurdering av status for styringskrav gitt i OBD 2021 og i tilleggsdokumentet til OBD

Vedlegg til styresak 068-2021 Status styringskrav 2021 for Sykehuset Telemark HF

3. Kvalitet og pasientsikkerhet

Oppdrag og bestilling 2021			Vurdering av status:	
			Grønt: Høy grad av styring og kontroll. Tiltak ikke nødvendig. Gult: Middels grad av styring og kontroll. Tiltak må vurderes. Rødt: Lav grad av styring og kontroll. Tiltak nødvendig.	
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	Ansvarlig gjennomføring	Ansvarlig rapportering	Kommentar	Status
3.1 Pasientsikkerhet og sikkerhetskultur				
Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres til 10 prosent eller lavere.	ABK, KIR, MED (Elisabeth Hessen)	F.DIR	GTT 2019: 6,7 prosent. Estimert GTT for 2020: 7,9	
Andel enheter med godt sikkerhetsklima i et helseforetak skal være minst 75 prosent. (Målt gjennom undersøkelsen Forbedring og beregnet med Helseinspektatets definisjon på indikatoren)	KLINIKKSJEFER	HR	Sykehuset Telemark oppfyller kravet	
3.2 Legemidler				
30 prosent reduksjon i samlet forbruk av bredspektrert antibiotika i 2021 sammenliknet med 2012. 2021 er siste året for <i>Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsejennesten</i> og målepunkt for planperioden.	KLINIKKSJEFER (Antibiotikateam)	F.DIR	Sykehuset oppnådde målet med 30 % reduksjon av bredspektrert antibiotika allerede i 2019 med målrettet arbeid av et antibiotikateam og HSØ nettverksteam som ble etablert på sykehuset. Under pandemien i 2020 steg forbruket til 14,44 DDD/100 liggedøgn (fra 11,98 i 2019), grunnet bredspektrert behandling av covid-19 pasienter og også til andre pasientgrupper. Ved T1 2021 var forbruket 13,20 DDD/100 liggedøgn, som tilsvarer 24,3 % reduksjon fra 2012. Antibiotikateamet var inaktiv store deler av året grunnet covid-19. Forbruket er blant de laveste i HSØ. Smittevernoverlegen inviterte KAS på «besøk» (tre digitale møter) vår 2021 for å reaktivere arbeidet, men det har fortsatt vært mye mindre aktivitet enn før pandemien. Målet med 30 % reduksjon synes usikkert for 2021.	
Helseforetaket skal øke bruken av elektronisk identifiserbare legemidler på dosnivå etter hvert som Sykehusapotekene HF kan fremskaffe disse enten gjennom egenproduksjon eller via LIS-avtaler (legemiddelinnkjøpsamarbeidet). Dette som forberedelse til innføring av lukket legemiddelsøyle.	KLINIKKSJEFER (Karen Vik)	F.DIR	Sykehusapotekene har et mål om at sykehusenes andel av perorale endoser skal være på 42 %. Ved STHF er andelen på 36 % hittil i 2021, hvilket innebærer en marginal økning fra 35 % i 2019. Når vi også inkluderer bruk av pasientmerkede endoser, er andelen på 42 %.	
Helse Sør-Øst RHF skal i samarbeid med Norsk Helsenett legge til rette for at En vei innløsningen/melde.no tas i bruk for melding av uønskede hendelser, herunder bivirkninger av legemidler og vaksiner. Helseforetaket skal følge opp dette arbeidet.	F.DIR, UTV.DIR (Elisabeth Hessen)	F.DIR	Det er gitt informasjon til relevante miljøer og i direktørens ledergruppe. Aktuelle prosedyrer er oppdaterte. Melde.no er implementert ved STHF.	
3.3 Korridorpasienter				
Ingen korridorpasienter.	ABK, KIR, MED	ØK.DIR	Lavere belegg under pandemien gav færre korridorpasienter, men med økning i aktiviteten de siste månedene har også antall og andel korridorpasienter økt.	
3.4 Epikriser somatikk				
Minst 70 prosent av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsejenneste.	ABK, BUK, KIR, MED	ØK.DIR	Per 1. halvår er 63 % av epikrisene sendt innen 1 dag etter utskrivning. Det er stor variasjon mellom avdelinger/seksjoner i hvor stor andelen er. Kirurgisk klinikk har i 2021 med unntak av mars måned hatt høyere andel enn 70%. De andre klinikkene ligger et stykke unna målsettingen.	
3.5 Behandlingstilbud				
Helseforetaket skal følge opp Stortingets vedtak om bioteknologiloven: o Forberede innføring av tilbud om tidlig ultralyd og NIPT til gravide over 35 år og andre med indikasjon for fosterdiagnostikk slik at dette kan gis fra høsten 2021. Behovet for kompetansehevede tiltak, mer personell, tilstrekkelig analysekapasitet og investeringer i utstyr må blant annet vurderes i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF. o Starte opp med kompetansehevede tiltak for jordmødre, leger og annet personell, og sørge for kapasitet på sykehusene slik at tilbud om tidlig ultralyd til alle gravide kan innføres i 2022.	KIR	KIR	Vi har to overleger som tar sertifisering etter Fetal Medicine Foundation innen tidlig UL. De må også hospitere på fostermedisin. Vi arbeider med å utvide poliklinikken i Porsgrunn med nytt og godt utstyr, slik at vi ivaretar krav til oppfølging til tidligscreening av gravide. Behov for ressurser, utstyr og opplæring er meldt tidligere til HSØ. NIPT analyser er ikke tilgjengelig for øyeblikket så langt vi kjenner til. På jordmorsiden er det en jordmor som er i gang med opplæring innen tidlig UL og starter med påfølgende praksis. Vi har to aktuelle ultralydjordmødre som venter på plass på opplæring i januar 2022. Plass for disse er ikke bekreftet ennå. Det har vært kapasitetsutfordringer og begrensede plasser på opplæringsiden som har gjort at vi ikke har kommet lengre med forberedelsene. På grunn av begrensede ressurser og krav til opplæring vil vi ikke kunne gjennomføre ytterligere kompetanseheving raskere.	
Kvinner som skal gjennomføre et planlagt svangerskapsavbrudd, skal få tilbud om å gjennomføre dette på sykehus dersom kvinnen selv ønsker det. Alle kvinner som blir behandlet på sykehus ved spontanabort, skal få tilbud om oppfølging fra helsepersonell.	KIR	KIR	Ved STHF får de kvinner som ønsker tilbud om abort på sykehuset. De som velger hjemmeabort får oppfølging i etterkant fra sykepleier på sengepost.	
Helseforetaket skal etablere en Kontaktfamilieordning for gravide som skal føde et barn med diagnose påvist i svangerskapet, og for gravide med foster hvor det er påvist en diagnose og hvor kvinnen er usikker på om hun vil søke om å avbryte svangerskapet. Tilbudet skal etableres i tjenesten i samarbeid med aktuelle pasientorganisasjoner. Det vises til omtale Prop. 1 S (2020-2021) under kap. 732, postene 72-75.	KIR	KIR	Se tilbakemelding på oppgave over	

Vurdering av status for styringskrav gitt i OBD 2021 og i tilleggskrav til OBD

Vedlegg til styresak 068-2021 Status styringskrav 2021 for Sykehuset Telemark HF

3. Kvalitet og pasientsikkerhet

Helseforetaket skal etablere en Kontaktfamilieordning for gravide som skal føde et barn med diagnose påvist i svangerskapet, og for gravide med foster hvor det er påvist en diagnose og hvor kvinnen er usikker på om hun vil søke om å avbryte svangerskapet. Tilbudet skal etableres i tjenesten i samarbeid med aktuelle pasientorganisasjoner. Det vises til omtale Prop. 1 S (2020-2021) under kap. 732, postene 72-75.	KIR	KIR	Ved STHF blir gravide som får mistenkt diagnose hos barn i svangerskap henvist videre til Oslo. Her blir de så fulgt opp. Vi har ingen direkte avtaler med noen organisasjoner om samarbeid annet enn med interesseforeninger. Det er ofte Nyfødtt/intensiv hos oss som er kontaktperson og som formidler videre kontakt til organisasjonene om den gravide ønsker dette. Det har i de senere årene vært et samarbeid mellom STHF, seksjon Føde og Amathea, som skal ivareta rådgivning til vanskeligstilte gravide, om kvinnen selv ønsker noe mere enn det gynekologisk poliklinikk hos oss kan gi.	
Helseforetaket skal sørge for at det er mer tilrettelagte tilbud om lindrende behandling og omsorg i spesialisthelsetjenesten for de aller sykeste barna og deres familier, og tilstrekkelig kompetanse gjennom barnepalliative team.	BUK	BUK	Det er opprettet et tverrfaglig barnepalliativt team på tvers av barne- og ungdomsmedisin og habilitering for barn og unge. To sykepleiere har tatt videreutdanning i barnepalliasjon. Vi har også lang erfaring med barnepalliasjon før dette tilbudet ble opprettet og satt i system.	
Helseforetaket skal vurdere behov for økte ressurser for å sikre faglig kvalitet, kompetanse, likeverdige tjenestetilbud og samhandling i habiliteringstjenestene, i samsvar med Helse direktoratets veileder.	BUK	BUK	Hittil i 2021 har vurdering av ressurs situasjonen ikke medført prioriterte ressurser til habiliteringstjenesten. Det er gitt signaler fra avdeling om behov for å øke og beholde ressurser. Det er tildelt ekstra midler til barnehabilitering i revidert nasjonalbudsjett i forbindelse med C 19.	
Helseforetaket skal i tråd med Opptrappingsplan mot vold og overgrep, sørge for at tilstrekkelig klinisk kompetanse på behandling av seksuelle atferdsproblemer blant barn og unge er etablert. Oppgaven gjøres i samarbeid med nasjonalt klinisk nettverk for behandling av barn og unge med skadelig seksuell adferd.	BUK og KPR	BUK og KPR	BUK: En ansatt har kompetanse på dette, fagdag til høsten for hele BUK. Planlegger å øke kompetansen til flere ansatte. Ansatt deltar i konsultasjonsteam ved Barnehuset i Sandefjord. Habilitering for barn og unge har fagpersoner som arbeider spesielt med seksuell helse, arrangerer kurs med tanke på forebygging. Deltar i regionalt og nasjonalt nettverk. KPR: Samhandler med BUK - ingen med spesiell kompetanse i KPR innenfor området	
3.6 Behandlingskapasitet				
Helse Sør-Øst RHF skal utrede fremtidige behov for intensivkapasitet i spesialisthelsetjenesten. Utredningen skal omfatte organisering, sammensetning av kompetanse, utforming og utstyrsnivå. Variasjoner i behov ved intensivheter skal ivaretas i utredningen. Arbeidet må sees i sammenheng med oppdrag om plan for tilstrekkelig tilgang til- og opprettelse av nye utdanningsstillinger for intensivsykepleiere. Helseforetaket skal ta del i arbeidet etter nærmere kontakt fra Helse Sør-Øst RHF.	ABK	ABK	7 studenter startet 1.1.2021 - ferdig 12.6.2022. Disse plassene er finansiert av eget HF. Ny finansiering fra HSØ (engangsbeløp) kombinert med ny stipendandel (89%) innebærer finansiering av ytterligere en intensivstudent med oppstart fra januar 2022- om det etableres studie plasser. Rekruttering av kandidat pågår. Kombinert med forventet avgang vil nye utdanningskandidater dekke dagens behov for intensivkapasitet.	
3.7 Forskning og innovasjon				
Antall kliniske behandlingsstudier i helseforetaket som inkluderte pasienter i 2021 skal økes med minst 15 prosent sammenliknet med året før.	KLINIKKSJEFER (Hege Kersten)	F.DIR	"Ny rådgiver for kliniske behandlingsstudier er ansatt i forskningsavdelingen. Enhet for kliniske behandlingsstudier skal etableres i forskningsavdelingen. Økt fokus på kliniske studier på flere nivåer i organisasjonen og målsetting om økt andel av pasientene i kliniske behandlingsstudier er vedtatt i sykehusets forskningsplan.	
3.8 Bemanning og kompetanse				
Kompetanse og kapasitet i intensivbehandling skal styrkes. Dette omfatter blant annet at Helse Sør-Øst RHF skal opprette minst 54 nye utdanningsstillinger i intensivsykepleie. Utdanningsstillingene skal opprettes i tillegg til eksisterende utdanningsstillinger i intensivsykepleie i samarbeid med universiteter og høyskoler. Helseforetakene skal følge opp dette arbeidet.	HR	HR	Sykehuset Telemark har økt antall sykepleiere som har startet utdanning i intensivsykepleie i forhold til behov og tildelte ressurser. Sykehuset har også utdannet 28 sykepleiere i forhold til det nasjonale programmet i intensivsykepleie. Dette programmet hadde stor søkermasse og ble veldig godt mottatt. Samtlige som ble tatt opp fullførte.	
Helse Sør-Øst RHF skal utarbeide en behovsanalyse og plan for å sikre tilstrekkelig tilgang til intensivsykepleiere på kort, mellomlang og lang sikt. Planarbeidet skal også inkludere en vurdering av sammensetning av kompetanse. Relevante aktører skal involveres i arbeidet. Planen skal bidra til å ivareta behovet for å utdanne, rekruttere og beholde intensivsykepleiere og deres kompetanse i spesialisthelsetjenesten. Metodene som brukes i planleggingen skal kunne overføres til planlegging for andre spesialiserte grupper, inkludert jordmødre. Arbeidet må sees i sammenheng med oppdrag gitt i 2020 om å lage en helhetlig plan for å sikre tilstrekkelig kompetanse, oppdrag om opprettelse av nye utdanningsstillinger og oppdrag om å utrede fremtidig behov for intensivkapasitet i spesialisthelsetjenesten. Helseforetaket skal ta del i dette arbeidet etter nærmere kontakt fra Helse Sør-Øst RHF. Arbeidet med å øke utdanningskapasiteten, beholde ansatte, rekruttere bedre og øke kompetansen skal prioriteres.	ABK	HR	Det er tett dialog mellom HR og Klinik for beredskaps- og aakuttmedisin for å vurdere og legge plan for hvordan sykehuset skal utdanne sykepleiere i intensivbehandling. HSØ har også tildelt ekstra midler for å utdanne flere intensivsykepleiere. Sykehuset Telemark samarbeider med Universitetet Sør-Øst når det gjelder studie plasser og utdanningskapasitet.	
Helseforetaket skal iverksette tiltak for å ivareta medarbeiderne på en god måte og ha særskilt oppmerksomhet på arbeidsmiljø og arbeidsforhold i lys av koronapandemien.	KLINIKKSJEFER	HR	Det er et kontinuerlig arbeid på gang for å oppnå at sykehuset både rekrutterer rett kompetanse og sikrer at ansatte får faglig påfyll. Vi har tiltak og forbedringsarbeid både i forhold til utdanning av både sykepleiere og helsefagarbeidere. Oppgradering av fagkompetanse hos alle våre yrkesgrupper har fokus. Innføringen av kompetanseportalen vil være et viktig virkemiddel for å skaffe oversikt over medarbeideres kompetanse og hvilke utdanningstiltak som skal settes inn. Kompetanseportalen gir mulighet for hen helhetlig plan.	
Helseforetaket skal iverksette tiltak for å ivareta medarbeiderne på en god måte og ha særskilt oppmerksomhet på arbeidsmiljø og arbeidsforhold i lys av koronapandemien.	KLINIKKSJEFER	HR	Sykehuset Telemark har økt antall sykepleiere som har startet utdanning i intensivsykepleie i forhold til behov og tildelte ressurser. Sykehuset har også utdannet 28 sykepleiere i forhold til det nasjonale programmet i intensivsykepleie. På alle områder har sykehuset tiltak for å tiltrekke seg medarbeidere med god kompetanse og for å gi faglig påfyll. Det er utarbeidet et eget program, "Psykososial støtte", som ivaretar ansatte som har hatt stor arbeidsbelastning og krevende pasientsituasjoner. Dette programmet er tilbudt alle ansatte som har hatt behov.	

