

ons. 16. desember 2020, 09.30 - 14.10

Skype-møte




## Agenda

---

### 09.30 - 09.35 **073-2020 Godkjenning av innkalling og saksliste**

5 min



*Beslutning*                      *Styreleder*

-  073-2020 Godkjenning av innkalling og saksliste.pdf (1 sider)
  -  \_Innkalling til styremøte i Sykehuset Telemark HF 16. desember.pdf (1 sider)
  -  \_Saksliste med kjøreplan til styremøte 16. desember 2020.pdf (2 sider)
- 

### 09.35 - 09.40 **074-2020 Godkjenning av protokoll fra styremøte 28. oktober 2020**

5 min


*Beslutning*                      *Styreleder*

-  074-2020 Godkjenning av protokoll og B-protokoll fra styremøte 28. oktober.pdf (1 sider)
  -  074-2020 Vedlegg - Elektronisk godkjent protokoll styremøte 28. oktober.pdf (9 sider)
- 

### 09.40 - 10.00 **075-2020 Driftsorienteringer fra administrerende direktør**

20 min



*Orientering*                      *Administrerende direktør*

-  075-2020 Driftsorienteringer fra administrerende direktør.pdf (4 sider)
- 

### 10.00 - 10.45 **076-2020 Virksomhetsrapport per november 2020**

45 min




*Orientering*                      *Økonomidirektør*

-  076-2020 Virksomhetsrapport per november.pdf (16 sider)
  -  076-2020 Vedlegg - Virksomhetsrapport STHF 2020\_11.pdf (36 sider)
- 

### 10.45 - 11.45 **077-2020 Budsjett 2021**

60 min

*Orientering*                      *Økonomidirektør*

-  077-2020 Budsjett 2021.pdf (20 sider)
  -  077-2020 Vedlegg 1 - Styresak HSØ.pdf (45 sider)
  -  077-2020 Vedlegg 2 - Drøftingsprotokoll.pdf (2 sider)
- 

### 11.45 - 12.00 **078-2020 Valg av ansattevalgte styremedlemmer - Oppnevning av valgstyre**

15 min

*Beslutning*                      *Administrerende direktør*




-  078-2020 Valg av ansattevalgte styremedlemmer - Oppnevning av valgstyre.pdf (3 sider)
-

12.00 - 12.30 **Lunsj**  
30 min

---

12.30 - 13.00 **079-2020 Etablering av Helsefelleskap**  
30 min





Beslutning      Fagdirektør

-  079-2020 Etablering av Helsefelleskap.pdf (3 sider)
-  079-2020 Vedlegg 1 - Revidert overordnet samarbeidsavtale.pdf (10 sider)
-  079-2020 Vedlegg 2 - Stortingsmelding 7 - Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023- kortversjon.pdf (44 sider)

---

13.00 - 13.30 **080-2020 Bruk av tvang i psykisk helsevern - konsernrevisjonens revisjonsrapport 1-2020**  
30 min



Orientering      Klinikksjef Lars Ødegård

-  080-2020 Bruk av tvang i psykisk helsevern – konsernrevisjonens revisjonsrapport 1-2020.pdf (5 sider)
-  080-2020 Vedlegg 1 - Rapport om redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst.pdf (66 sider)
-  080-2020 Vedlegg 2 - Revisjonsrapport 1-2020 Bruk av tvang i psykisk helsevern.pdf (27 sider)
-  080-2020 Vedlegg 3 - Sykehuset Telemarks besvarelser på spørreskjema fra konsernrevisjonen.pdf (20 sider)

---

13.30 - 14.00 **081-2020 Overordnet HMS mål og handlingsplan 2021**  
30 min



Orientering      Fagdirektør og HR-direktør

-  081-2020 HMS handlingsplan 2021.pdf (2 sider)
-  081-2020 Vedlegg - Overordnet HMS mål og handlingsplan STHF 2021.pdf (7 sider)

---

14.00 - 14.05 **082-2020 Årsplan styresaker 2021**  
5 min

Beslutning      Styreleder




-  082-2020 Styrets årsplan 2021.pdf (1 sider)
-  082-2020 Vedlegg - Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2021.pdf (3 sider)

---

14.05 - 14.10 **Andre orienteringer**  
5 min

Orientering      Styreleder

1. Styreleder orienterer
2. Protokoll fra styremøte Helse Sør-Øst RHF 22. oktober
3. Foreløpig protokoll fra ekstraordinært styremøte Helse Sør-Øst RHF 19. november
4. Foreløpig protokoll fra styremøte Helse Sør-Øst RHF 26. november

-  Andre orienteringer 02 - Protokoll fra styremøte HSØ 22. oktober 2020.pdf (8 sider)
-  Andre orienteringer 03 - Foreløpig protokoll fra ekstraord. styremøte HSØ 19. november 2020.pdf (4 sider)
-  Andre orienteringer 04 - Foreløpig protokoll styremøte HSØ 26. november 2020.pdf (19 sider)

## Saksfremlegg

### Saksgang:

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret i Sykehuset Telemark HF	16. desember 2020

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

**Sak: 073 – 2020**

### Godkjenning av innkalling og saksliste

#### Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Skien, 8. desember 2020

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

Styret i Sykehuset Telemark HF  
Brukerutvalgets representanter

**Vår referanse:**

Saksbehandler: Tone Pedersen +47 957 94 426

**Dato:**

9. desember 2020

**Innkalling til styremøte i Sykehuset Telemark HF**

Det innkalles til styremøte i Sykehuset Telemark HF

Tid: Onsdag 16. desember 2020 kl. 0930 - 1410

Sted: Skype-møte

Vedlagt oversendes saksliste og saksfremlegg til møtet.

Med vennlig hilsen  
Sykehuset Telemark HF

Per Anders Oksum  
styreleder

## Styremøte i styret for Sykehuset Telemark HF

Dato og kl.: 16. desember 2020, kl. 0930 – 1410

Sted: Skype-møte

Møteleder: Styreleder Per Anders Oksum

### Saksliste

Tentativ plan	Saksnr.	Sakstittel	Sakstype
0930 – 0935	073 - 2020	<b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b> v/styreleder	<b>Beslutning</b>
0935 – 0940	074 - 2020	<b>Godkjenning av protokoll B-protokoll fra styremøte fra styremøte 28. okt.2020</b> v/styreleder	<b>Beslutning</b>
0940 – 1000	075 - 2020	<b>Driftsorienteringer fra administrerende direktør</b> v/administrerende direktør	<b>Orientering</b>
1000 – 1045	076 - 2020	<b>Virksomhetsrapport per november 2020 (ettersendes)</b> v/økonomidirektør	<b>Orientering</b>
1045 – 1145	077 - 2020	<b>Budsjett 2021</b> v/økonomidirektør	<b>Beslutning</b>
1145 – 1200	078 - 2020	<b>Valg av ansattevalgte styremedlemmer - Oppnevning av valgstyre (ettersendes)</b> v/administrerende direktør	<b>Beslutning</b>
1200 – 1230		<b>Pause</b>	
1230 – 1300	079 - 2020	<b>Etablering av Helsefellesskap</b> v/fagdirektør	<b>Beslutning</b>
1300 – 1330	080 - 2020	<b>Bruk av tvang i psykisk helsevern – konsernrevisjonens revisjonsrapport 1-2020</b> v/klinikkisjef Lars Ødegård	<b>Orientering</b>
1330 – 1400	081 - 2020	<b>Overordnet HMS mål- og handlingsplan 2021</b> v/fagdirektør og HR-direktør	<b>Orientering</b>
1400 – 1405	082 - 2020	<b>Styrets årsplan 2021</b> v/styreleder	<b>Beslutning</b>

Tentativ plan	Saksnr.	Sakstittel	Sakstype
1405 – 1410		<b>Andre orienteringer</b> 1) Styreleder orienterer 2) Protokoll fra styremøte Helse Sør-Øst RHF 22. oktober 3) Foreløpig protokoll fra ekstraord. styremøte HSØ 19. november 4) Foreløpig protokoll fra styremøte Helse Sør-Øst RHF 26. november	<b>Orientering</b>

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

Med vennlig hilsen

Per Anders Oksum  
styreleder

Vedlegg: Saksdokumenter

## Saksfremlegg

### Saksgang:

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret i Sykehuset Telemark HF	16. desember 2020

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

**Sak: 074 – 2020**

### **Godkjenning av protokoll og B-protokoll fra styremøte 28. oktober 2020**

#### **Hensikten med saken**

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

B-protokollen fra styremøte 28. oktober legges frem for godkjenning.

#### **Forslag til vedtak**

Protokoll og B-protokoll fra styrets møte 28. oktober 2020 godkjennes.

Skien, 8. desember 2020

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

#### **Vedlegg**

- Protokoll fra styremøte 28. oktober 2020 i Sykehuset Telemark HF

**Signers:**

<b>Name</b>	<b>Method</b>	<b>Date</b>
Pedersen, Tone	BANKID_MOBILE	2020-10-30 10:46 GMT+1
Vik-Johansen, Ann Iserid	BANKID_MOBILE	2020-10-30 10:46 GMT+1
Voss, Per Christian	BANKID_MOBILE	2020-10-30 11:18 GMT+1
Bogen, Kristian Nils	BANKID_MOBILE	2020-10-30 14:16 GMT+1
Turid Ellingsen	BANKID_MOBILE	2020-10-30 14:48 GMT+1
Tveit, Solfrid Nikita	BANKID_MOBILE	2020-10-30 19:16 GMT+1
Oksum, Per Anders	BANKID	2020-10-31 20:56 GMT+1
Wiig, Kristian	BANKID_MOBILE	2020-11-01 21:18 GMT+1
Jordbakke, Kine Cecilie	BANKID_MOBILE	2020-11-05 13:42 GMT+1



**This document package contains:**

- Front page (this page)
- The original document(s)
- The electronic signatures. These are not visible in the document, but are electronically integrated.



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

Document ID:  
BF8F9B944A1C42C9946136B3037A85AC

THE SIGNED DOCUMENT FOLLOWS ON THE NEXT PAGE >



**PROTOKOLL FRA STYREMØTE I SYKEHUSET TELEMAR HF**

Dato: 28. oktober 2020 Tidspunkt: kl. 0930–1530

Sted: Sykehuset Telemark Notodden Psyk 1 og 2 Bygg N6-2.etg.

**Følgende medlemmer møtte**

Per Anders Oksum Styreleder (fra kl. 1000)  
Kine Cecilie Jordbakke Nestleder (fra kl. 1050) (ikke tilstede kl. 1400 – 1500)  
Ann Iserid Vik-Johansen  
Kristian Wiig  
Nils Kristian Bogen  
Per Christian Voss  
Solfrid Nikita Tveit  
Turid Ellingsen

**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)

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

Klinikkisjef Per Urdahl og utviklingsdirektør Annette Fure

**Presentasjon av saker:**

Sak 062, 063, 068, 071 og 072: Per Anders Oksum styreleder  
Sak 064 og 067: Tom Helge Rønning, administrerende direktør  
Sak 065 og 066: Geir Olav Ryntveit, økonomidirektør  
Sak 069: Halfrid Waage, fagdirektør  
Sak 070: Annette Fure, utviklingsdirektør og Lasse Berg, prosjektsjef Sykehusbygg HF

Per Christian Voss ledet møtet til og med sak 064-2020 Driftsorienteringer fra administrerende direktør. Styreleder ledet resten av møtet.



<b>062-2020</b>	<b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige**

**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og saksliste til styremøte 28. oktober 2020.

<b>063-2020</b>	<b>Godkjenning av protokoll fra styremøte 16. september 2020</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**VEDTAK**

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 16. september 2020.

<b>064-2020</b>	<b>Driftsorienteringer fra administrerende direktør</b>
-----------------	---

**Oppsummering**

Administrerende direktør orienterte i tillegg til skriftlig informasjon om:

- Revisjon av Ytre miljø gjennomføres i uke 44. Kiwa har tatt over som sertifiseringsorgan etter DNV GL
- Driftsorienteringer:
  - Fristbrudd (antall og andel) øker for påstartede, men synker for ventende pasienter
  - Prevalens av sykehusinfeksjoner og insidensandel (%) av postoperative sårinfeksjoner har en god utvikling
  - Utbrudd av skabb
  - Per 27. oktober er 2026 ansatte ved sykehuset influensavaksinert

**Styrets enstemmige**

**VEDTAK**

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Side 2 av 8



### Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport per september 2020.

Driftsstatus i september og akkumulert:

- Poliklinisk aktivitet i somatikk og PHV/TSB er tilbake på normalt nivå
- Elektiv operasjonsaktivitet er høyere enn budsjettert nivå
- Fortsatt lavt belegg på somatiske sengeposter
- Henvvisninger på normalt nivå
- Stabile ventelister men mange pasienter som har passert planlagt tid
- Resultat rapportert per september på 0,0 millioner kroner vs. budsjett 22,5 millioner kroner. Resultat korrigert for C-19 er beregnet til 13,9 millioner kroner
- Rapportert resultat i september på 4,6 millioner kroner vs. budsjett 2,5 millioner kroner. Resultat korrigert for C-19 beregnet til 0,4 millioner kroner
- Sykehuset har fått tildelt 125 millioner kroner i kompensasjon for C-19, hvorav 97 millioner kroner er inntektsført per september
- Estimert for 2020 på 10 millioner kroner opprettholdes, men med betydelig usikkerhet
- Forbedringsarbeid er forsinket. Dette har konsekvenser for produktivitet/effektivitet
- Lønnsoppgjør 2020 er ikke gjennomført
- Budsjettavvik (korrigert for C-19 effekter) er i hovedsak knyttet til:
  - Kjøp/salg helsetjenester (dyre medikamenter)
  - Fritt behandlingsvalg (FBV)
  - Finans
  - Økt aktivitet (operasjon)

### Kommentarer i møtet

Styret reiste spørsmål om sykehusets arbeid med reduksjon i avvisningsrater i psykiatrien. Styret påpekte viktigheten av at avvisningsratene reduseres til et akseptabelt nivå.

Styret ba administrasjonen om at styret orienteres i styremøte i februar 2021 om Kirurgisk klinikk forbedringsarbeid.

Styret viste til at belegget på somatiske poster fremdeles er på et lavt nivå og ba om at administrasjonen har særlig oppmerksomhet på dette.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per september 2020 til orientering.



<b>066-2020</b>	<b>Status budsjett 2021</b>
-----------------	-----------------------------

**Oppsummering**

Hensikten med saken er å informere styret om status i arbeidet med budsjett 2021 sett opp mot identifisering av merverditiltak for 2021.

Administrasjonen foreslår at resultat 2021 reduseres med 10 millioner kroner til 50 millioner kroner, som følge av reduksjon i finansinntekter. Resultatbanen foreslås justert slik at sykehuset fortsatt sikrer bærekraft for prosjektet Utbygging somatikk inn mot 2026. Detaljer utarbeides våren 2021 i forbindelse med arbeidet med økonomisk langtidsplan 2022-2025.

**Kommentarer i møtet**

Styret er positive til at sykehuset på nåværende stadium presenterer måloppnåelse på 75 % for identifiserte merverditiltak.

Styret hadde innspill til administrasjonens forslag om å redusere resultat 2021 til 50 millioner kroner. Det er viktig at sykehuset budsjetterer med et resultat for 2021, som samsvarer med vedtatt resultat i sykehusets økonomisk langtidsplan. Styret har forståelse for sykehusets utfordring med bortfall av finansinntekter på 12 millioner kroner. Budsjett 2021 realitetsbehandles av styret i møte 16. desember 2020.

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret tar saken til orientering.

<b>067-2020</b>	<b>Ledelsens gjennomgang 2020</b>
-----------------	-----------------------------------

**Oppsummering**

Hensikten med saken er å gi styret et referat fra Ledelsens gjennomgang avholdt 15. september 2020. Ledelsens gjennomgang for miljøsystemet 2020 ble gjennomført som en del av den totale ledelsens gjennomgang for Sykehuset Telemark HF.

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret tar informasjonen om avholdt Ledelsens gjennomgang 2020 til orientering.



<b>068-2020</b>	<b>Forslag til årlig prosess for styrets innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan</b>
-----------------	--

**Oppsummering**

Hensikten med saken er å fastsette årlig prosess, fra og med 2021, for styrets innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan.

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret vedtar fremmet forslag til årlig prosess, fra og med 2021, for styrets innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan.

<b>069-2020</b>	<b>Status pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring</b>
-----------------	---

**Oppsummering**

Hensikten med saken er å gi styret oversikt over pasientsikkerhets- og kvalitetsforbedrings arbeidet, med prioriteringer og status per oktober 2020, samt sikre styrking og samordning av det videre arbeidet.

**Kommentarer i møtet**

Styret understreket at det er positivt at sykehuset arbeider systematisk med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring slik at forbedringer gjennomføres på en god måte.

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret tar saken til orientering og ber om at administrasjonen arbeider videre med pasientsikkerhets- og kvalitetsforbedringsarbeidet for å realisere nasjonale, regionale og lokale planer og oppfylle kravene i «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten».

<b>070-2020</b>	<b>Utbygging somatikk Skien – Konseptrapport (B3)</b>
-----------------	---

Prosjektjef i Sykehusbygg Lasse Berg sammen med utviklingsdirektør Annette Fure presenterte saken.



**Oppsummering**

Hensikten med saken er å legge frem konseptfaserapporten for Utbygging somatikk Skien for godkjenning av styret. I henhold til veileder for tidligfasen i sykehusprosjekter er konseptfasen delt i to steg med to beslutningspunkter; B3A og B3. I B3A ble anbefalt alternativ for utdyping i steg 2 besluttet, og i B3 besluttet valg av konsept. KSK rapport Utbygging somatikk Skien ble lagt frem for styret til orientering.

**Behandling av saken**

Det ble underveis i behandlingen i saken fremmet forslag fra administrerendedirektør om en endring i foreslått vedtak i saken. I styringsgruppemøte 23. oktober ble det anbefalt å utvide kostnadsrammen, P85 til 1 260 millioner kroner. Dette på bakgrunn av vurderinger gjort av kvalitetssikrer. Som følge av dette foreslo administrerende direktør følgende nytt punkt 4 i vedtaket:

*Styret tar til orientering styringsgruppens anbefaling om å øke usikkerhetsavsetningen i tråd med kvalitetssikrers anbefaling, slik at kostnadsrammen (P85) endres til 1 260 millioner kroner.*

Punkt 4 i foreslått vedtak blir nytt punkt 5.

**Kommentarer i møtet**

Styret var svært tilfredse med KSKs positive tilbakemeldinger og sykehusets systematiske arbeidet med prosjektet.

Styret slutter seg til administrerende direktørs foreslåtte endring av tiltak.

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

1. Styret tar KSK rapport Utbygging somatikk Skien versjon 0.9 til orientering.
2. Styret ber om at konseptrapporten for prosjektet Utbygging somatikk Skien legges til grunn for beslutning i Helse Sør-Øst RHF.
3. Styret støtter at konseptfaserapporten legger til grunn en økning av styringsrammen (P50) for prosjektet til maksimalt 1 089 millioner krone (ref. sak 055-2020).
4. Styret tar til orientering styringsgruppens anbefaling om å øke usikkerhetsavsetningen i tråd med kvalitetssikrers anbefaling, slik at kostnadsrammen (P85) endres til 1 260 millioner kroner.
5. Styrets ber administrerende direktør oversende vedtaket til Helse Sør-Øst RHF for videre behandling av saken, inkludert søknad om lån over statsbudsjettet og oppstart av forprosjekt.

Side 6 av 8



071-2020	Årsplan styresaker
----------	--------------------

**Styrets enstemmige**

**VEDTAK**

Årsplan styresaker tas til orientering.

072-2020	Styrets årlige evaluering av administrerende direktørs arbeid og resultater – lukket møte
----------	---

Saken ble behandlet i lukket møte, jf. helseforetakslovens § 26a, andre ledd nr. 1.

**Styrets enstemmige**

**VEDTAK**

Styret utarbeider egen protokoll som er unntatt offentlighet.

**Andre orienteringer**

1. Styreleder informerte om styreleders møter utenom styremøter
2. Protokoll fra styremøte Helse Sør-Øst RHF 24. september
3. Foreløpig protokoll fra BU møte 1.oktober
4. Rammeverk for virksomhetsstyring i HSØ

Møtet hevet kl. 1600

Side 7 av 8



Notodden, 28. oktober 2020

---

Per Anders Oksum  
Styreleder

---

Kine Cecilie Jordbakke  
Nestleder

---

Turid Ellingsen

---

Nils Kristian Bogen

---

Ann Iserid Vik-Johansen

---

Per Christian Voss

---

Kristian Wiig

---

Solfrid Nikita Tveit

---

Tone Pedersen  
Styresekretær

Side 8 av 8

Confidential, Pedersen, Tone, 12/11/2020 12:51:46



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

Document ID:  
BF8F9B944A1C42C9946136B3037A85AC



## Saksfremlegg

### Saksgang:

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret i Sykehuset Telemark HF	16. desember 2020

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

**Sak: 075 – 2020**

### Driftsorienteringer fra administrerende direktør

#### Forslag til vedtak

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Skien, 08.12.2020

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

## Driftsorienteringer fra administrerende direktør:

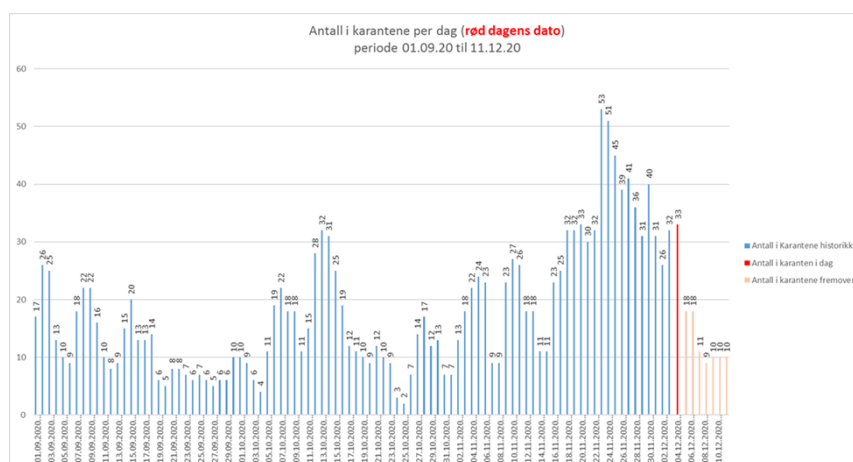
### 1. Covid-19

I skrivende stund har vi 4 pasienter innlagt med påvist C-19, men ingen med respiratorbehandling. Siden oppstarten i mars har det vært innlagt 21 pasienter med påvist C-19. Selv om ikke behandlingen medfører stort press i seg selv, er driften naturligvis påvirket av pandemien, bl.a gjennom nødvendig testing og avklaring av pasienter som kommer inn på sykehuset med luftveissymptomer. Sykehuset opprettholder også et strengt smittevernregime, med adgangskontroll og besøksrestriksjoner. Ut over dette er det fokus på å normalisere driften så mye som mulig, og vi har et høyt volum av pasienter til dag- og poliklinisk behandling.

Oversikten fra det nasjonale registeret for smittsomme sykdommer viser at det gjennom høsten har vært en betydelig økning i påvist smitte i Telemark. Ved inngangen til desember er det fremdeles en økende trend. Tallene fremkommer i tabellen nedenfor: (oppdatert 7/12)

Sykdom	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember
<b>Koronavirus med utbruddspotensial</b>	-	-	58	18	1	-	6	15	26	81	215	53

På kort sikt er den største trusselen for driften at vi får økning i smitte- og karantenefeller blant sykehusets ansatte. Vi har i alt hatt 13 smittetilfeller blant ansatte, hvorav 3 nå i høst. Smittetilfeller blant ansatte og pasienter som ikke er avklart ved innkomst, kan medføre store konsekvenser i form av karantener for nærkontakter. Med unntak av ett tilfelle, med 25 ansatte i karantene har de øvrige tilfellene ved sykehuset kun fått mindre konsekvenser. Karantener utløses naturligvis også ved at ansatte har symptomer og samlet sett er situasjonen derfor en ikke helt ubetydelig belastning for driften. Karanteneoversikt for de siste 3 mnd er oppdatert pr 4/12 og ser ut som følger:



Situasjonen når det gjelder smittevernutstyr er i hovedsak god og det er heller ingen andre registrerte mangler for øyeblikket. Vi har fremdeles en veldig begrenset tilgang av PCR-

hurtigtester og forsøker å begrense bruken av disse så mye som mulig. Alternativet er ordinære PCR-tester som analyseres ved SiV, noe som betyr lenger liggetid og isolering inntil svar foreligger etter minimum 24 timer.

Sykehuset vurderer fortløpende om det er nødvendig å sette beredskap, men har foreløpig ikke konkludert med behov for dette. Etter at vi gikk ut av grønn beredskap i slutten av august, har vi vært i en «normalsituasjon med ekstraordinære smitteverntiltak». Fra og med 19. november har vi innført ukentlige ekstraordinære ledermøter for å ivareta koordinerings- og planleggingsbehovet knyttet til pandemisituasjonen. Dette fortsetter vi med inntil videre.

Under ledelse av FHI arbeides det med å legge planer for gjennomføring av vaksiner, slik at man starte opp umiddelbart etter at endelig godkjenning av vaksine(r) foreligger. Det er kommunene som vil få ansvaret for gjennomføring, mens sykehusene vil få ansvar for vaksiner av egne ansatte, samt inneliggende pasienter. Vi er godt i gang med å legge planer for hvordan vaksiner skal gjennomføres ved Sykehuset Telemark.

## **2. Influensavaksiner**

Som vi informerte om i siste styremøte, mottok sykehuset i første omgang 2.100 vaksiner. Det er totalt 2.823 ansatte som inngår i målgruppen og når alle vaksinene ble satt oppnådde vi en vaksinasjonsgrad på 74,4 %. Vi har nylig fått levert ytterligere 150 vaksinedoser, som vi er i ferd med å sette på ansatte. Pr. i dag har vi registrert å ha vaksinert 2.163 ansatte, noe som gir en total dekning pr nå på 76,6 %. Dette er høyere enn den nasjonale målsettingen og en meget god dekning i forhold til tidligere år.

Endelig rapportering er på nyåret og hvis vi får satt alle dosene vil vi nå en vaksinasjonsgrad på 79,7 %.

## **3. Utbygging somatikk Skien (USS) endelig vedtatt i HSØ**

Styret behandlet konseptrapport for utbygging i Sak 070-2020 i styremøtet i oktober. Senere har saken vært behandlet i styret i HSØ, den 26.11.2020 og regionen har med det endelig godkjent konseptrapporten (B3-beslutning).

Økonomisk styringsramme for prosjektet er fastsatt til 1 089 millioner kroner (P50, juni 2020-kroner). Det vil bli søkt Helse- og omsorgsdepartementet om lån i henhold til gjeldende retningslinjer, slik at prosjektet sikres finansiering med planlagt oppstart av forprosjektet i 2022. Sykehuset Telemark HF vil få ansvaret for gjennomføring forprosjektet i henhold til et mandat som vil bli gitt av HSØ.

Vi vil videre utarbeide planer for eventuelle aktiviteter som kan gjennomføres for å forberede oss til forprosjektet.

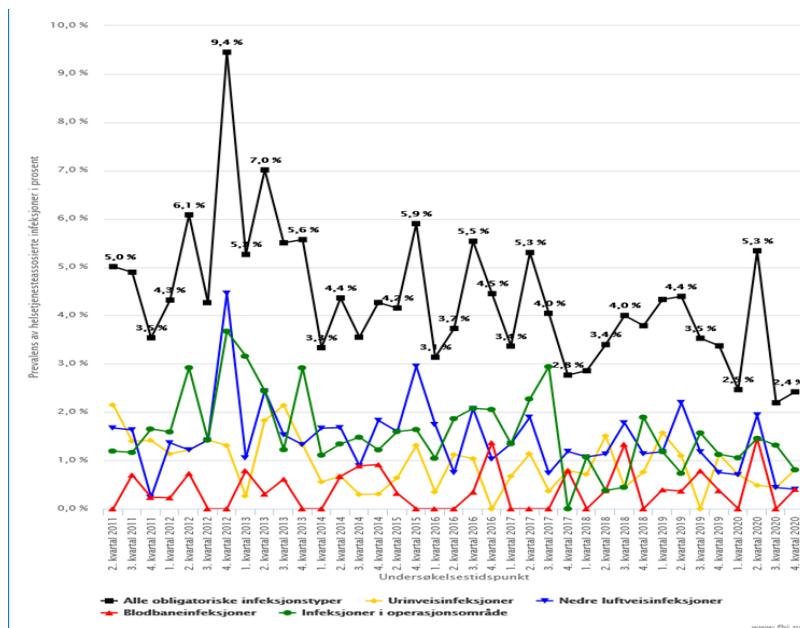
#### 4. Prevalens av sykehusinfeksjoner pr. 4. november

Prevalens av HAI (helsetjenesteassosierte infeksjoner ved Sykehuset Telemark 4. november var 2,4 %, som er det nest beste resultatet vi har hatt siden oppstart av måling.

Hos 247 pasienter ble det registrert 6 infeksjoner som fordelte seg slik:

2 urinveisinfeksjon	= 0,8 %
1 nedre luftveisinfeksjon	= 0,4 %
2 postoperative sårinfeksjoner	= 0,8 % (1 dyp = 0,4 %, 1 hulrominfeksjon = 0,4%)
1 primær blodbaneinfeksjon	= 0,4 %

Utviklingen over tid fremkommer i figuren nedenfor:



#### 5. Rjukan sykehus

Tinn kommune har opprettet et politisk utvalg, som skal vurdere muligheter for bruk av bygningsmassen ved tidligere Rjukan Sykehus. Fra kommunens side har man også uttalt at man vil søke å inngå en intensjonsavtale og eventuelt en opsjonsavtale om kjøp av sykehuset. Salg av bygningsmassen er tidligere godkjent av styret og av Helse Sør-Øst, gjennom foretaksmøtet. En endelig godkjenning av salgssum skal tilbake til styret for godkjenning.

Administrerende direktør har satt ned en liten gruppe bestående av økonomidirektør Geir Olav Ryntveit og eiendomssjef Einar Ramsli for å håndtere dialogen fra sykehusets side.

Øvrige orienteringer kan bli gitt muntlig i styremøtet.

## Saksfremlegg

### Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	16.12.2020

Type sak (sett kryss)						
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema

### Sak: Virksomhetsrapport per november 2020

#### Hensikten med saken

Saken beskriver oppnådde resultater per november 2020.

#### Forslag til vedtak

Styret tar virksomhetsrapport per november til orientering.

Skien, 10. desember 2020

Tom Helge Rønning

administrerende direktør

## Sammendrag

Sykehuset Telemark rapporterer et resultat på 62,6 millioner kr. per november. Dette er 35,1 millioner kr. bedre enn periodisert styringsmål. Korrigert for samlet økonomisk effekt av koronasituasjonen per november (inntektstap, følgekostnader og kompensasjon), er resultatet hittil i år beregnet til 18,1 millioner kr, mot budsjett 27,5 millioner kr. Akkumulert er koronaeffekten beregnet til 139,4 millioner kroner, mens vi har inntektsført totalt 183,9 millioner kroner av samlet ekstraordinær tildeling på 201,9 millioner kroner.

Koronasituasjonen påvirker resultatet også i november. Det er identifisert nettokostnader på om lag 8,3 millioner kr, og inntektstapet er beregnet til 4,5 millioner kroner. Det er inntektsført 72,9 millioner kroner i kompensasjon i perioden. Resultatforbedringen i november er 60,5 millioner kr. slik at resultat for perioden eksklusiv koronaeffekter anslås til 0,4 millioner kr mot budsjett på 2,5.

Årsresultatet for 2020 estimeres til 65 millioner kroner, som er 35 millioner kr. bedre enn årets styringsmål. Dette positive avviket skyldes samlet effekt av en rekke forhold. Ekstraordinære inntektstap, følgekostnader og tildelinger i forbindelse med koronapandemien forventes i sum å gi en positiv effekt på 48,6 millioner kr. Lavere finansinntekter, merkostnader for fritt behandlingsvalg i (FBV) i psykiatri/TSB, økte varekostnader og reduserte kostnader knyttet til kjøp/salg av helsetjenester er andre forhold som virker inn.

Estimat for årsresultat uten koronaeffekter er 16,4 millioner kr mot budsjett på 30 millioner kr. og tar høyde for nedskrivninger på 7 mill., som vurderes ført i forbindelse med årsoppgjøret.

### Aktivitet

Sykehuset har i november hatt tilnærmet normal drift, men med en rekke smitteverntiltak i poliklinikker og driften for øvrig som planlegges videreført ut året. Det er tilrettelagt for økt aktivitet for å redusere ventelistene, bl a gjennom midlertidig å gjenoppta operasjonsaktivitet på fredager i Porsgrunn.

#### Driften i november kan oppsummeres slik:

- God utvikling på fristbrudd, løftebrudd og ventetider. Det har vært stabile ventelister og antall pasienter passert planlagt tid er nede på nivå med H2 2019.
- Poliklinisk aktivitet i somatikken på nivå med oktober – dvs fortsatt relativt bra
- Poliklinisk aktivitet i psykiatrien øker sammenliknet med oktober (+5,5%) og november er blant de beste månedene i 2020
- Nye elektive henvisninger er lavere enn normalt, og det er nedgang fra oktober.
- Belegg i somatikken er svakt økende men fortsatt på lavere nivå enn før pandemien
- Ventelister til operasjon er tilbake på nivå fra før korona.
- Antall operasjoner er på budsjett og 6% høyere enn i 2019. Dette tilsvarer om lag ekstra kapasitet i Porsgrunn på fredager. Avtakende ventelister reiser spørsmål om hvor lenge vi skal opprettholde ekstra kapasitet.

Aktiviteten i PHV/TSB var lavere enn budsjettet i starten av året, og avviket ble noe forsterket fra andre uke i mars. Et stort antall konsultasjoner ble imidlertid gjennomført på video eller telefon. Aktiviteten innenfor TSB har i snitt ligget høyere enn fjoråret fra mars måned og utover, mens BUP økte sine konsultasjoner fra juni og har ligget over fjorårsnivået siden. VOP har gjennom hele året ligget lavere enn på samme tid i fjor.

Side 2 av 16

Prioriteringsregelen er oppfylt målt i ventetid for alle fagområdene. Antall polikliniske konsultasjoner er redusert i VOP, mens BUP og TSB viser en vekst og innfrir prioriteringsregelen. Somatikken viser en nedgang. Når det gjelder kostnadsveksten per 2. tertial, så er prioriteringsregelen oppfylt innenfor BUP og TSB med en vekst på hhv 6,2 % og 13,8 %. Somatikken har en kostnadsvekst på 1,9 %, mens VOP viser en kostnadsreduksjon.

Antall pasienter på venteliste er stabilt. Antall pasienter passert tentativ tid synker og er på nivå med første halvår 2019. Antall henvisninger inn fortsatte nedgangen i november.

Gjennomsnittlig ventetider (påstartet og ventende) innenfor somatikken er på nivå med samme tid i fjor. Ventetidene innenfor PHV og TSB er lave og redusert sammenlignet med fjoråret.

Arbeid med forbedringsprosjekter i klinikkene og i de sykehusovergripende prosjektene ble startet opp igjen etter sommeren og har pågått også i november. Forbedringsarbeidet er forsinket og planlagte effekter blir ikke fullt ut realisert i 2020. Det er fokus på å holde arbeidet i gang samtidig som beredskap og smittevern opprettholdes, slik at prosjektene kan bidra til å legge et best mulig fundament for driften i 2021.

Gjennomføring av planlagte investeringer er fortsatt påvirket av koronasituasjonen og flere MTU leveranser er forsinket. Hittil i år er det foretatt nye eller forserte investeringer for 20 millioner kroner for å sikre kapasitet og beredskap for koronapasienter.

## Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD 2020

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

### Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Redusere unødvendig ventetid	mål 2020	des.18	des.19	apr.20	mai.20	jun.20	jul.20	aug.20	sep.20	okt.20	nov.20	Kirurgi	Medisin	MSK	smertepol	BUK (som.)	BUK (psyk.)	VOP/TSB
Gjennomsnitt ventetid i dager	50 dager somatikk 30 dager BUP/VOP/TSB	53	54	52	67	63	59	66	63	60	55	67	41	74	104	47	32	26/25
Fristbrudd avviklede, antall pr mnd	0	34	62	129	262	246	70	135	188	103	36	17	15	1	1	-	1	1
Antall som venter	reduksjon	7 266	7 534	6 460	6 303	6 346	6 564	6 594	6 581	6 575	6 582	3 783	1 729	467	98	172	93	240
Antall med ventetid over 1 år	0	53	42	52	52	67	76	73	57	36	26	25	1	-	-			
Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp (OA1)	70 %	81 %	80 %	81 %	80 %	80 %	79 %	79 %	79 %	78 %								
Andel innen definert forløpstid	70 %	77 %	74 %	74 %	74 %	74 %	74 %	75 %	76 %	77 %								
Antall passert tentativ tid (STHF egne tall)	reduksjon	4 577	5 051	7 666	6 846	6 274	6 100	6 017	5 633	5 244	4 218	2 287	1 661	11	13	180	20	46
Andel passert tentativ tid %	<6%	15 %	16 %	21 %	20 %	18 %	18 %	18 %	18 %	17 %	13 %	19 %	11 %	2 %	6 %	7 %	10 %	12 %

Side 3 av 16

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

Tabellen ovenfor reflekterer de interne målsettingene for ventetid i 2020.

