

Styret i Sykehuset Telemark HF
Brukerutvalgets representanter

Vår referanse:

Saksbehandler: Tone Pedersen +47 957 94 426

Dato:

12. mai 2021

Innkalling til styremøte i Sykehuset Telemark HF

Det innkalles til styremøte i Sykehuset Telemark HF

Tid: Onsdag 19. mai 2021 kl. 0800 - 1330

Sted: Skype-møte

Vedlagt følger sakliste 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.: 19. mai 2021, kl. 0800 – 1330

Sted: Skype-møte

Møteleder: Styreleder Per Anders Oksum

Saksliste

| Tentativ plan | Saksnr. | Sakstittel | Sakstype |
|---------------|------------|--|--------------------|
| 0800 – 0805 | 038 - 2021 | Godkjenning av innkalling og saksliste v/styreleder | Beslutning |
| 0805 – 0810 | 039 - 2021 | Godkjenning av protokoll fra styremøte fra styremøte 21. april 2021 v/styreleder | Beslutning |
| 0810 – 0840 | 040 - 2021 | Driftsorienteringer fra administrerende direktør v/administrerende direktør | Orientering |
| 0840 – 0940 | 041 - 2021 | Virksomhetsrapport per 1. tertial 2021 v/økonomidirektør | Orientering |
| 0940 – 0950 | | <i>Pause</i> | |
| 0950 – 1050 | 042 - 2021 | Utviklingsprogrammet – status prosjekt Pasientflyt 24/7 og Kontorfaglige støttefunksjoner v/administrerende direktør og utviklingsdirektør | Orientering |
| 1050 – 1100 | | <i>Pause</i> | |
| 1100 – 1130 | 043 - 2021 | Oppfølging av alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser 2020 v/fagdirektør | Beslutning |
| 1130 – 1200 | 044- 2021 | Forankring av Regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring v/fagdirektør | Beslutning |
| 1200 – 1230 | | <i>Pause – lunsj</i> | |
| 1230 – 1300 | 045 - 2021 | Resultater ForBedring 2021 v/HR-direktør | Orientering |
| 1300 – 1310 | 046 - 2021 | Oppnevning av medlemmer til brukerutvalget og valg av leder og nestleder for perioden 2021-2023 v/styreleder | Beslutning |

| Tentativ plan | Saksnr. | Sakstittel | Sakstype |
|---------------|------------|---|--------------------|
| 1310 – 1320 | 047 - 2021 | Styrende dokumenter for Sykehuset Telemark HF 2021 v/styreleder | Beslutning |
| 1320 – 1325 | 048 - 2021 | Styrets årsplan 2021 - oppdatert v/styreleder | Orientering |
| 1325 – 1330 | | Andre orienteringer 1) Styreleder orienterer 2) Foreløpig protokoll fra BU møte 22. april 2021 3) Foreløpig protokoll felles møte - brukerutvalg, styreleder og AD 5. mai 2021 4) Foreløpig protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 22. april 2021 5) Foreløpig protokoll fra ekstraordinært styremøte i Helse Sør-Øst 7. mai 2021 6) Bekymringsmelding for DPS Øvre Telemark 7) Prosjektstyre for etablering av nytt klinikk- og protonbygg på Radiumhospitalet, Oslo universitetssykehus HF | Orientering |

Saksfremlegg

Saksgang:

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Styre | Møtedato |
| Styret i Sykehuset Telemark HF | 19. mai 2021 |

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

Sak: 038 – 2021

Godkjenning av innkalling og saksliste

Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Skien, 10. mai 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Saksfremlegg

Saksgang:

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Styre | Møtedato |
| Styret i Sykehuset Telemark HF | 19. mai 2021 |

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

Sak: 039 – 2021

Godkjenning av protokoll fra styremøte 21. april 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 21. april 2021 godkjennes.

Skien, 10. mai 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg

- Protokoll fra styremøte 21. april 2021 i Sykehuset Telemark HF

List of Signatures

Page 1/1



Foreløpig-protokoll-2021-04-21.pdf

| Name | Method | Signed at |
|----------------------------|---------------|-------------------------|
| Turid Ellingsen | BANKID_MOBILE | 2021-04-23 10:30 GMT+02 |
| Jordbakke, Kine Cecilie | BANKID_MOBILE | 2021-04-26 13:09 GMT+02 |
| Oksum, Per Anders | BANKID | 2021-04-23 10:02 GMT+02 |
| Voss, Per Christian | BANKID_MOBILE | 2021-04-23 09:52 GMT+02 |
| Haugan, Johanne G. | BANKID | 2021-05-04 07:00 GMT+02 |
| Nilssen, Trygve Kristoffer | BANKID_MOBILE | 2021-04-23 08:53 GMT+02 |
| Severinsen, Thor | BANKID_MOBILE | 2021-04-26 13:17 GMT+02 |
| Pedersen, Tone | BANKID_MOBILE | 2021-04-23 08:41 GMT+02 |
| Bogen, Kristian Nils | BANKID_MOBILE | 2021-04-23 13:46 GMT+02 |
| Aasen, Inger Ann | BANKID_MOBILE | 2021-04-23 12:00 GMT+02 |
| Farahmand, Marjan | BANKID_MOBILE | 2021-04-23 11:06 GMT+02 |
| Wiig, Kristian | BANKID_MOBILE | 2021-04-23 10:43 GMT+02 |



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

External reference: 2333E610ABEB459F8B4CB9662842974F

PROTOKOLL FRA STYREMØTE I SYKEHUSET TELEMAR HF

Dato: 21. april 2021 Tidspunkt: kl. 0930–1430

Sted: Skype-møte

Følgende medlemmer møtte

| | | |
|---------------------------|------------|---------|
| Per Anders Oksum | Styreleder | |
| Kine Cecilie Jordbakke | Nestleder | Forfall |
| 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 028, 029, 036 og 037: Per Anders Oksum styreleder
Sak 030: Tom Helge Rønning, administrerende direktør
Sak 031, 032 og 035: Geir Olav Ryntveit, økonomidirektør
Sak 033: Else Jorunn Saga, pasient- og brukerombud
Sak 034: Mai Torill Joel, HR-direktør og Maria Aasland, rådgiver HR

Styreleder ledet møtet



| | |
|-----------------|---|
| 028-2021 | Godkjenning av innkalling og saksliste |
|-----------------|---|

Styret besluttet å behandle sak 032-2021 *Økonomisk langtidsplan 2022-2025* før sak 031-2021 *Virksomhetsrapport per mars 2021*.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner innkalling og saksliste til styremøte 21. april 2021.

| | |
|-----------------|---|
| 029-2021 | Godkjenning av protokoll fra styremøte fra styremøte 24. mars 2021 |
|-----------------|---|

Protokoll fra styremøtet 24. mars 2021 er godkjent elektronisk av styrets medlemmer før møtet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 24. mars 2021.

| | |
|-----------------|---|
| 030-2021 | Driftsorienteringer fra administrerende direktør |
|-----------------|---|

Oppsummering

Administrerende direktør ga i møtet en muntlig orientering om situasjonen på sykehuset i forhold til koronapandemien. Herunder ble det informert om status når det gjelder vaksinerings av ansatte. I tillegg ble det orientert om at Sykehuset Telemark HF er tildelt 8,7 millioner kroner fra Helse Sør-Øst RHF. Tildelingen gjelder midler til midlertidig ordning for å stimulere til forbedringstiltak for å redusere ventetider og forbedre kapasitetsutnyttelsen ved poliklinikker i 2021.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.



| | |
|-----------------|---|
| 031-2021 | Virksomhetsrapport per mars 2021 |
|-----------------|---|

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport per mars 2021:

- Høy poliklinisk aktivitet i både somatikk og BUP – lav aktivitet i VOP og TSB
- Ventetider og fristbrudd er relativt stabile og omlag på samme nivå som i fjor
- Passert planlagt tid er rekordlav (5,6 %)
 - Henvisninger om lag på normalt nivå (2019)
- Fortsatt relativt lavt belegg på sengeposter og lavt antall operasjoner
- Registrerte koronaeffekter på 18 millioner kroner i mars (24 % av ekstra midler)
 - Inntektsbortfall: 10,4 millioner kroner
 - Kostnader: 7,6 millioner kroner
 - Kompenseres fullt ut i regnskapet
 - Gjenstående øremerkede midler og utsatt inntekt = 25,5 millioner kroner
- Rapportert resultat per mars (akkumulert) 12,4 millioner kroner vs. budsjett 12,5 millioner kroner
 - Resultat for mars isolert (+3,1 millioner kroner) er 1,1 millioner kroner svakere enn budsjett

Kommentarer i møtet

Styret støttet det fremlagte forslaget til vedtak og takket for et godt saksfremlegg.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per mars 2021 til orientering.

| | |
|-----------------|---|
| 032-2021 | Økonomisk langtidsplan 2022-2025 |
|-----------------|---|

Oppsummering

Sykehuset Telemark sin økonomiske langtidsplanen for perioden 2022-2025 med framskriving til 2040, er basert på fjorårets plan og hensyntatt utviklingen etter koronautbruddet. Planen er basert på behovet for spesialisthelsetjenester i opptaksområdet, oppdaterte sosio-økonomiske parametere i den regionale inntektsmodellen, endringer i andre eksterne rammebetingelser og interne utviklingsplaner.

Den økonomiske langtidsplanen for 2022-2025 er utarbeidet under mer usikkerhet enn i en normal situasjon, som følge av koronasituasjonen. Pandemien har hatt stor betydning for sykehusets forbedringsarbeid og måloppnåelse i 2020. I arbeidet med langtidsplanen er det lagt til grunn en svakere styringsfart ved utgangen av 2021 enn årets vedtatte budsjett og en tilnærmet normal driftsituasjon fra 2022.



Kommentarer i møtet

Styret takket for et godt saksfremlegg og en god presentasjon.

Styrets**VEDTAK**

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

Styremedlemmene Aasen, Haugan, Severinsen og Wiig fremmet følgende alternative forslag til punkt 1 i vedtaket:

1. Styret endrer resultatbanen til 30, 30, 30, 30 millioner kroner i resultat i perioden 2022-25. Investeringsplanene endres tilsvarende.

Votering:

Forslaget fra styremedlemmene Aasen, Haugan, Severinsen og Wiig falt mot seks stemmer.

Styrets vedtak:

Punkt 1 vedtatt mot fire stemmer

Punkt 2 vedtatt enstemmig

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Aasen, Haugan, Severinsen og Wiig:

Disse representantene går imot vedtaksforslaget. HSØ tildeler for lite driftsmidler til ST ved at for mye fordeles til Oslo sykehusområde og for stor del avsettes til buffer. Fordelingsmodellen må endres.

Det planlegges for en vekst på 1,5 % i pasientbehandlingen i perioden og en reduksjon på 1,5 % i brutto årsverk. Etter mange års nedskjæringer blir det for stor belastning på organisasjonen og antall stillinger i pasientbehandlingen må opprettholdes. I vurderingen av investeringsmidler opp mot merverdikrav ser vi at driften belastes for mye ved høyere overskudd.

Det er ikke rom for ytterligere nedskjæringer i psykisk helsevern, for behandlingstilbudet er allerede svekket. Det er stort behov for flere spesialister i psykiatri som må utdannes og beholdes.

Koronapandemien har medført forsinkelser i sykehusets utviklingsarbeid for å oppnå større overskudd.



033-2021

Årsmelding 2020 Pasient- og brukerombudet i Telemark

Oppsummering

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

Pasient- og brukerombudet i Telemark, Else Jorunn Saga presenterte i møtet informasjon fra årsmeldingen relatert til Sykehuset Telemark HF.

Kommentarer i møtet

Styret gav sin tilslutning til forslaget til vedtak og takket for en god presentasjon.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar saken til orientering.

034-2021

Forankring av ny varslingsordning

Oppsummering

Konsernrevisjonen gjennomførte våren/sommeren 2020 revisjon ved Sykehuset Telemark HF for å undersøke om helseforetaket har etablert en hensiktsmessig ordning for å varsle om kritikkverdige forhold, som ivaretar lovkrav og legger til rette for god håndtering av varsling. Sluttrapport etter konsernrevisjon av varsling ble presentert for ved STHF i møte 16. september 2020. I sluttrapporten ble det pekt på flere forbedringsområder. En arbeidsgruppe i regi av HR har utarbeidet forslag til forbedring som ble presentert for styret i møtet.

Kommentarer i møtet

Styret ga sin tilslutning til forslaget til vedtak.

Styret takket for en god presentasjonen. Styret er fornøyd med sykehusets forbedringsarbeid på området.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar saken til orientering.



035-2021**Samdata 2019****Oppsummering**

SAMDATA Spesialisthelsetjenesten er en årlig nasjonal rapport som gir informasjon om ressursinnsatsen, bruken av tjenestene, utnyttningen av ressursene og hvordan midlene blir fordelt mellom ulike sektorer og regioner. Rapporten utarbeides av Helsedirektoratet med basis i data fra alle sykehus i Norge og gir både en oversikt over generelle utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten. Den gir også mulighet til å sammenligne og vurdere utviklingen i egen region eller eget foretak med andre tilsvarende enheter.

Hovedresultater fra Samdata 2019 ble presentert i møtet.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar presentasjonen til orientering.

036-2021**Møteplan for styret 2022****Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret vedtar administrasjonens forslag til møteplan 2022 for styret i Sykehuset Telemark HF.

037-2021**Styrets årsplan 2021 – oppdatert****Oppsummering**

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

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret slutter seg til oppdatert styrets årsplan 2021.



Andre orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra BU møte 11. mars 2021
3. Foreløpig protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 11. mars 2021
4. Foreløpig protokoll ungdomsråd 23. mars 2021

Møtet hevet kl. 1410



Skien, 21. april 2021

Elektronisk signatur

Per Anders Oksum
styreleder

Elektronisk signatur

Kine Cecilie Jordbakke
nestleder (sett)

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

2313F610A9F8459F8R4C0R9682842974F

Saksfremlegg

Saksgang:

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Styre | Møtedato |
| Styret i Sykehuset Telemark HF | 19. mai 2021 |

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

Sak: 040 – 2021

Driftsorienteringer fra administrerende direktør

Forslag til vedtak

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Skien, 12. mai 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Driftsorienteringer fra administrerende direktør:

1. C-19 situasjonen

I skrivende stund konstaterer vi en stabil situasjon ved sykehuset. Det er for øyeblikket 5 inneliggende pasienter med C-19, samtidig som det er relativt god kapasitet på sengepostene. Imidlertid har det vært et høyt smittetrykk i Grenland de siste dagene og det er derfor grunn til å opprettholde strenge generelle smitteverntiltak. I tillegg gjør vi, på bakgrunn av løpende risikovurderinger tilpasning av tiltakene for å redusere risiko for smitte. Dette gjelder bl.a regler for testing. Samtidig er det naturligvis en utfordring å balansere tiltakene opp mot behovet for å ivareta øvrige pasientgrupper på en forsvarlig måte. Sykehuset er fortsatt i grønn beredskap.

På grunn av det økte smittetrykket rundt oss ser vi også at det blir økte forekomster av karantene blant de ansatte. Samtidig holder vi nå på med vaksinerings dose 2, noe som medfører fravær på grunn av bivirkninger. Summen av disse forholdene medfører at driften utfordres i noen grad, men foreløpig er det håndterbart med bruk av EFO (ekstravakter, forskjøvet tid og overtid).

Smittesituasjonen i nærområdet er utfordrende og situasjonen for sykehuset kan endre seg på relativt kort tid. Styret vil bli oppdatert med eventuell ny informasjon i møtet.

2. Oppfølging etter smitteutbrudd – svarbrev til Statsforvalteren

Styret er tidligere orientert om smitteutbruddet med covid-19, med påfølgende årsaks- og hendelsesanalyse. Sluttrapporten ble oversendt til Statsforvalteren 3. mars 2021. Sykehuset Telemark HF har i brev datert 30. mars 2021 fra Statsforvalteren i Vestfold og Telemark mottatt tilbakemelding på sluttrapport og hendelsesanalysen. I Statsforvalterens tilbakemelding er sykehuset bedt om å gi en oppdatert tilbakemelding på de påpekte forbedringstiltakene som sykehuset har iverksatt eller påbegynt innen 15. mai 2021.

Sykehusets ledelse og beredskapsledelse covid-19 har brukt tid på å gjennomgå og diskutere alvoret i det som er kommet frem i sluttrapporten fra hendelsesanalysen. Det er enighet om at det har vært viktig å få fram grunnlaget for svakhetene i gjennomføringen av utbruddet i desember, at de påpekte forhold blir tatt på alvor og at tilstrekkelige tiltak for forbedring blir iverksatt.

Det er utarbeidet en detaljert plan for gjennomføring og oppfølging av foreslåtte tiltak og dette er beskrevet i tilbakemeldingen til Statsforvalteren. Med dette mener vi at det er grunn til å anta at saken kan lukkes. Det er foretatt et grundig arbeid i etterkant av hendelsen og mange personer har vært involvert i oppfølgingen. Administrerende direktør mener det er grunn til å fremheve det gode oppfølgingsarbeidet i etterkant av smitteutbruddet.

3. Ny MR-maskin

Styret vedtok i 2019 (Styresak 017-2019) å skifte ut en MR-maskin (1,5T), samt å anskaffe en tredje MR-maskin (3T) til sykehuset i Skien. En 3T maskin har høyere bildeklarhet og er viktig blant annet for mange kreftundersøkelser og MS-utredninger. Det er også viktig for kontrollundersøkelser på pasienter som er primær undersøkt sentralt (OUS/DNR) og hvor det forventes at kontroll undersøkelser også blir gjort på tilsvarende 3T.

Utskiftningen av 1,5T maskinen ble foretatt i 2020, mens den nye 3T maskinen ankom sykehuset 4. mai i år. Installasjonen pågår nå om dagen og kapasiteten vil gradvis økes i ukene fremover. Maskinen forventes å være i full drift etter sommerferien.

Sykehuset trenger å øke kapasiteten på MR-undersøkelser, også fordi Aleris i Porsgrunn har mistet sin avtale med Helse Sør-Øst. Den nye innkjøpsavtalen for vårt område ble vunnet av Helsehuset Røntgen AS som etablerer virksomhet i Sandefjord. Foreløpige signaler tyder på at de vil kunne ha kapasitetsutfordringer fra oppstartstidspunktet som er 1. juni.

4. Kapasitetsutfordringer i Avdeling for kreft og blodsykdommer

I det kommende utbyggingsprosjektet ved sykehuset, så planlegges det en utvidelse av kreftavdelingen i tillegg til at man skal bygge nytt strålesenter. Det er behov for utvidelse av kapasiteten både når det gjelder cytostatika-plasser og til polikliniske konsultasjoner. Vi registrerer en generell økning i antall henvisninger til avdelingen, i tillegg til en økning i antallet cellegiftkurer. Det er derfor nødvendig å vurdere midlertidige tiltak inntil nye arealer er på plass.

Utfordringen er spesielt stor innenfor hematologi (blodsykdommer) hvor også mangel på arealer gjør det vanskelig å få benyttet sykepleiere og LIS godt nok for å håndtere den økende pasientmengden. Antallet pasienter på ventelisten har økt med 20 - 25 prosent i løpet av det siste året og selv om vi frem til nå har evnet å holde ventetidene lave, er dette noe som vil bli utfordret hvis vi ikke får økt kapasiteten. Som et kortsiktig tiltak vil vi vurdere å etablere et lite modulbygg utenfor avdelingen som vil kunne benyttes inntil nye permanente arealer er på plass.

5. Forsinket oppstart av ny lab-linje

Etter flere møter forrige uke mellom Sykehuset Telemark, Sykehuspartner og Siemens er det nå klart at det dessverre ikke blir noen oppstart av ny lablinje 1. juni som planlagt. 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.

Ny dato for produksjonssetting vil bli bestemt omkring 1. juni. Foreløpig antakelse er at oppstart vil skje i begynnelsen av september.

Øvrige orienteringer blir gitt muntlig i styremøtet.

Saksfremlegg

Saksgang:

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Styre | Møtedato |
| Styret i Sykehuset Telemark HF | 19.5.2021 |

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

Sak: 041-2021 Virksomhetsrapport per 1. tertial 2021

Hensikten med saken

Saken beskriver oppnådde resultater per 1. tertial 2021.

Forslag til vedtak

Styret tar virksomhetsrapport per 1. tertial til orientering.

Skien, 12. mai 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

0 Sammendrag

Sykehuset Telemark rapporterer et resultat på 16,8 millioner kr. pr. april. Dette er i tråd med periodisert styringsmål.

Driftssituasjonen i april er uendret og preget av koronasituasjonen med strenge smittevernstiltak, adgangskontroll og færre ØH pasienter innen medisinske fagområder. Planlagt forbedringsarbeidet er forsinket og vil re-starte for fullt når arbeidsforholdene i klinikkene er normalisert. Enkelte aktiviteter er allerede i gang, herunder en prosess for tilpasning av sengekapasiteten til endringene i pasientstrømmene og vridningen fra døgn- til dagbehandling. Det er igangsatt ekstraordinær poliklinisk aktivitet for å ta ned ventelistene innen prioriterte fagområder.

Resultatet i april er 4,3 millioner kr., som er 0,1 millioner kr. bedre enn periodebudsjettet. Det er betydelige budsjettavvik på flere områder, men dette er effekter som tilskrives Koronapandemien og som derfor utlignes gjennom bruk av ekstraordinære midler.

Koronasituasjonen har påvirket foretakets drift negativt med 15,2 millioner kr. i april. Det rapporteres et inntektstap på ca. 8 millioner kr. og koronarelaterte kostnadene på ca. 7 millioner kr., omtrent på nivå med tidligere periode. Det er fortsatt lavere aktivitetsnivå innen øyeblikkelig hjelp og noe lavere elektiv aktivitet innen kirurgiske fagområder, mens aktivitetsnivået innen dagbehandling er økende. «Korona-tapet» vedrørende inntekter vurderes lik budsjettavviket på aktivitetsbaserte inntekter, i tråd med anbefalt tilnærming.

Hittil i år er det inntektsført 64,2 millioner kr. av årets øremerkede COVID-19 tilskudd / utsatt inntekt fra 2020 og det gjenstår utsatt inntekt fra 2020 på 10,3 millioner kr. Det er knyttet stor usikkerhet til resultatene fremover, som blant annet vil avhenge av smittesituasjonen i opptaksområdet, som har eskalert i det siste. Basert på oppnådde resultater og identifiserte koronaeffekter hittil i år, vurderes det at resterende COVID-19 midler ikke er tilstrekkelige for å dekke forventede merkostnader og inntektstapet ut året.

Det estimeres at koronaeffektene vil overstige resterende COVID-19 midlene med minst 30 millioner kr. Videre forventes det at årets lønnsoppgjør vil generere merkostnader på ca. 10 millioner kr. utover budsjettet nivå. Resultatprognosen for året rapporteres dermed til + 10 millioner kr., som er 40 millioner kr. svakere enn budsjettet resultat.

Antall elektive henvisninger mottatt er normalisert, mens øhjelp fortsatt ligger på et lavere nivå enn før Covid-19. Den lave henvisningsstrømmen de siste månedene har påvirket aktivitetsnivået innen somatikk og voksenpsykiatri/TSB. Aktivitetsnedgangen er høyest innen døgnbehandling.

Andelen telefon/video-konsultasjoner er stabil, med noe variasjon mellom fagområdene. Svært høy andel telefon/video-konsultasjoner rapporteres innen BUP og har bidratt til den høye aktiviteten.

Gjennomsnittlige ventetider er fortsatt blant de laveste i regionen og er marginalt høyere sammenlignet med perioden før koronapandemien.

Prioriteringsregelen målt i ventetid er oppfylt innenfor VOP og TSB, mens prioriteringsregelen for aktivitet innfris kun innen BUP. Dette skyldes både lavere antall behandlere innenfor VOP, og også lav produktivitet innenfor både VOP og TSB. De to siste månedene har produktiviteten tatt seg opp

innenfor VOP, og ligger nå på samme nivå som i 2019. Innenfor TSB er produktiviteten veldig lav, og det var en stor endring fra desember 2020 til januar 2021. Det ble i samme periode gjort en endring i DIPS som vi nå undersøker konsekvensen av. Som følge av endringen har det blitt en dreining over til aktivitet som ikke gir ISF-refusjon. Vi går nå igjennom kodepraksis, og har fra 1. mai gjort endringer.

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 | 15 |
| 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 | Innkjøp og logistikk..... | 22 |
| 6.3 | Pasientsikkerhetsprogrammet | 23 |
| 6.4 | Eksterne tilsyn og revisjoner | 24 |
| 6.5 | Uønskede hendelser og klagesaker | 25 |
| 6.6 | HMS og arbeidsmiljø..... | 28 |
| 6.6 | Personvern og informasjonssikkerhet..... | 29 |

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 er i grønn beredskap, og har i forbindelse med koronasituasjonen tatt grep for å sikre tilgang på personell og utstyr etter behov, samt opprettholde god balanse mellom beredskap og øvrig drift. 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 utgjør imidlertid en betydelig økonomisk risiko.

| Risikomatrixe 1. tertial 2021 STHF | | | | | | |
|------------------------------------|---|------------|---|---------|---|---|
| | | Konsekvens | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sannsynlighet | 5 | | | | | |
| | 4 | | | 5, 2 | | |
| | 3 | | 4 | 3 | 8 | |
| | 2 | | | 1, 6, 7 | | |
| | 1 | | | | | |

| Risikoområder | Sannsynlighet | | | | | Konsekvens | | | | | Historisk utvikling | | | |
|---|---------------|-----|-----|---|---|------------|-----|-----|---|---|---------------------|-------|-------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | T1-20 | T2-20 | T3-20 | T1-21 |
| 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 – Redusert sannsynlighet og konsekvens. Ventetid for ventende og påstartet er hhv. 57 og 52 dager. Ventetider og løftebrudd er sterkt redusert som følge av ekstraordinære tiltak blant annet på poliklinikk. Sykehuset er tildelt 8,7 millioner kroner for ytterligere ventelisteorienterte tiltak gjennom året. Fristbruddene gjennom koronaperioden i 2020 er hentet inn, og andelen er stabilisert på nivå med tidligere år. Det er et sterkt fokus på å tilpasse drift, og opprettholde pasienttilbudet avhengig av beredskapssituasjonen.

2. Økonomi – Økt sannsynlighet. Sykehuset rapporterer et driftsresultat på 16,8 millioner kroner per april, som er 0,1 million kroner bedre enn budsjett. Samlet koronaeffekt utgjør -64,2 millioner kroner. Koronaeffekten er kompensert i regnskapet hver måned. Hele det ekstraordinære tilskuddet for 2021 er brukt per april, og ca 10 millioner gjenstår av overførte midler fra 2020. Dersom sykehuset ikke tilføres nye midler, forventes årsresultatet å svekkes med ca 30 millioner kroner. Videre forventes det at årets lønnsoppgjør vil generere merkostnader på ca. 10 millioner kr. utover budsjettert nivå. Det er økt fokus på å sikre at koronarelaterte kostnader er midlertidige, og kan reduseres etter hvert som situasjonen normaliseres.

3. Bemanning – Redusert konsekvens. Område «aktivitet» er splittet ut som egen risiko. 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 er kostnadsdrivende. Parallelt med den pågående koronasituasjonen jobbes det med å forbedre produktiviteten for å etablere en bærekraftig drift og skape handlingsrom til egen utvikling.

4. Prioriteringsregelen – Økt sannsynlighet. 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 som følge av pandemisituasjonen. Prioriteringsregelen målt i ventetider er oppfylt innenfor VOP og TSB, men ikke innenfor BUP.

Prioriteringsregelen målt i kostnader er ikke oppfylt som følge av lavere kostnadsvekst innenfor BUP og VOP enn veksten i somatikken. Prioriteringsregelen er oppfylt innenfor TSB med en vekst på 8,1 %. Somatikken har en kostnadsvekst på 7,0 %. BUP og VOP har lavere vekst enn somatikken med hhv 3,6 % og 1,2 % vekst. Rekrutteringsvansker og turnover gir reduserte lønnskostnader.

5. Informasjonssikkerhet - Ingen endring. Regional protokoll etter Artikkel 30 er ferdigstilt og arbeid pågår med å ta denne i bruk. Sykehuset venter på at Sykehuspartner skal importere vår protokoll i den regionale løsningen. Deretter vil arbeidet med komplettering av protokollen videreføres, og systematikk og ansvars plassering for ajourføring av protokollen defineres

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 internkontroll databehandleravtaler, samt vurdering av ansvarsforhold der det i dag er utfordringer med roller og ansvar med lokalt HF som databehandler men RHF som ansvarlig for regionale løsninger.

6. Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring – Ingen endring. Lavere aktivitet og økt fokus på opplæring blant annet innen smittevern og tidlig oppdagelse av forverret tilstand (NEWS-2), må forventes å ha bidratt til økt pasientsikkerhet for inneliggende pasienter. I perioden er det gitt prioritet til livreddende og nødvendig behandling som ikke kan utsettes. Konsekvensen av utsatte utredninger og behandlinger vil vise seg over tid.

7. Koronaberedskap – Redusert sannsynlighet. Sykehuset skal sikre tilgang på utstyr, ressurser og kompetanse i forbindelse med koronapandemien, samt til enhver tid sikre god balanse mellom beredskap og øvrig drift. Det er utarbeidet lister over frivillige, pensjonister og klinisk personell i administrative funksjoner som kan tilkalles ved behov. Det legges også til rette for utveksling av personell mellom klinikker og sengeposter. For personell på sengepostene følges det nasjonale opplæringsprogrammet. Sykehuset har også opplæring av reservepersonell til intensiv. Det er sikret lager og leveranse av testutstyr, og lagt til rette for testing av pasienter, og ansatte ved behov. Det er opprettet et smittesporingsteam som jobber dag, kveld og helg. Det vurderes at koronaberedskapen er godt ivare tatt, og at sommerperioden vil gi et noe lavere smittetrykk i samfunnet.

8. Aktivitet – Ny. Sannsynlighet 4, konsekvens 3. Medisinsk klinikk opplever et bortfall av 10-15 % ø-hjelpsaktivitet. 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. Andelen 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 innen 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 innteksbringende 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 telefonkontaktene som ikke er fullverdig konsultasjon kun blir notert i journal uten å opprette egen konsultasjon. Årsak til dette, er at det ble gitt en nasjonal føring på hvordan fullverdige telefonkonsultasjoner skal kodes etter 1. januar. Denne endringen kan ha ført til at kodingen ikke tilfredsstillende kodekravene, noe som igjen gir lav aktivitet og 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 | | | | | | | apr.21 | | | | | |
|---|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|-----------|------------|---------|
| | | des.19 | des.20 | jan.21 | feb.21 | mar.21 | apr.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 | 52 | 52 | 52 | 58 | 43 | 85 | 46 | 37 | 36/21 |
| Fristbrudd avviklede, antall pr mnd | 0 | 62 | 21 | 33 | 42 | 38 | 46 | 12 | 32 | 1 | | 1 | |
| Fristbrudd andel avviklede per mnd | 0 | 2,2 % | 0,8 % | 1,1 % | 1,5 % | 1,2 % | 1,6 % | 0,9 % | 3,2 % | 0,7 % | | 1,3 % | |
| Antall som venter | reduksjon | 7 534 | 6 416 | 6 120 | 6 102 | 6 314 | 6 240 | 3 486 | 1 642 | 482 | 196 | 101 | 243 |
| Antall med ventetid over 1 år | 0 | 42 | 33 | 32 | 32 | 16 | 11 | 9 | 2 | | | | |
| Andel telefon/videokonsultasjoner | Som: 10% PHV/TSB: 25% | | | 18 % | 14 % | 15 % | | 5 % | 12 % | 9 % | 21 % | 36 % | 25 % |
| Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp (OA1) | 70 % | 80 % | 79 % | 83 % | 81 % | 78 % | 79 % | | | | | | |
| Andel innen definert forløpstid | 70 % | 75 % | 77 % | 70 % | 73 % | 74 % | 73 % | | | | | | |
| Antall passert planlagt tid | reduksjon | 4 834 | 4 774 | 3 944 | 3 348 | 3 219 | 2 681 | | | | | | |
| Andel passert planlagt tid % | <5% | 8 % | 9 % | 7 % | 6 % | 6 % | 5 % | | | | | | |
| Antall passert planlagt tid (STHF egne tall) | reduksjon | 5 051 | 4 545 | 3 386 | 2 816 | 2 695 | 2 616 | 1 174 | 1 298 | - | 57 | 43 | 40 |
| Andel passert planlagt tid % (STHF egne tall) | <5% | 16 % | 14 % | 11 % | 9 % | 9 % | 8 % | 11 % | 8 % | 0 % | 2 % | 20 % | 10 % |

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 (52.036) for STHF viser en svak stigning hittil i år, og trenden avtar i april (-301). Barne- og ungdomspsykiatrien fortsetter å øke, med ytterligere 60 pasienter fra forrige periode, økningen fra nyttår er på 167 pasienter, som er en økning på 13,5 %. Øvrige fagområder har stabil utvikling.

Passert planlagt tid viser en ytterligere reduksjon, og er nå på det laveste nivået på 4 år (ca. 2.600).

Utviklingen i offisielle ventelisten (6.240) viser en reduksjon på 74 pasienter fra forrige periode. Samtidig er antall pasienter på venteliste redusert med 220 fra samme periode i fjor, størst økning ser vi innen medisinske fagområder (hjerte).

Primær henvisninger

Antall elektive henvisninger mottatt er normalisert, mens øhjelp fortsatt ligger på et lavere nivå enn før Covid-19. Barne- og ungdomspsykiatri fortsetter å ha et høyt antall henvisninger i forhold til snittet de siste to årene.

Ventetider

Ventetidene ved Sykehuset Telemark er lave og under gjennomsnittet i regionen. Gjennomsnittlig ventetid for pasienter med påstartet behandling er uforandret for perioden og ligger på 52 dager alle tjenesteområder. Ventetid påstartet innen somatikk er 54 dager, og innen psykiatri VOP 36, BUP 37, TSB 21.

Gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter for alle tjenesteområder er 57 dager, likt med forrige periode. Ventetiden for ventende styres av volumene på ØNH, PLA og ORT

Antall ventende over 1 år er redusert til 11 pasienter, fortsatt nedadgående trend innen Plast, redusert med 14 pasienter siden nyttår.

Fristbrudd

Andel fristbrudd påstartet for alle tjenesteområder er nå på samme nivå som før Covid-19 (1,6 %). Utfordringen ligger i fagområde mage-tarm som fortsatt har en høy andel (9 %).

Planleggingshorisont og operasjoner

Sykehuset har et stort fokus på planleggingshorisont for operasjoner. Operasjonsaktiviteten i april har vært høy både i forhold til foregående måneder og tidligere år, men lavere enn planlagt nivå. Volumet i kirurgisk Ø-hjelp er tilbake på et normalt nivå. Elektive operasjoner er på et tilsvarende nivå som tidligere år, men 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, som vil medføre økt aktivitet fremover. Strykningsprosenten har holdt seg under 5 % siste tre måneder, og er i april 4,3 %.

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. 78 % av pasientene i pakkeforløp behandles innen standard forløpstid, som er noe høyere enn foregående 12 måneders periode (74 %). 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 oppnås 93 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid hittil i år. Her utføres hele forløpet ved STHF.

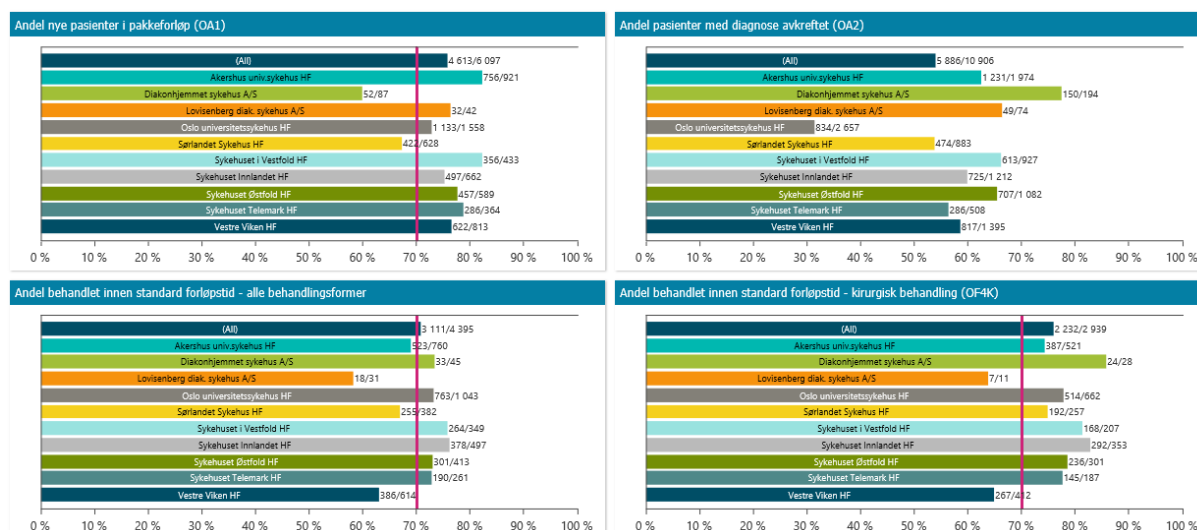
For lunge er kun 44 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid hittil i år. Resultatene er under måltall på 70%. Sykehuset jobber nå tett sammen med Sykehuset i Vestfold, men tilgangen på PET-timer er fortsatt en utfordring. Medisinsk klinikk har nå startet et forbedringsarbeide på pakkeforløp lunge i samarbeid med kvalitetsavdelingen.

Innen hematologi blir kun 50 % 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. Her jobbes det aktivt sammen

med både ØNH, kreftkoordinator og avdeling for kreft og blodsykdommer for å identifisere flaskehalser.

Innen tykk- og endetarmkreft er 76 % av pasientene inkludert i pakkeforløp hittil i år. 79 % 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 resultater for januar-april 2021:



I perioden januar-april 2021 er oppnådd andel behandlet innen standard forløpstid 73 %. Mål på 70 % er innfridd.

2.2 Prioritere psykisk helsevern og TSB

Prioriteringsregelen

Ventetider

I april måned isolert var ventetidene på de påstartede spesielt lave innenfor TSB med sine 21 dager. VOP har en økende trend. Ventetiden var 36 dager i april, men fremdeles godt innenfor kravene. BUP hadde lave ventetider i februar og mars, mens i april økte ventetiden til 37 dager. Den store økningen i henvisninger til BUP siste halvåret kan forklare de økte ventetidene.

Prioriteringsregelen målt i ventetid er hittil i år oppfylt innenfor VOP og TSB, med en ventetid på hhv 33 dager og 25 dager. BUP viser 36 dager, noe som skyldes den lange ventetiden i januar på 41 dager, og 37 dager i april. 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 92 tvangsinnlagte hittil i år, mot 117 i samme periode i fjor. Dette tilsvarer et gjennomsnitt på 0,13 per 1000 innbyggere. Med 601 antall innlagte, så er andelen tvangsinnlagte på 15,3 % hittil i år. Andelen tvangsinnlagte var 19,0 % i samme periode i fjor.

| Prioritere psyk.helsevern og TSB | mål 2021 | 2019 | 2020 | Hittil 2021 |
|--|-----------------|-------------|-------------|--------------------|
| Antall tvangsinnleggelses psyk./1000 innbyggere | lavere enn 2020 | 0,14 | 0,16 | 0,13 |
| Andel tvangsinnleggelses | lavere enn 2020 | 14,3 % | 17,4 % | 15,3 % |
| 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 brukermidvirkning 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.

Når det gjelder utredning TSB, så ligger STHF med måloppnåelse på 94%, noe som er langt over landsgjennomsnittet på 78 %.

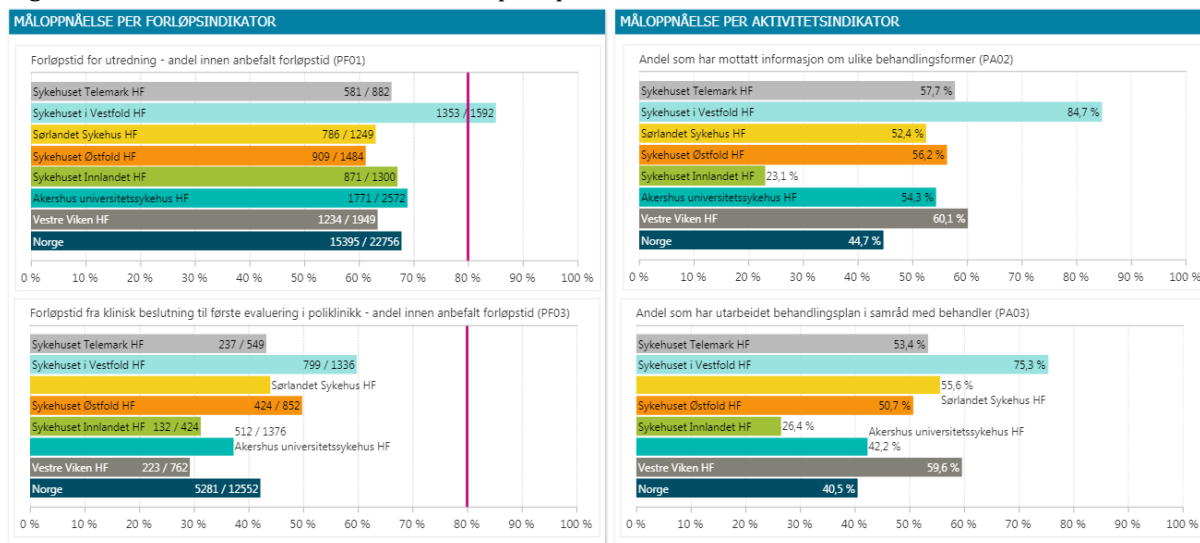
VOP leverer en måloppnåelse på 70 %, noe som er 3 % - poeng lavere enn landsgjennomsnittet.

BUP scorer lavt med sin 57 % måloppnåelse, men ligger allikevel høyere enn landsgjennomsnittet som viser 54 %.

Måloppnåelsen på evaluering, så ligger både TSB og BUP over landsgjennomsnittet, mens VOP ligger 2 % - poeng lavere.

STHF ligger godt over landsgjennomsnittet når det kommer til måleparameterne «informasjon om ulike behandlingsformer» og «utarbeidet behandlingsplan i samråd med behandler». Når det gjelder informasjon om ulike behandlingsformer, så scorer BUP hele 81 %, mens landsgjennomsnittet er på 45 %.