Vurdering av status for styringskrav gitt i OBD 2021 og i tilleggsdokumentet til OBD

Vedlegg til styresak 068-2021 Status styringskrav 2021 for Sykehuset Telemark HF

Helseforetaket skal sørge for jevnlig vurdering av bemanningsplaner i lys av scenarier fra Folkehelseinstituttet om smitteutviklingen.	KLINIKKSJEFER	HR	Sykehuset har i den perioden vi har lagt bak oss hatt en beredskapsledelse som kontinuerlig har hatt fokus på riktig bemanning. Bemanningsplanlegging er viktig både i forhold til utnyttelse av ressurser, og for å sikre fullt forsvarlig pasientbehandling.	
I foretaksmøte 25. juni 2020 ble frist for å rapportere på status for sluttrapportering for lokale forsøk/piloter i arbeidet med inkluderende rekruttering forlenget til 1. mai 2021.	HR	HR	Sykehuset Telemark har rapportert innen fristen. Sykehuset er ikke i mål i forhold til å oppnå kravet som er satt i inkluderingsdugnaden	
3.9 Ny teknologi for bedre helsehjelp				
Helseforetaket skal ha beredskap for å prioritere digitaliseringstiltak som understøtter håndtering av pandemien.	UTV.DIR	UTV.DIR	STHF har prioritert digitaliseringstiltak som understøtter håndtering av pandemien; både regionalt initiert og lokalt. Tiltak som reduserer manuell behandling og fysisk tilstedeværelse er prioritert. Eksempler på dette er blant annet: eFormidling (public 360), bredning av videoløsinger for digitale pasientkonsultasjoner og samhandling, pilotering av TEAMS, bruk av digitalt scoringsverktøy som checkware samt digitale samhandlingsmåter i DIPS (digitale meldinger, digital løsning for rapportering av dødsmeldinger, arbeid med kjernejournal dokumentinnsyn m.m.).	
Ny teknologi skal tas i bruk for bedre helsehjelp og eldre applikasjoner skal utfases	UTV.DIR	UTV.DIR	STHF er sterkt involvert i og påvirkes av ny teknologi som kommer gjennom prosjekter i STIM og Klinisk løsning. STHF er pilot i Helselogistikk og er blant de første HFene som tar i bruk LVMS og tok i bruk Digitale brev (Digitale innbyggertjenester). Nødvendig utskifting av eldre medisinsk teknisk utstyr betinger ofte integrasjoner med IKT-løsningene. Dette er kostnads- og ressurskrevende for både HF, SP og tredjepartsleverandører. Eksempelvis vil ny labautomasjonslinje vil ferdigstilles i løpet av høsten 2021. STHF vil prioritere regionale applikasjoner og har gjennom SMIL hittil sanert 38 applikasjoner. 9 nye vil bli sanert innen kort tid.	

Vurdering av status for styringskrav gitt i OBD 2021 og i tilleggskrav til OBD

Vedlegg til styresak 068-2021 Status styringskrav 2021 for Sykehuset Telemark HF

4. Øvrige krav og rammer

Oppdrag og bestilling 2021			Vurdering av status:	
			Grønt: Høy grad av styring og kontroll. Tiltak ikke nødvendig.	
			Gult: Middels grad av styring og kontroll. Tiltak må vurderes.	
			Rødt: Lav grad av styring og kontroll. Tiltak nødvendig.	
4. Øvrige krav og rammer for 2021	Ansvarlig gjennomføring	Ansvarlig rapportering	Kommentar	Status
4.1 Beredskap og sikkerhet				
Helseforetaket må videreutvikle sine beredskaps- og smitteverntiltak i lys av erfaringer med og evalueringer av koronapandemien og tidligere hendelser og øvelser.	F.DIR (Marjut Sarjomaa)	F.DIR	Planverket er oppdatert og utviklet iht føringer fra HSØ, samt egne erfaringer. Gjeldende planer: ID 12503 Delplan pandemi og alvorlig smittsom sykdom ID 14316 Beredskap lokal plan Covid-19 - Utbruddshåndtering ID 8979 Infeksjonskontrollprogram	
4.2 Informasjonssikkerhet				
Helseforetaket skal benytte Sykehuspartner HF's og Norsk helsenett SF's årlige rapport om trusler, trender, sårbarheter og relevante tiltak i sitt arbeid med risiko- og sårbarhetsvurderinger.	UTV.DIR	UTV.DIR	Gjennomgått SPHF sin "Trusselvurdering for Helse Sør-Øst og Helse Nord 2021" i juni. Relevante funn tas inn i arbeidet.	
Helseforetaket skal videreføre arbeidet med systematisk innføring av Nasjonal sikkerhetsmyndighets grunnprinsipper for IKT-sikkerhet, og sikre systematisk adressering av arbeidet med informasjonssikkerhet på alle nivåer.	UTV.DIR	UTV.DIR	Dette pågår i samarbeid med både SP og i foretaksgruppen for øvrig.	
Helseforetaket skal presentere status fra arbeidet med informasjonssikkerhet, herunder ledelsens årlige gjennomgang, i de etablerte oppfølgingsmøtene med Helse Sør-Øst RHF og i årlig melding.	UTV.DIR	UTV.DIR	Implementert.	
Helseforetaket skal ta i bruk regional protokoll over behandlingsaktiviteter og bidra i Sykehuspartner HF's arbeid med å videreutvikle den regionale protokollen slik at den understøtter gode arbeidsprosesser i helseforetakene.	UTV.DIR	UTV.DIR	Protokoll importert, men må kompletteres og kvalitetssikres. Innretning på det videre arbeidet behandles i direktørens ledermøte 14. september	
Helseforetaket skal ha oversikt over informasjonssikkerhetsrisikoen og -tilstanden i helseforetaket, herunder trusselbildet, sårbarheter, tiltak og hendelser. De største risikoområdene skal prioriteres. Etter nærmere spesifisering skal status rapporteres i ordinær tertialrapportering.	UTV.DIR	UTV.DIR	Det er etablert et prosjekt "Digital sårbarhet". Prosjektet omfatter seks innsatsområder som adresserer de største risikoområdene for foretaket. Fase en er en kartleggingsfase og utarbeidelse av tiltak.	
Helseforetaket skal rapportere antall innmeldte avvik innen informasjonssikkerhet og antall brudd på konfidensialitet, integritet og/eller tilgjengelighet.	UTV.DIR	UTV.DIR	Utført.	
4.3 Revisjon av utviklingsplaner				
Helse Sør-Øst RHF skal utarbeide revidert regional utviklingsplan innen utgangen av 2022. Arbeidet med helseforetakets lokale utviklingsplan må tilpasses dette. Det vises til revidert veileder for arbeidet med utviklingsplaner (RHF-styresak 148-2020). Helse Sør-Øst RHF vil utarbeide regionale føringer for helseforetakenes arbeid med utviklingsplan for kommende periode.	UTV.DIR	UTV.DIR	Arbeidet er startet med rullering av Utviklingsplan 2035.	
4.4 Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser				
Riksrevisjonens undersøkelse av kvaliteten på informasjon om forventede ventetider i ordningen fritt behandlingsvalg viser at det er til dels store avvik mellom ventetidene pasientene faktisk opplever og de forventede ventetidene som oppgis på nettsiden helsenorge.no/velgbehandlingssted. Det er stor variasjon mellom behandlingssteder. Det kan føre til at pasientene foretar valg av behandlingssted på feil informasjonsgrunnlag. Helseforetaket må følge opp Riksrevisjonens undersøkelse av kvaliteten på informasjon om forventede ventetider i ordningen fritt behandlingsvalg, også med sikte på å legge til rette for mer ensartet registrering av forventede ventetider.	KLINIKKSJEFER	ØK.DIR	Reelle ventetider gjennomgås jevnlig for å holde ventetidene på helsenorge.no oppdatert.	
Riksrevisjonen gjennomførte i 2018 en oppfølging av undersøkelsen om helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser fra 2015. Riksrevisjonens vurdering var at helseforetakene fremdeles har utfordringer når det gjelder meldekultur og læring av meldte hendelser. Det vises også til Dokument 3:2 (2019-2020) Kontroll med forvaltningen av statlige selskaper, hvor Riksrevisjonen har varslet at de vil følge opp saken. Helseforetaket må følge opp at tiltakene som er satt i verk faktisk fungerer og at tilgjengelige virkemidler som kan bidra til å bedre meldekulturen er tatt i bruk. Arbeidet må sees i sammenheng med oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse i 2018 av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten, samt krav i 2020 om å rapportere på etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.	F.DIR (Elisabeth Hessen)	F.DIR	Sykehuset Telemark har anskaffet nytt forbedringsystem Systemet vil etter planen tas i bruk våren 2022. I påvente av nytt avvikssystem er alle pasienthendelser siden 2018 blitt klassifisert manuelt med NOKUP - og det laget statistikk og analyser. Resultatene er behandlet i ADS ledergruppe og foretakets styre. Det er iverksatt relevant forbedringsarbeid, bla. felles handlingsplan for legemiddelsikkerhet. Alle alvorlige pasientskeder følges opp med hendelsesanalyser. Hendelsesanalyser med tiltaksplaner - effekt og læring - følges opp i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalgene og i dialogmøter (AD/klinikkjefer). I tillegg til tertialrapporteringen, følger ADS ledergruppe og foretakets styre, uønskede pasienthendelser, hendelsesanalyser/alvorlige pasienthendelser (§ 3-3a) som egne saker hvert år. Oppfølging av avvik er fast revisjonstema hvert år. Det er etablert egen kvalitetsindikator for meldekultur.	