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

#### **Tiltak knyttet til ventelister**

Kirurgisk klinikk har iverksatt ekstra/ kveldspoliklinikk innen flere fag, og åpning av operasjon på fredager i Porsgrunn for å øke behandlingsskapiteten, og redusere ventelister og fristbrudd.

Dagoperasjoner på fredager i Porsgrunn gjelder nå Ort, Gyn og Plast, og det er utført 57 ekstra operasjoner i perioden. Kveldspoliklinikk og ekstrapoliklinikk for Ort, Plast, Uro og ØNH pågår.

Ventetid ventende og påstartet er i en avtagende trend, og det samme gjelder antallet på ventelistene. I tillegg er antall fristbrudd redusert med nesten 60 % forrige periode.

I medisinsk klinikk har faget Mage-tarm hatt flest fristbrudd over tid. Avdelingene i Skien og på Notodden har jobbet aktivt med dette, og har flyttet en del pasienter til avtalespesialist og en del til Fritt behandlingsvalg-leverandør. Avdelingen kommer til å fortsette å jobbe med disse løsningene samt lære opp flere LIS 2-skopører det neste året, slik at avdelingen øker sin behandlerkapasitet. Både i Skien og på Notodden er det ansatt LIS2 som startet direkte i skopi-opplæring 1. september. Fra 1.mars vil det bli ansatt ytterligere 1 LIS2 i Skien.

#### **Pakkeforløp**

Urologi generelt har en god utvikling. Blærekreft har for 12 måneders perioden desember 2019 til november 2020 94 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid, andelen for nyrekreft er 59 %, testikkelkreft 40 %, mens prostata er 63 %. På bryst har man oppnådd andel behandlet innen standard forløpstid over 70 %. Tall for siste 12 måneders periode viser 77 %. Sykehuset observerer at det har vært en nedgang i antall pasienter inn i perioden hvor mamma-screening har vært stoppet pga. Koronavirus. Pasientene i denne perioden har også hatt behov for en mer omfattende utredning, noe som har gitt litt lavere måloppnåelse.

Innen gynekologisk kreft har vi relativt små tall (få pasienter); eggstokkreft 83 %, livmorhalskreft 100 %, livmorkreft 76 %. Vi registrerer vi en svært positiv utvikling. Forløpskoordinator og kreftkoordinator jobber har jobbet og jobber aktivt for å få en god samhandlingen, det kan se ut som dette gir bedring i forløpstidene.

Føflekkreft oppnår 96 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid. Her utføres hele forløpet ved STHF.

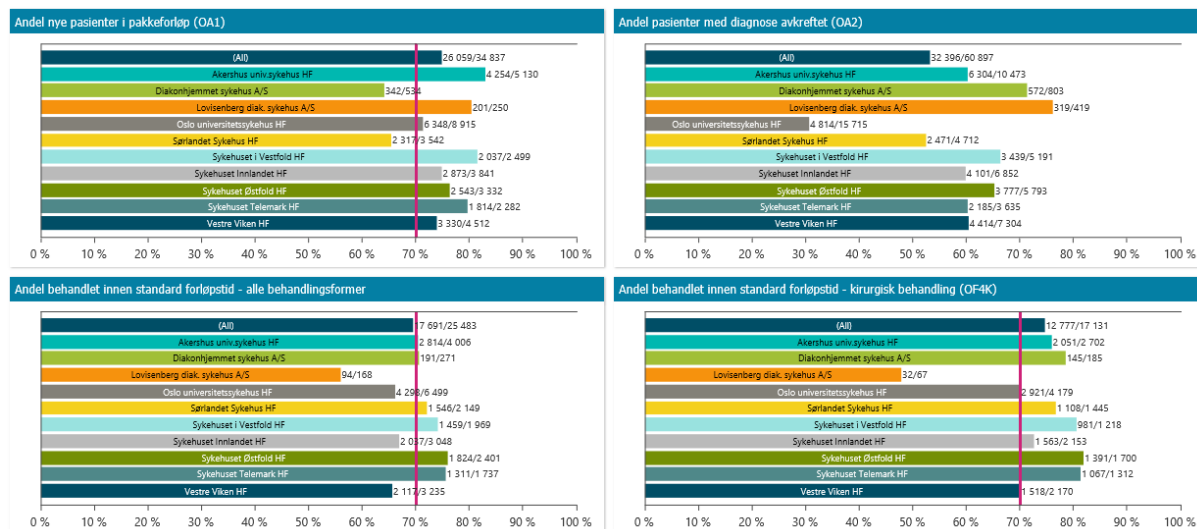
For lunge er 53 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid i siste 12 måneders periode. Men når vi ser de siste 6 måneders periode så er 63% behandlet innen standard forløpstid slik at vi er i en



god utvikling. Sykehuset jobber nå tett sammen med Sykehuset i Vestfold og vi har nå fått økt tilgang på PET timer.

Innen hematologi blir lymfomer (19 %) og myelomatose (80 % av pasientene) behandlet innen standard forløpstid. Pakkeforløp innen lymfomer er utfordrende for hele landet, diagnostikken (flow cytometri) utføres ved patologisk avdeling ved OUS, og man venter ofte lenge på svar. Her jobbes det aktivt sammen med både ØNH og kreftkoordinator for å bedre måloppnåelsen.

Figuren nedenfor viser samlet resultater for 12 måneders perioden desember 2019-november 2020:



Innen tykk- og endetarmkreft er 86 % av pasientene inkludert i pakkeforløp. Ut fra Helsedirektoratets statistikk er kun 66 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid – noe som moderat bedre enn resultatet i forrige 12 måneders periode (59 %). 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.

Mange kontrollpasienter og nyhenviste er overført til avtalespesialist og til FBV leverandør (i henhold til endring pga. koronaloven) for å frigjøre tid for pakkeforløp i større grad på sykehuset.

Siste 12 måneders periode viser 78 % andel nye pasienter inkludert i pakkeforløp. 77 % av pasientene i pakkeforløp behandles innen standard forløpstid, som er noe høyere enn foregående 12 måneders periode (75 %). Mål på 70% er innfridd. Sykehuset Telemark HF scorer tredje høyest på andel behandlet innen standard forløpstid i foretaksgruppen etter Sykehuset Østfold og Sykehuset i Vestfold.

### Prioritere psykisk helsevern og TSB

Prioriteringsregelen kommenteres under avsnittet om aktivitet.

Det er 305 tvangsinnlagte hittil i år, mot 270 per november i fjor. Dette tilsvarer et snitt på 0,16 per 1000 innbyggere. Med totalt antall innlagte på 1799 hittil i år, så er andelen tvangsinnlagte på 17,0 %. Andelen tvangsinnlagte falt fra 19 % til 17 % fra 1. til 2. tertial. Andelen var høy i november måned isolert sett.

Prioritere psyk.helsevern og TSB	mål 2020	2017	2018	2019	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	mai.20	jun.20	jul.20	aug.20	sep.20	okt.20	nov.20	Hittil 2020
Antall tvangsinnleggelser psyk./1000 innbyggere	lavere enn 2020	0,13	0,15	0,14	0,16	0,21	0,17	0,13	0,17	0,19	0,12	0,14	0,16	0,13	0,18	0,16
Andel tvangsinnleggelser	lavere enn 2020	14,9 %	14,7 %	14,3 %	15,4 %	20,8 %	22,7 %	17,7 %	17,5 %	17,5 %	13,0 %	14,1 %	16,1 %	14,0 %	19,0 %	17,0 %
Antall pasienter i døgntilrettelagt behandling som har minst ett tvangsmiddelvedtak	reduseres	9	9	11	9	13	8	12	7	8	17	16	9	11	11	11

### Pakkeforløp psykisk helsevern og TSB

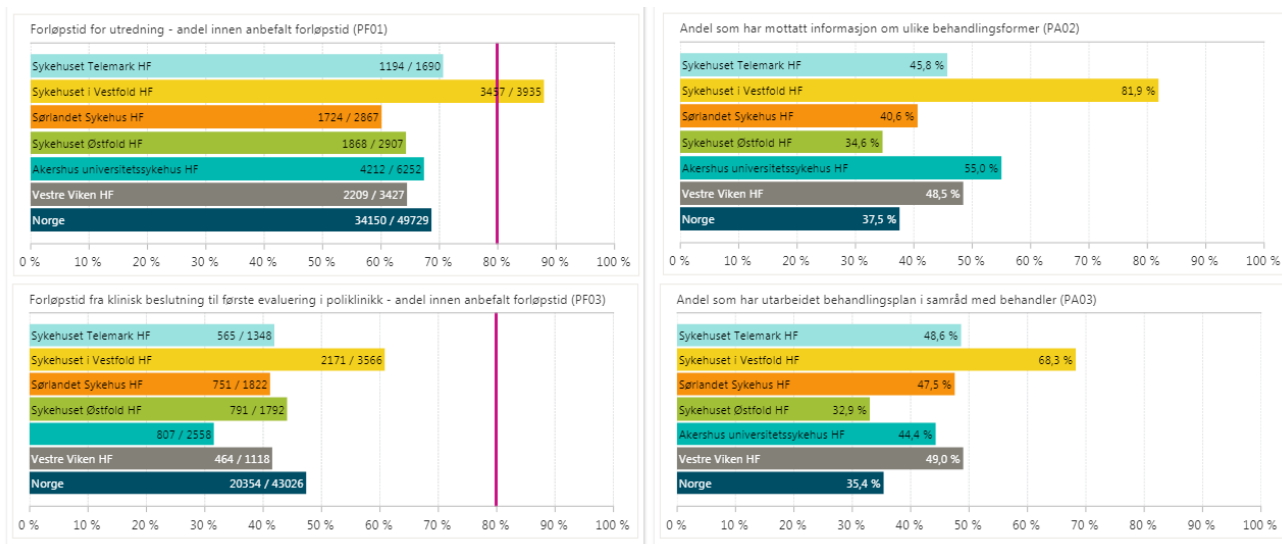
Seks pakkeforløp for psykisk helse og rus er innført i løpet av 2019. Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene skal sørge for at praksis i spesialisthelsetjenesten blir endret i tråd med anbefalingene i pakkeforløpene. Målet er likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor,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

Det har nå kommet tall for Helsedirektoratet (se tabell under) som viser resultater for pakkeforløpene per helseforetak og for landet samlet. Tallene er oppgitt i % - vis måloppnåelse innenfor fristen.

Sykehuset Telemark ligger bedre enn landsgjennomsnittet på samtlige pakkeforløp når det gjelder forløpstid for utredning. Per november er det pakkeforløp D08 og D12 vi har bedre score enn landsgjennomsnittet på forløpstid for første evaluering av behandlingen.

Statistikken som presenteres her er basert på pakkeforløpsdata som er rapportert til NPR. For enkelte typer forløp, og ved oppstart av nye pakkeforløp, vil forløpsindikatorene baseres på et lavt antall registreringer. Dette kan gi store variasjoner i måloppnåelsen fra måned til måned.

Dette er oversikten for alle pakkeforløpene samlet sett. Her er sammenlignbare sykehus tatt med i oversikten:



Pakkeforløp STHF Helsedirektoratets offisielle tall	Prosentvis måloppnåelse	
	Forløpstid for utredning (landsgjennomsnitt i parentes)	Forløpstid fra klinisk beslutning til første evaluering (landsgjennomsnitt i parentes)
D01 - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	82,2 (81,8)	30,6 (37,0)
D06 - Psykoseutvikling og psykoselidelser	83,9 (83,1)	54,3 (54,5)
D07 - Utredning og behandling av tvangslidelse, OCD	93,9 (84,4)	tomt register
D08 - Spisefortyrrelser barn og unge	tomt (83,1)	66,7 (48,2)
D11 - Utredning og behandling PHV voksne	73,7 (72,1)	42,0 (50,9)
D12 - Utredning og behandling PHV barn og unge	58,7 (53,5)	43,0 (41,9)

Pakkeforløp STHF Helsedirektoratets offisielle tall	Prosentvis måloppnåelse							
	Forløpstid for utredning			Endring siste mnd	Forløpstid fra klinisk beslutning til første evaluering			Endring siste mnd
	per sept	per okt	per nov		per sept	per okt	per nov	
D01 - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	74,0	82,0	82,2	↑	27,1	29,3	30,6	↑
D06 - Psykoseutvikling og psykoselidelser	84,3	81,8	83,9	↑	55,6	54,5	54,3	↓
D07 - Utredning og behandling av tvangslidelse, OCD	93,1	93,1	93,9	↑				
D08 - Spisefortyrrelser barn og unge							66,7	↑
D11 - Utredning og behandling PHV voksne	71,2	73,0	73,7	↑	41,9	43,4	42,0	↓
D12 - Utredning og behandling PHV barn og unge	54,7	57,6	58,7	↑	38,2	43,1	43,0	↓

## Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	mål 2020	des.18	des.19	apr.20	mai.20	jun.20	jul.20	aug.20	sep.20	okt.20	nov.20	Kirurgi	Medisin	MSK	ABK	BUK	VOP/ TSB
Sykehusinfeksjoner %	<3%					3,9 %			2,2 %		2,4 %	1,2 %	3,8 %				0,0 %
Korridorpasienter - antall	0	51	121	55	74	96	78	59	47	37	52	14	38				
Korridorpasienter %	0,0 %	0,7 %	1,5 %	1,1 %	1,3 %	1,6 %	1,2 %	1,0 %	0,7 %	0,5 %	0,8 %	0,5 %	1,0 %				
Direkte time i %	100 %	78 %	84 %	73 %	73 %	80 %	85 %	77 %	83 %	85 %	86 %	85 %	85 %	94 %	100 %	91 %	91 %
Antall åpne dokumenter > 14 dager	<3000	4 669	3 951	2 806	3 046	2 885	2 831	2 724	3 014	3 324	3 645	1 410	1 084	16	8	487	640
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode og uten ny kontakt	reduseres	1 734	1 068	740	1 060	1 102	1 313	1 346	1 568	1 113	772	299	337	1	7	73	55
Andel dialysepasienter som får hjemmedialy	>30%	30 %	28 %	30 %	29 %	30 %	26 %	28 %	26 %	26 %	27 %		27 %				

Det har vært kun små variasjoner i kvalitetsindikatorerne fram til februar i år. Koronasituasjonen førte imidlertid til endringer i resultatene på de fleste områder. Antall korridorpasienter ble kraftig redusert pga lavt belegg på de fleste avdelingene. Direkte time gikk ned siden det i mindre grad ble planlagt pasientkontakter framover i tid. Samtidig har lavere aktivitet gitt behandlere anledning til å rydde i åpne dokumenter, som vises i en kraftig reduksjon utover sommeren. Med høyere aktivitet fra slutten av august er de fleste indikatorerne tilbake på nivået før pandemien. Unntaket er korridorpasienter som fortsatt er relativt lavt, grunnet lavt belegg.

### Sykehusinfeksjoner

Prevalensmålingen for november var 2,4 % og dette var således bedre enn målet på under 3 %.

Gjennom Handlingsplan smittevern og oppfølgende smittevernvisitter, jobbes det med forbedring av basale smittevernrutiner og de enkelte seksjoners valgte forbedringsområder.

Koronaviruspandemien har medført et ytterligere fokus på smittevernområdet, og da spesielt håndhygiene og forebyggende tiltak.

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

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

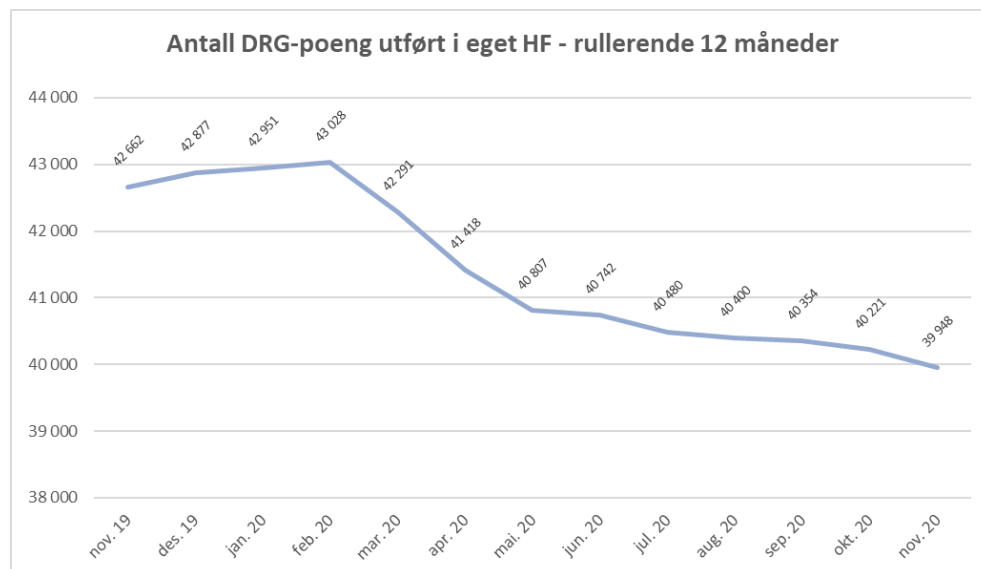
## Aktivitet

### Somatikk

Antall “sørge for” ISF-poeng per 11 måneder (døgn, dag, poliklinikk, legemidler, FBV) er 3.153 poeng lavere enn budsjettet (-7 %). Budsjett-underskuddet i høst er mindre enn tidligere i koronavirus-pandemien som et resultat av at sykehuset gradvis har økt operasjons- og poliklinikk-kapasiteten.

Sykehusets beregner årsestimatet for ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk, legemidler) til å bli 3.000 poeng lavere enn budsjett.

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



<b>ISF-poeng</b>	<b>faktisk 11 m 20</b>	<b>bud. 11 m 20</b>	<b>avvik 11 m 20</b>	<b>faktisk 11 m 19</b>	<b>endring 2019-2020</b>	<b>endring 2019-2020</b>	<b>Budsjett 2020</b>	<b>Faktisk 2019</b>
Kirurgisk klinikk	16 841	18 073	-1 232	17 860	-6 %	-1 019	19 686	19 412
Medisinsk klinikk	16 898	18 693	-1 795	18 310	-8 %	-1 412	20 364	19 911
Barne og ungdomsklinikken	2 330	2 787	-457	2 754	-15 %	-424	3 033	2 985
ABK	75	92	-17	91	-18 %	-16	100	99
Medisinsk serviceklinikk	402	511	-109	451	-11 %	-49	550	473
SSL	14	9	5	10	40 %	4	10	11
Felles	16	-	23	-79		95	-	-
<b>Sum ISF-poeng behandlet i eget HF</b>	<b>36 576</b>	<b>40 165</b>	<b>-3 582</b>	<b>39 397</b>	<b>-7 %</b>	<b>-2 821</b>	<b>43 743</b>	<b>42 891</b>
- døgn	24 655	27 922	-3 267	27 582	-11 %	-2 927	30 411	30 124
- dagbehandling	5 081	4 858	223	4 834	5 %	247	5 300	5 209
- poliklinikk	6 840	7 385	-545	6 981	-2 %	-141	8 032	7 558
<b>Sum ISF-poeng behandlet i eget HF</b>	<b>36 576</b>	<b>40 165</b>	<b>-3 589</b>	<b>39 397</b>	<b>-7 %</b>	<b>-2 821</b>	<b>43 743</b>	<b>42 891</b>
Gjestepasienter fra andre regioner	179	193	-14	196	-9 %	-17	210	188
Egne pasienter behandlet ved andre regioner/private	239	330	-91	315	-24 %	-76	360	331
Fritt behandlingsvalg	65	-	65	-	0 %	65	-	-
Legemidler	3 015	2 567	448	2 568	17 %	447	2 800	3 075
<b>Sum ISF-poeng i h.h.t. "sørge for"-ansvaret</b>	<b>39 716</b>	<b>42 869</b>	<b>-3 153</b>	<b>42 084</b>	<b>-6 %</b>	<b>-2 368</b>	<b>46 693</b>	<b>46 108</b>

<b>Sykehusopphold</b>	<b>faktisk 11 m 20</b>	<b>bud. 11 m 20</b>	<b>avvik 11 m 20</b>	<b>faktisk 11 m 19</b>	<b>endring 2019-2020</b>	<b>endring 2019-2020</b>	<b>Budsjett 2020</b>	<b>Faktisk 2019</b>
<b>Opphold behandlet i eget HF</b>								
- døgn - inkl. Nordagutu	21 271	25 890	-4 619	24 868	-14 %	-3 597	28 200	27 007
- dagbehandling	22 766	20 714	2 052	20 947	9 %	1 819	22 592	22 753
- poliklinikk	154 385	163 961	-9 576	155 307	-1 %	-922	178 333	168 047

Det negative budsjettavviket for antall sykehusopphold og antall liggedøgn er fortsatt betydelig i november. Svikten i antall døgnopphold var om lag 18 %, mens antall polikliniske konsultasjoner var likt med budsjettet nivå. Antall dagbehandlinger (hovedsakelig dagkirurgi, cellegiftkurer og dialyse) var 15 % høyere enn budsjettet i november. November 2020 har like mange virkedager som november i fjor.

Akkumulert per 11 måneder har antall sykehusopphold vært 18 % færre enn budsjettet og 14 % færre enn i fjor. Antall polikliniske konsultasjoner har per 11 måneder vært 6 % færre enn budsjettet og tilnærmet likt med i fjor. Antall dagbehandlinger har vært 10 % høyere enn budsjett og fjoråret hittil i år.

Aktiviteten i somatikken var på budsjettet nivå fram til 2. uke i mars. Da beredskap og tiltak for å håndtere korona ble iverksatt, gikk aktiviteten betydelig ned. Det er nedgang i både ØH-innleggelses og elektiv behandling. Polikliniske konsultasjoner er i de tilfellene det er hensiktsmessig, gjort om til telefon- eller videokonsultasjoner. Nedgangen i aktivitet skyldes både at behandling er utsatt av sykehuset, og at pasienten ikke har ønsket å møte til behandling.

<b>Polikliniske konsultasjoner</b>	<b>faktisk 11 m 20</b>	<b>bud. 11 m 20</b>	<b>avvik 11 m 20</b>	<b>faktisk 11 m 19</b>	<b>endring 2019-2020</b>	<b>Budsjett 2020</b>	<b>Faktisk 2019</b>
Kirurgi	71 539	78 028	(6 489)	74 358	(2 819)	85 030	80 676
Medisin	67 190	68 072	(882)	64 825	2 365	74 053	69 934
BUK	9 095	9 930	(835)	8 394	701	10 700	9 123
ABK	1 045	1 198	(153)	1 090	(45)	1 300	1 184
MSK	5 256	6 500	(1 244)	6 485	(1 229)	7 000	6 890
SSL	260	233	27	155	105	250	240
<b>STHF</b>	<b>154 385</b>	<b>163 961</b>	<b>(9 576)</b>	<b>155 307</b>	<b>(922)</b>	<b>178 333</b>	<b>168 047</b>
- herav telefonkonsultasjoner	11 989	2 298	9 691	-	11 989	2 500	-
- herav nye personellgrupper	1 394	3 172	(1 778)	-	1 394	3 450	-

**Kirurgisk klinikk** ligger 1 232 ISF-poeng bak budsjett pr november, som er en forbedring fra forrige periode på 20 poeng. Det har vært høy aktivitet på dagopphold, særlig på grunn av operasjoner på fredager i Porsgrunn. Det antas også at Operasjon 2020 har hatt en effekt i perioden. Trenden i glidning fra døgn til dagbehandling fortsetter i perioden, med 126 færre døgnopphold, og 113 flere

dagopphold enn budsjettert. Indekser for dag- og døgnbehandling er hittil i år høyere enn budsjettert (hhv. 1,6 og 2,6 %).

Aktiviteten i **Medisinsk klinikk**, målt i ISF-poeng, har vært 1.795 poeng lavere enn budsjettert per 11 måneder. Som følge av utbruddet av koronavirus, ble sykehusdriften fra midten av uke 11 lagt vesentlig om, for kunne håndtere en forventet tilstrømming av pasienter. Hele det akkumulerte budsjettavviket refererer seg til perioden mars-november. Fortsatt er antall avdelingsopphold i Medisinsk klinikk vesentlig lavere enn i fjor; i november ble det registrert 275 færre opphold enn i fjor – en reduksjon på 21 %.

Den polikliniske aktiviteten har per 11 måneder vært 1,5 % lavere enn budsjettert og 4 % høyere enn fjoråret. Antall dagbehandlinger (cellegift-kurer og dialysebehandlinger) har vært respektive 10 % og 4 % høyere enn budsjettert og i fjor.

**Barne- og ungdomsklinikken** har et negativt budsjettavvik på -456 ISF-poeng per november. Av dette kan om lag 125 poeng knyttes til redusert aktivitet pga. pandemisituasjonen (færre innleggelser på barneavdelingen og stor nedgang i poliklinisk aktivitet i mars og april). Resterende avvik er knyttet til friske nyfødte og nyfødt intensiv. Fra mai måned er poliklinisk aktivitet tilbake på normalt nivå.

**Medisinsk serviceklinik** ligger 108 ISF-poeng bak budsjett per november. Hele avviket skyldes driftsendringer i fertilitetsavdelingen som følge av pandemisituasjonen. Fra august er aktiviteten tilnærmet normal, men grunnet smitteverntiltak tas det inn noe færre pasienter i avdelingen.

#### Psykisk helsevern og TSB

Sengepostene rapporterer at antall sykehusopphold hittil i år er 7,2 % lavere enn både budsjettert og målt mot i fjor. Antall sykehusopphold lå i november 8,3 % lavere enn budsjettert, mens det i oktober lå 10,8 % lavere enn budsjettert.

Antall liggedager ligger fremdeles langt under fjorårsaktiviteten, og viser 12,9 % lavere enn budsjettert og 13,1 % lavere enn i fjor. Aktiviteten var høy i oktober, men falt litt i november igjen. Tallene for november viser en aktivitet som er 7,4 % lavere enn budsjettert, og 9,2 % lavere enn november i fjor.

<b>Døgnaktivitet</b>	faktisk	bud.	avvik	faktisk	endring	endring	Budsjett	Estimat	Faktisk
liggedøgn	nov.20	nov.20	nov.20	nov.19	2019-2020	2019-2020	2020	2020	2019
Voksenpsykiatri	26 860	29 931	-3 071	29 964	-10 %	-3 104	32 500	29 000	32 556
Barne- og ungdomspsykiatri	1 891	2 210	-319	2 283	-17 %	-392	2 400	2 000	2 437
TSB / RUS	2 439	3 648	-1 209	3 633	-33 %	-1 194	3 900	2 650	3 929
<b>STHF</b>	<b>31 190</b>	<b>35 789</b>	<b>(4 599)</b>	<b>35 880</b>	<b>-13,1 %</b>	<b>(4 690)</b>	<b>38 800</b>	<b>33 650</b>	<b>38 922</b>

<b>Døgnaktivitet</b>	faktisk	bud.	avvik	faktisk	endring	endring	Budsjett	Estimat	Faktisk
Utskrevne	nov.20	nov.20	nov.20	nov.19	2019-2020	2019-2020	2020	2020	2019
Voksenpsykiatri	1 355	1 479	-124	1 466	-8 %	-111	1 600	1 470	1 570
Barne- og ungdomspsykiatri	107	99	8	110	-3 %	-3	110	120	118
TSB / RUS	336	359	-23	361	-7 %	-25	390	360	393
<b>STHF</b>	<b>1 798</b>	<b>1 937</b>	<b>(139)</b>	<b>1 937</b>	<b>-7,2 %</b>	<b>(139)</b>	<b>2 100</b>	<b>1 950</b>	<b>2 081</b>

<b>Poliklinikk psykiatri</b>	<b>faktisk nov.20</b>	<b>bud. nov.20</b>	<b>avvik nov.20</b>	<b>faktisk nov.19</b>	<b>endring 2019-2020</b>	<b>endring 2019-2020</b>	<b>Budsjett 2020</b>	<b>Estimat 2020</b>	<b>Faktisk 2019</b>
<b>Antall ISF-konsultasjoner</b>									
BUP	29 035	28 651	384	26 682	8,8 %	2 353	30 550	30 800	28 760
VOP	41 636	49 290	-7 654	46 259	-10,0 %	-4 623	52 950	44 300	49 840
- herav Helse og arbeid	283	372	-89	274	3,3 %	9	400	300	302
TSB	10 876	11 078	-202	10 293	5,7 %	583	11 900	11 500	11 197
<b>SUM</b>	<b>81 547</b>	<b>89 019</b>	<b>-7 472</b>	<b>83 234</b>	<b>-2,0 %</b>	<b>-1 687</b>	<b>95 400</b>	<b>86 600</b>	<b>89 797</b>
<b>ISF-poeng</b>									
BUP	8 942	9 474	-532	8 999	-1 %	-57	10 100	9 600	9 697
VOP	5 788	7 042	-1 254	6 750	-14 %	-962	7 600	6 200	7 269
- herav Helse og arbeid	40	78	-37	42	-3 %	-1	84	41	45
TSB	1 500	1 427	73	1 323	13 %	177	1 540	1 650	1 512
<b>SUM</b>	<b>16 230</b>	<b>17 943</b>	<b>-1 713</b>	<b>17 072</b>	<b>-4,9 %</b>	<b>-842</b>	<b>19 240</b>	<b>17 450</b>	<b>18 478</b>

Som følge av Korona—situasjonen, så har aktiviteten i perioden mars-mai vært betraktelig lavere enn årets to første måneder og sammenlignet med i fjor.

Antall konsultasjoner innenfor PHV og TSB samlet viser per november et negativt budsjettavvik på 8,4 %, og resultatene er 2,0 % lavere enn fjoråret. Tallene per oktober viste et budsjettavvik på 8,8 % og nedgangen fra i fjor lå på 3,3 %. Tallene viser at vi i november måned har redusert aktiviteten innenfor VOP, mens aktiviteten har økt innenfor BUP og TSB.

BUP viser hittil i år et positivt budsjettavvik på 1,3 %, mens VOP og TSB viser et negativt budsjettavvik på henholdsvis 15,5 % og 1,8 %. Målt mot fjoråret så er det kun VOP som viser nedgang. BUP og TSB har en vekst på henholdsvis 8,8 % og 5,7 %.

I november måned leverte BUP et positivt budsjettavvik på 10,4 %. Dette er hele 30,0 % høyere enn samme måned i fjor. VOP leverte et negativt budsjettavvik på 13,5 %, og en aktivitet som kun var 1,0 % lavere enn i fjor. TSB leverte en aktivitet som ligger 3,8 % lavere enn budsjettert nivå, og 7,8 % høyere enn i fjor.

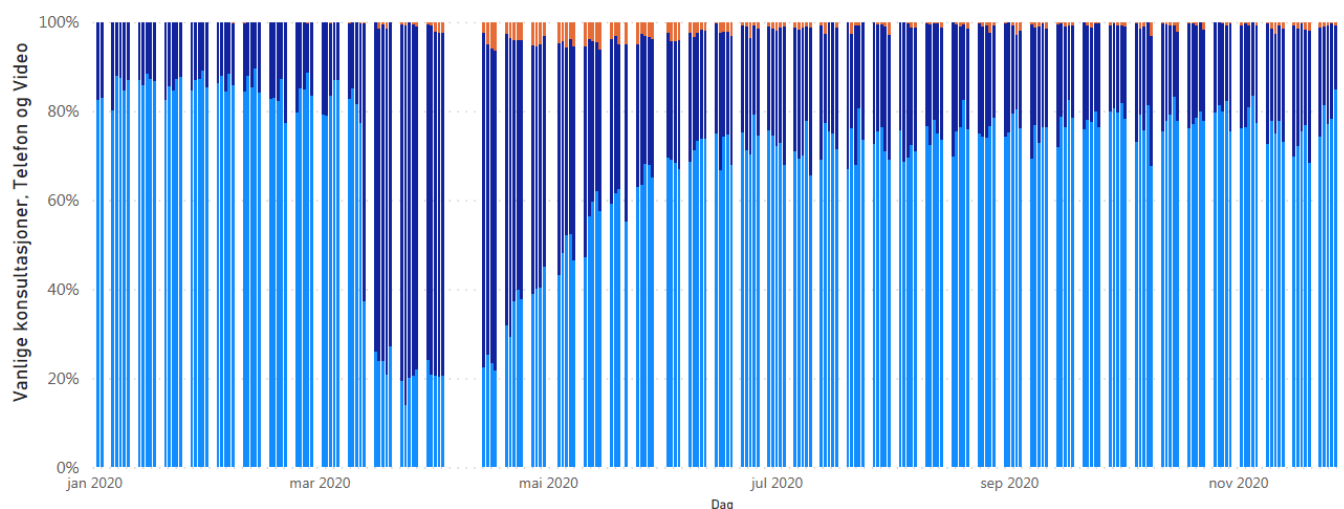
Det samlede negative ISF-avviket innenfor PHV/TSB er per november på 9,5 %, mens det per oktober var 11,5 %. I november isolert leverte psykiatrien et positivt budsjettavvik på 7,6 % i antall ISF-poeng. Det positive avviket på ISF-poeng i perioden august til november kan forklares med høyere aktivitet innenfor BUP og TSB i tillegg til den økte DRG-vekten for telefonkonsultasjoner med virkning fra 1. juli.

Innenfor PHV og TSB var det i perioden mar-mai en vridning fra fysisk oppmøte til å gjennomføre konsultasjonene over telefon og video. De siste månedene har andelen telefon- og videokonsultasjoner normalisert seg igjen, men andelen ligger fremdeles litt høyere enn før pandemien inntok landet.

Nedenfor vises utviklingen i andelen video- og telefonkonsultasjoner inneværende år. Tallene for november måned viser vekst i andel telefoner og videokonsultasjoner fra forrige måned.

### Andel konsultasjoner etter type (helg og påske/helligdager er ekskludert)

● Vanlige konsultasjoner ● Telefon ● Video



### Prioriteringsregelen

**Ventetider** (kravet er i forhold til absolutte tall, hvor ventetiden VOP skal være under 40, BUP under 37 og TSB skal ha ventetid lavere enn 30 dager)

Prioriteringsregelen er oppfylt målt i ventetid for alle fagområdene, med en ventetid for VOP på 30 dager, BUP med 36 dager og TSB med 28 dager.

### Polikliniske konsultasjoner

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

### Kostnadsvekst 2. tertial 2020

Når det gjelder kostnadsveksten per 2. tertial, så er prioriteringsregelen oppfylt innenfor BUP og TSB med en vekst på hhv 4,0 % og 13,8 %. Somatikken har en kostnadsvekst på 1,9 %, mens VOP viser en kostnadsreduksjon.



## Brutto månedsverk

Brutto månedsverk var i november 3073, noe som er 4,8 % over budsjett, og 3,0 % høyere enn i november i fjor. Det er i november utbetalt 18 månedsverk direkte knyttet til den økte beredskapen som følge av pandemien. Det resterende merforbruket av brutto månedsverk skyldes utsatte budsjetterte innsparingstiltak som følge av pandemien.

Brutto månedsverk hittil i år ligger 3,4 % høyere enn budsjettert og 2,2 % høyere enn på samme tid i fjor. Dette skyldes både den økte beredskapen og forsinkelser i forbedringsarbeidet i klinikkene rapportert til flat periodisering i budsjettet.

Forbruket er i år estimert til 3057, noe som er 3,5 % høyere enn budsjettert.

## Økonomi

Sykehuset Telemark rapporterer et resultat på 62,6 millioner kr. per november. Dette er 35,1 millioner kr. bedre enn periodisert styringsmål. Korrigert for samlet økonomisk effekt av koronasituasjonen per november (inntektstap, følgekostnader og kompensasjon), er resultatet hittil i år beregnet til 18,1 millioner kr, mot budsjett 27,5 millioner kr. Akkumulert er koronaeffekten beregnet til 139,4 millioner kroner, mens vi har inntektsført totalt 183,9 millioner kroner av samlet ekstraordinær tildeling på 201,9 millioner kroner.

Koronasituasjonen påvirker resultatet også i november. Det er identifisert nettokostnader på om lag 8,3 millioner kr, og inntektstapet er beregnet til 4,5 millioner kroner. Det er inntektsført 72,9 millioner kroner i kompensasjon i perioden. Resultatforbedringen i november er 60,5 millioner kr. slik at resultat for perioden eksklusiv koronaeffekter anslås til 0,4 millioner kr mot budsjett på 2,5.

I november er bokført ISF-avregning for 2019 med 2,2 millioner kr, samt korreksjon av pensjon med minus 1,2 millioner kr.

Årsresultatet for 2020 estimeres til 65 millioner kroner, som er 35 millioner kr. bedre enn årets styringsmål. Dette positive avviket skyldes samlet effekt av en rekke forhold. Ekstraordinære inntektstap, følgekostnader og tildelinger i forbindelse med koronapandemien forventes i sum å gi en positiv effekt på 48,6 millioner kr. Lavere finansinntekter, merkostnader for fritt behandlingsvalg i (FBV) i psykiatri/TSB, økte varekostnader og reduserte kostnader knyttet til kjøp/salg av helsetjenester er andre forhold som virker inn.

Estimat for årsresultat uten koronaeffekter er 16,4 millioner kr mot budsjett på 30 millioner kr. og tar høyde for nedskrivninger på 7 mill., som vurderes ført i forbindelse med årsoppgjøret.