Figuren under viser det samlede resultatet per april:



| 202104 | Målekort STHF | Denne periode | | | Hittil i år | | |
|--------|-----------------------------|---------------|-----|-------|-------------|-----|-------|
| | | Faktisk | Mål | Avvik | Faktisk | Mål | Avvik |
| | Pakkeforløp VOP - utredning | 68 | 80 | -12 | 70 | 80 | -10 |
| | Pakkeforløp TSB - utredning | - | 80 | - | 94 | 80 | 14 |
| | Pakkeforløp BUP - utredning | 54 | 80 | -26 | 57 | 80 | -23 |

2.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

| Bedre kvalitet og pasientsikkerhet | mål 2021 | 2020 | | | | | | april 2021 | | | | | |
|---|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------------|-------|------|-------|------|---------|
| | | des.19 | des.20 | jan.21 | feb.21 | mar.21 | apr.21 | KIR | MED | MSK | ABK | BUK | VOP/TSB |
| Sykehusinfeksjoner % | <3% | 3,4 % | | | | | | | | | | | |
| Korridorpasienter - antall | 0 % | 121 | 66 | 34 | 37 | 72 | 65 | 19 | 46 | | | | |
| Korridorpasienter % | 0,0 % | 1,5 % | 1,0 % | 0,5 % | 0,6 % | 1,0 % | 1,0 % | 0,7 % | 1,3 % | | | | |
| Direkte time i % | 100 % | 84 % | 85 % | 81 % | 87 % | 89 % | 85 % | 86 % | 82 % | 95 % | 100 % | 88 % | 87 % |
| Antall åpne dokumenter > 14 dager | <2800 | 3 951 | 3 662 | 3 345 | 3 820 | 4 163 | 3 869 | 1 362 | 987 | 30 | 16 | 681 | 793 |
| Antall pasienter med åpen henvisningsperiode og uten ny kontakt | reduseres | 1 068 | 794 | 909 | 1 058 | 1 355 | 959 | 249 | 512 | 15 | 11 | 119 | 53 |
| Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse | >30% | 28 % | 28 % | 27 % | 25 % | 25 % | 24 % | 24 % | | | | | |

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 uten en ekstra innsats for å gjennomføre forbedringer vil nok resultatene holde seg på samme nivå.

3 Aktivitet

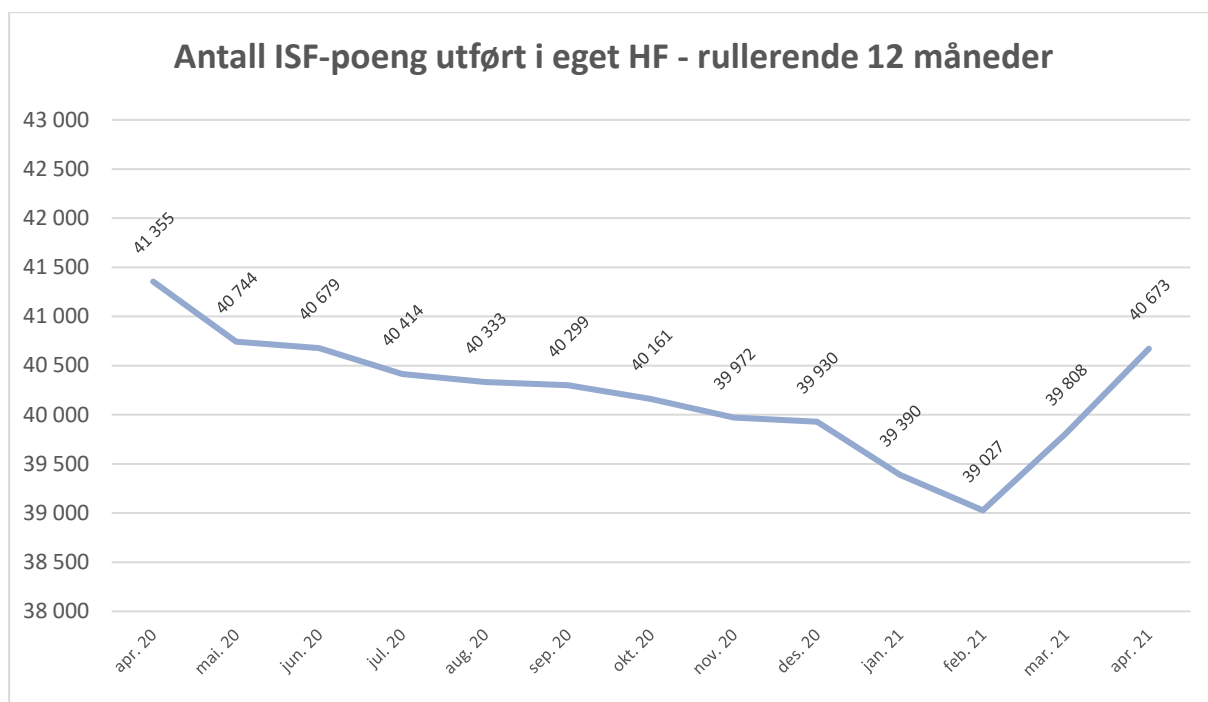
3.1 Somatikk

Koronasituasjonen påvirker fortsatt foretakets drift betydelig og er hovedårsaken til et negativt budsjettavvik på ca. 300 ISF-poeng i april og i overkant av 1.500 DRG-poeng akkumulert. Nivået på øyeblikkelig hjelp-pasienter er betydelig lavere både sammenlignet med budsjett og i fjor. 25% av koronaeffekten på aktivitetsbaserte inntekter skyldes nedgang i elektiv behandling, mens 75% skyldes redusert behandlingsvolum innen ØH.

Antall døgnpasienter har per 4 måneder vært 19 % færre enn budsjettet, og 2 % flere enn i fjor. Dette gir seg utslag i form av betydelig lavere ISF-inntekter enn budsjettet.

Samlet budsjettavvik knyttet til ISF poeng sørge-for (dag, døgn, poliklinikk og legemidler) er hittil i år -1.623 poeng (-10 %). Dette avviket ville medført 38 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 | 1 563 | 1 638 | -74 | -5 % | 6 504 | 6 977 | -474 | -7 % | 5 796 | 20 305 | -11 063 |
| Medisinsk klinikk | 1 507 | 1 717 | -210 | -12 % | 6 356 | 7 233 | -877 | -12 % | 6 330 | 20 989 | -20 478 |
| BUK | 229 | 248 | -19 | -8 % | 916 | 1 089 | -173 | -16 % | 878 | 3 050 | -4 046 |
| Akutt og beredskap | 11 | 9 | 1 | 16 % | 40 | 37 | 3 | 9 % | 26 | 100 | 75 |
| MSK | 33 | 36 | -3 | -9 % | 123 | 140 | -17 | -12 % | 139 | 400 | -394 |
| Ernæringspoliklinikk | 2 | 1 | 1 | 266 % | 9 | 3 | 6 | 191 % | 4 | 10 | 134 |
| Ufordelt | 2 | - | 2 | | 10 | - | 10 | | -23 | 0 | |
| SUM ISF-poeng utført ved STHF | 3 347 | 3 649 | -302 | -8 % | 13 958 | 15 479 | -1 522 | -10 % | 13 150 | 44 853 | -35 771 |
| SUM ISF-poeng utført ved STHF "sørge-for" | 3 367 | 3 667 | -300 | -8 % | 14 024 | 15 549 | -1 526 | -10 % | 13 139 | 45 068 | |
| SUM ISF-poeng (inkl. legemidler, FBV) "sørge-for" | 3 498 | 3 944 | -446 | -11 % | 15 033 | 16 656 | -1 624 | -10 % | 13 967 | 48 388 | |

| Sykehuset Telemark | April 2021 | | | | Hittil i år | | | | Endring HiÅ 2021 - 2020 | | |
|---|------------|----------|----------------|-------|-------------|----------|----------------|-----------------|-------------------------|---------|------|
| | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | % | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | Avvik i prosent | HiÅ 2020 | Endring | % |
| Somatikk | | | | | | | | | | | |
| Antall utskrivninger døgntilrettelagt | 1 907 | 2 284 | -377 | -17 % | 7 762 | 9 593 | -1 831 | -19 % | 7 628 | 134 | 2 % |
| Antall liggedøgntilrettelagt | 6 947 | 7 937 | -990 | -12 % | 27 477 | 33 338 | -5 861 | -18 % | 29 408 | -1 931 | -7 % |
| Antall oppholdsdager dagbehandling | 2 190 | 2 140 | 50 | 2 % | 9 101 | 9 053 | 48 | 1 % | 8 062 | 1 039 | 13 % |
| Antall inntektsgivende polikliniske opphold | 15 342 | 14 886 | 456 | 3 % | 61 454 | 63 645 | -2 191 | -3 % | 53 924 | 7 530 | 14 % |

Aktiviteten i april 2021, målt i antall døgnopphold var 19% høyere sammenlignet med i fjor (spesielt øyeblikkelig hjelp). Antall dagbehandlinger (hovedsakelig dialyse-behandlinger og cytostatika-kurer for kreftpasienter) har vært tilnærmet likt som budsjettet og 30 % høyere enn i april i fjor, da pandemien var i startfasen. Den polikliniske aktiviteten har vært 3 % høyere enn budsjettet i april, og hele 58 % høyere enn i fjor.

Andel video- og telefonkonsultasjoner var på 9 %. 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 474 ISF-poeng bak budsjett pr april, som er en forverring på 74 poeng siden forrige rapportering. Avviket 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 tilbake til et normalt nivå per april, men indeksene er noe lavere enn tidligere år. Pandemien fører til forstyrrelser i drift og pasientgrunnlag som gjør det vanskelig for klinikken å oppnå effekter fra Operasjon-2020-prosjektet. Det er spesielt høyt avvik på døgnopphold (-9,6 % mot budsjett). Dag- og døgn-indeksene er høye (hhv. +9,3 % og 1,5 %) som tyder på en videre glidning fra døgn til dag-opphold.

Aktiviteten i **Medisinsk klinikk**, målt i ISF-poeng, har hittil i år vært 877 poeng (-12 %) lavere enn budsjettet og 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 og i fjor. Den polikliniske aktiviteten var hittil i år 8 % lavere enn budsjettet og 6 % høyere enn i fjor. Antall dagbehandlinger (cellegift-kurer og dialysebehandling) har vært 5 % høyere enn budsjettet og tilnærmet likt med fjoråret.

Barne- og ungdomsklinikken har et negativt budsjettavvik på -173 ISF-poeng (-16 %) hittil i år. Av dette skyldes om lag 100 poeng færre innleggelses på barneavdelingen. Resterende avvik er knyttet til friske nyfødte, samt lavere aktivitet på nyfødt intensiv. Den polikliniske aktiviteten er om lag som budsjettet, med høy andel telefon/videokonsultasjoner (25 %).

Medisinsk serviceklinikk ligger 17 ISF-poeng (-12 %) bak budsjett hittil i år. Hele avviket skyldes driftsendringer i fertilitetsavdelingen som følge av pandemisituasjonen. Grunnet smitteverntiltak tas det inn færre pasienter i avdelingen og kapasiteten er på om lag 80 % av normalt nivå.

3.2 Psykisk helsevern og TSB

Trykket innenfor BUP gjelder også den inneliggende aktiviteten. Den ungdomspsykiatriske sengeposten hadde i april måned en økning på 100 % i antall liggedager målt mot april i fjor, og ligger hittil i år 45 % høyere enn i fjor.

Døgnaktiviteten innen VOP og TSB har tatt seg opp i mars og april, og ligger over fjorårsnivået. Ligger fremdeles under budsjettert nivå, og noe av dette skyldes nedtak av antall senger innenfor VOP som følge av beredskapsendringer og som en konsekvens av mangel på spesialister.

Innenfor PHV/TSB samlet sett er det en økning på 6,0 % i antall liggedager, men det er 9,7 % 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 | 536 | 573 | -36 | -6 % | 1 948 | 2 482 | -534 | -22 % | 5 989 | 7 001 |
| DPS øvre Telemark | 146 | 154 | -8 | -5 % | 544 | 666 | -122 | -18 % | 1 675 | 1 878 |
| Psykiatriske sykehusavdeling | 45 | 31 | 14 | 45 % | 156 | 135 | 21 | 15 % | 378 | 381 |
| Raskere tilbake PHV og TSB (underlagt Medisinsk klinikk) | 8 | 6 | 2 | 37 % | 26 | 31 | -5 | -16 % | 45 | 84 |
| Klinikk for PHV og TSB + Raskere tilbake | 736 | 764 | -28 | -4 % | 2 674 | 3 314 | -640 | -19 % | 8 087 | 9 345 |
| Avdeling for barn og unges psykiske helse - ABUP | 1 103 | 843 | 260 | 31 % | 4 116 | 3 652 | 464 | 12,7 % | 9 820 | 10 302 |
| Barne- og ungdomsklinikken | 1 103 | 843 | 260 | 31 % | 4 116 | 3 652 | 464 | 13 % | 9 820 | 10 302 |
| SUM ISF psykisk helsevern og TSB på STHF | 1 839 | 1 607 | 232 | 14 % | 6 790 | 6 966 | -176 | -3 % | 17 907 | 19 647 |

| Sykehuset Telemark | April 2021 | | | | Hittil i år | | | | Endring HiÅ 2021 - 2020 | | |
|---|------------|----------|----------------|-------|-------------|----------|----------------|-----------------|-------------------------|---------|-------|
| | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | % | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | Avvik i prosent | HiÅ 2020 | Endring | % |
| VoP - Psykisk helsevern for voksne | | | | | | | | | | | |
| Antall utskrivninger døgntilrettelagt | 99 | 121 | -22 | -18 % | 435 | 531 | -96 | -18 % | 497 | -62 | -12 % |
| Antall liggedøgn døgntilrettelagt | 2 596 | 2 654 | -58 | -2 % | 9 731 | 10 637 | -906 | -9 % | 9 513 | 218 | 2 % |
| Antall oppholds dager dagbehandling | | | | | | | | | | | |
| Antall inntektsgivende polikliniske opphold | 3 834 | 4 426 | -592 | -13 % | 15 189 | 19 180 | -3 991 | -21 % | 16 034 | -845 | -5 % |
| BUP - Psykisk helsevern for barn og unge | | | | | | | | | | | |
| Antall utskrivninger døgntilrettelagt | 14 | 11 | 3 | 27 % | 42 | 39 | 3 | 8 % | 50 | -8 | -16 % |
| Antall liggedøgn døgntilrettelagt | 217 | 211 | 6 | 3 % | 874 | 933 | -59 | -6 % | 601 | 273 | 45 % |
| Antall oppholds dager dagbehandling | | | | | | | | | | | |
| Antall inntektsgivende polikliniske opphold | 3 425 | 2 557 | 868 | 34 % | 12 861 | 11 080 | 1 781 | 16 % | 10 624 | 2 237 | 21 % |
| Tverrfaglig spesialisert rusbehandling | | | | | | | | | | | |
| Antall utskrivninger døgntilrettelagt | 24 | 28 | -4 | -14 % | 108 | 114 | -6 | -5 % | 101 | 7 | 7 % |
| Antall liggedøgn døgntilrettelagt | 269 | 292 | -23 | -8 % | 1 017 | 1 175 | -158 | -13 % | 853 | 164 | 19 % |
| Antall oppholds dager dagbehandling | | | | | | | | | | | |
| Antall inntektsgivende polikliniske opphold | 663 | 994 | -331 | -33 % | 2 883 | 4 306 | -1 423 | -33 % | 4 290 | -1 407 | -33 % |

Antall konsultasjoner innenfor PHV og TSB pr. april 10,6 % lavere enn budsjettet, men kun 0,2 % lavere enn fjoråret.

April isolert viser en økning på 9,8 % fra april i fjor, noe som i hovedsak skyldes den store økningen innenfor barne- og ungdomspsykiatrien.

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 er i april måned på normalnivå som det var i 2019.

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.

BUP viser derimot en særdeles høy aktivitet hittil i år, og ligger 16,1 % høyere enn budsjettet, og hele 21,1 % høyere enn per april 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 negativt avvik på 2,5 %, påvirket av lav aktivitet innen VOP og TSB (-19,6 %), mens BUP rapporterer et positivt avvik på 13,0 %. April isolert viste et positivt budsjettavvik på hele 14,4 %.

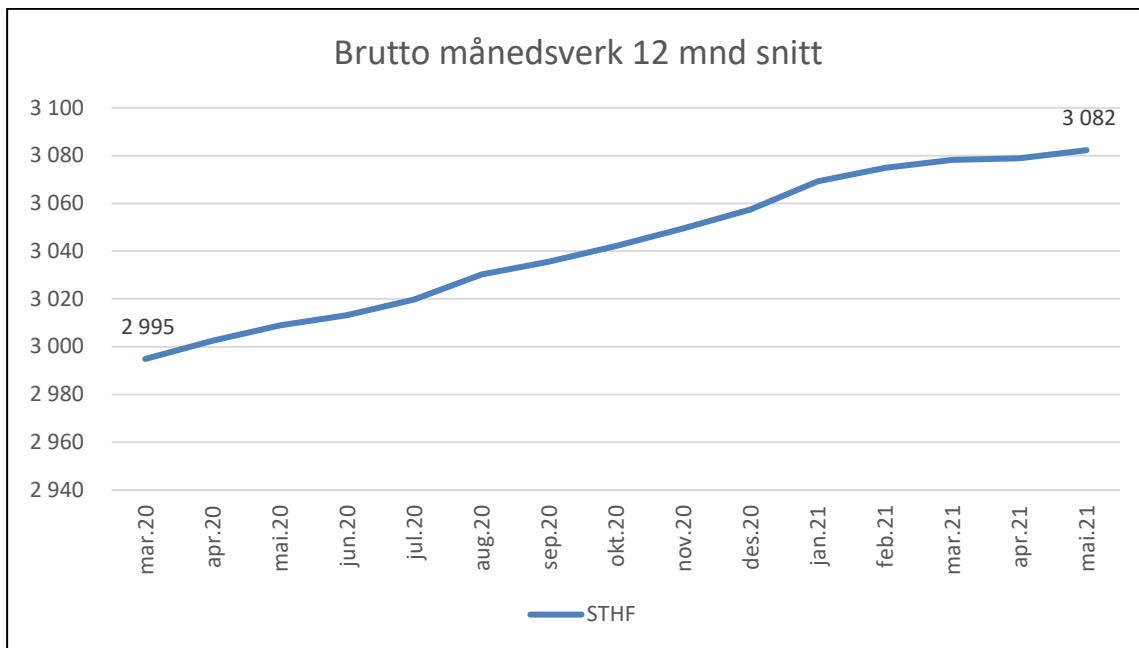
Som følge av pandemien, har andelen telefon- og videokonsultasjoner økt. Det er i 2021 satt et nasjonalt mål på 15 % og et internt mål om at andelen telefon- og videokonsultasjoner skal overstige 25 %. Per april har PHV og TSB en andel på 23,7 % på telefonkonsultasjoner alene, og har i tillegg en andel videokonsultasjoner på 6,2 %. Den regionale oversikten viser at vi ligger 1,0 % - poeng lavere enn gjennomsnittet i HSØ.

4 Bemanning - brutto månedsverk, samlet lønnskostnad og innleie

Brutto månedsverk som ble utbetalt i mars var 3056, noe som er 2,9 % over budsjettet bemanningsforbruk, men kun 0,3 % høyere enn i april i fjor. Det er i april utbetalt 36 månedsverk direkte knyttet til den økte beredskapen som følge av pandemien. Når vi trekker ut koronarelatert bemanning, er bemanningsforbruket fortsatt 50 brutto månedsverk høyere enn budsjettet i april måned.

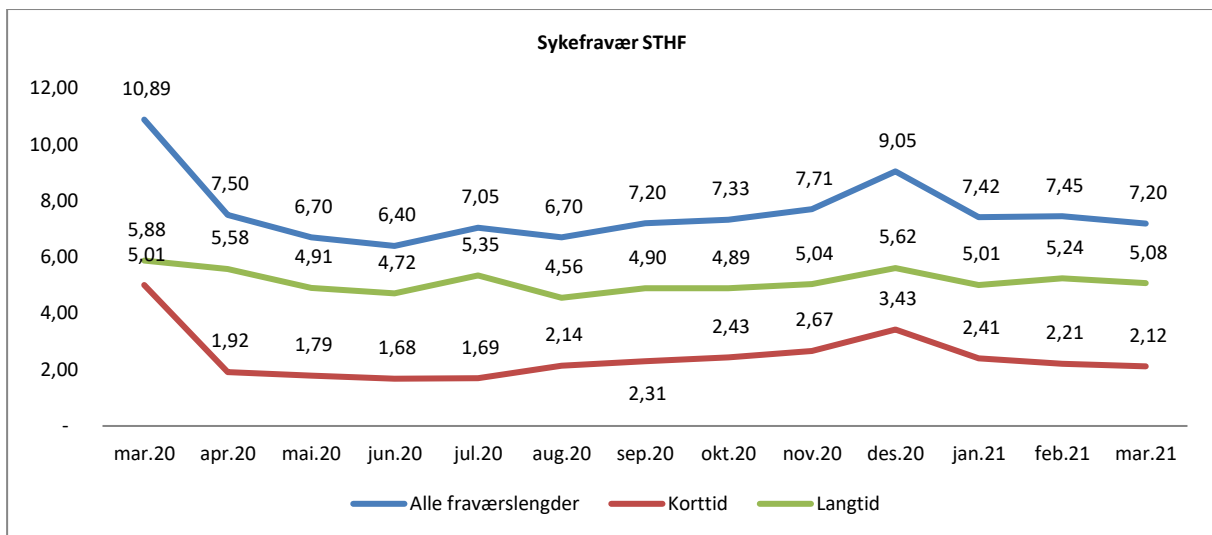
Hittil i år ligger bemanningen fremdeles litt høyere enn budsjettet. Forbruket hittil er 56 årsverk høyere enn budsjettet, hvorav 40 er koronarelatert. Noe av merforbruket skyldes vikarbruken på grunn av høyt sykefravær i desember (9 %), som ble utbetalt i januar.

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



Samlede lønnskostnader for egne ansatte utgjorde 778,4 millioner kr per april, mot budsjett 770,3. Dette er omlag 17 millioner kr høyere enn i 2020. Innleie utgjorde 7,7 millioner kr. per mars, mot budsjett 5,1 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 har vært fallende etter nyttår.



5 Økonomi

Sykehuset Telemark rapporterer et resultat på 16,8 millioner kr. pr. april, i tråd med periodisert styringsmål.

Resultatet i april er 4,3 millioner kr., som er 0,2 millioner kr. bedre enn periodebudsjettet og skyldes høye varekostnader i hovedsak.

April-resultatet er preget av:

- høye lønnskostnader i klinikkene grunnet ressurskrevende pasienter og høyt fravær hos ansatte
- høye varekostnader knyttet til intern testing
- høye kostnader for kjøp av laboratorietjenester relatert til koronatesting

Koronasituasjonen har påvirket foretakets drift negativt med om lag 16 millioner kr. i januar, 15 millioner kr. i februar, 18 millioner kr i mars og 15,2 millioner kr. i april.

Hittil i år er det inntektsført 64,2 millioner kr. av årets øremerkede COVID-19 tilskudd / utsatt inntekt fra 2020 og det gjenstår utsatt inntekt fra 2020 på 10,3 millioner kr. Resterende COVID-19 midler er ikke er tilstrekkelige for å nullstille forventede merkostnader og inntektstap ut året, som er estimert til minst 30 millioner kr. høyere.

| Regnskapsresultat pr. april 2021 | regnskap april | budsjett april | avvik april | Budsjett 2021 | Prognose 2021 | avvik 2021 |
|---|------------------|------------------|----------------|------------------|------------------|----------------|
| Basisramme | 874 175 | 874 175 | 0 | 2 494 916 | 2 494 916 | - |
| Kvalitetsbasert finansiering | 5 290 | 5 290 | - | 15 870 | 15 870 | - |
| ISF-refusjon dag- og døgnbehandling | 263 137 | 295 568 | -32 431 | 860 598 | 817 893 | -42 705 |
| ISF somatisk poliklinisk aktivitet | 63 851 | 67 070 | -3 219 | 190 427 | 182 427 | -8 000 |
| ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB | 21 884 | 22 451 | -567 | 63 321 | 59 948 | -3 373 |
| ISF fritt behandlingsvalg | 583 | 584 | -1 | 1 752 | 1 752 | - |
| ISF refusjon pasientadministrerte legemiddel (H-reseptor) | 23 560 | 25 851 | -2 291 | 77 554 | 77 554 | - |
| Utskrivningsklare pasienter | 3 793 | 4 250 | -457 | 12 750 | 12 750 | - |
| Gjestepasienter | 7 190 | 6 345 | 844 | 18 900 | 18 900 | - |
| Konserninterne gjestepasientinntekter | 31 824 | 32 125 | -301 | 95 445 | 95 445 | - |
| Polikliniske inntekter | 36 379 | 36 105 | 274 | 107 388 | 107 388 | - |
| Øremerket tilskudd "Raskere tilbake" | - | - | - | - | - | - |
| Andre øremerkede tilskudd | 50 219 | 15 944 | 34 275 | 47 808 | 89 608 | 41 800 |
| Andre driftsinntekter | 108 765 | 102 315 | 6 450 | 301 598 | 301 598 | - |
| SUM DRIFTSINTEKTER | 1 490 650 | 1 488 074 | 2 576 | 4 288 328 | 4 276 050 | -12 278 |
| Kjøp av offentlige helsetjenester | 14 898 | 14 692 | -206 | 43 488 | 43 488 | - |
| Kjøp av private helsetjenester | 39 299 | 40 238 | 940 | 123 352 | 123 352 | - |
| Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen | 181 689 | 171 988 | -9 701 | 515 527 | 520 527 | -5 000 |
| Innleid arbeidskraft - del av kto 468 | 7 660 | 5 087 | -2 573 | 15 218 | 22 218 | -7 000 |
| Konserninterne gjestepasientkostnader | 107 768 | 99 216 | -8 552 | 295 767 | 307 767 | -12 000 |
| Lønn til fast ansatte | 676 510 | 672 963 | -3 547 | 1 931 877 | 1 941 877 | -10 000 |
| Overtid og ekstrahjelp | 38 836 | 32 500 | -6 337 | 100 509 | 110 509 | -10 000 |
| Pensjon inkl arbeidsgiveravgift | 128 747 | 109 630 | -19 117 | 314 708 | 369 586 | -54 879 |
| Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft | -46 825 | -41 197 | 5 628 | -122 061 | -134 061 | 12 000 |
| Annen lønn | 109 862 | 105 997 | -3 864 | 298 201 | 303 001 | -4 800 |
| Avskrivninger | 36 316 | 36 661 | 345 | 111 710 | 111 710 | - |
| Nedskrivninger | - | - | - | - | - | - |
| Andre driftskostnader | 199 825 | 225 339 | 25 514 | 615 022 | 605 944 | 9 078 |
| SUM DRIFTSKOSTNADER | 1 494 585 | 1 473 113 | -21 471 | 4 243 318 | 4 325 919 | -82 601 |
| DRIFTSRESULTAT | -3 935 | 14 961 | -18 896 | 45 010 | -49 869 | -94 879 |
| Finansinntekter | 2 454 | 2 549 | -95 | 7 527 | 7 527 | - |
| Finanskostnader | 883 | 843 | -40 | 2 537 | 2 537 | - |
| FINANSRESULTAT | 1 571 | 1 706 | -135 | 4 990 | 4 990 | - |
| (ÅRS)RESULTAT | -2 364 | 16 667 | -19 030 | 50 000 | -44 879 | -94 879 |
| Pensjonskostnader | 19 117 | - | 19 117 | - | 54 879 | 54 879 |
| RESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER | 16 754 | 16 667 | 87 | 50 000 | 10 000 | -40 000 |

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 april 2021 | lønn | andre driftskostnader | driftsinntekter | Sum | herav akkumulert effekt korona |
|---|----------------|-----------------------|-----------------|----------------|--------------------------------|
| Kirurgi | -8 654 | -467 | -11 457 | -20 578 | -14 450 |
| Medisin | -2 442 | -1 618 | -17 591 | -21 650 | -23 240 |
| Barne- og ungdomsklinikken | -199 | -604 | -2 171 | -2 974 | -3 570 |
| Akutt og beredskap | -628 | -2 440 | 144 | -2 924 | -2 340 |
| Medisinsk serviceklinikk | 1 851 | -5 000 | 214 | -2 935 | -5 290 |
| Psykiatri og rus | 2 910 | -4 194 | -2 274 | -3 558 | -3 160 |
| Service og systemledelse | -2 869 | -7 853 | 466 | -10 256 | -3 660 |
| SUM klinikker | -10 031 | -22 176 | -32 668 | -64 874 | -55 710 |
| Administrasjon | 857 | 2 863 | -3 789 | -69 | -320 |
| Kjøp og salg av helsetjenester | | -9 724 | 1 055 | -8 669 | -8 040 |
| - biologiske legemidler og kreftlegemidler | | -410 | -1 348 | -1 758 | |
| - gjestepasientoppgjør somatikk (inkl lab, rad) | | -10 375 | 2 381 | -7 994 | |
| - psykiatri og TSB - gjestepasienter og fritt behandlingsvalg | | 1 061 | 22 | 1 083 | |
| Felles poster | 1 053 | 35 545 | 37 101 | 73 700 | 64 070 |
| BUDSJETTAVVIK per april 2021 | -8 120 | 6 508 | 1 699 | 87 | 0 |

Avviket i **Kirurgisk klinikk** er pr april -20,6 millioner kroner som er en vesentlig forverring fra forrige periode på 5,3 millioner kroner. Avviket på inntektssiden utgjør -11,5 millioner kroner, og gjelder hovedsakelig perioder med lav ø-hjelp, samt uregelmessigheter i drift og pasientgrunnlag knyttet til pandemien. Ø-hjelpen ser ut til å ha kommet tilbake til et normalt nivå per april, men klinikken har ikke klart å innfri budsjetterte effekter fra «operasjon 2020»-prosjektet. Avviket på kostnadssiden utgjør 9,1 millioner og gjelder hovedsakelig lønn. Klinikken har en høy andel fødselspermisjoner og tilhørende vikarer, tilsvarende 4 millioner, som sammen med sykefraværet fører til økt vikarbruk, overtid, og uforutsette vakter tilsvarende 2,4 millioner over budsjett. Det pågår aktivitetstiltak på poliklinikk for flere fag, tilsvarende 1,2 millioner. Koronarelaterte kostnader utgjør 2,8 millioner per april.

Medisinsk klinikk har et negativt avvik på -21,6 millioner kroner per april. I all hovedsak relaterer dette seg til lavere ISF-inntekter fra øyeblikkelig hjelp-pasienter (ca. 17,7 millioner kroner) og lavere antall gjennomførte polikliniske konsultasjoner enn budsjettert (- 3 millioner kroner). Samlet kostnadsside, deriblant dyre kreftmidler, er tilnærmet innenfor budsjettert 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 -3,0 millioner kroner per april. Av dette er 2,0 millioner kr knyttet til lavere ISF-inntekter fra øyeblikkelig hjelp pasienter på sengepost for barn. Øvrig negativt avvik skyldes lavere ISF-inntekter enn budsjettert for friske nyfødte samt lavere aktivitet på nyfødt intensiv. I avdeling for barn- og ungdomspsykiatri (ABUP) dekkes flere vakante legestillinger ved innleie, og dette forklarer avviket på driftskostnader. ABUP har fortsatt svært høy aktivitet og inntekter over budsjett dekker opp for økte kostnader.

Akutt og beredskapsklinikken har et resultat per april på -2,9 millioner kroner. Det er identifisert 2,4 million kroner knyttet til Covid-19, hvorav ca. 0,7 millioner kroner er knyttet til drift i Porsgrunn fredager.

Akuttmedisinsk avdeling har utfordringer knyttet til drift av FOVA Notodden og Akuttmottaket i Skien. Det jobbes med justering av bemanning, og muligheten for bruk av bemanning på tvers av lokasjoner og seksjoner.

Operasjon i Skien-Porsgrunn har hatt en krevende situasjon med driften i Porsgrunn fredager, kombinert med stort sykefravær. Det vises bedring i resultatene for operasjon og anestesi i april. Anestesiologi har et positivt avvik også denne måneden. Det er forventet noe utfordringer med leger ute i fødselspermisjon, men det forventes balanse på årsbasis.

Prehospital avdeling har en positiv utvikling fra forrige periode. Resultatet inkluderer en kostnad på ca. 400' som gjelder utstyr i forbindelse med innføring av A-epj, og utstyr til ny utrykningsbil.

Sykefraværet i klinikken i mars er 7,86 %, korrigert for effekten av Covid-19; 7,72 %.

Medisinsk serviceklinik har et negativt avvik på -2,9 millioner kroner per april, en forverring på 1,3 millioner kr i perioden. Koronaeffekten er beregnet til 5,3 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.

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling leverer et negativt budsjettavvik på 3,6 millioner kroner per april. Dette er en resultatforverring på 1,7 millioner. De rapporterte koronaeffektene økte til 3,2 millioner per april. Dette skyldes at HSØ besluttet at alt budsjettavvik på ISF-/ og Helfo-inntekter skulle rapporteres som koronaeffekter. Det ble da ført 1,5 millioner i inntektstap, og det resterende skyldes i hovedsak lønnskostnader på de lukkede akuttpostene. Den polikliniske aktiviteten er lav, noe som gir klinikken en mindreinntekt på 2,9 millioner hittil i år. Det har vært redusert sengekapasitet hittil i år, blant annet som følge av mangel på spesialister. Redusert kapasitet og vakanser har ført til lavere lønnskostnader. Aktiviteten innenfor både døgn og poliklinikk har økt de to siste månedene.

Service- og Systemledelse har et resultat på minus 10,3 millioner kroner. Av dette er 3,7 million kroner ekstrakostnader som er relatert til Covid-19 og 2,2 million kroner knyttet til uløste effektiviseringstiltak. Det største avviket er innen MTU- diabetes området med minus 5,6 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. Det er samtidig høyt sensorforbruk grunnet utlevering for 6 måneder, noe som har flatet ut i april (resultatforbedring med 1 million kroner) og vil også flate ut noe i de månedene framover. Klinikken bruker 12 årsverk over budsjett og 14 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 Tertiørlvise forhold

6.1 Forskning

Forskningsproduksjonen i 2020 ga kreditering for 58 vitenskapelige artikler og 2,25 gjennomførte doktorgrader som resulterte i 33,47 forskningspoeng. Dette er en liten nedgang fra 2019 som blant annet skyldes at flere forskere har blitt omdisponert til klinikk i forbindelse med pandemien. Dette har også ført til forsinkelse i en del pågående forskningsprosjekter. Om vi når målsetningen i forskningsplanen om 70 årlige publikasjoner i 2022 og 8 nye PhDer i løpet av 2020-2022 vil avhenge av en sterkere vekst i 2021 og 2022, noe som er lite trolig under dagens pandemisituasjon.

I henhold til forskningsplanen har vi 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 således lyktes med tiltakene i forskningsplanen, med det resultat at flere PhD- og forskningsprosjekter starter opp med ekstern finansiering i 2021. Vi har hatt en total økning på ca. 7,5 mill kroner i tildeling av eksterne forskningsmidler i 2021 sammenliknet med 2020. Som et resultat av flere tiltak for å øke den vitenskapelige kvaliteten på nye forskningsprosjekter, har også de interne overføringene til forskning økt noe de siste to årene.

Økningen i eksterne og interne forskningsmidler har gitt rom for oppstart av fem nye PhD-prosjekter i 2021, hvorav to av disse er finansiert med eksterne midler. Tre forskerstipend er tildelt, også to av disse er ekstern finansiert. Det er til sammen ca 25 stipendiatstillinger tilknyttet ST, de fleste er seksrlige, og det forventes en økning i forskningspoeng etter hvert som disse begynner å produsere resultater. 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 i løpet av 2021 vil vi også leie inn en ekstra ressurs innen statistiske analyser fra regional forskningsstøtte (OCBE).

I 2021 har det vært økende fokus på å gjøre flere kliniske behandlingsstudier tilgjengelig for norske pasienter og HOD publiserte den første nasjonale handlingsplanen for kliniske studier 2021-2025. Regjeringens visjon er at klinisk forskning skal være en integrert del av all klinisk praksis og målene er at antall kliniske studier skal dobles i perioden 2021-202 og at 5 % av alle pasienter i spesialisthelsetjenesten skal delta i kliniske studier i 2025. Riksrevisjonen offentliggjorde en rapport 4. mai 2021 basert på en omfattende spørreundersøkelser til helseforetakene. I rapporten framgår det at sykehusenes styrer bør øke fokus på forskning, og at de enkelte sykehus bør legge bedre til rette for deltakelse i flere kliniske studier. I tillegg kommer det en ny EU-forordning for kliniske studier og medisinsk-teknisk utstyr i desember 2021. STHF har som målsetting i sin forskningsplan 2020-2025 at kliniske studier skal øke med 5 % fra 2019. Det er nylig gjennomført rapportering av antall nye pasienter inkludert i kliniske studier og STHF har inkludert 175 nye pasienter fordelt på deltakelse i 25 kliniske studier. Dette er en liten økning fra 164 pasienter fordelt på 22 studier i 2019. Antall kliniske studier vil bli et nytt måltall som vil gi uttelling i inntektsmodellen for forskning og 2021 vil være referanseåret. I forskningsplanen er det også en målsetning at vi skal øke ressurser til kliniske studier ved ST og tilrettelegge infrastruktur for økt deltakelse. Forskningsavdelingen jobber derfor for tiden med å få økte ressurser til å bygge opp enhet for kliniske studier ved STHF. I løpet av 2021 vil vi også starte opp med en stor klinisk multisenterstudie om smertebehandling til kreftpasienter

(PARASTOP) som vil inkludere mange pasienter. Vi forventer at denne studien m.fl. vil gi økt oppmerksomhet på deltakelse i kliniske studier ved ST.

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

6.2 Innkjøp og logistikk

Fokus i 1. tertial 2021 har vært preget av pandemien vi er midt i. Det er stort fokus på å avlaste sengeposter på en god måte og alle deler av vareforsyning gjør en god jobb med oppfølging for å sikre god vareflyt.

1. Faktisk kjøp på avtale – mål 85 %

Kjøp på avtale i 1. tertial 2021 lå på 92 %, en prosent lavere enn i 2020. Tallene blir hentet ut manuelt og små variasjoner kan forekomme.

2. Utnyttelse av elektronisk bestillingssystem – mål 60 %

62% ble kjøpt via system i 1. tertial 2021. 2% lavere enn 3. tertial 2020. Potensiale for å få flere bestillinger inn i system er der og jobbes videre med blant annet tekststilbestillinger via aktiv forsyning.

4. Bruk av elektronisk varekatalog – mål 98 %

I 1. tertial lå STHF på 98 % i bruk av elektroniske varekataloger. Dette har ligget jevnt de siste årene. STHF har valgt at det skal brukes fritekstbestillinger istedenfor refusjon på utlegg.

5. Utnyttelse av forsyningskonseptet – mål 65 %

I 1. tertial gikk 59% av sentral- og sterillager over aktiv forsyning. Utvidelse av aktiv forsyningskonseptet jobbes med kontinuerlig, der hvor det er hensiktsmessig. I disse tallene er også salg til hjemmeboende pasienter som får behandlingshjelpemidler og dialyse levert hjem og dette utgjør en stor andel av omsetningen som ikke er mulig å legge over på aktiv forsyning.

6. Omløpshastighet – mål 12,0

Vi hadde i 1. tertial en omløpshastighet på 10,6. Det jobbes kontinuerlig med å tilpasse min/max punktene på våre artikler. Pga korona situasjonen har vi mer varer på lager enn normalt for beredskap.

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

I 1. tertial var vårt kjøp fra Felles Forsyningssenter på 64 % inn til våre lager. Høyere en for 3. tertial 2020. Vi jobber aktivt med å alltid velge alternativer fra FS.

8. Andel EHF (elektroniske fakturaer) – mål 91 %

I 1. tertial 2021 hadde STHF en andel på 93% EHF fakturaer. Det har vært en svak økning fra januar til april.

10. Tap på forsinket avtaleimplementering – 0 kr.

De få avtalene som har vært implementert i 1. tertial har alle vært implementert til tiden og vi har ikke hatt tap på avtaleimplementering.

16. Kostnadsutvikling

Kostnadsutvikling for 1. tertial 2021 er på 0,33, mot 0,34 i 3. tertial 2020. Tallet har holdt seg ganske stabilt over tid.

6.3 Pasientsikkerhetsprogrammet

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 2020 ble tallet ytterligere redusert til 6,7 %. Så langt viser utviklingen at sykehuset vil nå målet med god margin. Tallene for 2020 var forsinket og forelå ikke før i 1.tertial 2021. Kilde: [Helsedirektoratet](#)

For å nå målet om å redusere pasientskader og øke pasientsikkerheten, må pasientsikkerhetsarbeidet gis oppmerksomhet og følges opp over tid,

For å følge utviklingen tett og få tilgang til ferske styringsdata, gjennomføres det prevalensundersøkelser på innsatsområdene for pasientsikkerhet 4 ganger pr. år. Siden 2020 har undersøkelsen vært elektronisk.

Som det fremgår av tabellen under, var det i siste måling en nedgang i enheter som besvarte undersøkelsen, sammenlignet med forrige måling.

| Dato prevalensundersøkelse pasientsikkerhet | Antall enheter som besvarte prevalensundersøkelsen |
|---|--|
| 3. februar 2021 | 20/33 |
| 4. november 2020 | 27/33 |

Etter hver undersøkelse følger kvalitetsavdelingen opp resultatene med seksjonene i et felles «prevalensmøte». Målet er å øke antall seksjoner som deltar i undersøkelsen, forbedre undersøkelsen og bidra til at resultatene blir brukt til læring og forbedring. Dette er også en viktig møteplass for å jevnlig gjennomgå og diskutere de grunnleggende forutsetningene for arbeidet med pasientsikkerhets og kvalitetsforbedring både i og mellom seksjonene. «Prevalensmøtet» ble første gang gjennomført våren 2021 og det var stor oppslutning om møtet.

I 1.tertial ble det lansert en ny temaside om pasientsikkerhet på intranett. All informasjon om sykehusets arbeid med innsatsområdene for pasientsikkerhet – inklusive prevalensmålingene - er tilgjengelig på den nye siden.

Det pågår flere forbedringsarbeid innen innsatsområdene for pasientsikkerhet, blant annet Samstemming av legemiddellister (Farmasøyt i mottak / Handlingsplan for legemiddelsikkerhet 2020-2022), Trygg utskrivning (Pasientflyt 24/7), Tavlemøter og NEWS (30-dagers overlevelse).

NEWS:

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

Antall deltagere pr kurs er redusert på grunn av smittevern hensyn. Alle kursene er likevel ikke blitt fulltøget. Tabellen under viser opplæringsaktiviteten for NEWS i 1. tertial:

| Opplæring NEWS | 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 |
|----------------|--|--|------------------------------|--|-------------------------------------|
| 1.tertial 2021 | 9 | 6/6 | 18 | 3/3 | 8 |

Antall gjennomførte NEWS kurs for ansatte og antall ansatte som har gjennomført kursene, foreligger ikke per 1. tertial.

Pasientsikkerhetsvisitter

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

Forbedringsarbeid pakkeforløp lungekreft

Forbedringsarbeidet skal 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, kreftkoordinator og kvalitetsavdelingen (prosessveiledere).

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.