Vurdering av status for styringskrav gitt i OBD 2021 og i tilleggsdokumentet til OBD

Vedlegg til styresak 068-2021 Status styringskrav 2021 for Sykehuset Telemark HF

5. Midler og aktivitet

Oppdrag og bestilling 2021			Vurdering av status:	
			Grønt: Høy grad av styring og kontroll. Tiltak ikke nødvendig.	
			Gult: Middels grad av styring og kontroll. Tiltak må vurderes.	
			Rødt: Lav grad av styring og kontroll. Tiltak nødvendig.	
5. Tildeling av midler og krav til aktivitet	Ansvarlig gjennomføring	Ansvarlig rapportering	Kommentar	Status
5.1 Økonomiske krav og rammer				
Sykehuset Telemark HF skal i 2021 basere sin virksomhet på de tildelte midler.	KLINIKKSJEFER	ØK.DIR	Sykehuset Telemark rapporterer et resultat på 25,5 millioner kr. pr. juni, som er 0,5 millioner kr. bedre enn periodisert styringsmål.	
Sykehuset Telemark HF skal benytte midlene som er stilt til rådighet på en effektiv måte og slik at de kommer pasientene til gode. Resultatkrav skal nås gjennom god drift og riktig bruk av resurser.	KLINIKKSJEFER	ØK.DIR	Det legges opp til god disponering av tilgjengelige midler og utviklingen av driftsresultatet følger forventet resultatbane.	
Helseforetaket skal innrette virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som er gitt fra Helse Sør-øst RHF i oppdrag og bestilling og foretaksmøter, slik at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.	KLINIKKSJEFER	ØK.DIR	Arbeidet med forbedringstiltak og driftseffektiviseringer igangsettes i forbindelse med høstens budsjettprosess. I forbindelse med ØLP, er det skissert en plan for å sikre bærekraftig utvikling over tid.	
Resultatkrav				
Årsresultat 2021 for Sykehuset Telemark HF skal minst være på 50 millioner kroner.	KLINIKKSJEFER	ØK.DIR	Under forutsetning at driftseffektene knyttet til koronapandemien ikke overskrider mottatt kompensasjon, rapporteres resultatprognose for året på 40 millioner kr., som er 10 millioner kr. svakere enn budsjettet resultat. Svakere resultat enn budsjettet skyldes forventede merkostnader på ca. 15 millioner kr. etter årets lønnsoppgjør, delvis kompensert av 5 millioner kr. høyere beløp til inntektsføring enn faktisk økte pensjonskostnader.	
Likviditet og investeringer				
Helseforetakets styring av samlet likviditet skal skje innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer.	ØK.DIR	ØK.DIR	Likviditetsstyringen følger tilgjengelige rammer.	
Etablerte prinsipper for likviditetsstyring skal følges opp. Budsjettet resultat for 2021 skal ikke benyttes til investeringer i 2021 uten etter særskilt avtale med Helse Sør-øst RHF.	ØK.DIR	ØK.DIR	Årets investeringsplan gjennomføres i tråd med etablerte prinsipper	
Det skal tas høyde for resultatrisiko og risiko ved pågående investeringsprosjekter før etablering av nye investeringsforpliktelser.	ØK.DIR	ØK.DIR	Gjennomføringen av årets investeringsportefølje følges tett opp og styres innefor vedtatte investeringsrammer. Fremdriften vil kunne justeres ved risiko for svakere driftsresultat enn budsjettet.	
Annet				
Utbetalingene skjer innen den syvende arbeidsdag i hver måned. Månedlig overføring utgjør normalt 1/12 av samlet likviditetsoverføring. Enkelte tilskudd mv vil bli utbetalt i sin helhet i januar 2021.	ØK.DIR	ØK.DIR	Likviditetssituasjonen er god og det er ikke behov for endringer i driftskreditrammen. Regionale føringar for håndtering av investeringsprosjekter benyttes ved behov.	
Helse Sør-øst RHF skal forespørres i god tid dersom det er behov for driftskreditt ut over gjeldende ramme, og det skal fremlegges tilstrekkelig underbyggende dokumentasjon for dette behovet.				
Regionale retningslinjer for estimering av driftsøkonomiske effekter skal brukes for beregning av effekter av investeringsprosjekter.				
5.2 Aktivitetskrav				
Sykehuset Telemark HF skal i 2021 ha en aktivitet innen sine tjenestoområder i samsvar med aktivitetskravene fra Helse Sør-øst RHF. En oversikt over de detaljerte kravene er tatt inn i vedlegg.	ABK, BUK, KIR, KPR, MED	ØK.DIR	Aktivitetsnivået øker, i hovedsak innen dagbehandling. Behandlingsvolumet innen ØH er fortsatt påvirket av koronasituasjonen.	
Aktiviteten innen psykisk helsevern og TSB skal være høyere enn for somatikk. Aktivitetsutviklingen skal ta utgangspunkt i nivået i 2019, konf. vedtak i styresak 008-2021 i Helse Sør-øst RHF.	BUK, KPR	ØK.DIR	Voksenpsykiatrien og TSB ligger lavere enn i 2019. Det jobbes med rekruttering og produktivitet for å få opp aktiviteten. BUP viser en sterk vekst, og høyere enn i somatikken.	

Vurdering av status for styringskrav gitt i OBD 2021 og i tilleggsdokumentet til OBD

Vedlegg til styresak 068-2021 Status styringskrav 2021 for Sykehuset Telemark HF

6. Tilleggsdokument til OBD 2021

Oppdrag og bestilling 2021		Vurdering av status:		
		Grønt: Høy grad av styring og kontroll. Tiltak ikke nødvendig.		
		Gult: Middels grad av styring og kontroll. Tiltak må vurderes.		
		Rødt: Lav grad av styring og kontroll. Tiltak nødvendig.		
Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2021	Ansvarlig gjennomføring	Ansvarlig rapportering	Kommentar	Status
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet				
3.5 Behandlingstilbud				
<p>Tverrfaglige regionale senfølgeklinikker etter covid-19</p> <ul style="list-style-type: none"> Informasjon Annen oppgave 2021 til Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Sunnaas Sykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Østfold HF, Sørlandet Sykehus HF, Vestre Viken HF, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus <p>Det vises til vedtak i foretaksmøte 15. juni 2021 for Helse Sør-Øst RHF om tverrfaglige senfølgeklinikker etter covid-19.</p> <p>Helseforetakene skal sørge for at pasienter som henvises med senfølger etter covid-19 får et behandlingstilbud tilpasset pasientens behov. Det vises her til veiledning for rehabilitering etter covid-19 utarbeidet av Regional koordinerende enhet (RKE) i Helse Sør-Øst. Pasienter med langvarige, komplekse og sammensatte symptomer etter covid-19 infeksjon og hvor funksjonsnivået påvirkes i uttalt grad skal henvises til tverrfaglige regionale senfølgeklinikker.</p>	MED	F.DIR	<p>Sykehuset Telemark (STHF) er i samme sykehusområde som Sykehuset i Vestfold (SiV), og det er allerede etablert et samarbeid om rehabilitering mellom de to foretakene. SiV har hovedansvaret i sykehusområdet for det tverrfaglige rehabiliteringstilbudet på Kysthospitalet i Stavern, hvor det blant annet er etablert et godt og velegnet tilbud til pasienter med senfølger etter Covid-19. Dette tilbudet er også tilgjengelig for pasienter i Telemark, ved at det rehabiliteringsfaglige ivretas på SiV i tett samarbeid med rehabiliteringsmiljøet på STHF. Organspesifikke senfølger vil bli ivaretatt på STHF (for eksempel lunge, infeksjon, kardiologi)</p>	
3.7 Forskning og innovasjon				
<ul style="list-style-type: none"> Informasjon Annen oppgave 2021 til Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Sunnaas Sykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Østfold HF, Sørlandet Sykehus HF, Vestre Viken HF, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus <p>Helseforetakene skal gi god informasjon til MS-pasienter om muligheten for å delta i klinisk utprøving av stamcellebehandling i Norge, og vurdere strategier for å øke antall pasienter som deltar i den pågående kliniske studien med stamcellebehandling i Norge.</p>	MED	F.DIR	<p>Nevrologisk avdeling ved Sykehuset Telemark har et pågående fokus for å inkludere personer med MS i kliniske behandlingsstudier. Vi er godt kjent med stamcellestudien (RAM-MS) som ledes fra Haukeland Universitetssykehus og vi drøfter dette med alle pasienter som fyller inklusjonskriterier. Det har imidlertid ikke vært mange ved vårt sykehus og så langt har de få som klart fyller inklusjonskriteriene, av ulike årsaker selv takket nei til deltakelse.</p> <p>Vi har derimot henvist enkelte pasienter til Haukeland Universitetssykehus siste året for «second opinion» for nettopp stamcellebehandling (i eller utenfor studiet), men så langt har ingen oppfylt kravene for inklusjon. Vi er med i nettverket som får informasjon om studien og holder oss oppdaterte på retningslinjer og resultater fra</p>	
4. Øvrige krav og rammer for 2021				
Praksis ved avhending av eiendom				
<ul style="list-style-type: none"> Informasjon <p>Det vises til vedtak i foretaksmøte 15. juni 2021 for Helse Sør-Øst RHF om praksis ved avhending av eiendom. Tidligere stilt krav i 2009 om vurdering av samhandlingstiltak ved avhending av eiendom oppheves.</p> <p>☐</p>	UTV.DIR	UTV.DIR		

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	22. september 2021

Type sak (sett kryss)							
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema	

Sak: 069 – 2021

Status og oppfølging av styresaker i Sykehuset Telemark

Hensikten med saken

Hensikten med saksfremlegget er å sikre styret en systematisk og regelmessig tilbakemelding om status og oppfølging av utestående styresaker. Styret skal to ganger per år få fremlagt en oversikt over administrasjonens oppfølging av styrets vedtak som krever videre håndtering av administrasjonen. Oversikten gjelder også administrasjonens håndtering av innspill/kommentarer gitt av styret i møter.

Vedlagte oversikt gjelder saker i perioden februar til og med juni 2021. Ikke avsluttede saker inngår også i oversikten

Forslag til vedtak

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

Skien, 2. september 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg

- Oversikt over status og oppfølging av tidligere styrevedtak samt innspill fra styret i møter

Vedlegg til sak 069-2021 Status og oppfølging av styresaker i Sykehuset Telemark

Oversikten blir oppdatert fortløpende og fremlagt for styret to ganger per år. Saker som er innfridd (markert med grønn farge) fjernes fra listen etter styrets behandling av saken.

Sak og dato	Vedtak/oppfølging	Tiltak	Status
007-2019 Ambulanseplan 2035 Møtedato 12.02.2019	3. Styret ber administrerende direktør å sende en henvendelse til RHF'et og be om en kvalitetssikring av kriteriesettet i inntektsmodellen for prehospitaler tjenester, med bakgrunn i driftsmodellen beskrevet i Ambulanseplanen og i lys av de faktiske forhold i Telemark.	Det er i 2019 satt i gang et nasjonalt inntektsmodellarbeid, som også omfatter modellen for prehospitaler tjenester. Dette arbeidet pågår og vi har valgt å avvende henvendelser til RHF'et inntil resultatet av dette arbeidet foreligger.	Innarbeides i årsplan styresaker når resultatet fra nasjonalt inntektsmodellarbeid foreligger.
030-2020 Administrerende direktør sin redegjørelse om situasjonen på sykehuset vedrørende koronaviruset Møtedato 18.5.2020	Styret viste til sykehusets økning i telefon- og videokonsultasjoner. Det ble reist spørsmål om sykehuset har gjennomført evaluering av denne type konsulentbehandling med hensyn til pasientsikkerhet, kvalitet og om ansatte, pasienter og pårørende er tilfredse med pasientbehandlingen. Styret ønsker at sykehuset gjennomfører evaluering av bruken av telefon- og videokonsultasjoner, som et ledd i sykehusets forbedringsarbeid.		Dette arbeidet er satt på vent på grunn av covid-19 situasjonen.
065-2020 Virksomhetsrapport per september 2020	Styret ba administrasjonen om at styret orienteres i styremøte i februar 2021 om Kirurgisk klinikk forbedringsarbeid.	Sak om forbedringsarbeidet i Kirurgisk klinikk legges inn i styrets årsplan 2021 på februar møtet.	OK Saken ble presentert for styret 24. mars (sak 021-2021 Forbedringsarbeid i Kirurgisk klinikk)

Vedlegg til sak 069-2021 Status og oppfølging av styresaker i Sykehuset Telemark

Oversikten blir oppdatert fortløpende og fremlagt for styret to ganger per år. Saker som er innfridd (markert med grønn farge) fjernes fra listen etter styrets behandling av saken.

Sak og dato	Vedtak/oppfølging	Tiltak	Status
<i>Møtedato</i> 28.10.2020		Kirurgisk klinikk forbereder saken	
008-2021 Årlig melding 2020 <i>Møtedato</i> 17.02.2021	<ol style="list-style-type: none"> 1. Styret gir sin tilslutning til det fremlagte forslaget til Årlig melding 2020 for Sykehuset Telemark HF. 2. Styreleder og administrerende direktør gis fullmakt til å utforme endelig dokument basert på styrets innspill i møtet. 3. Årlig melding 2020 sendes Helse Sør-Øst RHF for videre behandling innen fristen 1. mars 2021. 		OK Årlig melding 2020 er sendt innen fristen 1. mars 2021 til HSØ. Behandlet i foretaksmøte 3. juni 2021
009-2021 Internrevisjon resultater 2020 og plan 2021 <i>Møtedato</i> 17.02.2021	<ol style="list-style-type: none"> 1. Styret tar Årsrapport Internrevisjon 2020 til etterretning og ber administrerende direktør sørge for at relevante anbefalinger til forbedring og læring fra årsrapport blir fulgt opp. 2. Styret gir sin tilslutning til Plan internrevisjon 2021 og ber om at Årsrapport Internrevisjon legges fram for styret ved årsskiftet 	Saken lukkes ikke før årsrapport internrevisjon er behandlet	
019-2021 Årsberetning og årsregnskap 2021 <i>Møtedato</i> 24.03.2021	Kommentarer i møtet Styret takket for en god presentasjon og ba om at sykehusets revisor deltar på et styremøte i september 2021 for å gi styret en orientering om revisjonsplanen.		OK Statsautorisert revisor Hans-Christian Berger i PwC deltar på styremøte 22. sept. 2021 og orienterer styret

Vedlegg til sak 069-2021 Status og oppfølging av styresaker i Sykehuset Telemark

Oversikten blir oppdatert fortløpende og fremlagt for styret to ganger per år. Saker som er innfridd (markert med grønn farge) fjernes fra listen etter styrets behandling av saken.