<b>Regnskapsresultat pr. november 2020</b>	<b>regnskap november</b>	<b>budsjett november</b>	<b>avvik november</b>	<b>Budsjett 2020</b>	<b>Prognose 2020</b>	<b>avvik 2020</b>
Basisramme	2 214 354	2 202 716	11 638	2 424 871	2 444 171	19 300
Kvalitetsbasert finansiering	15 557	15 557	-	16 971	16 971	-
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	685 499	754 972	-69 473	822 500	754 633	-67 867
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	155 824	168 094	-12 271	182 824	171 372	-11 452
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	51 289	56 695	-5 406	60 798	55 142	-5 656
ISF fritt behandlingsvalg	1 487	-	1 487	-	1 718	1 718
ISF refusjon pasientadministrerte legemiddel (H-resepter)	69 068	58 787	10 281	64 131	75 354	11 223
Utskrivningsklare pasienter	13 594	18 270	-4 676	19 931	14 931	-5 000
Gjestepasienter	16 207	16 352	-145	17 832	17 832	-
Konserninterne gjestepasientinntekter	77 316	81 538	-4 222	88 592	84 392	-4 200
Polikliniske inntekter	87 954	92 695	-4 741	100 394	95 394	-5 000
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake	-	-	-	-	-	-
Andre øremerkede tilskudd	81 485	15 191	66 294	16 572	82 572	66 000
Andre driftsinntekter	234 489	245 165	-10 677	267 138	256 138	-11 000
<b>SUM DRIFTSINNTEKTER</b>	<b>3 704 122</b>	<b>3 726 031</b>	<b>-21 910</b>	<b>4 082 555</b>	<b>4 070 620</b>	<b>-11 935</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	38 329	37 147	-1 182	40 497	42 497	-2 000
Kjøp av private helsetjenester	106 998	98 695	-8 304	107 785	117 785	-10 000
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	453 761	439 064	-14 698	479 829	495 829	-16 000
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	19 952	12 742	-7 210	13 760	21 260	-7 500
Konserninterne gjestepasientkostnader	253 729	264 768	11 038	286 747	276 747	10 000
Lønn til fast ansatte	1 737 201	1 709 073	-28 128	1 872 025	1 902 025	-30 000
Overtid og ekstrahjelp	105 362	79 037	-26 324	88 332	116 332	-28 000
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	206 388	315 331	108 943	345 396	226 066	119 331
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-111 640	-96 692	14 948	-105 088	-120 088	15 000
Annen lønn	255 464	269 929	14 465	297 781	283 781	14 000
Avskrivninger	90 230	93 723	3 493	102 595	99 095	3 500
Nedskrivninger	-	-	-	-	7 000	-7 000
Andre driftskostnader	497 004	491 111	-5 893	539 511	548 808	-9 296
<b>SUM DRIFTSKOSTNADER</b>	<b>3 652 777</b>	<b>3 713 925</b>	<b>61 147</b>	<b>4 069 171</b>	<b>4 017 136</b>	<b>52 035</b>
<b>DRIFTSRESULTAT</b>	<b>51 344</b>	<b>12 107</b>	<b>39 237</b>	<b>13 384</b>	<b>53 484</b>	<b>40 100</b>
Finansinntekter	13 508	18 130	-4 622	19 647	14 047	-5 600
Finanskostnader	2 294	2 737	443	3 032	2 532	-500
<b>FINANSRESULTAT</b>	<b>11 214</b>	<b>15 393</b>	<b>-4 179</b>	<b>16 616</b>	<b>11 516</b>	<b>-5 100</b>
<b>(ÅRS)RESULTAT</b>	<b>62 558</b>	<b>27 500</b>	<b>35 058</b>	<b>30 000</b>	<b>65 000</b>	<b>35 000</b>
Pensjonskostnader	-	-	-	-	-	-
<b>RESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER</b>	<b>62 558</b>	<b>27 500</b>	<b>35 058</b>	<b>30 000</b>	<b>65 000</b>	<b>35 000</b>

## Klinikkene

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

Avviket i **Kirurgisk klinikk** er pr november er -55,3 millioner kroner. Av dette gjelder – 45,2 millioner effekten fra koronasituasjonen, herunder inntektstap på -38,1 millioner kroner og netto kostnadsøkning på 7,1 millioner kroner. Resterende 10,1 millioner gjelder utrykninger, overtid, uforutsette vakter, og lav måloppnåelse av merverditiltak, samt innleie av leger i sommerperioden (ca. 1 millioner). Avviket i lønnskostnader har økt vesentlig i perioden, som forklares blant annet med høyt sykefravær og pågående aktivitetstiltak.

**Medisinsk klinikk** har et negativt avvik på -63,5 millioner kroner pr 11 måneder. En betydelig del av dette skyldes lavere ISF-inntekter fra øyeblikkelig hjelp-pasienter (ca. 41 millioner kroner) og høyere beredskapskostnader knyttet til håndteringen av Covid-19. Et annet kostnadselement som har gjort seg gjeldende i 2020 er dyre kreftlegemidler i Skien og Notodden; overforbruket i forhold til budsjett er om lag 16 millioner kroner per 11 måneder. Klinikken har dessuten en uløst utfordring i budsjettet på til sammen 10 millioner kroner i 2020. Dette utgjør 9,2 millioner kroner av budsjettavviket hittil i år.

Resultater pr. klinikk vises i tabellen under:

BUDSJETTAVVIK per november 2020	lønn	andre driftskostnader	driftsinntekter	Sum	herav manglende effekt forbedrings-tiltak	herav akkumulert effekt korona
Kirurgi	-24 040	-1 370	-29 852	-55 262	-4 450	-45 232
Medisin	86	-23 614	-40 030	-63 558	-7 332	-51 930
Barne- og ungdomsklinikken	3 534	-2 565	-11 243	-10 274	-227	-6 790
Akutt og beredskap	-22 210	-4 217	-987	-27 414	-2 168	-18 691
Medisinsk serviceklinikk	4 066	-1 424	-5 642	-3 001	-2 044	-8 955
Psykiatri og rus	2 577	-5 620	-4 160	-7 203	-	-3 550
Service og systemledelse	-976	5 929	-9 105	-4 152	-3 715	-2 652
<b>SUM klinikker</b>	<b>-36 963</b>	<b>-32 881</b>	<b>-101 019</b>	<b>-170 863</b>	<b>-19 937</b>	<b>-137 800</b>
Administrasjon	-1 319	8 443	-3 264	3 861	-550	-1 331
Kjøp og salg av helsetjenester		-3 751	5 382	1 631		6 600
- biol.legemidler og kreftmidler		-5 903	10 929	5 026		
- somatikk		13 381	-6 705	6 676		
- psykiatri og TSB		-11 229	1 158	-10 071		
<b>Felles poster</b>	<b>13 922</b>	<b>1 255</b>	<b>185 253</b>	<b>200 430</b>	<b>-</b>	<b>177 004</b>
<b>BUDSJETTAVVIK per november 2020</b>	<b>-24 359</b>	<b>-26 935</b>	<b>86 352</b>	<b>35 058</b>	<b>-20 487</b>	<b>44 473</b>

**Barne- og ungdomsklinikken** har et negativt avvik per november på -10,3 millioner kroner. Av dette er 6,8 millioner kr knyttet til i hovedsak lavere inntekter som følge av redusert aktivitet grunnet Covid-19. Øvrig negativt avvik skyldes lavere ISF-inntekter enn budsjettet for friske nyfødte og nyfødt intensiv. I ABUP dekkes flere vakante legestillinger ved innleie, og dette forklarer avviket på driftskostnader.

**Akutt og beredskapsklinikken** har et resultat til og med november på - 27,4 millioner kroner. Herav er det identifisert 20 millioner kroner som er knyttet til Covid-19.

Prosjekt AK 24 i 4. etg. i perioden juni – august, påvirker resultatet med 2,2 millioner kroner.

Aktiviteten i Porsgrunn fredager, og syke transportbilen medfører også høyere kostnader enn planlagt for i budsjettet.

Det er høy aktivitet på operasjonsstuene nå, og kombinert med høyt sykefravær fører det til bruk av vikarbyrå og overtid. Det har også vært fokus på å avvikle restferie de siste månedene, slik at etterslep til 2021 blir minst mulig.

Intensivavdelingen har hatt lavere aktivitet en periode og det vises på økonomien.

Sykefraværet i klinikken per november er 6,53 %, korrigert for effekten av Covid-19; 6,43 %.

Klinikkens mål for 2020 er 5%, men det kan bli krevende å oppnå på grunn av mye korttidsfravær grunnet usikkerhet ved forkjølelser og testing for Covid-19.

**Medisinsk serviceklinikk** har et negativt avvik på -3,0 millioner kroner per november.

Koronaeffekten er beregnet til 9,0 millioner kroner, og skyldes i hovedsak inntektstap som følge av nedgang i aktiviteten innen laboratoriemedisin, radiologi og fertilitetsbehandling. Siden juni måned har aktiviteten vært tilbake på normalt nivå. Høy aktivitet samtidig med langtidssykemeldinger har ført til økte innleiekostnader innen radiologi de siste månedene.

**Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling** leverer et negativt budsjettavvik på 7,2 millioner kroner per november, noe som er en resultatforverring på 3,2 millioner i november måned.

Koronaeffektene i klinikken er i hovedsak det polikliniske inntektstapet i månedene mars-mai, i tillegg til økte lønnskostnader som følge av endringene i døgndriften i samme periode. Klinikken fikk i slutten av oktober utfordringer med hensyn til smittevernet, noe som ga økte kostnader også i november.

Den negative resultatbanen kommer som følge av nyttilsettinger i poliklinikkene og utvidet utdanningskapasitet LIS, samtidig som klinikken for øyeblikket har 4 innleide leger som følge av rekrutteringsutfordringer. Sykefraværet er vesentlig høyere enn tidligere måneder, noe som igjen fører til høyere innleie og variabel lønn. Korttid er på 3,3 %, og totalen er på nærmere 9 %. I perioden mai-september var snittet på 6,9 %. Det er også en økning i kostnader til medikamenter og metadonutleveringer. Endringen i takster for telefon- og videokonsultasjoner har gitt positiv effekt på resultatet i de polikliniske tjenestene. Sengepostene har derimot økt sitt negative budsjettavvik de siste fire månedene. Innleie av legene står for mye av dette kostnadspådraget.

**Service- og Systemledelse** har per november et negativt resultat på 4,2 millioner kroner. Med fratrukket for Covid-19 kostnader er resultatet -1 millioner kroner. Covid-19 kostnader for november isolert sett er på 0,6 millioner kroner, derav det meste på grunn av inngangskontroll, ekstra renhold og transport av prøver fra kommunene.

**Administrasjonen** har et resultat hittil i år på 3,9 millioner kroner bedre enn budsjettet. Resultatforbedringen skyldes ekstraordinære inntekter i bedriftshelsetjenesten grunnet Covid-19 og anskaffelsesstopp i velferdstiltak og opplærings/lederutviklingsprogrammet. Styremøtene har vært avholdt som Skype-møter og ikke som fysiske møter. Dette har resultert i lavere møtekostnader.

**Felles:** Positivt avvik skyldes inntektsføring av koronakompensasjon på 198,65 millioner kroner per oktober. Dette er fordelt på lavere arbeidsgiveravgift i 3. termin med 14,75 millioner kroner og kompensasjon for ekstrakostnader, inntektstap og investeringer bevilget i RNB med 183,9 millioner kroner.

# Virksomhetsrapport

November - 2020

# Innhold

1. Hovedmål

2. Pasient

3. Bemanning

4. Aktivitet

5. Kvalitetsindikatorer

6. Økonomi

7. Klinikker

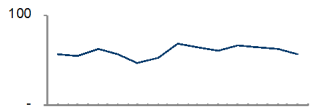
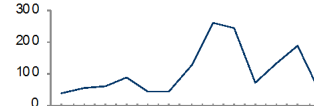
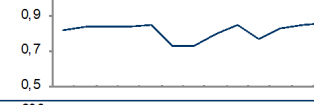

# Oppsummering

**november 2020**

Sykehuset Telemark HF	Faktisk Hiå	Budsjett Hiå	Avvik Hiå	Hiå 2019	Årsbudsjett	Årsestimat	Avvik
<b>Kvalitet per måned</b>							
Ventetid påstartet, denne periode	55			55			
Ventetid ventende, denne periode	55			57			
Antall fristbrudd påstartet, denne periode	36			56		0	
Antall fristbrudd venter, denne periode	45			52		0	
<b>Aktivitet</b>							
ISF-poeng somatikk							
"Sørge for" (døgn, dag og polkl.)	36 701	40 302	-3 601	39 201	43 893	40 408	-3 485
Legemidler	3 016	2 567	449	2 568	2 800	3 290	490
Totalt antall ISF poeng "sørge for"	39 716	42 868	-3 152	42 084	46 693	43 698	-2 995
Utført eget HF/Sykehus	36 576	40 165	-3 589	39 397	43 743	40 243	-3 500
ISF-poeng Psyk							
Voksenpsykiatri og TSB	7 334	8 469	-1 135	8 075	9 140	7 850	-1 290
Barne- og ungdomspsykiatri	8 897	9 474	-577	8 999	10 100	9 600	-500
Polikliniske konsultasjoner							
Somatikk	154 385	163 961	-9 576	155 307	178 350	167 600	-10 750
VOP	41 636	49 290	-7 654	46 259	52 950	44 300	-8 650
BUP	29 035	28 651	384	26 682	30 550	30 800	250
TSB	10 876	11 078	-202	10 293	11 900	11 500	-400
<b>Bemanning</b>							
Brutto månedsværk	3 056	2 955	-101	2 991	2 954	3 057	-103
Innleie helsepersonell	19 952	12 742	-7 210	25 272	13 760	21 260	-7 500
Lønn til fast ansatte	1 737 201	1 709 073	-28 128	1 643 226	1 872 025	1 902 025	-30 000
Overtid og ekstrahjelp	105 362	79 037	-26 324	94 933	88 332	116 332	-28 000
Sykefravær (forrige måned)	7,58	-	-	6,86	-	-	-
<b>Økonomi (hele tusen)</b>							
Driftsinntekter	3 704 122	3 726 031	-21 910	3 644 828	4 082 555	4 070 620	-11 935
Driftskostnader	3 652 777	3 713 925	-61 147	3 635 066	4 069 171	4 017 136	-52 035
Netto finansresultat	11 214	15 393	-4 179	15 696	16 616	11 516	-5 100
Pensjon							
Årsresultat	62 558	27 500	35 058	25 457	30 000	65 000	35 000

Confidential, Pedersen, Tone, 12/11/2020 12:51:46

## Regionale hovedmål

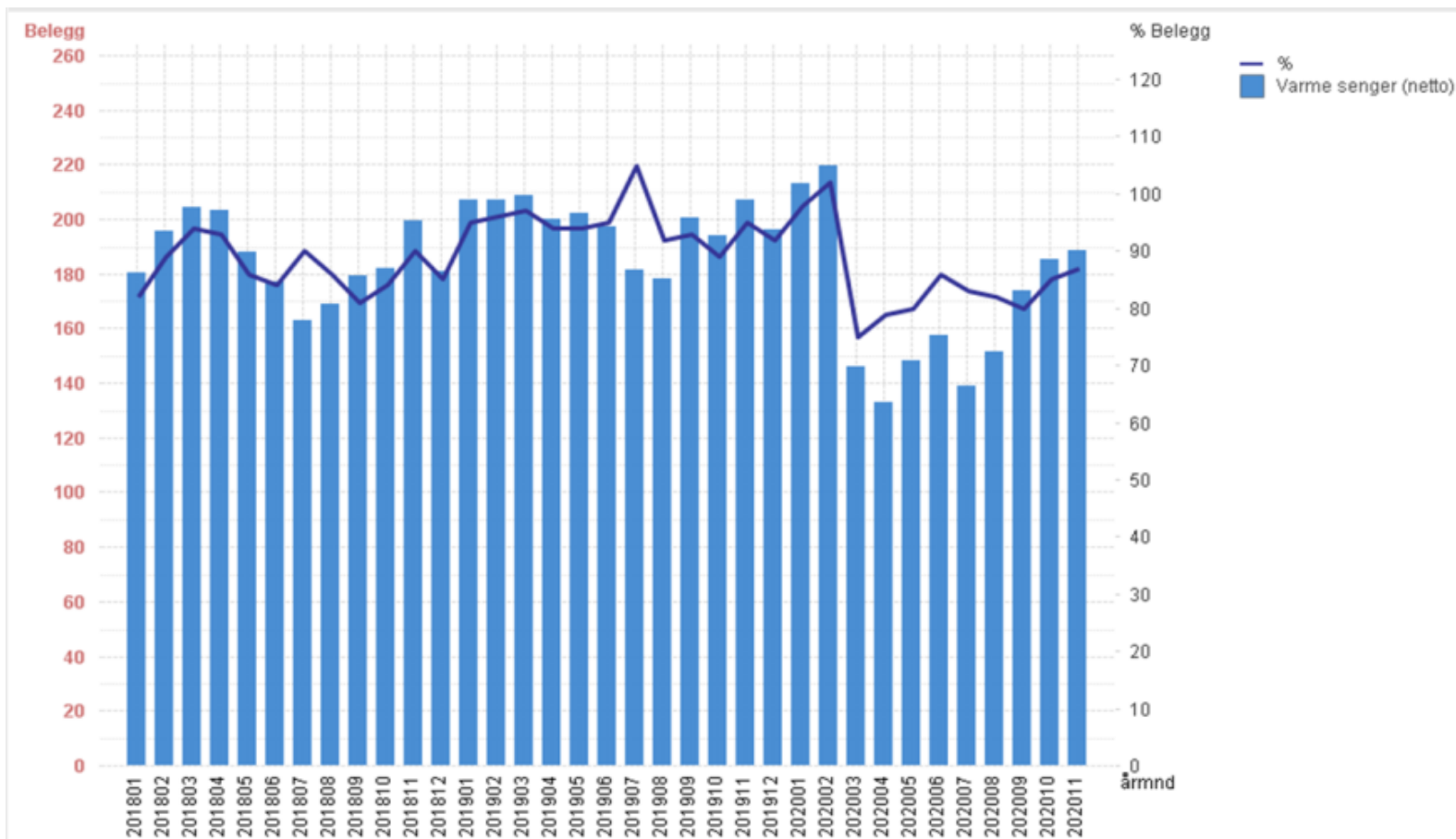
Hovedmål	Mål 2020	Utvikling siste	Status	Resultat	Resultat
		12 mnd	2018	2019	nov. 20
Gjennomsnitt ventetid somatikk redusert til 60 dager. Ordinært avviklede pasienter.	50		55	55	57
Pasienten opplever ikke fristbrudd (påstartet)	Antall brudd		34	62	36
	Andel av med frist		1,3 %	2,2 %	1,1 %
Pasienten får bekreftelse og tidspunkt for behandling i samme brev	100%		78 %	84 %	86 %
Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer	Årsresultat		8,9 mill	42,8 mill	62,6 mill
	Budsjettavvik		-21,1 mill	12,8 mill	35,1 mill
Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3%	3%	Siste måling november 2020	3,8 %	3,4 %	2,4 %
Alle medarbeider involveres i oppfølging av medarbeider-undersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet	100%	Siste måling vår 2020	86 %	86 %	83 %
Korridorpasienter	0 %		0,7 %	1,5 %	0,8 %



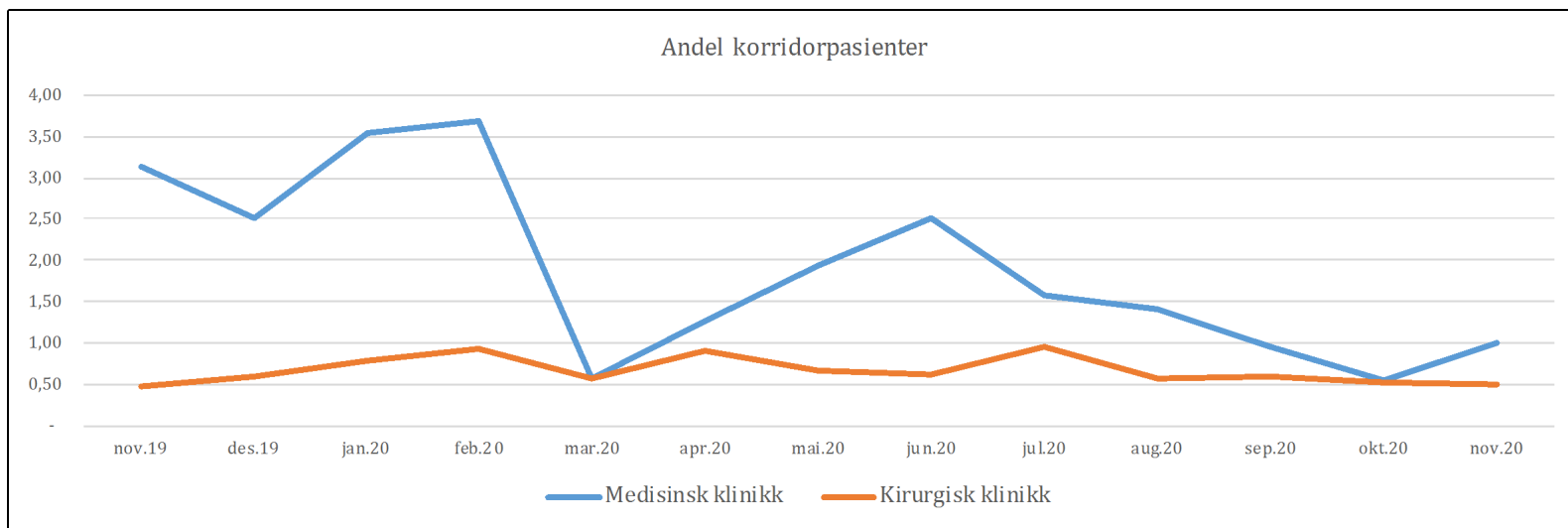
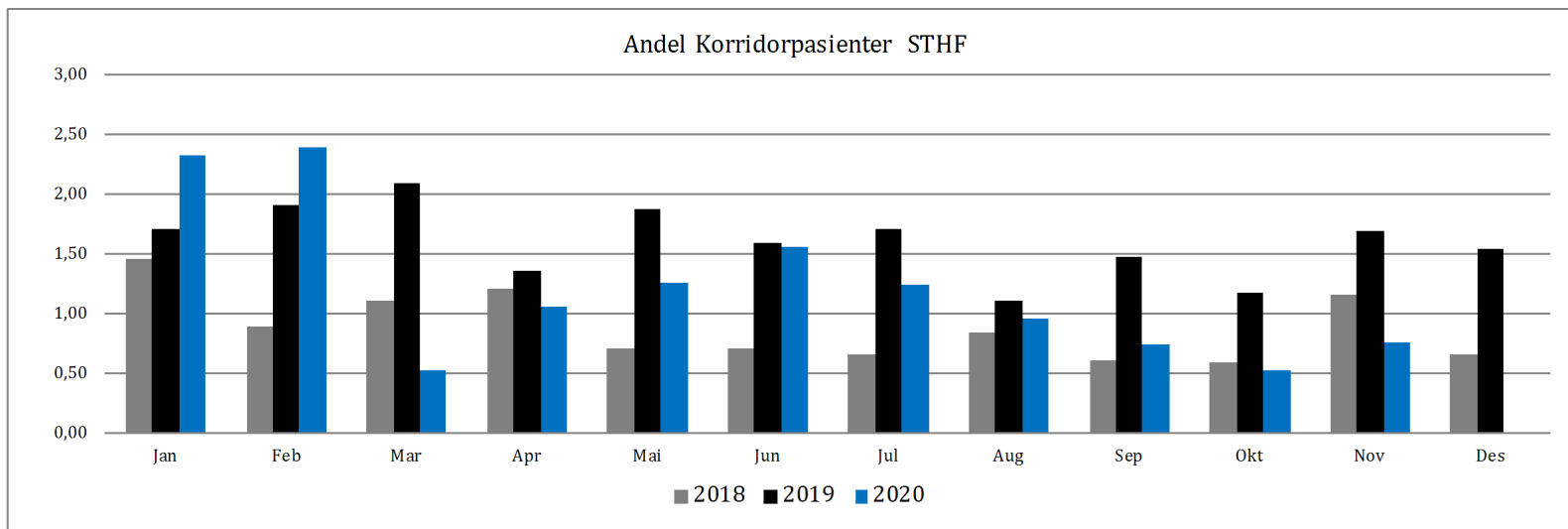
Prioriteringsregelen - status hittil i år	Antall dager		% endring hittil i år 2019-2020				Kostnader per 1. tertial	
	Ventetider påstartet		Ventetider påstartet		Polikliniske konsultasjoner		Kostnader per 1. tertial	
	Hia '20	Hia '19	Somatikk	Psykiatri/TSB	Somatikk	Psykiatri/TSB	Somatikk	Psykiatri/TSB
STHF	59	57					1,9 %	
SOMATIKK	61	58	5 %		-1 %		1,9 %	
BUP	36	40		-10 %		9 %		6,2 %
VOP	30	37		-19 %		-10 %		-0,7 %
TSB	28	30		-7 %		6 %		13,8 %
<b>Endring pr klinikk</b>	0	0						
(01) Kirurgisk klinikk	73	69	6 %		-4 %			
(02) Medisinsk klinikk	46	45	0 %		4 %			
(03) Barne- og ungdomsklinikken, somatikk	49	41	18 %		8 %			
(303) Avdeling for barn og unges psykiske helse	36	40		-10 %		9 %		
(06) Akutt og beredskap	77	77	-1 %		-4 %			
(07) Medisinsk Serviceklinikk	61	47	31 %		-19 %			
(09) Klinikk for psykisk helsevern, VOP	30	37		-19 %		-10 %		
(09) Klinikk for psykisk helsevern, TSB	28	30		-7 %		6 %		
(13) Service og systemledelse					20 %			
(15) Administrasjon								

Fotnote: Påstartet = Avviklet

Fotnote: Kravet for ventetid avviklet er: VOP lavere enn 40, BUP lavere enn 37 og TSB lavere enn 30. Kravet for ventetiden samlet på STHF er 54 dager.



Senger i bruk for somatiske sengeposter.  
Tekniske poster utelatt.

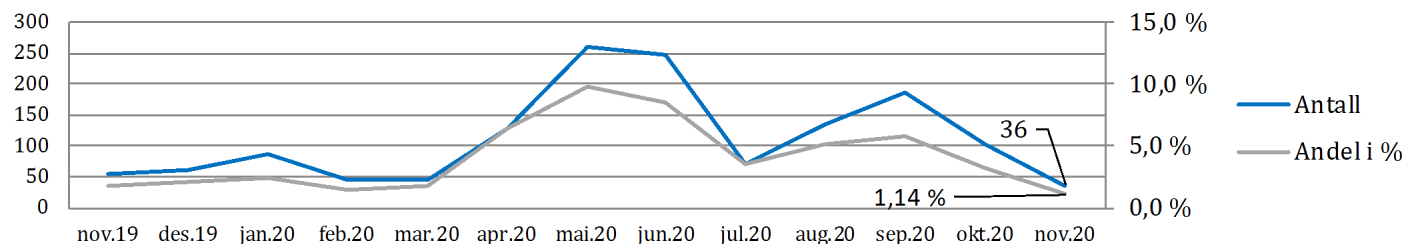


# Pasient

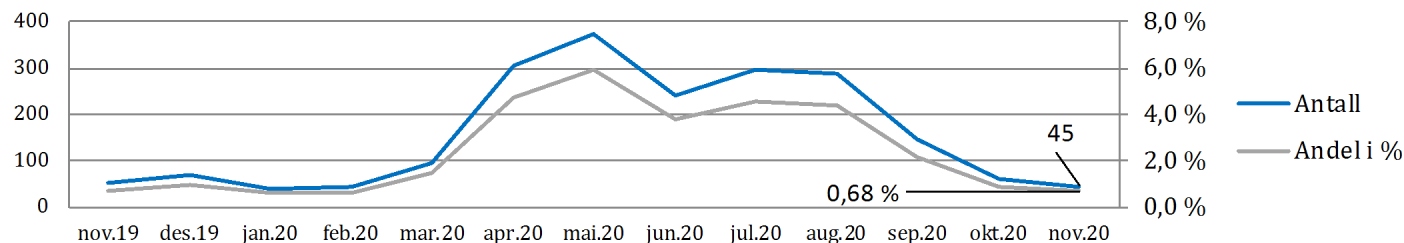
Confidential, Pedersen, Tone, 12/11/2020 12:51:46

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

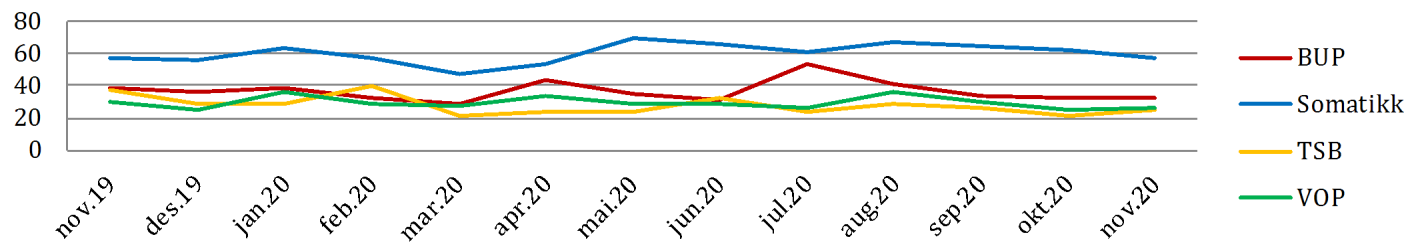
### 1. Antall/andel fristbrudd påstartet STHF.



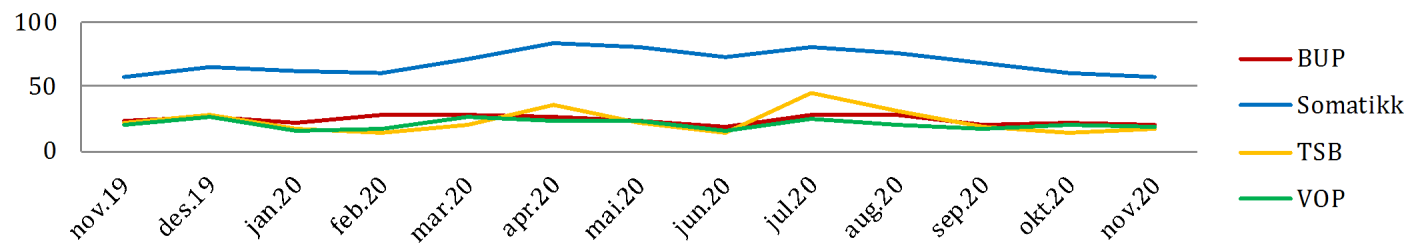
### 2. Antall/andel fristbrudd ventende STHF.



### 3. Gjennomsnittlig ventetid påstartet STHF



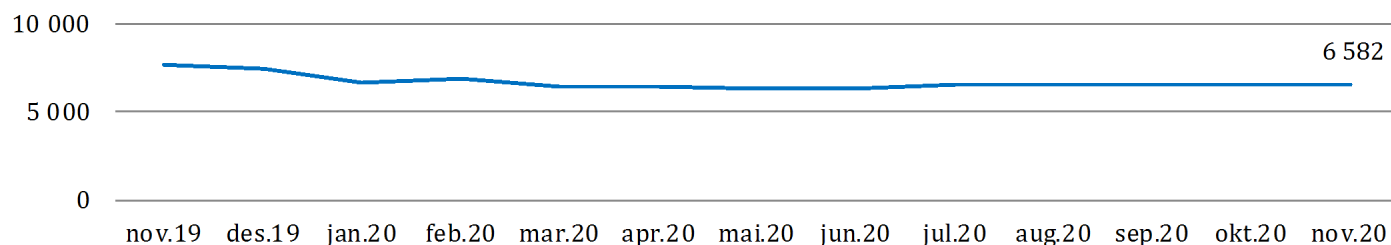
### 4. Gjennomsnittlig ventetid ventende STHF.



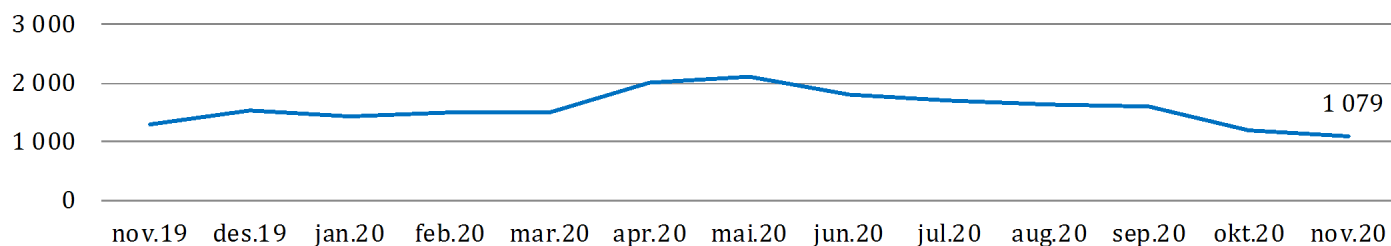
Confidential, Pedersen, Tone, 12/11/2020 12:51:46  
 Paul Husmo, husp@sthf.no tlf:35 08 03 02

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

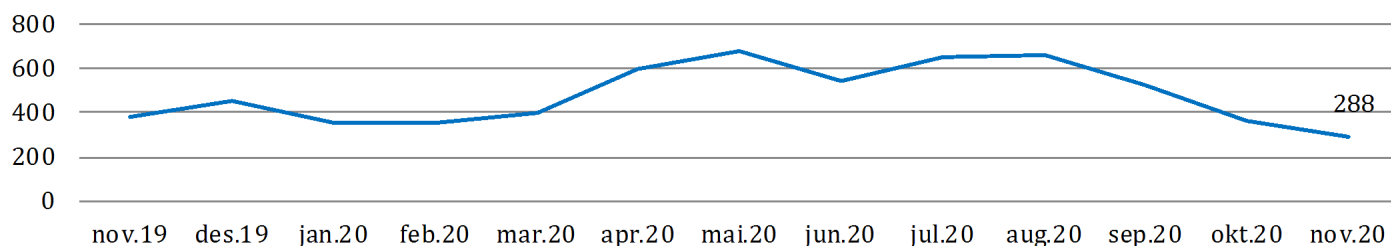
5. Antall som venter på STHF.



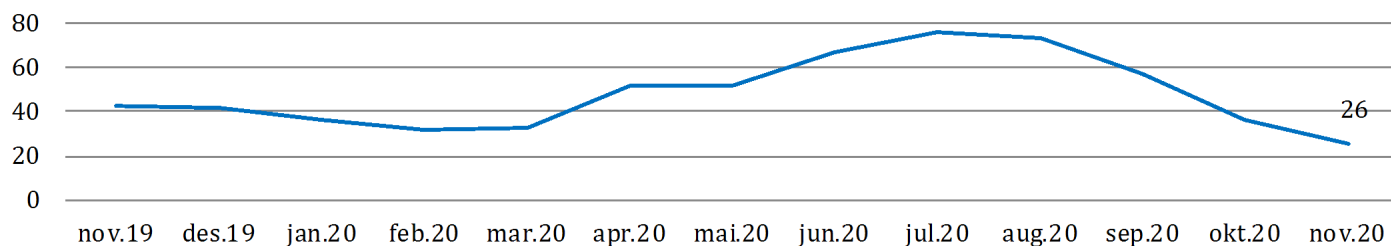
6. Antall ventende som har ventet mer enn 3 måneder STHF.



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



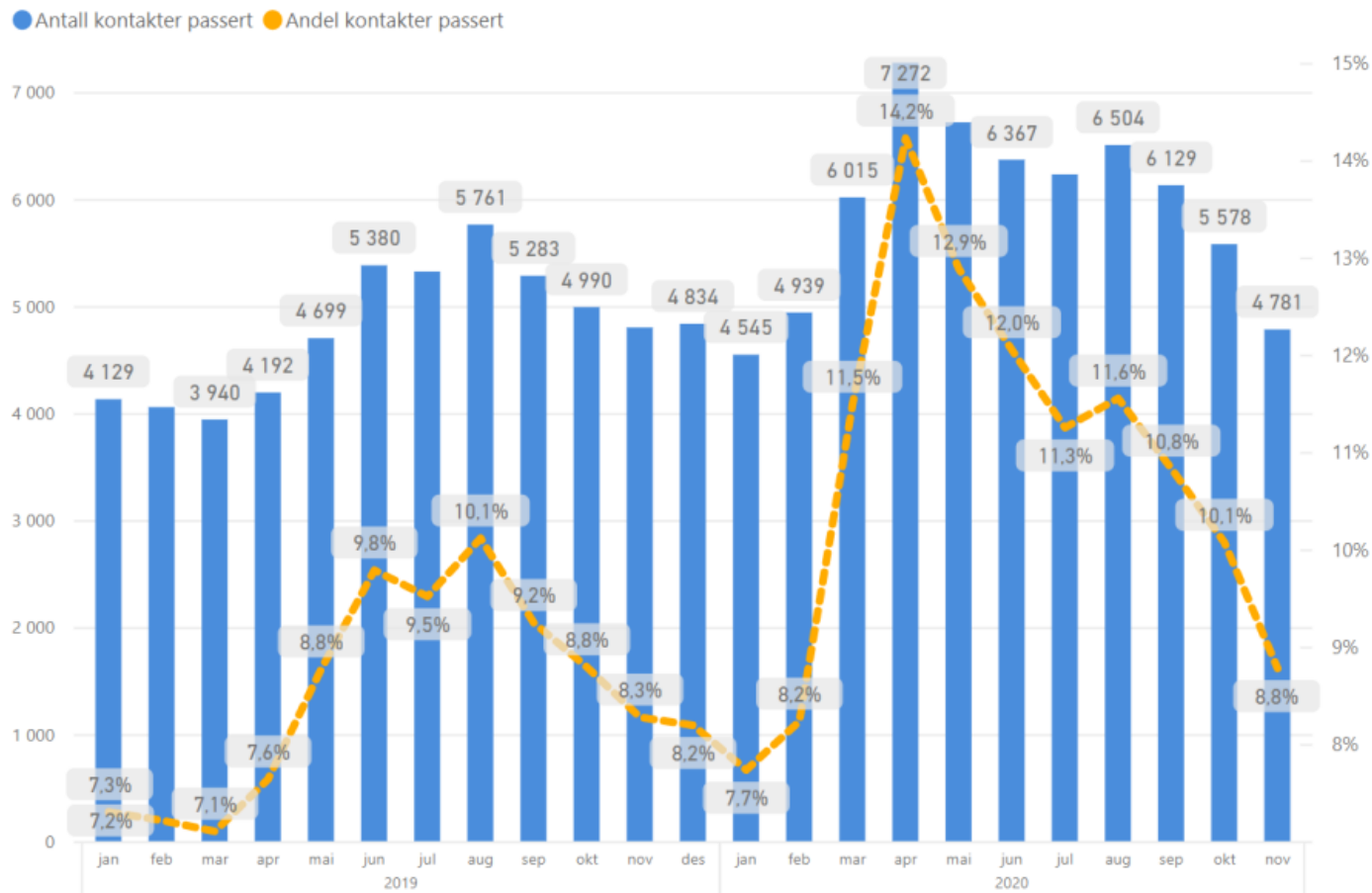
8. Antall ventende som har ventet mer enn et år STHF.