6.4 Eksterne tilsyn og revisjoner

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

God forberedelse og oppfølging av tilsyn og revisjoner er en sentral del av det systematiske forbedringsarbeidet som skal sikre god kvalitet på tjenestene og sikkerhet for både pasienter og ansatte. Det er et mål at tilsyn bidrar til læring på tvers i 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 1.tertial 2021:

| Tid | Tilsyns-organ | Enhet | Tema | Funn | Status |
|------------|---|-----------------------|-------------------------------|----------------------|-----------|
| Nov 2020 - | KIWA – Teknologisk Institutt Sertifisering AS | Arbeidsmedisin | Re-sertifisering ISO 9001 | Ingen | Avsluttet |
| April 2021 | KIWA – Teknologisk | Fertilitets klinikken | Oppfølgings revisjon ISO 9001 | 1 forbedringsforslag | Avsluttet |

| Tid | Tilsyns-organ | Enhet | Tema | Funn | Status |
|--------------------|---|--|---|---|---|
| | Institutt Sertifisering AS | | | | |
| Høst 2020 | Statens helsetilsyn | STHF | Nasjonal Kartlegging av risiko og sårbarhet når det gjelder tilgjengelighet av IKT-system; Virksomhetens tiltak for å kunne yte forsvarlig helsehjelp når ett eller flere viktige IKT-system er utilgjengelige. | Rapporten oppsummerer funn og forbedrings-tiltak som må iverksettes av alle og noen av sykehusene | Helsetilsynets rapport 2/2021 Forsvarlig pasientbehandling uten IKT? Risikovurderinger, nødrutiner og forbedringsarbeid ved 17 sykehus. |
| 2020- 2021 | Riksrevisjonen | STHF | Nasjonal Forvaltningsrevisjon av kliniske behandlingsstudier i helseforetakene | | Rapport skal etter planen legges fram for Stortinget i mai 2021.05.07 |
| 2020- 2021 | Riksrevisjonen | STHF | Forvaltningsrevisjon av investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr i helseforetakene | | Rapport skal etter planen legges fram for Stortinget i våren 2021 |
| 2021 | Riksrevisjonen | STHF | Utvidet 3. års-oppfølgning av riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene (2016-17 Dok 3:5). | | Besvart april 2021 |
| 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 sengepost MED- Seksjon kreft, palliasjon, blod | Legemiddelhåndtering | | Pågår |

6.5 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 hendelser 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 |

Antall uønskede pasienthendelser ligger på samme nivå, mens det er en økning i alvorlige pasienthendelser som er varslet til Helsetilsynet som § 3-3a saker.

Antallet alvorlige hendelser for 2020, er korrigert for hendelser som er etterregistrert i 2021.

Som hovedregel skal alvorlige pasienthendelser følges opp med en hendelsesanalyse, formålet er å sikre en grundig gjennomgang av hendelsesforløpet med læring og forbedring på systemnivå.

Tre av de alvorlige hendelsene fra starten av januar, er knyttet til samme interne utbrudd med covid 19. De er fulgt opp i en omfattende hendelsesanalyse som også omfattet to alvorlige hendelser fra slutten av desember 2020. Alle de fem var varsler om dødsfall. På bakgrunn av sykehusets hendelsesanalyse og handlingsplan med forbedringstiltak, åpnet ikke Statsforvalteren tilsyn. Statsforvalteren har imidlertid bedt om at det rapporteres på hvordan handlingsplanen følges opp.

Det er gjennomført totalt fire hendelsesanalyser i 1. tertial. Ytterligere to hendelsesanalyser er under gjennomføring.

Uønskede pasienthendelser og alvorlige pasienthendelser med hendelsesanalyser, følges opp i egne saker av administrerende direktørs ledergruppe og sykehusets styre hvert år.

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 |

| Rapportering | Pasientklager | Hendelses-baserte tilsynssaker | NPE-saker |
|-----------------------|---------------|-----------------------------------|-----------|
| 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 |

Antall pasientklager og hendelsesbaserte tilsynssaker ligger på samme nivå som i fjor.

Det er en liten økning i antall NPE-saker i 1.tertial.

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.

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 |

Resultatene for 1. tertial viser at 3 av 5 medholdssaker med hendelsesdato etter 01.01.2020, var registrert som avvik. I MED og ABK var alle medholdssakene registrert som avvik. Ingen av sakene var registrert som avvik i KIR.

Nytt forbedringssystem

Det er i første tertial 2021 gjennomført anskaffelse av nytt forbedringssystem med opsjon på nytt dokumentstyringssystem. Prosjektet er nå i gang med planlegging for oppsett og implementering av nytt system. Det er fokus på forbedret systemstøtte og arbeidsprosesser for sykehusets forbedringsarbeid innen kvalitet, pasientsikkerhet og HMS/ arbeidsmiljø. Nytt system vil gi mulighet for bedre koding, rapportering og statistikk av hendelser og gi bedre oversikt over uønskede hendelser som grunnlag for et målrettet forbedringsarbeid. Det vil også gi større mulighet for å se pasientskadeavvik og personskadeavvik/ HSM i sammenheng.

6.6 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. Dette området har stort fokus. Det er også økende fokus på at HSM/ arbeidsmiljø og pasientsikkerhet skal ses i sammenheng både ved Sykehuset Telemark, de andre helseforetakene og sentralt i HSØ.

Anskaffelse og implementering av nytt forbedringssystem vil gi nye muligheter for registrering og rapportering på HMS hendelser og bidra til bedre grunnlag for forbedringsarbeid innen HMS.

Det har som følge av Covid-19 smitteutbrudd i desember 2020 med påfølgende hendelsesanalyse, i perioden vært stor fokus på oppdatering av smittevernplan og smitteverntiltak. Som del av oppfølgingen av hendelsen er det igangsatt et arbeid for å gi psykososial støtte til involverte ansatte og samtidig utvikle system og konsept for psykososial støtte for individ og gruppe ved kriser og psykososiale belastninger.

Prosjekt med etablering av kompetansemiljø og opplæring av alle ansatte i sykehuset innen vold og trusler er godt i gang selv om kursaktiviteten har vært en del mindre enn planlagt for perioden som følge av korona-restriksjonene. Enheter og ansatte som har vært igjennom opplegget har gitt gode tilbakemeldinger om at opplæringsopplegget dekker deres behov og er nyttig.

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 indikatorer 1. tertial 2021

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

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

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

| HMS/ Arbeidsmiljøindikatorer pr. 1. tertial 2021 | | | |
|---|----------------|-----------------|-----------------|
| Indikator/ tertial | 2.tertial 2020 | 3. tertial 2020 | 1. tertial 2021 |
| Fraværsskader | 4 | 3 | 17* |
| Antall registrerte HMS hendelser | 104 | 171 | 97** |
| Antall lukkede HMS hendelser | 61 | 88 | 89 |
| Antall registrerte vold og trusselhendelser (somatikk) | 12 | 14 | 17 |
| Antall registrerte vold og trusselhendelser (psykiatri) | 52 | 81 | 49 |
| Totalt antall vold og trussel hendelser registrert | 64 | 95 | 65 |

Tall for fraværsskader har økt fra 3 i 3. tertial 2020 til 17 (*flere likeartede fraværshendelser registrert på samme person samme dag telles som en) i 1. tertial 2021. Av disse er 10 meldte Covid-19 smittede ansatte, 3 er ansatte som har fått reaksjoner som medfører fravær etter Covid-19 vaksinerings.

Antall meldte HMS avvik 1. tertial 2021 er gått ned fra siste tertial, og man ser at det nå er færre meldte vold og trussel-avvik innen psykiatrien. **Det er flere hendelser knyttet til samme sak og disse er registrert som en enkelt hendelse i oversikten. Det er både i fjor og i 1. tertial i 2021 meldt en del HMS avvik i forbindelse med Covid-19 smitte.

Det er fortsatt økning i antall registrerte vold og trussel hendelser innen somatiske klinikker. Det er i 1. tertial meldt 10 avvik i medisinsk klinikk og 5 i ABK.

6.6 Personvern og informasjonssikkerhet

Personvernombudet skal bistå dataansvarlig 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 personvernsspørsmål avklares sent i prosessen i de regionale prosjektene.

Det er ikke meldt avvik til Datatilsynet i 1. tertial 2021. Avvik som ble meldt til Datatilsynet i september 2021 vedrørende svikt i tilgangsstyring til mapper på O: er avsluttet av Datatilsynet uten oppfølging. Som intern oppfølging av avviket er intern gjennomgang av filmapper igangsatt. Gjennomgangen har avdekket noe avvik som blir korrigert. Ytterligere forbedringsarbeid avventer ny sikker filstruktur.

Proseduren for behandling av uønskede hendelser er oppdatert og anbefaler at personvernombudet og informasjonssikkerhetsleder rådspørres ved håndtering av avvik og ved vurdering av meldeplikt til Datatilsynet.

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

Som del av internkontrollen er det gjennomført kontroll av oppslag i DIPS. Loggkontrollen omfattet 4 tunge pasienter, hvor 258 medarbeidere har gjort over 15.000 innsyn/skriving i over 1.500 journaldokumenter. Videre fordelt på over 20 avdelinger og 40 ledere. Konklusjon: det er ikke sannsynliggjort uautoriserte oppslag og ingen indikasjon som tilsier en grundigere kontroll av disse. De aktuelle medarbeiderne er varslet om at de ble tatt ut til kontroll. Neste kontroll skal gjennomføres mai/juni.

Arbeidet med å ta i bruk regional protokoll etter Artikkel 30 er påbegynt. Vi venter på at Sykehuspartner skal importere vår protokoll i den regionale løsningen. Deretter vil arbeidet med

komplettering av protokollen videreføres, og systematikk og ansvars plassering for ajourføring av protokollen defineres.

Det er fortsatt risiko ved overføring av personopplysninger til 3. land (land utenfor EU/EØS) ved at EU-domstolen i juli 2020 avsa en dom (Schrems II) som stiller økte krav til at databehandler sørger for tilfredsstillende sikkerhetsnivå ved overføring inkl. ved fjernaksess. Det er behov for å kartlegge i hvilket omfang det foreligger databehandlinger som omfattes av endringen og vurdere hvordan det skal håndteres.

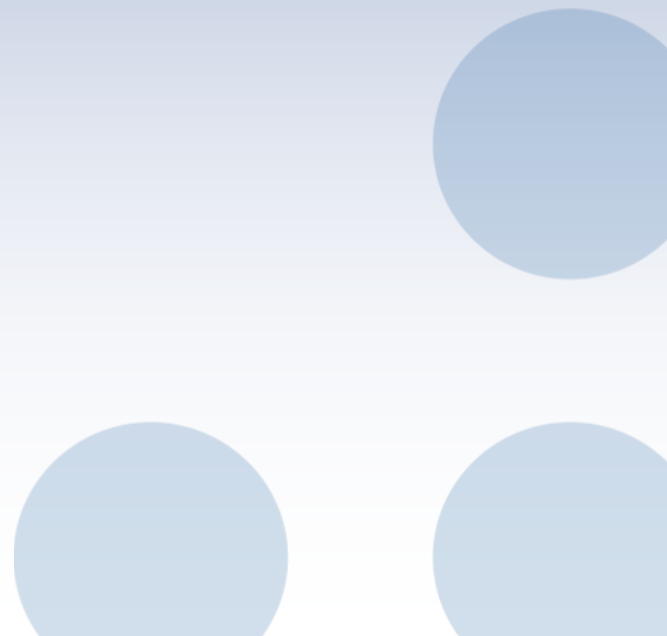
Det planlegges et prosjekt som i steg 1 skal gjennomføre et kartleggingsarbeid innenfor flere sentrale områder. Det er besluttet nye sikkerhetskrav til skyløsninger. Dette gjelder bl.a. hvilke sikkerhetskrav som stilles ved anskaffelser av systemer/utstyr, løsningsdesign for leverandøraksess; hvordan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

Vedlegg:

- Foretaksrapport STHF 2021_04
- Risikomatrise

Foretaksrapport

**Sykehuset Telemark HF
april 2021**



Innhold

1. Oversikt og statusbilde

2. Kvalitet

3. Aktivitet

4. Prioritering av psykisk helsevern og rus

5. Bemanning

6. Økonomi/ finans

Oversikt

| 202104 | Faktisk Hiå | Budsjett Hiå | Avvik Hiå | Avvik % | Årsbudsjett | Årsestimat | Avvik % |
|-----------------------------|-------------|--------------|-----------|----------|-------------|------------|---------|
| Økonomi (hele tusen) | | | | | | | |
| Driftsinntekter | 1 490 650 | 1 488 074 | 2 576 | 0,2 % | 4 288 328 | 4 276 050 | -0,3 % |
| Driftskostnader | 1 494 585 | 1 473 113 | 21 471 | 1,5 % | 4 243 318 | 4 325 919 | 1,9 % |
| Driftsresultat | -3 935 | 14 961 | -18 896 | -126,3 % | 45 010 | -49 869 | |
| Finansresultat | 1 571 | 1 706 | -135 | -7,9 % | 4 990 | 4 990 | |
| Årsresultat | 16 754 | 16 667 | 87 | 0,5 % | 50 000 | 10 000 | |
| Aktivitet | | | | | | | |
| Polikliniske konsultasjoner | | | | | | | |
| Somatikk | 61 454 | 63 645 | -2 191 | -3,4 % | 182 123 | 174 000 | -4,7 % |
| VOP | 15 189 | 19 180 | -3 991 | -20,8 % | 54 100 | 44 100 | -22,7 % |
| BUP | 12 861 | 11 080 | 1 781 | 16,1 % | 31 250 | 33 250 | 6,0 % |
| TSB | 2 883 | 4 306 | -1 423 | -33,0 % | 12 150 | 9 000 | -35,0 % |
| Bemanning | | | | | | | |
| Brutto månedsverk | 3 051 | 2 995 | -56 | -1,9 % | 3 012 | 3 050 | 1,2 % |
| Somatikk | 2 135 | 2 081 | 55 | 2,6 % | 2 093 | 2 135 | 2,0 % |
| VOP | 520 | 536 | -16 | -3,1 % | 539 | 523 | -3,1 % |
| BUP | 160 | 152 | 7 | 4,9 % | 153 | 159 | 3,8 % |
| TSB | 60 | 62 | -2 | -3,5 % | 62 | 59 | -5,1 % |
| Prehospitale tjenester | 160 | 146 | 14 | 9,6 % | 147 | 157 | 6,4 % |
| Annet | 17 | 18 | -1 | -5,8 % | 18 | 17 | -5,9 % |

Målekort

| 202104 | Målekort STHF | Denne periode | | | Hittil i år | | |
|--|---------------------------|---------------|-------|--------|-------------|------|-------|
| | | Faktisk | Mål | Avvik | Faktisk | Mål | Avvik |
| Kvalitet | | | | | | | |
| Ventetid påstartet | | 52 | | | | | |
| | Somatikk | 54 | 50 | -4 | 53 | 50 | -3 |
| | VOP | 36 | 30 | -6 | 33 | 30 | -3 |
| | BUP | 37 | 35 | -2 | 35 | 35 | -0 |
| | TSB | 21 | 30 | 9 | 24 | 30 | 6 |
| Ventetid venter | | 57 | | | | | |
| | Somatikk | 59 | 50 | -9 | | | |
| | VOP | 22 | 30 | 8 | | | |
| | BUP | 21 | 35 | 14 | | | |
| | TSB | 29 | 30 | 1 | | | |
| Andel kontakter passert planlagt tid | | 5 % | 5 % | 0 % | NA | NA | NA |
| Pakkeforløp kreft - andel behandlet innen standard forløpstid alle fag | | 74 % | 70 % | 4 % | 73 % | 70 % | 3 % |
| | Pakkeforløp VOP utredning | 68 % | 80 % | -12 % | 70 % | 80 % | -10 % |
| | Pakkeforløp TSB utredning | 0 % | 80 % | 0 % | 94 % | 80 % | 14 % |
| | Pakkeforløp BUP utredning | 54 % | 80 % | -26 % | 57 % | 80 % | -23 % |
| Korridorpasienter somatikk | | 0,5 % | 0,0 % | -0,5 % | | | |

Kommentarer:

Gjennomsnittlig ventetider (påstartet og ventende) innenfor somatikken er på nivå med før pandemien. Ventetidene for ventende innenfor PHV og TSB fortsatt lave, og lavere enn fjoråret. Gjennomsnittlig ventetid påstartet for tjenesteområdene samlet var i april 52 dager, og uendret fra forrige periode..

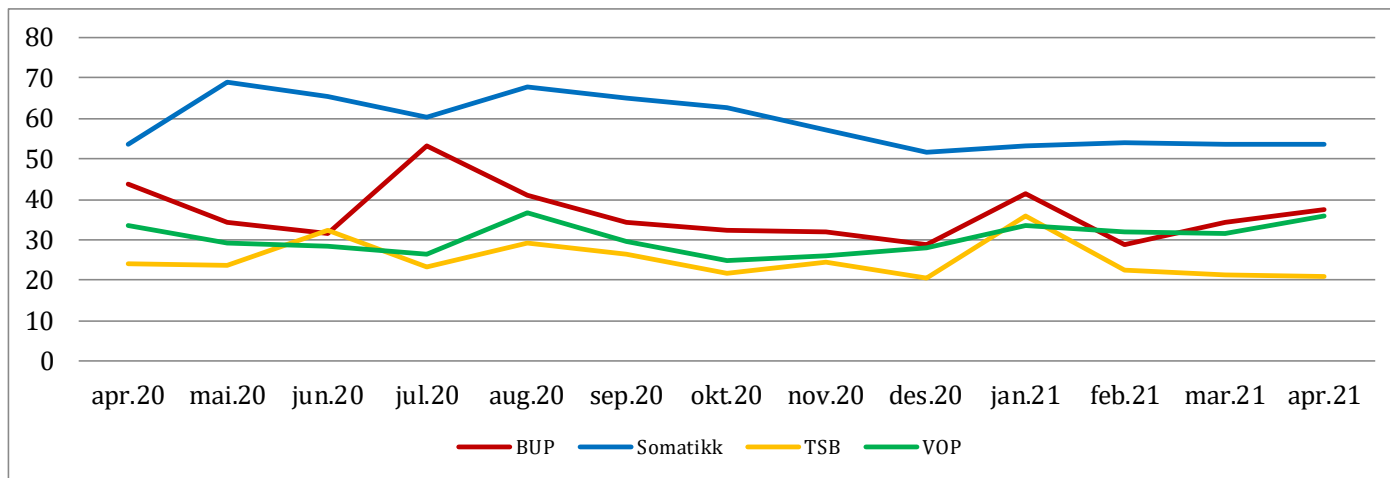
PHV/TSB har lave ventetider på både de påstartede og de ventende i april.

VOP og TSB innfrir prioriteringsregelen målt i ventetider, mens BUP ligger litt over kravet hittil i år som følge av lang ventetid på de påstartede i januar måned.

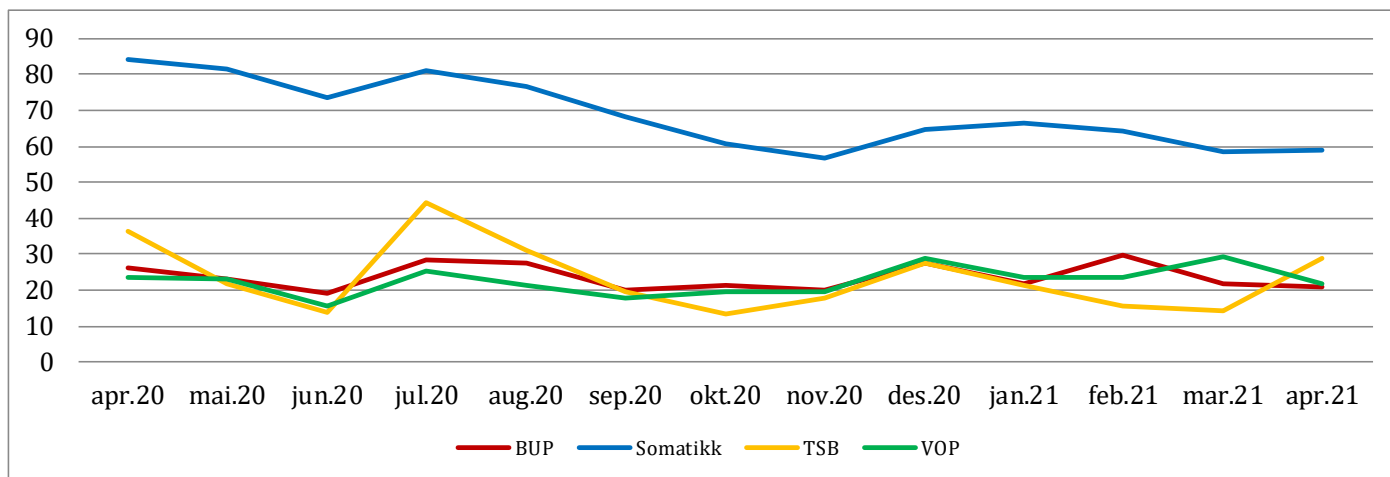
Hittil i år ligger andelen utredet innen frist et stykke unna måltallet på 80 % i pakkeforløp psykiatri. TSB skiller seg her ut med 100 % måloppnåelse.

Ventetid

Påstartet



Ventende



Kommentarer:

Ventetidene ved Sykehuset Telemark er lave og under gjennomsnittet i regionen.

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter med påstartet behandling er uforandret for perioden, og ligger på 52 dager alle tjeneste-områder.

Ventetid påstartet innen somatikk er 54 dager, ingen endring fra forrige måned

Psykisk helsevern for voksne (VOP) øker med 4 dager fra 32 til 36 dager for denne perioden.

Tverrfaglig spesialist rusbehandling (TSB) har en reduksjon på 3 dager fra forrige periode og har nå 21 dager.

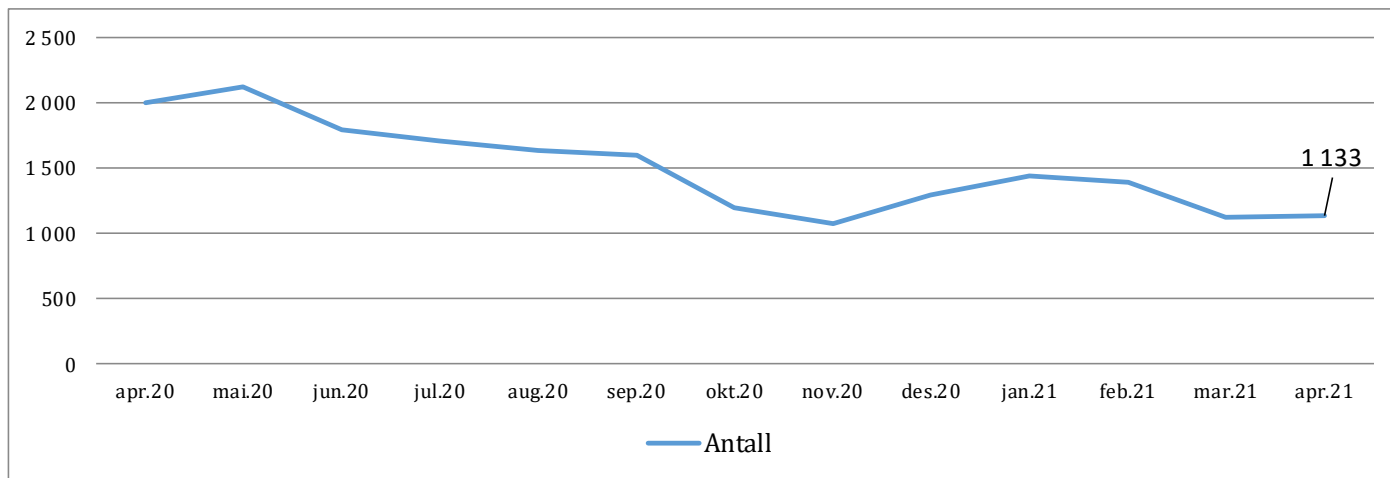
Barne- og ungdomspsykiatri (BUP) har en økning i ventetiden med 3 dager til 37 gjennomsnittlig ventedager, økende trend.

Gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter for alle tjenesteområder er 57 dager, likt med forrige periode.

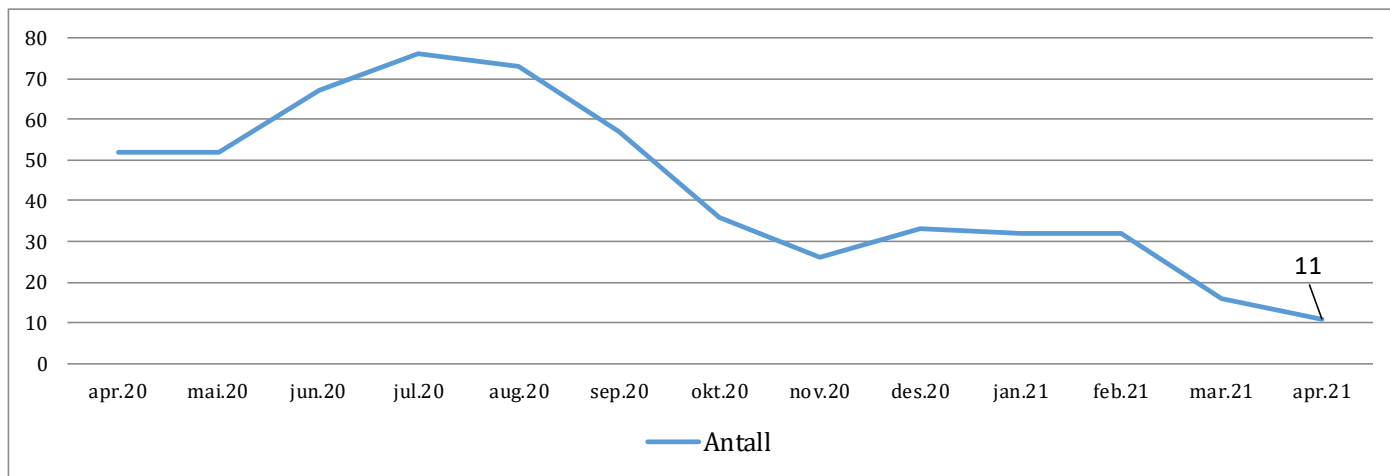
Ventetiden for ventende styres av volumene på ØNH, PLA og ORT

Pasienter som venter

Venter og ventet mer enn 3 måneder.



Venter og ventet mer enn et år.



Kommentarer:

Den offisielle ventelisten består av nyhenviste, og er på 6.240 pasienter, som er en reduksjons på 74 pasienter fra forrige måned.

Samtidig er antall pasienter på venteliste redusert med 220 fra samme periode i fjor, størst økning ser vi innen medisinske fagområder (hjerne).

Sykehuset har reduksjon i antall pasienter som venter mer enn 3 mnd. og ett år.

Ventet mer enn tre mnd (90 dg)

5 fagområder/avd med størst antall: Plast (555), ØNH (194), Fert (144), Nevro (50), Gyn (49)

Ventet mer enn ett år (0/365dg)

For denne perioden er det 11 pasienter som har ventetid over ett år. Det er en reduksjon på 5 pasienter fra mars.

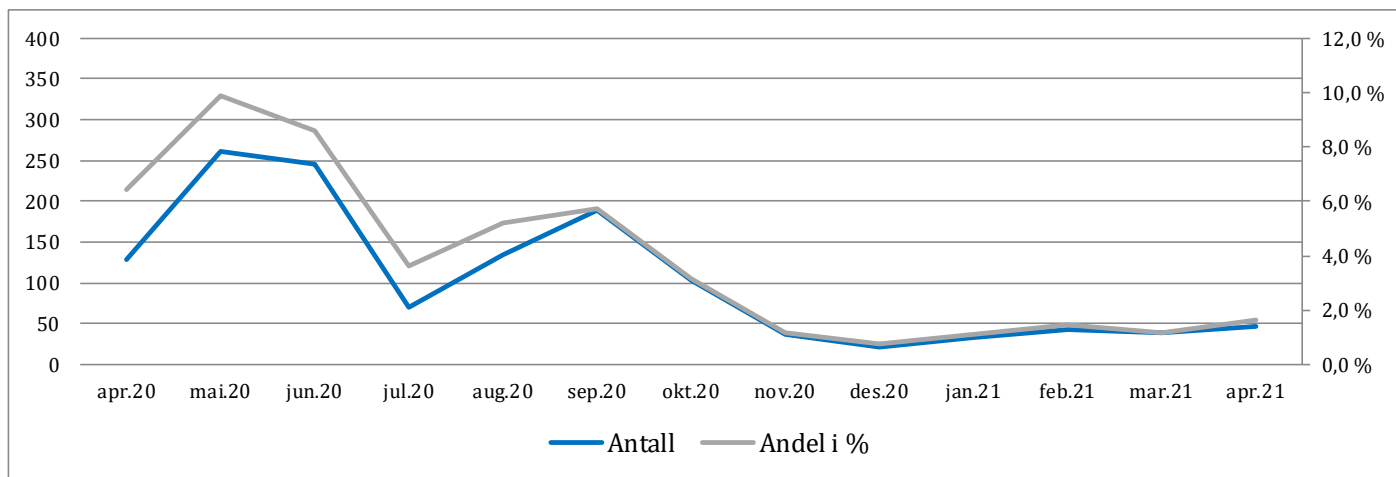
Fagområde

Plastikkirurgisk avdelingen har 6 pasienter, dette gir en reduksjon på 14 pasienter fra januar.

Fordelt per avdelinger: Plast (6), Mage-tarm (2), endo (1) og ØNH (2)

Fristbrudd

Påstartet



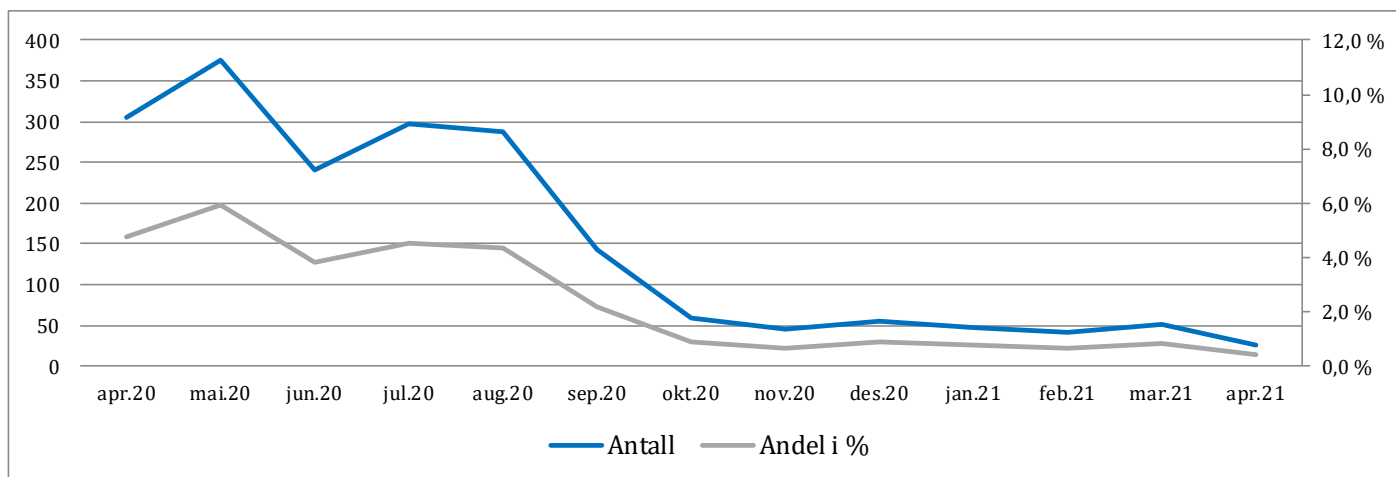
Kommentarer:

Andel fristbrudd påstartet for alle tjenesteområder er nå på samme nivå som før Covid-19 (1,6 %).

Utfordringen ligger i fagområde mage-tarm som fortsatt har en høy andel (9 %). Øvrige tjenesteområder er andelen fristbrudd tilnærmet 0.

Mage/tarm på Notodden har innført kveldspoliklinikk/lørdagspoliklinikk for å få unna truende fristbrudd. I tillegg overfører avdelingen enkelte nyhenviste/kontroller coloskopier til avtalespesialist og privatklinikk.

Ventende



Forklaring:

Fristbrudd:

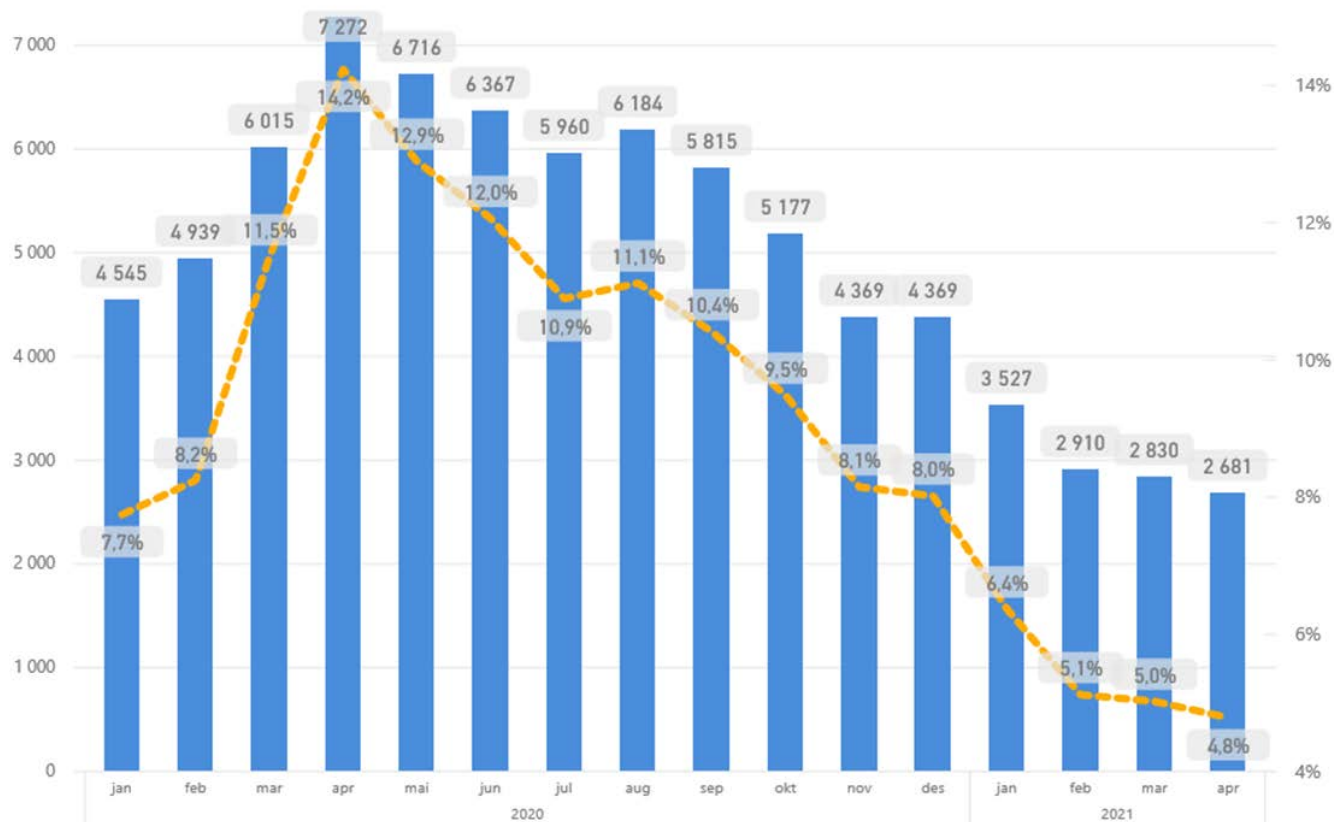
Frist for start helsehjelp:

Dato settes av lege som vurderer henvisningen. Denne settes i henhold til prioriteringsveilederne, 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

● Antall kontakter passert ● Andel kontakter passert



Kommentarer:

Passert planlagt tid (passert tentativ dato) viser en reduksjon, og er på sitt laveste nivå siste 12 mnd.

Dette gir en måloppnåelse på 95,2 % i forhold til målet om at minst 95 % av pasientavtalene skal holdes

Antall passert planlagt tid viser en ytterligere reduksjon, og er nå på det laveste nivået på 4 år (ca. 2.600).

Fagområder med flest passert planlagt tid: ØNH (694), Mata (555), Hjerte (355), Nevro (265), Plast (293), Uro (93)

ØNH har et stort antall grunnet kapasitets-utfordringer, og jobber aktivt for å øke behandlings-volumet, både ved utdanning av flere spesialister og i samarbeid med private spesialister

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. Tidspunktet settes ut fra en medisinsk vurdering.

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

Pasientsikkerhet

| Sykehuset Telemark HF | Snitt 2020 | feb.21 | mar.21 | apr.21 |
|---|------------|--------|--------|--------|
| Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning til vurdering av henvisning er fullført. | | | | |
| Gjennomsnitt vurderingstid (dager) | 1,7 | 1,44 | 1,99 | 2,09 |
| Antall henvisninger vurdert | 5 643 | 5 795 | 6 652 | 5 501 |
| Andel vurdert innen 10 virkedager | 98,0 % | 99 % | 98 % | 98 % |
| Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle | | | | |
| Totalt antall som er mer enn 14 dager gamle | 3 201 | 3 820 | 4 164 | 3 869 |
| Herav antall legedokumenter | 1 624 | 1 892 | 2 141 | 1 920 |
| Herav antall sykepleierdokumenter | 760 | 830 | 913 | 915 |
| | | | | |
| Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt | 1 044 | 1 058 | 1 355 | 959 |
| | | | | |
| Andel direkte time (Rapporteres en måned på etterskudd) | 82,3 % | 88,6 % | 85,0 % | |

Kommentarer:

Vurderingstiden av henvisninger er tilbake på en normalt nivå, og i snitt ligger vi på ca. 98 %

Åpne dokumenter som ikke er godkjent på samme nivå som tidligere, Ortopedisk og Mage-tarm, Nevrologi har en stor andel av dokumentene.

Det er en arbeidsgruppe som ser nærmere på hvordan vi kan redusere antall åpne dokumenter.

Åpen henvisning uten planlagt kontakt fortsetter viser en fallende trend. Avdelinger med høyeste antall: Mata (255), Gas (81). Ort (80), Hjerne (72), BUP (65)

Forklaring

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

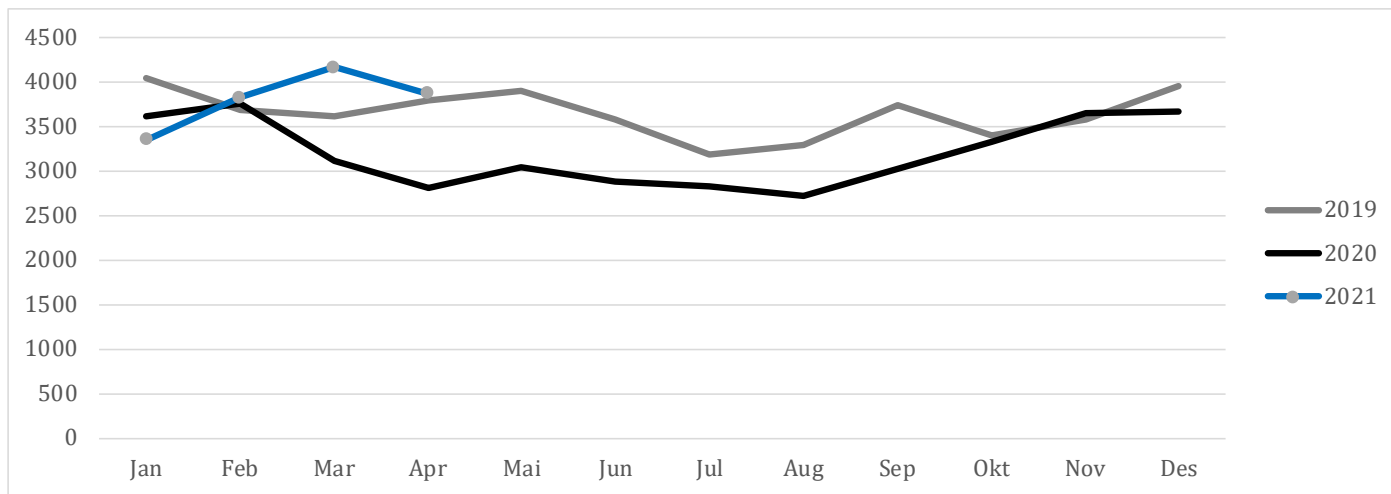
«Åpen henvisning uten planlagt kontakt» vil si at en pasient har vært på sykehuset til en time, men pasienten har ikke fått en ny time eller er satt tilbake på venteliste.

Det kan av og til være ok, fordi man skal avvente prøvesvar osv før man tar stilling til om pas skal tilbake eller ei. Men; det kan også skyldes at man rett og slett har glemt å gi pasienten ny time/sette pas tilbake på ventelisten. Det er da pasienten «blir glemt av sykehuset»..

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

Pasientsikkerhet

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



Kommentarer:

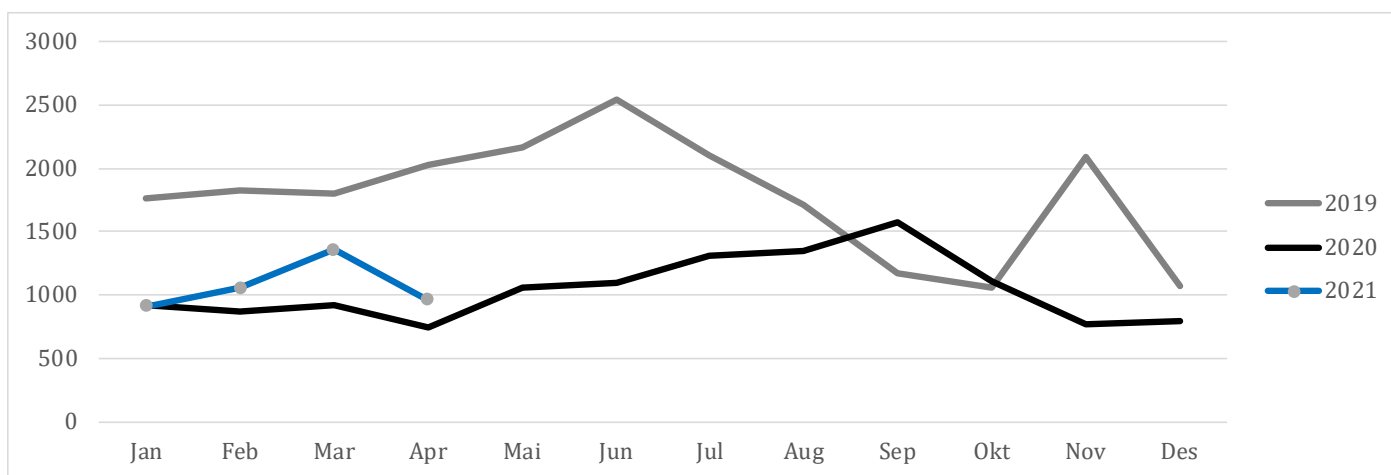
Antall åpne dokumenter ble redusert når aktiviteten ble betydelig lavere fra mars-april 2020. Med økt aktivitet utover høsten 2020 har antallet åpne dokumenter igjen økt, og er tilbake på tidligere nivå.