Sak og dato	Vedtak/oppfølging	Tiltak	Status
020-2021 Status Ambulansplan 2035 Sykehuset Telemark HF <i>Møtedato 24.03.2021</i>	Kommentarer i møtet Styret takket for en meget god presentasjonen. Styret er fornøyd med at mange av de vedtatte tiltakene har hatt god effekt og at planen følges med nødvendig løpende justeringer. <i>Styremedlemmene Thor Severinsen og Johanne Haugan ba om at det vurderes en overtakelse av Bamble i 2022 og en ny vurdering av felles ambulansestasjon for Skien og Porsgrunn.</i>	Vurdering vil gjennomføres og presenteres for styret Styremøtedato er ikke fastlagt	
021-2021 Forbedringsarbeid i Kirurgisk klinikk <i>Møtedato 24.03.2021</i>	Kommentarer i møtet Styret takket for en god presentasjonen. <i>Styret er fornøyd med Kirurgisk klinikk forbedringsarbeid og ser frem til å bli orientert om arbeidet videre og resultater i et styremøte fremover i tid.</i>	Orientering til styret forberedes. Saken er oppført til behandling i årsplanen til styrets møte 15. desember 2021	
024-2021 Årlig revisjon av fullmaktsregle- mentet <i>Møtedato 24.03.2021</i>	Kommentarer i møtet Styret kommenterte en feil i fullmaktsmatrisen vedrørende salg av eiendom og ba om at denne korrigeres.	Fullmaktsmatrisen er korrigert	OK

Vedlegg til sak 069-2021 Status og oppfølging av styresaker i Sykehuset Telemark

Oversikten blir oppdatert fortløpende og fremlagt for styret to ganger per år. Saker som er innfridd (markert med grønn farge) fjernes fra listen etter styrets behandling av saken.

Sak og dato	Vedtak/oppfølging	Tiltak	Status
026-2021 Protokoll fra foretaksmøte 19. februar og OBD 2021 <i>Møtedato</i> 24.03.2021	<ol style="list-style-type: none"> 1. Styret tar <i>protokoll</i> fra foretaksmøte i Sykehuset Telemark HF 19. februar 2021 og <i>Oppdrag og bestilling 2021</i> for Sykehuset Telemark HF til etterretning. 2. Styret ber om å bli orientert om gjennomføringen av oppdraget i Sykehuset Telemarks ordinære rapportering til styret og i Årlig melding 2021. 	Styret informeres om gjennomføringen i løpet av året gjennom virksomhetsrapporter og styresaker. Styresak om status OBD behandles på styrets møte 22. sept. (sak 067-2021)	OK
041-2021 Virksomhetsrapport per 1. tertial 2021 <i>Møtedato</i> 19.05.2021	<p>Kommentarer i møtet Styret støttet det fremlagte forslaget til vedtak.</p> <p>Det ble uttrykt bekymring for mangelen for psykiatere ved Sykehuset Telemark. <i>Det vil bli lagt frem en egen sak om psykiatritilbudet i Telemark i et kommende styremøte.</i></p>	Styresak behandles på styrets møte 22. sept. (sak 064-2021)	OK
043-2021 Oppfølging av alvorlige pasienthendelser og hendelses-analyser 2020 <i>Møtedato</i> 19.05.2021	<ol style="list-style-type: none"> 1. Styret tar redegjørelsen for alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser i 2020 til orientering. 2. <i>Styret gir sin tilslutning til ny prosess for oppfølging av hendelsesanalysene og ber om å bli orientert om resultatene når evalueringen foreligger.</i> 		

Vedlegg til sak 069-2021 Status og oppfølging av styresaker i Sykehuset Telemark

Oversikten blir oppdatert fortløpende og fremlagt for styret to ganger per år. Saker som er innfridd (markert med grønn farge) fjernes fra listen etter styrets behandling av saken.

Sak og dato	Vedtak/oppfølging	Tiltak	Status
056-2021 Oppdatering av Sykehuset Telemarks utviklingsplan <i>Møtedato</i> <i>16.06.2021</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Styret slutter seg til presentert forslag til prosess for oppdatering av STHFs utviklingsplan. 2. For å sikre gode, bærekraftige helsetjenester til befolkningen i Telemark bør planarbeidet inneholde vurderinger om på hvilke måte samarbeid med Sykehuset Vestfold HF kan bidra til å utvikle bedre løsninger for pasientene og mer effektiv drift enn hva helseforetaket kan utvikle alene. 3. Basert på vurderingene i punkt 1, bør utviklingsplanarbeidet inkludere et utvidet samarbeid med Sykehuset i Vestfold, hvor man utreder mulige samarbeidsløsninger innenfor minimum 2 tjenesteområder. 4. <i>Styret ber om å bli holdt oppdatert om fremdriften i arbeidet.</i> 		

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	22. september 2021

Type sak (sett kryss)						
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema

Sak: 070 – 2021

Styrets årsplan 2021 - oppdatert

Som ledd i virksomhetsstyringen ved Sykehuset Telemark HF utarbeides det en plan for styrets arbeid for det enkelte år. Styrets årsplan 2021 arbeidstidfester styremøter, styreseminar og kjente foretaksmøter. Planen gir oversikt over de viktigste kjente sakene, som skal behandles i hvert av styremøtene i løpet av året og ble vedtatt av styret i desember 2020 (sak 082-2020).

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

Forslag til vedtak

Styret slutter seg til oppdatert styrets årsplan 2021.

Skien, 14. september 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg:

- Styrets årsplan 2021 - oppdatert

Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2021

Ajournført per 14. september 2021

Styremøter 2. halvår 2021			
Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
Styremøte 22. september Kl. 0930 – 1500 Sted: STHF Skien Vrangfoss møterom	<ul style="list-style-type: none">• Godkjenning av innkalling og saksliste• Godkjenning av protokoll• Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2022• Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2021	<ul style="list-style-type: none">• Driftsorienteringer fra AD• Virksomhetsrapport per 2. tertial 2021• Psykiatritilbudet i Telemark• Revisjonsplan• Status styringskrav 2021 for Sykehuset Telemark• Styresaker i Sykehuset Telemark HF - status og oppfølging• Årsplan styresaker	<ul style="list-style-type: none">• Styrets egevaluering – lukket møte
Styremøte 27. oktober Kl. 0930 – 1530 Sted: STHF Skien Vrangfoss møterom	<ul style="list-style-type: none">• Godkjenning av innkalling og saksliste• Godkjenning av protokoll• Utbyggingsprosjektet – kontraktstrategi• Årlig evaluering AD	<ul style="list-style-type: none">• Driftsorienteringer fra AD• Virksomhetsrapport per september 2021• Status budsjett 2022• Vold og trusler mot ansatte - status forebyggende program• Kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer• Ledelsens gjennomgang 2021• Årsplan styresaker	<ul style="list-style-type: none">• Styrets egevaluering – lukket møte
Styremøte 15. desember Kl. 0930 – 1530 Sted: STHF Skien Vrangfoss møterom	<ul style="list-style-type: none">• Godkjenning av innkalling og saksliste• Godkjenning av protokoll• Budsjett 2022• Årsplan styresaker 2022	<ul style="list-style-type: none">• Status forbedringsarbeid i Kirurgisk klinikk• Utviklingsprogrammet – status prosjekt Pasientflyt 24/7 og Kontorfaglige støttefunksjoner• Status implementering nytt forbedrings-systemt	<ul style="list-style-type: none">• Status pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

Oversikt over avholdte styremøter 1. halvår 2021

Styremøter 1. halvår 2021			
Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
Styremøte 17. februar Kl. 0930 – 1530 Skype-møte	<ul style="list-style-type: none"> Godkjenning av innkalling og saksliste Godkjenning av protokoll Protokoll fra foretaksmøte 17. desember 2020 Utbygging somatikk Skien – Forberedelse til forprosjekt Årlig melding 2020 Protokoll fra foretaksmøte 17. des. 2020 	<ul style="list-style-type: none"> Driftsorienteringer fra AD Virksomhetsrapport per 3. tertial 2020 Virksomhetsrapport per januar 2021 Internrevisjon resultater 2020 og plan 2021 Sluttrapport akuttkjede-prosjektet Forskningsåret 2020 Årlig erklæring om ledernes ansettelsesvilkår Styresaker i Sykehuset Telemark HF - status og oppfølging Årsplan styresaker 	<ul style="list-style-type: none"> Styrets egnevaluering – lukket møte
Styremøte 24. mars Kl. 0930 – 1530 Skype-møte	<ul style="list-style-type: none"> Godkjenning av innkalling og saksliste Godkjenning av protokoll Årsregnskap og årsberetning 2020 Fullmakter ved STHF Protokoll fra foretaksmøte 19. februar og oppdragsdokument 2021 	<ul style="list-style-type: none"> Driftsorienteringer fra AD Virksomhetsrapport per februar 2021 Status STHFs ambulanseplan Forbedringsarbeid i Kirurgisk klinikk Uønskede pasienthendelser 2020 - statistikk og analyse (NOKUP) Årsrapport 2020 HMS Årsplan styresaker 	
Styremøte 21. april Kl. 0930 – 1430 Skype-møte	<ul style="list-style-type: none"> Godkjenning av innkalling og saksliste Godkjenning av protokoll Økonomisk langtidspan 2022-2025 Møteplan for styret 2022 	<ul style="list-style-type: none"> Driftsorienteringer fra AD Virksomhetsrapport per mars 2021 Årsmelding 2020 Pasient- og brukerombudet i Telemark Samdata 2019 	

Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2021

Ajourført per 14. september 2021

Styremøter 1. halvår 2021			
Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
		<ul style="list-style-type: none">• Forankring av ny varslingsordning• Årsplan styresaker	
Styremøte 19. mai Kl. 0800 – 1345 Skype-møte	<ul style="list-style-type: none">• Godkjenning av innkalling og saksliste• Godkjenning av protokoll• Styrende dokumenter for Sykehuset Telemark HF i 2021• Oppfølging av alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser 2020• Forankring av regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring• Oppnevning av medlemmer til brukerutvalget og valg av leder og nestleder for perioden 2021-2023	<ul style="list-style-type: none">• Driftsorienteringer fra AD• Virksomhetsrapport per 1. tertial 2021• Utviklingsprogrammet – prosjekt pasientflyt 24/7 og kontorfaglige støttefunksjoner• Resultater av undersøkelsen ForBedring• Årsplan styresaker	
Styremøte 16. juni Kl. 1200 – 1600 Sted: Thon Hotel Høyers, Kongens gate 6, 3717 Skien	<ul style="list-style-type: none">• Godkjenning av innkalling og saksliste• Godkjenning av protokoll• Protokoll fra foretaksmøte 3. juni	<ul style="list-style-type: none">• Driftsorienteringer fra AD• Virksomhetsrapport per mai 2021• Oppdatering av Sykehuset Telemarks utviklingsplan• Status etablering av Helsefelleskap i Telemark• Informasjonssikkerhetsrisiko• Rammeverk for beredskap Sykehuset Telemark HF - rullering• ADs driftsorienteringer• Årsplan styresaker	

Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2021

Ajourført per 14. september 2021

Foretaksmøter og styreseminar:

Årlige faste foretaksmøter: 19. februar (elektronisk møte)
3. juni (elektronisk møte)

Styreseminar: 24. mars - *møtet ble avlyst pga. c-19*
16. juni
22. september
27. oktober - Tema rullering av sykehusets utviklingsplan
16. desember - Tema: Årlig egevaluering av styrets arbeid og arbeidsform

Saker til behandling hvor møtetidspunkt ikke er fastsatt:

- Konsernrevisjon legemiddelhåndtering - Rapporten og plan for å gjennomføre forbedringspunkter (høsten 2021)
- Rullering av Sykehuset Telemarks utviklingsplan – endelig utviklingsplan skal vedtas av STHF styret før 1. mai 2022
- Oversikt kategorisering av HMS-avvik. Saken settes opp i 2022 (etter at nytt forbedringssystem er tatt i bruk)

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Helse Sør-Øst RHF, Hamar
Dato: Torsdag 17. juni 2021
Tidspunkt: Kl 0800 – 1500

Følgende styremedlemmer møtte:

Svein I. Gjedrem	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Kirsten Brubakk	
Olaf Qvale Dobloug	
Christian Grimsgaard	
Bushra Ishaq	Forfall
Vibeke Limi	
Einar Lunde	
Lasse Sølvsberg	
Sigrun E. Vågens	

Fra brukerutvalget møtte:

Nina Roland
Lilli-Ann Stendal

Fra administrasjonen deltok:

Konstituert administrerende direktør Jan Frich
Eierdirektør Tore Robertsen
Konstituert fagdirektør Lars Eikvar, økonomidirektør Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø og konserndirektør Atle Brynestad

Saker som ble behandlet:

061-2021	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste til styremøte 17. juni 2021.

062-2021	Godkjenning av protokoll fra styremøte 22. april 2021 og protokoller fra ekstraordinære styremøter 7. og 28. mai 2021
-----------------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 22. april 2021 og protokoller fra ekstraordinære styremøter 7. og 28. mai 2021 godkjennes med de merknader som ble gitt i møtet til protokollen fra 28. mai 2021.

063-2021	Virksomhetsrapport per april 2021
-----------------	--

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport for april 2021.

Kommentarer i møtet

Styret merket seg at Helse Sør-Øst RHF har gått ut av beredskap.

Styret viste til at det fortsatt er uro for utviklingen innen psykisk helsevern og særlig for tilbudet til barn og unge. Det ble vist til at det er positivt at aktiviteten har tatt seg opp, men understreket at det fortsatt må være særlig oppmerksomhet på dette tjenesteområdet.

Den positive utviklingen i driften av Sykehuspartner HF ble trukket frem, men styret uttrykte også bekymring for forsinkelsene i investeringsprosjektene.

Styret konstaterte at den økonomiske utviklingen så langt er akseptabel og viste til at med de bevilgningene som er gitt, vil kunne komme ut med et årsresultat som godt er i tråd med budsjettet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per april 2021 til etterretning.

064-2021	Virksomhetsrapport for første tertial 2021
-----------------	---

Oppsummering

Virksomhetsrapporten per første tertial 2021 omhandler status for styringsmålene 2021 for drift. I tillegg inneholder rapporten risikovurdering med tilhørende tiltaksliste. Videre er temaene ForBedring, koronapandemien og oppfølging av regional utviklingsplan omtalt i eget kapittel.