Confidential, Pedersen, Tone, 12/11/2020 12:51:46

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

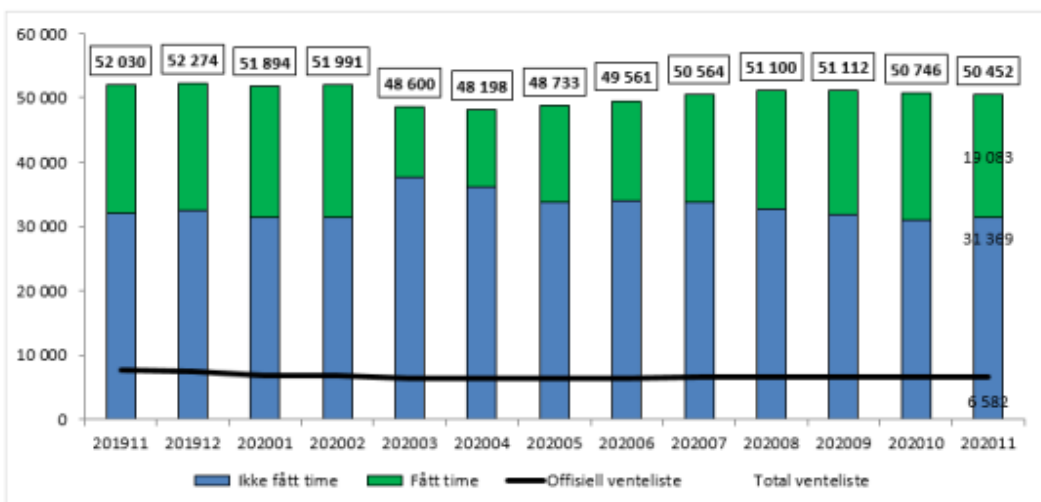
# Utvikling «Passert planlagt tid»



# Sammenligning pr november

Helseforetaksnavn	Antall planlagte kontakter	Kontakter ikke passert planlagt tid	Kontakter med passert planlagt tid	Andel passert planlagt tid
▲ Akershus Universitetssykehus	153 077	135 089	17 988	11,8 %
Oslo Universitetssykehus	244 392	227 340	17 052	7,0 %
Sykehuset Innlandet	106 772	98 453	8 319	7,8 %
Sykehuset i Vestfold	92 163	82 106	10 057	10,9 %
Sørlandet Sykehus	112 602	102 652	9 950	8,8 %
Sykehuset Telemark	54 476	49 695	4 781	8,8 %
Sykehuset Østfold	110 263	95 467	14 796	13,4 %
Vestre Viken	155 375	141 293	14 082	9,1 %
Sunnaas Sykehus	4 177	3 718	459	11,0 %
Diakonhjemmet Sykehus	33 600	27 599	6 001	17,9 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	35 465	32 571	2 894	8,2 %
Betanien Hospital	10 215	7 971	2 244	22,0 %
Martina Hansen Hospital	15 200	13 758	1 442	9,5 %
Revmatismesykehuset Lillehammer	5 098	4 158	940	18,4 %
<b>Totalt</b>	<b>1 132 875</b>	<b>1 021 870</b>	<b>111 005</b>	<b>9,8 %</b>

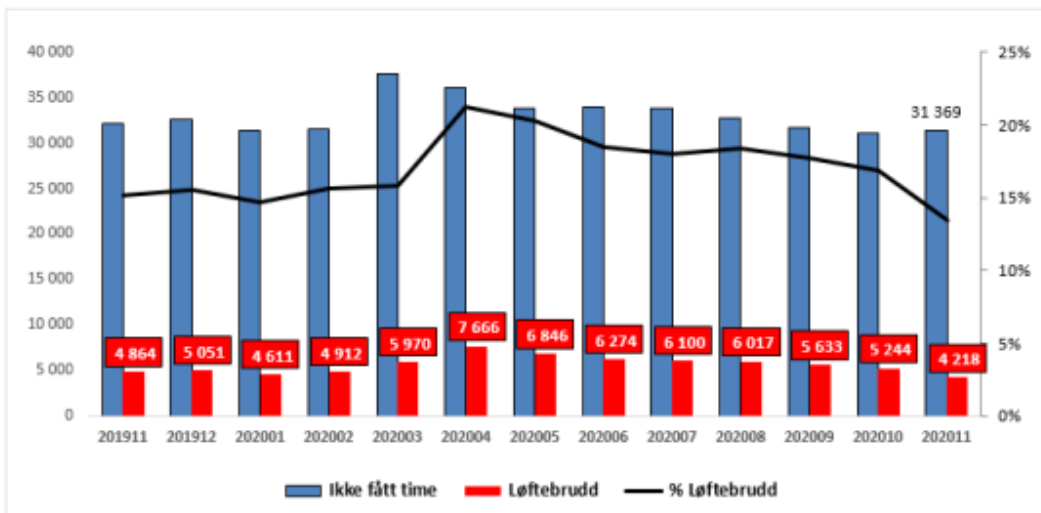




## Utvikling i total venteliste

I november er den totale ventelisten er på 50452 pasienter. Den offisielle ventelisten er på 6582 pasienter.

Den totale ventelisten fordeler seg på 19083 pasienter som har fått time, og 31369 pasienter som ikke har fått time.



Pasienter som venter på timeinnkalling

Av de som venter og ikke har fått timeinnkalling (31369), har 4218 pasienter passert tentativ dato for oppmøte (Løftebrudd). Dette utgjør 13,4 % av pasientene.

Offisiell venteliste= nyhenviste (antall henvisninger der helsehjelp ikke er påbegynt)

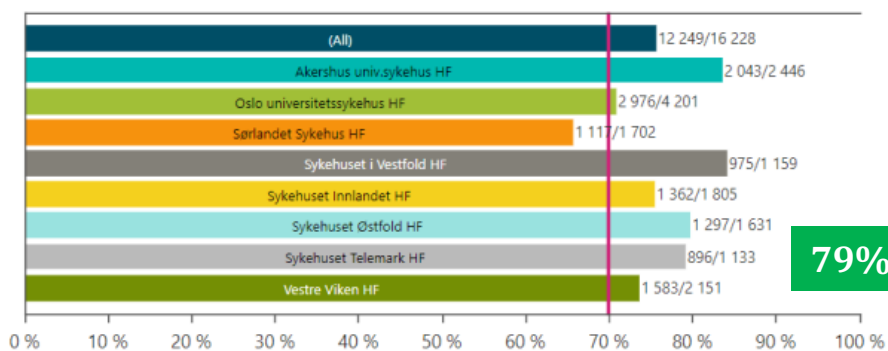
Totalt venteliste = antall avtalte pasientkontakter ( både tildelte timer og ikke tildelte timer)

Confidential, Pedersen, Tone, 12/11/2020 12:51:46

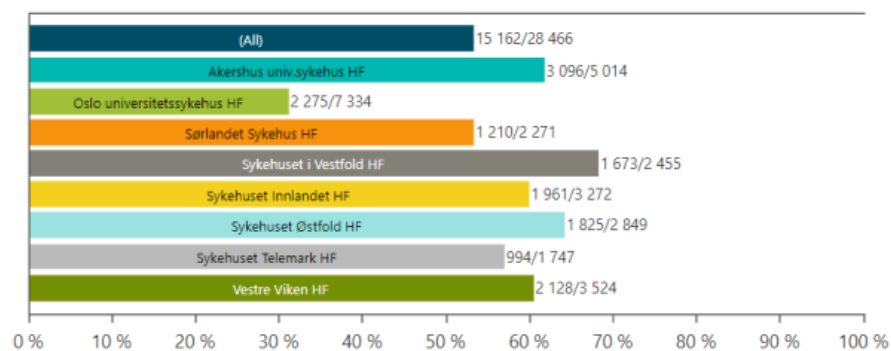
# Pakkeforløp Kreft

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

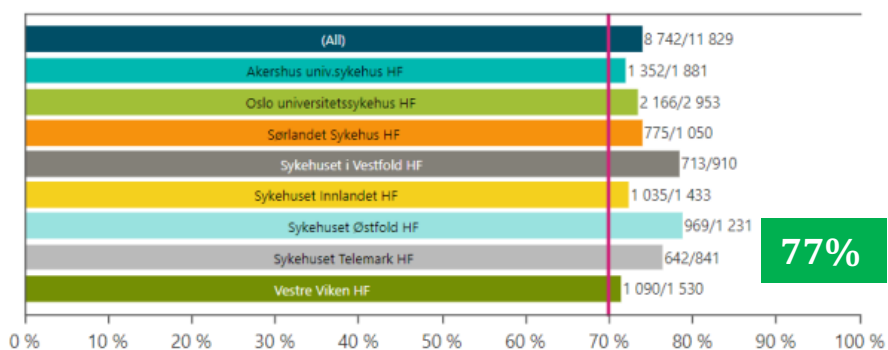
Andel nye pasienter i pakkeforløp (OA1)



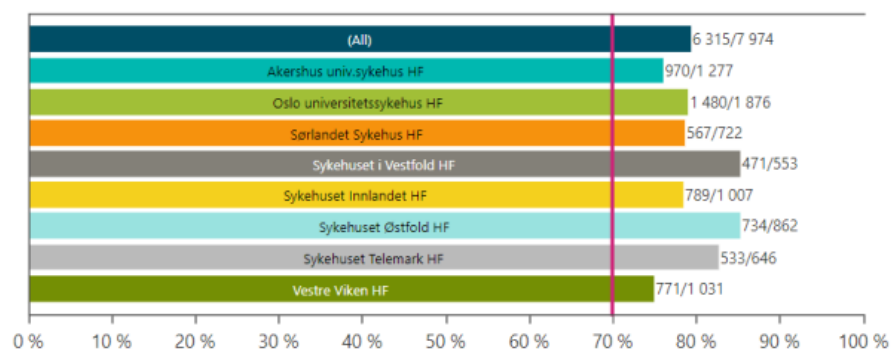
Andel pasienter med diagnose avkreftet (OA2)



Andel behandlet innen standard forløpstid - alle behandlingsformer



Andel behandlet innen standard forløpstid - kirurgisk behandling (OF4K)



Kilde: NPR

Periode: jan-20 til nov-20

Oppdaterte tall finnes på:

<https://statistikk.helsedirektoratet.no>

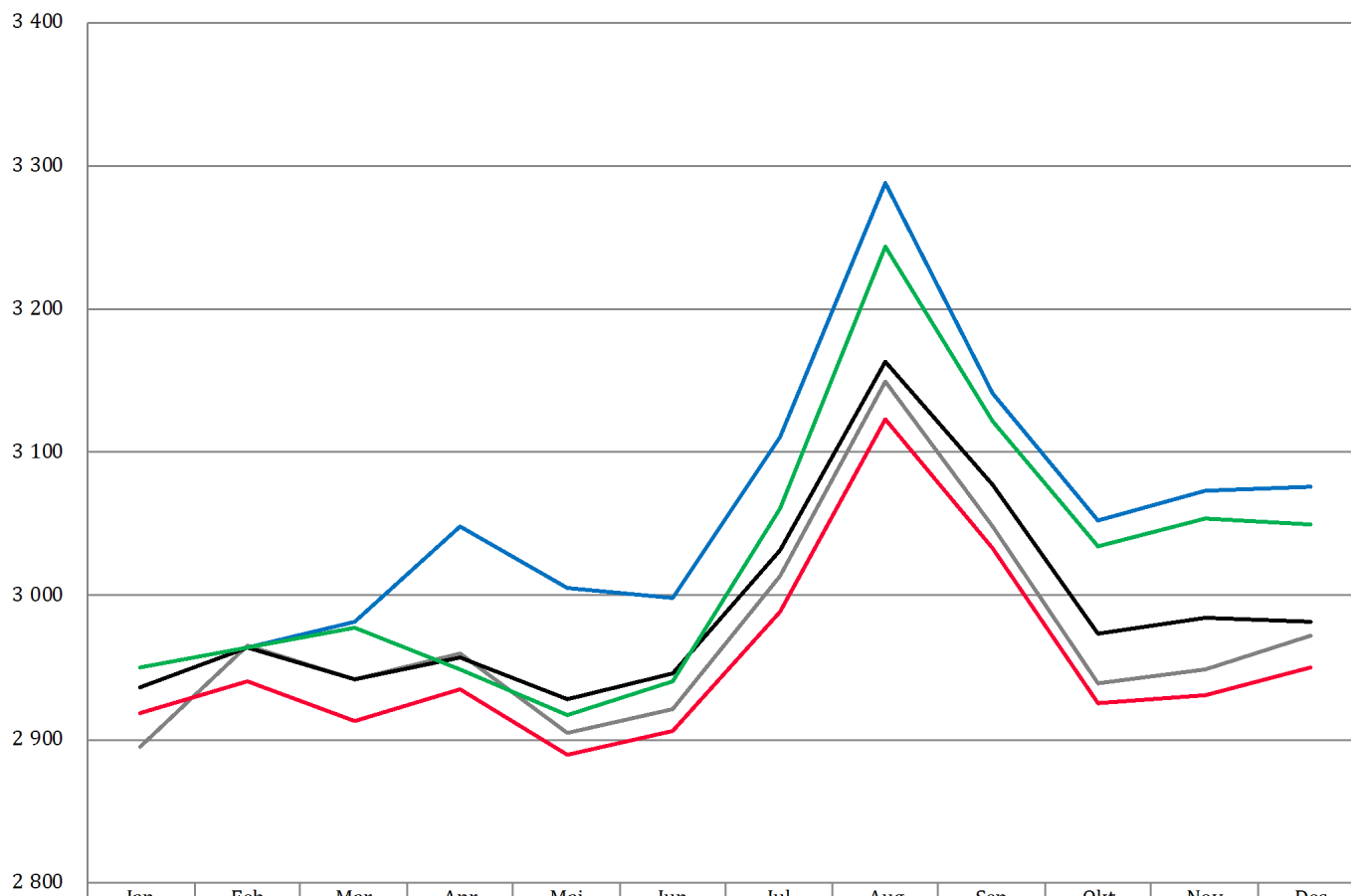
Confidential, Pedersen, Tone, 12/11/2020 12:51:46

# Pakkeforløp tabell STHF

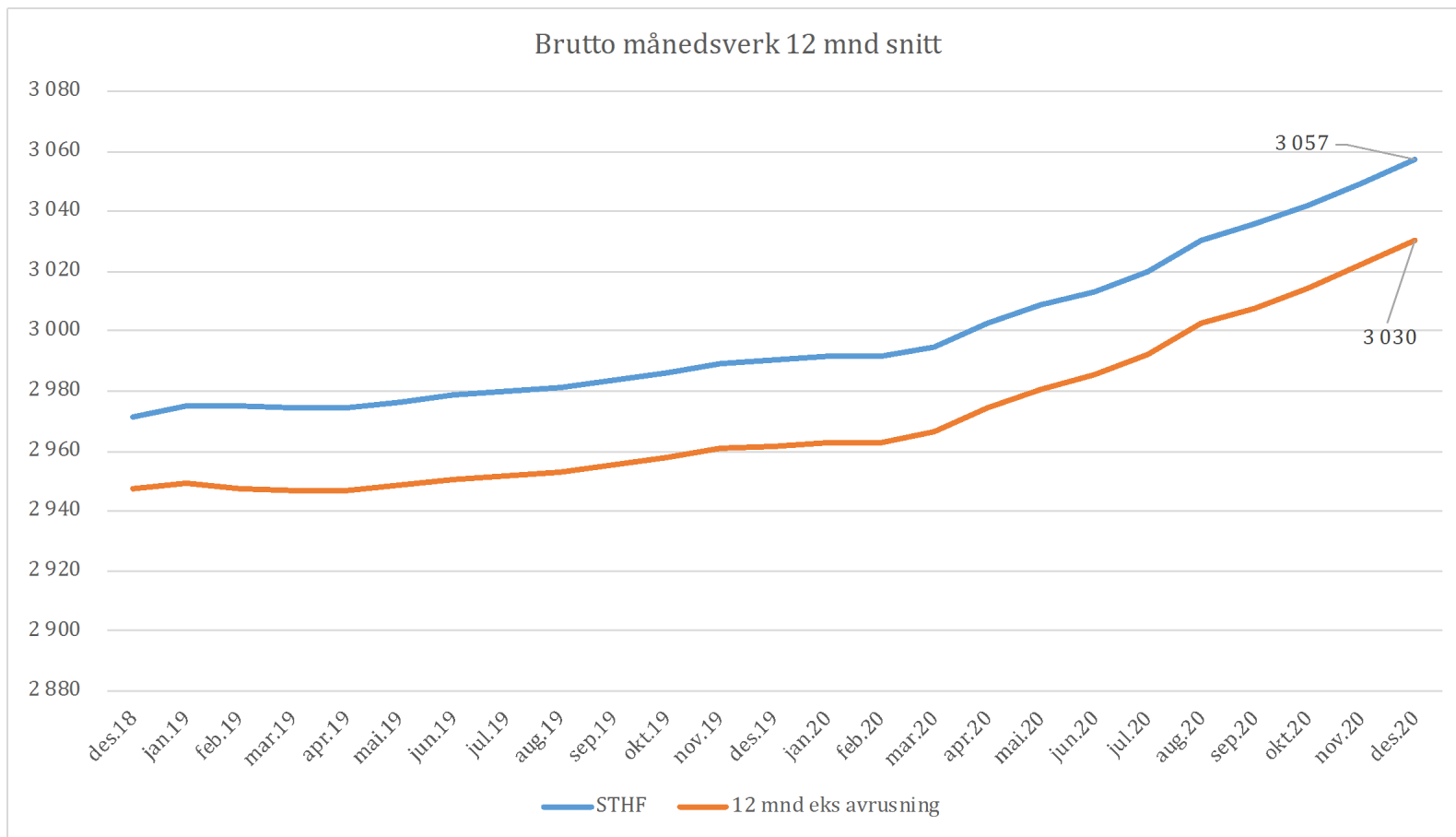
Pakkeforløp	2020-11			Hittil i 2020		
	Antall	Herav innen std forløpstid	% Innen std forløpstid	Antall	Herav innen std forløpstid	% Innen std forløpstid
Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi	1	1	100%	3	3	100%
Blærekreft	1	1	100%	60	56	93%
Brystkreft	9	6	67%	81	62	77%
Bukspyttkjertelkreft	1	1	100%	6	3	50%
Eggstokkreft (ovarial)	-	-	-	9	7	78%
Føflekkreft (føflekkreft er mer enn bare i hud)	26	26	100%	295	282	96%
Kreft i spiserør og magesekk	1	1	100%	5	3	60%
Kronisk lymfatisk leukemi (KLL )	-	-	-	1	1	100%
Livmorhalskreft (cervix)	2	2	100%	7	7	100%
Livmorkreft (endometrie)	3	3	100%	20	15	75%
Lungekreft	4	2	50%	78	40	51%
Lymfomer	-	-	-	16	3	19%
Myelomatose	-	-	-	4	3	75%
Nevroendokrine svulster	-	-	-	1	1	100%
Nyrekreft	5	3	60%	34	21	62%
Peniskreft	-	-	-	1	1	100%
Primær leverkreft (HCC)	1	0	0%	4	0	0%
Prostatakreft	9	6	67%	104	63	61%
Skjoldbruskkjertelkreft	-	-	-	2	1	50%
Testikkelkreft	-	-	-	3	1	33%
Tykk og endetarmskreft	7	5	71%	101	67	66%
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>57</b>	<b>81%</b>	<b>835</b>	<b>640</b>	<b>77%</b>

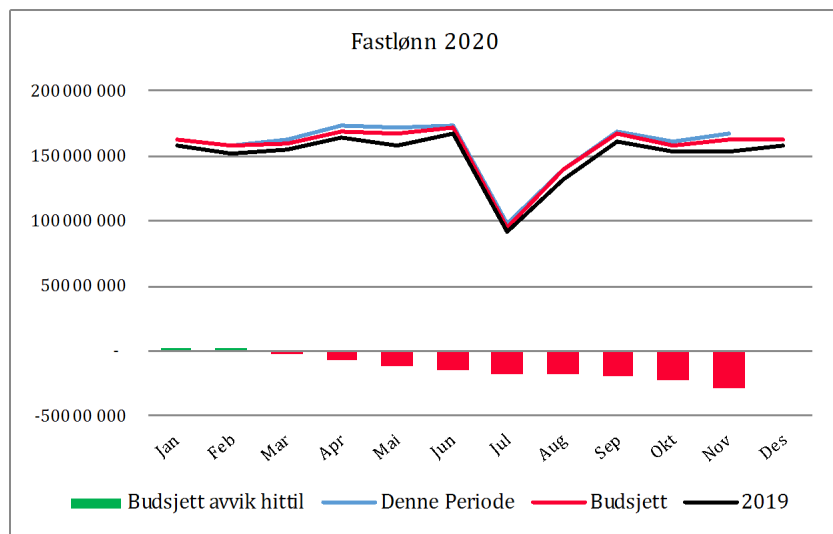
# Bemanning

## Brutto månedsverk

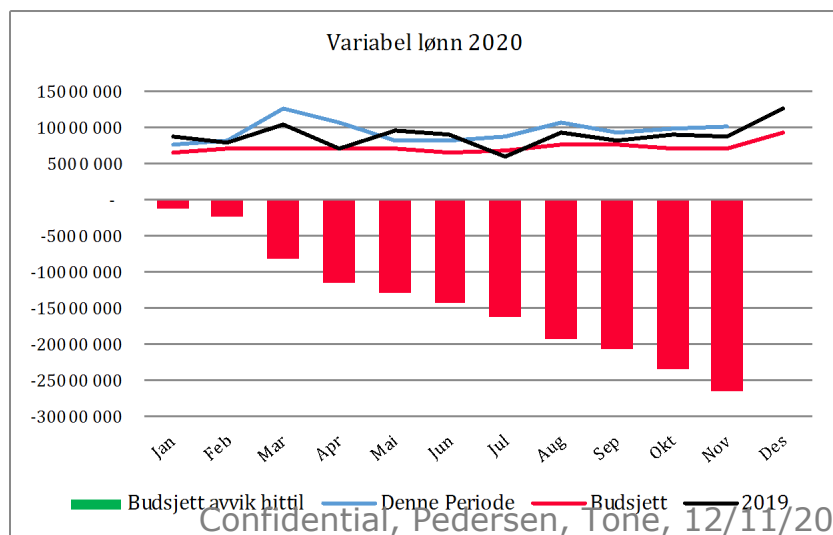


	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
— Faktisk 2018	2 895	2 965	2 942	2 960	2 905	2 921	3 014	3 149	3 048	2 939	2 948	2 972
— Faktisk 2019	2 936	2 963	2 941	2 957	2 928	2 946	3 032	3 163	3 077	2 973	2 984	2 982
— Faktisk 2020	2 950	2 964	2 982	3 048	3 005	2 999	3 111	3 288	3 141	3 052	3 073	3 075
— STHF budsjett 2020	2 918	2 941	2 913	2 934	2 888	2 905	2 989	3 123	3 033	2 925	2 931	2 950
— Faktisk 2020 uten Covid-19	2 950	2 964	2 978	2 948	2 917	2 940	3 061	3 243	3 122	3 034	3 054	3 050

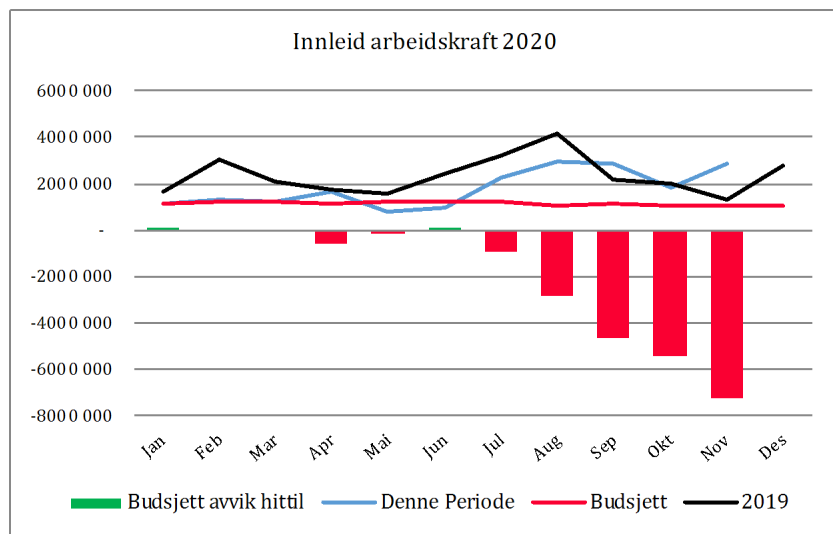




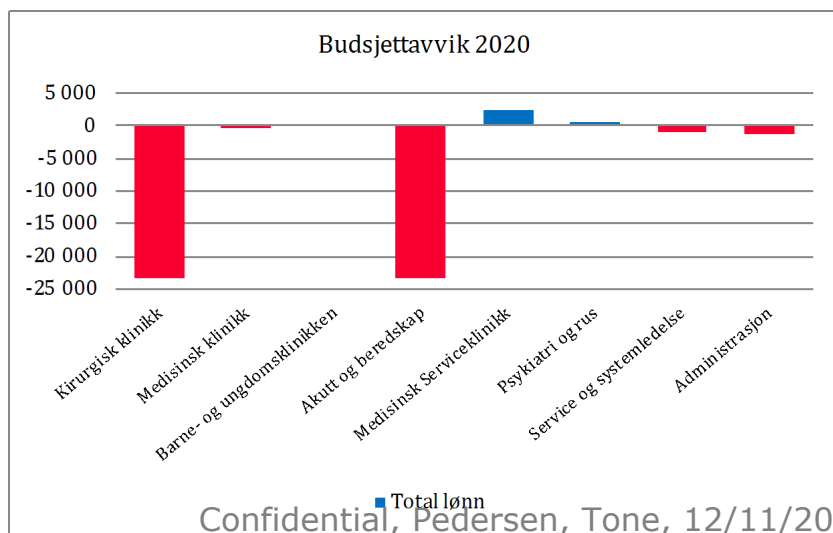
202011 Tall i 1000 NOK	Fastlønn hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
STHF totalt	1737 201	1709 073	-28 128	-2 %
Kirurgisk klinikk	269 978	253 789	-16 189	-6 %
Medisinsk klinikk	345 093	337 661	-7 432	-2 %
Barne- og ungdomsklinikke	131 248	131 213	- 35	0 %
Akutt og beredskap	261 515	248 216	-13 299	-5 %
Medisinsk Serviceklinikk	163 564	166 593	3 029	2 %
Psykatri og rus	313 183	315 391	2 208	1 %
Service og systemledelse	132 890	131 589	-1 301	-1 %
Felles - øvrig	47 464	47 566	102	0 %
Administrasjon	72 265	77 054	4 789	6 %



202011 Tall i 1000 NOK	Variabellønn hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	105 362	79 037	-26 324	-33 %
Kirurgisk klinikk	22 077	15 720	-6 356	-40 %
Medisinsk klinikk	22 785	17 107	-5 678	-33 %
Barne- og ungdomsklinikke	5 917	2 333	-3 584	-154 %
Akutt og beredskap	22 002	10 420	-11 582	-111 %
Medisinsk Serviceklinikk	10 913	5 242	-5 670	-108 %
Psykatri og rus	11 561	6 020	-5 541	-92 %
Service og systemledelse	6 907	2 881	-4 026	-140 %
Felles - øvrig	0	19 057	19 057	100 %
Administrasjon	3 200	257	-2 943	-1146 %

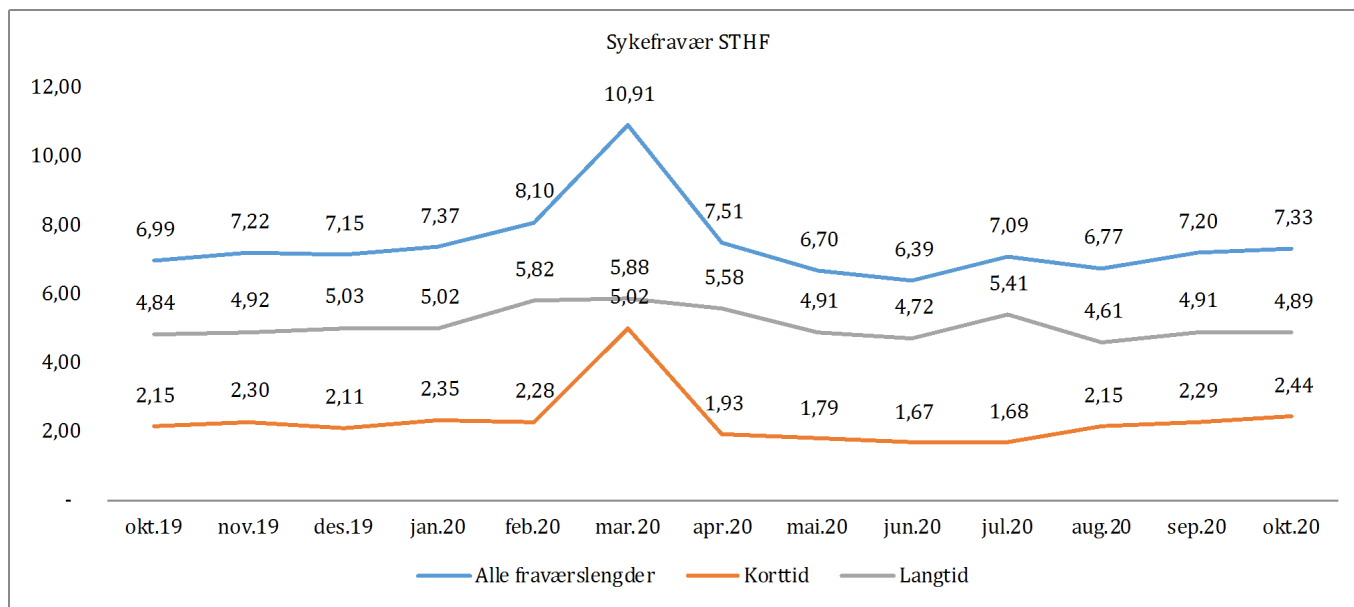


202011 Tall i 1000 NOK	Innleid arbeidskraft hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
STHF totalt	19 952	12 742	-7 210	-57 %
Kirurgisk klinikk	572	1 128	556	49 %
Medisinsk klinikk	119	0	- 119	0 %
Barne- og ungdomsklinikke	3 348	215	-3 134	-1459 %
Akutt og beredskap	3 044	2 024	-1 019	-50 %
Medisinsk Serviceklinikk	4 793	3 303	-1 490	-45 %
Psykatri og rus	8 076	6 072	-2 004	-33 %
Service og systemledelse	0	0	0	0 %
Felles - øvrig	0	0	0	0 %
Administrasjon	0	0	0	0 %



202011 Tall i 1000 NOK	Total lønn			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	2212 726	2289 419	76 693	-3 %
Kirurgisk klinikk	378 604	355 119	-23 484	7 %
Medisinsk klinikk	467 044	467 011	- 33	0 %
Barne- og ungdomsklinikke	180 479	180 879	400	0 %
Akutt og beredskap	364 064	340 835	-23 229	7 %
Medisinsk Serviceklinikk	230 441	233 017	2 576	-1 %
Psykatri og rus	427 528	428 101	573	0 %
Service og systemledelse	176 097	175 121	- 976	1 %
Administrasjon	106 520	105 201	-1 319	1 %
Felles - øvrig	-118 050	4 134	122 184	-2955 %