Forklaring

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

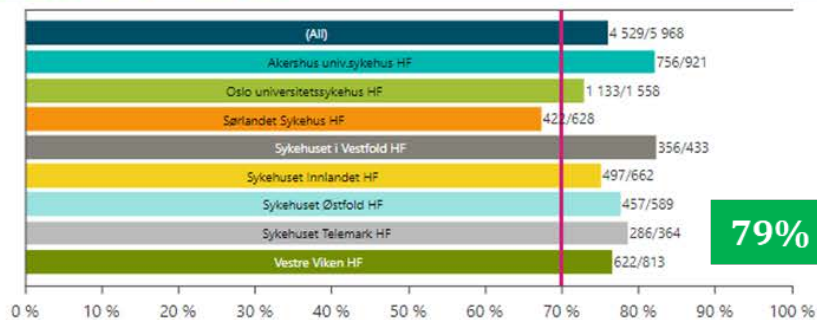
«Åpen henvisning uten planlagt kontakt» vil si at en pasient har vært på sykehuset til en time, men pasienten har ikke fått en ny time eller er satt tilbake på venteliste (ref. foil foregående foil).

Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt.

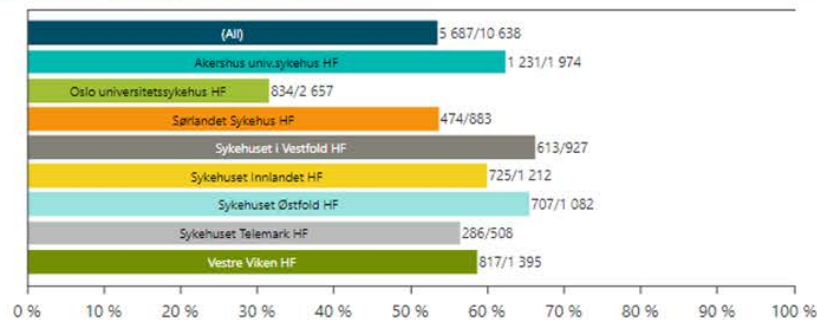


Pakkeforløp Kreft

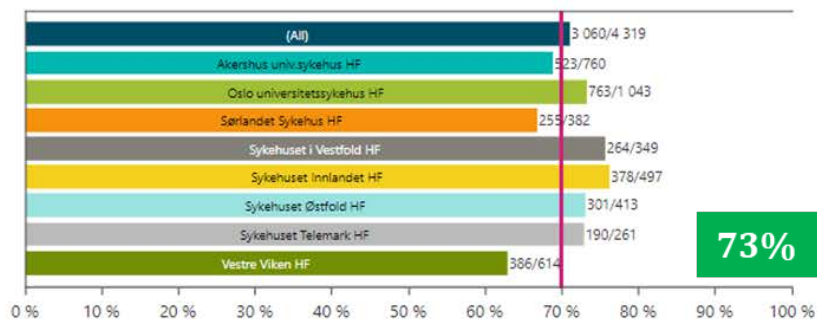
Andel nye pasienter i pakkeforløp (OA1)



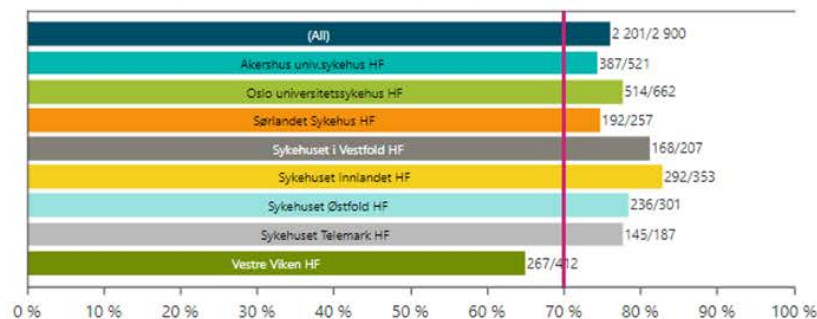
Andel pasienter med diagnose avkreftet (OA2)



Andel behandlet innen standard forløpstid - alle behandlingsformer



Andel behandlet innen standard forløpstid - kirurgisk behandling (OF4K)



Kommentarer:

For perioden januar-april 2021 har STHF oppnådd 73 % for andel behandlet innen standard forløpstider, som er 2 % høyere enn på samme tid i fjor.

Pakkeforløp Kreft

| Pakkeforløp | 2021-04 | | | 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 % | 1 | - | 0 % |
| Blærekreft | 9 | 8 | 89 % | 26 | 24 | 92 % |
| Brystkreft | 5 | 4 | 80 % | 36 | 28 | 78 % |
| Bukspyttkjertelkreft | 1 | 1 | 100 % | 5 | 3 | 60 % |
| Eggstokkreft (ovarial) | 1 | 1 | 100 % | 5 | 3 | 60 % |
| Føflekkreft (føflekkreft er mer enn bare i hud) | 8 | 8 | 100 % | 43 | 40 | 93 % |
| Kreft hos barn | - | - | 0 % | 1 | 1 | 100 % |
| Kreft i spiserør og magesekk | 1 | 1 | 100 % | 3 | 1 | 33 % |
| Kronisk lymfatisk leukemi (KLL) | - | - | 0 % | - | - | 0 % |
| Livmorhalskreft (cervix) | - | - | 0 % | 3 | 2 | 67 % |
| Livmorkreft (endometrie) | 1 | 1 | 100 % | 6 | 5 | 83 % |
| Lungekreft | 9 | 3 | 33 % | 32 | 14 | 44 % |
| Lymfomer | 1 | - | 0 % | 8 | 4 | 50 % |
| Myelomatose | - | - | 0 % | 1 | - | 0 % |
| Nevroendokrine svulster | - | - | 0 % | 1 | 1 | 100 % |
| Nyrekreft | 1 | - | 0 % | 15 | 12 | 80 % |
| Peniskreft | - | - | 0 % | - | - | 0 % |
| Primær leverkreft (HCC) | - | - | 0 % | - | - | 0 % |
| Prostatakreft | 14 | 8 | 57 % | 39 | 27 | 69 % |
| Skjoldbruskkjertelkreft | 1 | - | 0 % | 3 | 1 | 33 % |
| Testikkelkreft | - | - | 0 % | 3 | - | 0 % |
| Tykk og endetarmskreft | 8 | 6 | 75 % | 29 | 23 | 79 % |
| Total | 60 | 41 | 68 % | 260 | 189 | 73 % |

Kommentarer:

For perioden januar-april 2021 har STHF oppnådd 73 % for andel behandlet innen standard forløpstider, som er 2 % høyere enn på samme tid i fjor.

Sykehuset oppnår gode resultater innenfor de fleste pakkeforløp, deriblant 92 % for blærekreft og 93 % for føflekkreft.

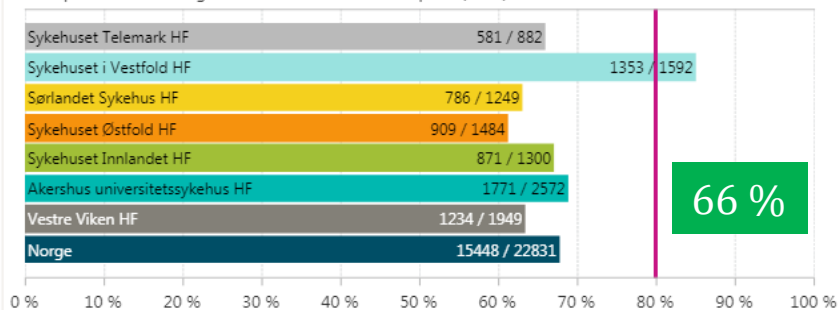
Svakest resultater vedrørende behandlet innen standard forløpstid registreres for lunge (44 %) og lymfomer (50 %).

Sykehuset jobber tett sammen med Sykehuset i Vestfold med pasienter med lungekreft. Tilgangen på PET-timer er her en utfordring.

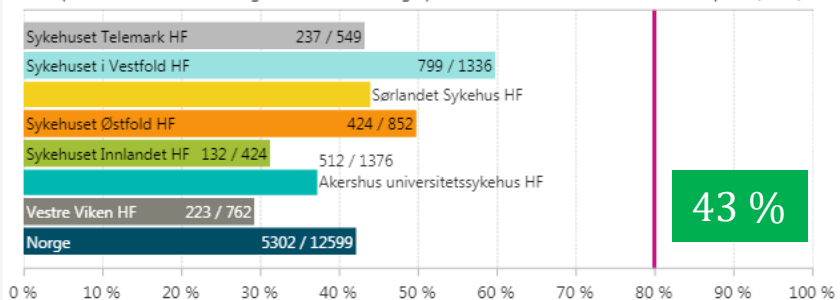
Pakkeforløp PHV/TSB

MÅLOPPNÅELSE PER FORLØPSINDIKATOR

Forløpstid for utredning - andel innen anbefalt forløpstid (PF01)

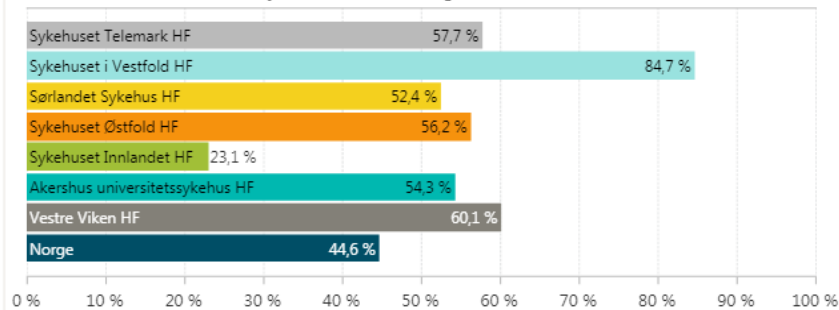


Forløpstid fra klinisk beslutning til første evaluering i poliklinikk - andel innen anbefalt forløpstid (PF03)

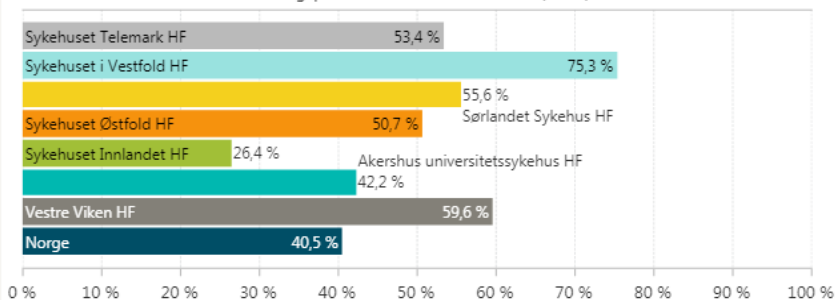


MÅLOPPNÅELSE PER AKTIVITETSINDIKATOR

Andel som har mottatt informasjon om ulike behandlingsformer (PA02)



Andel som har utarbeidet behandlingsplan i samråd med behandler (PA03)



Kommentarer:

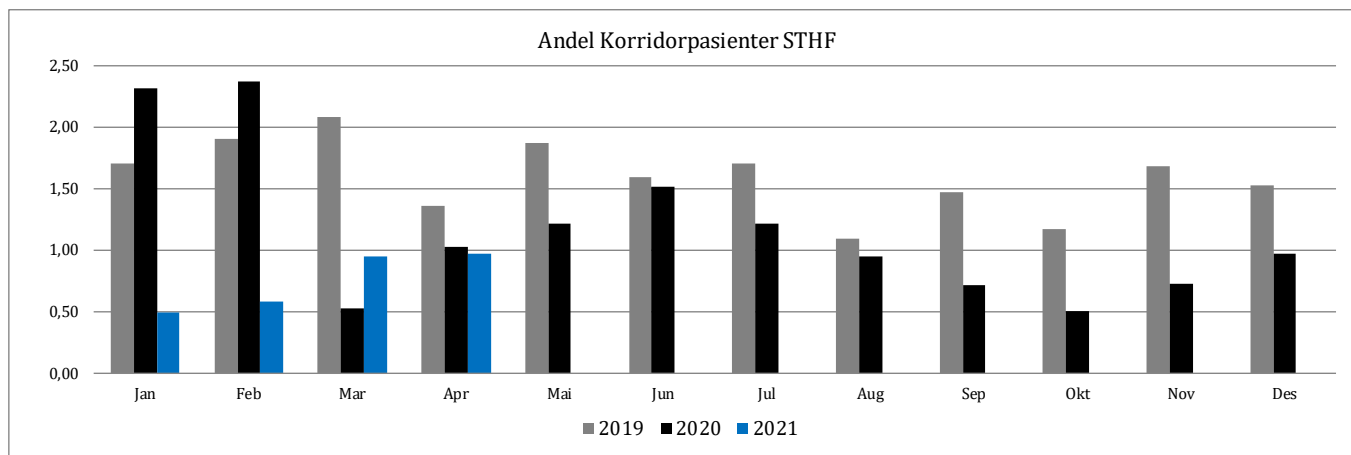
Når det gjelder utredning TSB, så ligger STHF med måloppnåelse på 94%, noe som er langt over landsgjennomsnittet på 78 %.

VOP leverer en måloppnåelse 70 %, noe som er 3 % - poeng lavere enn landsgjennomsnittet. BUP scorer lavt med sin 57 % måloppnåelse, men ligger allikevel høyere enn landsgjennomsnittet som viser 54 %.

I måloppnåelsen på evaluering, så ligger både TSB og BUP over landsgjennomsnittet, mens VOP ligger 2 % - poeng lavere.

STHF ligger godt over landsgjennomsnittet når det kommer til måleparameterne «informasjon om ulike behandlingsformer» og «utarbeidet behandlingsplan i samråd med behandler». Når det gjelder informasjon om ulike behandlingsformer, så scorer BUP hele 81 %, mens landsgjennomsnittet er på 45 %.

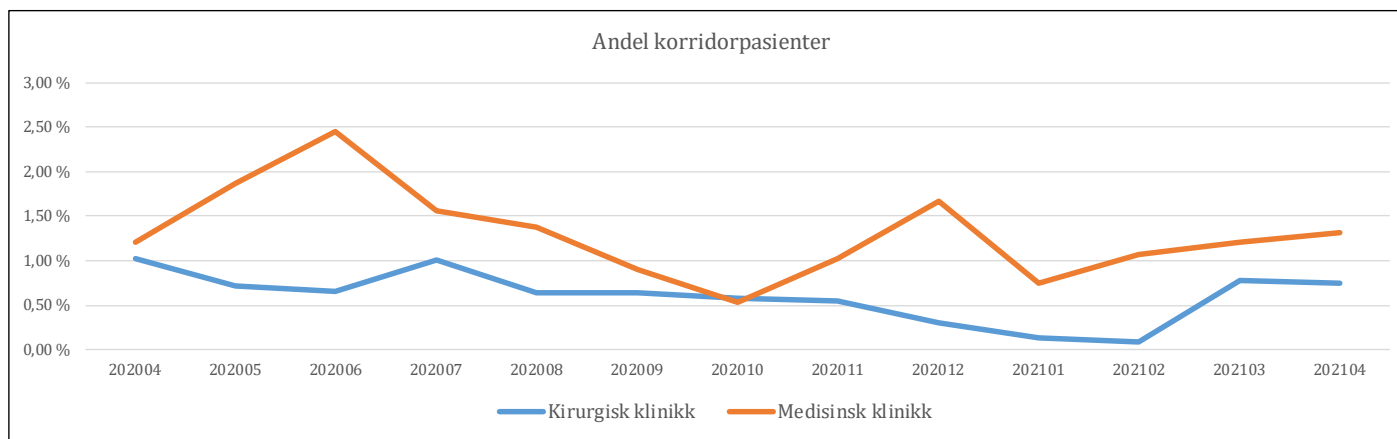
Korridorpasienter



Kommentarer:

Andel korridorpasienter har økt de siste to måneder, og ligger på 0,97 %. Andelen har hatt en svak økning innen både Kir og medisinske sengeposter

I april er det hjerte-nyre-hormon, blodkref, medisinsk post Notodden og gastrokirurgisk sengepost som har de fleste korridorpasientene.



ISF-berettigede konsultasjoner

| 202104 | 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 | 15 342 | 14 886 | 456 | 3,1 % | 61 454 | 63 645 | -2 191 | -3,4 % | 182 123 | 182 123 | 0 | 0,0 % | 53 924 | 7 530 | 14,0 % |
| Psykisk helsevern | 7 259 | 6 983 | 276 | 4,0 % | 28 050 | 30 260 | -2 210 | -7,3 % | 77 350 | 85 350 | -8 000 | -9,4 % | 26 658 | 1 392 | 5,2 % |
| VOP | 3 834 | 4 426 | -592 | -13,4 % | 15 189 | 19 180 | -3 991 | -20,8 % | 44 100 | 54 100 | -10 000 | -18,5 % | 16 034 | -845 | -5,3 % |
| BUP | 3 425 | 2 557 | 868 | 33,9 % | 12 861 | 11 080 | 1 781 | 16,1 % | 33 250 | 31 250 | 2 000 | 6,4 % | 10 624 | 2 237 | 21,1 % |
| TSB | 663 | 994 | -331 | -33,3 % | 2 883 | 4 306 | -1 423 | -33,0 % | 9 000 | 12 150 | -3 150 | -25,9 % | 4 290 | -1 407 | -32,8 % |

Kommentarer:

Aktiviteten innenfor somatikken er høyere enn i fjor (pandemi-start), men er 3,4 % lavere enn budsjettet i 1. tertial. Enkelte gruppebehandlinger innen fysioterapi/rehabilitering har måttet utsettes på grunn av den pågående pandemien.

Aktiviteten i BUP ligger hele 34 % over budsjettet nivå i april, og hittil i år er det positive avviket på 16 %. VOP viser hittil i år et negativt budsjettavvik på 21 %, selv om aktiviteten og produktiviteten har bedret seg de to siste månedene.

TSB har lav aktivitet hittil i år, og aktiviteten falt påfallende mye etter årsskiftet. Det ble gjort en endring i DIPS på samme tidspunkt, og det undersøkes nå om dette er deler av årsaken. Vi går nå igjennom kodepraksis, og har fra 1. mai gjort endringer.

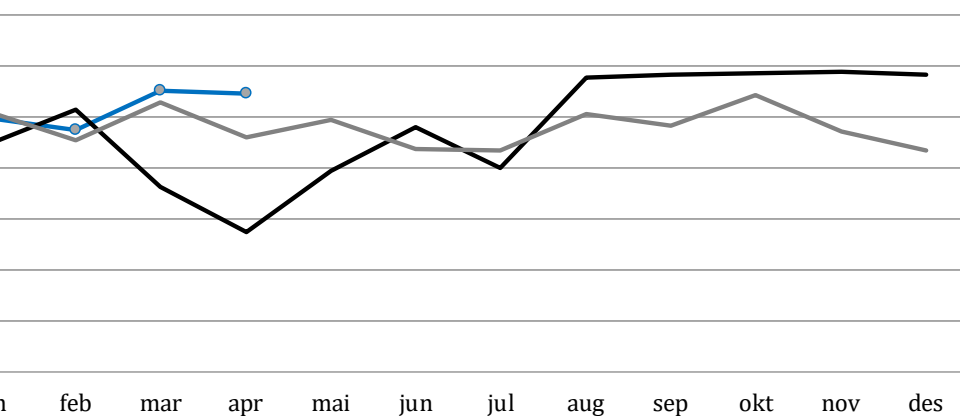
Forklaring:

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

ISF konsultasjoner er konsultasjoner som fyller krav til å gi sykehuset ISF-inntekt.

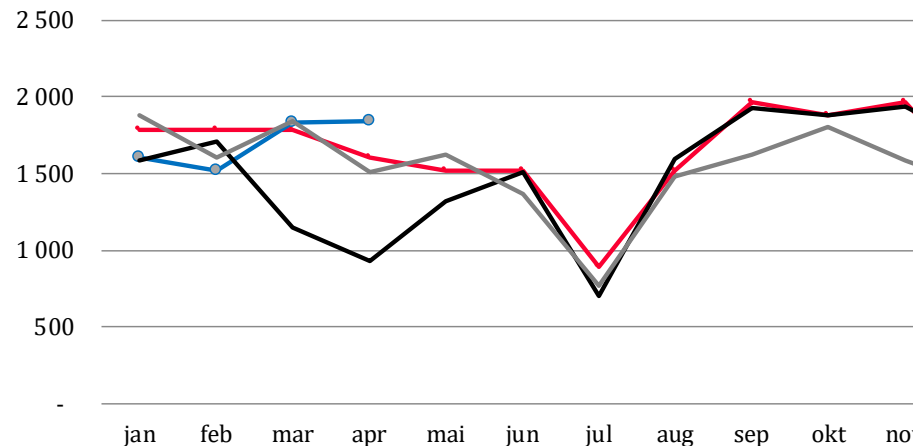
| 202104 | Denne måned | | | | Hittil i år | | | | Faktisk 2020 | Budsjett 2021 | I (C) |
|--|--------------|--------------|------------|-------------|--------------|--------------|-------------|--------------|---------------|---------------|-------|
| | Faktisk | Budsjett | Avvik | Avvik% | Faktisk | Budsjett | Avvik | Avvik% | | | |
| rk | 536 | 573 | -36 | -6 % | 1 948 | 2 482 | -534 | -22 % | 5 989 | 7 001 | |
| k | 146 | 154 | -8 | -5 % | 544 | 666 | -122 | -18 % | 1 675 | 1 878 | |
| asavdeling | 45 | 31 | 14 | 45 % | 156 | 135 | 21 | 15 % | 378 | 381 | |
| V og TSB (underlagt Medisinsk klinikk) | 8 | 6 | 2 | 37 % | 26 | 31 | -5 | -16 % | 45 | 84 | |
| V og TSB + Raskere tilbake | 736 | 764 | -28 | -4 % | 2 674 | 3 314 | -640 | -19 % | 8 087 | 9 345 | |
| og unges psykiske helse - ABUP | 1 103 | 843 | 260 | 31 % | 4 116 | 3 652 | 464 | 13 % | 9 820 | 10 302 | |
| domsklinikken | 1 103 | 843 | 260 | 31 % | 4 116 | 3 652 | 464 | 13 % | 9 820 | 10 302 | |
| k helsevern og TSB på STHF | 1 839 | 1 607 | 232 | 14 % | 6 790 | 6 966 | -176 | -3 % | 17 907 | 19 647 | |

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



per månedsværk 2021 — DRG per månedsværk 2020 — DRG per månedsværk 2019

ISF-poeng PHV og TSB ved STHF



— B2021 — F2021 — F2020 — F2019

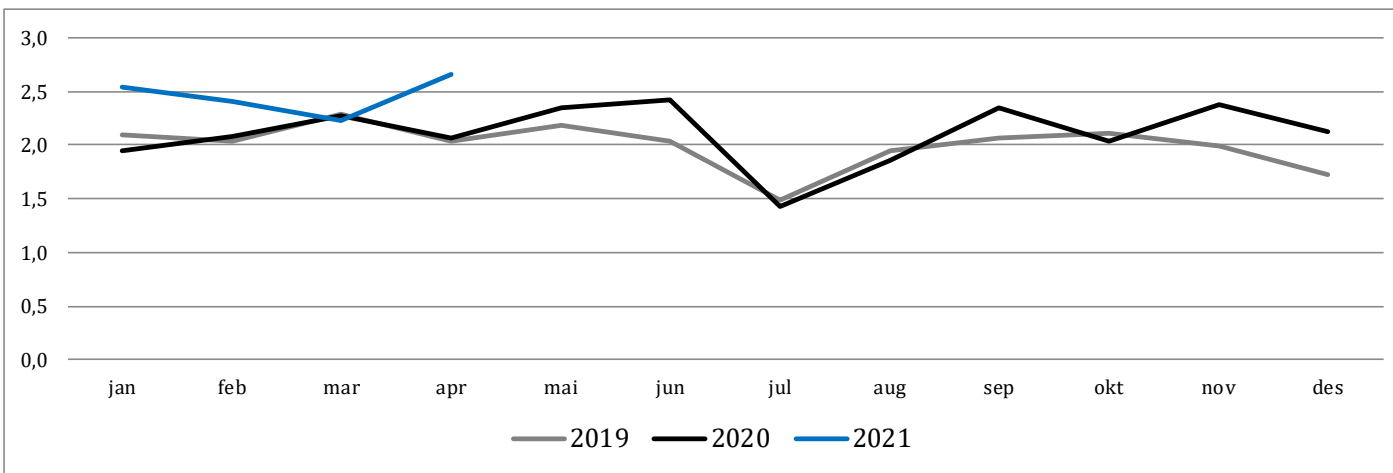
Totalt antall konsultasjoner innenfor PHV og TSB ligger hittil i år 11 % lavere enn budsjettet. Dette har gitt et negativt budsjettavvik på ISF-inntektene på 0,5 millioner hittil i år. Legger vi til de andre pasientrelaterte polikliniske inntektene er det negative avviket på 1,5 millioner.

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

Aktiviteten innenfor PHV/TSB økte i april og lå som budsjettet i april isolert sett. I april måned kom også den tertialvise inntektsføringen for LAR-pasientene.

ISF-berettigede konsultasjoner per behandler

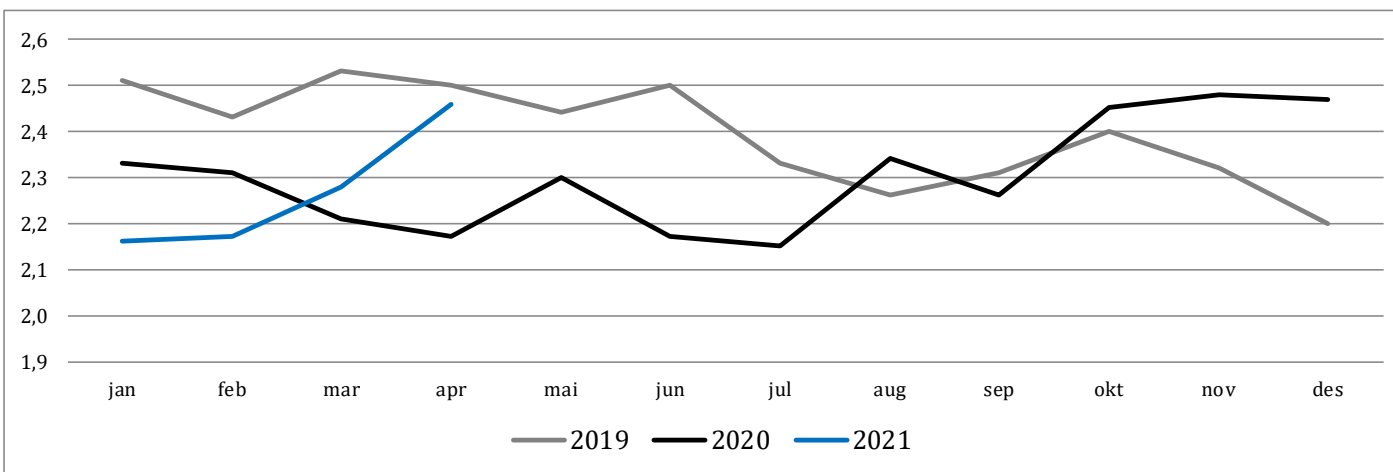
Konsultasjoner BUP per terapeut.



Kommentarer:

Produktiviteten i BUP var i april måned historisk høy. Stor vekst i antall henvisninger, og dette blir løst ved økt produktivitet og noe økt bemanning.

Konsultasjoner VOP per terapeut.

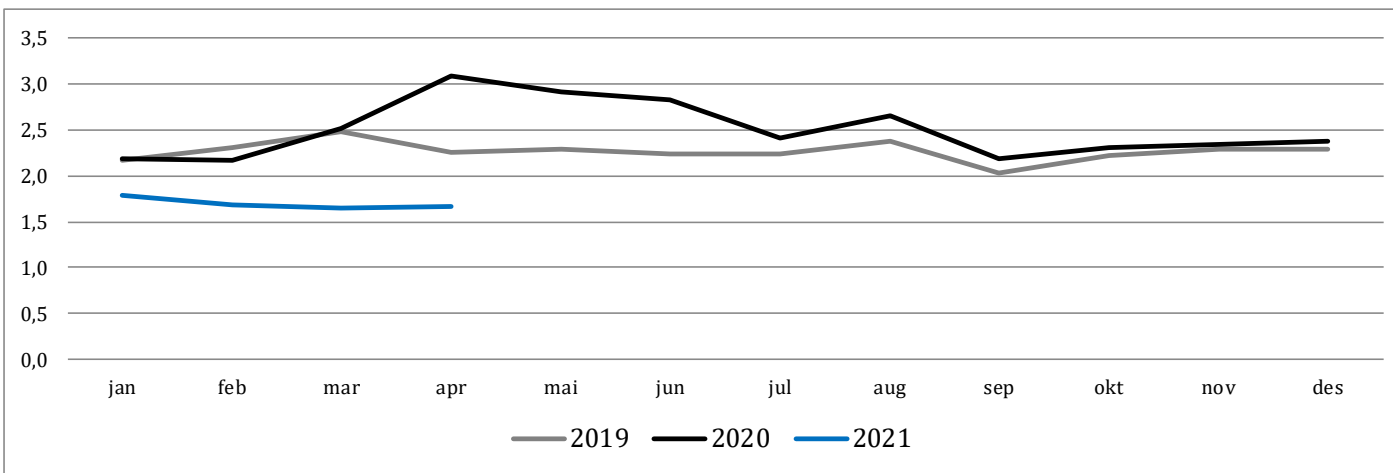


Produktiviteten innenfor VOP falt drastisk fra slutten av 2020 frem til og med februar. Tok seg opp i mars, og i april måned er den tilbake til normalen og 2019-nivå.

Det blir sett på kodepraksis for å luke ut eventuelle feil som følge av endringer i DIPS.

ISF-berettigede konsultasjoner per behandler

Konsultasjoner TSB per terapeut

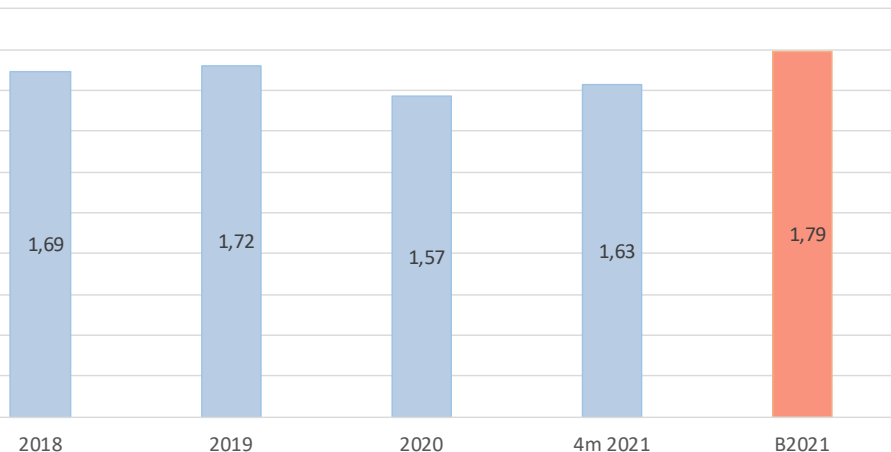


Kommentarer:

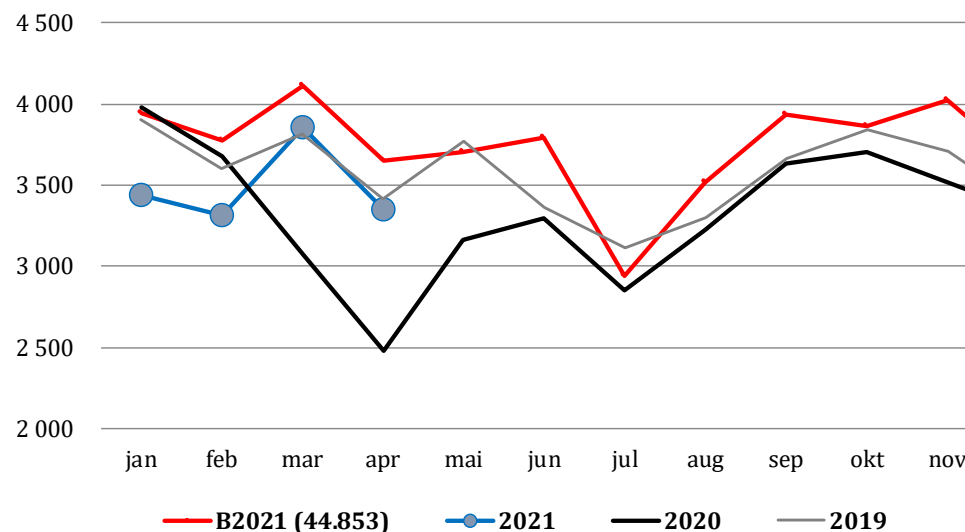
Innenfor TSB er produktiviteten veldig lav, og det var en stor endring fra desember 2020 til januar 2021. Det ble i samme periode gjort en endring i DIPS som vi nå undersøker konsekvensen av. Som følge av endringen har det blitt en dreining over til aktivitet som ikke gir ISF-refusjon. Vi går nå igjennom kodepraksis, og har fra 1. mai gjort endringer.

| 202104 | Denne måned | | | | Hittil i år | | | | Faktisk 2020 | Budsjett 2021 | I a (C) |
|-------------------------------------|-------------|----------|-------|--------|-------------|----------|--------|--------|--------------|---------------|---------|
| | Faktisk | Budsjett | Avvik | Avvik% | Faktisk | Budsjett | Avvik | Avvik% | | | |
| | 1 563 | 1 638 | -74 | -5 % | 6 504 | 6 977 | -474 | -7 % | 5 796 | 20 305 | |
| | 1 507 | 1 717 | -210 | -12 % | 6 356 | 7 233 | -877 | -12 % | 6 330 | 20 989 | |
| | 229 | 248 | -19 | -8 % | 916 | 1 089 | -173 | -16 % | 878 | 3 050 | |
| p | 11 | 9 | 1 | 16 % | 40 | 37 | 3 | 9 % | 26 | 100 | |
| | 33 | 36 | -3 | -9 % | 123 | 140 | -17 | -12 % | 139 | 400 | |
| ikk | 2 | 1 | 1 | 266 % | 9 | 3 | 6 | 191 % | 4 | 10 | |
| sikring | 2 | - | 2 | 0 % | 10 | - | 10 | 0 % | -23 | 0 | |
| rt ved STHF | 3 347 | 3 649 | -302 | -8 % | 13 958 | 15 479 | -1 522 | -10 % | 13 150 | 44 853 | |
| (inkl. legemidler, FBV) "sørge-for" | 3 498 | 3 944 | -446 | -11 % | 15 033 | 16 656 | -1 624 | -10 % | 13 967 | 48 388 | |

ISF produktivitet somatikk 2018 - 2021



STHF - ISF-poeng utført ved STHF



operasjon 2020-prosjektet, blant annet på grunn av smitteverntiltak og pasientenes økte tilbøyelighet til å avlyse eller utsette planlagt aktivitet. Pågående gjeldning fra døgn til dager er sterkere enn budsjettet. Det er uvisst om dette er relatert til pandemien.

Forklaring:

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

Aktivitet - dag, døgn og poliklinikk

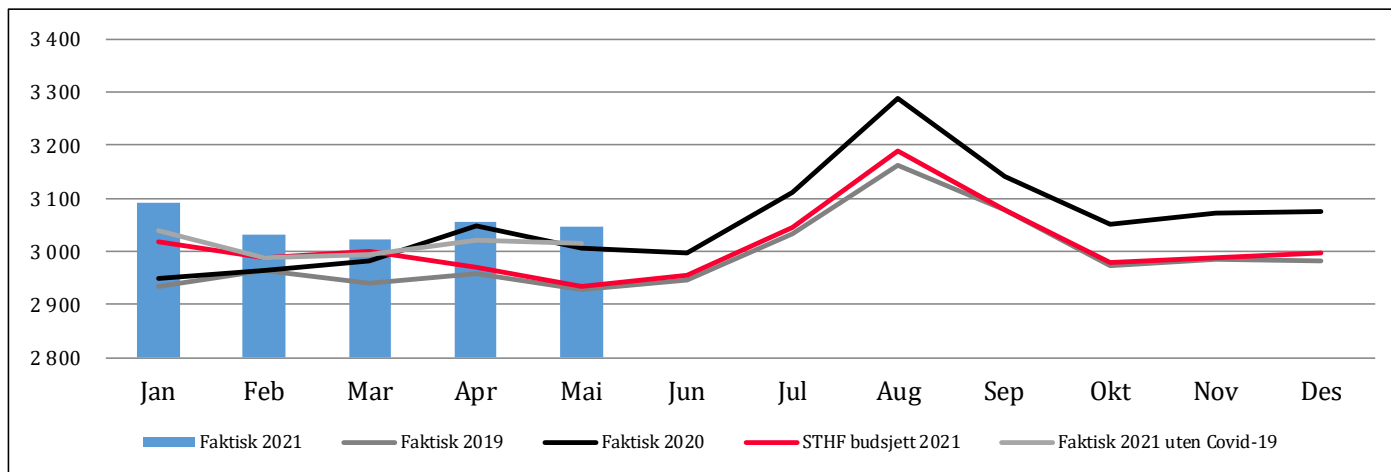
| April 2021 | Denne periode | | | | Hittil i år | | | | Endring HiÅ 2021 - 2020 | |
|-------------------------------|---------------|----------|----------------|---------|-------------|----------|----------------|-----------------|-------------------------|---------|
| | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | % | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | Avvik i prosent | HiÅ 2020 | Endring |
| Døgnbehandling | 1 907 | 2 284 | - 377 | -16,5 % | 7 762 | 9 593 | -1 831 | -19,1 % | 7 628 | 134 |
| Poliklinikk | 6 947 | 7 937 | - 990 | -12,5 % | 27 477 | 33 338 | -5 861 | -17,6 % | 29 408 | -1 931 |
| Dagbehandling | 2 190 | 2 140 | 50 | 2,3 % | 9 101 | 9 053 | 48 | 0,5 % | 8 062 | 1 039 |
| Polikliniske opphold | 15 342 | 14 886 | 456 | 3,1 % | 61 454 | 63 645 | -2 191 | -3,4 % | 53 924 | 7 530 |
| Verne for voksne | | | | | | | | | | |
| Døgnbehandling | 99 | 121 | - 22 | -18,2 % | 435 | 531 | - 96 | -18,1 % | 497 | - 62 |
| Poliklinikk | 2 596 | 2 654 | - 58 | -2,2 % | 9 731 | 10 637 | - 906 | -8,5 % | 9 513 | 218 |
| Polikliniske opphold | 3 834 | 4 426 | - 592 | -13,4 % | 15 189 | 19 180 | -3 991 | -20,8 % | 16 034 | - 845 |
| Verne for barn og unge | | | | | | | | | | |
| Døgnbehandling | 14 | 11 | 3 | 27,3 % | 42 | 39 | 3 | 7,7 % | 50 | - 8 |
| Poliklinikk | 217 | 211 | 6 | 2,8 % | 874 | 933 | - 59 | -6,3 % | 601 | 273 |
| Polikliniske opphold | 3 425 | 2 557 | 868 | 33,9 % | 12 861 | 11 080 | 1 781 | 16,1 % | 10 624 | 2 237 |
| Utdelt rusbehandling | | | | | | | | | | |
| Døgnbehandling | 24 | 28 | - 4 | -14,3 % | 108 | 114 | - 6 | -5,3 % | 101 | 7 |
| Poliklinikk | 269 | 292 | - 23 | -7,9 % | 1 017 | 1 175 | - 158 | -13,4 % | 853 | 164 |
| Polikliniske opphold | 663 | 994 | - 331 | -33,3 % | 2 883 | 4 306 | -1 423 | -33,0 % | 4 290 | -1 407 |

Kommentarer:

Det er fortsatt høyt trykk og pågang på den ungdomspsykiatriske sengeposten. Antall liggedager er per april 45 % høyere i samme periode i fjor. Målt mot budsjett er det færre liggedager, men flere sykehusopphold.

Døgnaktiviteten innen VOP ligger lavere enn det budsjetterte nivået, og antall sykehusopphold er også lavere enn i fjor. Det har i perioden vært et nedtak av antall senger som følge av beredskapsendringer og som en konsekvens av mangel på spesialister. TSB ligger lavere enn budsjettert, men over fjorårsnivået.

Brutto månedsverk



Kommentarer:

Brutto månedsverk som ble utbetalt i april var 3056, noe som er 2,9 % over budsjettert bemanningsforbruk og 0,3 % høyere enn i april i fjor. Det er i april utbetalt 36 månedsverk direkte knyttet til den økte beredskapen som følge av pandemien.

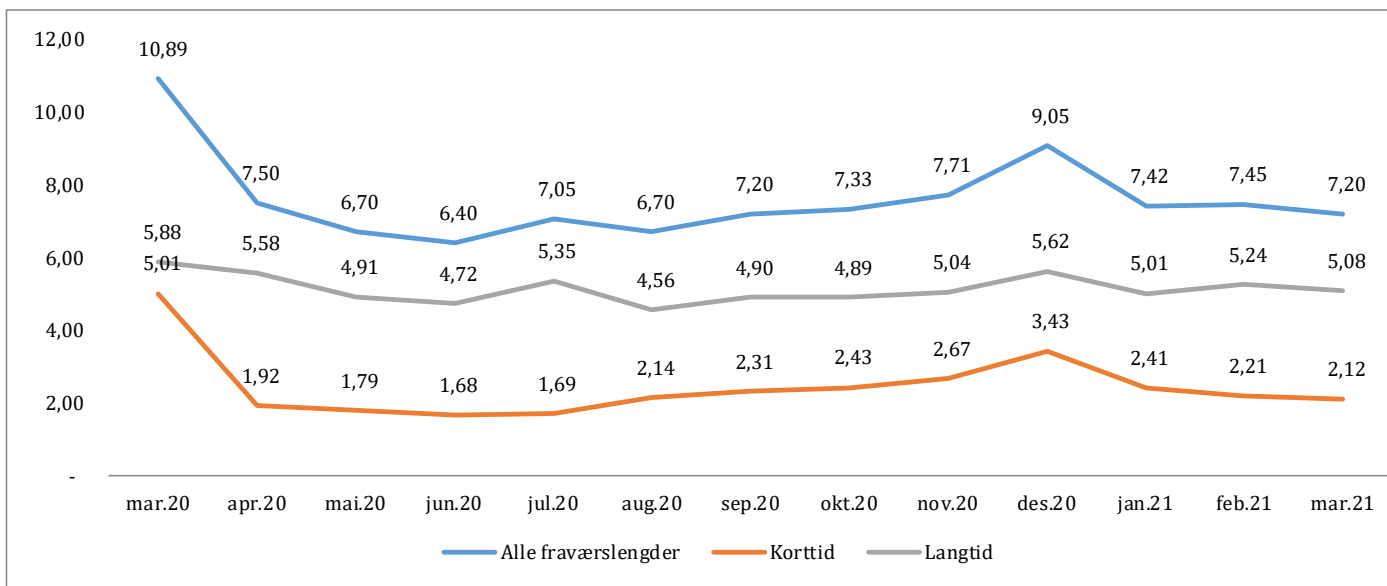
Når vi trekker ut koronarelatert bemanning, er bemanningsforbruket fortsatt 50 brutto månedsverk høyere enn budsjettert i april måned.