Kommentarer i møtet

Styret viste til at det fortsatt er urolige for utviklingen innen psykisk helsevern og manglende måloppnåelse for prioriteringsregelen.

Styret var fornøyd med den fremlagte risikovurderingen og ba om at det i senere risikovurderinger også ble kommentert om risikovurderinger fra helseforetakene avviker vesentlig fra den risikovurderingen som RHF-styret får presentert.

Det ble nevnt en viss uro for fremdriften i arbeidet med å ta i bruk verktøy for samvalg.

Styret viste til at utviklingen i bruk av videokonsultasjoner må følges og at det blir prioritert forskningsprosjekter som kan dokumentere virkningen av bruken av dette verktøyet. Styret understreket at kvaliteten i behandlingen er viktig.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport for første tertial 2021 til etterretning.

065-2021	Tertialrapport 1 2021 for regionale byggeprosjekter
-----------------	--

Oppsummering

Styresaken har som formål å redegjøre for status per første tertial 2021 for de regionale byggeprosjektene i Helse Sør-Øst.

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

Kommentarer i møtet

Styret registrerte at de utfordringer pandemien har skapt, så langt er håndtert i byggeprosjektene, men at det fortsatt må være oppmerksomhet på eventuelle konsekvenser.

Styret viste til at risikoen for manglende måloppnåelse for gevinstrealisering i organisasjonsutviklingsprosjektene er minst like stor som risikoen i byggeprosjektene. Det er viktig at organisasjonsutviklingen følges opp på en god måte.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status per første tertial 2021 for regionale byggeprosjekter til etterretning.

066-2021	Økonomisk langtidsplan 2022–2025
----------	----------------------------------

Oppsummering

Formålet med økonomisk langtidsplan er å legge til rette for effektiv ressursutnyttelse i foretaksgruppen. Planen skal gi en samlet fremstilling av foretaksgruppens økonomiske bæreevne for investeringer. Den skal også vise forventet utvikling i pasientbehandling og prioriteringer, samt forventet utvikling i ressursbruk og økonomisk resultat. I styresak 024-2021 Økonomisk langtidsplan 2022–2025 - planforutsetninger, la styret premisser for helseforetakenes arbeid med innspill til foretaksgruppens økonomiske langtidsplan.

Saken er utarbeidet på grunnlag av helseforetakenes innspill til økonomiske langtidsplaner. Helseforetakene har styrebehandlet sine økonomiske langtidsplaner basert på inntektsforutsetninger og øvrige krav og føringer gitt av styret i styresak 024-2021. Økonomisk langtidsplan for 2022–2025 er preget av mer usikkerhet enn tidligere år grunnet koronapandemien. Saken omtaler disse usikkerhetsmomentene.

I sakens vedlegg 1 omtales innspillene fra helseforetak i regionen og de nasjonale felleseide foretakene nærmere. Forholdet mellom ISF og basisbevilgning omtales i vedlegg 2.

Kommentarer i møtet

Styrets flertall støtter den fremlagte økonomiske langtidsplan 2022-2025.

Styret understreket at arbeidet med gevinstrealiseringen i de planlagte investeringsprosjektene må følges opp.

Styret kommenterte vedtaksforslagets punkt 8 og viste til at dette tas ut og at saken fremlegges for styret på et senere tidspunkt

Styrets

VEDTAK

1. Styret forutsetter at helseforetakene i planperioden planlegger og utvikler sin virksomhet i tråd med *Regional utviklingsplan 2035* og at det arbeides målrettet med tiltak innenfor de fem prioriterte satsningsområdene:
 - Nye arbeidsformer – bedre bruk av teknologi og mer brukerstyring
 - Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte helsetjenester
 - Redusere uønsket variasjon
 - Mer tid til pasientrettet arbeid
 - Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste.
2. Helseforetakenes arbeid med kvalitet i pasientbehandlingen og tilgjengelighet til tjenestene skal gis høy prioritet gjennom hele planperioden, herunder skal kravene fra eier i de årlige oppdragsdokumentene ivaretas.
3. Helseforetakenes budsjetter for 2022 og senere år skal oppfylle prioriteringsregelen innenfor poliklinisk aktivitet og kostnader per tjenesteområde, hvor kravet er høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling hver for seg enn innen somatikk.
4. Helseforetakene skal arbeide videre med analyser av bemanningsbehov og nødvendig kompetansetilpassning for å bedre bruk av ressursene og gi et best mulig tilbud til pasientene. Utdanningskapasitet og antall praksisplasser skal øke i tråd med behovet.
5. Styret viser til at det i økonomisk langtidsplan er tatt høyde for å fullføre store byggeprosjekter i gjennomføringsfase og satsing på regionale IKT-prosjekter. Styret understreker at oppstart av investeringsprosjekter skal fremmes for styrets behandling i henhold til etablert fullmaktstruktur. Eventuelle ytterligere prioriteringer av investeringsprosjekter i økonomiplanperioden skal være begrunnet i kapasitetsbehov.
6. Økt økonomisk handlingsrom kan gi mulighet til å øke tildelingen av likviditet til lokale vedlikeholdsformål med i størrelsesorden 200 millioner kroner årlig i planperioden. Midlene skal brukes til økt vedlikehold basert på tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner i det enkelte helseforetak. Det endelige nivået på tildelingen fastsettes i de årlige budsjettprosessene. Tildelingen forutsetter at helseforetaket har en hensiktsmessig organisering av eiendomsvirksomheten, det vil si en modell som gir forutsigbarhet for tilstrekkelig vedlikehold. Styret ber om at administrerende direktør følger dette opp og kommer tilbake med en redegjørelse for eiendomsforvaltningen i våre helseforetak.
7. Som en planleggingsforutsetning for budsjett 2022, tildeles ekstraordinær inntektsstøtte til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF med henholdsvis 40 millioner kroner og 30 millioner kroner basert på en helhetlig vurdering av krav til kostnadstilpassning som følge av endrede inntektsforutsetninger. Nivået vil bli vurdert på nytt og endelig fastsatt i forbindelse med budsjett 2022.

8. Helseforetakene må arbeide videre med realistiske og konkrete risikoreducerende tiltak for å oppnå tilstrekkelig resultatutvikling slik at investeringsplanene kan gjennomføres som forutsatt. Dette innebærer effektivisering i forkant og gevinstrealisering i etterkant av en investering, samt at helseforetakene etablerer organisasjonsutviklingsprosjekter i tilknytning til investeringsprosjektene.
9. I tillegg til de årlige resultatkravene som fastsettes i oppdrag og bestilling for det enkelte helseforetak, skal Helse Sør-Øst RHF ha en særskilt oppfølging av utviklingen i driftsresultat før avskrivninger slik at foretaksgruppens gjeldsbetjeningsevne styrkes i tråd med økonomiplanen. Driftsresultat før avskrivninger skal som hovedregel ikke svekkes som følge av reduserte kapitalkostnader. Helseforetak med svakere utvikling i driftsresultat før avskrivninger enn forutsatt på tidspunkt for beslutning av store byggeprosjekter, forutsettes å iverksette tiltak slik at gjeldsbetjeningsevne styrkes i tråd med forutsetningene.
10. Styret tar til etterretning at koronapandemien medfører usikkerhet i helseforetakenes planlegging for 2022 og dermed for resten av planperioden. Endelige krav til aktivitets- og resultatutvikling som fastsettes i de årlige budsjettene vil måtte ta hensyn til dette.
11. Styret godkjenner økonomisk langtidsplan 2022–2025 for Helse Sør-Øst med de presiseringer og forutsetninger som fremgår av vedtaket.

Votering:

Styremedlem Christian Grimsgaard stemte mot den økonomiske langtidsplanen og viste til stemmeforklaring.

Punkt 8 i administrerende direktørs forslag til vedtak utgår. Øvrige punkter ble vedtatt.

Stemmeforklaring fra styremedlem Grimsgaard:

Planen beskriver et vesentlig økt investeringsnivå. Dette medlemmet mener at det er sannsynlig at historisk bemanningsutvikling vil videreføres i perioden, og at det er sannsynlig at regionen ikke vil være i stand til å igangsette de prioriterte investeringsprosjektene som forutsatt. Dette medlemmet mener at det samlede investeringsnivået i planen er for høyt, og at det bør gjøres en gjennomgang og prioritering av de fremlagte investeringsprosjektene slik at det samlede investeringsnivået blir lavere. Dette medlemmet mener at investeringsmidlene i større grad bør rettes mot å styrke kapasitet i regionen.

067-2021	Revisjon av finansstrategi for Helse Sør-Øst
----------	--

Oppsummering

Saken omhandler revisjon av finansstrategien for Helse Sør-Øst. Forrige revisjon av finansstrategien ble vedtatt i sak 033-2019.

De vesentligste endringene som foreslås er presiseringer vedrørende krav til valutasikring. Alle endringer som er gjort i forbindelse med revisjonen er markert med gul farge i det vedlagte finansstrategidokumentet. Som vedlegg til finansstrategien inngår også regionale retningslinjer for driftsøkonomiske analyser og vurdering av økonomisk bæreevne i forbindelse med investeringsprosjekter.

Kommentarer i møtet

Styret ga sin tilslutning til den fremlagte finansstrategi. Det ble presisert at adgangen til plassering i pengemarkedsfond skal tas ut av finansstrategien.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner revidert finansstrategi for Helse Sør-Øst, versjon 5.0, med merknad gitt i møtet.

068-2021	Oslo universitetssykehus HF – oppstart forprosjekt for ny sikkerhetspsykiatri
-----------------	--

Oppsummering

Denne saken er en oppfølging av styresak 010-2018 Oslo universitetssykehus HF – status for etablering av ny regional sikkerhetsavdeling, hvor styret ga administrerende direktør fullmakt til å utarbeide mandat for videreføring av prosjektet til forprosjekt når reguleringssaken er nærmere avklart.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet ga ultimo februar 2021 tilslutning til prosess for statlig regulering for regional sikkerhetsavdeling på Ila sør, på anmodning fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Saken gir en orientering om grunnlaget for å videreføre prosjektet til forprosjektfase.

I saken foreslås en utvidelse av virksomhetsinnholdet som er forutsatt for etappe 1, med anbefaling om at dette legges til grunn for skisser og utredninger i forprosjektet. Saken gir videre en orientering om de vurderinger som er gjort knyttet til valg av entreprisemodell for prosjektet.

Kommentarer i møtet

Styret sluttet seg til det fremlagte forslaget til vedtak.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar status for ny regional sikkerhetsavdeling til orientering, og er tilfreds med at Kommunal- og moderniseringsdepartementet har gitt sin tilslutning til å bruke statlig reguleringsplan slik at prosjektet kan videreføres til forprosjekt i tråd med vedtak i sak 010-2018.
2. Styret tar til etterretning at det skal avklares oppgavefordeling i Oslo knyttet til lokal sikkerhet (LSA) og godkjenner at avklart kapasitet for lokal sikkerhetspsykiatri for Oslo universitetssykehus HF inkluderes i forprosjektet.
3. Styret ber om at det gjennomføres en utredning med involvering av fagpersoner, brukerrepresentanter, tillitsvalgte og vernetjenesten, for å avklare hva som er egnet lokalisering for regional seksjon for psykiatri og utviklingshemning/autisme (PUA). Styret ber administrerende direktør fremlegge beslutningsunderlaget for behandling i styret, etter behandling i styret i Oslo universitetssykehus HF.
4. Styret ber administrerende direktør komme tilbake til styret med beslutning om endelig styringsramme for prosjektet, etter første fase av forprosjektet hvor endelig kapasitet utredes og kostnadskalkyler oppdateres.
5. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å iverksette prosesser for erverv av nødvendige tomteareal. Erverv av tomt behandles som egen beslutning i styret når regulering er gjennomført.

069-2021	Samlokalisering av deler av Oslo universitetssykehus HFs virksomhet med Universitetet i Oslo i Livsvitenskapsbygget
-----------------	--

Oppsummering

Denne saken er en oppfølging av styresak 124-2020 hvor styret ba administrerende direktør utrede en mulig samlokalisering av deler av Oslo universitetssykehus HFs virksomhet med virksomhet ved Universitetet i Oslo i Livsvitenskapsbygget.

Styret orienteres nå om utredningen som er gjennomført og om styret ved Oslo universitetssykehus HFs behandling av sak 41/2021 om funksjoner i Livsvitenskapsbygget.

I foreliggende sak foreslås det at samarbeidsprosjektet videreføres, med sikte på at Oslo universitetssykehus HF inngår en avtale med Statsbygg om leie av arealer i det nye Livsvitenskapsbygget.

Kommentarer i møtet

Styret peker på at det har vært stor interesse for prosjektet i Oslo universitetssykehus HF. Styret legger vekt på at man får fremskyndet en samling av laboratoriefunksjonene og styret

legger vekt på at en slik løsning vil redusere investeringsbehovet i fase 2 av videreutviklingen av Oslo universitetssykehus HF. Styret merker seg at en samlokalisering kan gi et godt samarbeid når det gjelder forskningsaktivitet mellom Oslo universitetssykehus HF og Universitetet i Oslo. Styret merker seg at det er en del uklarheter rundt økonomiske forhold og at styret forutsetter at man her finner rimelige løsninger. Disse forhold ble også presisert i vedtaket.