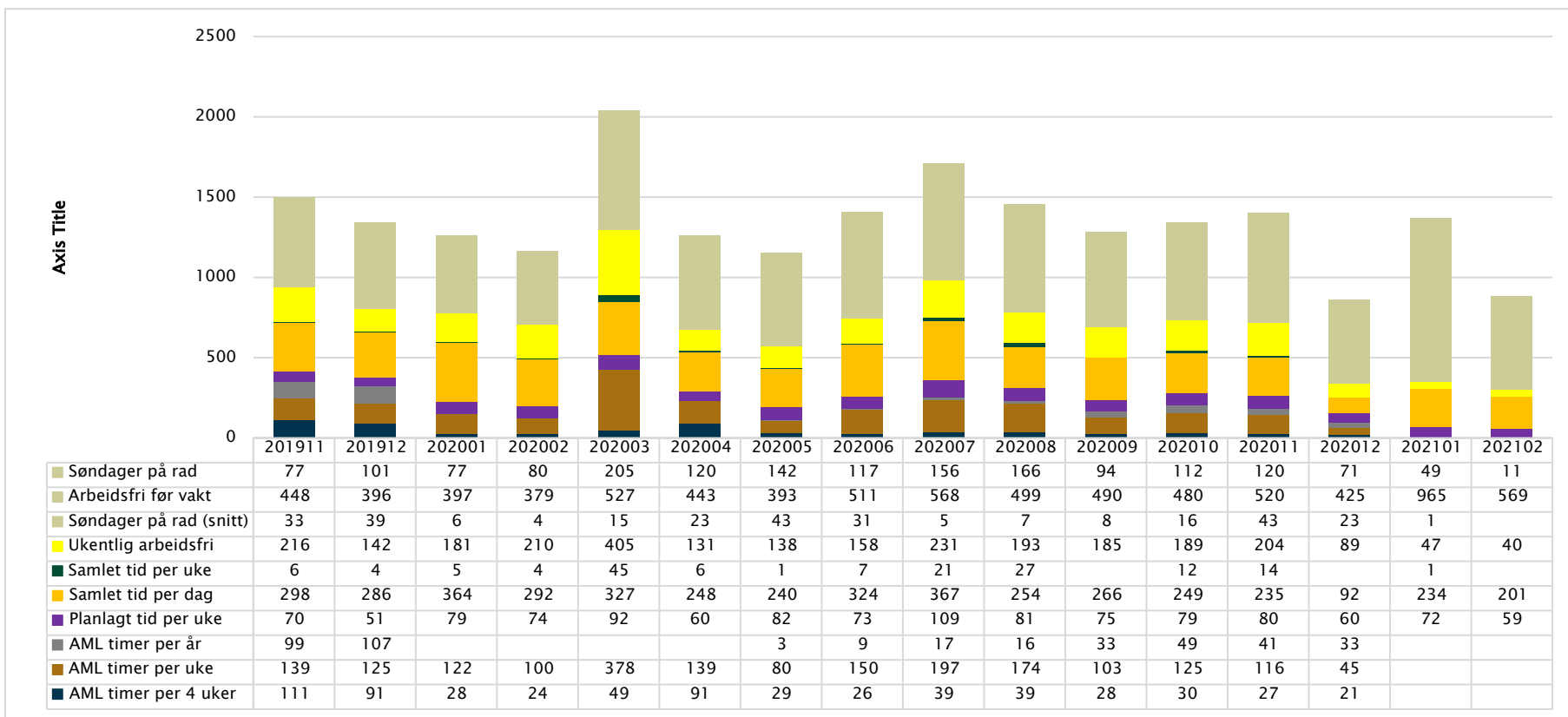


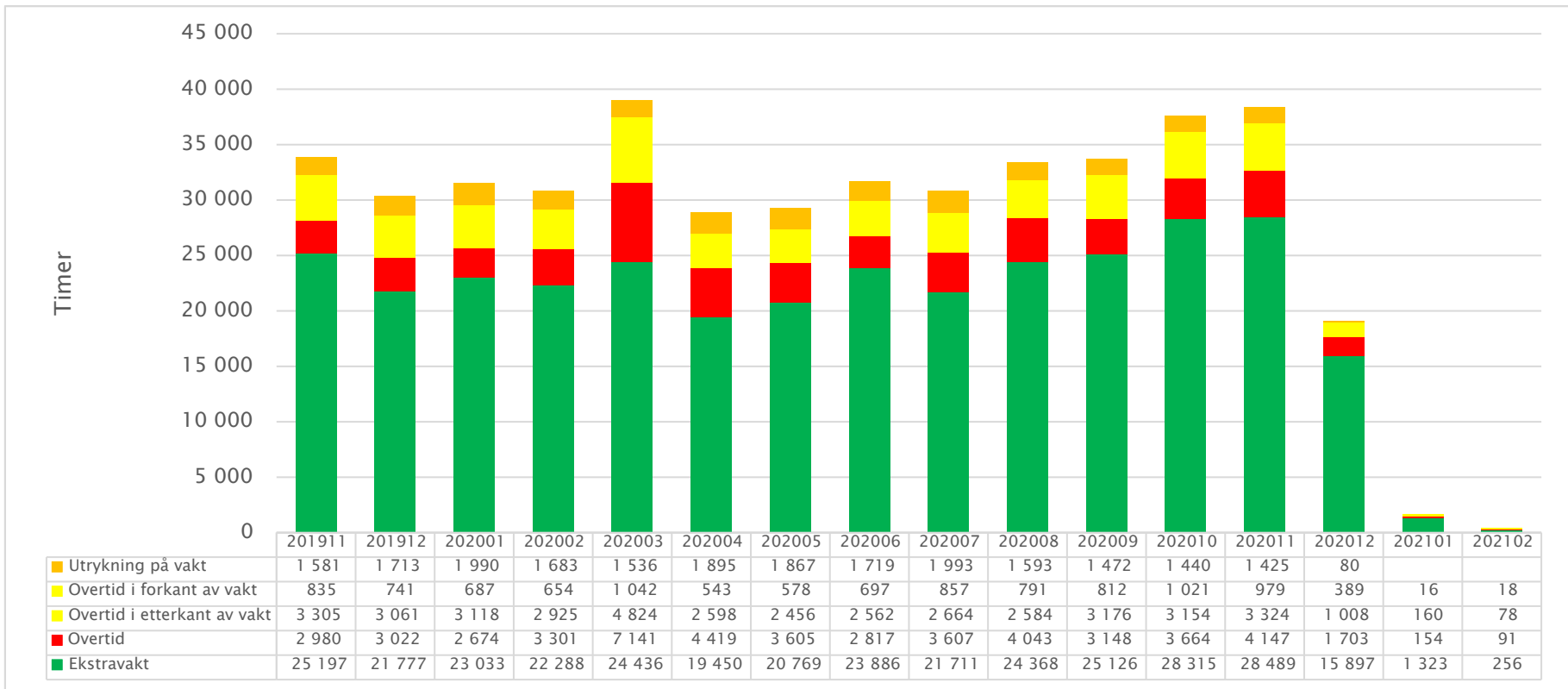
Sykefraværprosent	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	des.19	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	mai.20	jun.20	jul.20	aug.20	sep.20	okt.20	nov.20	des.20
Alle ansvarssteder	7,19	8,08	7,57	6,21	6,43	6,49	6,84	6,19	6,62	6,99	7,22	7,15	7,37	8,10	10,91	7,51	6,70	6,39	7,09	6,77	7,20	7,33		
(01) Kirurgisk klinikk	7,64	7,64	7,90	6,05	6,35	6,54	6,14	5,90	5,39	5,07	5,41	6,35	5,76	4,95	8,62	5,25	4,58	4,43	4,88	4,57	4,11	5,66		
(02) Medisinsk klinikk	7,85	6,85	6,33	6,15	7,19	5,28	5,35	5,38	6,20	6,72	6,46	7,28	7,74	8,03	10,89	8,74	7,42	7,20	8,64	7,38	8,46	7,83		
(03) Barne- og ungdomsklinikken	4,74	7,73	7,05	4,35	6,68	7,08	8,82	6,87	8,68	8,83	8,74	9,10	7,64	10,34	14,38	8,93	8,39	8,20	10,70	5,95	6,81	6,37		
(06) Akutt og beredskap	6,84	7,33	7,12	5,16	5,13	5,69	7,55	5,78	6,58	5,89	6,55	5,16	5,97	6,33	8,97	5,70	6,87	5,58	5,88	7,44	7,43	6,79		
(07) Medisinsk Serviceklinikk	6,60	8,09	8,39	7,11	6,67	6,68	5,72	4,85	5,14	7,10	8,26	7,41	7,42	8,88	12,48	8,86	8,13	6,95	7,98	7,44	7,37	7,50		
(09) Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling	8,57	10,01	8,97	7,54	7,24	7,49	8,01	7,14	7,32	7,56	7,70	7,47	8,60	9,13	12,66	8,48	6,91	6,97	6,81	6,58	7,29	8,09		
(13) Service og systemledelse	7,62	11,15	9,41	7,52	6,81	8,17	7,32	8,37	8,91	10,13	9,28	9,15	9,36	11,84	11,72	8,34	6,46	6,87	7,06	8,53	9,71	9,86		
(14) Administrasjon	2,85	2,72	2,31	3,02	2,85	4,80	6,43	4,28	4,03	4,40	6,22	5,82	4,91	5,46	6,96	4,80	3,85	4,33	5,45	5,16	4,57	4,46		

## AML brudd

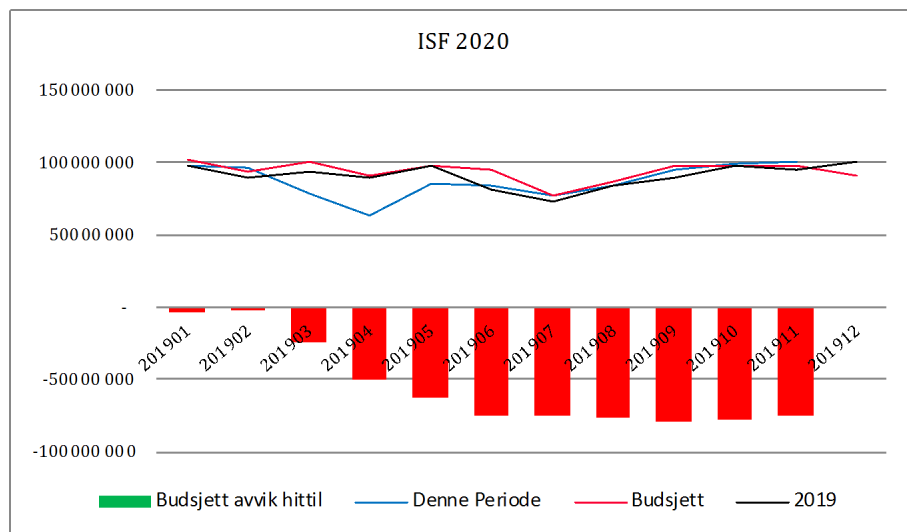


Virksomhetsrapporter  
Omstilling 2016-2018





# Aktivitet



Graf og tabell viser summen av følgende linjer.

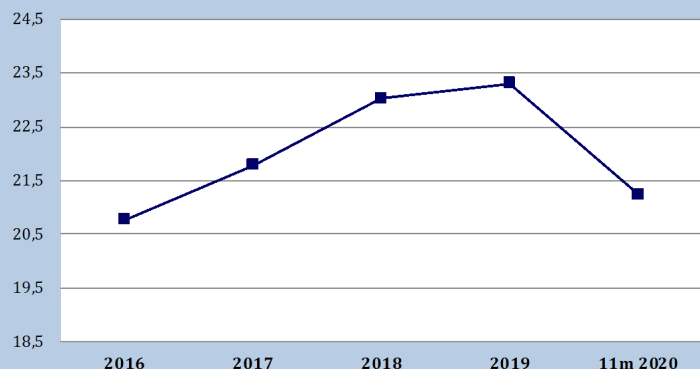
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	-69 473
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	-12 271
ISF-refusjon kommunal medfinansiering	1 487
ISF-refusjon poliklinisk PHV/TSB	-5 406
IFS-refusjon pasientadministrative kreftlegemidler	10 281
	-75 382

ISF Tall i 1000 NOK	202011 Denne Periode			202011 Hittil		
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett
Alle Ansvarssteder	100 961	98 400	2 561	963 166	1038 549	-75 382
Kirurgisk klinikk	39 345	38 786	559	386 113	413 952	-27 838
Medisinsk klinikk	35 638	40 728	-5 090	386 765	428 378	-41 613
Barne- og ungdomsklinikken	8 367	9 148	- 781	81 479	93 754	-12 275
Akutt og beredskap	204	228	- 24	1 711	2 107	- 396
Medisinsk Serviceklinikk	1 154	1 261	- 106	9 217	11 697	-2 481
Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling	2 527	2 614	- 87	23 049	26 519	-3 471
Felles - øvrig	13 692	5 613	8 079	74 518	61 928	12 591

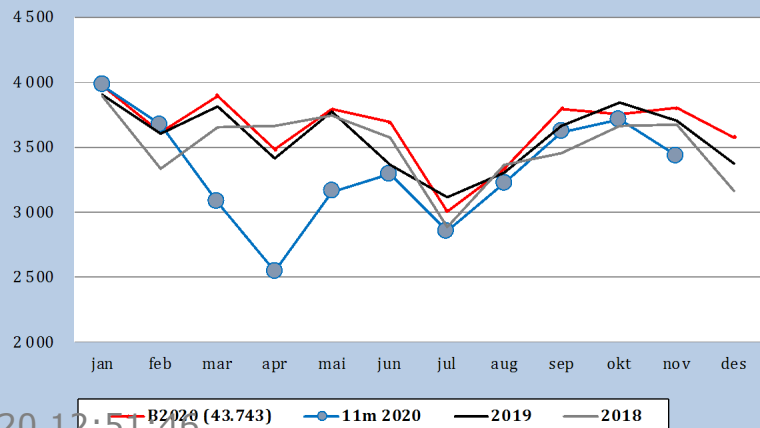
## DRG-poeng somatikk, utført ved STHF

	Denne måned				Hittil i år				ISF budsjet-avvik (1000 kr)		
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk 2019	Budsjett 2020	
<b>Kirurgisk klinikk</b>	<b>1 696</b>	<b>1693</b>	<b>3</b>	<b>0 %</b>	<b>16 841</b>	<b>18 073</b>	<b>-1 232</b>	<b>-7 %</b>	<b>17 860</b>	<b>19 686</b>	<b>-28 226</b>
Avdeling A	920	916	4	0 %	9 503	9 779	-275	-3 %	9 877	10 651	-6 309
Avdeling B	665	670	-4	-1 %	5 802	7 120	-1 318	-19 %	6 906	7 758	-30 181
Avdeling for Kirurgi, Notodden	111	108	3	3 %	1 535	1 174	361	31 %	1 077	1 277	8 264
<b>Medisinsk klinikk</b>	<b>1 479</b>	<b>1777</b>	<b>-298</b>	<b>-17 %</b>	<b>16 898</b>	<b>18 693</b>	<b>-1 795</b>	<b>-10 %</b>	<b>18 310</b>	<b>20 364</b>	<b>-41 114</b>
Avdeling Medisin B (lunge, Kragerø, ger.mage/tarm)	376	500	-124	-25 %	4 960	5 218	-259	-5 %	5 130	5 691	-5 928
Avdeling blod, kreftsykdommer og palliasjon	236	269	-33	-12 %	2 974	2 907	67	2 %	2 764	3 163	1 529
Avdeling Medisin A (hjerne,nyre,hormon)	327	402	-75	-19 %	4 063	4 224	-161	-4 %	4 188	4 598	-3 686
Avdeling for nevrologi og rehabilitering	282	286	-4	-1 %	2 753	2 907	-153	-5 %	2 810	3 199	-3 510
Avdeling Medisin Øvre Telemark	258	320	-62	-19 %	2 148	3 437	-1 289	-38 %	3 418	3 713	-29 519
<b>BUK</b>	<b>194</b>	<b>266</b>	<b>-73</b>	<b>-27 %</b>	<b>2 330</b>	<b>2 787</b>	<b>-456</b>	<b>-16 %</b>	<b>2 754</b>	<b>3 033</b>	<b>-10 448</b>
<b>Akutt og beredskap</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>-1</b>	<b>-12 %</b>	<b>75</b>	<b>92</b>	<b>-17</b>	<b>-19 %</b>	<b>91</b>	<b>100</b>	<b>-396</b>
<b>MSK</b>	<b>50</b>	<b>55</b>	<b>-5</b>		<b>402</b>	<b>511</b>	<b>-108</b>	<b>-21 %</b>	<b>451</b>	<b>550</b>	<b>-2 481</b>
<b>Ernæringspoliklinikk</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>		<b>14</b>	<b>9</b>	<b>4</b>		<b>10</b>	<b>10</b>	<b>101</b>
<b>Ufordelt/kvalitetssikring</b>	<b>4</b>	<b>-</b>	<b>4</b>		<b>16</b>	<b>-</b>	<b>16</b>		<b>-79</b>	<b>0</b>	
<b>SUM DRG utført ved STHF</b>	<b>3 434</b>	<b>3 803</b>	<b>-369</b>	<b>-10 %</b>	<b>36 576</b>	<b>40 165</b>	<b>-3 589</b>	<b>-9 %</b>	<b>39 397</b>	<b>43 743</b>	<b>-82 564</b>
Gjestepasienter fra andre regioner	8	19	-11		179	193	-14		196	210	
Pasienter bosatt i egen region, beh. i andre regioner	20	30	-10		239	330	-91		315	360	
Fritt behandlingsvalg	11	-	11		65	-	65		0	0	
<b>SUM ISF-poeng utført ved STHF "sørge-for"</b>	<b>3 457</b>	<b>3 814</b>	<b>-357</b>	<b>-9 %</b>	<b>36 701</b>	<b>40 302</b>	<b>-3 601</b>	<b>-9 %</b>	<b>39 516</b>	<b>43 893</b>	
Legemidler	474	233			3 016	2 567	449		2 568	2 800	
<b>SUM ISF-poeng (inkl. legemidler, FBV) "sørge-for"</b>	<b>3 931</b>	<b>4 047</b>	<b>-357</b>	<b>-9 %</b>	<b>39 717</b>	<b>42 869</b>	<b>-3 152</b>	<b>-7 %</b>	<b>42 084</b>	<b>46 693</b>	

DRG-poeng per brutto månedsverk somatikk



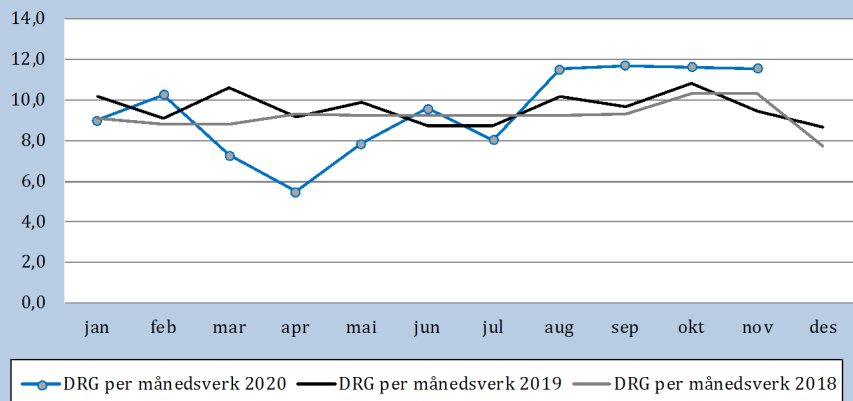
STHF - DRG-poeng utført ved STHF



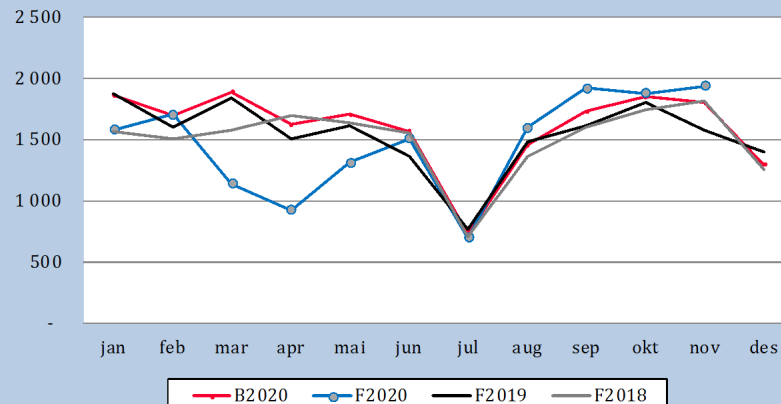
## DRG-poeng PHV og TSB utført ved STHF

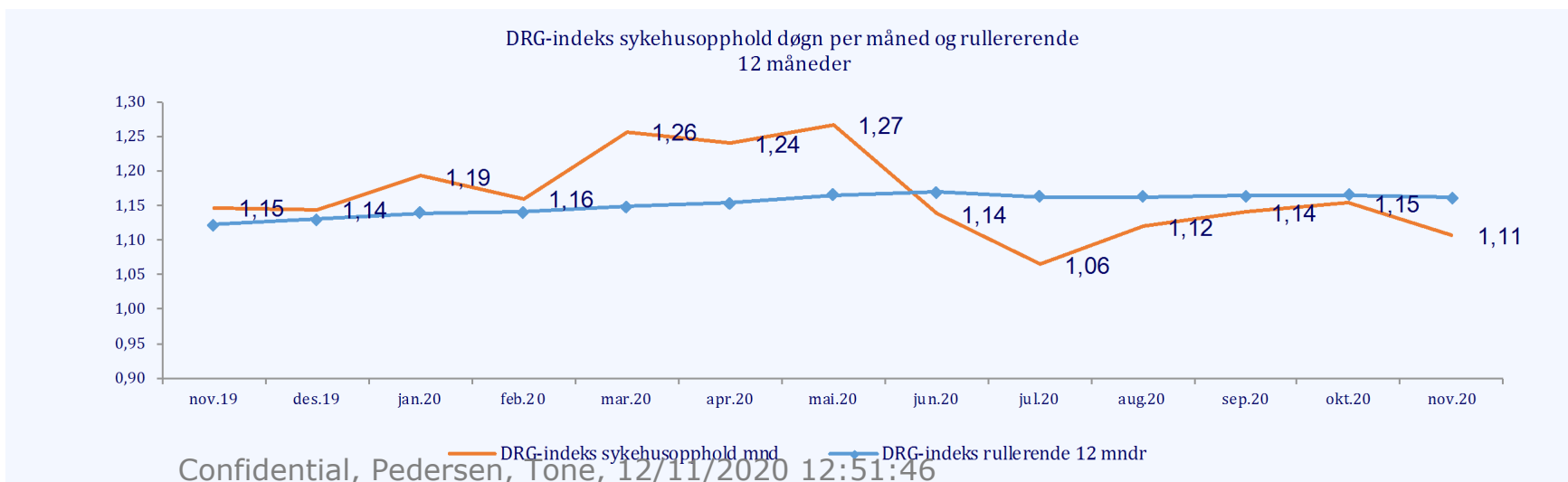
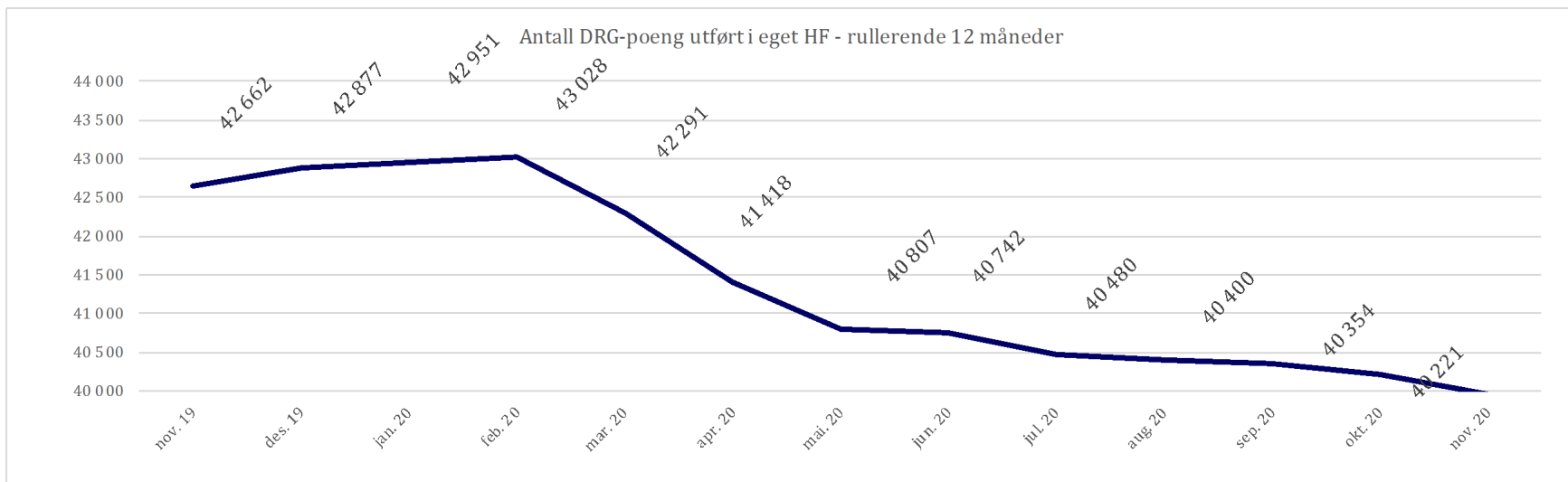
	Denne måned				Hitil i år				Budsjett		
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk 2019	2020	ISF avvik
DPS nedre Telemark	593	633	(39)	-6 %	5 414	6 428	(1 013)	-16 %	6 858	6 939	(3 202 541)
DPS øvre Telemark	163	173	(10)	-6 %	1 531	1 743	(212)	-12 %	1 870	1 878	(669 152)
Psykiatrisk sykehusavdeling	44	22	22	98 %	349	222	127	57 %	249	239	401 020
Raskere tilbake PHV og TSB (underlagt Medisinsk klinikk)	6	8	(2)	-24 %	40	78	(37)	-48 %	76	84	(117 874)
<b>Klinikk for PHV og TSB + Raskere tilbake</b>	<b>805</b>	<b>835</b>	<b>-29</b>	<b>-4 %</b>	<b>7 334</b>	<b>8 470</b>	<b>-1 136</b>	<b>-13 %</b>	<b>9 053</b>	<b>9 140</b>	<b>-3 588 547</b>
Avdeling for barn og unges psykiske helse - ABUP	1 134	967	167	17 %	8 897	9 472	(575)	-6,1 %	8 984	10 100	(1 817 755)
<b>Barne- og ungdomsklinikken</b>	<b>1 134</b>	<b>967</b>	<b>167</b>	<b>17 %</b>	<b>8 897</b>	<b>9 472</b>	<b>-575</b>	<b>-6 %</b>	<b>8 984</b>	<b>10 100</b>	<b>-1 817 755</b>
<b>SUM DRG psykisk helsevern og TSB på STHF</b>	<b>1 939</b>	<b>1801</b>	<b>138</b>	<b>8 %</b>	<b>16 231</b>	<b>17 942</b>	<b>-1 711</b>	<b>-10 %</b>	<b>18 038</b>	<b>19 240</b>	<b>-5 406 302</b>

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



DRG-poeng PHV og TSB ved STHF







# Kvalitetsindikatorer

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

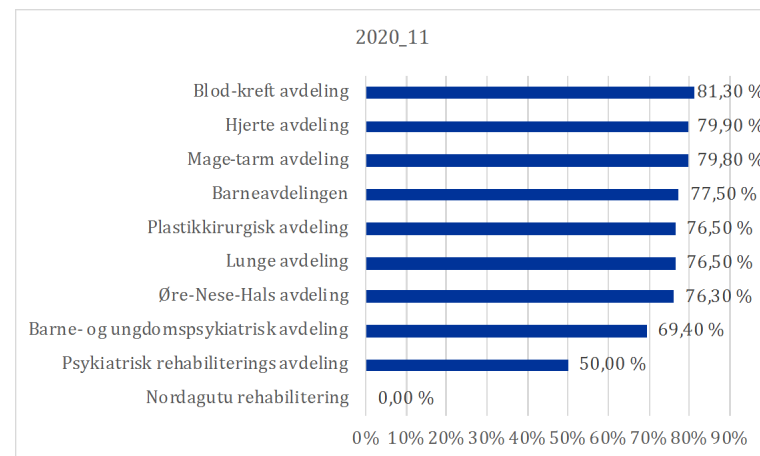
Andel epikriser sendt innen 7 dager		Måned											
Klinikker	nov.19	des.19	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	mai.20	jun.20	jul.20	aug.20	sep.20	okt.20	okt.20
BUK	72 %	77 %	63 %	65 %	78 %	75 %	81 %	74 %	76 %	80 %	74 %	71 %	73 %
Kir. K	84 %	87 %	86 %	87 %	86 %	89 %	89 %	89 %	86 %	87 %	85 %	88 %	89 %
KPR	74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

Andel epikriser sendt innen 1 dag		Måned											
Klinikker	nov.19	des.19	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	mai.20	jun.20	jul.20	aug.20	sep.20	okt.20	okt.20
BUK	38 %	49 %	38 %	34 %	46 %	46 %	52 %	50 %	48 %	40 %	44 %	49 %	44 %
Kir. K	65 %	70 %	71 %	69 %	70 %	73 %	72 %	72 %	73 %	74 %	71 %	72 %	72 %
KPR	36 %	38 %	44 %	38 %	45 %	52 %	44 %	40 %	48 %	45 %	45 %	42 %	44 %
Med. K	57 %	57 %	56 %	58 %	60 %	66 %	60 %	56 %	65 %	60 %	57 %	59 %	52 %
STHF	55 %	58 %	57 %	56 %	59 %	64 %	60 %	57 %	64 %	61 %	59 %	60 %	57 %

Epikriser innen 7 dager per 2020_11				
Omsorg	Fag	Innen frist	Totalt	Andel
Innlagte	BUP	3	9	33,3 %
	PSY	141	156	90,4 %
	SOM	1520	1804	84,3 %
	<b>Total</b>	<b>1664</b>	<b>1969</b>	<b>84,5 %</b>
Pol	BUP	74	102	72,5 %
	PSY	241	299	80,6 %
	<b>Total</b>	<b>315</b>	<b>401</b>	<b>78,6 %</b>

Epikriser innen 1 dag per 2020_11				
Omsorg	Fag	Innen frist	Totalt	Andel
Innlagte	BUP	1	9	11,1 %
	PSY	76	156	48,7 %
	SOM	1090	1805	60,4 %
	<b>Total</b>	<b>1167</b>	<b>1970</b>	<b>59,2 %</b>
Pol	BUP	50	101	49,5 %
	PSY	122	289	42,2 %
	<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>390</b>	<b>44,1 %</b>

**Andel epikriser inne 7 dager, de 10 avdelingene med lavest resultat.**


Direkte time	okt.19	nov.19	des.19	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	mai.20	jun.20	jul.20	aug.20	sep.20	okt.20
ABK	0 %	0 %	100 %	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	67 %	80 %	100 %
BUK	95 %	94 %	90 %	97 %	93 %	53 %	80 %	91 %	93 %	90 %	91 %	92 %	91 %
KIR	78 %	85 %	87 %	85 %	85 %	74 %	65 %	73 %	82 %	81 %	85 %	84 %	85 %
KPR	88 %	90 %	88 %	90 %	89 %	84 %	89 %	84 %	94 %	88 %	91 %	90 %	91 %
MED	82 %	80 %	78 %	80 %	84 %	74 %	79 %	84 %	85 %	67 %	79 %	84 %	85 %
MSK	100 %	97 %	98 %	92 %	98 %	86 %	91 %	91 %	88 %	82 %	91 %	91 %	94 %
STHF	82 %	84 %	84 %	84 %	85 %	73 %	73 %	80 %	85 %	77 %	83 %	85 %	86 %

Gjennomsnittstid (døgn) fra mottak av henvisning til vurdering av henvisning er fullført.														
	nov.19	des.19	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	mai.20	jun.20	jul.20	aug.20	sep.20	okt.20	nov.20	
ABK	2,33	3,85	2,41	3,16	2,85	3,71	4,43	3,03	3,04	2,27	2,53	1,63	3,35	
BUK	5,29	4,17	3,94	5,38	4,26	2,87	3,47	3,88	3,16	4,50	3,32	3,57	3,86	
KIR	1,04	1,08	1,71	1,08	1,02	1,08	1,25	0,89	1,05	1,43	1,00	1,06	1,18	
KPR	4,64	4,75	3,64	3,41	3,60	3,69	3,54	3,12	2,61	2,32	2,48	2,63	2,74	
MED	3,91	6,72	2,20	3,89	2,56	2,32	2,37	2,32	2,46	3,01	3,84	2,85	3,16	
MSK	1,48	1,51	1,79	1,57	1,31	2,47	0,88	2,49	4,85	1,11	2,26	1,07	1,38	
STHF	2,55	3,71	2,15	2,59	1,96	1,84	1,91	1,77	1,91	2,16	2,33	1,91	2,20	

Antall henvisninger vurdert.	nov.19	des.19	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	mai.20	jun.20	jul.20	aug.20	sep.20	okt.20	nov.20
ABK	53	63	70	72	36	15	44	39	35	61	83	59	55
BUK	323	326	330	402	267	171	219	316	245	236	324	285	353
KIR	3193	2382	3016	2 767	2 211	1907	2339	2962	2191	2727	3036	3074	2714
KPR	367	356	454	395	310	250	301	370	321	339	458	427	464
MED	2569	2038	2333	2 281	1 830	1458	1891	2195	1778	2002	2435	2279	2262
MSK	276	172	262	275	234	136	237	285	116	300	329	379	383
STHF	6 781	5 337	6 465	6 192	4 888	3 937	5 031	6 167	4 686	5 665	6 665	6 503	6 231
Antall henvisninger vurdert innen 10 virkedager	6 718	5 285	6 404	6 145	4 842	3 901	4 992	6 133	4 619	5 563	6 595	6 465	6 174
Andel vurdert innen 10 virkedager	99,1 %	99,0 %	99,1 %	99,2 %	99,1 %	99,1 %	99,2 %	99,4 %	98,6 %	98,2 %	98,9 %	99,4 %	99,1 %

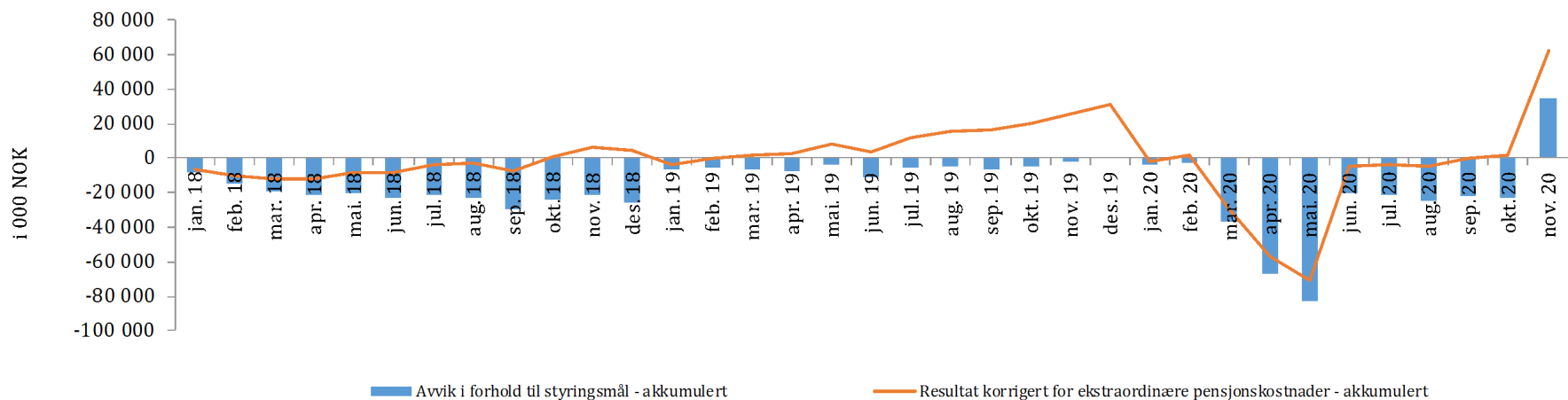
8b - Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle		nov.19	des.19	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	mai.20	jun.20	jul.20	aug.20	sep.20	okt.20	nov.20
Totalt antall dokumenter som er mer enn 14 dager gamle (uansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	3 585	3 951	3 613	3 754	3 107	2 806	3 046	2 885	2 831	2 724	3 014	3 324	3 645
	ABK	11	5	9	2	7	4	8	10	13	4	7	5	8
	BUK	650	683	584	630	408	351	499	474	463	343	466	497	487
	KIR	1 095	1 208	1 174	1 101	1 092	1 097	1 131	1 120	1 169	1 125	1 135	1 287	1 410
	KPR	836	908	705	795	651	520	496	460	383	417	528	588	640
	MED	943	1 098	1 119	1 205	923	810	886	805	789	811	859	933	1 084
	MSK	50	49	22	21	26	24	26	16	14	24	19	14	16
Herav: antall legedokumenter som er mer enn 14 dager gamle (uansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	1 540	1 796	1 807	1 848	1 505	1 403	1 531	1 448	1 428	1 428	1 544	1 746	1 974
Herav: antall sykepleiedokumenter som er mer enn 14 dager gamle (uansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	977	953	839	833	759	726	764	768	727	738	666	701	775
Antall dokumenter som det normalt tar mer enn 14 dager å få ferdigstilt	STHF	40	42	44	49	59	63	70	74	105	78	133	83	84
	BUK	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	KIR	38	40	42	46	56	61	68	72	102	75	129	80	81
	KPR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	MED	2	2	2	3	3	2	2	2	3	3	4	3	3
	MSK	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8c - Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt.		nov.19	des.19	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	mai.20	jun.20	jul.20	aug.20	sep.20	okt.20	nov.20
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	STHF	2 088	1 068	916	876	926	740	1 060	1 102	1 313	1 346	1 568	1 113	772
	ABK	11	13	16	-	10	11	10	22	18	26	8	1	7
	BUK	48	47	33	55	27	42	49	64	79	76	127	128	73
	KIR	108	51	90	71	79	106	95	93	211	194	228	281	299
	KPR	116	154	103	25	-	-	48	-	12	25	63	44	55
	MED	477	203	168	141	187	142	225	176	982	1 022	1 077	567	337
	MSK	1 328	600	506	584	623	439	633	747	11	3	65	92	1
Hvorav pasienter registrert på avdelinger som er omorganisert og lukket.	ååMEDKIR	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
	ååPRE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ååAKP	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ååKIR	301	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
	ååNYHO	1	-	-	-	-	4	5	-	-	-	-	-	-
	ååMEDS	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-
	ååMED	808	-	-	-	1	1	6	-	-	-	-	-	-

# Økonomi

STHF: November - 2020	Denne periode faktisk	Denne periode budsjett	Denne periode Avvik	Hittil faktisk	Hittil budsjett	Hittil avvik	Hele året budsjett	Hele året estimat	Avvik budsjett
Basisramme	273 270	210 611	62 660	2 214 354	2 202 716	11 638	2 424 871	2 444 171	19 300
Kvalitetsbasert finansiering	1 414	1 414	-	15 557	15 557	-	16 971	16 971	-
ISF - refusjon dag- og døgnbehandling	67 132	70 518	-3 386	685 499	754 972	-69 473	822 500	754 633	-67 867
ISF - refusjon somatisk poliklinisk aktivitet	16 613	16 846	-232	155 824	168 095	-12 271	182 824	171 372	-11 452
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	6 127	5 692	435	51 289	56 695	-5 406	60 798	55 142	-5 656
ISF - refusjon fritt behandlingsvalg	244	-	244	1 487	-	1 487	-	1 718	1 718
ISF refusjon pasientadministrerte legemiddel (H-re)	10 845	5 344	5 500	69 068	58 787	10 281	64 131	75 354	11 223
Utskrivningsklare pasienter	670	1 661	-991	13 594	18 270	-4 676	19 931	14 931	-5 000
Gjestepasienter	1 279	1 522	-243	16 207	16 352	-145	17 832	17 832	0
Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasie)	9 626	7 538	2 088	77 316	81 538	-4 222	88 592	84 392	-4 200
Polikliniske inntekter	9 556	9 301	255	87 954	92 695	-4 741	100 394	95 394	-5 000
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andre øremerkede tilskudd	65 738	1 381	64 357	81 485	15 191	66 294	16 572	82 572	66 000
Andre driftsinntekter	-41 464	23 850	-65 315	234 489	245 165	-10 677	267 138	256 138	-11 000
<b>SUM DRIFTSINNTEKTER</b>	<b>421 051</b>	<b>355 678</b>	<b>65 373</b>	<b>3 704 122</b>	<b>3 726 031</b>	<b>-21 910</b>	<b>4 082 555</b>	<b>4 070 620</b>	<b>-11 935</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	4 337	3 365	972	38 329	37 147	1 182	40 497	42 497	2 000
Kjøp av private helsetjenester	9 389	9 097	293	106 998	98 695	8 304	107 785	117 785	10 000
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgr	47 583	40 326	7 257	453 761	439 064	14 698	479 829	495 829	16 000
Innleid arbeidskraft	2 844	1 024	1 820	19 952	12 742	7 210	13 760	21 260	7 500
Kjøp av konserninterne helsetjenester	26 526	24 953	1 573	253 729	264 768	-11 038	286 747	276 747	-10 000
Lønn til fast ansatte	167 118	161 859	5 259	1 737 201	1 709 073	28 128	1 872 025	1 902 025	30 000
Overtid og ekstrahjelp	10 165	7 262	2 903	105 362	79 037	26 324	88 332	116 332	28 000
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	21 061	29 864	-8 803	206 388	315 331	-108 943	345 396	226 066	-119 331
Off. tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-11 425	-8 759	-2 666	-111 640	-96 692	-14 948	-105 088	-120 088	-15 000
Annen lønn	27 454	27 010	444	255 464	269 929	-14 465	297 781	283 781	-14 000
Avskrivninger	8 242	8 779	-537	90 230	93 723	-3 493	102 595	99 095	-3 500
Nedskrivninger	-	-	-	-	-	-	-	7 000	7 000
Andre driftskostnader	47 644	49 620	-1 975	497 004	491 111	5 893	539 511	548 808	9 296
<b>SUM DRIFTSKOSTNADER</b>	<b>360 938</b>	<b>354 399</b>	<b>6 539</b>	<b>3 652 777</b>	<b>3 713 925</b>	<b>-61 147</b>	<b>4 069 171</b>	<b>4 017 136</b>	<b>-52 035</b>
<b>DRIFTSRESULTAT</b>	<b>60 113</b>	<b>1 278</b>	<b>58 834</b>	<b>51 344</b>	<b>12 107</b>	<b>39 237</b>	<b>13 384</b>	<b>53 484</b>	<b>40 100</b>
Finansinntekter	554	1 517	-964	13 508	18 130	-4 622	19 647	14 047	-5 600
Finanskostnader	196	296	-100	2 294	2 737	-443	3 032	2 532	-500
<b>FINANSRESULTAT</b>	<b>358</b>	<b>1 222</b>	<b>-864</b>	<b>11 214</b>	<b>15 393</b>	<b>-4 179</b>	<b>16 616</b>	<b>11 516</b>	<b>-5 100</b>
<b>ORDINÆRT RESULTAT</b>	<b>60 470</b>	<b>2 500</b>	<b>57 970</b>	<b>62 558</b>	<b>27 500</b>	<b>35 058</b>	<b>30 000</b>	<b>65 000</b>	<b>35 000</b>
Pensjonskostnader	-	-	-	-0	-	-0	-	-	-
Korrigert resultat	60 470	2 500	57 970	62 558	27 500	35 058	30 000	65 000	35 000