Budsjettet er lagt litt lavere utover året som følge av forventet effekt av innværende års merverditiltak.

| 202104 | Denne periode | | | | Hittil i år (gjennomsnitt) | | | | Endring HiÅ 2021 - 2020 | | |
|-----------------------|---------------|----------|----------------|---------|----------------------------|----------|----------------|-----------------|-------------------------|---------|---------|
| | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | % | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | Avvik i prosent | HiÅ 2020 | Endring | % |
| | 2 136 | 2 064 | - 72 | -3,5 % | 2 135 | 2 081 | - 55 | -2,6 % | 2 069 | 66 | 3,2 % |
| | 517 | 532 | 15 | 2,8 % | 520 | 536 | 16 | 3,1 % | 524 | - 5 | -0,9 % |
| | 161 | 151 | - 10 | -6,4 % | 160 | 152 | - 7 | -4,9 % | 155 | 4 | 2,9 % |
| rn | 678 | 683 | 5 | 0,8 % | 679 | 688 | 9 | 1,3 % | 679 | 0 | 0,0 % |
| alisert rusbehandling | 63 | 61 | - 2 | -3,3 % | 60 | 62 | 2 | 3,5 % | 59 | 1 | 1,4 % |
| vester | 164 | 145 | - 19 | -13,3 % | 160 | 146 | - 14 | -9,6 % | 159 | 1 | 0,5 % |
| | 15 | 18 | 2 | 12,5 % | 17 | 18 | 1 | 5,8 % | 20 | - 3 | -15,5 % |
| | 3 056 | 2 970 | - 86 | -2,9 % | 3 051 | 2 995 | - 56 | -1,9 % | 2 986 | 65 | 2,2 % |

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

Sykefravær



Kommentarer:

Det var et økende sykefravær fra august måned og ut 2020, hvor desember måned viste et sykefravær på hele 9,1 %.. Det høye sykefraværet i desember skyldes mange ansatte i karantene.

Korttidssykefraværet har en synkende kurve de tre siste månedene, og ligger hittil i år lavere enn i samme periode i fjor.

Langtidssykefraværet per mars ligger også lavere enn i fjor, og ligger per mars på 5,1 %, mot 5,6 % i samme periode i fjor

Sykefraværet i mars måned falt med 0,25 % - poeng fra februar, og det er en nedgang i både kort- og langtidssykefraværet.

I mars måned utgjorde Covid-19 relatert fravær 0,7 % - poeng av det samlede sykefraværet. Hittil i år er tallet 0,95 %.

Hvis vi trekker ut Covid-19-relatert sykefravær, så har vi hittil i år et sykefravær helt nede på 6,4 % per mars.

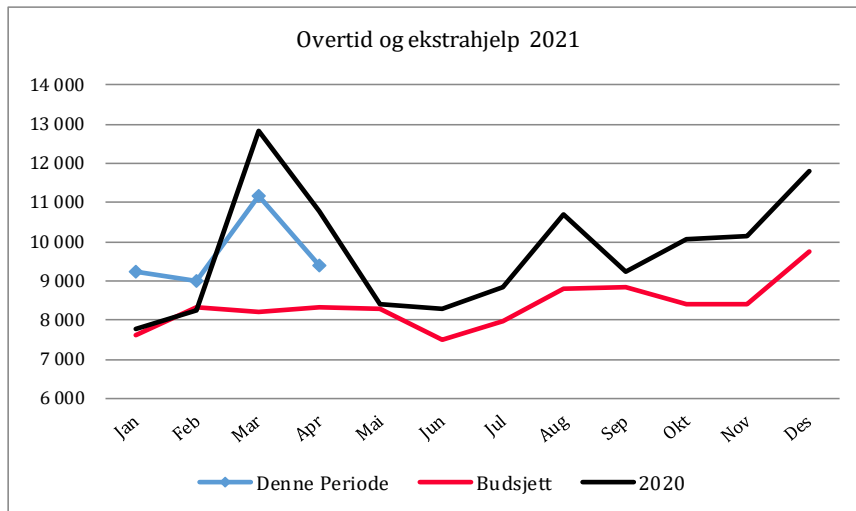
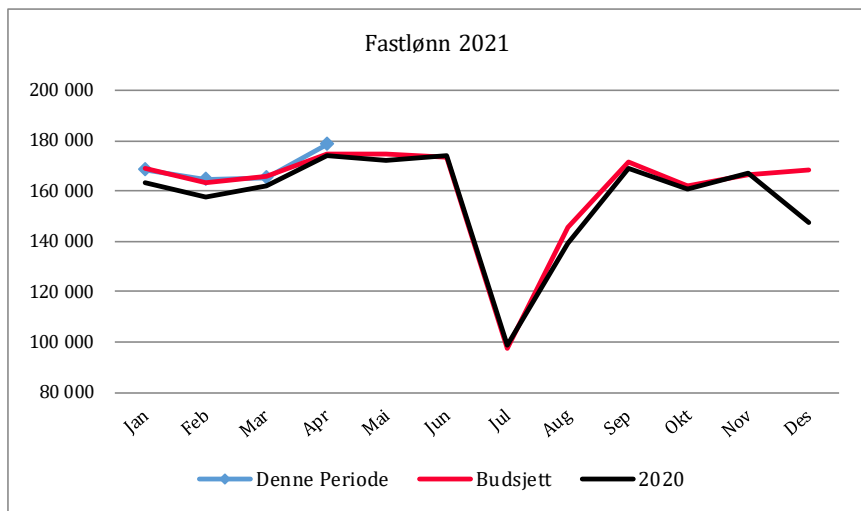
Tall for sykefravær rapporteres med en måneds forsinkelse

Bemanning

Lønnskostnader/innleie helsepersonell

| 202104 | Denne periode | | | | Hittil i år | | | | Endring HiÅ 2021 - 2020 | | |
|----------------|-------------------|---------|----------|----------------|-------------|---------|----------|----------------|-------------------------|----------|---------|
| | Tall i hele tusen | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | % | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | Avvik i prosent | HiÅ 2020 | Endring |
| | | 178 578 | 174 906 | -3 672 | -2,1 % | 676 510 | 672 963 | -3 547 | -0,5 % | 656 978 | 19 532 |
| p | | 9 386 | 8 334 | -1 052 | -12,6 % | 38 836 | 32 500 | -6 337 | -19,5 % | 39 620 | - 783 |
| | | 241 146 | 230 303 | -10 843 | -4,7 % | 914 789 | 884 979 | -29 810 | -3,4 % | 845 574 | 69 216 |
| del av kto 468 | | 1 870 | 1 216 | -654 | -53,8 % | 7 660 | 5 087 | -2 573 | -50,6 % | 5 377 | 2 284 |

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



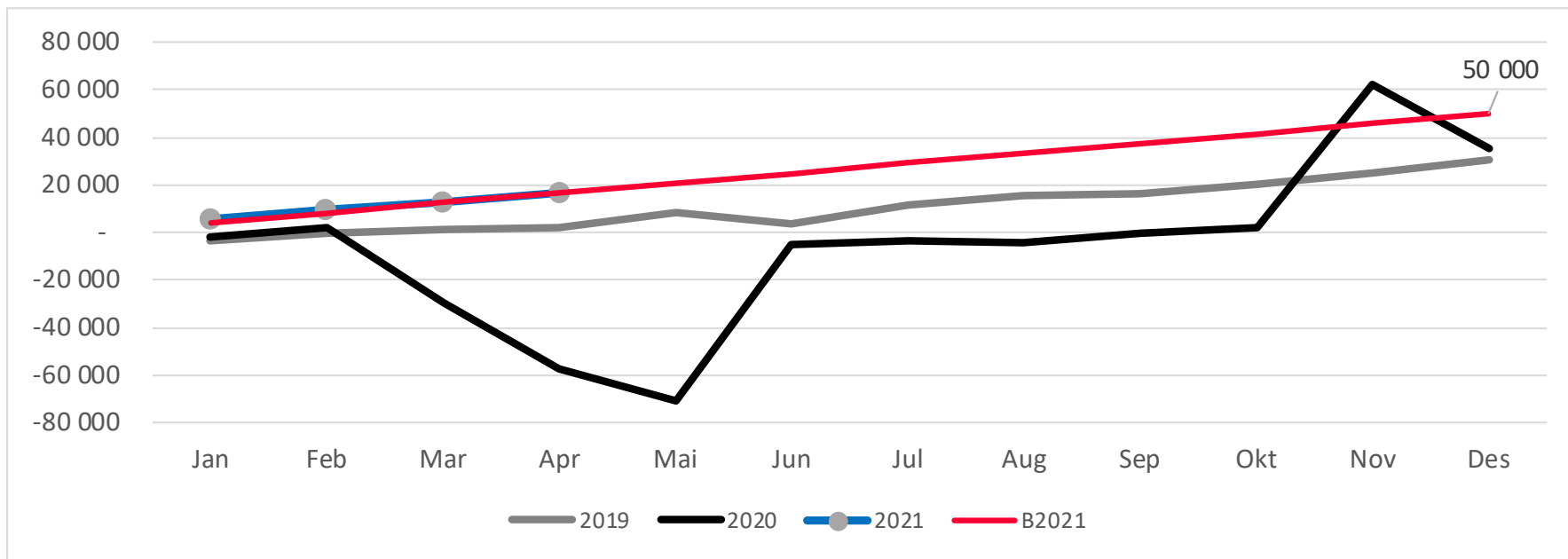
Kommentarer:

Samlede lønnskostnader (uten pensjon) for egne ansatte utgjorde 778,4 millioner kr per april, mot budsjett 770,3. Dette er omlag 17 millioner kr høyere enn i 2020. Innleie utgjorde 7,6 millioner kr. per april, mot budsjett 5,1 millioner kr.

Merforbruket på overtid og ekstrahjelp fortsetter også i april, men avviket denne måneden er lavere enn foregående.

Resultat

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



| Ark HF | Jan | Feb | Mar | Apr | Mai | Jun | Jul | Aug | Sep | Okt | Nov |
|----------------------------------|-------|-------|--------|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| at justert for pensjonskostnader | 5 973 | 9 381 | 12 435 | 16 754 | - | - | - | - | - | - | - |
| ettavvik | 1 806 | 1 048 | -65 | 87 | - | - | - | - | - | - | - |

Kommentarer:

Sykehuset Telemark rapporterer et resultat på 16,8 millioner kr. pr. april. Dette er i tråd med periodisert styringsmål.

Hittil i år er det inntektsført 64,2 millioner kr. av årets øremerkede COVID-19 tilskudd / utsatt inntekt fra 2020 og det gjenstår utsatt inntekt fra 2020 på 10,3 millioner kr. Det er knyttet stor usikkerhet til resultatene fremover, som blant annet vil avhenge av smittesituasjonen i opptaksområdet, som har eskalert i det siste. Basert på oppnådde resultater og identifiserte koronaeffekter hittil i år, vurderes det at resterende COVID-19 midler ikke er tilstrekkelige for å dekke forventede merkostnader og inntektstapet ut året.

Det estimeres at koronaeffektene vil overstige resterende COVID-19 midlene med minst 30 millioner kr. Videre forventes det at årets lønnsoppgjør vil generere merkostnader på ca. 10 millioner kr. utover budsjettet nivå. Resultatprognosen for året rapporteres dermed til + 10 millioner kr., som er 40 millioner kr. svakere enn budsjettet resultat.

| 202104 | Denne Periode | | | Hittil | | | Helår | |
|--|---------------|----------|----------------|-----------|-----------|----------------|-------------|--|
| | Faktisk | Budsjett | Avvik Budsjett | Faktisk | Budsjett | Avvik Budsjett | Årsbudsjett | |
| KBF | 229 817 | 229 817 | -0 | 879 465 | 879 465 | 0 | 2 510 786 | |
| r | 62 745 | 70 042 | -7 297 | 263 720 | 296 152 | -32 432 | 862 350 | |
| klinisk aktivitet | 16 080 | 15 630 | 451 | 63 851 | 67 070 | -3 219 | 190 427 | |
| iklinisk PHV/TSB | 5 926 | 5 178 | 748 | 21 884 | 22 451 | -567 | 63 321 | |
| ientadministrative legemidler (H-reseptor) | 3 067 | 6 463 | -3 396 | 23 560 | 25 851 | -2 291 | 77 554 | |
| cter | 9 090 | 8 320 | 770 | 36 379 | 36 105 | 274 | 107 388 | |
| nikk inkl HELFO | 7 898 | 7 569 | 329 | 32 009 | 32 439 | -430 | 95 608 | |
| pasientreiser | 2 120 | 2 339 | -219 | 7 923 | 7 357 | 565 | 32 868 | |
| | 46 966 | 30 831 | 16 135 | 161 858 | 121 183 | 40 676 | 348 026 | |
| EKTER | 383 709 | 376 188 | 7 521 | 1 490 650 | 1 488 074 | 2 576 | 4 288 328 | |
| | 87 517 | 80 764 | 6 753 | 351 315 | 331 222 | 20 093 | 993 352 | |
| n | 205 815 | 200 594 | 5 221 | 778 382 | 770 262 | 8 120 | 2 208 526 | |
| er | 33 461 | 28 493 | 4 969 | 128 747 | 109 630 | 19 117 | 314 708 | |
| ader | 57 991 | 62 598 | -4 607 | 236 141 | 261 999 | -25 859 | 726 732 | |
| NADER | 384 784 | 372 449 | 12 335 | 1 494 585 | 1 473 113 | 21 471 | 4 243 318 | |
| | -1 075 | 3 739 | -4 814 | -3 935 | 14 961 | -18 896 | 45 010 | |
| | 426 | 428 | -2 | 1 571 | 1 706 | -135 | 4 990 | |
| | -650 | 4 167 | -4 816 | -2 364 | 16 667 | -19 030 | 50 000 | |
| er | 4 969 | - | 4 969 | 19 117 | - | 19 117 | - | |
| ERT FOR PENSJONSKOSTNADER | 4 319 | 4 167 | 152 | 16 754 | 16 667 | 87 | 50 000 | |

Resultatet i april er 4,3 millioner kr., som er 0,1 millioner kr. bedre enn periodebudsjettet. Det er betydelige budsjettavvik på flere områder, men dette er effekter som tilskrives Koronapandemien og som derfor utlignes gjennom bruk av ekstraordinære midler.

Koronasituasjonen har påvirket foretakets drift negativt med 15,2 millioner kr. i april. Det rapporteres et inntektstap på ca. 8 millioner kr. og koronarelaterte kostnadene på ca. 7 millioner kr., omtrent på nivå med tidligere periode. Det er fortsatt lavere aktivitetsnivå innen øyeblikkelig hjelp og noe lavere elektiv aktivitet innen kirurgiske fagområder, mens aktivitetsnivået innen dagbehandling er økende. «Korona-tapet» vedrørende inntekter vurderes lik budsjettavviket på aktivitetsbaserte inntekter, i tråd med anbefalt tilnærming.

Risikovurdering per 1. tertial 2021

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

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

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

| Risikomatrise 1. tertial 2021 STHF | | | | | | |
|---|----------|-------------------|----------|----------------|----------|----------|
| | | Konsekvens | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sannsynlighet | 5 | | | | | |
| | 4 | | | 5, 2 | | |
| | 3 | | 4 | 3 | 8 | |
| | 2 | | | 1, 6, 7 | | |
| | 1 | | | | | |

| Risikoområder | Sannsynlighet | | | | | Konsekvens | | | | | Historisk utvikling | | | |
|---|---------------|-----|-----|---|---|------------|-----|-----|---|---|---------------------|-------|-------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | T1-20 | T2-20 | T3-20 | T1-21 |
| 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 – Redusert sannsynlighet og konsekvens. Ventetid for ventende og påstartet er hhv. 57 og 52 dager. Ventetider og løftebrudd er sterkt redusert som følge av ekstraordinære tiltak blant annet på poliklinikk. Sykehuset er tildelt 8,7 millioner kroner for ytterligere ventelisteorienterte tiltak gjennom året. Fristbruddene gjennom koronaperioden i 2020 er hentet inn, og andelen er stabilisert på nivå med tidligere år. Det er et sterkt fokus på å tilpasse drift, og opprettholde pasienttilbudet avhengig av beredskapssituasjonen.

2. Økonomi – Økt sannsynlighet. Sykehuset rapporterer et driftsresultat på 16,8 millioner kroner per april, som er 0,1 million kroner bedre enn budsjett. Samlet koronaeffekt utgjør -64,2 millioner kroner. Koronaeffekten kompensert i regnskapet hver måned. Hele det ekstraordinære tilskuddet for 2021 er brukt per april, og ca 10 millioner gjenstår av overførte midler fra 2020. Dersom sykehuset ikke tilføres nye midler forventes årsresultatet å svekkes med ca 30 millioner kroner. Videre forventes det at årets lønnsoppgjør vil generere merkostnader på ca. 10 millioner kr. utover budsjettet nivå. Det er økt fokus på å sikre at koronarelaterte kostnader er midlertidige, og kan reduseres etter hvert som situasjonen normaliseres.

3. Bemanning – Redusert konsekvens. Område «aktivitet» er splittet ut som egen risiko. 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 er kostnadsdrivende. Parallelt med den pågående koronasituasjonen jobbes det med å forbedre produktiviteten for å etablere en bærekraftig drift og skape handlingsrom til egen utvikling.

4. Prioriteringsregelen – Økt sannsynlighet. 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 er ikke oppfylt som følge av lavere kostnadsvekst innenfor BUP og VOP enn veksten i somatikken. Prioriteringsregelen er oppfylt innenfor TSB med en vekst på 8,1. Somatikken har en kostnadsvekst på 7,0. BUP og VOP har lavere

vekst enn somatikken med hhv 3,6 % og 1,2 % vekst. Rekrutteringsvansker og turnover gir reduserte lønnskostnader.

5. Informasjonssikkerhet - Ingen endring. Regional protokoll etter Artikkel 30 er ferdigstilt og arbeid pågår med å ta denne i bruk. Sykehuset venter på at Sykehuspartner skal importere vår protokoll i den regionale løsningen. Deretter vil arbeidet med komplettering av protokollen videreføres, og systematikk og ansvars plassering for ajourføring av protokollen defineres

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. Lavere aktivitet og økt fokus på opplæring blant annet innen smittevern og tidlig oppdagelse av forverret tilstand (NEWS-2), må forventes å ha bidratt til økt pasientsikkerhet for inneliggende pasienter. I perioden er det gitt prioritet til livreddende og nødvendig behandling som ikke kan utsettes. Konsekvensen av utsatte utredninger og behandlinger vil vise seg over tid.

7. Koronaberedskap – Redusert sannsynlighet. Sykehuset skal sikre tilgang på utstyr, ressurser og kompetanse i forbindelse med koronapandemien, samt til enhver tid sikre god balanse mellom beredskap og øvrig drift. Det er opprettet lister over frivillige, pensjonister og klinisk personell i admin-funksjoner som kan tilkalles ved behov. Det legges også til rette for utveksling av personell mellom klinikker og sengeposter. For personell på sengepostene følges det nasjonale opplæringsprogrammet. Sykehuset har også opplæring av reservepersonell til intensiv. Det er sikret lager og leveranse av testutstyr, og lagt til rette for testing av pasienter, og ansatte ved behov. Det er opprettet et smittesporingsteam som jobber dag, kveld og helg. Det vurderes at koronaberedskapen er godt ivaretatt, og at sommerperioden vil gi et noe lavere smittetrykk i samfunnet.

8. Aktivitet – Ny. Sannsynlighet 4, konsekvens 3. Medisinsk klinikk opplever et bortfall av 10-15 % ø-hjelpsaktivitet. 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. Andelen 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

Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 1. tertial 2021

| | K | S | Risikoområder | Beskrivelse / mulig konsekvens | Tiltak | Effekt | Ansvar | Frist |
|--------------------------|---|---|---------------|---|---|---|-------------------------|---------|
| 1 Tilgjengelighet | | | | | | | | |
| | K | 3 | ↓ | Økte ventetider reduserer sykehusets attraktivitet, og kan være et tegn på lav lønnsomhet. STHF er i gul beredskap fra medio desember, og ventetidene forventes å øke noe fremover. | <ul style="list-style-type: none"> • HSØ har tildelt 8,7 millioner til konkrete poliklinikkiltak for å redusere ventetider (Plast, ØNH, Gastromedisin, BUP, PHV/TSB) • Økt bruk av telefonkonsultasjoner for å opprettholde elektiv aktivitet der det er mulig | Redusere unødig ventetid og administrative feil. Bidrar til økt kompetanse og felles praksis. | Klinikksjefer og ledere | Løpende |
| | S | 3 | ↓ | | | | | |
| | K | 4 | → | Pasienter får ikke oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp. Spesialisthelsetjenesten overholder ikke juridisk bindende forpliktelse til å oppfylle pasientens rettighet, og pasientens rettslig krav på behandling innen den fristen som er fastsatt. | <ul style="list-style-type: none"> • Fokus på lengre planleggingshorisont. Sekretærstyrt timebok. • Kontinuerlig rydding i ventelister for å unngå fristbrudd, langventere, unødig ventetid og løftebrudd. • Det er pågått økt poliklinisk aktivitet og dagbehandling med sikte på å redusere ventelister og unngå fristbrudd. • Medisin har gjennomført opplæring av LIS for økt kapasitet i skoperinger | Pasientene skal ikke oppleve fristbrudd | Klinikksjefer og ledere | Løpende |
| | S | 2 | ↓ | | | | | |
| 2 Økonomi | | | | | | | | |
| | K | 3 | → | <ul style="list-style-type: none"> • STHF må skape økonomisk handlingsrom for å sikre nødvendige investeringer. • Styling og kontroll med ressursbruken er viktig for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen • Akkumulert resultatet pr april er 16,8 millioner, som er 0,1 million bedre enn budsjettet. | Det jobbes kontinuerlig med gjennomgang av egen drift og identifisering av tiltak både på inntekt- og kostnadssiden. Arbeid med sykehusovergripende tiltak pågår. Omorganisering av sengeposter Kirurgisk klinikk starter 1. september. Klinikken følger opp sine respektive tiltaksplaner jevnlig, og det er et kontinuerlig fokus på kostnadseffektivisering. | Sikre økonomisk økonomisk bærekraft nødvendig for å opprettholde investeringer og vedlikehold og sikre bærekraft også etter USS | Klinikksjefer og stab | Løpende |
| | S | 2 | → | | | | | |
| | K | 3 | → | Redusert aktivitet og høye kostnader ifm Koronavirus har en sterk negativ effekt på sykehusets økonomi. STHF har per T1 forbrukt 100% av de ekstraordinære midlene bevilget til smittevern og bredeskap i 2021 og i tillegg 75 % av de overførte inntektene fra 2020. Dersom sykehuset ikke tilføres ytterligere midler forventes årsresultatet å svekkes med 30 mnok i 2021. | <ul style="list-style-type: none"> • God kostnadskontroll og ressursplanlegging i klinikkene • Det holdes løpende oversikt over kostnadseffekten av koronatiltakene • Følge opp at overgang til normaldrift fører til reduserte koronakostnader og årsverk • Tettere oppfølging av koronakostnader i klinikkene | Opprettholde aktivitet i så stor grad som mulig gjennom pandemien. Jobbe ned oppsamlinger i ventelistene. | Klinikksjefer og stab | Løpende |
| | S | 4 | ↑ | | | | | |

Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 1. tertial 2021

| | K | S | Risikoområder | Beskrivelse / mulig konsekvens | Tiltak | Effekt | Ansvar | Frist |
|--------------------|---|---|---------------|--|--|--|--------------------------------|---------|
| 3 Bemanning | | | | | | | | |
| | K | 4 | → | <p>Økte årsverk, variabel lønn og innleie utover budsjett er kostnadsdrivende, og et mulig tegn på ineffektiv planlegging og drift. Lønnskostnader er sykehusets største kostnadspost. God kostnadskontroll og planlegging på dette området kan derfor forbedre økonomien betydelig. Forventer bedre håndtering av korona i 2021 blant annet mht læringseffekt fra 2020 og vaksinerings av ansatte. Budsjett er økt med 58 årsverk fra 2020.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Det arbeides med omstilling, nedbemanning og bedre ressursutnyttelse. • Aktivitetsstyrt bemanning på sengeposter • Læringseffekt fra tidligere perioder vil bidra til mer effektiv håndtering av eventuell ny smitte • Følge opp at overgang til normaldrift fører til reduserte koronakostnader og årsverk • Forventer effekt fra sengepostprosjekt, som ikke er lagt i budsjett. • Sikre god gjennomføring av sommerdrift | Sikre økonomisk bæreevne og effektiv drift. | Kliniksjefer og ledere | Løpende |
| | S | 3 | → | | | | | |
| | K | 2 | → | <p>Høyt sykefravær er kostnadsdrivende, en belastning for kontinuerlig drift på de ulike seksjonene, og kan være et tegn på et problematisk arbeidsmiljø. Koronaeffekten på sykefravær økte i mars blant annet på grunn av karantener, men igjen på et normalt nivå i april. Offisielle tall foreligger per oktober på 7,58 %. 0,83% gjelder korona-relatert fravær.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Samarbeid med NAV for å redusere sykefraværet • Prosjekt "Tett på" i HR 2020 | Redusert sykefravær og tilhørende kostnader. | HR-enhet / ledere | Løpende |
| | S | 2 | → | | | | | |
| | K | 3 | ↓ | <p>AML-brudd er lovbrudd. Det er gjerne overtidsarbeid som fører til AML-brudd hos STHF. En høy andel AML-brudd kan derfor ses i sammenheng med en juridisk, økonomisk og arbeidsmiljørelatert risiko.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Forbedre arbeidet med tjenesteplaner og vaktplaner, som i minst mulig grad gir rom for AML brudd. • Prosjekt "bemanningsplanlegging og ressursstyring". • Pågående oppryddingsarbeid for å fjerne feilregistreringer | Bemanningsplanlegging og drift skal utføres iht arbeidsmiljøloven. | HR-enhet / ledere | Løpende |
| | S | 4 | ↑ | | | | | |
| | K | 3 | ↑ | <p>Kompetansemangel vil ha en negativ effekt på pasienttilbud og kvalitet.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Følge opp STHFs vedtatte strategi for å rekruttere og beholde spesialistkompetanse ved STHF. • Langsiktig mål om å utdanne egne spesialister i fag med rekrutteringsvansker • Utdanning av spesialsykepleiere innenfor anestesi, intensiv og operasjon. | Riktig kompetanse på rett sted og til rett tid | HR-enhet / ledere | Løpende |
| | S | 3 | ↑ | | | | | |
| | K | 4 | → | <p>Mangelfull ressursplanlegging kan føre til dårlig ressursutnyttelse, manglende kompetanse, høyere</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Aktivitetsstyrt bemanning pågå • Riktig effektivitetsnivå ved tverrfaglig arbeid, for eksempel tidsbruk på møter, antall deltagere etc. | Mer kostnadseffektiv drift, økt planleggingshorisont | HR-enhet / analyse / klinikker | Løpende |
| | S | 3 | → | | | | | |

Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 1. tertial 2021

| K | S | Risikoområder | Beskrivelse / mulig konsekvens | Tiltak | Effekt | Ansvar | Frist |
|--------------------------------|-------|--|---|---|---|------------------------|---------|
| | | | variable lønnskostnader og lavere aktivitet. Pasienten vil kunne oppleve lengre ventetider og flere fristbrudd. Særlig viktig i forbindelse med beredskap for Koronavirus og gradvis normalisering av drift | <ul style="list-style-type: none"> • Riktig bruk av bemanningssenteret • Operasjonskoordinator ansatt for bedre flyt og videreføring av prosesser fra Operasjon 2020-prosjektet • Prosjekt "ressursstyring i et økonomisk perspektiv" • Prosjekt "Pasientflyt 24/7" | | | |
| 4 Prioriteringsregelen | | | | | | | |
| K 2 → | S 2 → | Aktivitet og ventetider | <ul style="list-style-type: none"> • 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. | <p>Økt aktivitet og reduserte ventetider innen PHV/TSB krever økt produktivitet og alle behandlerstillinger besatt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rekruttere og beholde medarbeidere • Oppfølging medarbeidere • Planlegging – logistikk • Effektivisere teamsamarbeid – flerfaglig arbeidsform • Økt bruk av telefon- og videokonsultasjoner når mulig • Samarbeid med 1. linje og avtalespesialister <ul style="list-style-type: none"> o Riktige/riktigere henvisninger o Spesialist ut til fastlegekontor o Samarbeid med avtalespesialister | <p>Større vekst i aktivitet og reduserte ventetider:</p> <p>Flere pasienter får behandling.</p> <p>Mer intensive behandlingsforløp og pasientene unngår unødig venting.</p> <p>Reduserte ventetider</p> | Kliniksjefer og ledere | Løpende |
| K 3 → | S 4 ↑ | Kostnader per tjenesteområde | Prioriteringsregelen er ikke oppfylt som følge av lavere kostnadsvekst innenfor BUP og VOP enn veksten i somatikken. Prioriteringsregelen er oppfylt innenfor TSB med en vekst på 8,1. Somatikken har en kostnadsvekst på 7,0. BUP og VOP har lavere vekst enn somatikken med hhv 3,6 % og 1,2 % vekst. Rekrutteringsvansker og turnover gir reduserte lønnskostnader. | <p>Bedre kostnadskontroll innen somatikken vil muliggjøre oppfyllelse av prioriteringsregelen.</p> <p>Rekruttering av ressurser utover budsjett pågår i BUP, og samtidig som det forsøkes å rekruttere i vakante stillinger i poliklinikken innenfor voksenpsykiatrien og rusbehandlingen</p> | Oppfylt prioriteringsregel | Kliniksjefer og ledere | Løpende |
| 5 Informasjonssikkerhet | | | | | | | |
| K 3 → | S 5 → | Covid-19 Forsinkelse i ordinære prosjekter og STIM | Gamle løsninger blir ikke oppgradert eller skiftet ut | <p>Strengere endringskontroll i Sykehuspartner</p> <p>Strengt fokus på etterlevelse av sikkerhetskrav.</p> | | Systemeiere | Løpende |

Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 1. tertial 2021

| K | S | Risikoområder | Beskrivelse / mulig konsekvens | Tiltak | Effekt | Ansvar | Frist |
|--|---|---|---|--|--|--|--------------------------------|
| | | | | Streng prioritering av prosjekter | | | |
| K 4 → S 2 → | | Datainnbrudd | Risiko for pasientsikkerhet og personvern. Det er et kontinuerlig risikoområde. | Behov for å kartlegge ytterlige oversikt over hvilken risiko som foreligger. Etablering av prosjekt. | | Utviklingsavdelingen | |
| K 2 → S 3 → | | Ikke tilstrekkelig oversikt over all behandling av personopplysninger | Sykehuset kan ikke fremlegge fullstendig oversikt over behandlinger til registrerte pasienter og ansatte, eller ved eventuelle tilsyn. Dette kan medføre høye overtredelsesgebyr. | Protokoll versjon 1.0 er ferdigstilt. Kartlegging av behandlingsaktiviteter foretatt. Vi venter på at Sykehuspartner skal importere vår protokoll i den regionale løsningen. Deretter vil arbeidet med komplettering av protokollen videreføres, og systematikk og ansvars plassering for ajourføring av protokollen defineres. Den regionale IT-løsningen er avgjørende for å forbedre protokollen. | | Utviklingsdirektør | Avhengig av regional leveranse |
| 6 Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring | | | | | | | |
| K 3 → S 2 → | | Pasientskader | Pasientskader er et stort samfunnsproblem og medfører store konsekvenser for pasienter, pårørende og involvert helsepersonell- Det kan i verste tilfelle føre til varige skader eller tap av liv. Samtidig er pasientskader samfunnsøkonomisk kostbart. | Gjennomføre tiltak innen innsatsområder pasientsikkerhet i alle relevante enheter. Redusere antall pasientskader målt med metoden GTT - Global Trgger Tool | Færre pasientskader | Klinikkjefer, koordinator: Kvalitetsavdelingen | 2020 |
| K 2 → S 2 → | | Pasientsikkerhetskultur | God meldekultur er en forutsetning for at avvik blir registrert og bidrar til forbedring. God pasientsikkerhetskulturen er en forutsetning for åpenhet og læring etter uønskede hendelser | Opplæring i avvik og meldekultur Registrere grad av samsvar mellom meldte avvik og NPE-saker der pasienten har fått medhold. | God meldekultur sikrer at avvik blir registrert og bidrar til forbedring. God pasientsikkerhetskultur sikrer åpenhet og læring etter uønskede hendelser | Klinikkjefer, koordinator: Kvalitetsavdelingen | 2020 |
| K 3 → S 2 → | | System og struktur for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring | Utrangerte systemer hemmer registrering av data og tilgang til styringsinformasjon om pasientskader og forbedringsarbeid | Anskaffelse og implementering av nytt avvikssystem | Informasjon om avvik og data i sanntid er tilgjengelig og brukes aktivt i foretakets forbedringsarbeid. | Prosjektleder / fagdirektør | 2020 |

Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 1. tertial 2021

| K | S | Risikoområder | Beskrivelse / mulig konsekvens | Tiltak | Effekt | Ansvar | Frist |
|--------------------------|---|-----------------------|--|---|---|---|---------|
| K 3 → S 2 → | | Infeksjoner | Helsetjenesterelaterte infeksjoner er blant de hyppigste pasientskadene målt med GTT. | Prevalensmålinger og insidensmålinger med tilbakemeldinger Smittevernvisitter Antibiotikastyringsprogram | Redusert antall infeksjoner | Klinikkjefer: Koordinator: Smittevern/fagdirektør | 2020 |
| K 2 → S 2 → | | Korridorpasienter | Høy andel korridorpasienter gir dårligere kvalitet i pasientbehandling og kan øke risiko for infeksjoner. Utviklingen har vist en økning i Medisinsk klinikk i 2019. | En del medisinske pasienter har hatt ønske om å slippe å ligge på 4-mannsrom. Avdelingslederne forsøker å motivere de ansatte om at pasienter i minst mulig grad bør ligge på korridor. Klinikken intensiverer arbeidet med å praktisere samme-dagsinnleggelse for pasienter som skal ha pacemaker. Klinikken har uttalt god nytte av en velfungerende og aktiv AK 2 og ser at høy bruk av den gir betydelig færre korridorpasienter. Dette innlemmes i prosjekt "Pasientflyt 24/7". | Ingen korridorpasienter | Klinikkjefer og ledere | Løpende |
| 7 Koronaberedskap | | | | | | | |
| K 3 → S 1 ↓ | | Bemanning | Tilgang på ekstraressurser, studenter, pleieressurser som kan mobiliseres dersom situasjonen tilsier det. En mulig konsekvens kan være at pasienter ikke får nødvendig behandling, eller forsinket diagnose og behandling. | - Studenter testes jevnlig for smitte. - Liste med frivillige, pensjonister og klinisk personell i admin-funksjoner som kan tilkalles ved behov - Legge til rette for utveksling av personell mellom klinikker og sengeposter. - Oppstart av vaksinerings i uke 2. | Med dagens tiltak i kombinasjon med relativt lavt belegg forventes det at drift kan opprettholdes selv ved moderate smitteutbrudd blant ansatte | | |
| K 3 → S 1 ↓ | | Intensivkapasitet | Kan havne i en situasjon med mangel på pleiepersonell og intensivpersonell med nøkkelkompetanse. | - Nasjonalt opplæringsprogram (sengepost) - Opplæring av reservestyrke (intensiv) | | | |
| K 3 → S 2 → | | Covid-19 smitterisiko | Det er fare for at pasienter og ansatte kan bringe med seg smitte av koronavirus på sykehuset. Smitte kan få helsemessige konsekvenser for den smittede, og vil være en belastning for sykehuspersonellet. | • God tilgang på smittevernutstyr og håndsprit • Ansatte får god opplæring i smittevernprosedyrer • Pågående smitteverntiltak på poliklinikk og operasjon | Redusere sannsynlighet for spredning av viruset. Redusere kostnader for sykehuset. Opprettholde sykehusets behandlingsskapasitet. | Klinikkjefer | Løpende |
| 8 Aktivitet | | | | | | | |

Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 1. tertial 2021

| | K | S | Risikoområder | Beskrivelse / mulig konsekvens | Tiltak | Effekt | Ansvar | Frist |
|--|---|-----|----------------------------------|---|---|---|-------------------------------|---------|
| | K | 3 ↑ | Svingninger i pasientgrunnlag ØH | ØH-tilbudet må opprettholdes, men er kostnadskreven. Antar bortfall av ca 10-15% ØH i MED ifm korona frem til sommeren. | <ul style="list-style-type: none"> • Bedre utnyttelse av tilgjengelig arbeidstid i operasjonsplanlegging (operasjon 2020) • Kartlegge muligheter for mer dynamisk styring • Pågående tiltak for poliklinikk | Mer effektiv pasientbehandling. | Klinikksjef/ledere KIR/ABK | |
| | S | 4 ↑ | | | | Kostnadsreduksjoner Effektiv ressursutnyttelse | Klinikksjef / ledere | Løpende |
| | K | 3 | Voksenpsykiatri og TSB | Lav aktivitet målt mot tidligere år. Aktiviteten og produktiviteten har falt betraktelig innenfor Rus-feltet fra nyttår. Mye av dette skyldes det store fallet i innteksbringende 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 tilfredstiller kodekravene, noe som igjen gir lav aktivitet/produktivitet og lave inntekter | Ønsket effekt er korrekt koding, flere tellende konsultasjoner, vise bedre produktivitet og samtidig øke inntektene | Klinikksjef | Løpende |
| | S | 3 | | | | | | |

Saksfremlegg

Saksgang:

| Styre | Møtedato |
|--------------------------------|------------|
| Styret i Sykehuset Telemark HF | 19.05.2021 |

| Type sak (sett kryss) | | | | | | | |
|-----------------------|--|--------------|--|-------------|---|------|--|
| Beslutning | | Etterretning | | Orientering | X | Tema | |

Sak: 042-2021 Utviklingsprogrammet - status prosjekt Pasientflyt 24/7 og Kontorfaglige støttefunksjoner

Hensikten med saken

Hensikten med saken er å gi styret en orientering om to igangsatte forbedringsprosjekter ved sykehuset. Prosjektene er en del av virksomutviklingsprogrammet som skal forberede organisasjonen på å ta i bruk nye arealer ved utbyggingen i Skien, og ikke minst bidra til å skape bærekraftig drift over tid. Styret har tidligere i år fått en gjennomgang av «Operasjon 2020», som er en del av det samme programmet. Forbedringsprosjektene forventes å bidra til at sykehuset kan realisere merverdiene som er innarbeidet i budsjettet og den økonomiske langtidsplanen.

Sykehuset Telemark har gjennom mange år jobbet med ulike omstillings- og forbedringsinitiativ, men har gjennom de siste årene i større grad satt fokus på det vi benevner som sykehusovergrepene prosjekter og aktiviteter. Klinikkvise forbedringsaktiviteter er helt nødvendige og fremdeles en viktig del av kvalitetsforbedrings- og effektiviseringsarbeidet. Imidlertid er det en kjensgjerning at pasientforløpene går på tvers av organisasjonsstrukturene og det er mange avhengigheter på sykehuset hvor klinikkens prioriteringer og aktiviteter har stor betydning for den øvrige virksomheten. Vi mener at det her ligger et stort potensiale for effektivisering og forbedring både økonomisk og for pasienten. På denne bakgrunnen mener vi det er helt nødvendig å supplere med prosjekter som i større grad enn tidligere ivaretar helheten.

I presentasjonen til styret vil vi gi en mer utfyllende orientering om utviklingsarbeidet generelt, men spesielt orientere om status i de to nevnte prosjektene.

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering og stiller seg bak arbeidet med nødvendige forbedringer for å skape en bærekraftig utvikling ved sykehuset.

Skien, 11. mai 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

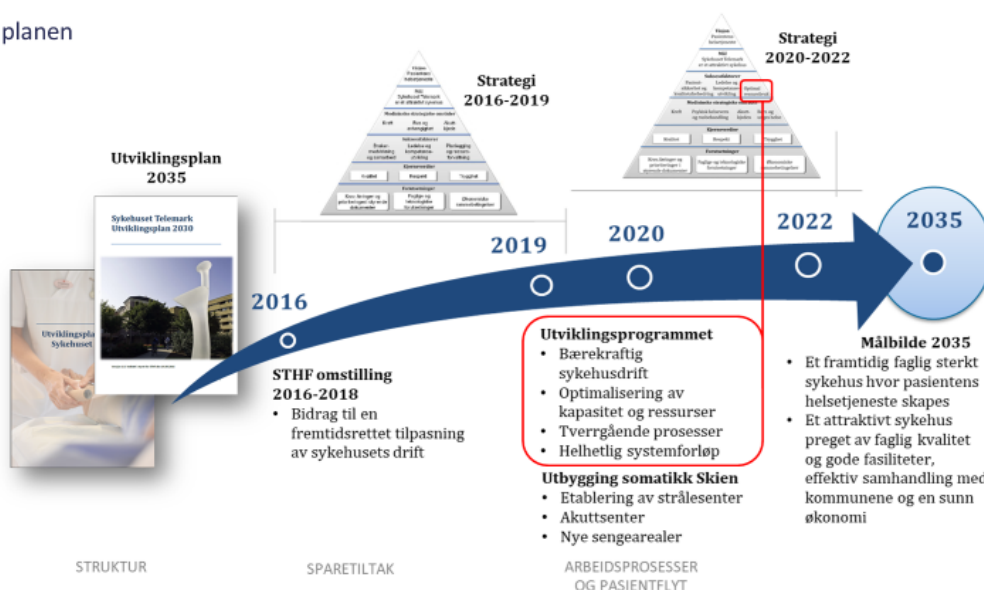
Sykehuset Telemark har gjennom mange år jobbet med ulike omstillings- og forbedringsinitiativ, men har gjennom de siste årene i større grad satt fokus på det vi benevner som sykehusovergrepene prosjekter og aktiviteter. Klinikkvise forbedringsaktiviteter er helt nødvendige og fremdeles en viktig del av kvalitetsforbedrings- og effektiviseringsarbeidet. Imidlertid går pasientforløpene på tvers av organisasjonsstrukturene og det er mange avhengigheter på sykehuset hvor klinikkens prioriteringer og aktiviteter har stor betydning for den øvrige virksomheten. Derfor har vi de siste årene sett nødvendigheten av å supplere forbedringsarbeidet med prosjekter som i større grad enn tidligere ivaretar helheten. Forbedringsprosjektene er sentrale i å realisere merverdiene som er innarbeidet i budsjettet og den økonomiske langtidsplanen til sykehuset.