Styrets

VEDTAK

1. Styret godkjenner at samarbeidsprosjektet med Kunnskapsdepartementet videreføres med sikte på at Oslo universitetssykehus HF kan inngå en avtale med Statsbygg om leie av arealer i det nye Livsvitenskapsbygget.
2. Styret forutsetter at Oslo universitetssykehus HF's andel i prosjektet får en styringsramme som tilsvarer P50-estimat, og at denne fastsettes endelig etter at kostnadsrammen er besluttet i Stortinget. Ved vesentlige endringer i investeringskalkylen ber styret om at saken legges frem til ny behandling før beslutning om gjennomføring.
3. Styret ber om at Helse Sør-Øst RHF i dialog med øvrige aktører arbeider videre med en husleieavtale, og forutsetter at fremtidig leiebeløp beregnes etter faktiske investerings- og driftskostnader. Styret ber administrerende direktør følge opp forutsetningene for den kostnadsdekkende husleien, herunder at
 - a. Avkastningskravet gjenspeiler spesialisthelsetjenestens finansieringsbetingelser og ikke det høye avkastningskravet i statens interne husleieordning hos Statsbygg
 - b. Kostnader ved midlertidig stans av prosjektet og påløpte covid-19 kostnader til nå, legges ikke inn i grunnlaget for husleien til Oslo universitetssykehus HF
 - c. Vesentlige utskiftningskostnader holdes utenfor løpende husleiebetaling og avtales ved behov
 - d. Tomtekostnader innarbeides i restverdi på en slik måte at dette kostnadselementet ikke påvirker husleien
 - e. endelig husleieavtale skal forelegges styret for godkjenning.
4. Styret understreker at Helse Sør-Øst RHF må ha styringsrett og sikkerhet for at styringsrammen, P50-estimat overholdes, jf. avtale med Oslo kommune vedrørende bygging av ny Storbylegevakt på Aker.
5. Styret forutsetter at Oslo universitetssykehus HF dekker utstyrsinvesteringer av egne midler samt følger opp og realiserer de gevinstplaner som er utviklet for samlingen av laboratorievirksomheten.
6. Styret anmoder om at foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF godkjenner at anskaffelsen av arealer for Oslo universitetssykehus HF ved Livsvitenskapsbygget finansieres ved inngåelse av en finansiell leieavtale.

Votering:

Vedtatt mot tre stemmer (Grimsgaard, Brubakk og Sølvberg)

Stemmeforklaring fra styremedlem Grimsgaard

I saken foreslås det å videreføre samarbeidsprosjektet med Kunnskapsdepartementet – med sikte på å samlokalisere deler av Klinikk for laboratoriemedisin sin virksomhet i Livsvitenskapsbygget. Det foreslås også å anmode foretaksmøtet for Helse Sør-Øst Rhf godkjenner at anskaffelsen finansieres ved finansiell leieavtale. Dette medlemmet oppfatter at styret med vedtaksforslagene samlet bidrar til å konsolidere en retning for dette prosjektet.

Det vises til det alternative vedtaksforslaget som ble fremmet i Oslo universitetssykehus. Forhold knyttet til innplassering av virksomhet synes stadig å være uavklart. Vilklårene for den finansielle leieavtalen og prosjektets bærekraft er heller ikke avklart. Det fremkommer også at alternative løsningsforslag bedre kan ivareta enkelte hensyn, også de økonomiske. Samlet sett anser dette medlemmet at for mange forhold er uavklarte til at det nå er riktig å fatte vedtak som kan bidra til å forplikte oss i saken.

I fremlegget og styrets drøftinger gis det et inntrykk av at hvis vi ikke fatter vedtak i saken nå så vil vi si fra oss denne muligheten for godt. Dette medlemmet anser at styret med dette settes i en tvangssituasjon som ikke er akseptabel når det dreier seg om bruk av offentlige midler i denne størrelsesorden.

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Sølvberg og Brubakk:

For disse representantene fremstår ikke saken klar for behandling, men at det kunne vært nødvendig med mer tid for å kvalitetssikre funksjonene, økonomien og avklare sentrale avhengigheter.

070-2021	Forskning og innovasjon til pasientens beste – rapport fra spesialisthelsetjenesten 2020
-----------------	---

Oppsummering

Forskning og innovasjon til pasientens beste er de regionale helseforetakenes felles rapport som viser hvordan forskning og innovasjon bidrar til bedre klinisk praksis. Rapporten inneholder nasjonale nøkkeltall for helseforskning. Rapporten ble formelt overlevert Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråd Bent Høie 1. juni 2021. Styret inviteres i denne saken til å ta rapporten «Forskning og innovasjon til pasientens beste» for 2020 til orientering.

Kommentarer i møtet

Styret tok den fremlagte rapporten til orientering.

Styret ba administrerende direktør ta opp med de øvrige RHFene hvordan medvirkning fra de konserntillitsvalgte kan ivaretas.

For senere rapporter vil det også være interessant å få presentert noen internasjonale sammenligninger.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar rapporten «Forskning og innovasjon til pasientens beste» for 2020 til orientering.

071-2021	Beslutningsforum for nye metoder – årsoppsummering 2020
----------	---

Oppsummering

Årsoppsummering 2020 for Beslutningsforum for nye metoder legges frem som orienteringssak for styret.

Kommentarer i møtet

Styret tok oppsummering 2020 for Beslutningsforum til orientering. Styret ba om at relevante problemstillinger knyttet til prinsipielle og overordnede spørsmål tas opp med styret og at evalueringer av systemet blir tatt opp i styret.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar årsoppsummeringen 2020 for Beslutningsforum for nye metoder til orientering.

072-2021	Sykehuspartner HF – finansieringsfullmakt for videreføring av Windows 10 – fase 2
----------	---

Oppsummering

I styresak 115-2020 godkjente styret i Helse Sør-Øst RHF finansiering av Windows 10-prosjektets fase 1 med 50 000 klienter som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF. Samtidig ble Sykehuspartner HF bedt om å komme tilbake med en plan for fase 2 som gjelder oppgradering av 14 000 klienter og fase 3 som gjelder omlegging av 4 000 klienter tilknyttet medisinteknisk utstyr. Denne saken omhandler godkjenning av gjennomføring og finansiering av fase 2, og styret inviteres til å fastsette prosjektets kostnadsramme (P85-estimat; 2021-kroner).

Kommentarer i møtet

Styret sluttet seg til forslaget vedtak med en presisering i punkt 2 om oppfølging av risikoen i prosjektet. Et eventuell endring i kostnadsrammen som følge av usikkerhetsanalysen forutsettes fremmet fra Sykehuspartner på ordinær måte.

Styret ba om en orientering om hvordan fremtidige systemoppgraderinger vil bli håndtert innen plan for fase 3 legges frem.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret godkjenner gjennomføring og finansiering av prosjekt Windows 10 fase 2 med 16 000 klienter i Sykehuspartner HF innenfor en kostnadsramme på 273 millioner kroner inkludert merverdiavgift (P85-estimat; 2021-kroner).

2. Styret ber om at administrerende direktør følger opp risiko i prosjektet med risikoreduserende tiltak.
3. Styret ber om at administrerende direktør legger frem plan for styret innen utgangen av 2021 for arbeidet med Windows 10 fase 3 med 2 000 klienter.

073-2021	Årsplan styresaker
-----------------	---------------------------

Styrets enstemmige

V E D T A K

Årsplan styresaker tas til orientering.

074-2021	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

076-2021	Prosess for ansettelse av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF
-----------------	---

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

Styreleder orienterte om status for ansettelsesutvalgets arbeid med å rekruttere administrerende direktør.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tok orienteringen om prosess for ansettelse av administrerende direktør til orientering.

Orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Protokoll fra brukerutvalgsmøte 20. april og foreløpig protokoll fra 25. mai 2021
3. Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget 4. mai 2021
4. Brev fra seksjonsoverlege karkirurgi Christian Lyng, SI Hamar
5. Protokoll datert 16. juni fra drøftinger med de konserntillitsvalgte.

Møtet hevet kl 14:30

Hamar, 17. juni 2021

Svein I. Gjedrem
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
Nestleder

Kirsten Brubakk

Olaf Qvale Dobloug

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Vibeke Limi

Einar Lunde

Lasse Sølvberg

Sigrun E. Vågeng

Tore Robertsen
styresekretær

Møteprotokoll

Styre: Ekstraordinært styremøte i Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Digitalt møte
Dato: Torsdag 1. juli 2021
Tidspunkt: Kl 0830-1000

Følgende styremedlemmer møtte:

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

Fra brukerutvalget møtte:

Nina Roland
Lilli-Ann Stendal

Fra administrasjonen deltok:

Konstituert administrerende direktør Jan Frich
Eierdirektør Tore Robertsen
Økonomidirektør Hanne Gaaserød, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø, fungerende fagdirektør Lars Eikvar og direktør for teknologi og e-helse Rune Simensen

Saker som ble behandlet:

077-2021	Godkjenning av innkalling og saksliste
-----------------	---

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og saksliste til ekstra ordinært styremøte 28. mai 2021.

078-2021	Virksomhetsrapport per mai 2021
-----------------	--

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport for mai 2021.

Styrets kommentarer

Styret tar rapporten til etterretning og kommenterte at driften ser ut til å normalisere seg og at særlig ventetider er i gradvis bedring. Styret merket seg at utviklingen innen psykisk helsevern fortsatt må følges opp, særlig når det gjelder ventetider innen psykisk helse barn og unge. For pakkeforløp kreft registrerer styret at det er en positiv utvikling, men viser til at det er utfordringer innen enkelte forløp og støtter at det settes inn ekstra ressurser på disse.

Styret viste til at det må være særlig oppmerksomhet på de helseforetakene som har vesentlige økonomiske avvik og at disse følges tett opp.

Styret ba om å få presentert evalueringen av Sykehuspartner HF's håndtering av utfordringer i pandemiperioden og viste til at det fremover må være særlig oppmerksomhet på uønskede hendelser i driften.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar virksomhetsrapport per mai 2021 til etterretning.

079-2021	Fordeling av bevilgninger i revidert nasjonalbudsjett 2021 og gjenstående tilskudd til smittevern- og beredskapstiltak ved koronapandemien i 2021
----------	--

Oppsummering

I denne saken forelegges styret forslag til fordeling av bevilgninger til Helse Sør-Øst RHF i revidert nasjonalbudsjett 2021, etter Stortingets behandling av Prop. 195 S (2020-2021) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2021*, jf. Innst. 600 S (2020-2021) *Innstilling fra finanskomiteen om Revidert nasjonalbudsjett 2021, om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet for 2021, om endringer i skatter og avgifter i statsbudsjettet for 2021 og om økonomiske tiltak i møte med virusutbruddet*.

Styret forelegges også forslag til fordeling av gjenstående bevilgning på 531,3 millioner kroner til håndtering av smittevern- og beredskapstiltak ved koronapandemien i 2021. Dette er en oppfølging av styresak 126-2020 *Budsjett 2021 fordeling av midler til drift og investering* hvor foreløpig fordeling av tilskudd til smittevern- og beredskapstiltak i 2021 inngikk og styresak 074-2021 *Driftsorienteringer fra administrerende direktør* der styret orienteres om prinsipper for fordelingen.

Styrets kommentarer

Styret støtter forslaget til vedtak og ber om at administrasjonen følger nøye med på den videre utviklingen av pandemien og informerer Helse- og omsorgsdepartementet om eventuelle inntektsavvik og uforutsette utgiftsøkninger i helseforetakene i annet halvår 2021 som følge av den.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret viser til at bevilgninger gjennom Prop. 1 S (2020-2021) og Prop. 195 S (2020-2021) jf. Innst. 600 S (2020-2021) setter helseregionen i stand til å håndtere økonomiske effekter av koronapandemien så langt.
2. Styret legger til grunn følgende fordeling av basisramme og tilskudd knyttet til koronapandemien og andre formål bevilget gjennom revidert nasjonalbudsjett, Prop. 195 S (2020-2021), jf. Innst. 600 S (2020-2021):

Fordeling av bevilgninger i Prop. 195 S (2020-2021), jf. Innst. 600 S (2020-2021)			
Tall i tusen kroner	Basisbevilgning	Tilskudd	Samlet beløp
Akershus universitetssykehus HF	111 569	126 040	237 609
Oslo universitetssykehus HF	87 428	287 840	375 268
Sunnaas sykehus HF	4 825	9 360	14 185
Sykehuspartner HF	11 626	-	11 626
Sykehuset i Vestfold HF	74 327	48 060	122 387
Sykehuset Innlandet HF	111 542	95 030	206 572
Sykehuset Telemark HF	59 224	53 130	112 354
Sykehuset Østfold HF	84 055	87 700	171 755
Sørlandet sykehus HF	76 460	41 330	117 790
Vestre Viken HF	106 400	173 720	280 120
Helse Sør-Øst RHF	15 828	108 700	124 528
Sum helseforetak	743 283	1 030 910	1 774 193
Betanien Hospital	-	1 070	1 070
Diakonhjemmet Sykehus	4 840	25 450	30 290
Lovisenberg Diagonale Sykehus	6 652	46 540	53 192
Martina Hansens Hospital	-	7 570	7 570
Revmatismesykehuset	-	2 360	2 360
Sum private ideelle sykehus	11 492	82 990	94 482
Sum Helse Sør-Øst foretaksgruppen	754 775	1 113 900	1 868 675

3. Styret slutter seg til at gjenstående tilskudd på 531,3 millioner kroner til smittevern- og beredskapstiltak i forbindelse med koronapandemien fra Prop. 1 S (2020-2021) tildeles helseforetak og private ideelle sykehus i regionen med følgende fordeling:
- Det fordeles 483,8 millioner kroner forholdsmessig slik at alle helseforetak og private ideelle sykehus likebehandles med hensyn på samlet dekning av netto effekter fra koronapandemien i 2021.
 - Det reserveres 47,5 millioner kroner til Helse Sør-Øst RHF for merkostnader på regionale og nasjonale innkjøpsavtaler, i Forsyningscenteret, forsinkelseskostnader i regionale IKT-prosjekter og store byggeprosjekt og andre uforutsette forhold.