Confidential, Pedersen, Torgersen, 2/11/2020 12:51:46

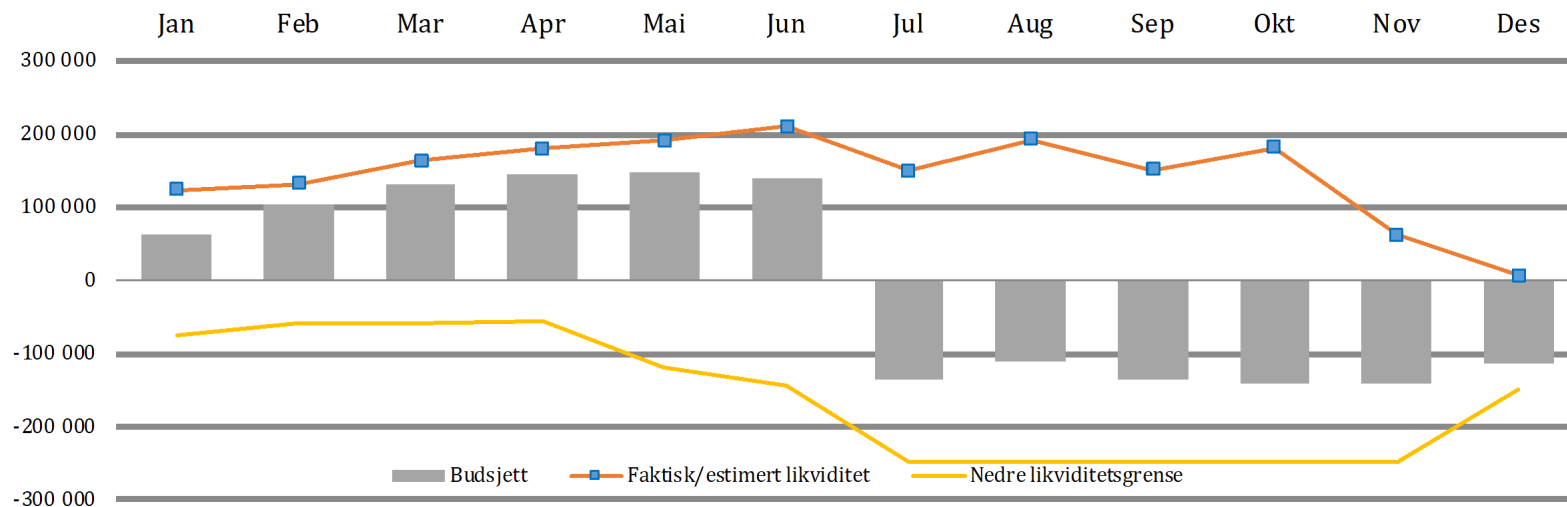
## Driftsresultat og budsjettavvik 2018 til 2020 - foretak og klinikker



2020, tall i 1000	Hitil i år	Hitil i år	Denne periode, resultat.											
Resultat	Resultat	Budsjettavvik	Nov. 20	Okt. 20	Sep. 20	Aug. 20	Jul. 20	Jun. 20	Mai. 20	Apr. 20	Mar. 20	Feb. 20	Jan. 20	Des. 19
Kirurgisk klinikk	(55 262)	(55 262)	(3 968)	262	(3 590)	(882)	(4 822)	(8 121)	(6 940)	(14 603)	(10 697)	389	(2 290)	(4 087)
Medisinsk klinikk	(63 558)	(63 558)	(5 891)	(7 946)	891	(6 071)	(5 109)	(6 595)	(7 111)	(10 423)	(9 797)	(540)	(4 966)	(3 180)
Barne- og ungdomsklinikken	(10 274)	(10 274)	(1 031)	(327)	(966)	578	452	(1 257)	(550)	(3 171)	(2 255)	(200)	(1 548)	557
Akutt og beredskap	(27 414)	(27 414)	(2 405)	463	(1 518)	(2 357)	(3 632)	(1 663)	(3 143)	(7 115)	(5 061)	(362)	(622)	(793)
Medisinsk Serviceklinikk	(3 001)	(3 001)	(240)	74	(423)	556	824	775	(1 866)	(1 884)	(1 559)	(21)	763	2 633
Psykatri og rus	(7 203)	(7 203)	(3 244)	(1 497)	(459)	(802)	222	557	(215)	(894)	(1 262)	174	216	(1 469)
Service og systemledelse	(4 152)	(4 152)	(482)	(3 408)	1 070	(39)	(95)	(1 614)	(138)	3 662	(2 038)	(53)	(1 016)	665
Administrasjonen	3 861	3 861	729	847	375	661	(48)	312	1 081	185	(217)	303	(366)	669
Felles - øvrig	229 561	202 061	77 003	13 594	9 221	7 260	13 623	83 149	5 375	6 590	1 759	3 782	8 206	22 380
<b>Totalt STHF</b>	<b>62 558</b>	<b>35 058</b>	<b>60 470</b>	<b>2 062</b>	<b>4 602</b>	<b>(1 097)</b>	<b>1 416</b>	<b>65 544</b>	<b>(13 508)</b>	<b>(27 653)</b>	<b>(31 127)</b>	<b>3 471</b>	<b>(1 623)</b>	<b>17 375</b>

## Likviditet og investeringer.

Tall i tusen



Investeringer - tall i 1000	Regn. 2020	Est. 2020	Bud. 2020
Bygg & anlegg	12 170	14 000	36 000
MTU	72 607	137 000	120 000
Annet utstyr, biler m.m.	7 362	14 000	14 000
IKT-investeringer - lån til Sykehuspartner	2 140	5 700	5 700
Tilbakebetalt lån fra Sykehuspartner	-3 398	-3 524	-3 524
<b>SUM November 2020</b>	<b>90 881</b>	<b>167 176</b>	<b>172 176</b>



## Saksfremlegg

### Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	16.10.2020

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

### Sak: 077-2020 Budsjett 2021

#### Hensikten med saken

Saken beskriver budsjettet for 2021 med mål for kvalitetsindikatorer, økonomisk resultat, bemanning og aktivitet. Sykehusets budsjett for 2021 legger opp til et årsresultat på +50 millioner kroner og en investeringsramme på 120 millioner kroner (inkludert overheng fra 2020). Et årsresultat på 50 millioner kr betyr at driftsresultat opprettholdes omtrent som forutsatt i ØLP 2021-2024. Reduksjonen i årssresultatet på 10 millioner kroner forklares med lavere finansinntekter og økning i kostander til pasienter behandlet under ordningen fritt behandleingsvalg (FBV).

Rammeforutsetningene og resultatmålsettingen for 2021 krever realisering av betydelig intern effektivisering. Risiko vurderes å være større enn normalt. For det første er det usikkerhet omkring utvikling i koronapandemien generelt og hvordan den rammer Sykehuset Telemark HF spesielt. Videre er det betydelig risiko knyttet til forutsetninger om aktivitetsbaserte inntekter, hvor det er lagt til grunn at volum av døgnpasienter kommer tilbake til nivået fra før koronapandemien.

Målsettingene innen kvalitet og pasientsikkerhet er utarbeidet i tråd med nasjonale og regionale føringer, med fokus på tilgjengelighet, korte ventetider og prioriteringsregelen.

Frem til fristen 12. januar for budsjettleveransen til Helse Sør-Øst, vil det jobbes videre med periodisering av drifts- og likviditetsbudsjettet og eventuelle endringer etter føringer fra eier.

#### Forslag til vedtak

Styret vedtar budsjettet for 2021 med målsettingene for kvalitet, aktivitet, resultat og investeringsrammer som beskrevet i saken. Oppdrags- og bestillerdokumentet skal legges til grunn for leveransene i 2021.

Skien, 09.12.2020

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

**Innhold**

1. Innledning .....	3
2. Mål og satsingsområder i 2021 .....	3
3. Rammebetingelser i 2021 .....	4
4. Kvalitet, hovedmål og styringsparametere .....	6
5. Aktivitet og aktivitetsbaserte inntekter .....	6
6. Brutto årsverk .....	8
7. HR og HMS .....	8
8. Budsjettutfordring og planlagt driftseffektivisering i 2021 .....	9
9. Budsjettert årsresultat 2021 for Sykehuset Telemark HF .....	13
10. Kommentarer til budsjett for de enkelte klinikkene .....	14
11. Investeringer .....	16
12. Finans .....	18
13. Likviditet .....	18
14. Risiko .....	19

**Vedlegg:**

1. Styresak HSØ RHF - Budsjett og planforutsetninger 2021
2. Protokoll fra drøftingsmøte med foretakets tillitsvalgte og hovedverneombud

## 1. Innledning

Budsjettarbeidet ved Sykehuset Telemark HF har tatt utgangspunkt i føringene vedtatt i ØLP 2021-2024, med en målsetting om positivt årsresultat på **60 millioner kroner** og en investeringsramme på **120 millioner kroner**.

På bakgrunn av endringen i rentesatsene og økte kostnader til FBV i forhold til vedtatt ØLP, har administrasjonen valgt å legge frem for styret en alternativ resultatmålsetting på **50 millioner kroner** i 2021. Gjennom 2021 vil de sentrale mål for sykehuset følges opp med fokus på håndtering av koronapandemien, reduksjon av ventetider, bedre kvalitet, prioriteringsregelen og forbedring av foretakets bæreevne. Den interne virksomhetsstyringen bygger på «sørge for» ansvaret iht Oppdragsdokumentet og forutsetter at alle målsettingene om kvalitet, aktivitet, tilgjengelighet og økonomi oppnås samtidig.

Budsjettet for 2021 legger opp til driftseffektiviseringer på 55 millioner kr. Ved utgangen av november er det identifisert konkrete forbedringstiltak i klinikkene med estimert effekt på 28,3 millioner kr. og det jobbes videre med uløst merverdikrav på 6,7 millioner kroner. I tillegg til de klinikkvise forbedringstiltakene som er identifisert i budsjettprosessen, er det startet arbeid med sykehusovergripende prosjekter som forventes å bidra med 20 millioner kr. til driftseffektiviseringene i 2021.

Budsjettet gir rom for aktivitetsvekst på 2,5 % i somatikken og tar høyde for smittevern- og beredskapskostnader som følge av koronapandemien. Videre legges det opp til 2 % lavere antall brutto årsverk, i hovedsak som følge av mindre behov for vikarer og ekstrahjelp knyttet til koronapandemien.

Budsjettet er utarbeidet i samarbeid med ledere på alle nivå i hver klinikk. Alle ledere med budsjettansvar har deltatt i budsjettprosessen og vært med å finne tiltak og løsninger. Det vurderes at budsjettprosessen er godt forankret i organisasjonen.

## 2. Mål og satsingsområder i 2021

Forslag til Statsbudsjett 2021 ble lagt fram 7. oktober og beskriver sentrale mål for spesialisthelsetjenesten.

Det legges opp til økte bevilgninger og en generell aktivitetsvekst i pasientbehandlingen på om lag 2,3 % i 2021. Dette inkluderer en ekstraordinær ettårig vekst på 0,8 % for å redusere ventetidene som følge av covid -19.

Føringene i avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen som skal sikre mer effektiv drift i sykehusene, vil videreføres i 2021. Det trekkes ut 0,5 prosent av regionenes inntekter og samtidig legges det tilbake midler i basisrammen for å gi rom for investeringer.

### *Nasjonale mål og satsingsområder*

I henhold til Prop. 1 S (2020–2021) er sentrale mål for regjeringen å:

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

- Folkehelse som fremmer gode liv og helse gjennom livsløpet

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. Det betyr å involvere pasienten i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Styringskrav og mål i oppdragsdokument og foretaksmøte for 2021 samles i følgende hovedområder:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Teknologi og digitalisering
- Ressursutnyttelse og samordning

### ***Regionale mål og satsingsområder***

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok i styresak 017-2020 Økonomisk langtidspan 2021–2024 – planforutsetninger at helseforetakene skal legge de fem prioriterte satsingsområdene fra Regional utviklingsplan 2035 til grunn som planforutsetning for perioden 2021–2024.

1. Nye arbeidsformer – bedre bruk av teknologi og mer brukerstyring
2. Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte tjenester
3. Redusere uønsket variasjon
4. Mer tid til pasientrettet arbeid
5. Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste

Helseforetak og sykehus er i oppdrag og bestilling 2020 bedt om å igangsette tiltak som understøtter satsingsområdene. Helse Sørøst RHF legger til grunn at dette gjøres gjeldende også for budsjett 2021 sammen med nasjonale mål og styringskrav.

## **3. Rammebetingelser i 2021**

Inntektsrammer og planforutsetninger er mottatt fra HSØ 19. november. Rammebetingelsene viser en vekst i basisinntektene som legger til rette for aktivitetsvekst og håndtering av merkostnader knyttet til koronapandemien.

Som tidligere år gis det økt bevilgning til forventet aktivitetsvekst, men for 2021 er det i tillegg satt av midler til ettårig aktivitetsøkning for å innhente etterslep etter redusert aktivitet i 2020.

Det gis en kompensasjon på 32,7 millioner kr. for å dekke forventet beredskapskostnad knyttet til covid-19 i 2021.

I tillegg er følgende forhold hensyntatt i basisrammen for 2021:

- Basisrammejustering som følge av oppdateringer inntektsmodell
- KPI – prisvekst 2020-2021 er 2,6 prosent (hvor lønnsvekst er 2,2 % og øvrig prisvekst er 3,5 %)
- Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (ABE-reformen) – 12,8 millioner kr. (0,5 %) er trukket av basisrammen samt aktivitetsbaserte inntekter og tilskudd – det er samtidig tilbakeført 13,1 millioner kr. som kan benyttes til investeringer
- Kvalitetsbasert finansiering (uttrekk i rammen som tilbakeføres etter resultater for utvalgte kvalitetsindikatorer) – tilnærmet 0 effekt for sykehuset
- Basisrammejustering knyttet til endring i pensjonskostnadene medfører en negativ resultateffekt for foretaksgruppen i 2021 og fordeles internt på alle foretakene. Det totale trekket i vår ramme er 5,5 millioner kr. større enn faktisk reduksjon i pensjonskostnad i

2020. Omfordelingseffekten oppstår som følge av at departementet fordelte trekket i RNB 2020 etter andel budsjettavvik mellom de regionale helseforetakene, mens det samme trekket er fordelt etter inntektsmodellen (Magnussen) i Prop. 1S (2020-2021).

- Mindre justeringer som følger av endringer i faktureringsrutinene for kjøp/salg av helsetjenester (reversering avregning LHL og legemidler private institusjoner) og kompensasjon for manglende prisjustering egenandeler

Se ellers tabell under for nærmere spesifisering av de ulike postene som inngår i basisrammen for 2021.

SYKEHUSET TELEMAR HF	2021
<b>Basisramme 2020 inkl. KBF</b>	<b>2 440 351</b>
<i>Nye forhold inn mot 2021</i>	
KBF 2020 tilbakelegging av uttrekk basis	15 900
KBF 2020 uttrekk av KBF- bevilgning	-16 971
Inntektsmodell 2021, fra ØLP 2021-2024	-7 268
RNB 2020- pensjon	-118 600
Økt trekk for pensjon RNB 2020	-12 486
Oppdatering avregning PHV modell 2020 helse og arbeid	156
Oppdatering avregning TSB modell 2020	-1 616
<b>Basisramme 2021 før statsbudjettet</b>	<b>2 299 467</b>
<i>Endringer som følge av Prop 1S (2020-2021)</i>	
Prisonregning	53 908
Økt aktivitet, alle tjenesteområder	28 889
Økt aktivitet, ettårig	16 339
<i>Avbyråkratiseringsreformen ABE</i>	
# uttrekk basisramme ABE	-12 820
# ABE lagt tilbake	13 132
<i>Kvalitetsbasert finansiering, KBF</i>	
# uttrekk basisramme KBF	-15 859
# bevilget sfa score på kvalitetsparametere	15 870
<i>Andre forhold fra Prop. 1</i>	
Komp. for manglende prisjustering av egenandeler	2 280
Nasjonal inntektsmodell	273
Pensjon fra Prop 1S (2020-2021)	94 860
Flytting diff arbeidsgiveravgift fra kap. 732.70	3 987
<i>Nye forhold fra Helse Sør-Øst RHF</i>	
Reversering av avregning for LHL Gardemoen i inntektsmodellen 2021	3 488
Dyre legemidler-aktivitetsavhengig del private ideelle	614
<b>Basisramme 2021 inkl. KBF</b>	<b>2 504 427</b>
Strategiske forskningsmidler, fra post 72	0
Nasjonale kompetansetjenester, øvrige	0
<b>Statlige tilskudd, post 70</b>	<b>34 138</b>
Kompensasjon for smittevern- og beredskap Covid-19	32 710
Tilskudd til turnustjeneste, foreløpig som i 2020	1 428
<b>Sum faste inntekter</b>	<b>2 538 565</b>
<i>ISF- refusjoner</i>	
herav somatikk	0
herav psykisk helsevern og TSB	0
<b>Sum ISF- refusjoner</b>	<b>0</b>
<b>Sum inntekter</b>	<b>2 538 565</b>

### **SLA med Sykehuspartner**

Budsjettinnspillet fra Sykehuspartner viser redusert tjenestepriis med 10,5 millioner kr. grunnet reduserte finanskostnader for Sykehuspartner (lavere rente), reduserte avskrivningskostnader som følge av forsinkelser i bl.a. STIM prosjektet, samt reduserte avskrivningskostnader (DIPS og IKT-plattform er ferdig avskrevet).

Alle planlagte IKT prosjekter under forløp i 2021 er fanget opp i budsjettet, inkludert innmeldte lokale IKT prosjekter.

#### 4. Kvalitet, hovedmål og styringsparametere

Årlig oppdrag og bestilling (OBD) fra eier gir tydelige føringer for kvalitet og pasientsikkerhet. Endelig dokument for 2021 mottas ikke før i slutten av februar. Signalene fra statsbudsjettet tyder imidlertid på at fokuset på tilgjengelighet, pakkeforløp og psykisk helse for å skape pasientens helsetjeneste vil videreføres. Nye målsettinger i 2021 er knyttet til bruk av video- og telefonkonsultasjoner.

Målsettingen i 2021 for de medisinske parameterne vises i tabellen under:

Målsetting medisinske parametre 2021	2018	2019	mål 2020	okt.20	mål 2021
<b>Tilgjengelighet</b>					
Fristbrudd ventende, gjennomsnitt per år	34	52	0	59	0
Fristbrudd pasient påstartet, gjennomsnitt per år	45	49	0	103	0
Gjennomsnittlig ventetid i dager - SOM påstartet	56	58	50	63	50
Gjennomsnittlig ventetid i dager - BUP påstartet	41	40	30	32	30
Gjennomsnittlig ventetid i dager - VOP påstartet	43	36	30	25	30
Gjennomsnittlig ventetid i dager - TSB påstartet	30	30	30	22	30
Langventere, antall	96	42	0	36	0
Antall pasienter passert tentativ tid	4 577	5 051	< 7 %	5 244	< 7 %
Andel pasienter passert tentativ tid		16 %	< 7 %	17 %	< 7 %
Oppdatert info HelseNorge			100 %		100 %
Avvisningsrate psykisk helsevern	21,1 %	22,2 %	< 15 %	26,1 %	< 15 %
<b>Prioriteringsregelen</b>					
Vekst pol. aktivitet somatikk	2,3 %	1,3 %	1,8 %	-1,6 %	2,1 %
Vekst pol. aktivitet BUP, overgang til ISF fra 2017	7,3 %	4,8 %	2,4 %	6,6 %	2,3 %
Vekst pol. aktivitet VOP, overgang til ISF fra 2017	-0,3 %	-3,0 %	2,7 %	-10,9 %	2,2 %
Vekst pol. aktivitet TSB, overgang til ISF fra 2017	-3,4 %	-9,3 %	2,7 %	5,4 %	2,5 %
<b>Korridorpatienter % (årlig gjennomsnitt)</b>	0,8	1,6	0 %	0,5 %	0 %
<b>Pakkeforløp</b>					
Andel kreftpasienter registrert i pakkeforløp	81	80	>70	78	>70
Andel kreftpakkeforløp gjennomført innen definert forløpstid	77	74	>70	77	>70
Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i BUP/PHV			>80	67	>80
Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt behandling TSB i døgnhet			>60	82	>60
Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk BUP/PHV/TSB			>80	42	>80
<b>Forbruk bredspektrede antibiotika - reduksjon sammenliknet med 2012</b>	-14 %	-31 %	>30%	-12 %	>30%
<b>Antall registrerte pasientskader relatert til legemiddelfeil</b>			<2018		<2018
<b>Prevalens sykehusinfeksjoner</b>					< 3 %
<b>Tvangsbruk og tvangsinnleggelse - skal reduseres</b>					
Antall tvangsinnlagte	304	296	<2019	274	<2019
Andel tvangsinnlagte	14,7 %	14,3 %	<2019	16,7 %	<2019
Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak		131	<2019	110	<2019
<b>Åpne dokumenter</b>	4 501	3 595	3 000	3 324	< 2800
<b>Andel telefon- og videokonsultasjoner somatikk</b>				10 %	10 %
<b>Andel telefon- og videokonsultasjoner psykisk helsevern/TSB</b>				31 %	25 %

#### 5. Aktivitet og aktivitetsbaserte inntekter

I forslaget til Statsbudsjett legges det til rette for en generell vekst i pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten på om lag 2,3% i 2021, sammenliknet med budsjett 2020. Av dette er 0,8% en ekstraordinær aktivitetsvekst i 2021 for å redusere ventetidene som følge av covid -19.

Aktivitetsveksten er høyere enn den demografiske utviklingen tilsier (1,3% nasjonalt) og omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene, fritt behandlingsvalg samt kjøp fra private aktører. For pasientbehandling som omfattes av ISF legges det til rette for en vekst på om lag 2,2 %.

Prioriteringsregelen videreføres med føringer om særlig fokus på barn og unge samt brukere med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.

### Aktivitet somatikk

Sykehusets DRG-budsjett baseres på innspill fra klinikkene og viser en vekst på 2,5% fra budsjett 2020.

ISF Somatikk	Budsjett 2020	Estimat 2020	Nye tiltak	Budsjett 2021	vekst B2021-B2020
Kirurgisk klinikk	19 686	18 186	489	20 155	2,4 %
Klinikk for medisin	20 364	18 864	393	20 989	3,1 %
Barne- og ungdomsklinikken - som/hab	3 033	2 780		3 050	0,6 %
ABK	100	80		100	0,0 %
Medisinsk serviceklinikk	550	390		550	0,0 %
SSL	10	10		10	0,0 %
<b>SUM klinikker</b>	<b>43 743</b>	<b>40 310</b>	<b>881</b>	<b>44 853</b>	<b>2,5 %</b>

Budsjett for polikliniske konsultasjoner i somatikken viser en vekst på 2,1 % fra budsjettet nivå i 2020.

Poliklinikk somatikk	Budsjett 2020	Estimat 2020	Nye tiltak	Budsjett 2021	vekst B2020-B2021
Kirurgisk klinikk	85 030	79 000	1 970	83 970	-1,2 %
Klinikk for medisin	74 050	73 050	4 500	79 300	7,1 %
Barne- og ungdomsklinikken - som/hab	10 700	9 900	-	10 300	-3,7 %
ABK	1 300	1 170	-	1 300	0,0 %
Medisinsk serviceklinikk	7 000	5 900	-	7 000	0,0 %
Ernæringspoliklinikk	250	250	-	250	0,0 %
<b>SUM klinikker</b>	<b>178 330</b>	<b>169 270</b>	<b>6 470</b>	<b>182 120</b>	<b>2,1 %</b>

### Aktivitet psykisk helse og TSB

Sykehusets DRG-budsjett basert på innspill fra klinikkene, viser en vekst på 1,4% fra budsjett 2020.

ISF Psykiatri	Budsjett 2020	Estimat 2020	Budsjett 2021	vekst B2020-B2021
BUP	10 100	9 600	10 300	2,0 %
VOP	7 600	6 200	7 450	-2,0 %
TSB	1 540	1 650	1 750	13,6 %
<b>SUM</b>	<b>19 240</b>	<b>17 450</b>	<b>19 500</b>	<b>1,4 %</b>

Budsjett for polikliniske konsultasjoner i psykiatrien viser en vekst på 2,3 % fra budsjettet nivå i 2020.

Poliklinikk Psykiatri	Budsjett 2020	Estimat 2020	Budsjett 2021	vekst B2020-B2021
BUP	30 550	30 800	31 250	2,3 %
VOP	52 950	44 300	54 100	2,2 %
TSB	11 900	11 500	12 200	2,5 %
<b>SUM</b>	<b>95 400</b>	<b>86 600</b>	<b>97 550</b>	<b>2,3 %</b>

**Prioriteringsregelen** omfatter poliklinisk virksomhet og måler veksten i antall inntektsgivende konsultasjoner. Som tidligere år stilles det krav om en større vekst innen VOP, BUP og TSB hver for seg enn innen somatikk for polikliniske opphold. Budsjett 2021 vil bli målt mot budsjett 2020.

Alle foretak og sykehus er pålagt av HSØ å budsjettere slik at prioriteringsregelen for foretaket innfris, og dette er tatt høyde for i aktivitetsbudsjettet. Prioriteringsregelen stiller også krav til ventetider. Sykehuset Telemark har egne interne målsettinger for ventetider for BUP, VOP og TSB, som er lavere enn de regionale målsettingene i HSØ. Det planlegges høy aktivitet slik at målsettingene nås.

## 6. Brutto årsverk

Budsjettet for brutto årsverk viser en reduksjon på 64 brutto årsverk som i hovedsak gjenspeiler forventningen om et normalt driftsår med et mindre behov for vikarer og ekstrahjelp knyttet til koronapandemien. I tillegg forventes det reduksjon i antall variable årsverk gjennom lavere sykefravær og god planlegging av ferieavviklingen.

Forbedringstiltakene i klinikkene vil bidra med en reduksjon i brutto årsverk knyttet til reduksjon i antall senger og effektiviseringstiltak som gir endringer i bemannings- og tjenesteplaner.

Det legges samtidig opp til bemanningsøkninger som følge av kompetansebygning strålesenter og styrking av bemanningen innen diagnostikk, psykiatri, LIS utdanning, utdanning av spesialsykepleiere samt kvalitetsarbeid.

Det vil bli jobbet videre med utarbeidelse av detaljert budsjett for brutto årsverk på alle nivåene i organisasjonen, frem til leveransenfristen.

Brutto årsverk	Faktisk 2019	Estimat 2020	Budsjett 2021	endring E20-B21
KIR	414	425	408	-17
MED	600	618	603	-15
BUK	224	234	233	-2
ABK	450	472	442	-30
MSK	287	294	300	7
KPR	562	561	564	3
SSL	318	323	314	-10
Adm. inkl. bemanningssenteret	136	129	129	-
<b>STHF</b>	<b>2 990</b>	<b>3 056,5</b>	<b>2 992,5</b>	<b>-64</b>

## 7. HR og HMS

Sykehuset Telemark arbeider for at Helse, miljø og sikkerhet (HMS) skal være en integrert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet. Et godt arbeidsmiljø er avgjørende for god og sikker pasientbehandling. Det er i 2020 gjennomført en felles medarbeiderundersøkelse, ForBedring, som omfatter både pasientsikkerhetskultur, HMS kartlegging og medarbeidertilfredshet.



Undersøkelsen viser at sykehuset har et godt arbeidsmiljø og at det jobbes aktivt med handlingsplaner knyttet til forbedringsarbeid. HMS-koordinator samordner tiltak og arbeider med å sikre at sykehuset har en felles overordnet plan for HMS-arbeidet.

Overordnet HMS-handlingsplan for sykehuset inneholder mål innenfor områdene

- helse og arbeidsmiljø med bl.a. inkluderende arbeidsliv (IA)
- sykefravær/personer med nedsatt funksjonsevne og avgangsalder,
- ytre miljø/grønt sykehus
- sikkerhet

Alle ledere ved sykehuset jobber med lokalt forbedringsarbeid gjennom oppfølging av medarbeiderundersøkelsen, vernerunden, ytre miljø og pasientsikkerhetskultur. Arbeidsmiljøtiltak, miljøtiltak og tiltak innen pasientsikkerhetskultur, følges opp gjennom hele lederlinjen på en systematisk måte. Alle nivåer utarbeider handlingsplan for forbedringer. Dette gjøres i samarbeid mellom leder, medarbeidere, tillitsvalgte og vernetjenesten.

Tiltak innen miljø og klima (Ytre miljø) baseres på Eierskapsmeldingen (Meld.St.8(2019-2020)) og Regional utviklingsplan 2035 for HSØ som gir føringer for arbeidet med miljø og klima og spesialisthelsetjenestens samfunnsansvar.

Sykehuset Telemark har varslingsutvalg og prosedyre for saksbehandling av varslingssaker. Prosedyren skal sikre riktig behandling av varslingssaker i sykehuset.

Målsetting HR indikatorer for 2021	Resultat 2018	Resultat 2019	Mål 2020	Resultat 2020	Mål 2021
Deltagelse i ForBedring	86 %	86 %	90 %	83 %	90 %
Andel fast ansatte involvert i oppfølgingen av ForBedring	72 %	66 %	100 %	73 %	100 %
Har gjennomført medarbeidersamtale med leder	-	70 %	100 %	71 %	100 %
Sykefravær	7,0 %	6,9 %	6,7 %	7,6 %	6,7 %

\* sykefravær per september 2020

## 8. Budsjettutfordring og planlagt driftseffektivisering i 2021

I budsjettprosessen for 2021 er det foretatt en justering av klinikkens budsjetttrammer i tråd med faktisk drift slik det gjenspeiles i årets regnskapsresultater, korrigert for koronaeffekter og engangsforhold. Dette for å legge opp til realistisk budsjettering og etablere et godt utgangspunkt for oppfølging av effektivitetsarbeidet planlagt neste år.

Videre legges det opp til et merverdikrav på totalt 55 millioner kroner i 2021. 35 millioner kroner er fordelt til klinikkene og 20 millioner kroner skal oppnås som følge av sykehusovergripende prosjekter. Fremdriften i sykehusovergripende prosjekter er forsinket grunnet koronapandemien og gevinstpotensialet i 2021 er dermed nedjustert fra opprinnelig 25 millioner kr. i ØLP.

Klinikkene rapporterer følgende status:

Budsjettutfordring klinikker 2021	Merverdikrav ØLP 2021	planlagte nye tiltak 2021
Kirurgisk klinikk	8 000	8 000
Klinikk for medisin	5 000	5 000
Barne- og ungdomsklinikken - som/hab	1 000	1 000
Barne- og ungdomsklinikken - psyk	-	
ABK	5 000	5 000
Medisinsk serviceklinikk	3 000	3 000
Psykiatrisk klinikk	6 000	1 300
Service og systemledelse	6 000	4 000
Administrasjon/fag/HR/øk. ERP	1 000	1 000
<b>SUM</b>	<b>35 000</b>	<b>28 300</b>
KPR - uløst merverdikrav		4 700
SSL - uløst merverdikrav		2 000
Felles - sykehusovergrepene prosjekter	25 000	20 000
<b>Totalsum</b>	<b>60 000</b>	<b>55 000</b>

Enkelte klinikker har identifisert merverditiltak utover målet og det overskytende reduserer negativ styringsfart fra 2020.

Tiltak identifisert i klinikkene er vist på neste side. Disse planlegges implementert i 2021.

Budsjett 2021 - forbedringstiltak 2021	årsverk	DRG	effekt 2021
<b>Kirurgi</b>	<b>3,67</b>	<b>489</b>	<b>11 400</b>
<i>Tiltak merverdikrav</i>			
Tilpasning kapasitet sengeposter	3,17		2 100
Vekst dagbehandling - prolapskirurgi døgn til dag.		67	1 300
Økt aktivitet - Operasjon 2020 Skien + Porsgrunn		272	4 600
<i>Øvrige tiltak</i>			
Endrede bemanningsplaner - god ressursstyring (red.uforutsett vakt)			200
Reduserte administrative ressurser	0,50		600
Økt aktivitet - Operasjon 2020 Skien + Porsgrunn		150	2 600
<b>Medisin</b>	<b>-</b>	<b>393</b>	<b>9 500</b>
<i>Tiltak merverdikrav</i>			
Økt poliklinisk aktivitet indremedisinske poliklinikker		182	5 000
<i>Øvrige tiltak</i>			
Ny driftsmodell Nordagutu		211	4 500
<b>BUK</b>	<b>1,10</b>	<b>-</b>	<b>1 000</b>
<i>Tiltak merverdikrav</i>			
Endring bemanningsplaner og bruk av ressurser på tvers av seksjoner; barneavdeling-poliklinikk	1,10		730
kostnadsreduksjoner habilitering	-		270
<b>ABK</b>	<b>3,30</b>	<b>-</b>	<b>5 000</b>
<i>Tiltak merverdikrav</i>			
- Slå sammen FOVA-mottak Notodden, reduksjon LIS-leger, og kontinuerlig arbeid med bemanningsplaner og bruk av variabel lønn.	3,30		4 500
- framforhandlet bedre avtale - båtavtale for ambulanse-			500
<b>MSK</b>	<b>-2,30</b>		<b>9 500</b>
<i>Tiltak merverdikrav</i>			
Reagensavtale ny automasjon	-		3 000
<i>Øvrige tiltak</i>			
Reagensavtale ny automasjon	-		5 000
Optimalisering radiologi Skien/Porsgrunn	-		500
Rask diagnostikk: Mikrobiologi - PCR-tester	-2,30		1 000
<b>KPR</b>	<b>1,00</b>		<b>6 000</b>
Redusert administrativt personell	1,00	-	1 300
<b>Uløst</b>			<b>4 700</b>
<b>SSL</b>	<b>0,70</b>		<b>6 000</b>
Bedre samkjøring pasientreiser			3 000
Innsparing Porto			500
Effektivisering renhold/tekstil	0,70		500
<b>Uløst</b>			<b>2 000</b>
<b>Administrasjon</b>	<b>-</b>		<b>1 000</b>
Redusert vikarbruk / reduserte utviklingskostnader systemer			1 000
Reduserte ferievikarkostnader			
Reduserte kostnader juridiske tjenester ved bruk av egen juridisk kompetanse			
Reduserte møte/kurs/reiser kostnader			
Intern kontroll aktiviteter			
Oppfølging av anskaffelsesprosesser – bedre innkjøpspriser			

***Sykehusovergripende prosjekter***

Sykehuset Telemark har definert tre forbedringsprosjekter/-program for å styrke arbeidet med å realisere forbedringer på tvers av hele organisasjonen, tre såkalte «sykehusovergripende prosjekter»:

- **Operasjon 2020** – fokus på god pasientflyt i forbindelse med operasjon, gjennom å strømlinjeforme utredningsforløpene før operasjon, sikre helhetlig operasjonsplanlegging, og forbedre gjennomføringen av operasjonsdagen
- **Pasientflyt 24-7** – fokus på å sikre riktig bemanning og dimensjonering av senger under varierende belegg og innstrøm av pasienter, både samlet for sykehuset og mellom klinikker og sengeposter.
- **Kontorfaglige støttefunksjoner** – fokus på å optimalisere og standardisere ikke-kliniske støttefunksjoner for å sikre effektiv drift og at disse underbygger effektiv pasientbehandling av god kvalitet.