Utviklingsprogrammet ble lansert i 2018. Formålet var å skape handlingsrom til å kunne realisere vår visjon og strategi for fremtiden. Konkret ble det etablert to hovedmålsettinger:

- 1) Utvikle og bygge en bærekraftig sykehusdrift
- 2) Utvikle en tilpasningsdyktig drift for fremtidig endring i bygningsmasse og driftsmodell

Programmet ble etablert som en videreføring av det omstillingsarbeidet som var gjennomført fra og med 2017, hvor vi realiserte betydelige kostnads- og bemanningsreduksjoner. Figuren nedenfor viser utviklingsprogrammet inn i en sammenheng hvor vi i større grad enn tidligere fokuserer på effektivisering av arbeidsprosessene og samhandling på tvers av sykehusets ulike driftsenheter, for å oppnå det fremtidige målbilde.

Vi følger planen



Høsten 2018 inngikk vi en avtale med konsultentselskapet EY hvor vi gjennomførte tre pilotprosjekter for å forbedre driften i to valgte poliklinikker, samt et prosjekt i

sykehuspsykiatrien. Prosjektet i ortopedisk poliklinikk vant i 2019 utmerkelsen som årets lean-prosjekt.

Vi fortsatte samarbeidet med EY i prosjektet «Operasjon 2020», hvor EY har fungert som en fasilitator inn i det kompliserte logistiske systemet som operasjonsaktiviteten representerer. I tillegg har EY vært en viktig pådriver i å utvikle en forbedringskultur ved sykehuset og ikke minst etablere en standard for forbedringsaktiviteter.

Operasjon 2020 er nå over i en gevinstrealiseringsfase og styret fikk en oppdatering omkring dette arbeidet i møtet i mars i år.

2. Prosjektene Pasientflyt 24/7 og Kontorfaglige støttefunksjoner

Pasientflyt 24/7

Prosjektet omhandler pasientflyt fra akuttmottak og inn i sykehuset og de arbeidsprosesser, samarbeidsforhold og ressurser som understøtter pasientflyten knyttet til inneliggende pasienter og dagpasienter. Prosjektet skal eliminere flaskehalsen i dagens pasientflyt og sengepostdrift og standardisere utvalgte pasientforløp. Videre skal prosjektet sikre riktig dimensjonering og bruk av somatisk sengekapasitet i Skien.

Prosjektet er et organisasjonsutviklingsprosjekt som forbereder organisasjonen til innflytting i nye sengeområder og gjelder somatiske senger i Skien.

Prosjektets mål kan sammenfattes som følger:

- Redusert totalt antall somatiske liggedøgn vs. 2019
- Justert sengekapasitet i hht liggedøgn
- Antall korridorpasienter ved STHF på 1% eller lavere
- Reduserte totale lønnskostnader på sengeposter inkl. EFO og innleie vs. 2019 (?)
- Økt medarbeidertilfredshet, ForBedring vs. 2019
- 75% måloppnåelse av identifiserte gevinstområder per innsatsområde 1 år etter implementasjon
- Løsningene skal understøtte målene definert i det strategiske området «Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring»

Kontorfaglige støttefunksjoner

Prosjektet omfatter optimalisering av arbeidsoppgaver og –flyt for kontorfaglige støttefunksjoner. Sykehusene bruker betydelige ressurser for å støtte de pasientrettede aktivitetene med nødvendige administrative oppgaver for å planlegge, gjennomføre og dokumentere. Dette området har bare blitt mer krevende med årene, bl.a som en følge av økte krav til rapportering. Oppgavene er også i stor grad påvirket av meget strenge krav til pasientsikkerhet og personvern. På den annen side skjer det en betydelig oppgradering av verktøy som bidrar til forbedrede muligheter til systemstøtte for å frigi tid og ressurser til det pasientrettede arbeidet.

Prosjektets effektmål kan sammenfattes som følger:

- 1) Bedre tilgjengelighet på elektiv behandling
- 2) Digitaliserte kommunikasjonsmuligheter utnyttes
- 3) Lege/behandler får mer tid til pasientrettet arbeid

Prosjektet skal føre til økt pasientnytte ved å øke tilgjengeligheten med mer enn 2%. Ambisjonen er å øke inntekter og redusere kostnader knyttet til arbeidsoppgaveflyt med 15 millioner kroner.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Administrerende direktør vil understreke viktigheten av å supplere de klinikkvise forbedringsaktivitetene med sykehusovergrepene prosjekter. Dette for å bidra til helhetstenkning og realisering av merverdier i aktiviteter og pasientforløp som går på tvers av den organisatoriske strukturen på sykehuset.

Administrerende direktør ber styret støtte opp under forbedringsarbeidet for å skape nødvendig handlingsrom for å realisere de langsiktige planene ved sykehuset Telemark.

Administrerende direktør vil be styret å ta presentasjonen av prosjektene Pasientflyt 24/7 og Kontorfaglige støttefunksjoner, til orientering.

Vedlegg:

Saksfremlegg

Saksgang:

| | |
|--------------------------------|------------|
| Styre | Møtedato |
| Styret i Sykehuset Telemark HF | 19.05.2021 |

| | | | | | | | |
|-----------------------|--|--------------|---|-------------|--|------|--|
| Type sak (sett kryss) | | | | | | | |
| Beslutning | | Etterretning | x | Orientering | | Tema | |

Sak: 043-2021

Oppfølging av alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser 2020

Hensikten med saken

- Saken redegjør for alvorlige pasienthendelser i 2020 (§ 3-3a saker) og hvordan sakene følges opp med hendelsesanalyser.
- Saken beskriver ny prosess for oppfølging av hendelsesanalysen som skal sikre at forbedringstiltakene får planlagt effekt.
- Målet er å redusere risiko for pasientskader.

Forslag til vedtak

- Styret tar redegjørelsen for alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser i 2020 til etterretning.
- Styret gir sin tilslutning til ny prosess for oppfølging av hendelsesanalysene og ber om å bli orientert om resultatene når evalueringen foreligger.

Skien, 12. mai 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Saken redegjør for:

- alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser i 2020
- ny arbeidsprosess for oppfølging av alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser

Til tross for at det legges ned store ressurser i forbedringsarbeidet, får ikke alltid tiltakene den ønskede effekten. Saken beskriver ny arbeidsprosess som skal bidra til at forbedringsarbeidet følges opp over tid og skaper varige forbedringer.

Saken ble først fremmet som sak til diskusjon i administrerende direktørs ledergruppe, sak 040-2021. Det ble deretter gjort vedtak om ny arbeidsprosess for oppfølging av hendelsesanalysene, sak 079-2021. Vedtaket omfattet også evaluering av prosess og måloppnåelse innen utgangen av 2022.

2. Hovedpunkter og vurderinger

Alvorlige pasienthendelser 2020

Formålet med varselordningen for de alvorligste hendelsene, er å identifisere uforsvarlige forhold raskere, slik at forholdene rettes opp og bidrar til god pasientsikkerhet.

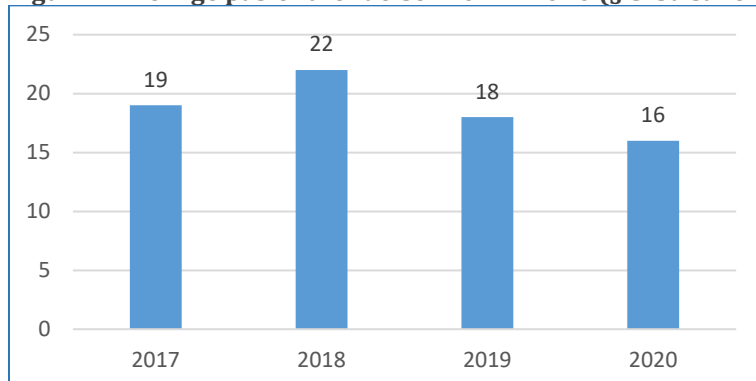
Faktaboks: Varsel om alvorlige hendelser i henhold til [Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a](#)

En virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal straks varsle Statens helsetilsyn og Ukom om dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker som følge av tjenesteytelsen eller ved at en pasient eller bruker skader en annen. Varslingsplikten gjelder dersom utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko.

Fra 1. juli 2019 ble plikten til å varsle også gjeldende for [kommunale tjenester](#), [tannhelsetjeneste og private tjenester](#). [Pasienter, brukere og pårørende](#) har selv rett til å varsle.

Det er *ikke* varslingsplikt for hendelser som *kunne* ha medført dødsfall eller svært alvorlig skade. Varselet skal registreres elektronisk via meldeportalen www.melde.no.

Figur 1. Alvorlige pasienthendelser 2017 - 2020 (§ 3-3a saker)



Figur 1 viser utviklingen i antall alvorlige pasienthendelser 2017-2020 som er varslet i henhold til Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a. Oversikten for 2020 er oppdatert med hendelser som har hendelsesdato i slutten av 2020, men som først ble registrert i starten av 2021.

Det vurderes å være en helt marginal nedgang i saker fra 2019 (18) til 2020 (16).

Hendelsesanalyser

Som hovedregel skal det gjennomføres hendelsesanalyser etter alvorlige pasienthendelser som er varlingspliktige (§ 3-3a saker). Analysene utføres på oppdrag fra en eller flere klinikksjefer eller direktører. Det settes sammen et analyseteam med relevant kompetanse.

En hendelsesanalyse har som mål å besvare:

- Hva har skjedd?
- Hvorfor har det skjedd?
- Hvordan forhindre at det skjer igjen?

For å belyse hendelsesforløpet gjennomføres det analysemøter med involverte ansatte, pasienter og pårørende. Hendelsesanalysen skal fokusere på systemforbedringer. Handlingsplan med forslag til forbedringstiltak legges fram for oppdragsgiver. Oppdragsgivers ansvar er å beslutte og iverksetter tiltak, og sikrer at de får forventet effekt.

Sykehuset har bygd opp en egenanalysepool med særskilt analysekompetanse.

Figur 2. Hendelsesanalyser gjennomført i 2020 etter § 3-3a saker

| Nr | Klinikk | Konklusjon HTIL/FM | STHFs analysepool | Handlingsplan | Rapportering status/effekt |
|-----|---------------|---|-------------------|---------------|----------------------------|
| 1. | MED, ABK | FM: Ikke forsvarlig helsehjelp | Ja | Ja | Ja |
| 2. | MED, ABK | FM: Ikke forsvarlig helsehjelp | Ja | Ja | Ja |
| 3. | MED | FM: Ikke forsvarlig helsehjelp | Nei | Ja | Ja |
| 4. | KIR, MED, MSK | FM: Ikke forsvarlig helsehjelp | Ja | Ja | Ja |
| 5. | MED | Oversendt til FM. Ikke tilsynsmessig oppfølging. | Ja | Ja | Ja |
| 6. | MED | Oversendt til FM. Ikke tilsynsmessig oppfølging. | Ja | Ja | Ja |
| 7. | KIR | Oversendt til FM. Ikke tilsynsmessig oppfølging. | Ja | Ja | Ja |
| 8. | KPR | HTIL: Avsluttet etter innledende undersøkelser | Nei | Ja | Ja |
| 9. | KPR | HTIL: Avsluttet etter innledende undersøkelser | Nei | Ja | Ja |
| 10. | KPR | HTIL: Avsluttet etter innledende undersøkelser | Nei | Ja | Ja |
| 11. | KPR | HTIL: Avsluttet etter innledende undersøkelser | Nei | Ja | Ja |
| 12. | KPR | HTIL: Avsluttet etter innledende undersøkelser | Nei | Ja | Ja |
| 13. | KPR | HTIL: Avsluttet etter innledende undersøkelser | Nei | Ja | Ja |
| 14. | KPR | Oversendt til FM. Ikke tilsynsmessig oppfølging. | Nei | Ja | Ja |
| 15. | KPR | Oversendt til FM. Tilsynsmessig oppfølging. | Nei | Ja | Ja |
| 16. | KPR | Oversendt til FM. Tilsynsmessig oppfølging. | Nei | Ja | Ja |

I 2020 var det 16 alvorlige pasienthendelser som er blitt varslet til Statens helsetilsyn og Ukom. Statens helsetilsyn har ikke gjennomført stedlig tilsyn i 2020 og ingen av sakene er fulgt opp av Ukom. Det er i 2020 gjennomført hendelsesanalyser i alle 16 sakene.

Alle syv sakene fra de somatiske klinikkene, ble oversendt fra Helsetilsynet til Fylkesmannen. I fire av de syv sakene konkluderte fylkesmannen med at helsehjelpen ikke hadde vært forsvarlig. I tre av de syv sakene ble det ikke åpnet tilsyn. To av sakene gjelder internt smitteutbrudd Covid 19 og er fulgt opp i en større hendelsesanalyse våren 2021.

I seks av de ni sakene fra KPR avsluttet Statens helsetilsyn saken etter innledende undersøkelser. Tre av sakene ble oversendt til Fylkesmannen. I to av de tre sakene ble det tilsynsmessig oppfølging.

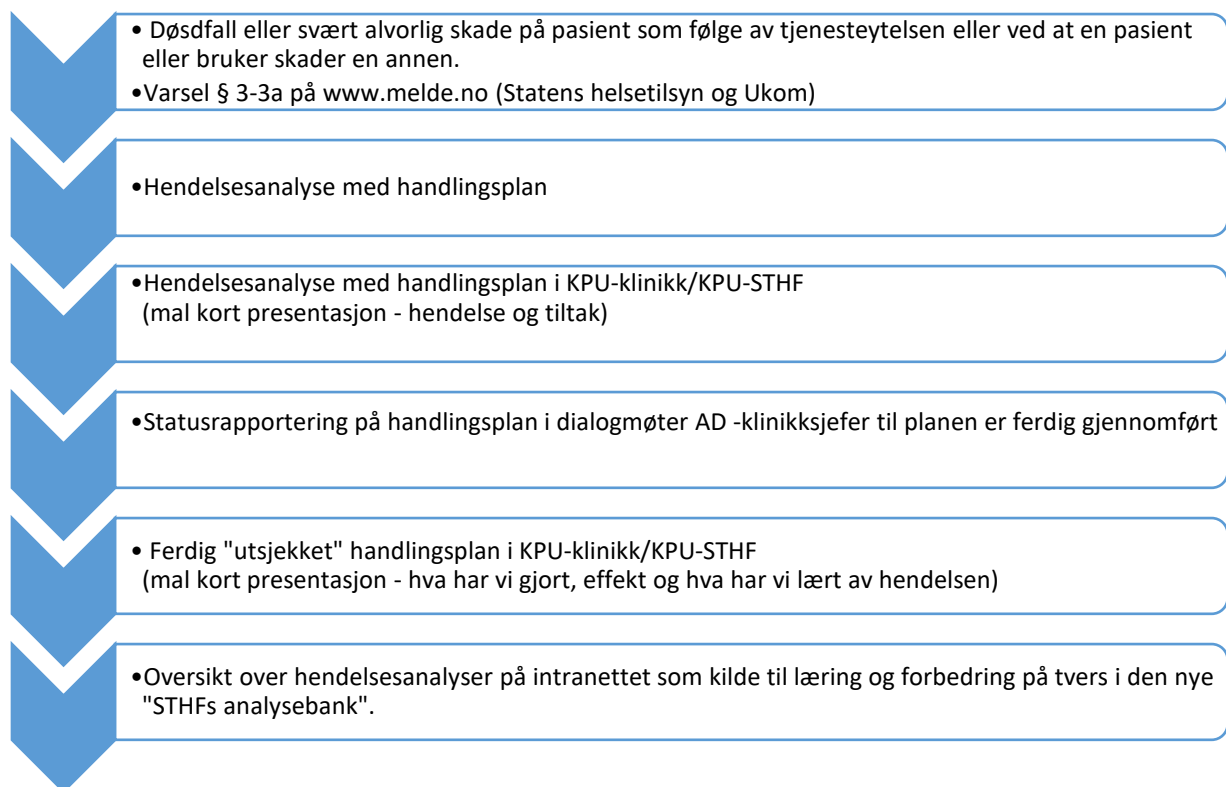
Det antas at pandemisituasjonen er en medvirkende årsak til den lave stedlige tilsynsaktiviteten.

Hendelsestyper:

I de somatiske klinikkene er hendelsene relatert til diagnostikk/utredning, behandling/pleie, legemiddelhåndtering og covid-19.

I KPR er hendelsene relatert til selvmord, alvorlig selvmordsforsøk, alvorlig bruddskade etter hopp fra høyde og uventet dødsfall (ikke selvmord).

Forslag til prosess for oppfølging av § 3-3a saker og hendelsesanalyser



Proessen viser en mer systematisk oppfølging av alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser, der forbedringsarbeidet også følges opp i dialogmøtene mellom administrerende direktør og klinikksjefene.

Det legges opp til en enkel, kortfattet og risikostyrt statusrapportering i dialogmøtene.

Hendelsesanalysene kan til slutt publiseres i «STHFs analysebank» på sykehusets intranett. Analysebanken kan bli et nyttig redskap for å spre kunnskap om viktig forbedringsarbeid på tvers i sykehuset.

Dette er et grep som viser at pasientsikkerhets- og kvalitetsforbedringsarbeidet som en sentral del av sykehusets virksomhetsstyring.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring må være en integrert del av sykehusets virksomhetsstyring. Sykehusets arbeidsprosesser og systemer for varsling og oppfølgingen av alvorlige pasienthendelser, må forbedres og legges til rette for dette.

Administrerende direktør anbefaler at styret tar saken til orientering.

Vedlegg:

- [Delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i Helse Sør-Øst](#)
- [Strategi 2020-2022 Sykehuset Telemark](#)
- [Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst](#)
- [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)

Saksfremlegg

Saksgang:

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Styre | Møtedato |
| Styret i Sykehuset Telemark HF | 19.05.2021 |

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

Sak: 044-2021

Forankring av Regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

Hensikten med saken

Saken gjør rede for ny Regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring samt krav og føringer for oppfølging.

Forslag til vedtak

1. Styret ved Sykehuset Telemark slutter seg til Regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i Helse Sør-Øst
2. Styret ber administrerende direktør om at den nye delstrategien følges opp i tråd med regionale krav og føringer, og innarbeides i sykehusets ordinære virksomhetsstyring.

Skien, 12. mai 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok i februar 2021 Regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Strategien gjøres gjeldende for helseforetakene gjennom Oppdrag og bestilling 2021 og legges til grunn for utviklingen av spesialisthelsetjenestene i Helse Sør-Øst.

Styret presiserte i sin behandling av saken at strategien inkluderer alle medarbeidere og ledere – og at det skal arbeides for en åpen meldekultur.

Regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring skal bidra til å realisere Helse Sør-Øst sin visjon og Regional utviklingsplan 2035.

Det forutsettes at helseforetak og sykehus i regionen utarbeider lokale handlingsplaner basert på delstrategien. Oppfølging av strategien vil skje gjennom de ordinære styrings- og rapporteringslinjene.

Delstrategien må spesielt sees i sammenheng med:

- [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)
- [Nasjonale handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023](#)
- [Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst](#)

Kunnskap fra litteratur, forskning og innspill fra helseforetak, sykehus, brukerrepresentanter, tillitsvalgte og vernetjeneste er tillagt stor vekt i utarbeidelsen av delstrategien, se [Kunnskapsgrunnlag delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring](#)

Høsten 2020 var delstrategien på en regional høringsrunde. 36 av 37 instanser gav sine innspill, deriblant Sykehuset Telemark. Foretakstillitsvalgte og hovedverneombud ble også involvert.

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

Strategiens mål:

- Redusere risiko for pasientskader
- Redusere uønsket variasjon

Målene skal nås gjennom å styrke innsats og tiltak innen følgende satsingsområder:



Hvert satsingsområde har tiltak som er utformet slik at de lett lar seg operasjonalisere i alle helseforetak og sykehus og på alle tjenesteområder.

Oppfølging

Sykehuset Telemark skal utarbeide en lokal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring basert på delstrategien. Oppfølgingen av delstrategien skal skje gjennom de ordinære styrings- og rapporteringslinjene og inngå i den ordinære virksomhetsstyringen

Strategi 2020-2022 for Sykehuset Telemark og den nye regionale delstrategien, er begge godt forankret i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023. Som et resultat av er deler av strategiene i stor grad overlappende.

I 2021 løses dette ved at årets mål og tiltak fra Strategi 2020-2022, innarbeides og samles i den første Handlingsplanen for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring ved Sykehuset Telemark.

Helse Sør-Øst har etablert et Regionalt innsatsteam kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (RIT) som skal bidra til regional koordinering, felles innsats og oppfølging av pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Ett av oppdragene er å understøtte helseforetak og sykehus i innføring og oppfølging av den nye regionale delstrategien og bidra til regional koordinering og rapportering. Det regionale innsatsteamet er satt sammen av representanter fra alle helseforetak/sykehus og regionalt brukerutvalg.

Oppfølgingen av delstrategien vil sees i sammenheng med det regionale arbeidet og rullering av Strategiplan 2020-2022 for Sykehuset Telemark.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Den nye regionale delstrategien har ledere og medarbeidere på alle nivå som sin målgruppe. Strategiens har fem satsningsområder som vil vise retningen i pasientsikkerhets- og forbedringsarbeidet i de kommende årene.

Administrerende direktør anbefaler styret å gi sin tilslutning til Regional strategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

Vedlegg:

- [Delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i Helse Sør-Øst](#)
- [Kunnskapsgrunnlag delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring](#)
- [Strategi 2020-2022 for Sykehuset Telemark](#)

Saksfremlegg til styret

Saksfremlegg

Saksgang:

| | |
|-----------------------------|-----------------|
| Styre | Møtedato |
| Styret i Sykehuset Telemark | 19.05.2021 |

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

Sak: 045-2021 Resultater ForBedring 2021

Hensikten med saken

Orientere styret om resultatene fra ForBedring 2021.

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Skien, 12. mai 2021

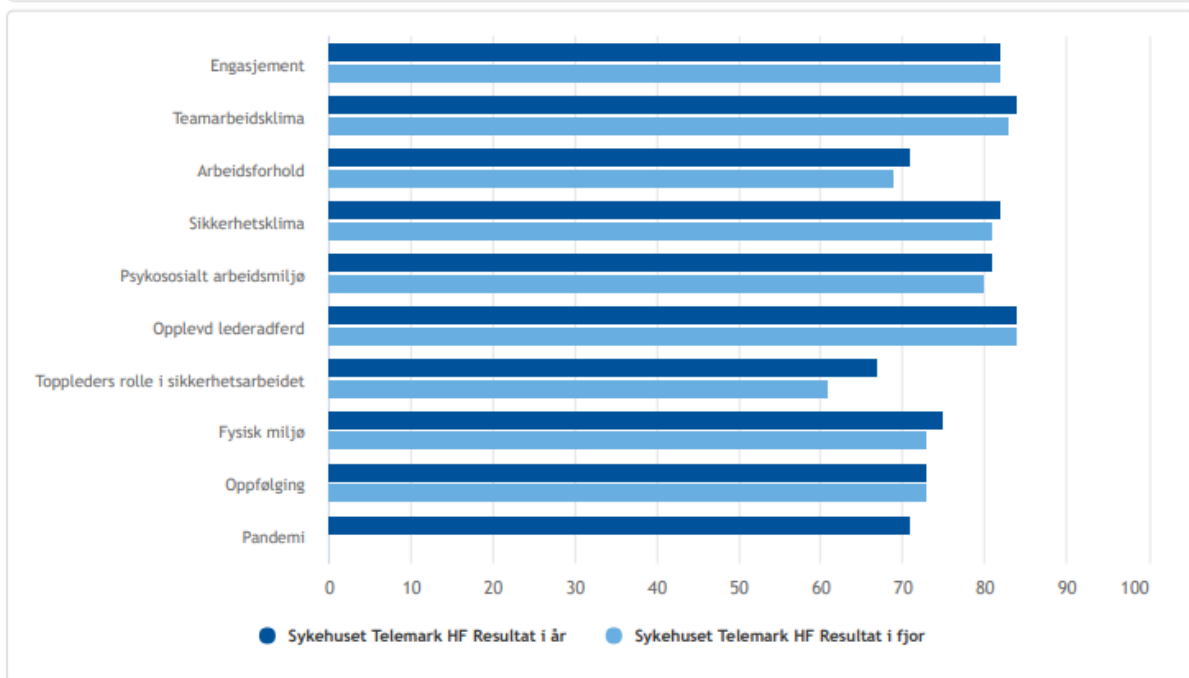
Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Bakgrunn for saken

Medarbeiderundersøkelsen ForBedring ble gjennomført i perioden 1.mars – 29.mars 2021. Det ble sendt ut 3144 invitasjoner og vi fikk 2565 svar – altså 82 %. Dette var litt under målsetningen om 90 % deltakelse og 1 % under resultatet fra 2020. Sett i lys av pandemien, er vi fornøyde med deltakelsen.

Når vi ser på oppsummeringen av årets resultater, ser vi at resultatene enten har stått stille eller blitt forbedret på alle temaene i undersøkelsen, sammenlignet med 2020.

| | Antall svar | Resultat i år | Skår >=75 i år% | Resultat i fjor | Skår >=75 i fjor% | Endring fra i fjor | HF i år | Referanse |
|---------------------------------------|-------------|---------------|-----------------|-----------------|-------------------|--------------------|---------|-----------|
| ENGASJEMENT | 2560 | 82 | 83% | 82 | 82% | | - | 81 |
| TEAMARBEIDSKLIMA | 2562 | 84 | 86% | 83 | 85% | | - | 84 |
| ARBEIDSFORHOLD | 2564 | 71 | 70% | 69 | 68% | | - | 68 |
| SIKKERHETSKLIMA | 2558 | 82 | 80% | 81 | 80% | | - | 82 |
| PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ | 2551 | 81 | 77% | 80 | 76% | | - | 79 |
| OPPLEVD LEDERADFERD | 2557 | 84 | 83% | 84 | 82% | | - | 82 |
| TOPPLEDERS ROLLE I SIKKERHETSARBEIDET | 1852 | 67 | 52% | 61 | 44% | ↑ | - | 64 |
| FYSISK MILJØ | 2560 | 75 | 71% | 73 | 68% | | - | 71 |
| OPPFØLGING | 2530 | 73 | 69% | 73 | 69% | | - | 69 |
| PANDEMI | 2557 | 71 | 70% | - | - | | - | - |



Spesielle forhold styret bør være kjent med

Som følge av Covid-19 fikk ikke alle helseforetakene gjennomført undersøkelsen i 2020. Dette påvirker referanseverdiene i rapportene av årets undersøkelse.

I 2021 vil HF/seksjonens historiske referanse være 2020, men referanse for regionen vil være 2019.

Prosess

Resultatrapportene fra ForBedring 2021 ble distribuert til lederne ved STHF 19.- og 20.april 2021. Det er linjeledelsen som har ansvaret for oppfølging av undersøkelsen.

I perioden frem til 30.juni skal lederne sammen med arbeidstakerne og verneombud jobbe med resultatene fra rapporten. I fellesskap skal man finne frem til hvilke temaer det skal fokuseres på i året som kommer. Dette skal resultere i et bevaringstiltak og to forbedringstiltak som skal registreres i HMS-handlingsplan.

Vurdering

De senere årene har det vært økt fokus på oppfølging av resultatene. Det fortsette å ha fokus på ForBedring og jobbe videre med god oppfølging, kan være med på å belyse og redusere eventuelle risikoer i helseforetaket. Vi vet at pasientsikkerhet, HMS og arbeidsmiljø henger sammen.

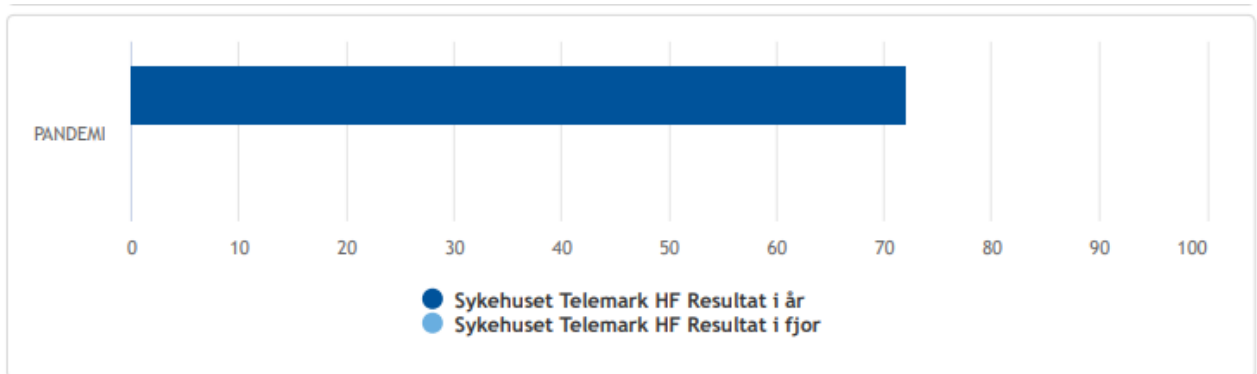
Resultatene for Sykehuset Telemark for 2021 er gjennomgående gode. Dette kan tyde på økt fokus og oppfølging av undersøkelsen har gitt positive resultater. Resultatene på spørsmålene «Her blir alle godt beskyttet mot skadelige kjemikalier og biologiske faren», «Her arbeides det godt med smittevern» samt «Jeg har vært involvert i oppfølgingen av den forrige ForBedringkartleggingen» viser at sykehuset har hatt en betydelig forbedring fra 2019. Spørsmålet om toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeidet har også en signifikant forbedring fra i fjor.

Koronapandemien har på ulike måter preget arbeidshverdagen til mange på sykehuset i året som har gått.

Det ble lagt inn syv spørsmål knyttet til det temaet i undersøkelsen:

1. Mitt arbeid har blitt endret under pandemien (nye oppgaver, jobbe ved andre avdelinger, arbeid hjemmefra ol.)
2. Her har ledere og medarbeidere støttet hverandre under pandemien.
3. Jeg har blitt involvert i endringsprosessene under pandemien.
4. Her fikk vi raskt på plass gode rutiner for smittevern.
5. Jeg har fått god opplæring i smittevern her (inkl. bruk av personlig verneutstyr der det har vært påkrevet).
6. Jeg har fått utvikle meg faglig til tross for smitteverntiltakene (deltatt på fagdager, faglige lunsjer, veiledning, digital kurs/konferanser, digitale fagsamlinger, ol.)
7. Jeg har følt meg trygg på jobb under pandemien.

Resultatene fremkommer i tabellen på neste side:



| | Antall svar | Antall vet ikke | Resultat i år | Resultat i fjor | Endring fra i fjor | Referanse |
|--|-------------|-----------------|---------------|-----------------|--------------------|-----------|
| Pandemi | 2557 | | 72 | - | - | - |
| Mitt arbeid har blitt endret under pandemien (nye oppgaver, jobbe ved andre avdelinger, arbeid hjemmefra ol.) | 2466 | 99 | 59 | - | - | - |
| Her har ledere og medarbeidere støttet hverandre under pandemien. | 2533 | 32 | 86 | - | - | - |
| Jeg har blitt involvert i endringsprosessene under pandemien. | 2383 | 182 | 68 | - | - | - |
| Her fikk vi raskt på plass gode rutiner for smittevern. | 2482 | 83 | 75 | - | - | - |
| Jeg har fått god opplæring i smittevern her (inkl. bruk av personlig verneutstyr der det har vært påkrevet). | 2440 | 125 | 81 | - | - | - |
| Jeg har fått utvikle meg faglig til tross for smitteverntiltakene (deltatt på fagdager, faglige lunsjer, veiledning, digital kurs/konferanser, digitale fagsamlinger, ol.) | 2418 | 147 | 56 | - | - | - |
| Jeg har følt meg trygg på jobb under pandemien. | 2544 | 21 | 76 | - | - | - |

I hovedsak mener vi det er grunn til å være fornøyd med svarene på spørsmålene om hvordan pandemien har påvirket arbeidsforholdene og pasientsikkerheten. Samtidig gir det oss et godt grunnlag for å jobbe med forhold som påvirkes av C-19 situasjonen.

Vedlegg:

Samlerapport Sykehuset Telemark 2021

FORSIDE

ForBedring 2021 Standardrapport for Sykehuset Telemark HF

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

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

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



OPPSUMMERING AV UNDERSØKELSEN

DELTADELSE I UNDERSØKELSEN

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

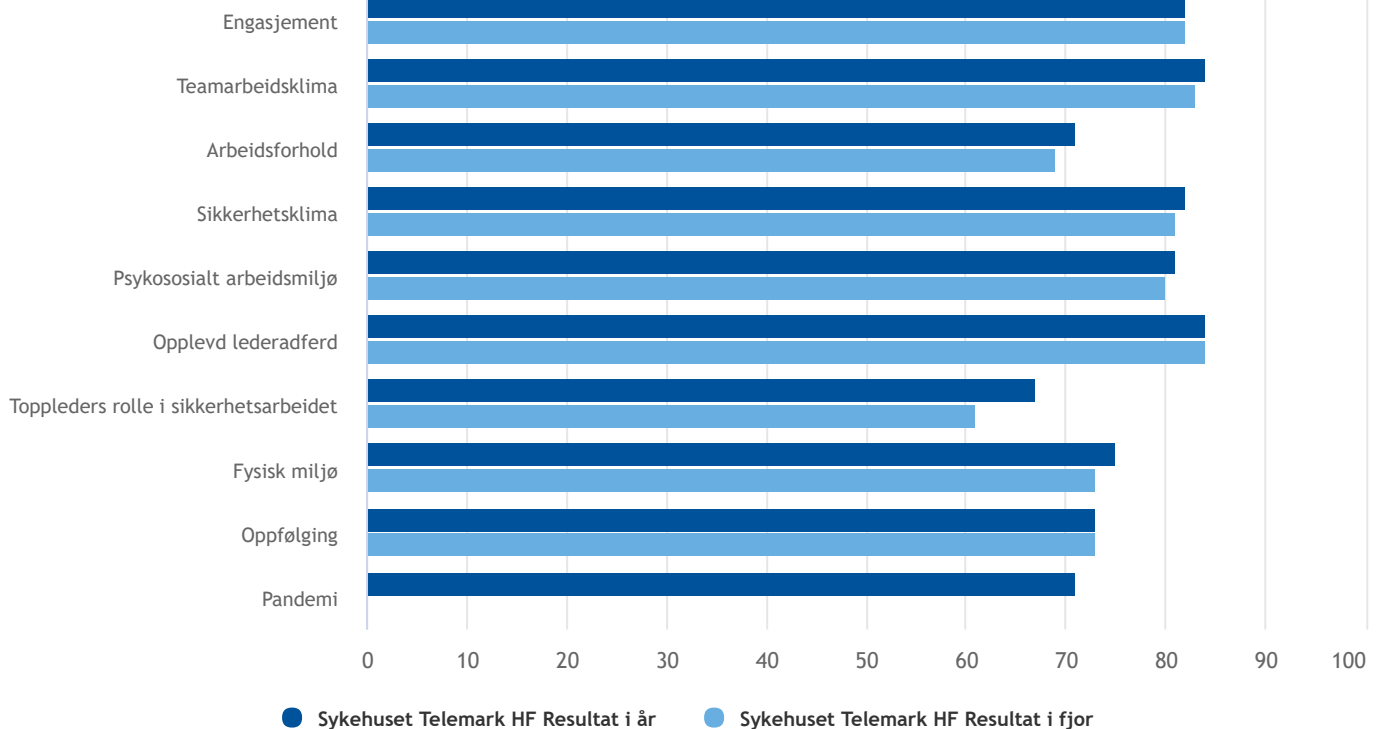
| invitasjoner | Svar | svarprosent |
|--------------|------|-------------|
| 3144 | 2565 | 82% |

Invitasjoner Totalt antall utsendte spørreskjemaer per rapport
Svar Antall svar er antall spørreskjema som er fullført
Svarprosent Andel fullførte spørreskjema av totalt utsendte skjema

HOVEDRESULTAT PER TEMA

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

| | Antall svar | Resultat i år | Skår >=75 i år% | Resultat i fjor | Skår >=75 i fjor% | Endring fra i fjor | HF i år | Referanse |
|---------------------------------------|-------------|---------------|-----------------|-----------------|-------------------|--------------------|---------|-----------|
| ENGASJEMENT | 2560 | 82 | 83% | 82 | 82% | - | - | 81 |
| TEAMARBEIDSKLIMA | 2562 | 84 | 86% | 83 | 85% | - | - | 84 |
| ARBEIDSFORHOLD | 2564 | 71 | 70% | 69 | 68% | - | - | 68 |
| SIKKERHETSKLIMA | 2558 | 82 | 80% | 81 | 80% | - | - | 82 |
| PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ | 2551 | 81 | 77% | 80 | 76% | - | - | 79 |
| OPPLEVD LEDERADFERD | 2557 | 84 | 83% | 84 | 82% | - | - | 82 |
| TOPPLEDERS ROLLE I SIKKERHETSARBEIDET | 1852 | 67 | 52% | 61 | 44% | ↑ | - | 64 |
| FYSISK MILJØ | 2560 | 75 | 71% | 73 | 68% | - | - | 71 |
| OPPFØLGING | 2530 | 73 | 69% | 73 | 69% | - | - | 69 |
| PANDEMI | 2557 | 71 | 70% | - | - | - | - | - |



Om rapporten

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

Bruk rapporten til å:

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

Oppfølging

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

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

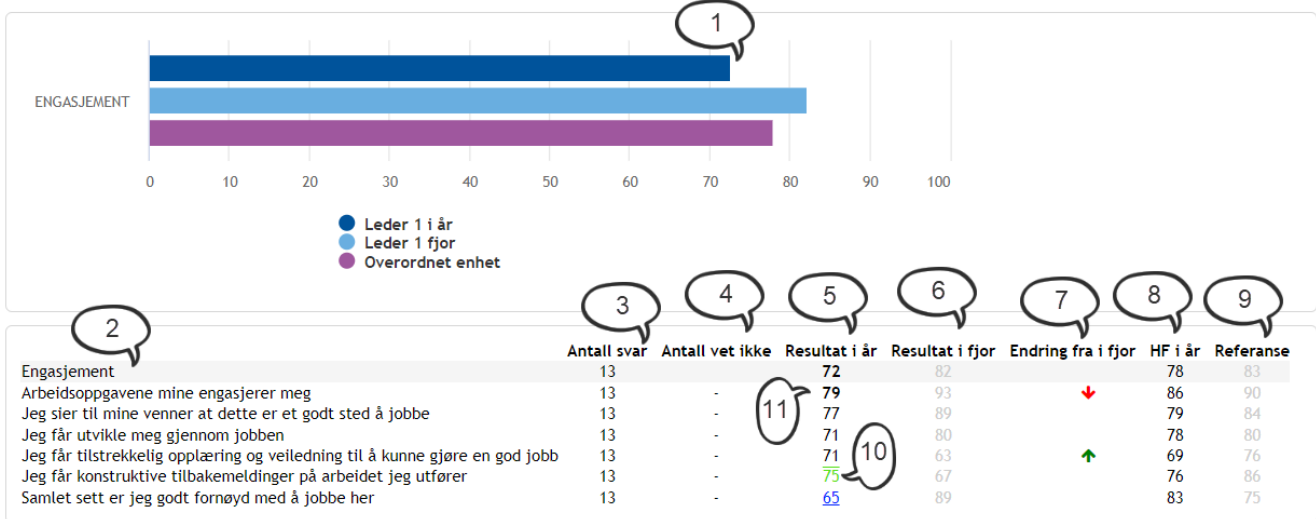
Spørreskjemaet er laget for å få frem ulike oppfatninger. Variasjon i svarene er derfor naturlig og ønskelig. Variasjonen gjenspeiler ulike måter å forstå og fortolke de forhold det spørres om. Viktige nyanser og fortolkninger kommer best frem i samtaler med de som kjenner forholdene i den enheten det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

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

OM RAPPORTEN

Lesing av resultatene

Hvert resultatområde har en innledning, og resultatet er presentert med en graf og en tabell. Grupper av spørsmål som hører naturlig sammen oppsummeres i et tema. Referansen som benyttes baserer seg på resultatene fra 2019.