080-2021	Akershus universitetssykehus HF – avhending, mindre areal av Vestveien 15 i Nordre Follo kommune
-----------------	---

Saken er unntatt offentlighet, jfr. § 23 og § 12 i offentleglova. Den ble behandlet i lukket møte, jf. helseforetaksloven § 26 a, annet ledd.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styrets vedtak fremgår i B-protokoll.

Orienteringer

- Protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør Øst RHF 15. juni 2021

Møtet hevet kl 10:05

Oslo, 30. juni 2021

Svein I. Gjedrem
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
Nestleder

Kirsten Brubakk

Olaf Qvale Dobloug

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Vibeke Limi

Einar Lunde

Lasse Sølvberg

Sigrun E. Vågeng

Tore Robertsen
styresekretær

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Helse Sør-Øst RHF, Hamar
Dato: Torsdag 19. august 2021
Tidspunkt: Kl 09:15 – 15:30

Følgende styremedlemmer møtte:

Svein I. Gjedrem	Styreleder		
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder		
Kirsten Brubakk			
Olaf Qvale Dobloug			
Christian Grimsgaard		Forfall	Varamedlem Mette Vilhelmshaugen
Bushra Ishaq			
Vibeke Limi			
Einar Lunde			
Lasse Sølvsberg			
Sigrun E. Vågang			

Fra brukerutvalget møtte:

Nina Roland
Lilli-Ann Stendal

Fra administrasjonen deltok:

Konstituert administrerende direktør Jan Frich
Spesialrådgiver Hilde Jacobsen
Konstituert fagdirektør Lars Eikvar, økonomidirektør Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø og konserndirektør Atle Brynestad

Saker som ble behandlet:

081-2021	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste til styremøte 19. august 2021.

082-2021	Godkjenning av protokoll fra styremøte 17. juni 2021 og protokoll og B-protokoll fra ekstraordinært styremøte 1. juli 2021
-----------------	---

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 17. juni 2021 og protokoll og B-protokoll fra ekstraordinært styremøte 1. juli 2021 godkjennes.

083-2021	Virksomhetsrapport per juni og juli 2021
-----------------	---

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport for juni og juli 2021.

Kommentarer i møtet

Styret er tilfreds med den positive utviklingen på mange områder og vil gi honnør for den innsats ansatte i helseforetakene har gjort under pandemien og i sommermånedene.

Styret uttrykker at det fortsatt er behov for en særskilt oppmerksomhet på psykisk helsevern for barn og unge. Styret uttrykker like fullt tilfredshet med aktivitetsøkningen på området.

Styret er opptatt av at bemanningen fra høsten kan normaliseres og tilpasses driftssituasjonen.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per juni og juli 2021 til etterretning.

084-2021	Regional delstrategi for utdanning og kompetanseutvikling
-----------------	--

Oppsummering

Regional delstrategi for utdanning og kompetanseutvikling bygger på Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst (sak 114-2018). Delstrategien beskriver satsingsområder, mål og tiltak for utdanning og kompetanseutvikling i Helse Sør-Øst. Delstrategien skal bidra til å realisere Helse Sør-Østs visjon og mål.

Delstrategien legges i denne saken fram for behandling i styret.

Kommentarer i møtet

Styret uttrykker tilfredshet med den fremlagte delstrategien for utdanning og kompetanseutvikling og mener det er viktig at delstrategien følges opp med konkrete krav i oppdrag og bestilling til helseforetakene.

Styret uttrykker at utdanning og kompetanseutvikling er en sentral oppgave og pekte videre på betydningen av dette i et krevende arbeidsmarked.

Styret ba om at en sak om oppfølging av delstrategi for utdanning og kompetanseutvikling legges frem for styret høsten 2022, hvor det gis en status for tiltak og aktiviteter.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret slutter seg til regional delstrategi for utdanning og kompetanseutvikling.
2. Delstrategi for utdanning og kompetanseutvikling gjøres gjeldende for helseforetakene og legges til grunn for utviklingen av spesialisthelsetjenestene i Helse Sør-Øst.
3. Konkrete oppdrag for helseforetakenes oppfølging og operasjonalisering av delstrategien innarbeides i *Oppdrag og bestilling til helseforetakene for 2022*.
4. Styret ber om at en sak om oppfølgingen av delstrategi for utdanning og kompetanseutvikling legges frem for styret høsten 2022 hvor det gis en status for tiltak og aktiviteter.

085-2021	Plan for oppdatering av regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2035
-----------------	---

Oppsummering

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok *Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst* i desember 2018 (sak 114-2018).

Med bakgrunn i *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023* (Meld. St. 7 (2019-2020)) og oppdrag i foretaksmøtet for de regionale helseforetakene den 14. januar 2020, er det utarbeidet en veileder for arbeidet med utviklingsplaner. Veilederen ble vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF i desember 2020 (sak 148-2020).

Premisser og føringer for arbeidet med lokale utviklingsplaner (sak 043-2021) ble vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF den 22. april 2021. Styret ba om en egen sak for arbeidet med regional utviklingsplan, herunder organisering av og tidsplan for arbeidet.

Denne saken beskriver kort planen for oppdatering av *Regional utviklingsplan Helse Sør-Øst 2035* (heretter kalt Regional utviklingsplan).

Kommentarer i møtet

Styret ber om at det ved behandling av den regionale utviklingsplanen legges frem en status for arbeidet med de fem innsatsområdene.

Styret ber om at planen adresserer tjenestetilbudet til sårbare grupper og etniske minoriteter.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret slutter seg til plan for oppdatering av regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2035.

086-2021	Status og rapportering for regional IKT-prosjektportefølje per første tertial 2021
----------	---

Oppsummering

Denne saken omfatter de styrevedtatte prosjektene i den regionale IKT-prosjektporteføljen. Det rapporteres på status for hvert prosjekt. Rapporteringen per prosjekt avsluttes når den aktuelle IKT-løsningen er innført ved de helseforetakene som omfattes av prosjektet.

Vedlegget, Tertialrapport for regional IKT-prosjektportefølje per første tertial 2021, rapporterer status per 30. april 2021. Viktige hendelser som har skjedd i porteføljen etter denne datoen er beskrevet i saksfremlegget.

Kommentarer i møtet

Styret ber administrerende direktør komme tilbake til styret med en sak om prioritering av prosjekter i den regionale porteføljen.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar status per første tertial 2021 for de styregodkjente prosjektene i regional IKT-prosjektportefølje til orientering.

087-2021	Status og rapportering første tertial 2021 for programmet STIM og Windows 10-prosjektet, Sykehuspartner HF
-----------------	---

Oppsummering

Saken omhandler status og rapportering per første tertial 2021 for programmet STIM (standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering) og Windows 10-prosjektet som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF. Rapporten ble behandlet i styret i Sykehuspartner HF 2. juni 2021, jf. styresak 045-2021 i Sykehuspartner HF.

Saken legges frem for styret i Helse Sør-Øst RHF for å holde styret orientert om status og fremdrift i programmet STIM og Windows 10-prosjektet.

Kommentarer i møtet

Styret tar til orientering at det vil legges frem en plan for organisering av den videre aktiviteten i STIM-programmet etter 2023.

Styret uttrykker tilfredshet med følgerevisjonen. Styret viser til at det fortsatt er krevende prosjekter i programmet STIM og at det derfor fortsatt er riktig med følgerevisjon.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar status og rapportering per første tertial 2021 for programmet STIM og Windows 10-prosjektet som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF, til orientering.

088-2021	Rapport fra følgerevisjon av program STIM per 28. mai 2021
-----------------	---

Oppsummering

Konsernrevisjonen gjennomfører en følgerevisjon av program STIM etter oppdrag fra styret i Helse Sør-Øst RHF. Revisjonen gjennomføres med tertialvise rapporter. Denne saken informerer om aktiviteter i følgerevisjonen for perioden mars-mai 2021, og om resultatene fra utført revisjon av implementeringen av Windows 10 i foretaksgruppen.

Kommentarer i møtet

Det vises til kommentarene til styrets behandling av sak 087-2021.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar rapport fra følgerevisjon av program STIM per 28. mai 2021 til orientering.

089-2021	Legebemannede bilambulanser
-----------------	------------------------------------

Oppsummering

Saken gir en orientering om organiseringen av legebemannede bilambulanser i Helse Sør-Øst.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar saken til orientering.

090-2021	Plan for styrking av helsetjenester i fengsel innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (områdefunksjon)
-----------------	---

Oppsummering

De fire regionale helseforetakene fikk i oppdragsdokumentet for 2020 i oppgave å utarbeide en plan for etablering av en områdefunksjon for spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) for innsatte i fengsler. Planen legges med dette frem for behandling i styret før oversendelse til Helse- og omsorgsdepartementet.

Kommentarer i møtet

Styret viser til uttalelse fra brukerutvalget, jf. protokoll fra brukerutvalget 9. og 10. mars 2021.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret slutter seg til plan for styrking av helsetjenester i fengsel innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (områdefunksjon).
2. Styret slutter seg til at planen oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

091-2021	Midlertidig innføring og revurdering av nye metoder for å fremme persontilpasset medisin
----------	--

Oppsummering

De regionale helseforetakene fikk i 2020 i oppdrag å utrede og innføre ordninger for midlertidig innføring og revurdering av nye metoder for å tilrettelegge for innføring av persontilpasset medisin i tjenesten.

Rapporten «*Utredning og implementering av ordninger for midlertidig innføring og revurdering av nye metoder i Nye metoder for å tilrettelegge for innføring av persontilpasset medisin i tjenesten*» legges i denne saken frem for styret. Rapporten er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet innen fristen 1. juli 2021.

Kommentarer i møtet

Styret mener at medisinsk etisk kompetanse er viktig i krevende prioriterings spørsmål.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret gir sin tilslutning til rapporten «*Utredning og implementering av ordninger for midlertidig innføring og revurdering av nye metoder i Nye metoder for å tilrettelegge for innføring av persontilpasset medisin i tjenesten*».

092-2021	Årsplan styresaker
----------	--------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

093-2021	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

094-2021	Prosjekt Nytt sykehus i Drammen – erstatningskrav mot Rambøll Norge AS
----------	--

Saken ble behandlet i lukket møte, jf. off.l. §15 og §23 første ledd jf. §12.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styrets vedtak fremgår i B-protokoll.

Orienteringer

1. Styreleder orienterer
 - Styreleder orienterte om prosess for ansettelse av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF. Orienteringen ble gitt i lukket møte, jf. helseforetakslovens § 26 a, annet ledd.
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 15 - 16. juni 2021
3. Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget 9. juni 2021
4. Brev fra Telemark legeforening
5. Drøftingsprotokoll RHF – KTV 18. august 2021.

Temasak

- Felles møte med brukerutvalget

Møtet hevet kl 15:30

Hamar, 19. august 2021

Svein I. Gjedrem
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
Nestleder

Kirsten Brubakk

Olaf Qvale Dobloug

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Vibeke Limi

Einar Lunde

Lasse Sølvberg

Sigrun E. Vågeng

Hilde Jacobsen
styresekretær

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Digitalt
Dato: Tirsdag 7. september 2021
Tidspunkt: Kl. 16.00

Følgende styremedlemmer møtte:

Svein I. Gjedrem	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Kirsten Brubakk	
Olaf Qvale Dobloug	
Christian Grimsgaard	
Bushra Ishaq	
Vibeke Limi	Fravær
Einar Lunde	
Lasse Sølvsberg	
Sigrun E. Vångeng	

Fra brukerutvalget møtte:

Nina Roland

Fra administrasjonen deltok:

Konstituert administrerende direktør Jan Frich
Spesialrådgiver Hilde Jacobsen
Økonomidirektør Hanne Gaaserød

Saker som ble behandlet:

097-2021	Godkjenning av innkalling og sakliste for styremøte 7. september 2021
----------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste til ekstraordinært styremøte 7. september 2021.

098-2021	Ansettelse av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF
----------	---

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

Styrets enstemmige**VEDTAK**

1. Styret ansetter Terje Rootwelt som administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF.
2. Styret gir styreleder fullmakt til å inngå ansettelsesavtale med Terje Rootwelt.

099-2021	Oppfølging av sak 069-2021 Samlokalisering av deler av Oslo universitetssykehus HF's virksomhet med Universitetet i Oslo i Livsvitenskapsbygget
----------	--

Oppsummering

Saken er en oppfølging av styresak 069-2021 *Samlokalisering av deler av Oslo universitetssykehus HF's virksomhet med Universitetet i Oslo i Livsvitenskapsbygget*, hvor styret ba administrerende direktør om å følge opp forutsetningene for den kostnadsdekkende husleien.

I brev av 1. september 2021 beskriver Helse- og omsorgsdepartementet en løsning som kan ligge til grunn for den kostnadsdekkende husleien, og ber om en snarlig klargjøring av Helse Sør-Øst RHF sin deltakelse i prosjektet. I denne saken orienteres styret om prinsippene og bes om å godkjenne at samarbeidsprosjektet med Kunnskapsdepartementet om nytt bygg for livsvitenskap videreføres.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret godkjenner at samarbeidsprosjektet med Kunnskapsdepartementet om nytt bygg for livsvitenskap videreføres under forutsetning av at Helse- og omsorgsdepartementet yter kompensasjon for forskjellen mellom kalkulasjonsrenten i statens husleieordning og spesialisthelsetjenestens finansieringssystem, og at det ytes kompensasjon for kostnader ved midlertidig stans av prosjektet og påløpte covid-19 kostnader etter samme prinsipper som for Universitetet i Oslo.
2. Styret tar til etterretning at det arbeides videre med øvrige prinsipper for endelig husleieavtale, som skal forelegges styret for godkjenning.