Arbeidet i prosjektene bygger på LEAN metodikk og sykehusets fem-steps modell for forbedringsarbeid. I tillegg har vi gjennom Operasjon 2020 fått viktige erfaringer fra samarbeidet med rådgivere fra EY. Av de tre prosjektene er det Operasjon 2020 som har kommet lengst i å realisere effekter. Selv i 2020, med de spesielle utfordringene dette året har gitt, viser erfaringstall at vi klarer å bedre effektiviteten i sykehusets operasjonsaktivitet og å øke volum av operasjoner innenfor gitte ressursrammer. Hovedeffekten har så langt kommet gjennom å forbedre planlegging på flere nivå (operasjonelt, taktisk og strategisk), gjennom mer målrettet måling/oppfølging av planarbeidet og bedre samarbeid på tvers av faggrupper og ulike profesjoner. Det forutsettes i budsjett 2021 at det er rom for å ta ut ytterligere effektivitetsvekst i operasjon gjennom kontinuerlig forbedringsarbeid fremover.

Videre vil den samme metodiske tilnærming tas i bruk for å optimalisere pasientflyt i poliklinikkene. Effektivisering av operasjon og poliklinikker gjennom bedre pasientflyt vil legge grunnlag for økt behandlingvolum og på kort sikt være viktig for å redusere økte ventelister etter Koronapandemien. Over tid er det grunn til å tro at økt effektivitet også vil legge til rette for å optimalisere ressursbruk ved sykehuset. Arbeidet i Pasientflyt 24-7 vil blant annet sikre at dette gjøres på en måte som tar hensyn til pasienter og ansatte.

Arbeidet med kontorfaglige støttefunksjoner vil legge til rette for effektivisering ved å utnytte ressurser bedre enn i dag og samtidig legge til rette for forenkling/digitalisering gjennom bl a standardiserte arbeidsprosesser.

Økonomiske resultater fra de sykehusovergripende prosjektene vil realiseres i ulike klinikker. Allerede identifiserte mål og tiltak fra operasjon 2020 er inkludert i merverditiltak og styringsfart for kirurgisk klinikk. Utover dette forutsettes de sykehusovergripende prosjektene å bidra med 20 millioner kr i merverdi i 2021 som foreløpig ikke er fordelt på klinikkene.

## 9. Budsjettet årsresultat 2021 for Sykehuset Telemark HF

Budsjettet for 2021 viser et overskudd på 50 millioner kr.

HOD rapport STHF	Prognose 2020	Budsjett 2020	Budsjett 2021
Basisramme	2 444 171 027	2 424 871 027	2 490 048 000
Kvalitetsbasert finansiering	16 971 000	16 971 000	15 870 000
ISF dag- og døgnbehandling	754 633 246	822 500 176	860 952 862
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	171 371 805	182 823 805	191 105 215
ISF poliklinisk PHV/TSB	55 142 000	60 798 345	63 379 680
ISF fritt behandlingsvalg	1 717 800		1 753 688
ISF pasientadm. biologiske legemidler	75 354 160	64 131 200	77 629 900
Utskrivningsklare pasienter	14 930 621	19 930 621	12 750 000
Gjestepasienter andre regioner	17 831 744	17 831 744	18 907 620
Gjestepasienter konserninterne	84 392 140	88 592 140	95 445 370
Polikliniske inntekter	95 394 336	100 394 336	107 388 491
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	0		0
Andre øremerkede tilskudd	82 571 993	16 571 993	47 848 818
Andre driftsinntekter	256 138 337	267 138 337	290 818 714
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>4 070 620 209</b>	<b>4 082 554 724</b>	<b>4 273 898 358</b>
Kjøp av andre offentlige helsetjenester	42 497 300	40 497 300	43 487 771
Kjøp av andre private helsetjenester	117 785 430	107 785 430	123 352 030
Varekostnader knyttet til aktiviteten	495 829 107	479 829 107	515 527 193
Innleid arbeidskraft	21 259 557	13 759 557	14 217 984
Gjestepasientkostnader konserninterne	276 746 519	286 746 519	295 873 265
Lønn til fast ansatte	1 902 024 916	1 872 024 916	1 921 628 718
Overtid og ekstrahjelp	116 331 633	88 331 633	90 288 677
Pensjon inkl. arbeidsgiveravg.	226 065 688	345 396 394	314 707 800
Off. tilskudd og refusjoner vedr. arbeidskraft	-120 088 405	-105 088 405	-107 073 187
Annen lønn	283 781 344	297 781 344	303 430 874
Avskrivninger	99 095 458	102 595 458	112 053 000
Nedskrivninger	7 000 000		0
Andre driftskostnader	548 807 529	539 511 337	601 394 367
<b>Sum driftsutgifter</b>	<b>4 017 136 075</b>	<b>4 069 170 589</b>	<b>4 228 888 492</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>53 484 134</b>	<b>13 384 134</b>	<b>45 009 866</b>
Finansinntekter	14 047 367	19 647 367	7 526 822
Finanskostnader	2 531 501	3 031 501	2 536 688
<b>Netto finansposter</b>	<b>11 515 866</b>	<b>16 615 866</b>	<b>4 990 134</b>
<b>Årsresultat</b>	<b>65 000 000</b>	<b>30 000 000</b>	<b>50 000 000</b>

Følgende endringer er innarbeidet i budsjettet:

- klinikkbudsjettene er korrigeret for å nullstille den negative styringsfarten fra 2020
- nye momenter: klinikkbudsjettene er styrket for å videreføre kompetanseoppbygningen for strålesenteret, håndtere kostnadsveksten innen BHM /insulin, endringer i arbeidstidsordninger ved Prehospital, økt utdanningskapasitet operasjon/intensiv, økte ressurser innen diagnostikk (mikrobiologitjenester og 3T MR), bortfall av bandasjistvirkosomhet, økt vedlikehold av bygg og MTU, økt forskningsaktivitet m.m.
- felles inntektsposter er redusert til forventet nivå 2021 (utskrivningsklare pasienter, parkerings- og leieinntekter, finansinntekter)

- felles kostnadsposter er oppjustert til forventet nivå 2021 (avskrivninger, kjøp/salg av helsetjenester)
- SLA kostnaden er redusert i tråd med budsjettinnspill fra Sykehuspartner
- KPI justering etter anbefalte satser
- Ekstra bevilgning for håndtering av koronapandemien er avsatt som buffer

### **Kjøp av helsetjenester**

Avstemming av intern handel i regionen er ferdigstilt og det er foreløpig identifisert følgende nye momenter:

- flere foretak varsler kostnadsøkning for laboratorieprøver og behandling av gjestepasienter fra Telemark – budsjettet gjenspeiler et normalt år og tar ikke hensyn til eventuelle endringer i pasientstrømmene grunnet koronapandemien
- flere mikrobiologiprøver vil utføres i egen regi fra 2021 og avtalen for kjøp av mikrobiologi tjenester fra SiV reduseres i omfang
- Ahus overtar kardiologivirksomhet fra LHL på Gardermoen og vil fakturere helseforetakene for gjestepasientkostnader. Endring er kompensert i basisrammen basert på estimert behandlingsvolum i hvert sykehusområde.

### **Vedlikehold – driftsførte anskaffelser og tiltak innen BYGG, MTU, Annet og IKT**

I driftsbudsjettet for 2021 avsettes 38,5 millioner kr. til mindre anskaffelser, vedlikeholdstiltak og lokale IKT oppgraderinger, samme kostnadsnivå som i 2020. Det er kartlagt behov for over 45 millioner kr. og foretatt prioriteringer innenfor budsjettrammen.

## **10. Kommentarer til budsjett for de enkelte klinikkene**

### **Kirurgisk klinikk**

Klinikkens jobber med flere forbedringstiltak for å løse merverdikravet i 2021 og kompensere den negative styringsfarten fra 2020. Tiltakene gjelder hovedsakelig økt aktivitet og tilpassing av sengekapasitet til planlagt aktivitetsnivå. På aktivitetssiden forventes det en effekt av prosjektet Operasjon 2020, som allerede er påstartet i år. I tillegg legges det opp til at flere inngrep skal kunne utføres som dagkirurgi, noe som vil øke døgnkapasitet for andre inngrep. Videre jobbes det med tiltak som vil gi kostnadsbesparelser på sengepostene. Det jobbes kontinuerlig med tiltak for å redusere risikoen i budsjettet.

Aktivitetsbudsjettet i 2021 legger opp til en vekst på 2,4 %.

### **Medisinsk klinikk**

Klinikkens negative styringsfart ved utgangen av 2020, som består av årets uløste budsjettutfordring og merkostnader som følge av vekst i kreftbehandlingen og dyre kreftlegemidler, er kompensert i budsjettet for 2021. Et vesentlig premiss som ligger til grunn for budsjettoplegget i 2021 er at øyeblikkelig hjelp-aktiviteten fra nyttår er tilbake på tilnærmet samme nivå som før utbruddet av korona-pandemien.

Merverdikravet er i hovedsak løst ved økt poliklinisk aktivitet. Det er en begrensning i forhold til de fysiske fasilitetene og klinikken jobber for å etablere midlertidige løsninger for poliklinikk-rom. Utover dette er det beregnet en positiv effekt knyttet til endret driftsmodell ved Telemark rehabiliteringssenter, Nordagutu.

Medisinsk klinikk jobber for tiden med pasientflyten for å tilpasse sengekapasiteten på Notodden. Klinikken utreder muligheten for å etablere en 5-døgns post. Klinikken deltar i prosjekt «Senger 24/7» med spesielt fokus på dag- og polikliniske pasienter på sengeposter. Det er foreløpig usikkert hvilket økonomisk potensial dette har for 2021-budsjettet.

Kompetanseoppbyggingen som forberedelse til det nye strålesenteret fortsetter i Medisinsk klinikk, og dette er innarbeidet i 2021-budsjettet.

### **Barne- og ungdomsklinikken**

For Barne- og ungdomsklinikken vurderes styringsfarten å være i balanse. En stor usikkerhet i budsjettet for 2021 er hvorvidt døgnaktiviteten kommer tilbake på nivå fra før pandemien slik det er forutsatt.

Merverdikrav vil realiseres innen somatikken. Tiltakene har effekt fra 1/1-2021 og innebærer endring i bemanningsplaner og bruk av ressurser på tvers av seksjonene barneavdeling og poliklinikk, samt kostnadsreduksjoner innen habilitering.

Aktivitetsbudsjett videreføres fra 2020 for barne- og ungdomsmedisin. Antall konsultasjoner justeres ned til realistisk nivå for habilitering. Aktiviteten innen BUP økes for å oppfylle prioriteringsregelen.

### **Akutt og beredskapsklinikken**

Klinikken har negativ styringsfarten ved utgangen av 2020 som følge av forsinkelser i forbedringsarbeidet planlagt i år samt høyt sykefravær. Nye tiltak er lagt inn i budsjettet og består av:

- Videreføring av syketransportbil (hvit bil) i Skien
- Endring i arbeidstidsordninger ambulanse Kragerø
- Drift fredager i Porsgrunn 1. kvartal
- Økning i antall utdanningsplasser innen intensiv, anestesi og operasjon fra 3 til 8.
- Styrket kapasitet ambulanse Grenland

Budsjettet for 2021 er lagt opp i forhold til bemannet operasjonskapasitet som i 2020. Merverdikrav 2021 er innarbeidet budsjettet og det jobbes videre med resterende budsjettutfordring. Det jobbes kontinuerlig med god ressursstyring og bruk av bemanning på tvers av seksjonene. Reduksjon av sykefravær vil også fortsatt ha stort fokus i klinikken.

### **Medisinsk serviceklinikk**

For Medisinsk serviceklinikk vurderes styringsfarten å være budsjettbalanse.

Klinikken implementerer flere tiltak i 2021 som forventes å gi betydelige innsparinger:

- Reduksjon i reagenskostnader
- Mikrobiologi – effektive tester med korte svartider
- Optimalisering radiologi

Aktiviteten og inntektene innen radiologi forventes å øke i 2021 som følge av økt kapasitet når MR nr 3 er på plass fra mai måned. For patologi, laboratoriemedisin, arbeidsmedisin og fertilitet videreføres budsjett fra 2020.

Bemanningsbudsjettet videreføres i stor grad fra 2020, med økning som følge av helårsvirkning av legestillinger opprettet i 2020, økt bemanning til MR nr 3 og økning på 2 bioingeniører for å håndtere de nye mikrobiologitestene.

### **Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling**

KPR løser deler av merverdikravet ved å redusere administrativt personell i 2021. Det gjenstår en uløst budsjettutfordring av vesentlig beløp og det jobbes med løsninger som dreier seg om endring av tjenestetilbudet. Klinikken ser på følgende muligheter for endring:

- Redusere leiekostnader ved å endre lokasjon fra privat til kommunal utleier. Dette handler om samlokalisere spesialisthelsetjenesten med det kommunale helsetilbudet i et felles bygg for å øke kvaliteten på tjenestetilbudet.
- Ø-hjelpstilbud døgnet for barn/unge evalueres med fokus på kvalitet, kapasitet (behov) og økonomi.
- Døgntilbudet for psykiatrien i Telemark.

Bemanningsbudsjettet er økt med 3 årsverk fra årets estimat, og årsaken til dette er økt utdanningskapasitet LIS, og endring fra innleide leger til fast ansettelse.

### **Service- og Systemledelse**

SSL ser ut til å oppnå en styringsfart i balanse dersom man tar ut Covid-19 relaterte effekter og aktivitet som får særskilt finansiering (BHM/Insulin).

Merverdikrav 2021 er kun delvis konkretisert, men det er planer under vurdering/kartlegging for hvordan klinikken skal oppnå kravet i sin helhet. Dermed ser det ut at hele merverdikravet kommer til å bli oppnådd, minst med delårseffekt i 2021.

Service- og Systemledelse får særskilt finansiering for oppbemanning av stillinger i forbindelse med strålesenter (MTU), insulin- og BHM området, økning på serviceavtaler (MTU) og delkompensasjon for bortfall av bandasjstvirksomhet.

### **Administrasjonen**

I administrasjonen legges det opp til følgende forbedringstiltak med kostnadsbesparingseffekt i 2021:

- reduserte ferievikar kostnader
- reduserte kostnader juridiske tjenester ved bruk av egen juridisk kompetanse
- reduserte møte/kurs/reiser kostnader
- intern oppfølging av mobiltelefoni og aviser
- intern kontrollaktiviteter
- tett oppfølging av anskaffelsesprosessene i samarbeid med Sykehusinnkjøp – bedre avtaler og bedre priser

## **11. Investeringer**

Lister over foreslåtte investeringer er gjennomgått med fagansvarlige for bygg, MTU og annet porteføljen. Det er foretatt en streng prioritering av helt nødvendige tiltak med høy grad av kritikalitet. Det er store investerings- og vedlikeholdsforpliktelser som må håndteres i 2021, inkludert overheng fra 2020. Fagansvarlige har også drøftet behov og prioriteringer med de ulike klinikkene og utfra dette utarbeidet investeringsplanen for 2021. Etter to prioriteringsrunder, foreligger et budsjettforslag fra LPA BYGG, MTU og ANNET på til sammen 120 millioner kr.



<b>Investeringer</b>	<b>ØLP2021</b>	<b>Bud. 2021</b>
IKT-investeringer (utlån til SP)	1 600	3 500
<b>Ordinære investeringer</b>		
BYGG	<b>30 000</b>	<b>35 000</b>
MTU	<b>80 000</b>	<b>65 000</b>
ANNET	<b>10 000</b>	<b>20 000</b>
<b>SUM</b>	<b>120 000</b>	<b>120 000</b>

### **BYGG porteføljen**

Det er gjennomført en kartlegging av teknisk tilstand på bygene i høst. Denne viser en 25% forverring fra tilsvarende kartlegging i 2015. Dette har konsekvenser for prioriteringen av årets prosjektbudsjett. 16 av de 20 prosjektene som kan gjennomføres innenfor rammen for aktiverbare prosjekter er tiltak for å hindre kritiske stopp/skader. Dette gjelder utette tak, gamle el-fordelinger, heiser og lignende. Innen driftsførte tiltak er tilsvarende tall 7 av 24, så her er det gjort plass til flere av klinikkens ønsker.

### **MTU porteføljen**

Gjennomsnittsalderen på MTU parken har økt gradvis de siste årene og en stor andel av utstyrsmassen har passert 10 år. Det har vært flere gjennomganger med klinikkene i løpet av budsjettprosessen, for å prioritere de kritiske tiltakene for klinikkene. I budsjettforslaget for 2021 er det lagt vekt på å erstatte pasientkritisk utstyr og tilføre utstyr for effektivisering i driften. Videre er det prioritert større anskaffelser som ville fått store konsekvenser i driften ved stans. Dette gjelder utstyr med lang anskaffelsestid, erstatning av utstyr som er «end of support» eller «end of service life» samt investeringer som kreves for å oppfylle lovkrav. De mest kritiske systemene (ikke alle) som ligger på gamle STHF plattform/domene og er ansett som en sikkerhetsrisiko i IKT plattformen, ImageVault/CWweb/EchoPAC, EEG og EMG er også prioritert.

### **Annet porteføljen**

Mye av innmeldte behov i annet porteføljen er gjenanskaffelser av driftsutstyr som ambulanser, skylleromsutstyr, anretningsutstyr, senger etc. Det er foretatt en prioritering utfra kriteriene pasientsikkerhet, økonomi, HMS og havari i dialog med klinikkene. Porteføljen drar med seg et overheng fra 2020, hovedsakelig knyttet til sykesignalanlegg og flytting av sterilsentral til Skien pga havari i Porsgrunn. Prioriterte gjenanskaffelser i 2021 er ambulanser, anretningsutstyr, skylleromsutstyr, mens nye tiltak er blant annet kabinettvaskemaskin, vakumeringsmaskiner til patologiske prøver og instrumentvaskemaskin. På listen over driftsførte tiltak er det prioritert utstyr som senger, pasientstoler, rullestoler, interiør etc.

### **IKT**

Lokal initierte IKT prosjekter finansieres ved utlån til Sykehuspartner. I 2021 vil det prioriteres følgende prosjekter:

- audio-visuelt utstyr til møterom og konferansesenteret
- ombygging/nyetablering av lokale datarom i henhold til krav.spesifikasjoner fra SP
- internkabling med tilhørende nettverkskomponenter
- utstyrsinvesteringer ved mottak av regional ambulansejournal
- tilpasning/ombygging av lokaler, samt anskaffelse av utstyr til test av regionale løsninger for implementering i eget driftsmiljø

## 12. Finans

Renteforutsetningene for konserninterne fordringer er satt til 0,6 % for 2021, mens den var 1,6 % for budsjett 2020. Den reduserte rentesatsen gjør at renteinntektene må reduseres med 12 millioner kroner sammenliknet med budsjett 2020.

Basisfordringen mot Helse Sør-Øst RHF utgjør nå ca. 1 milliard kroner.

## 13. Likviditet

Estimert likviditetsbeholdning pr. 1. januar 2021 er 7 millioner kroner og med bakgrunn i det forventede likviditetsbidraget fra driften samt endringer i arbeidskapital estimeres likviditetsbeholdningen pr. 31. desember 2021 til -75 millioner kroner.

Reell disponibel likviditet, inkludert kassekredittrammen som sykehuset kan benytte, er vurdert til 126 millioner kr. pr. 1. januar 2021 og estimeres til 97 millioner kr. ved årsslutt 2021.

Noe av nedgangen i kontantbeholdningen skyldes at pensjonspremien er 45 millioner kroner høyere enn pensjonskostnaden. Det foretas en oppjustering av kassekredittrammen for å kompensere likviditetseffekten av dette.

Likviditetsstrøm fra drift	Faktisk 2019	Estimat 2020	Budsjett 2021	kommentar
Årsresultat	42 833	65 000	50 000	
Ordinære avskrivninger	98 842	99 095	112 053	
Nedskrivninger varige driftsmidler	1 412	7 000		
Inntektsføring av investeringstilskudd	-1 771	-2 115	-1 928	
Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler	806	-319		
Basisfordring	-48 847	-41 222	-47 590	
Forskjell mellom inntektsført og utbetalt ISF	30 117	-24 663	-5 872	
Endring i interne omløpsmidler og kortsiktig gjeld	-9 002	17 406		
Endring i eksterne omløpsmidler og kortsiktig gjeld	20 433	3 064		
Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn/utbet	-42 898	-93 184	-45 065	Kompenseres med økt driftskredittramme
<b>Likviditetsstrøm fra drift</b>	<b>91 924</b>	<b>30 061</b>	<b>61 598</b>	
Likviditetsstrøm fra investeringer	Faktisk 2019	Estimat 2020	Budsjett 2021	
Immaterielle eiendeler				
Tomter, bygninger og annen fast eiendom	-3 532	-14 000	-35 000	
Medisinskteknisk utstyr, inventar, transportmidler	-60 932	-151 000	-85 000	
Anlegg under utførelse (AUU)	31	0		
Salg av anleggsmidler (salgssum)	131	756		
Finansielle anleggsmidler	-14 710	-14 788	-15 000	
<b>Likviditetsstrøm fra investeringer</b>	<b>-79 011</b>	<b>-179 032</b>	<b>-135 000</b>	
Likviditetsstrøm fra finansiering	Faktisk 2019	Estimat 2020	Budsjett 2021	
Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld			1 813	ENØK-lån ventilasjonsanlegg
Investeringslån (HOD)				
Finansiell leiekontrakt	4 704	25 238	-9 015	
Langsiktige lån IKT (intern)	4 133	-2 176	487	
Avdragsbetaling (intern)	-4 754	-4 754	-5 154	ENØK-lån og Moflata lån
Avdragsfinansiering (intern)	3 324	3 324	3 324	Moflata lån
Innbetaling av tilskudd og gaver til investeringer	850	2 118		
Endring øvrige langsiktige forpliktelser	515			
Øvrige finansieringsposter				
<b>Likviditetsstrøm fra finansiering</b>	<b>8 772</b>	<b>23 750</b>	<b>-8 546</b>	
Total endring likviditet	21 685	-125 221	-81 948	
IB likviditetsbeholdning	110 787	132 472	7 251	
<b>Utgående likviditetsbeholdning</b>	<b>132 472</b>	<b>7 251</b>	<b>-74 696</b>	
Kassekredittramme	56 000	149 184	194 249	
<b>Disponibel likviditet</b>	<b>188 472</b>	<b>156 436</b>	<b>119 553</b>	
Opparbeidede rettigheter	157 485	126 355	97 262	

Helseforetakenes finansielle stilling styres iht. oversikten «opparbeidede rettigheter», som viser oppsparte midler over tid (reellt oppspart likviditet) til disposisjon til lokale investeringer.

I budsjettopplegget for 2021 vil det benyttes 29 millioner kr. av oppsparte midler, til drift og investeringer inklusiv overheng av vedtatte men ikke gjennomførte investeringer fra 2020 (overheng).

Sykehuset finansierer driften og investeringene innenfor opparbeidede rettigheter, også når budsjettert driftsresultat i 2021 holdes utenfor.

	<b>Faktisk</b>	<b>Estimat</b>	<b>Budsjett</b>
<b>Sykehuset Telemark HF</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
<b>Overførte rettigheter fra tidligere år</b>	<b>126 662</b>	<b>157 485</b>	<b>126 355</b>
Andel av investeringsmidler (775, 800, 825, 855)	51 050	52 479	53 520
(Regional finansiering) ENØK-lån			
Finansiering IKT	4 133	-2 176	487
Avdrag finansiell leie (skal ikke tas med)			
Gaver/tilskudd		2 118	1 900
Salg AM	131	756	
EK innskudd	-14 710	-14 788	-15 000
Resultat fra døtre			
<b>Disponible midler til investeringer</b>	<b>167 266</b>	<b>195 874</b>	<b>167 262</b>
Resultat	42 833	65 000	50 000
Gevinst/tap ved salg	806	-319	-
<b>Oppspart likviditet</b>	<b>210 905</b>	<b>260 555</b>	<b>217 262</b>
Lokale Investeringer	64 432	165 000	120 000
Regionale investeringer			
Aktivering av finansiell leiekontrakt	-8 752	-30 800	
Korreksjon for nedskrivning bygg	-1 412	-7 000	
Awik mot RHF	848		
<b>Sum opparbeidede rettigheter til neste år</b>	<b>157 485</b>	<b>126 355</b>	<b>97 262</b>
endring	30 823	-31 130	-29 093

## 14. Risiko

Risiko i budsjettet for 2021 vurderes å være større enn normalt. For det første er det usikkerhet omkring utvikling i koronapandemien generelt og hvordan den rammer Sykehuset Telemark spesielt. Gitt den unormale risikoen knyttet til korona i budsjettet for 2021, er det nødvendig å beholde ekstraordinære C-19 midler som en særskilt buffer.

Videre er det betydelig risiko knyttet til forutsetninger om aktivitetsbaserte inntekter, hvor det er lagt til grunn at volum av døgnpasienter kommer tilbake til nivået fra før koronapandemien. For

øyeblikket er ligger dette nivået 10-15% lavere og det er stor usikkerhet om når dette kommer tilbake.

De sykehusovergripende prosjektene ved sykehuset blitt forsinket gjennom 2020. Arbeidet er startet opp igjen etter sommeren, men med den observerte smitteutvikling gjennom høsten er det risiko for nye forsinkelser mot slutten av året og inn i 2021.

Til slutt pekes det på risiko blant annet forbundet med realisering av planlagte forbedringstiltak, veksten i kostnader for fritt behandlingsvalg, dyre medikamenter og behandlingshjelpemidler.

# Saksframlegg

## Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	26. november 2020

## Sak 126-2020

### Budsjett 2021 – fordeling av midler til drift og investeringer

#### Forslag til vedtak:

1. Styret legger premisser, mål og prioriteringer som fremgår av Prop. 1 S (2020–2021) og *Regional utviklingsplan 2035* til grunn for budsjett 2021.
2. Følgende krav gjelder for helseforetakene/sykehusene i 2021:
  - Samlet vekst i pasientbehandlingen skal være om lag 2,3 % fra saldert budsjett 2020 til 2021, hvorav 0,8 % er en ettårig vekst for å redusere ventetidene som følge av koronapandemien. Vekst i ISF-finansiert pasientbehandling er om lag 2,2 %. Vekstkravet differensieres overfor helseforetakene og sykehusene sett opp mot befolkningsveksten i hvert enkelt opptaksområde.
  - Veksten i pasientbehandlingen og kostnadsutviklingen innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere hver for seg enn innen somatikk. Det enkelte helseforetak og sykehus skal i sine aktivitetsbudsjetter legge til rette for at dette kravet innfris. Psykisk helsevern for barn og unge, samt innføring av pakkeforløp innen psykisk helsevern og rusbehandling skal prioriteres.
  - Helseforetakene skal utarbeide planer som beskriver behov for kritisk kompetanse og hvilke konkrete tiltak som vil bli iverksatt for å dekke dette behovet i 2021. For de personalgrupper der kompetansebehovet er særlig kritisk for pasientbehandlingen, skal antall utdanningsstillinger økes. Planen skal også angi tiltak for at helsepersonell vedlikeholder og tilegner seg ny kompetanse.
  - Krav til tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet gitt i styresak 017-2020 *Økonomisk langtidsplan 2021–2024 – planforutsetninger* videreføres i budsjett 2021.

3. Midler til vekst i pasientbehandlingen med 815,8 millioner kroner fordeles med 740,8 millioner kroner til helseforetakene/sykehusene og 75 millioner kroner til det regionale helseforetaket.
4. Styret legger til grunn følgende fordeling av faste inntekter på 62 115 millioner kroner bevilget gjennom Prop. 1 S (2020–2021):

Faste inntekter 2021	I alt
Akershus universitetssykehus HF	7 469
Oslo universitetssykehus HF	13 360
Sunnaas sykehus HF	439
Sykehuset i Vestfold HF	5 292
Sykehuset Innlandet HF	3 453
Sykehuset Telemark HF	2 539
Sykehuset Østfold HF	4 447
Sørlandet Sykehus HF	4 717
Vestre Viken HF	6 434
Sykehuspartner HF	400
Betanien Hospital	87
Diakonhjemmet Sykehus	1 206
Lovisenberg Diakonale Sykehus	1 366
Martina Hansens Hospital	166
Revmatismesykehuset	56
Helse Sør-Øst RHF	10 683
I alt	62 115

(tall i millioner kroner)

5. Styret bevilger 632 millioner kroner til forskning og innovasjon i 2021. Summen omfatter det øremerkede tilskuddet til forskning fra Helse- og omsorgsdepartementet på 314 millioner kroner og midler fra det regionale helseforetakets eget budsjett på 318 millioner kroner. I tillegg kommer 146,8 millioner kroner til nasjonalt program for klinisk behandlingsforskning bevilget over statsbudsjettet.
6. Helseforetakenes og sykehusenes inntektsrammer og krav for 2021, herunder aktivitetskrav, ISF- refusjoner, forskningsmidler, vilkår for bevilgningen, resultatkrav, øvrige styringskrav og rammebetingelser, vil bli endelig fastsatt i oppdrag og bestilling 2021.
7. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å:
  - Foreta eventuelle budsjettkorrigeringer gjennom året, blant annet som følge av nye bevilgninger eller føringer fra eier, styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF, tekniske justeringer som følge av feilbudsjetteringer med videre.
  - Tildeler og korrigerer ekstraordinær inntektsstøtte ved endrede forutsetninger innenfor budsjettåret.

8. Administrerende direktør har fullmakt til å prolongere avtaleinngåelser innenfor vedtatte prioriteringer og budsjett. Med mindre det foreligger særlige grunner som tilsier at administrerende direktør bør forelegge saken for styret, gjelder fullmakten også ut over det enkelte budsjettår når avtalen er en forutsetning for å videreføre ordinær drift. Herunder følger:
  - Inngå avtaler om kjøp av helsetjenester fra private tilbydere i tråd med gjeldende prioriteringer og føringer.
  - Fatte beslutninger om forlengelse av eksisterende lisensavtaler knyttet til IKT-drift som er innarbeidet i budsjettet.
  - Oppta investeringslån fra Helse- og omsorgsdepartementet i tråd med tildelingene over Prop. 1 S (2020–2021).
9. Det legges til grunn at allerede iverksatte investeringsprosjekter videreføres i 2021, herunder byggeprosjekter som er gitt lånefinansiering over statsbudsjettet.
10. Det reserveres inntil 675 millioner kroner til investering og inntil 195 millioner kroner til driftskostnader for regional IKT-prosjektportefølje. Videre reserveres likviditet til Sykehuspartner HF sitt investeringsbudsjett med inntil 785 millioner kroner.
11. Det reserveres en regional resultatbuffer på 600 millioner kroner, hvorav 86 millioner kroner og 65 millioner kroner reserveres til henholdsvis Diakonhjemmet Sykehus AS og Lovisenberg Diakonale Sykehus AS som midlertidig inntektsstøtte i 2021. Videre reserveres det inntil 30 millioner kroner for å dekke kostnader for legemidler overført i 2018 for Diakonhjemmet Sykehus AS og Lovisenberg Diakonale Sykehus AS.

Hamar, 19. november 2020

Cathrine M. Lofthus  
administrerende direktør

## 1. Hva saken gjelder

Administrerende direktør fremmer med denne saken forslag til fordeling av faste inntekter for 2021 til helseforetakene og de private ideelle sykehusene med driftsavtale, samt for det regionale helseforetaket. I saken fremmes videre forslag til reservasjon av likviditet til regionalt prioriterte investeringsprosjekter.

Saken er basert på styresak 017-2020 *Økonomisk langtidsplan 2021–2024 – planforutsetninger* og styresak 060-2020 *Økonomisk langtidsplan 2021–2024*, samt Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjon for 2021, Prop. 1 S (2020–2021).

Det tas et generelt forbehold om eventuelle endringer i inntektsforutsetningene som følge av Stortingets budsjettvedtak. Hvis Stortingets budsjettvedtak innebærer betydelige endringer i forhold til Prop. 1 S (2020–2021), vil administrerende direktør vurdere å legge fram en oppdatert budsjettsak i desember.

## 2. Hovedpunkter og vurderinger av handlingsalternativer

### 2.1 Mål og satsingsområder 2021

#### Nasjonale mål og satsingsområder

I henhold til Prop. 1 S (2020–2021) er sentrale mål for regjeringen å:

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

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. Det betyr å involvere pasienten i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Styringskrav og mål i oppdragsdokument og foretaksmøte for 2021 samles i følgende hovedområder:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Teknologi og digitalisering
- Ressursutnyttelse og samordning

#### Regionale mål og satsingsområder

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok i styresak 017-2020 *Økonomisk langtidsplan 2021–2024 – planforutsetninger* at helseforetakene skal legge de fem prioriterte satsingsområdene fra *Regional utviklingsplan 2035* til grunn som planforutsetning for perioden 2021–2024.

1. Nye arbeidsformer – bedre bruk av teknologi og mer brukerstyring
2. Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte tjenester
3. Redusere uønsket variasjon
4. Mer tid til pasientrettet arbeid
5. Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste



Helseforetak og sykehus er i oppdrag og bestilling 2020 bedt om å igangsette tiltak som understøtter satsingsområdene. Administrerende direktør legger til grunn at dette gjøres gjeldende også for budsjett 2021 sammen med nasjonale mål og styringskrav.

## 2.2 Inntektsforutsetning 2021

De regionale helseforetakene får sine inntekter bevilget over statsbudsjettet. Inntektene som gis over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett kan deles i faste og aktivitetsavhengige (variable) inntekter. I tillegg kommer kvalitetsbasert finansiering (KBF) som fordeler inntekter mellom regionene ut fra score på et sett av kvalitetsindikatorer. KBF regnes i denne sammenheng som del av faste inntekter. Fra og med 2017 har også refusjoner for merverdiavgift inngått som en del av finansieringsbildet for helseforetakene.

I denne saken fordeles faste inntekter, dvs. basisramme, KBF og ulike tilskudd. Midlene til forskning legges inntil videre i sin helhet til det regionale helseforetaket i påvente av at styret vil vedta forskningstildelingen i desember. Forskningsmidlene vil deretter innarbeides i inntektsrammene som fastsettes for helseforetakene i oppdrag og bestilling 2021.

De aktivitetsavhengige inntektene består av refusjoner knyttet til innsatsstyrt finansiering (ISF) og polikliniske refusjoner for laboratorie- og røntgenvirksomhet fra HELFO. Endelig nivå på de aktivitetsavhengige inntektene vil være avhengige av den faktiske aktiviteten og er ikke fordelt på helseregioner i statsbudsjettet. Dette er overslagsbevilgninger i statsbudsjettet, dvs. at det gis refusjoner for all utført aktivitet. ISF-refusjoner utbetales a konto gjennom året fra departementet til de regionale helseforetakene ut fra forventet aktivitet, og avregning i forhold til faktisk aktivitet skjer i ettertid. Budsjetterte ISF-refusjoner for helseforetakene vil bli innarbeidet i oppdrag og bestilling 2021 når aktivitetsforutsetningene er klare. Polikliniske refusjoner innenfor laboratorie- og røntgenvirksomhet budsjetteres ikke av det regionale helseforetaket.

Det forventes en generell, gjennomsnittlig pris- og lønnsvekst (deflator) på 2,6 % fra 2020 til 2021, hvorav prisvekst utgjør 3,5 % og lønnsvekst 2,2 %. Helseforetakenes og sykehusenes basisrammer øker tilsvarende.

Tabell 1 viser faste inntekter til Helse Sør-Øst RHF i forslag til statsbudsjett for 2021:

Faste inntekter i Prop. 1S (2020-2021)	2021
Basisramme	58 525 149
Kvalitetsbasert finansiering	311 700
Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester	353 300
Tilskudd til forskning	460 800
Særskilte tilskudd	2 463 679
I alt	62 114 628

Tabell 1. Faste inntekter i Prop. 1 S (2020–2021) til Helse Sør-Øst RHF (i tusen kroner)

Tabell 2 oppsummerer endringene i basisrammen til Helse Sør-Øst RHF, inkludert endringer i kvalitetsbasert finansiering, fra budsjett 2020 til budsjett 2021. De ulike forholdene omtales i det videre.

Basisramme før Prop. 1 S (2020–2021) ekskl. KBF	54 744 632
<b>Endringer som følge av Prop. 1 S (2020–2021)</b>	
Pensjon	1 728 576
Prisomregning	1 272 979
Midler til aktivitetsvekst	815 837
Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen*	30 646
Kvalitetsbasert finansiering (KBF)	205
Helårseffekt legemidler overført i 2020	125 400
Finansieringsansvar for nye legemidler 2021	32 400
Kontaktfamilieordning	10 764
Egenandeler	37 404
Inntektsvekst ny nasjonal inntektsmodell**	4 414
Endringer i bioteknologiloven	1 870
Flytting diff arbeidsgiveravgift fra kap. 732.70	25 700
Andre endringer	6 022
<b>Basisramme 2021 inkl. KBF</b>	<b>58 836 850</b>

\*Tallet er netto effekt basisramme, og inkluderer ikke trekk i andre poster.

\*\*Helse Sør-Øst RHF får en negativ modelleffekt av ny nasjonal inntektsmodell, samtidig som den nye modellen innføres med inntektsvekst.

Nettoeffekt av disse to faktorene er omtrent 4,4 millioner kroner som vist i tabellen

Tabell 2. Endring i basisrammen til Helse Sør-Øst RHF 2021 sammenlignet med 2020 (i tusen kroner)

### 2.3 Aktivitetsvekst og prioriteringer

Driftssituasjonen i 2020 er endret som følge av koronapandemien, og dette vil fortsette inn i 2021. For ISF tar derfor regjeringen i Prop. 1 S (2020–2021) utgangspunkt i aktivitet i saldert budsjett 2020, og ikke januar–mai 2020 som det ville blitt gjort i et normalår. Saldert budsjett 2020 benyttes også for laboratorie- og radiologiske undersøkelser.