1. Grafisk presentasjon av temaene. **Mørk blå farge er enhetens resultat i år, lys blå farge er enhetens resultat i fjor og lilla farge er helseforetakets resultat i år**
2. Tema vises i den øverste raden og inneholder grupper av spørsmål som naturlig hører sammen. Tallene som vises på samme linje som Tema, gjelder samlet for de underliggende spørsmålene
3. Kolonne «Antall svar» viser antall personer som har besvart spørsmålet
4. Kolonne «Antall vet ikke» viser antall personer som har valgt «Vet ikke/ikke relevant»
5. Kolonne «Resultat i år» viser enhetens resultat på en skala fra 0-100. 0 regnes som minst ønskelig/mest belastende og 100 regnes som minst belastende/mest ønskelig
6. Kolonne «Resultat i fjor», viser enhetens resultat i fjor
7. Kolonne «Endring fra i fjor», viser om det har vært en signifikant endring siden i fjor
8. Kolonne «HF i år» viser årets resultat samlet for helseforetaket
9. Kolonne «Referanse», viser helseregionens resultat i 2019
10. **Blå skrift og understrek** understrek indikerer at enheten er blant de med 15% med lavest skår. **Grønn skrift og overstrek** indikerer at enheten er blant de med 15% høyest skår
11. Tall som er **uthevet i fet og kursiv** indikerer høy spredning. Det er kun der variasjon på et spørsmål eller tema er betydelig større enn normalt at resultatet presenteres i **fet og kursiv**

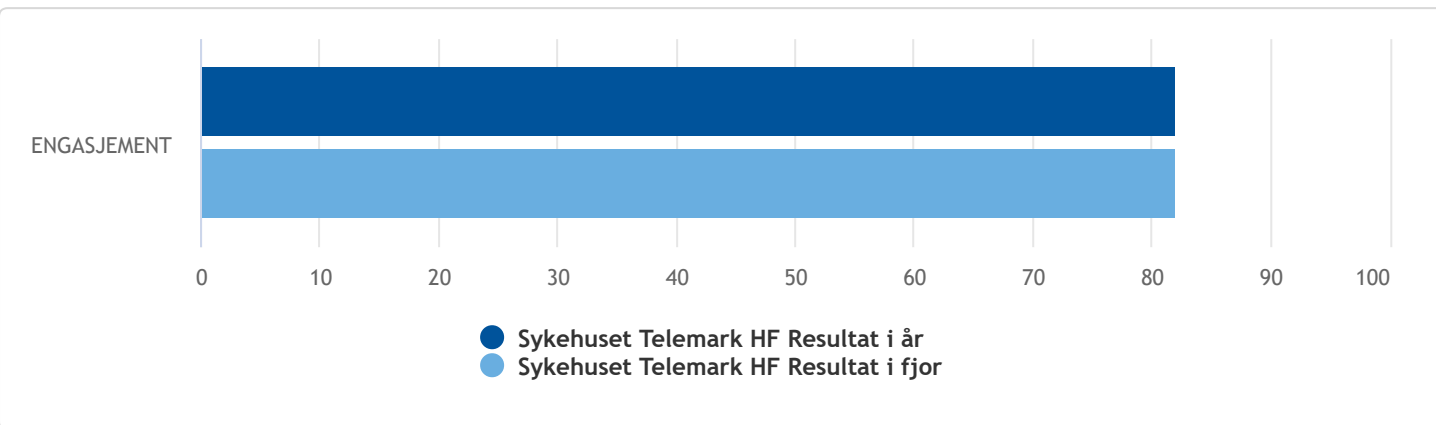
ENGASJEMENT

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

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

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

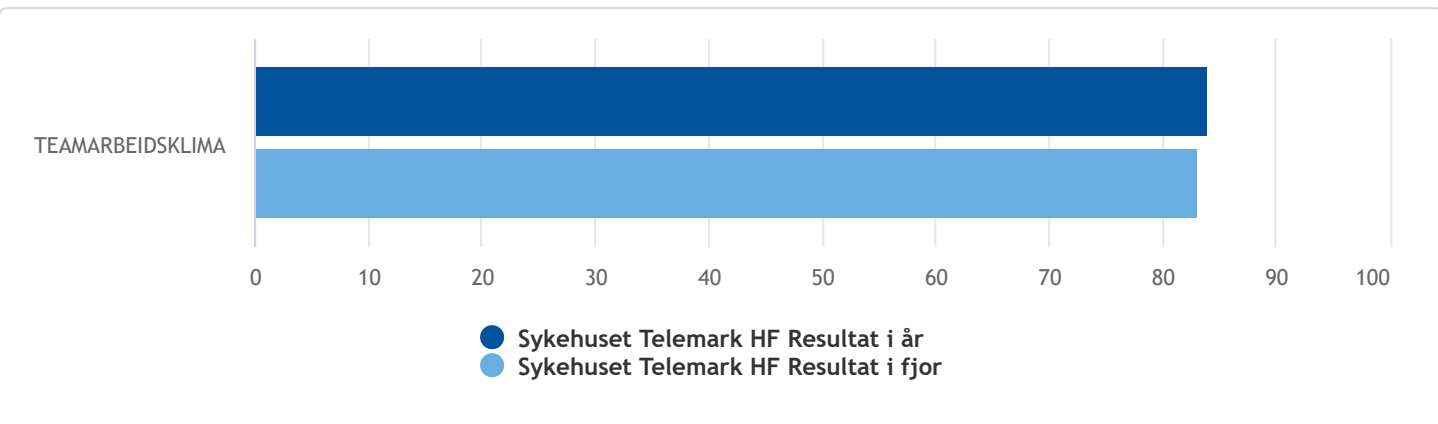
Høy skår indikerer et høyt engasjement.



| | Antall svar | Antall vet ikke | Resultat i år | Resultat i fjor | Endring fra i fjor | Referanse |
|---|-------------|-----------------|---------------|-----------------|--------------------|-----------|
| Engasjement | 2560 | | 82 | 82 | | 81 |
| Arbeidsoppgavene mine engasjerer meg | 2557 | 7 | 90 | 90 | | 90 |
| Jeg sier til mine venner at dette er et godt sted å jobbe | 2546 | 18 | 85 | 85 | | 84 |
| Jeg får utvikle meg gjennom jobben | 2551 | 13 | 80 | 80 | | 80 |
| Jeg får tilstrekkelig opplæring og veiledning til å kunne gjøre en god jobb | 2549 | 15 | 77 | 76 | | 76 |
| Jeg får konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet jeg utfører | 2551 | 13 | 73 | 72 | | 71 |
| Samlet sett er jeg godt fornøyd med å jobbe her | 2558 | 6 | 86 | 86 | | 86 |

TEAMARBEIDSKLIMA

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



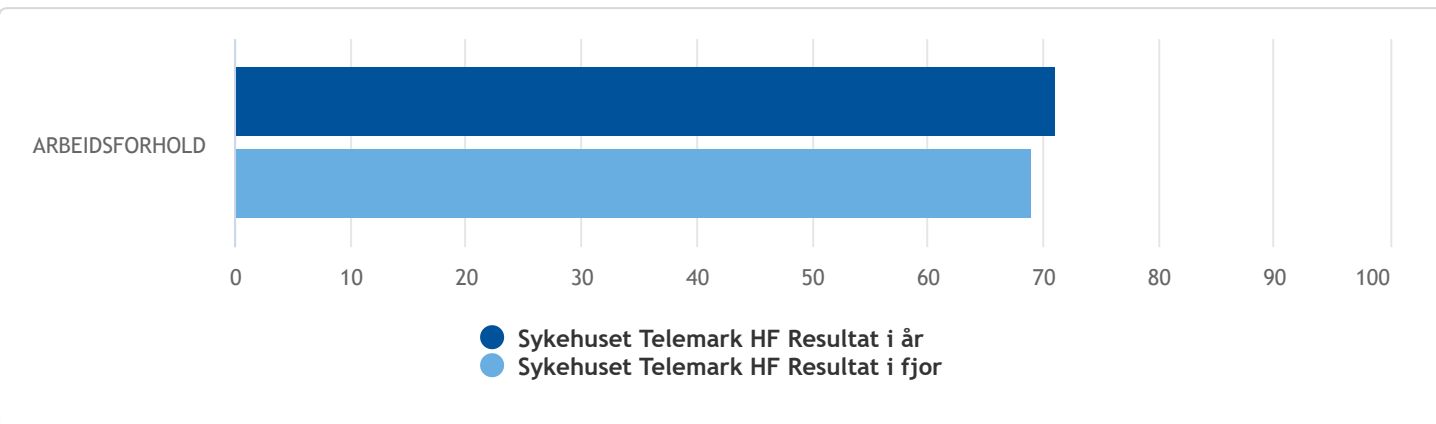
| | Antall svar | Antall vet ikke | Resultat i år | Resultat i fjor | Endring fra i fjor | Referanse |
|--|-------------|-----------------|---------------|-----------------|--------------------|-----------|
| Teamarbeidsklime | 2562 | | 84 | 83 | | 84 |
| Forskjellige yrkesgrupper samarbeider godt her | 2535 | 30 | 84 | 83 | | 83 |
| Samarbeid med andre enheter fungerer godt | 2504 | 61 | 76 | 74 | | 76 |
| Jeg får støtte og hjelp fra mine arbeidskolleger når jeg trenger det | 2557 | 8 | 91 | 91 | | 90 |
| Her er det lett å spørre når det er noe jeg ikke forstår | 2555 | 10 | 92 | 91 | | 90 |
| Det er lett å si fra om problemer i pasientbehandlingen her | 2277 | 288 | 77 | 77 | | 78 |

ARBEIDSFORHOLD

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

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

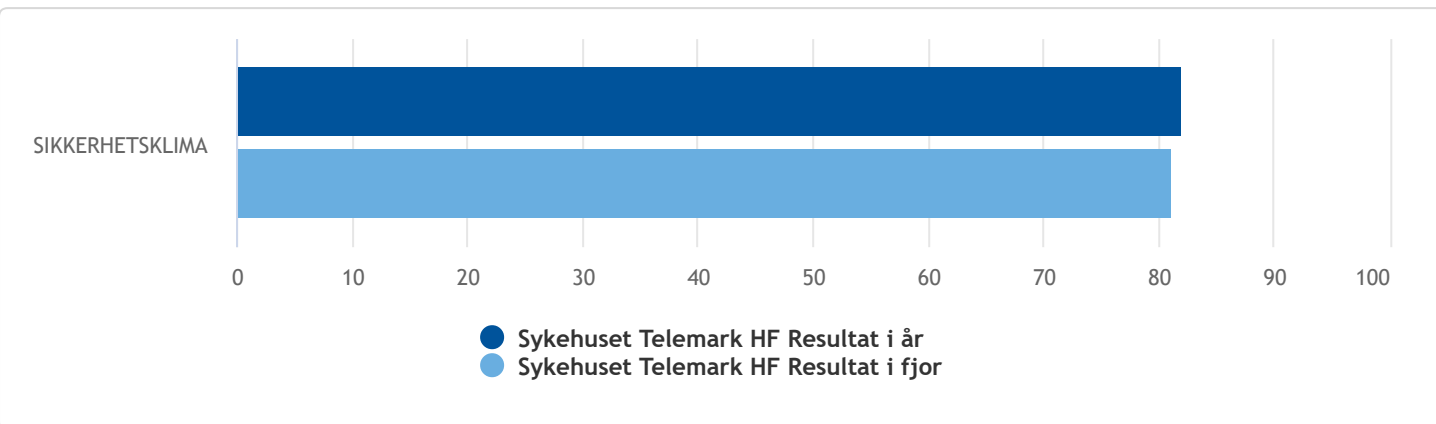
Høy skår indikerer at det finnes tilstrekkelig med ressurser og hjelpemidler, samt at arbeidsmengde og tempo er lite belastende.



| | Antall svar | Antall vet ikke | Resultat i år | Resultat i fjor | Endring fra i fjor | Referanse |
|--|-------------|-----------------|---------------|-----------------|--------------------|-----------|
| Arbeidsforhold | 2564 | | 71 | 69 | | 68 |
| Jeg har tilstrekkelig med ressurser eller hjelpemidler til å gjøre jobben min | 2556 | 9 | 75 | 72 | | 71 |
| Arbeidsbelastningen min er passe stor (antall oppgaver, arbeidstempo eller krav til å gjøre flere ting samtidig) | 2557 | 8 | 64 | 61 | | 62 |
| Jeg rekker å ta pause og spise i løpet av arbeidsdagen/vakten | 2557 | 8 | 75 | 72 | | 73 |

SIKKERHETSKLIMA

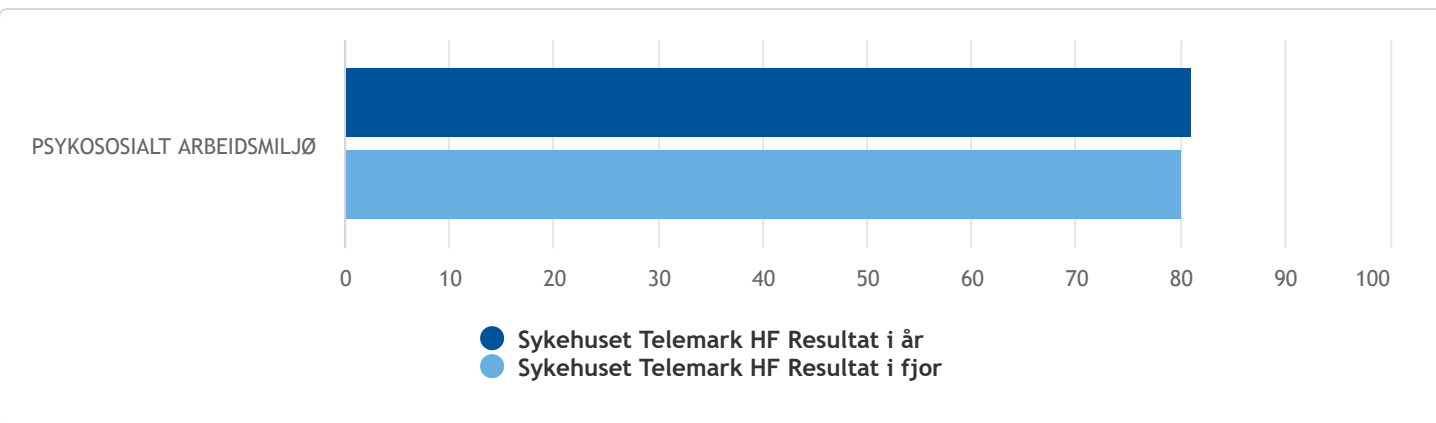
Sikkerhetsklima kartlegger varslingskulturen, og hvor trygg og åpen denne er. Det belyser forhold som virker inn på kvaliteten og pasientsikkerheten. Høy skår indikerer en god varslingskultur og åpenhet.



| | Antall svar | Antall vet ikke | Resultat i år | Resultat i fjor | Endring fra i fjor | Referanse |
|---|-------------|-----------------|---------------|-----------------|--------------------|-----------|
| Sikkerhetsklima | 2558 | | 82 | 81 | | 82 |
| Jeg melder fra om avvik og hendelser som kan føre til skade eller feil | 2507 | 58 | 83 | 82 | | 85 |
| Det er trygt å si i fra om kritikkverdige forhold her | 2522 | 43 | 79 | 78 | | 79 |
| Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem | 2524 | 41 | 80 | 80 | | 80 |
| Mine kolleger oppmuntrer meg til å si fra om jeg er bekymret for sikkerheten | 2422 | 143 | 81 | 81 | | 81 |
| Her blir medisinske feil (behandlingsrelaterede forhold som gir/kunne gitt negativt utfall for pasient) håndtert riktig | 2066 | 499 | 82 | 82 | | 82 |
| Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her | 2430 | 135 | 85 | 83 | | 84 |

PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ

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



| | Antall svar | Antall vet ikke | Resultat i år | Resultat i fjor | Endring fra i fjor | Referanse |
|--|-------------|-----------------|---------------|-----------------|--------------------|-----------|
| Psykososialt arbeidsmiljø | 2551 | | 81 | 80 | | 79 |
| Her jobbes det systematisk med forebygging og oppfølging av vold og trusler | 1857 | 708 | 72 | 70 | | 72 |
| Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for diskriminering her i løpet av de siste 12 månedene | 2328 | 237 | 84 | 82 | | 82 |
| Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for mobbing eller trakassering her i løpet av de siste 12 månedene | 2351 | 214 | 83 | 81 | | 80 |
| Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for seksuell trakassering her i løpet av de siste 12 månedene | 2301 | 264 | 94 | 94 | | 93 |
| Jeg vet hvordan jeg skulle gå frem dersom jeg la merke til at noen ble utsatt for mobbing, trakassering eller diskriminering | 2495 | 70 | 83 | 82 | | 80 |
| Når konflikter oppstår her blir de håndtert på en god måte | 2365 | 200 | 70 | 70 | | 69 |

Diskriminering

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

Mobbing

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

Trakassering

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

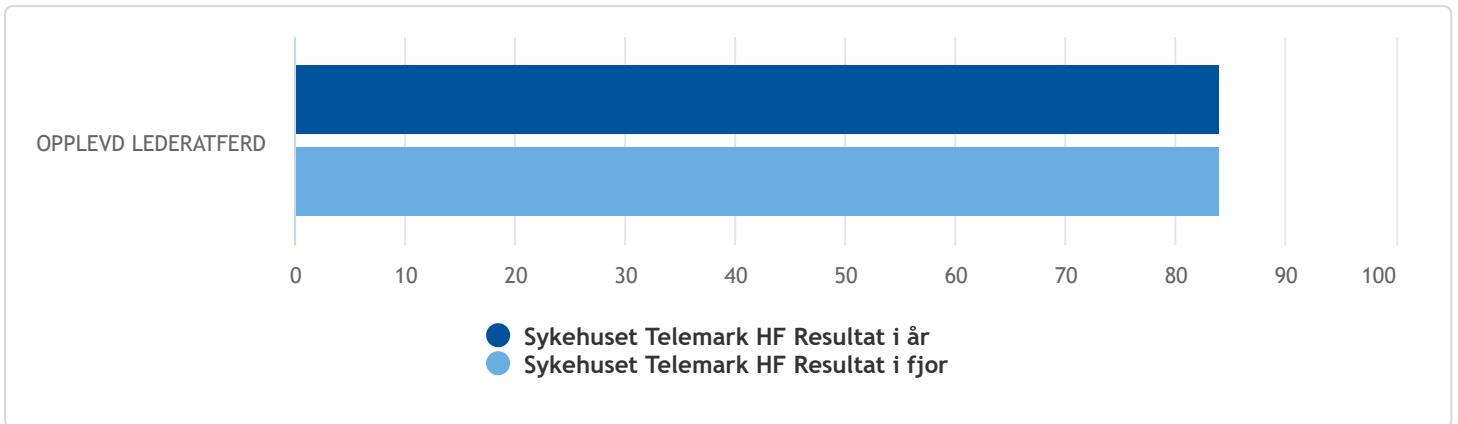
Både mobbing og trakassering er forbudt etter Arbeidsmiljøloven § 4-1. og § 4-3.

Seksuell trakassering

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

OPPLEVD LEDERATFERD

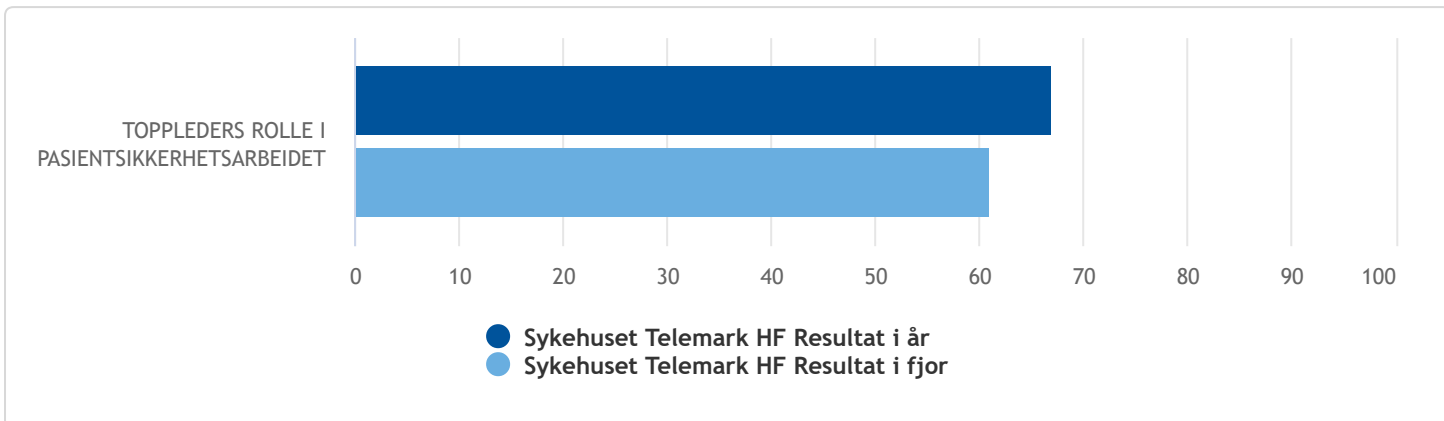
Temaet belyser relasjonen mellom leder og medarbeidere.
Ledelse har stor betydning for arbeidsmiljø og pasientsikkerhet.
Høy skår indikerer god ledelse.



| | Antall svar | Antall vet ikke | Resultat i år | Resultat i fjor | Endring fra i fjor | Referanse |
|---|-------------|-----------------|---------------|-----------------|--------------------|-----------|
| Opplevd lederadferd | 2557 | | 84 | 84 | | 82 |
| Min nærmeste leder har tydelige forventninger til mitt arbeid | 2547 | 18 | 86 | 86 | | 84 |
| Min nærmeste leder er tilgjengelig for meg når jeg har behov for det | 2549 | 16 | 86 | 86 | | 84 |
| Min nærmeste leder følger opp uønskede hendelser og forbedringsforslag | 2480 | 85 | 82 | 82 | | 81 |
| Min nærmeste leder oppmuntrer meg til å si ifra når jeg har en annen mening | 2499 | 66 | 80 | 80 | | 79 |

TOPPLEDERS ROLLE I PASIENTSIKKERHETSARBEIDET

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

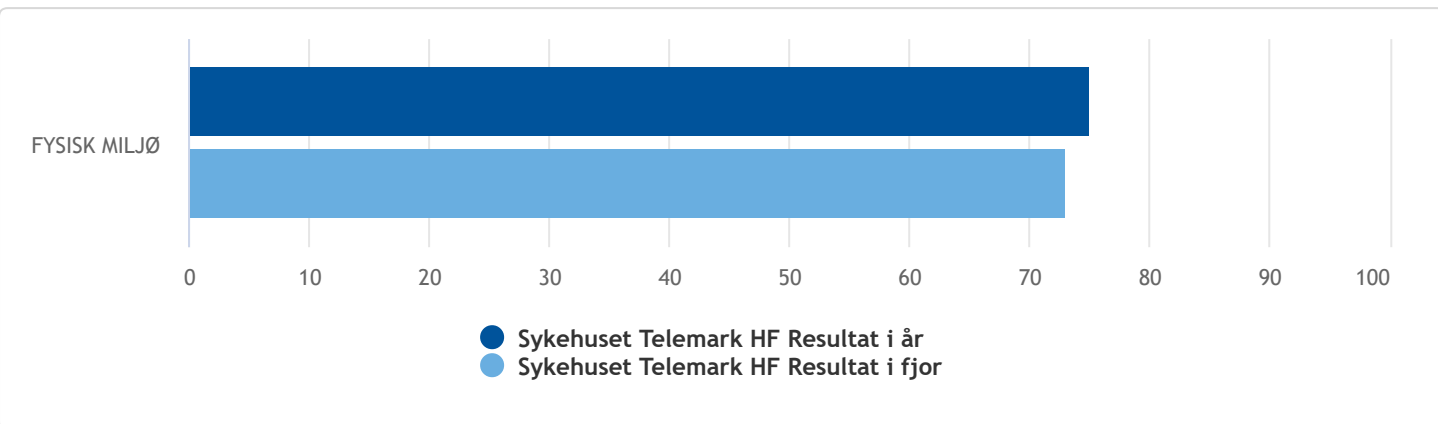


| | Antall svar | Antall vet ikke | Resultat i år | Resultat i fjor | Endring fra i fjor | Referanse |
|--|-------------|-----------------|---------------|-----------------|--------------------|-----------|
| Toppleders rolle i sikkerhetsarbeidet | 1852 | | 67 | 61 | ↑ | 64 |
| Administrerende direktør støtter opp om arbeidet med pasientsikkerheten i helseforetaket | 1852 | 713 | 67 | 61 | ↑ | 64 |

FYSISK MILJØ

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

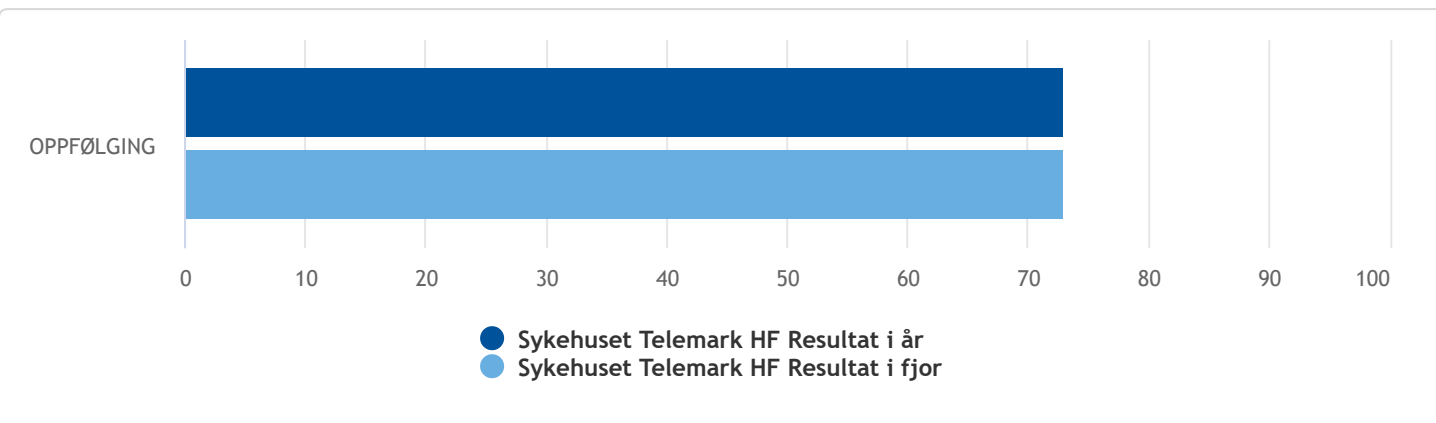
Det er ønskelig med høy skår på dette teamet.



| | Antall svar | Antall vet ikke | Resultat i år | Resultat i fjor | Endring fra i fjor | Referanse |
|---|-------------|-----------------|---------------|-----------------|--------------------|-----------|
| Fysisk miljø | 2560 | | 75 | 73 | | 71 |
| Det er et godt fysisk arbeidsmiljø her (luft, lys, støy, støv, vibrasjoner, og lignende.) | 2549 | 16 | 57 | 57 | | 53 |
| Her arbeides det godt med brannvern | 2435 | 130 | 78 | 78 | | 78 |
| Her tilrettelegges arbeidet slik at muskel- og skjelettplager forebygges | 2407 | 158 | 67 | 65 | | 63 |
| Her blir alle godt beskyttet mot skadelige kjemikalier og biologiske farer | 2041 | 524 | 82 | 80 | | 77 |
| Her arbeides det godt med smittevern | 2515 | 50 | 85 | 80 | | 77 |
| Her arbeides det godt med strålevern | 1167 | 1398 | 77 | 75 | | 75 |
| Her er sikkerheten ved bruk av maskiner, tekniske hjelpemidler, eller utstyr godt ivaretatt | 1850 | 715 | 84 | 81 | | 81 |
| Her arbeides det godt med å unngå negativ påvirkning på det ytre miljøet | 1970 | 595 | 74 | 73 | | 70 |

OPPFØLGING

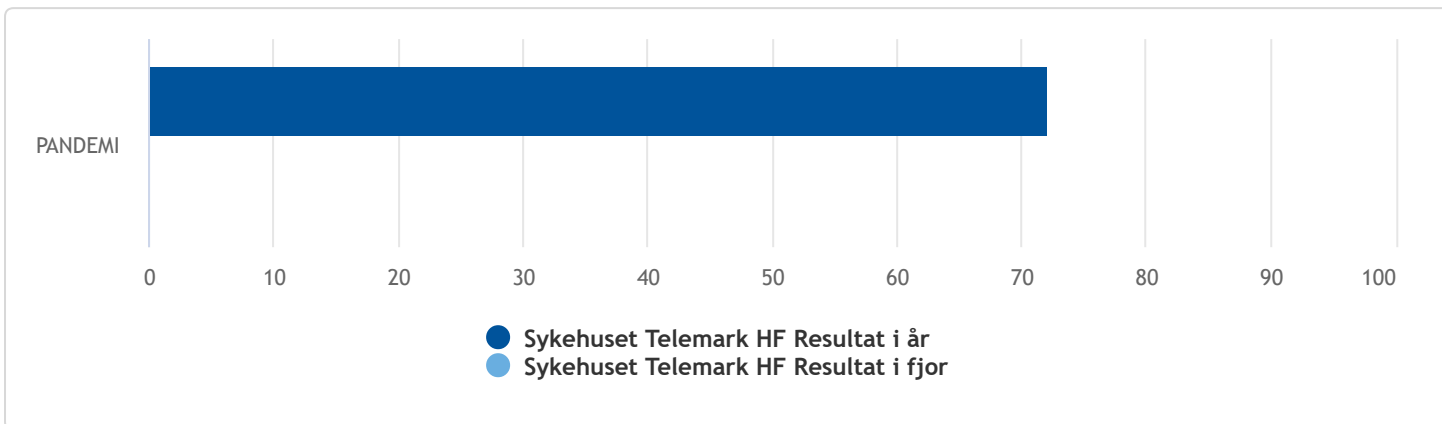
Oppfølging av undersøkelsen kartlegger om det arbeides systematisk med forbedringer og om de ansatte var involvert i oppfølgingen av forrige undersøkelse. Høy skår indikerer at det arbeides systematisk med forbedringer og at det er en høy grad av involvering.



| | Antall svar | Antall vet ikke | Resultat i år | Resultat i fjor | Endring fra i fjor | Referanse |
|--|-------------|-----------------|---------------|-----------------|--------------------|-----------|
| Oppfølging | 2530 | | 73 | 73 | | 69 |
| Her arbeides det systematisk med å forbedre arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten | 2472 | 93 | 75 | 75 | | 74 |
| Jeg har vært involvert i oppfølgingen av den forrige ForBedring kartleggingen | 2154 | 411 | 70 | 70 | | 63 |

PANDEMI

Pandemien har preget helsetjenesten på mange ulike måter. For 2021 er temaet «Pandemi» tatt med, som ett nytt tema i dialogen om hvordan jobbe med pasientsikkerheten og arbeidsmiljøet. Det kan være nyttig å diskutere både om pandemien har påvirket arbeidsmiljøet, og på hvilken måte den har preget arbeidet, før en jobber med tiltak.



| | Antall svar | Antall vet ikke | Resultat i år | Resultat i fjor | Endring fra i fjor | Referanse |
|--|-------------|-----------------|---------------|-----------------|--------------------|-----------|
| Pandemi | 2557 | | 72 | - | - | - |
| Mitt arbeid har blitt endret under pandemien (nye oppgaver, jobbe ved andre avdelinger, arbeid hjemmefra ol.) | 2466 | 99 | 59 | - | - | - |
| Her har ledere og medarbeidere støttet hverandre under pandemien. | 2533 | 32 | 86 | - | - | - |
| Jeg har blitt involvert i endringsprosessene under pandemien. | 2383 | 182 | 68 | - | - | - |
| Her fikk vi raskt på plass gode rutiner for smittevern. | 2482 | 83 | 75 | - | - | - |
| Jeg har fått god opplæring i smittevern her (inkl. bruk av personlig verneutstyr der det har vært påkrevet). | 2440 | 125 | 81 | - | - | - |
| Jeg har fått utvikle meg faglig til tross for smitteverntiltakene (deltatt på fagdager, faglige lunsjer, veiledning, digital kurs/konferanser, digitale fagsamlinger, ol.) | 2418 | 147 | 56 | - | - | - |
| Jeg har følt meg trygg på jobb under pandemien. | 2544 | 21 | 76 | - | - | - |

TILLEGGSPØRSMÅL - SYKEHUSET TELEMAR HF

Tilleggsspørsmål Sykehuset Telemark HF

HAR DU GJENNOMFØRT
UTVIKLINGS/MEDARBEIDERSAMTALE?

1. Ja
72% i år
71% i fjor

Total:(2565 Svar) i år
Total:(2583 Svar) i fjor

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

1. Ja
10% i år
14% i fjor

Total:(2565 Svar) i år
Total:(2583 Svar) i fjor

Saksfremlegg

Saksgang:

| | |
|--------------------------------|-------------|
| Styre | Møtedato |
| Styret i Sykehuset Telemark HF | 19.mai 2021 |

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

Sak: 046-2021

Oppnevning av medlemmer til brukerutvalget og valg av leder og nestleder for perioden 2021 – 2023

Hensikten med saken

Saken omhandler oppnevning av medlemmer og valg av leder og nestleder til brukerutvalget for neste periode.

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

Forslag til vedtak

- 1) Styret oppnevner brukerutvalg ved STHF i henhold til listen nedenfor, for en funksjonsperiode på 2 år (2021 – 2023)
- 2) Styret gjenvelger Rita Andersen, (FFO/Psoriasis og Eksemforbundet Telemark, PEF) som leder og Sondre Ottervik (A-larm) som nestleder i brukerutvalget ved STHF for en funksjonsperiode på to år (2021-2023).

Skien, 12. mai 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

På bakgrunn av forslag fra de aktuelle organisasjonene, er forslaget til brukerutvalg ved sykehuset Telemark for perioden 2021 – 2023 som følger:

| Navn | Organisasjon |
|---------------------------|---|
| Rita Andersen | FFO/ Psoriasis og Eksemforbundet Telemark (PEF) |
| Gun Inger Heibø | FFO/ Telemark MS forbund (multippel sklerose) |
| Anette Slåtta (ny) | FFO/ Burg/NRF Telemark (Norsk Revmatikerforbunds barne- og ungdomsgruppe) |
| Rita Slåbakk (ny) | FFO/ HLF Vestfold og Telemark (Hørselshemmedes Landsforbund) |
| Olav Kristiansen | Profo Telemark (Prostatakreftforeningen Telemark) |
| Sondre Otervik | A-larm |
| Hanne Kittilsen | Kreftforeningen |
| John Arne Rinde | Pensjonistforbundet |
| Anne Iversen | SAFO Samarbeidsforum av Funksjonshemmedes org. |

Vedlegg

- Mandat for brukerutvalget for Sykehuset Telemark HF

Mandat for brukerutvalget for STHF

Brukerutvalgets rolle er å være:

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

Brukerutvalgets formål er å:

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

Brukerutvalgets oppgaver er å:

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

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

Kriterier for sammensetning av brukerutvalg for STHF

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

Kriteriene for sammensetning er:

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

Funksjonstid

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

Nominasjon, oppnevning og konstituering av brukerutvalg for STHF

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

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

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

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

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

Styret velger leder og nestleder etter forslag fra Brukerutvalget selv.

God dialog sikres mellom berørte parter i oppnevningsprosessen.

Habilitet og konfidensialitet

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

Saksfremlegg

Saksgang:

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Styre | Møtedato |
| Styret i Sykehuset Telemark HF | 19. mai 2021 |

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

Sak: 047-2021

Styrende dokumenter for Sykehuset Telemark HF i 2021

Hensikten med saken

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

Forslag til vedtak

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

Skien, 10. mai 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

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

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

2. Hovedpunkter

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

Helse Sør-Øst RHF har med utgangspunkt i Helse- og omsorgsdepartementets veileder utarbeidet en regional veileder for styrearbeid i *helseforetak*. Hovedinnholdet i denne veilederen er utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet. Veilederen gir en kort orientering om styrearbeid i helseforetak, og er ment som et bidrag til styrenes rolleforståelse og rolleutøvelse ([lenke](#)).

Helseforetaksloven og spesialisthelsetjenesteloven utgjør det overordnede rammeverket for spesialisthelsetjenesten:

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

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

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

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

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

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

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

- Vedtekter for Sykehuset Telemark, sist endret 17. desember 2020 ([lenke](#))

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, samt at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Forskriften tydeliggjør krav til at det etableres og gjennomføres systematisk styring (internkontroll) av virksomhetens aktiviteter ([lenke](#)).

Forskriftens krav til styringssystemet er tydeliggjort i Helse Sør-Øst sitt rammeverk for virksomhetsstyring. Rammeverk for virksomhetsstyring beskriver felles prinsipper for god virksomhetsstyring for helseforetaksgruppen, og er et rammeverk for å etablere intern styring og kontroll for all virksomhet i Helse Sør-Øst ([lenke](#)).

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

- Oppdragsdokument 2021 ([lenke](#))
- Protokoll fra foretaksmøte 19. februar 2021 ([lenke](#))

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

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

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

- Instruks for styret i Sykehuset Telemark HF 2020 – 2022 ([lenke](#))
- Instruks for administrerende direktør i Sykehuset Telemark HF 2020 – 2022 ([lenke](#))

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

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

3. Administrerende direktørs anbefaling

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

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

Saksfremlegg

Saksgang:

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Styre | Møtedato |
| Styret i Sykehuset Telemark HF | 19. mai 2021 |

| | | | | | | |
|------------------------------|--|--------------|--|-------------|----------|------|
| Type sak (sett kryss) | | | | | | |
| Beslutning | | Etterretning | | Orientering | X | Tema |

Sak: 048 – 2021

Styrets årsplan 2021 - oppdatert

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

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

Som følge av covid-19 avholdes møtene elektronisk (Skype-møter). Møtested vil bli lagt inn i styrets årsplan når styremøtene igjen kan avholdes fysisk.

Forslag til vedtak

Styret slutter seg til oppdatert styrets årsplan 2021.

Skien, 10. mai 2021

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg:

- Styrets årsplan 2021 - oppdatert

Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2021

Ajourført per 12.05.2021

| 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 akuttkjedeprojektet• Forskningsåret 2020• Årlig erklæring om ledernes ansettelsesvilkår• Styresaker i Sykehuset Telemark HF - status og oppfølging• Årsplan styresaker | <ul style="list-style-type: none">• Styrets 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 langtidsplan 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• Forankring av ny varslingsordning• Årsplan styresaker | |

Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2021

Ajournert per 12.05.2021

| Dato, tid og sted | Saker til beslutning/etterretning | Saker til orientering | Temasaker |
|--|--|---|--|
| 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. 0930 – 1530 Sted: Skype-møte | <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• Prosess for rullering av STHFs utviklingsplan• Status i arbeidet med å etablere Helsefellesskap• Informasjonssikkerhetsrisiko og -tilstanden i STHF• Rammeverk for beredskap• ADs driftsorienteringer• Årsplan styresaker | |
| Styremøte 22. september Kl. 0930 – 1530 Sted: Ikke avklart | <ul style="list-style-type: none">• Godkjenning av innkalling og saksliste• Godkjenning av protokoll• Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2022 | <ul style="list-style-type: none">• Driftsorienteringer fra AD• Fullskala Kompetanseportal – status• Virksomhetsrapport per 2. tertial 2021• Status sykehus-overgripende prosjekter• Status styringskrav 2021 (OBD)• Styresaker i Sykehuset Telemark HF - status og oppfølging• Årsplan styresaker | <ul style="list-style-type: none">• Møte med revisor – revisjonsplan – ref. styremøte 24. mars• Styrets egnevaluering – lukket møte |

Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2021

Ajournført per 12.05.2021

| Dato, tid og sted | Saker til beslutning/etterretning | Saker til orientering | Temasaker |
|---|--|--|---|
| Styremøte 27. oktober Kl. 0930 – 1530 Sted: Ikke avklart | <ul style="list-style-type: none">• Godkjenning av innkalling og sakliste• Godkjenning av protokoll• Årlig evaluering AD | <ul style="list-style-type: none">• Driftsorienteringer fra AD• Virksomhetsrapport per september 2021• Status budsjett 2022• Vold og trusler mot ansatte - status forebyggende program• Kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer• Status prosjekt implementering prosjekt nytt forbedringssystem• Ledelsens gjennomgang 2021• Årsplan styresaker | <ul style="list-style-type: none">• Styrets egnevaluering – lukket møte |
| Styremøte 15. desember Kl. 0930 – 1530 Sted: Ikke avklart | <ul style="list-style-type: none">• Godkjenning av innkalling og sakliste• Godkjenning av protokoll• Budsjett 2022• Årsplan styresaker 2022 | <ul style="list-style-type: none">• Driftsorienteringer fra AD• Virksomhetsrapport per november 2021• Status sykehus-overgripende prosjekter• Utdanning av leger, sykepleiere og helsefagarbeidere ved STHF – status• Internrevisjon resultater 2021 og plan 2022• Overordnet handlingsplan for helse-, miljø- og sikkerhet (HMS) Sykehuset Telemark 2022• Forskningsåret 2021 | <ul style="list-style-type: none">• Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring - status 2020 |

Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2021

Ajourført per 12.05.2021

Foretaksmøter og styreseminar:

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

Styreseminar: 24. mars - Tema: Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan for 2022 (utgangspunkt Årlig melding 2020) – møtet ble utsatt pga. c-19
22. september
16. desember - Tema: Årlig egevaluering av styrets arbeid og arbeidsform

Saker til behandling hvor møtetidspunkt ikke er fastsatt:

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

Protokoll

| | | | |
|-------------------|---|--------------|---------------|
| Protokoll: | Brukerutvalg STHF | Dato: | 22.april 2021 |
| Møteleder: | Rita Andersen | Tid: | 1000 – 1400 |
| Referent: | Anne Borge Kallevig | Sted: | Skype-møte |
| Deltakere: | Rita Andersen (RA) Psoriasis og Eksemforbundet Telemark (PEF) John Arne Rinde, Pensjonistforbundet Telemark Olav Kristiansen Prostatakreftforeningen (profo) Sondre Otervik A-larm Vidar Bersvendsen Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) Hanne Kittilsen Kreftforeningen Gunn Ingeborg Kval-Engstad Ryggmarksbrokk- og Hydrocephalusforeningen Anne Iversen, Norges Handikapforbund (NHF) Gun Inger Heibø, Multippel sklerose (MS) Egil Rye-Hytten, regional brukerrepresentant Else Jorunn Saga Pasient og brukerombud Vestfold og Telemark, kontor Skien Tom Helge Rønning (THR) administrerende direktør Halfrid Waage, fagdirektør – fra kl 11.00 Anne Brynjulfsen, rådgiver klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling (KPR) – til lunsj Geir Olav Ryntveit (GOR) økonomidirektør, sak 12-2021 Janicke Stordalen, prosjektleder for virksomhetsutvikling Anne Borge Kallevig, administrasjonskonsulent/koordinator brukerutvalg, referent | | |
| Fravær: | Per Urdahl, klinikkjef medisin | | |

| Saksnr. | Sak |
|----------------|---|
| 00-2021 | Godkjenning av innkalling og sakliste Vedtak: Brukerutvalget godkjenner innkalling og sakliste |
| 20-2021 | Godkjenning av protokoll fra 11.mars 2021 Vedtak: Brukerutvalget godkjenner protokoll fra brukerutvalgsmøte 11.mars 2021. |
| 21-2021 | Virksomhetsrapport pr mars 2021 v/økonomidirektør Geir Olav Ryntveit. <i>Oppsummering:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Høy poliklinisk aktivitet i både somatikk og BUP – lav aktivitet i VOP og TSB • Ventetider og fristbrudd er relativt stabile og omlag på samme nivå som i fjor • Passert planlagt tid er rekordlav (5,6 %) <ul style="list-style-type: none"> • Henvisninger om lag på normalt nivå (2019) • Fortsatt relativt lavt belegg på sengeposter og lavt antall operasjoner • Registrerte koronaeffekter på 18 millioner kroner i mars (24 % av ekstra midler) |

| Saksnr. | Sak |
|---------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ Inntektsbortfall: 10,4 millioner kroner ○ Kostnader: 7,6 millioner kroner ○ Kompenseres fullt ut i regnskapet ○ Gjenstående øremerkede midler og utsatt inntekt = 25,5 millioner kroner • Rapportert resultat per mars (akkumulert) 12,4 millioner kroner vs. budsjett 12,5 millioner kroner <ul style="list-style-type: none"> ○ Resultat for mars isolert (+3,1 millioner kroner) er 1,1 millioner kroner svakere enn budsjett <p>Vedtak: Brukerutvalget tar virksomhetsrapport per mars til orientering.</p> |
| 22-2021 | <p>Årsmelding 2020 fra Pasient- og brukerombudet i Telemark</p> <p><i>Oppsummering:</i></p> <p>Pasient- og brukerombudet i Telemark, Else Jorunn Saga, presenterte tema fra årsmeldingen relatert til Sykehuset Telemark HF.</p> <p>Vedtak: Brukerutvalget tar saken til orientering.</p> |
| 23-2021 | <p>Orientering fra regionalt brukerutvalg</p> <p><i>Oppsummering:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ «Klart språk» - standardisering av brev Det regionale brukerutvalget vil i samarbeid med Pasient- og brukerombudet i Oslo jobbe videre med dette bl.a. i forbindelse med tolketjenester v/videokonsultasjoner. ➤ Habilitering for barn og unge. Dette er et område som både bør og må prioriteres mer enn i dag. Sammenlåingen av rehabilitering og habilitering skaper utfordringer. Blant annet språklige utfordringer som habiliteringstjenesten ikke er rustet for. Tjenester og prioriteringer skal sees på. ➤ Digitalisering <ul style="list-style-type: none"> - Innføringen av «Digitale innbyggertjenester» vil bli gjennomført i løpet av sommeren. Dette vil være en erstatning av dagens «Min journal» OUS og Sørlandet prøver ut dette allerede. Noen utfordringer – barn under omsorg: Pr nå er ikke systemet bra nok. BUF dir og folkeregisteret har ikke vært raske nok i sine system slik at pr nå kan ikke adresser til evt barn skjules. BUF dir har meldt tilbake om at dette tas det nå tak i. |

| Saksnr. | Sak |
|---------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Digitale brev fra sykehuset Brev til barn vil fremdeles komme i papirform - Datasikkerhet <p>➤ Felles henvisningsmottak psykiatri og private avtalespesialister. Pasienter ikke rettighetsvurdert hos private. Vet ikke antall henvisninger som sendes fra fastlegene, og da heller ikke hvor mange som avvises. Oppstart av prosjekt i løpet av året.</p> <p>➤ Oppdatering av utviklingsplaner i helseforetakene Helse Sør-Øst RHF vil prioritere fem satsingsområder i planperioden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Nye arbeidsformer – bedre bruk av teknologi og mer brukerstyring 2.Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte helsetjenester 3.Redusere uønsket variasjon 4.Mer tid til pasientrettet arbeid 5.Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste <p>➤ Parkering Det regionale brukerutvalget mener det bør være gratis parkering for pasienter på sykehus. I tillegg må det være tilstrekkelig med parkering for funksjonshemmede.</p> <p>➤ Legemidler for barn Alle legemidler er i utgangspunktet laget til «40 år gamle menn» - ikke til barn. Legemidler til barn er et krevende og viktig område. Helse Sør-Øst har startet et forskningsprosjekt.</p> <p>➤ Spørsmål til administrerende direktør: «Hva er det administrerende ønsker råd om fra brukerutvalget ?»</p> |
| | <p>Aktuelle orienteringer v/adm. Dir. Tom Helge Rønning</p> <p><i>Oppsummering:</i></p> <p>➤ Situasjonen på sykehuset i forhold til koronapandemien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grønn beredskap • Pr dags dato – rolig, 2 innlagte pasienter med Covid-19 • 2 ansatte smittet i løpet av siste måned • 5-10 ansatte i karantene daglig • Lånt ut 6 intensivsykepleiere til Sykehuset i Vestfold siden påske. Avsluttes denne uken. |

| Saksnr. | Sak |
|---------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Etterarbeidet vedrørende hendelsesanalysen godt i gang. Svar skal gis Statsforvalteren innen 15.mai 2021 • Status vaksinerings <ul style="list-style-type: none"> - 2.600 ansatte vaksinert - av disse har 1.000 fått en dose av Astra Zenica. Pr dags dato ikke avklart men hensyn til dose to. <p style="margin-left: 40px;">Regjeringen har besluttet at en ekstern ekspertgruppe skal revurdere dette innen 10.mai.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kriteriene for vaksinerings av ansatte er fulgt. <p>➤ Midler til midlertidig ordning for å stimulere til forbedringstiltak for å redusere ventetider og forbedre kapasitetsutnyttelsen ved poliklinikker i 2021. Sykehuset Telemark har fått tildelt 8.7 millioner kroner fordelt på følgende tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Øre, nese, hals • Plastikk-kirurgi • Gastromedisinsk poliklinikk • BUP – Barne- og ungdomspsykiatri, fokus på spiseforstyrrelser hos barn og unge • PHV/TSB – Psykisk helsevern og rusbehandling <p>➤ Oppdatering av utviklingsplaner i helseforetakene Helseforetakenes planer skal inngå i regional utviklingsplan, som igjen vil inngå som innspill til oppdatert nasjonal utviklingsplan. Arbeidet med å oppdatere STHFs utviklingsplan starter opp i begynnelsen av sommeren 2021. Helseforetakene vil få framskrivninger av kapasitetsbehov fra HSØ RHF. Helseforetakenes oppdaterte planer skal vedtas i det enkelte styre senest mai 2022. Helseforetakene skal i stor grad involvere kommunene i opptaksområdet i arbeidet.</p> <p>➤ Planlegge for oppstart Strålesenteret Vestfold og Telemark. Første styringsgruppemøte ble avholdt i uke 14. Adm.dir Tom Helge Rønning er prosjekteier, og Per Engstrand er prosjektleder. Både Vestfold og Telemark er representert i styringsgruppen pluss bidrag fra OUS. Det er med brukerrepresentant både fra Vestfold og Telemark. Prosjektet har 5 undergrupper. To av disse gruppene starter opp nå i april.</p> <p>➤ Omdømmeundersøkelsen 2021 Resultater fra omdømmeundersøkelsen, som ble gjennomført fra 3. mars til 23. mars, 2021, viser ingen indikasjoner på redusert tillit til STHF. Dette til tross av at undersøkelsen er tatt opp i en periode med relativt mye negativ omtale, konstateres det at resultatene holder seg på siste års nivå, eller bedres.</p> <p>➤ ForBedring- medarbeiderundersøkelse ForBedring kartlegger ulike forhold som virker inn på pasientsikkerheten og ansattes trivsel, motivasjon og arbeidshelse.</p> |

| Saksnr. | Sak |
|-----------------------|--|
| | <p>Mye å glede seg over ved årets undersøkelse. Resultatene viser fremgang på flere områder. Arbeidsmiljø/forhold er veldig bra. Deltakelsen på årets undersøkelse ble på 82%.</p> |
| <p>24-2021</p> | <p>Status prosjekt «Pasientflyt 24/7» Innspill til innsatsområder 1.5 og 1.6: «Visittgang og utskrivningsprosess»</p> <p>Prosjektleder Janicke Stordalen gjennomgikk status på prosjektet.</p> <p>Arbeidsgruppen for innsatsområdene 1.5 og 1.6 «Visittgang og utskrivningsprosess» v/leder Thomas Lie ønsket innspill fra brukerutvalget. Brukerutvalget har fått tilsendt spørsmål på forhånd. Innspillene fra brukerutvalget ble gjennomgått med Janicke Stordalen i møtet. God dialog og gode innspill. Innspillene vil bli tatt med i det videre arbeidet i prosjektet.</p> |
| <p>25-2021</p> | <p>Status prosjekter Brukerutvalget gjennomgikk listen</p> |
| <p>26-2021</p> | <p>Eventuelt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eventuelle saker til BU's møte med styreleder og AD 5.mai ble diskutert. |

Skien, 22. april 2021
Anne Borge Kallevig
referent

Protokoll

| | | | |
|-------------------|--|--------------|-------------|
| Protokoll: | Brukerutvalg STHF, styreleder STHF og AD STHF | Dato: | 5.mai 2021 |
| Møteleder: | Rita Andersen | Tid: | 1000 – 1300 |
| Referent: | Anne Borge Kallevig | Sted: | Skype-møte |
| Deltakere: | Rita Andersen (RA) Psoriasis og Eksemforbundet Telemark (PEF) John Arne Rinde, Pensjonistforbundet Telemark Olav Kristiansen Prostatakreftforeningen (profo) Sondre Otervik A-larm Vidar Bersvendsen Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) Hanne Kittilsen Kreftforeningen (til lunsj) Anne Iversen, Norges Handikapforbund (NHF) Gun Inger Heibø, Multipel sklerose (MS) Per Anders Oksum, styreleder STHF Tom Helge Rønning (THR) administrerende direktør Anne Borge Kallevig, administrasjonskonsulent/koordinator brukerutvalg, referent | | |
| Fravær: | Gunn Ingeborg Kval-Engstad Ryggmarksbrokk- og Hydrocephalusforeningen | | |

| Saksnr. | Sak |
|----------------|--|
| | <p>Aktuelle oppdateringer fra sykehuset</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Covid-19 situasjon <ul style="list-style-type: none"> • Pr dags dato – rolig, 5 innlagte pasienter med covid-19. • Smittetallene eskalerer i Grenland, 53 nye smittetilfeller siste døgn - sykehuset forbereder seg på høyere andel sykehusinnleggelse • Sykehuset opprettholder fremdeles adgangs og besøksbegrensninger. • Sykehuset vurderer om det er nødvendig med ytterligere innstramminger av interne tiltak – bl.a. bruk av flersengsrom. Dette er aktuelt, og får fort store konsekvenser for den daglige driften. • Testing ved utskrivelse - fra Statsforvalteren i Vestfold og Telemark: Alle pasienter som utskrives til hjemmetjeneste skal testes – nå i denne omgang de som tilhører Skien kommune. ➤ Mindre ø-hjelps behandlinger – både medisinsk og kirurgisk ➤ Endring fra myndighetene - Fullvaksinerte trenger ikke lenger å gå i smittekarantene. ➤ Arbeidet etter smitteutbruddet på sykehuset i desember, er i slutfasen. Svar til Statsforvalteren i Vestfold og Telemark sendes neste uke (uke 19) Det er jobbet mye og godt med hendelsesanalysen og tiltak er gjennomført. Utbruddsgruppe er etablert - Alle rollene har klare oppgaver som blir beskrevet i et tiltakskort. For å unngå sårbarhet, har alle rollene en stedfortreder. |
| | <p>Omdømmeundersøkelsen</p> <p>Administrerende direktør Tom Helge Rønning gjennomgikk resultatene av omdømmeundersøkelsen for Telemark.</p> <p>Formålet med undersøkelsen var å kartlegge befolkningens oppfatning av sykehusstilbudet i det enkelte helseforetaks opptaksområde, samt av Helse Sør-Øst som eier sykehusene.</p> |

| Saksnr. | Sak |
|---------|---|
| | <p>Omdømmeundersøkelsen kartlegger også befolkningens vurdering av fire omdømmerelaterte påstander om sykehuset i området der de bor.</p> <p>Resultatene fra omdømmeundersøkelsen, som ble gjennomført fra 3. mars til 23. mars, 2021, viser ingen indikasjoner på redusert tillit til STHF.</p> <p>Dette til tross av at undersøkelsen er tatt opp i en periode med relativt mye negativ omtale, offentliggjøring av hendelsesanalysen 3.mars, konstateres det at resultatene holder seg på siste års score, eller bedres.</p> <p>Jevn positiv utvikling siste 5 års perioden.</p> <p>Brukerutvalget roser sykehuset for åpenhet – også når sykehuset feiler. Tror dette og god informasjon/kommunikasjon, og hvordan man behandler folk er med på å gi det positive resultatet.</p> <p>Selv med positive resultater kan sykehuset bli bedre på alle punkter, og et viktig forbedringsarbeid er pasientlogistikk.</p> <p>Sykehusets evne til å planlegg godt og deretter handle etter planleggingen.</p> <p>Brukerutvalget kommenterte også dette at «storbrukerne» av sykehuset er godt voksne.</p> <p>Det er kun 25% over 60 år som er forespurt i undersøkelsen. Denne andelen burde vært langt større.</p> |
| | <p>Utfordringer innen psykisk helsevern</p> <p>Direktøren orienterte om utfordringsbilde innen psykisk helsevern.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Stor økning i antall henvisninger ➤ Behov for opptrapping – begrensede midler ➤ Kan medføre lengere ventetider og mindre tid til den enkelte pasient ➤ Viktig at både sykehus og kommunen stiller opp for pasienter med psykiske vansker <p>Brukerutvalget roste sykehuset for det arbeidet de gjør.</p> <p>Det ble pekt på viktigheten av pasientopplæring – se «hele» pasienten.</p> <p>Bevist på sin rolle som pasient slik at behandlingen blir god nok. Dette er viktig for å minke tilbakefall.</p> |
| | <p>Arbeidet med utviklingsplan 2035</p> <p>Orientering ved direktøren</p> <p>Planen skal bygge på dagens planverk.</p> <p>Målbildet 2035 er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Et fremtidig faglig sterkt sykehus hvor pasientens helsetjeneste skapes • Et attraktivt sykehus preget av faglig kvalitet og gode fasiliteter, effektiv samhandling med kommunene og sunn økonomi. <p>Viktig at brukerutvalget engasjerer seg i dette arbeidet.</p> |

Skien, 5. mai 2021
Anne Borge Kallevig
referent

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Digitalt møte
Dato: Torsdag 22. april 2021
Tidspunkt: Kl 0915 – 1600

Følgende styremedlemmer møtte:

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

Fra brukerutvalget møtte:

Nina Roland
Lilli-Ann Stendal

Fra administrasjonen deltok:

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

Saker som ble behandlet:

| | |
|-----------------|--|
| 033-2021 | Godkjenning av innkalling og sakliste |
|-----------------|--|

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste til styremøte 22. april 2021.

| | |
|-----------------|--|
| 034-2021 | Godkjenning av protokoll og B-protokoll fra styremøte 11. mars 2021 |
|-----------------|--|

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll og B-protokoll fra styremøte 11. mars 2021 ble godkjent.

| | |
|-----------------|--|
| 035-2021 | Virksomhetsrapport per februar 2021 |
|-----------------|--|

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport for februar 2021.

Kommentarer i møtet

Sak 035-2021 og sak 036-2021 ble behandlet sammen. Styrets kommentar er gjengitt under sak 036-2021.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar virksomhetsrapport per februar 2021 til etterretning.

| | |
|-----------------|---|
| 036-2021 | Virksomhetsrapport per mars 2021 |
|-----------------|---|

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport for mars 2021.

Kommentarer i møtet

Styret berømmet innsatsen sykehusene og de ansatte har vist gjennom hele pandemien og viste også til at det var positivt at sykehus i andre helseregioner og internt i Helse Sør-Øst har stilt opp og lånt ut helsepersonell til de helseforetakene som har hatt den største belastningen.

Styret tok virksomhetsrapportene for februar og mars til etterretning og viste til at styret tidligere har uttrykt uro for utviklingen innen psykisk helsevern og særlig for barn og unge. Styret understreket at det fortsatt er viktig med tett oppfølging av mål- og resultatstyring innen psykisk helsevern for barn og unge i helseforetakene. Det må også arbeides med strukturelle forhold, herunder utdanning, kompetanseutvikling og rekruttering. Dette vil kunne ha effekt på mellomlang og lang sikt.

Styret viste til de positive resultatene for driften i Sykehuspartner HF. Det bør vurderes om det er nye indikatorer som bør inngå i virksomhetsrapporten for å følge videre utvikling i driften. Videre er det viktig med løpende rapportering om utviklingen av investeringer i Sykehuspartner HF og at styret gjøres oppmerksom på evt forsinkelser.

Styret ba om at det er tett dialog med myndighetene om planer og tiltak for gjenåpningen av samfunnet slik at belastningen på sykehusene ikke blir for stor. Styret ba også om at Helse- og omsorgsdepartementet blir gjort oppmerksom på de store økonomiske utfordringene som pandemien påfører Helse Sør-Øst.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar virksomhetsrapport per mars 2021 til etterretning.

| | |
|-----------------|---|
| 037-2021 | Fordeling av gjenstående tilskudd til smittevern- og beredskapstiltak ved koronapandemien i 2021 |
|-----------------|---|

Saken var trukket.

| | |
|----------|--|
| 038-2021 | Årsregnskap, årsberetning og spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2020 |
|----------|--|

Oppsummering

Årsberetning og årsregnskap 2020 med noter legges fram til behandling av styret i Helse Sør-Øst RHF.

I tillegg legges spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar for 2020 fram for styret til orientering.

Kommentarer i møtet

Styret godkjente årsberetning og årsregnskap 2020. Administrerende direktør har fullmakt til å innarbeide kommentarene som ble gitt til årsberetningen fra styrets medlemmer.

Styret uttrykte tilfredshet med rapporten for samfunnsansvar.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret godkjenner årsberetning og årsregnskap for 2020.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å godkjenne mindre endringer i årsberetningen og årsregnskapet for 2020, basert på innspill gitt i møtet.
3. Styret tar spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar for 2020 til orientering.

| | |
|----------|--|
| 039-2021 | Styrende dokumenter for Helse Sør-Øst RHF i 2021 |
|----------|--|

Oppsummering

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

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

Styrets enstemmige

VEDTAK

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

| | |
|----------|--|
| 040-2021 | Gjennomføring av foretaksmøter juni 2021 |
|----------|--|

Oppsummering

I henhold til helseforetakenes vedtekter skal det avholdes foretaksmøter innen utgangen av juni hvert år, der helseforetakenes årsregnskap, årsberetning og årlig melding skal behandles. Det planlegges at disse foretaksmøtene gjennomføres 3. juni 2021.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Det avholdes foretaksmøter med helseforetakene i Helse Sør-Øst 3. juni 2021 med behandling av følgende saker:

- Helseforetakenes årsregnskap og årsberetning for 2020
- Honorar til revisor i 2020
- Helseforetakenes årlige melding 2020

| | |
|----------|--|
| 041-2021 | Regional fagplan psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling |
|----------|--|

Oppsummering

Regional fagplan psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal bidra til å realisere Helse Sør-Østs visjon og mål i *Regional utviklingsplan 2035* og gi retning for utviklingen av tjenestetilbudet innen fagområdene. Fagplanen legges i saken fram for behandling i styret.

Kommentarer i møtet

Styret ga sin tilslutning til den fremlagte fagplanen og viste til at også andre vedtatte planer berører utviklingen innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette gjelder for eksempel *Regional plan for avtalespesialistområdet* og *Rapport om redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst*.

Styret understreket at det må være stor oppmerksomhet på gjennomføringen av planen og at det i rapporteringen til styret for dette tjenesteområdet blir en referanse til plandokumentet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret godkjenner regional fagplan psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
2. Regional fagplan psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling legges til grunn for utviklingen av spesialisthelsetjenestene i Helse Sør-Øst og inngår som premiss i arbeidet med lokale utviklingsplaner ved helseforetak og private ideelle sykehus med eget opptaksområde.

| | |
|----------|------------------------------------|
| 042-2021 | Etablering av ParkinsonNet i Norge |
|----------|------------------------------------|

Oppsummering

I oppdragsdokumentet for 2020 fikk de regionale helseforetakene et felles oppdrag om å utarbeide en plan for nasjonal iverksetting av ParkinsonNet. For å svare ut oppdraget er det gjennomført et prosjekt i samarbeid mellom de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og Norges Parkinsonforbund, under ledelse av Helse Vest RHF. InnoMed har bistått prosjektet.

Prosjekts sluttrapport «Plan for nasjonal iverksetting av ParkinsonNet» legges i saken frem for styret i Helse Sør-Øst RHF. Planen legges frem for styrene i de øvrige regionale helseforetakene i tilsvarende styresaker før oversendelse til Helse- og omsorgsdepartementet.

Kommentarer i møtet

Styret sluttet seg til det foreslåtte vedtaket.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret slutter seg til at løsningsforslagene i den vedlagte prosjektrapporten legges til grunn for etablering av ParkinsonNet.
2. Styret ber om at rapporten oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

| | |
|-----------------|---|
| 043-2021 | Premisser og føringer for arbeidet med lokale utviklingsplaner |
|-----------------|---|

Oppsummering

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok *Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst* i desember 2018 (sak 114-2018). I november 2019 kom *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023* (Meld. St. 7 (2019-2020)) som legger føringer for utviklingen av helsetjenesten.

Med bakgrunn i *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023* og føringer i foretaksmøtet for de regionale helseforetakene 14. januar 2020, er det utarbeidet en veileder for arbeidet med utviklingsplaner. Veilederen ble vedtatt av styret i desember 2020 (sak 148-2020).

Foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 14. januar 2020 har videre vedtatt at det skal utarbeides oppdaterte regionale utviklingsplaner innen 2022 og at arbeidet med de lokale utviklingsplanen skal tilpasses dette.

Saken beskriver føringer og premisser for arbeidet med lokale utviklingsplaner i helseforetakene og de private ideelle sykehusene med eget opptaksområde i Helse Sør-Øst.

Kommentarer i møtet

Styret ga sin tilslutning til premissene for helseforetakenes utviklingsplaner.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Helseforetakene og de private ideelle sykehusene med eget opptaksområde i Helse Sør-Øst, skal oppdatere sine utviklingsplaner innen 1. mai 2022. Planene skal være sendt på høring og styrebehandles før oversendelse til Helse Sør-Øst RHF. Kommuner, brukere, ansatte, vernetjeneste og andre interessenter skal involveres i arbeidet.
2. *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*, vedtatt av styret i sak 148-2020, skal legges til grunn for helseforetakenes og de private ideelle sykehusenes arbeid med lokale utviklingsplaner.
3. Utover premisser og føringer gitt i *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*, skal følgende planer, delstrategier og føringer legges til grunn for arbeidet med lokale utviklingsplaner:
 - a. Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst
 - b. Regional fagplan for psykisk helsevern og rusbehandling i Helse Sør-Øst
 - c. Regional delstrategi for teknologiområdet i Helse Sør-Øst
 - d. Styrking av tjenestetilbudet innen habilitering for barn, unge og voksne, herunder ambulant virksomhet
 - e. Styrket samarbeidet på tvers av lokalisasjoner og virksomheter i samme helseforetak innen utdanning og kompetanse, samt prosedyrer og fagutvikling.

4. Regional utviklingsplan skal revideres med utgangspunkt i *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner* og de lokale utviklingsplanene i regionen. Styret ber om at det legges frem en egen sak for arbeidet med regional utviklingsplan, herunder organisering av og tidsplan for arbeidet.

| | |
|-----------------|---|
| 044-2021 | Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF – oppsummering og vurdering av høringsinnspill |
|-----------------|---|

Oppsummering

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok ved behandling av styresak 004-2021 den 15. januar 2021, at det skal gjennomføres en høring av prosjektrapport om helhetlig sykehusstruktur i tråd med vedtatt målbilde for Sykehuset Innlandet HF og tilhørende samfunnsanalyse. Dette som ledd i utredningen av ny sykehusstruktur i Innlandet.

Saken gir en oppsummering av høringsuttalelsene. Med bakgrunn i høringsinnspillene diskuteres ulike justeringer av løsningsalternativet som ble anbefalt i prosjektrapporten. Tre alternativer for ny sykehusstruktur i Innlandet presenteres som grunnlag for den videre prosessen.

I styresaken presenteres også de største risikoene ved endring av sykehusstrukturen i Sykehuset Innlandet HF.

Kommentarer i møtet

Styret sluttet seg til forslaget til vedtak og takket for et godt saksfremlegg og en god oppsummering av mottatte hørings svar. Styret takker også for alle mottatte hørings svar.

Styret er opptatt av fremdriften i den videre saksbehandlingen og viste samtidig til at det er viktig med en god risikovurdering, særlig for perioden fra en ny sykehusstruktur er vedtatt og til nye bygg kan tas i bruk. Styret fremhevet at tilbudet ved de lokalmedisinske sentrene er viktige å videreføre fremover.

Styret viste til at eventuelle endringer i veistandard i Innlandet som følge av ny Nasjonal transportplan bør omtales i saken som legges frem 28. mai 2021.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Forslag til vedtak:

1. Styret tar oppsummering av høringsuttalelsene om videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF og sykehusstrukturen i Innlandet til orientering, og ber om at de hensyn høringsinstansene har fremmet gjennom sine innspill vektlegges i den videre behandling.

2. Basert på innspill i høringsrunden tegner det seg tre alternativer for ny sykehusstruktur i Innlandet som må vurderes.

Alternativ 1

Mjøssykehus i Brumunddal, stort akuttpsykehus i Lillehammer, akuttpsykehus på Tynset, elektivt sykehus i Gjøvik og stort lokalmedisinsk senter med skadepoliklinikk og luftambulansbase i Elverum. Alternativet tilsvare anbefaling i prosjektrapporten om ny sykehusstruktur i Innlandet med justerte opptaksområder i henhold til innspill fra aktuelle kommuner.

Alternativ 2

Mjøssykehus i Moelv, stort akuttpsykehus og luftambulansbase i Elverum, akuttpsykehus på Tynset og elektivt sykehus med skadepoliklinikk i Lillehammer.

Alternativ 3

Mjøssykehus i Moelv, stort akuttpsykehus i Lillehammer, akuttpsykehus på Tynset og elektivt sykehus med skadepoliklinikk og luftambulansbase i Elverum.

Forutsatt en justering av vedtatt målbilde, kan det vurderes å legge akuttfunksjoner for indremedisin til sykehuset i Elverum.

Sykehuset Innlandet HF bes om å:

- a) gjøre en overordnet vurdering av faglige og økonomiske risikoer ved de tre alternativene, både for perioden fra fremtidig sykehusstruktur er vedtatt til nytt bygg tas i bruk og etter at nytt bygg er tatt i bruk.
 - b) anbefale hva som skal være grunnlag for konseptfaseutredning.
3. Styret viser til at det som del av konseptfasen skal utredes et reelt nullalternativ (null-pluss alternativ) som fremstilles sammenlignbart med øvrige alternativer.
 4. Basert på behandling av sak om fremtidig sykehusstruktur i Sykehuset Innlandet HF, bes administrerende direktør fremlegge ny sak med anbefaling om fremtidig sykehusstruktur i Innlandet som grunnlag for oppstart av konseptfase.

| | |
|-----------------|---|
| 045-2021 | Sørlandet sykehus HF – oppstart prosjektinnramming for nytt akuttbygg Kristiansand |
|-----------------|---|

Oppsummering

Styret ved Sørlandet sykehus HF har i styresak 085-2020; *Prosjektinnramming for akuttbygg Kristiansand* behandlet oppstart av prosjektinnramming for nybygg for somatiske mottaksfunksjoner, intensiv- og intermediærbehandling i Kristiansand. Prosjektet er over 500 millioner kroner og styret i Helse Sør-Øst RHF skal derfor ta stilling til søknad fra Sørlandet sykehus HF om oppstart av prosjektinnramming.

Kommentarer i møtet

Styret sluttet seg til det fremlagte forslaget til vedtak og godkjenner oppstart av prosjektinnramming for akuttbygg Kristiansand innenfor en økonomisk planleggingsramme på 1,0 milliarder kroner (mars 2021-kroner; P50-estimat).

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret godkjenner oppstart av prosjektinnramming for akuttbygg Kristiansand ved Sørlandet sykehus HF. Det skal legges til grunn en økonomisk planleggingsramme på 1,0 milliarder kroner (mars 2021-kroner; P50-estimat).
2. Gjennom arbeidet med prosjektinnrammingen skal de prioriterte prosjektutløsende behov ytterligere konkretiseres, og det skal identifiseres et nødvendig antall alternativer for videre utredning.
3. Styret legger til grunn at Sørlandet sykehus HF er prosjekteier for prosjektinnrammingen, basert på godkjent mandat fra Helse Sør-Øst RHF.
4. Administrerende direktør gis fullmakt til å godkjenne mandat for prosjektinnramming for akuttbygg Kristiansand ved Sørlandet sykehus HF.

| | |
|----------|--|
| 046-2021 | Mål og strategi for informasjonssikkerhet i Helse Sør-Øst – overordnet styrende dokument |
|----------|--|

Oppsummering

Det overordnede styrende dokumentet for mål og strategi for informasjonssikkerhet i Helse Sør-Øst, inneholder føringer om at informasjonssikkerhet skal være integrert i helseforetakenes helhetlige styringssystem og at beslutninger om risiko innen informasjonssikkerhet tas i linjen på riktig ledelsesnivå.

Saken ble behandlet i styremøtet 11. mars 2021, styresak 026-2021. Dokumentet er nå justert på bakgrunn av de innspill som kom frem i styremøtet. Det foreslås at styret slutter seg til oppdatert overordnet styrende dokumentet for informasjonssikkerhet i Helse Sør-Øst.

Kommentarer i møtet

Styret sluttet seg til overordnet styrende dokument for informasjonssikkerhet.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret slutter seg til fremlagt overordnet styrende dokument for informasjonssikkerhet i Helse Sør-Øst.

| | |
|-----------------|--|
| 047-2021 | Evaluering anskaffelse ambulanselytjenester |
|-----------------|--|

Oppsummering

Under ledelse av Helse Vest RHF er det gjennomført en evaluering av prosessen med anskaffelse av ambulanselytjenester. Det er utarbeidet en rapport som viser at det er gjennomført en grundig anskaffelsesprosess, samtidig som det er identifisert flere læringspunkter for framtidige anskaffelser.

Kommentarer i møtet

Styret tok rapporten til etterretning.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar rapport fra evaluering av anskaffelse av ambulanselytjenester til etterretning og ber om at rapporten oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

| | |
|-----------------|--|
| 048-2021 | Regional løsning for helselogistikk, plan for gjennomføring og kostnadsramme for prosjektet |
|-----------------|--|

Oppsummering

Det er gjennomført en anskaffelse og inngått rammeavtale med to leverandører for regional løsning for helselogistikk, jmf styresak 110-2019. Regional løsning for helselogistikk er funksjonelt delt inn i tre hovedområder; A. *Innsjekk og oppgjør*; B. *Styring av pasientflyt og ressurser* og C. *Intern kommunikasjon og varsling på mobil*. I neste fase av prosjektet (fase 3) skal det først etableres en regional installasjon av løsningen. Deretter skal løsningen innføres for et begrenset omfang i flere av helseforetakene i regionen. Saken omhandler plan for gjennomføring og kostnadsramme for fase 3 av prosjektet.

Kommentarer i møtet

Styret sluttet seg til forslaget til vedtak og understreket at arbeidet med gevinstrealisering må prioriteres og følges opp. Styret ønsker å få seg forelagt en generell sak knyttet til gevinstrealisering.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner gjennomføring av fase 3 for regional løsning for helselogistikk innenfor en kostnadsramme på 201 millioner kroner inkl. merverdiavgift (P85-estimat; 2021-kroner).

| | |
|----------|--|
| 049-2021 | Innføring av økonomi- og logistikk-løsning (ERP) for Sykehusapotekene HF |
|----------|--|

Oppsummering

Saken er en oppfølging av styresak 020-2019; *Økonomi- og logistikk-løsning (ERP) for Sykehusapotekene HF* og 109-2020; *Driftsorienteringer fra administrerende direktør*. I protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 24. september 2020 under sak 109-2020 fremkommer det at styret ble orientert om at det skulle gjennomføres en planfase for utvikling og innføring av økonomi- og logistikk-løsning (ERP) for Sykehusapotekene HF basert på regionalt anskaffet programvare (Oracle eBusiness suite med tilhørende forsystemer).

Styret orienteres i saken om resultatene av den gjennomførte planfasen og bes om å godkjenne oppstart av gjennomføringsfase. Formålet med planfasen har vært å tydeliggjøre konsepter og omfang av løsningen som skal innføres, samt definere organisering, tidsplan og økonomiske rammer for gjennomføringen.

Kommentarer i møtet

Styret sluttet seg til forslaget til vedtak.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret godkjenner oppstart av gjennomføringsfasen for utvikling og innføring av ERP-løsning for Sykehusapotekene HF, basert på regionalt anskaffet programvare. Kostnadsrammen for prosjektet settes til 129 millioner kroner (P85-estimat, 2021-kroner, eksklusive merverdiavgift).
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å yte et rentebærende lån til Sykehusapotekene HF på inntil 103 millioner kroner fordelt over tre år.

| | |
|----------|---|
| 050-2021 | Sykehuspartner HF, kjernevirksomhet og kjernekompetanse |
|----------|---|

Oppsummering

Sykehuspartner HF fikk i oppdrags- og bestillerdokument 2020 krav om å beskrive behov for fremtidig kompetanse og kapasitet i egen organisasjon innen første halvår 2020. Videre ble det stilt krav om at foretaksgruppen skulle være involvert i arbeidet og at resultatet skulle fremlegges for styret i Helse Sør-Øst RHF.

Styret i Sykehuspartner HF behandlet sak om kjernevirksomhet og kjernekompetanse i sak 008-2021. Dokumentet hvor Sykehuspartner HF svarer på oppdraget og beskriver fremtidig kjernevirksomhet og kjernekompetanse legges i saken frem for behandling i styret i Helse Sør-Øst RHF.

Kommentarer i møtet

Styret sluttet seg til det foreslåtte vedtaket, men presiserte i vedtakets punkt 2 at Sykehuspartner HF skal konkretisere en plan for *oppgave-* og kompetanseutvikling.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret slutter seg til det fremlagte målbildet for fremtidig kjernevirksomhet og kjernekompetanse i Sykehuspartner HF.
2. Styret ber Sykehuspartner HF om å konkretisere en plan for oppgave- og kompetanseutvikling i foretaket i tråd med målbildet.
3. Styret legger til grunn at Sykehuspartner HFs arbeid med kompetanseutvikling rapporteres som del av ordinære tertialrapporter for virksomheten i foretaksgruppen.

Stemmemforklaring fra styremedlem Sølvberg:

Denne representanten mener at bruk av markedet ved utvikling og etablering av nye tjenester hos Sykehuspartner HF må begrenses, og avgrenses til enkeltleveranser, samt på en slik måte at leveransen også er kompetanseutviklende for Sykehuspartners medarbeidere. Dette vil etter denne representantens mening resultere i at det så langt som mulig sikres at Sykehuspartner og helseforetaksgruppen innehar kompetanse innenfor alle områder i videre digitalisering av regionen. Bruk av eksterne skybaserte tjenester må vurderes nøye i hvert enkelt tilfelle i forhold til risiko for datakriminalitet. Bruk av eksterne skybaserte tjenester må til enhver tid avveies ifht behov og alternativer må alltid vurderes, f eks oppbygging av egne datalagere.

| | |
|----------|--|
| 051-2021 | Møteplan for styret i Helse Sør-Øst RHF i 2022 |
|----------|--|

Oppsummering

Forslag til datoer og sted for styremøter i 2022 legges fram til godkjenning.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner følgende møtekalender 2022 for styret i Helse Sør-Øst RHF:

- Torsdag 10. februar – Hamar
- Torsdag 10. mars – Besøk helseforetak
- Onsdag 27. og torsdag 28. april – Hamar
- Torsdag 23. juni – Hamar
- Torsdag 25. august – Besøk helseforetak
- Torsdag 22. september – Hamar
- Torsdag 20. oktober – Besøk helseforetak
- Onsdag 16. og torsdag 17. november – Hamar
- Torsdag 15. desember – Hamar

| | |
|-----------------|--|
| 052-2021 | Styresaker i Helse Sør-Øst RHF – status og oppfølging |
|-----------------|--|

Oppsummering

Styret har to ganger per år fått fremlagt en oversikt over status og oppfølging av styresaker som har vært til behandling.

Sist oversikten ble behandlet i styret var i november 2020.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak til og med februar 2021 til orientering.

| | |
|-----------------|---------------------------|
| 053-2021 | Årsplan styresaker |
|-----------------|---------------------------|

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Årsplan styresaker tas til orientering.

054-2021

Driftsorienteringer fra administrerende direktør

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget 2. mars 2021
3. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 9. og 10. mars 2021
4. Brev fra Pensjonistforbundet i Oppland
5. Foreløpig protokoll fra drøftingsmøte 21. april 2021
6. Uttalelse fra Fellesrådet for sykehusaksjonene i Innlandet datert 22. april 2021

Møtet hevet kl 15:45

Oslo, 22. april 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: Fredag 7. mai 2021
Tidspunkt: Kl 17:00

Følgende styremedlemmer møtte:

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

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus (under sak 055-2021)
Eierdirektør Tore Robertsen

Saker som ble behandlet:

| | |
|-----------------|---|
| 055-2021 | Godkjenning av innkalling og saksliste |
|-----------------|---|

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og saksliste til ekstraordinært styremøte 7. mai 2021.

| | |
|-----------------|--|
| 056-2021 | Administrerende direktør fratrer. Konstituering |
|-----------------|--|

Saken er unntatt offentlighet, offl § 23, første ledd og ble behandlet i lukket møte, jf. Helseforetakslovens § 26 a, annet ledd.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

1. Styret tar til etterretning at administrerende direktør Cathrine M. Lofthus i statsråd 7. mai 2021 er utnevnt til stillingen som departementsråd i Helse- og omsorgsdepartementet.
2. Cathrine M. Lofthus fratrer som administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF f.o.m 8. mai 2021. Hun fortsetter sitt ansettelsesforhold i Helse Sør-Øst RHF til hun tiltrer stillingen i Helse- og omsorgsdepartementet 1. juni 2021.
3. Viseadministrerende direktør Jan Christian Frich konstitueres som administrerende direktør fra 8. mai 2021. Styreleder gis fullmakt til å avtale betingelsene for Jan Frich i den perioden han er konstituert administrerende direktør.
4. Rekruttering av ny administrerende direktør igangsettes. Det nedsettes et ansettelsesutvalg bestående av styreleder, nestleder og ett av de ansattevalgte styremedlemmene.
5. Styret vil i møte 28. mai 2021 drøfte nærmere opplegg og prosess for rekruttering av ny administrerende direktør.

Møtet hevet kl 17:15

Oslo, 7. mai 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

Bekymringsmelding over utviklingen ved DPS øvre Telemark

Bakgrunn for oppbygging av DPS: Føringer fra Sosial- og helsedirektoratet

St. meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene danner bakgrunnen for den endringen som fant sted gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse (St prp nr. 63 1997-98). Stortingsmeldingen slo fast at psykisk helsevern hadde store mangler og at det var behov for omfattende styrking og omstrukturering. En vesentlig strategi i Opptrappingsplanen er utbygging av en desentralisert spesialisthelsetjeneste gjennom etablering av distriktpsikiatriske sentre (DPS). Oppbygging av DPS er i samsvar med utviklingen i andre vestlige land. Slike desentraliserte spesialiserte tjenester omtales som community psychiatry i internasjonal litteratur, og positive virkninger av disse er dokumentert ved mye forskning. DPS er community mental health centres tilpasset norske forhold. At det også legges stor vekt på desentralisert psykisk helsevern i europeiske land i utviklingen av helsetjenester for mennesker med psykiske lidelser, er uttrykt i en handlingsplan og en deklarasjon fra den europeiske helseministerkonferansen om psykisk helse som ble avholdt i Helsinki i januar 2005.

DPS har ansvar og oppgaver på spesialistnivå innenfor psykiske helsevern for voksne, i et gitt geografisk område. Det desentraliserte tilbudet bør bestå av dag - og døgntilbud, polikliniske og ambulante tjenester. For at DPS skal kunne yte et kvalitativt godt tilbud må tilbudet være i samsvar med og bygges opp ut fra behovene i opptaksområdet. DPS må derfor ha nødvendig kunnskap om befolkningens psykiske helsetilstand og ha evne til å endre tilbudet når befolkningens behandlingsbehov endres. Det innebærer at leder for DPS jevnlig bør stille spørsmål ved om egen virksomhet ivaretar befolkningens behandlingsbehov, for eksempel slik de reflekteres gjennom henvisninger, men også være oppmerksom på grupper som ikke selv søker hjelp. Leder for DPS bør ha oppdatert kunnskap om den aktuelle befolkning og om forhold som kan ha betydning for utforming og dimensjonering av tjenestene. Eksempler på forhold som kan ha betydning er sosioøkonomiske faktorer, alderssammensetning for eksempel i områder med større skolesentra, etniske grupper og bistand overfor personer ved stedlige asylmottak. I tillegg til å nyttiggjøre seg tilgjengelige datakilder vil det her være avgjørende å ha et nært samarbeid med kommunene i opptaksområdet.

Opptaksområdets størrelse

Ut fra erfaringer som er gjort synes det mest hensiktsmessig at opptaksområdet for et distriktpsikiatrisk senter har en befolkning på 30 – 75 000. Pr. januar 2006 har 18 DPS et større befolkningsgrunnlag enn dette. Større DPS kan være hensiktsmessig i tett befolkede områder. DPS bør likevel ikke bli så store at det går ut over kunnskap om opptaksområdet og kontakt og samarbeid med det lokale hjelpeapparat. Det har foregått en stadig omorganisering hvor sammenslåing av DPS-er, er et gjennomgående trekk. Dette kan være en stor utfordring da alle DPS har sin særkultur. Når to DPS slås sammen må dette begrunnes, planlegges nøye og følges tett opp for at ressursene kan ivaretas på en god måte.

DPS faglig selvstendig enhet

Opptappingsplanen definerer DPS som en faglig selvstendig enhet med ansvar for det allmenne psykiske helsevern innenfor et gitt geografisk område. Det betyr at et DPS verken faglig eller administrativt skal legges inn under en annen avdeling som kan styre senterets ressursbruk eller kapasitet på en måte som hindrer senteret i å utføre sine egentlige oppgaver. Det betyr imidlertid ikke at tjenestene ved DPS kan utøves eller utvikles isolert fra den øvrige behandlingsskjede. Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-9 skal virksomheter organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. I tillegg til leder for DPS skal det i tråd med dette være en leder for hhv poliklinikk, for dagenhet, døgnenhet og så videre. Disse lederne utgjør senterets styrende organ/ ledergruppe.

DPS øvre Telemark (Tidligere DPS Notodden/Seljord)

DPS øvre Telemark ble etablert som et av de aller første «lokalsykehus i psykiatri» i Norge. Da St.prp.nr. 63 beskrev distriktpsikiatrisk senter, ble bl.a. Notodden/Seljord DPS brukt som modell.

Det var stedlig ledelse slik myndighetene forutsatte. Det ble lagt vekt på rekruttering og utdanning av nøkkelpersonell. Tjenestene ble utformet i nær forståelse med personalet i kommunehelsetjenesten i opptaksområdet. DPSet skåret høyt på kvalitetsindikatorerne, blant annet Fastlegenes tilfredshet med tjenestene fra DPS.

Fra 2018 har ikke DPSet hatt stedlig leder. DPS-lederen for DPS Nedre Telemark har også hatt ansvarsområde for DPS øvre Telemark. De siste årene har det foregått stadig sentralisering av ledelse og administrasjon. Blant annet har søknadsvurderingene til poliklinikkene blitt sentralisert til Skien. Ledelsen mente dette ville sikre lik behandling av alle søknadene i Telemark.

Dette har blant annet ført til frustrasjon fra fastlegene. Avslagsprosenten steg umiddelbart og ventetiden økte. Det har også blitt økende frustrasjon blant sentrale ansatte ved DPSet. De har svært liten kontakt med DPS-ledelsen. Planlegging av videre drift og policy har derfor blitt svært vanskelig.

Manglende innflytelse fra sentrale medarbeidere har ført til at psykiatere søker seg bort. Dersom forholdene ikke endres drastisk, ser det ut til at DPS øvre Telemark fra høsten 2021 kun har 3 psykiatere ansatt.

Konklusjon

Norske myndigheter definerer DPS som en faglig selvstendig enhet med ansvar for det allmenne psykiske helsevern innenfor et gitt geografisk område. Det forutsettes stedlig DPS-leder. Fra 2018 har DPS-ledelsen for DPS øvre Telemark vært sentralisert til Skien. Dette har gradvis fått alvorlige konsekvenser.

Sykehuset Telemark må snarest ansette en stedlig DPS-leder for DPS øvre Telemark.

Sykehusaksjonen Notodden 14.04.2021

Henrik Bakke (leder), Ragnar Kårstein, Else S. Aasen, Kari A. Torsteinson, Solveig Randby, Gunnar Landvik, Ole-Bjørn Kolbjørnsrud.

Tom Helge Rønning

Vår referanse:

21/00483-3

Saksbehandler:

Hilde Jacobsen

Deres referanse:

Dato:

06.05.2021

Prosjektstyre for etablering av nytt klinikk- og protonbygg på Radiumhospitalet, Oslo universitetssykehus HF

Helse Sør-Øst RHF vil med dette bekrefte at du er oppnevnt som medlem i prosjektstyret for etablering av nytt klinikk- og protonbygg ved Radiumhospitalet, Oslo universitetssykehus HF.

Vedlagt følger godkjent prosjektmandat for prosjektet.

Vi ønsker prosjektstyret lykke til i arbeidet.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF



Cathrine M. Lofthus
administrerende direktør

Tore Robertsen
eierdirektør