Møtet ble hevet kl. 16:45

Oslo, 7. september 2021

Svein I. Gjedrem
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
Nestleder

Kirsten Brubakk

Olaf Qvale Dobloug

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Vibeke Limi

Einar Lunde

Lasse Sølvberg

Sigrun E. Vågeng

Hilde Jacobsen
styresekretær

Protokoll

Protokoll:	Brukerutvalg STHF	Dato:	2. september 2021
Møteleder:	Rita Andersen	Tid:	1000 – 1300
Referent:	Anne Borge Kallevig	Sted:	Direktørens møterom
Deltakere:	Rita Andersen (RA) Psoriasis og Eksemforbundet Telemark (PEF) John Arne Rinde, Pensjonistforbundet Telemark Olav Kristiansen Prostatakreftforeningen (profo) Gun Inger Heibø, Multippel sklerose (MS) (på Skype) Rita Slåbakk (HLF Vestfold og Telemark) Anette Slåtta (Burg / NRF Telemark) (på Skype) Else Jorunn Saga Pasient og brukerombud Vestfold og Telemark, kontor Skien Tom Helge Rønning (THR) administrerende direktør Per Urdahl, klinikkjef medisin Geir Olav Ryntveit (GOR) økonomidirektør, sak 37-2021 Anne Borge Kallevig, administrasjonskonsulent/koordinator brukerutvalg, referent		
Fravær:	Sondre Otervik A-larm Anne Iversen, Norges Handikapforbund (NHF) Halfrid Waage, fagdirektør Anne Brynjulfsen, rådgiver klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling (KPR) Egil Rye-Hytten, regional brukerrepresentant		

Saksnr.	Sak
00-2021	Godkjenning av innkalling og sakliste Vedtak: Brukerutvalget godkjenner innkalling og sakliste.
36-2021	Godkjenning av protokoll fra 10.juni 2021 Vedtak: Brukerutvalget godkjenner protokoll fra brukerutvalgsmøte 10.juni 2021.
	Aktuelle orienteringer v/adm. dir. Tom Helge Rønning <ul style="list-style-type: none"> • Drift som normalt Ikke store utfordringer vedrørende pasientlogistikk • Fra mandag 30.august opphører adgangskontrollen ved sykehuset. Avviklingen er koordinert med de andre sykehusene i Helse Sør-Øst, og et ledd i normaliseringen av samfunnet. Det vil fortsatt være behov for smittevernstiltak på sykehuset. Rutinene for avstand, hygiene, screening og besøksregistrering vil opprettholdes. Det er hengt opp informasjon ved hovedinnganger. Pasienter og pårørende informeres via sykehusets nettsider. • Smittesituasjonen følges nøye, og endringer kan komme av økt smitte.

Saksnr.	Sak
	<p>Må påregne økning i antall innleggelser, og at dette også kan berøre barn og unge. Pr dags dato – 1 inneliggende</p> <ul style="list-style-type: none"> I disse dager gjennomføres det en større sengerokade i Kirurgisk klinikk. Klinikken skal opprette en fem-døgnspost i 1.etg. Dette gjøres for å bedre drift og pasientflyt. Rokaden berører sengepostene i første, tredje , fjerde og sjette-etasje. Med opprettelse av fem-døgnspost i 1. etasje flytter øre-nese-hals og urologi-sengene fra 1. etasje til 6. etasje. Medisinsk sengepost skal flytte til 4.etasje, og kirurgen 3. skal flytte til 3.etasje. Det er mange innenfor service- og tekniske fag som er involvert i rokaden. Nytt modulbygg utenfor Moflata ferdigstilles i disse dager – flott og fullverdig bygg. Med det nye modulbygget blir tilbudet til pasienter med kreft og blodsykdommer bedret. Det er plassmangel i de nåværende Moflata-lokalene som er årsaken til at det settes opp et modulbygg. Modulbygget skal gi midlertidige konsultasjonsrom og behandlingsrom. Ser økning spesielt innenfor medikamentell kreftbehandling, og med nytt modulbygg – fem nye flere behandlingsrom. I tillegg vil pasientene få tilbud om sykepleiekonsultasjoner for oppstart og oppfølging av behandling. God tilgjengelighet – pasientflyt og logistikk. Modulbygget skal brukes fram til nytt kreftsenter står ferdig. «Pusterommet», som ligger i kjelleren på Moflata, er et treningsrom for kreftpasienter. Dette har i en periode vært brukt til medikamentell behandling. Dette tas nå tilbake som treningsrom. Ny parkeringsordning – kameraregistrering av bilens registreringsnummer I Skien. Det innebærer at man ikke trenger å registrere kjøretøyets registreringsnummer ved parkering. Flere alternativer for betaling: <ul style="list-style-type: none"> - Ved betaling til betalingsautomat ved avreise. Her må du registrere kjøretøyets registreringsnummer når man skal dra fra sykehuset. - Betaling på nett, Online betaling, innen 48 timer. - Faktura – Hvis man ikke betaler til automat eller på nett innen 48 timer vil man få faktura i posten for den tiden man har parkert pluss fakturagebyr på 49 kroner. <p>Forflytningshemmede parkerer gratis, med parkeringskort fra kommunen Eventuelle parkeringstillatelser for forflytningshemmede (HC-bevis) blir ikke registrert av kamera. Pasienter og besøkende må derfor vise fram HC-kort i hovedekspedisjonen, eller ved annet oppmøtested, for å få fritak for avgift.</p>
37-2021	<p>Virksomhetsrapport pr juli 2021 v/økonomidirektør Geir Olav Ryntveit</p> <p>Oppsummering:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ventetider og fristbrudd øker for ventende – reduksjon i ventetider

Saksnr.	Sak
	<p>for påstartede pasienter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poliklinisk aktivitet høyere enn budsjett i somatikk - lavere innen PHV • Passert planlagt tid (5,5prosent) er en liten nedgang fra juni og fortsatt lavest i HSØ • Henvisninger (elektive) på nivå med 2019 – ØH fortsatt på 2020-nivå • Belegg på sengeposter høyere enn 2020 men fortsatt lavere enn før pandemien. • Antall operasjoner er på budsjett • Registrerte koronaeffekter på 5,6 millioner kroner i juli <ul style="list-style-type: none"> – Inntektsbortfall 0,0 millioner kroner – Kostnader 5,6 millioner kroner – Kompenseres med øremerkede midler – Rapportert resultat per juli (akk.) 28,8 millioner kroner vs. budsjett 29,2 millioner kroner. – Resultat for juli isolert (+3,3 millioner kroner) er 0,9 millioner kroner lavere enn budsjett <p>Vedtak: Brukerutvalget tar saken til orientering.</p>
38-2021	<p>Pasient- og brukerombudets orientering v/Else Jorunn Saga</p> <p><i>Oppsummering:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Status henvendelser – totalt en økning på 20%. Størst økning på kommunale henvendelser. Sykehuset ligger på samme nivå som i fjor. • Etterlatt inntrykk av at det har vært en betydelig økning av henvendelser vedr psykiatrisk helsevern for voksne. Samtidig kan sykehuset informere om at avslag på henvisninger aldri har vært lavere enn nå. Antall henvisninger viser en økning i barne- og ungdomspsykiatri. • Brukerråd under utarbeidelse på nasjonalt nivå – bred representasjon. • Else Jorunns siste møte som Pasient- og brukerombud. Hun går over i ny jobb i Helfo. <p>Vedtak: Brukerutvalget tar saken til orientering.</p>
39-2021	<p>Orientering fra regionalt brukerutvalg Saken utgår. Egil Rye-Hytten hadde meldt forfall til møtet</p>
40-2021	<p>Service og tilgjengelighet ved Høresentralen Dette er en utfordring sykehuset har, og kjent problemstilling. Sykehuset er i gang med et prosjekt «Kontorfaglige støttefunksjoner» for optimalisering av kontorfaglige arbeidsoppgaver og –flyt, inkludert krav til kompetanse. Ett av delprosjektene er</p>

Saksnr.	Sak
	<ul style="list-style-type: none"> - Bedre utnyttelse av digitaliserte kommunikasjonsmuligheter <p>Tilgjengelighet – Harmonisere telefontider og ekspedisjoners åpningstider</p> <p>Målsettingen med prosjektet er bl.a. at</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasienter opplever økt tilgjengelighet, bedre service/informasjon - Rask avklaring på ikke medisinske henvendelser <p>Prosjektleder og arbeidsgruppens leder, Kathrine Evensen inviteres til brukerutvalgsmøtet i oktober, det samme gjelder avdelingsleder ØNH, Ann Iserid Vik-Johansen.</p> <p>Orientering om Status prosjekt og arbeidet i seksjonen .</p>
41-2021	<p>Status prosjekter</p> <p>Brukerutvalget hadde en kort gjennomgang av prosjektene.</p> <p>Når det gjelder prosjektet «Forskningsutvalg» går dagens brukerrepresentant, Idar Grotle ut.</p> <p>Forskningssjef Hege Kersten kommer på neste møte og orienterer om dette prosjektet.</p> <p>Ny brukerrepresentant velges etter dette møtet.</p>
42-2021	<p>Revidering – Digital grunnopplæring for brukerrepresentanter på systemnivå.</p> <p>Brukerutvalgene i HSØ inviteres til å komme med innspill til revidering av digital grunnopplæring av brukerrepresentanter på systemnivå – frist 1.oktober 2021.</p> <p>Brukerutvalget besluttet å ta opplæringen felles den 27.09.21, og deretter sende innspill.</p>
43-2021	<p>Eventuelt</p> <p>Rita Andersen oppfordret medlemmene å melde seg på FFO Vestfold og Telemarks årlige erfarings- og dialogkonferanse på Kongsberg 23. og 24. september 2021. Konferansen er gratis for brukerrepresentanter.</p> <p>FFO's Helsekonferansen arrangeres på samme sted fra 24.-25.september.</p> <p>Pris for denne konferansen er kr 990,-.</p>

Skien, 2. september 2021
 Anne Borge Kallevig
 referent

Protokoll

Protokoll:	Ungdomsråd STHF	Dato:	24.august 2021
Møteleder:	Elise Haugerø	Tid:	1800 – 2100
Referent:	Anne Borge Kallevig	Sted:	Direktørens møterom
Deltakere:	Ada-Marie Riis, Amalie Hansen, Christie Malek , Sebastian Gundersen, Thea Tomine Borge, Happy Sapai (på telefon), Hege Arvesen, Elise Haugerø (på Skype), Anne Borge Kallevig		
Fravær:			
I tillegg møtte			

Saksnr.	Sak
00-2021	Innkallelse og saksliste til møtet Vedtak: Innkalling og saksliste ble godkjent
18-2021	Godkjenning av protokoll Vedtak: Ungdomsrådet godkjenner protokoll fra ungdomsrådsmøte 11.05.2021.
19-2021	Evaluering – ungdomsrådet første halvår <ul style="list-style-type: none"> - Møtene har fungert bra på Skype - Bra produktivitet - Godt frammøte - Mye arbeid falt på leder - Deltakelse i prosjekter og arbeidsgruppe – gode tilbakemeldinger til ungdomsrådet
20-2021	Forventninger til koordinatorene og ungdomsrådet i sin helhet, og hva ligger det i å være representant for rådet. <u>Forventninger til koordinatorene:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Være behjelpelige - Motivatorer – ha energi, være positive, engasjerte - Vise ungdommene at de blir sett og hørt - Komme med utfyllende info - Bistå i arbeidet med agenda <u>Forventninger til ungdomsrådet:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Være engasjerte - Møte opp og presis til møter - Møte forberedt - Jobbe aktivt med saker – også mellom møtene når det er nødvendig

Saksnr.	Sak
	<ul style="list-style-type: none"> - Leder og nestleder planlegger møtene - sette opp agenda sammen med koordinatorene
21-2021	<p>Ungdomsrådets ansikt utad</p> <p>Ungdomsrådet ønsker å presentere seg utenfor sykehuset. Det er nå gjort avtale med Porsgrunn videregående skole - linje for ungdom med spesielle behov. Kontaktperson lærer Henning Bergland. Ungdomsrådet v/ Amalie Hansen, Christie Malek og Thea Borge skal først ha møte med lærer den 28.09.21 På dette møtet vil det gjøres avtale om når de skal presentere ungdomsrådet for elevene.</p>
	<p>Aktuelle orienteringer</p> <p><u>Oppsummering:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Christie orienterte fra prosjektgruppa for «Oppfølgingsteam for barn og unges psykiske helse» Prosjektgruppen jobber med hvordan tilbudet skal etableres og gjennomføres. Prosjektgruppen har månedlige møter. • Enighet om at ungdomsrådet ikke skal prioritere å være aktive på sosiale medier dette halvåret. Tar dette opp til ny vurdering over nyttår. • Enighet om at hver 2. møte i halvåret avholdes digitalt (på Skype) inntil videre.
22-2021	<p>Eventuelt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ungdom på voksenavdeling Stort engasjement og erfaringsutveksling om hvordan det er å være ungdom, fra 15 år, på voksenavdeling. Ungdomsrådet besluttet å sende en felles mail til avdelingsledere på sengeposter for faktainnsamling om hvordan de ivaretar ungdom på avdelingen. Dette er en sak som er viktig for ungdomsrådet og som de ønsker å jobbe videre med utover høsten. Ungdomsrådet forespør avdelingsleder BUK, Torhild R. Haugen om hjelp til å distribuere mailen.

Møtet ble avsluttet kl. 21.00

Skien, 24.august 2021
Anne Borge Kallevig