På grunn av driftssituasjonen legger regjeringen opp til en høyere aktivitetsvekst i 2021 enn i 2020, og bevilgningsforslaget i statsbudsjettet skal gi rom for å øke pasientbehandlingen med om lag 2,3 % i 2021 fra saldert budsjett 2020. Veksten omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene, fritt behandlingsvalg og kjøp fra private aktører. Til sammenligning skulle bevilgningsforslaget i statsbudsjettet for 2020 gi rom for å øke pasientbehandlingen med 1,5 % fra anslått aktivitetsnivå i 2019. Den høyere veksten i 2021 er begrunnet i at det er lagt opp til en ekstraordinær ettårig aktivitetsvekst i 2021 på om lag 0,8 % for å redusere ventetidene som følge av koronapandemien.

Det anslås at forslag til Prop. 1 S (2020–2021) legger opp til en realvekst på om lag 1,7 %. Differansen fra omtalen i forslag til statsbudsjett om aktivitetsvekst på 2,3 % kan forklares gjennom avbyråkratisering- og effektiviseringsreformen, underregulering av laboratorie- og radiologiske takster og forutsetningen om at økt aktivitet finansieres gjennom 80 % marginalkostnad (se avsnitt 2.4). Samlet kan veksten oppsummeres som i tabell 3.

Vekst i budsjett 2020–2021	
Samlet vekst i budsjett fra 2020-2021	4,3 %
Fratrekk pris- og lønnsvekst (prisstigning 3,5 %, lønnsvekst 2,2 %)	-2,6 %
Realvekst	1,7 %
Forutsatt marginalfinansiering av aktivitetsvekst (forutsetning at sykehusene kan levere økt aktivitet til en marginalkostnad på 80%)	0,45 %
Forutsatte effektiviseringer (ABE-reform, priser legemidler, takster radiologi og laboratoriemedisin)	0,15 %
Forutsatt aktivitetsvekst	2,3 %

Tabell 3. Vekst i budsjettene til spesialisthelsetjenesten

Regjeringen foreslår 2 460 millioner kroner nasjonalt til vekstmidler, hvorav 890 millioner kroner skal gå til den ekstraordinære ettårige veksten i 2021. Det kan anslås at vekstmidlene fordeler seg som i tabell 4.

Aktivitetsvekst og vekstmidler Prop. 1 S (2020–2021)	Aktivitetsvekst	Vekstmidler
Aktivitetsvekst	1,5 %	1 570
Ekstraordinær ettårig vekst	0,8 %	890
Samlet vekst og vekstmidler	2,3 %	2 460

Tabell 4. Aktivitetsvekst og vekstmidler i 2021 (nasjonalt), tall i millioner kroner

Av de 2 460 millioner kronene er det i Prop. 1 S (2020–2021) foreslått å tildele Helse Sør-Øst RHF 815,8 millioner kroner i basisramme til å finansiere økt aktivitet i 2021, og av dette kan det anslås at ca. 295,4 millioner kroner er en ettårig bevilgning.

Innenfor pasientbehandling som omfattes av ISF skal forslag til statsbudsjett gi rom for en aktivitetsvekst på 2,2 %, mot 1,4 % i 2020. Videre skal forslag til statsbudsjett gi rom for en vekst innen poliklinisk aktivitet ved offentlige laboratorier og radiologivirksomhet på 3,2 % i 2021, mot 2,2 % i 2020.

I økonomisk langtidsplan 2021–2024 ble det, som en planforutsetning, lagt til grunn en bevilgning til aktivitetsvekst på 2 % med 550 millioner kroner i 2021. Av dette ble 500 millioner kroner fordelt til helseforetakene og sykehusene, mens 50 millioner kroner ble holdt tilbake i det regionale helseforetaket.

I forslag til statsbudsjett er det for Helse Sør-Øst RHF lagt opp til en bevilgning til generell aktivitetsvekst på ca. 520,4 millioner kroner, altså 30 millioner kroner lavere enn planforutsetningene. Det foreslås at det av disse fordeles 470,4 millioner kroner til helseforetak og sykehus, og at 50 millioner kroner reserveres i det regionale helseforetaket. I tillegg foreslås det å reservere en tilsvarende andel (25 millioner kroner) av den ekstraordinære vekstbevilgningen (ca. 295,4 millioner kroner). Den samlede reservasjonen til Helse Sør-Øst RHF på 75 millioner kroner skal benyttes til å bygge opp regional resultat- og likviditetsbuffer, håndtere forventede økte kostnader til regionale og nasjonale satsinger og for de felleseide selskapene, finansiere nye oppgaver uten tilhørende finansiering og til regionale tiltak for å møte utfordringer med koronapandemien i 2021.

Totalt foreslås det at det fordeles 740,8 millioner kroner til helseforetakene og sykehusene, hvorav 470,4 millioner kroner er bevilgning til generell aktivitetsvekst og 270,4 millioner kroner til ekstraordinær, ettårig vekst (tabell 5).

Vekstbevilgning	B2020	ØLP 2021–2024	Prop. 1S (2020–2021)	Herav bevilgning til generell aktivitetsvekst	Herav ekstraordinær ettårig aktivitetsvekst
Bevilgning til økt aktivitet	508,0	550,0	815,8	520,4	295,4
Forutsetning for økt vekst i pasientbehandling	1,5 %	2,0 %	2,3 %	1,5 %	0,8 %
Fordeling:					
# HF/sykehus	358,3	500,0	740,8	470,4	270,4
# RHF	150,0	50,0	75,0	50,0	25,0
I alt	508,3	550,0	815,8	520,4	295,4

Tabell 5. Disponering av midler til aktivitetsvekst mellom helseforetak/sykehus og RHF i 2021 (i millioner kroner)

Det foreslås at vekstmidlene fordeles mellom tjenesteområdene etter andel i inntektsmodellen, og mellom helseforetakene og sykehusene etter behovsandel i økonomisk langtidsplan 2021–2024. For de private ideelle sykehusene uten opptaksområde foreslås det at midlene til aktivitetsvekst blir fordelt etter andel basisramme. Det foreslås at Sunnaas sykehus HF bevilges 1 million kroner av bevilgning til ettårig aktivitetsvekst. Jf. 2.14 har helseforetaket i tillegg fått 1,6 millioner kroner i økt basisramme i 2021.

Hensikten med bevilgningen til den ekstraordinære, ettårige veksten er at den skal brukes til å ta igjen aktivitet fra 2020. Dette er relevant for planlagt aktivitet, og er ikke i like stor grad relevant for ambulansetjenester. Det foreslås derfor at det for den ettårige bevilgningen, ca. 295,4 millioner kroner, gjøres en justering hvor kun pasientreiseområdet i prehospitale tjenester teller med i fordelingen mellom tjenesteområdene. Fordelingen mellom ambulansetjenester og pasientreiser i prehospitale tjenester er hentet fra SAMDATA-kostnadene i 2019<sup>1</sup>.

Regjeringen prioriterer psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling også i 2021. Kravet til at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk videreføres.

Regjeringen foreslår at de regionale helseforetakene skal etablere områdefunksjoner for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som sikrer faste stedlige tjenester i alle fengsler innenfor forslaget til budsjettamme i 2021. Det er igangsatt et arbeid der de fire regionene og Kriminalomsorgen i samarbeid skal utarbeide en plan for å gjennomføre oppdraget med stedlig tjeneste, jf. Oppdragsdokument 2020. Arbeidet ledes av Helse Vest RHF.

Videre er Helse Sør-Øst RHF bedt om å prioritere etablering av barnepalliative team og å videreføre bevilgningen til psykisk helsetilbud for synshemmede på Gaustad med 2,5 millioner kroner innenfor basisrammen.

I styresak 017-2020 *Økonomisk langtidsplan 2021–2024 – planforutsetninger* ble det gitt spesifikke aktivitetskrav per helseforetak og sykehus for 2021. Det ble varslet at Helse Sør-Øst RHF skulle utføre ytterligere analyser for å fastsette differensierte aktivitetskrav, inkludert analyser og vurderinger for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. På grunn av effektene av koronapandemien, og krav til ekstraordinær ettårig vekst, er det krevende å fastsette vekstforutsetninger for budsjett 2021. Det anbefales at

<sup>1</sup> Helsedirektoratet – Kostnader og produktivitet. Nettside: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/kostnadsutvikling-og-produktivitet>

ytterligere differensiering av krav utover planforutsetninger i økonomisk langtidsplan avventes, og at differensierte aktivitetskrav videreføres overordnet lik planforutsetningene i økonomisk langtidsplan 2021–2024.

## 2.4 Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen og andre effektiviseringskrav

Regjeringen har i forslag til budsjett for 2021 videreført avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (ABE-reformen) ved at de regionale helseforetakene er trukket 0,5 % av saldert budsjett 2020, før prisomregning og andre endringer i budsjett 2021. Dette gjelder både for faste og variable inntekter, tilskudd og midler til forskning og nasjonale kompetansetjenester. Reformen innpasses på samme måte for de regionale helseforetakene som i 2020 ved at det legges tilbake midler i basisrammen for å gi rom for blant annet investeringer og anskaffelser.

Tabell 6 viser beregning av samlet netto effektiviseringskrav for Helse Sør-Øst som er anslått til være 104 millioner kroner i 2021, og med en akkumulert nettoeffekt fra innføring av reformen på 1,1 milliarder kroner.

ABE-reformen	Beløp
Uttrekk (alle poster)	-414 921
Tilbakeføring (basis)	311 212
Netto effekt av ABE i 2021	-103 709
Akkumulert nettoeffekt fra 2015 i 2021-kroner	-1 092 129

Tabell 6. Samlet effekt av ABE-reformen (i tusen kroner)

Reduksjonen i den regionale basisrammen som følge av ABE-reformen videreføres til helseforetakene og sykehusene etter andel basisramme. Før beregning av reduksjonen er det gjort en korrigerings for å fange opp at abonnementsordningen for høyspesialiserte tjenester inngår i basisrammene til sykehusene og helseforetakene som betaler abonnement. Dette fordi abonnementet er basert på ISF-satsen som allerede er nedjustert på grunn av ABE.

De tilbakeførte midlene fordeles ut i fra andel av forventede driftsinntekter i 2021, slik disse ble budsjettert i økonomisk langtidsplan 2021–2024. Dette er gjort fordi totalt trekk omfatter både faste og variable inntekter. De private ideelle sykehusene rapporterer ikke forventede driftsinntekter, og for å anslå driftsinntekter er det lagt til grunn sum faste inntekter fra Helse Sør-Øst RHF i 2021, slik det er budsjettert i økonomisk langtidsplan 2021–2024, og variable aktivitetsbaserte inntekter fra budsjett 2020.

Som tidligere år er det i tillegg til ABE-reformen krav til ytterligere effektivisering ved at den økte aktiviteten på 2,3 % skal kunne realiseres til 80 % av gjennomsnittlig behandlingstkostnad. Fra ett år til et annet kan det være rimelig å legge til grunn marginalfinansiering av vekst i denne størrelsesorden. På lengre sikt er det grunn til å anta at økt aktivitet krever større tilpasninger, som for eksempel nye bygg og mer utstyr. Selv med mer effektive måter å drive pasientbehandling på, innføring av ny teknologi med videre, er det vanskelig å tenke seg at en aktivitetsøkning i denne størrelsesorden kan håndteres til marginalkostnader. Helse Sør-Øst RHF har i sitt innspill til statsbudsjett for 2021 påpekt at en videreføring av opplegget for finansiering av vekst til marginalkostnad, sammen med ABE-reformen, reduserer sektorens handlingsrom til investeringer i bygg og utstyr og til å gjennomføre langsiktige omstillingstiltak.

I Prop. 1 S (2020–2021) er det også lagt til grunn en underregulering av takster for laboratorie- og radiologiundersøkelser. Dette er et ytterligere krav til effektivisering, og det kan anslås at det tilsvarer et krav på 14,8 millioner kroner for Helse Sør-Øst.

## 2.5 Ny nasjonal inntektsmodell

Et nasjonalt utvalg foreslo i slutten av 2019 en ny nasjonal inntektsmodell, jf. styresak 010-2020 NOU 2019:24 – *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak* og styresak 018-2020 Høring NOU 2019:24 – *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*. I Prop. 1 S (2020–2021) foreslår regjeringen å implementere det nasjonale forslaget mer eller mindre i sin helhet. Det er gjort noen justeringer som inkluderer å oppdatere gjestepasientvolum til et gjennomsnitt for 2018 og 2019, og ikke 2016 og 2017 som i det nasjonale utvalgets forslag. I tillegg er dødelighetskriteriet slått sammen for hele befolkningen i behovsindeksen for somatikk, og aldersgruppen 18–79 år i behovsindeksen for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Videre har Helse- og omsorgsdepartementet oppdatert befolkningsandeler, kriterieverdier, kostnadsandeler med videre med siste tilgjengelige tall.

Det nasjonale utvalgets forslag til inntektsmodell medførte negative omfordelingseffekter for Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF, se tabell 7. Etter Helse- og omsorgsdepartementets justeringer er den negative omfordelingseffekten til Helse Sør-Øst RHF redusert, og alle regionene får nå en negativ omfordelingseffekt bortsett fra Helse Vest RHF. Den negative omfordelingseffekten for Helse Sør-Øst RHF er redusert til 146 millioner kroner innenfor en uendret inntektsramme for 2021.

Regjeringen foreslår å implementere inntektsmodellen over to år gjennom en samlet inntektsvekst på 324,6 millioner kroner. Inntektsveksten er basert på en beregning som gir den ønskede fordelingsnøkkelen uten at noen regioner får trekk i sine rammer. Av den totale inntektsveksten er det foreslått en inntektsvekst i 2021 på 175 millioner kroner, hvorav Helse Sør-Øst RHF bevilges 15,6 millioner kroner. Det er foreløpig lagt til grunn en nasjonal inntektsvekst på 149,6 millioner i 2022, hvorav 13,4 millioner kroner til Helse Sør-Øst RHF. Fordelingen i 2022 vil avhenge av hvordan inntektsmodellen fordeler inntektene etter oppdatering av modell i 2021 med nye befolkningstall, gjestepasientvolum etc.

Region	Fra NOU 2019:24	Fra Prop. 1 S 2020–2021			
	Samlet omfordeling etter endring post 70. Sammenlignet med Prop. 1 S (2018–2019)	Omfordeling innenfor uendret inntektsramme i 2021 etter endring post 70	Omfordeling gjennom inntektsvekst i 2021	Omfordeling gjennom inntektsvekst i 2022	Sum
Helse Sør-Øst RHF	-233 (-0,43 %)	-146 (-0,25 %)	15,6	13,4	29,0
Helse Vest RHF	168 (0,90 %)	229 (1,14 %)	157,1	134,2	291,3
Helse Midt-Norge RHF	-1 (-0,01 %)	-42 (-0,28 %)	2,3	2,0	4,3
Helse Nord RHF	65 (0,51 %)	-42 (-0,30 %)	0,0	0,0	0,0
Sum			175,0	149,6	324,6

Tabell 7. Omfordeling i inntektsmodell etter det nasjonale utvalgets forslag, regjeringens forslag og forslag til omfordeling gjennom inntektsvekst i Prop. 1 S (2020–2021), tall i millioner kroner

## 2.6 Pensjon

I revidert nasjonalbudsjett for 2020 fikk Helse Sør-Øst RHF redusert basisrammen med 1 515 millioner kroner grunnet reduserte pensjonskostnader i 2020. Reduksjonen i basisrammen var basert på Helse Sør-Øst RHF sin faktiske kostnadsreduksjon. I henhold til gjeldende praksis fordeler Helse -og omsorgsdepartementet endringer i basisramme som følge av endret pensjonskostnad fra saldert budsjett etter nøkkel fra nasjonal inntektsmodell. Det er på bakgrunn av dette gjort en konsekvensjustering hvor Helse Sør-Øst RHF får et ytterligere trekk på 159,6 millioner kroner. Netto endring i basisramme som følge av kostnadsreduksjon i revidert nasjonalbudsjett blir dermed 1 674,6 millioner kroner for Helse Sør-Øst RHF.

Budsjettene for 2021 viser en økning i kostnadsnivået sammenlignet med beregningene som lå til grunn i revidert nasjonalbudsjett 2020. På bakgrunn av dette har Helse Sør-Øst RHF fått en økning i basisramme på 1 728,6 millioner kroner fordelt etter nøkkel fra nasjonal inntektsmodell. Netto økning i bevilgningsnivået fra saldert budsjett i 2020 blir med dette 54 millioner kroner.

Det foreslås at konsekvensjusteringen på 159,6 millioner kroner fordeles etter helseforetakenes andel budsjettavvik for 2020. Den økte basisrammen på 1 728,6 millioner kroner foreslås fordelt etter andel endring mellom faktisk pensjonskostnad i 2020 og budsjettert pensjonskostnad i 2021. I tillegg er det innarbeidet en justering av basisrammen til helseforetakene med medlemmer i Oslo Pensjonsforsikring AS i 2021, som følge av at det forventes en reduksjon i basisrammen til Helse Sør-Øst RHF knyttet til endring i pensjonskostnad mellom 2020 og 2021 i revidert nasjonalbudsjett 2021. Justeringen medfører inntektsmessig likebehandling av helseforetakene gjennom 2020 og 2021.

Forventet reduksjon i basisramme i revidert nasjonalbudsjett 2020 ble ikke forskuttert i utarbeidelsen av inntektsrammer til økonomisk langtidsplan 2021–2024. Samlet kostnadsendring fra saldert budsjett 2020 til kostnadsestimat for 2021 per NRS<sup>2</sup> januar 2021 innarbeides i oppdateringen av inntektsmodellen i forbindelse med økonomisk langtidsplan 2022–2025.

Helse Sør-Øst RHF har langsiktige avtaler med private ideelle institusjoner som årlig mottar oppdrags- og bestillerdokument. Endringer i disse institusjonenes pensjonskostnader som følge av forhold de selv i liten grad kan påvirke, håndteres som hovedregel på linje med helseforetakene. Imidlertid fikk disse virksomhetene beholde hele den positive regnskapsmessige effekten i 2014 av at levealdersjustering var blitt innført for offentlige tjenestepensjonsordninger for personer født i 1954 eller senere. Økte pensjonskostnader i årene etter 2014 har for disse virksomhetene blitt sett i sammenheng med den positive resultateffekten dette forholdet medførte i 2014. Per 2020 begynner enkelte av de private ideelle institusjonene å nærme seg en samlet årlig kostnadsøkning som er større enn den positive resultateffekten fra 2014. Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av eventuelle bevilgningsmessige endringer for Helse Sør-Øst RHF som følge av dette.

<sup>2</sup> Norsk regnskapsstiftelse. Utarbeider pensjonsforutsetninger som vanligvis oppdateres to ganger i året.

## 2.7 Overføring av finansieringsansvar for legemidler

De regionale helseforetakene har de siste årene fått overført finansieringsansvaret for ulike legemiddelgrupper fra Folketrygden. Etablert praksis er at legemidler som overføres til spesialisthelsetjenesten i sin helhet finansieres gjennom basisrammen i overføringsåret og inkluderes i ISF-ordningen det påfølgende året. Samlet øker basisrammen til Helse Sør-Øst RHF med 157,8 millioner kroner i 2021, slik det fremgår av tabell 8. Nærmere beskrivelse følger under.

Endring i basisrammen 2021	
Overføring av legemidler fra 1. februar 2021	32,4
Helårseffekt av legemidler overført 1. september 2020	125,4
<b>Netto endring i basisramme</b>	<b>157,8</b>

Tabell 8. Netto endring i basisrammen for finansiering av legemidler i millioner kroner (ekskl. tilskudd til refusjon av merverdiavgift)

I Prop.1 S (2020–2021) foreslås det at finansieringsansvaret for enkelte legemidler til behandling av MS, narkolepsi, immunsvikt og sjeldne sykdommer overføres fra Folketrygden til de regionale helseforetakene fra 1. februar 2021. Dette medfører at det flyttes til sammen 75 millioner kroner til de regionale helseforetakene, hvorav 15 millioner kroner til tilskuddsposten for refusjon av nøytral merverdiavgift. Resten overføres de regionale helseforetakenes basisramme, hvorav 32,4 millioner kroner til Helse Sør-Øst RHF. Som i budsjett for 2020 anbefales det at tildelte midler budsjetteres sentralt hos Helse Sør-Øst RHF og fordeles til helseforetakene og sykehus etter faktiske kostnader i 2021.

Fra 1. september 2020 fikk de regionale helseforetakene overført finansieringsansvar for legemidler til brukt i forbindelse med transplantasjoner og innenfor terapiområdene ALS, jernoverskudd og Cushings syndrom, samt immunglobuliner. I 2021 er det overført ytterligere 290 millioner kroner til de regionale helseforetakene for å håndtere en helårseffekt av kostnader til legemidler overført i 2020. Av de overførte midlene er 58 millioner kroner lagt til tilskuddsposten for refusjon av nøytral merverdiavgift og 232 millioner kroner til de regionale helseforetakenes basisramme, hvorav Helse Sør-Øst RHF er tildelt 125,4 millioner kroner. Finansiering av legemiddelkostnaden håndteres foreløpig kun gjennom basisbevilgning. På grunn av sen overføringsdato i 2020 foreligger det ikke informasjon om et kostnadsgrunnlag som gir kunnskap om kostnadsnivået for helseforetakene og sykehusene i regionen. Det foreligger derfor ikke et grunnlag for å fordele disse midlene i basisrammen for 2021. Det foreslås at basisrammebevilgningen for de overførte legemidlene i 2021 legges i Helse Sør-Øst RHF sammen med overføringen i 2020, og at midlene overføres til helseforetakene og sykehus etter påløpte kostnader også i 2021.

## 2.8 Andre endringer i basisrammen til Helse Sør-Øst RHF

- For at de samlede inntektene ikke skal reduseres som en følge av manglende prisomregning av egenandeler har regjeringen foreslått at basisrammen øker med 37,4 millioner kroner for Helse Sør-Øst RHF.



- Regjeringen foreslår å øke basisbevilgningene for å følge opp vedtakene som følger av endringer i bioteknologiloven. Dette gjelder assistert befruktning for enslige og kompensasjon for eggdonor. Basisrammen økes med 1,9 millioner kroner for Helse Sør-Øst RHF. Det kommer også en økning i ISF til dette formålet, jf. avsnitt 2.9.
- Regjeringen foreslår 0,5 millioner kroner til tiltak for unge innsatte ved Indre Østfold fengsel, avdeling Eidsberg.
- Regjeringen foreslår at basisrammen økes med 10,8 millioner kroner for å opprette en «Kontaktfamilieordning» for gravide som skal føde et barn med diagnose påvist i svangerskapet, og for gravide med foster hvor det er påvist en diagnose og hvor kvinnen er usikker på om hun vil søke å avbryte svangerskapet. De regionale helseforetakene skal implementere tilbudet i tjenesten i samarbeid med aktuelle pasientorganisasjoner.

Det gjøres en egen vurdering av hvordan disse midlene skal fordeles mellom helseforetakene og sykehusene, eller om endringen skal håndteres gjennom det regionale helseforetaket i budsjettåret. For de forhold som skal fordeles mellom helseforetakene og sykehusene benyttes fordelingsnøkler som best reflekterer endringens forventede økonomiske effekt.

## 2.9 Innsatsstyrt finansiering – ISF

ISF er, etter basisrammen, den største finansieringsposten til spesialisthelsetjenesten. Det viktigste formålet med innsatsstyrt finansiering er å understøtte sørge for-ansvaret til de regionale helseforetakene. Videre skal ordningen stimulere til kostnadseffektiv behandling og understøtte ønsket faglig utvikling. Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar for forvaltning og utvikling av innsatsstyrt finansiering. Under følger den viktigste informasjonen om ISF fra Prop. 1 S (2020–2021).

Siden 2018 har det årlig blitt flyttet midler fra basisbevilgning til ISF for å øke ISF-andelen innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling. På grunn av koronapandemien er det ønskelig med stabile rammebetingelser, og det foreslås derfor ikke slik flytting for 2021.

I 2019 ble enkelte prosedyrer utført av spesialister som har inngått driftsavtale med regionale helseforetak (avtalespesialister) inkludert i ISF-ordningen som en prøveordning. Det tas sikte på å inkludere avtalespesialistene i ISF-ordningen, men arbeidet er forsinket grunnet koronapandemien.

I 2019 ble det også innført en prøveordning i ISF der de regionale helseforetakene mottar ISF-refusjon per registrerte pasient i 12 utvalgte medisinske kvalitetsregistre. Målet er å stimulere til økt dekningsgrad i kvalitetsregistrene. Regjeringen foreslår at prøveordningen videreføres i 2021 for å stimulere til økt dekningsgrad.

Fra 1. juli 2020 ble refusjonene for telefonkonsultasjoner i ISF harmonisert med refusjonene for video- og fysiske konsultasjoner. Endringen vil håndteres innenfor rammene av ISF-ordningen 2021.

I Prop. 1 S (2020–2021) foreslås det å øke post 76 med 2,3 millioner kroner til oppfølging av vedtakene som følger av lovendringer i bioteknologiloven i de regionale helseforetakene. Dette gjelder assistert befruktning for enslige og kompensasjon til eggdonor.

## 2.10 Kvalitetsbasert finansiering

Kvalitetsbasert finansiering (KBF) er en finansieringsmodell som tildeler midler til de regionale helseforetakene basert på resultater av et utvalg av nasjonale kvalitetsindikatorer. Det er gjort noen endringer i indikatorsettet for 2021. Det er inkludert ni nye indikatorer som alle er brukererfaringsindikatorer fra PasOpp-undersøkelsen. Samtidig er det tatt ut åtte indikatorer fordi det mangler nye data. Disse er:

- Brukererfaringer med barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker
- Tre indikatorer for reinnleggelse etter 30 dager
- Fire indikatorer for 30-dagers overlevelse

KBF 2021 består nå av ni brukererfaringsindikatorer, 19 prosessindikatorer og elleve resultatindikatorer, til sammen 39 indikatorer.

I forslag til statsbudsjett for 2021 er det nasjonalt trukket 578 millioner kroner ut fra basisrammen, som deretter er fordelt mellom de fire regionale helseforetakene etter score på utvalgte kvalitetsindikatorer fra det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet.

I budsjettet for 2021 har Helse Sør-Øst RHF blitt trukket 311,5 millioner kroner og fått tilbakeført 311,7 millioner kroner. Den positive nettoeffekten av finansieringsordningen er dermed på 0,2 millioner kroner i 2021, en reduksjon fra foregående år (se tabell 9).

KBF 2021 nasjonalt	2018	2019	2020	2021
Helse Sør-Øst RHF	24,3	19,9	20,6	0,2
Helse Vest RHF	-0,5	-21,0	-17,4	-17,8
Helse Midt-Norge RHF	5,6	15,1	-1,6	22,1
Helse Nord RHF	-29,4	-14,0	-1,6	-4,5
Sum	0	0	0	0

Tabell 9. Nettoeffekt av fordeling av kvalitetsbasert finansiering (i millioner kroner)

Sammenlignet med 2020 har Helse Sør-Øst RHF fått færre poeng for prestasjonsmålene datakomplettethet og forbedring, samtidig som det har vært en økning i prestasjonsmålene best plassering og minimumsnivå. Helse Sør-Øst RHF har prestert bedre på brukererfaringsindikatorerne, men dårligere på prosess- og resultatindikatorerne.

Som tidligere år blir både uttrekk av basisramme og tilbakeføring av midler i ordningen fordelt etter helseforetakenes andel av basisrammen. Uttrekk basisramme og tilbakeføring av midler som gjelder Sunnaas sykehus HF og de fem private ideelle sykehusene med driftsavtale legges til det regionale helseforetaket. Tabell 10 viser det regionale resultatet fordelt på aktuelle helseforetak i Helse Sør-Øst:

KBF 2021	Uttrekk	KBF	Netto
Akershus universitetssykehus HF	-45 128	45 157	30
Sykehuset Innlandet HF	-33 422	33 444	22
Oslo universitetssykehus HF	-79 308	79 360	52
Sykehuset Telemark HF	-15 859	15 870	10
Sykehuset i Vestfold HF	-21 228	21 242	14
Sørlandet sykehus HF	-29 068	29 088	19
Vestre Viken HF	-39 341	39 367	26
Sykehuset Østfold HF	-27 398	27 416	18
Helse Sør-Øst RHF	-20 743	20 757	14
I alt	-311 495	311 700	205

Tabell 10. Fordeling av kvalitetsbasert finansiering 2021 (i tusen kroner)

Helsedirektoratet fikk i januar 2020 i oppdrag å vurdere hvordan kvalitetsbasert finansiering kan endres for å knytte ordningen tettere til sentrale mål for utvikling av spesialisthelsetjenesten, særlig knyttet til samhandling og digitalisering (jf. Nasjonal helse- og sykehusplan). Det skal legges vekt på å redusere antall indikatorer og tydeliggjøre sammenhengen mellom indikatorer og ønsket praksisendring i tjenesten. De regionale helseforetakene har blitt involvert i arbeidet, og det tas sikte på gjøre endringer i ordningen fra 2022.

### 2.11 Bemanning og kompetanseplanlegging

Koronapandemien har synliggjort behovet for gode lokale planer som beskriver hvordan helseforetakene på kort tid kan heve eller supplere kompetanse for ulike grupper av helsepersonell, slik at tilgjengelige bemanningsressurser kan økes innen utsatte områder. Det foreslås at denne type planer inngår i et strukturert opplegg for kompetanseutvikling, og at planene løpende vedlikeholdes. Helseforetakene må ta hensyn til gjennomføring av kompetansehevende tiltak i budsjettarbeidet.

Helseforetakene har i 2020 fått i oppdrag å avsette ressurser til utdanningsstillinger som ivaretar fremtidig behov i tjenesten, og det foreslås at dette oppdraget videreføres i 2021. Det skal gjennomføres framskrivninger basert på analyser innenfor alle fagområder/profesjoner. Tilgangen til praksisplasser er en flaskehals i spesialisthelsetjenesten, og det er viktig at kapasiteten økes. Helseforetakene og sykehusene må innføre nye modeller for gjennomføring av praksisstudiene i samarbeid med utdanningsinstitusjonene, der dette vurderes nødvendig.

Tilgang til nok og kvalifisert helsepersonell vil imidlertid ikke løses med økt utdanningskapasitet alene. Kapasitetsbehovet må ses i sammenheng med oppgavedeling og hvordan kompetansen konkret benyttes og settes sammen i arbeidsprosesser. For å være i forkant av utfordringene, er det behov for økt innsats og en klarere prioritering av utdanning og kompetanseplanlegging i 2021.

### 2.12 Nasjonale kompetansetjenester

For 2021 er bevilgningen i forslag til statsbudsjett til nasjonale kompetansetjenester til Helse Sør-Øst RHF over kap. 732, post 78, på i alt 353,3 millioner kroner. Av dette beløpet er *Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser* tildelt 228,2 millioner kroner. Tabell 11 viser at bevilgningen er på nivå med 2020.

Nasjonale kompetansetjenester Helse Sør-Øst RHF i Prop. 1	2020	2021
Tilskudd til nasjonalekompetansetjenester	343,9	353,3
<i>-herav Nasjonal kompetansetjeneste sjeldne diagnoser</i>	222,2	228,2

Tabell 11. Bevilgning til nasjonale kompetansetjenester i Helse Sør-Øst (i løpende millioner kroner)

De regionale helseforetakene er gitt i oppdrag å utrede etablering av et nasjonalt servicemiljø med regionale noder for nasjonale tjenester og nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk etter modell fra medisinske kvalitetsregistre. Det foreslås å reservere 3 millioner kroner i Helse Sør-Øst RHF til etablering av regionale noder for nasjonale tjenester og nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk i 2021.

### 2.13 Fordeling av forsknings- og innovasjonsmidler i Helse Sør-Øst for 2021

Regionale midler til forskning og innovasjon består av frie midler tilgjengelige for utlysning til nye aktiviteter, og midler bundet opp i videreføring av flerårige tiltak. For 2021 foreslås det en bevilgning på til sammen 632 millioner kroner til forskning og innovasjon. Summen omfatter det øremerkede tilskuddet til forskning fra Helse- og omsorgsdepartementet på 314 millioner kroner og midler fra det regionale helseforetakets eget budsjett på 318 millioner kroner. I tillegg forvalter Helse Sør-Øst RHF 146,8 millioner kroner til nasjonalt program for klinisk behandlingsforskning.

Departementets tilskudd til forskning er beregnet dels som et basistilskudd (30 %) som fordeles likt mellom de regionale helseforetakene og dels som et resultatbasert tilskudd (70 %). Andelen av den resultatbaserte tilskuddet er basert på relativ fordeling av forskningsproduksjon, målt i NIFU<sup>3</sup>-poeng, mellom regionene. For 2021 er ny indikator for kliniske behandlingsstudier innarbeidet i disse poengene. For 2021 mottar Helse Sør-Øst RHF 62,2 % av den resultatbaserte delen, mot 62,7 % i 2020.

Tabell 12 viser fordelingen av det øremerkede tilskuddet fra Helse- og omsorgsdepartementet til forskning for 2020 og 2021. Tilskuddet inkluderer basisdel og resultatbasert del.

Forskning i Prop. 1 S	2020		2021	
	Tilskudd	Andel	Tilskudd	Andel
Helse Sør-Øst RHF	308,5	51,4 %	314,0	51,0 %
Helse Vest RHF	123,6	20,6 %	125,8	20,4 %
Helse Midt-Norge RHF	93,8	15,1 %	96,5	15,7 %
Helse Nord RHF	77,4	12,9 %	79,2	12,9 %
I alt	600,3	100,0 %	615,5	100,0 %

Tabell 12. Fordeling av forskningsmidler mellom regioner. Tall i løpende millioner kroner og %. Kilde: Prop. 1 S (2020–2021)

I tabell 13 framgår det forslag til fordeling av regionale forsknings- og innovasjonsmidler for 2021.

<sup>3</sup> Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning

Øremerkede midler til forskning fra Prop. 1 S	Beløp (mill. kroner)	
Tilskudd til Helse Sør-Øst RHF	314,0	
<i>Videreføring</i>		
Tilsagn gitt ved tidligere tildelinger		224,1
Tilgjengelig for fri prosjektstøtte i 2021		89,4
<i>Annet</i>		
Nasjonale nettverkssatsinger (NSG)		0,5
Sum	314,0	314,0

RHF-avsetning av strategiske forsknings- og innovasjonsmidler		
Ramme for 2021 fra Helse Sør-Øst RHF*	318,0	
<i>Forskning</i>		
Tilsagn gitt ved tidligere tildelinger		116,4
Tilgjengelig for tildeling til fri prosjektstøtte i 2021		45,6
Regionale teknologiske kjernefasiliteter		30,9
Regional forskningsstøtte		34,0
Regionale forskningsnettverk		7,5
EMBL-noden, Norsk senter for molekylærmedisin		4,5
Utenlandsstipend		2,0
Strategiske tiltak for ikke-universitetssykehus		21,1
<i>Innovasjon</i>		
Tildeling til innovasjonstiltak		35,0
Regional innovasjonsstøtte		2,0
<i>Annet</i>		
Insentiver for stimulering av ekstern forskningsfinansiering		5,0
Søknadsvurdering, administrasjon og synliggjøring		2,0
Uforutsette strategiske forskningstiltak i løpet av året		1,5
Strategisk satsing på persontilpasset medisin		15,0
Forventet tilbakeføring av tidligere tildelte forskningsmidler og overførbare ubrukne midler	4,5	
Sum	636,5	636,5

\*Beløpet er prisjustert (2,6%) fra 2020 og tillagt 5 millioner kroner.

Tabell 13. Disponering av regionale forskning- og innovasjonsmidler i 2021 (i millioner kroner)

Med utgangspunkt i fordelingen foreslås det at i alt 137 millioner kroner gjøres tilgjengelig som konkurranseutsatte forskningsmidler lyst ut gjennom en søknadsprosess, en økning på 4,4 millioner kroner fra 2020. Tildeling av midlene til prosjekter legges fram for styret i egen sak i desember 2020 og inngår deretter i rammene til helseforetakene/ sykehusene for 2021.

Det øremerkede tilskuddet fra Helse- og omsorgsdepartementet inkluderer en avsetning til tre nasjonale forskningsnettverk utlyst i samsvar med anbefaling fra Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning i spesialisthelsetjenesten (NSG). Nettverkene er finansiert med 1 million kroner hver over tre år, og tildelingssummen er delt mellom de fire regionale helseforetakene og de fire universitetene med medisinutdanning.

### **Regional forsknings- og innovasjonsstøtte**

Regional forskningsstøtte inngår i virksomhetsområdet forskningsstøtte ved Oslo universitetssykehus HF og leverer operative støttefunksjoner til forskere ved alle helseforetak i regionen. Støttefunksjonene omfatter tjenester innen blant annet

prosjektadministrasjon, «clinical trials unit» (CTU), helseøkonomi, biostatistikk/epidemiologi og biobank- og registerstøtte. Oslo universitetssykehus HF bidrar også med regional innovasjonsstøtte. Denne er i hovedsak innrettet mot tjenesteinnovasjon i helseforetakene. Regional forskningsstøtte og regional innovasjonsstøtte mottar årlig støtte fra Helse Sør-Øst RHF for å kunne tilby tjenester til regionens forskere og innovatører. Regional forskningsstøtte foreslås nedjustert med en million kroner fra 35 millioner kroner i 2020 til 34 millioner kroner i 2021. Regional innovasjonsstøtte foreslås også redusert med en million kroner i 2021. Dette er i tråd med at flere av regionens helseforetak bygger opp egen kompetanse innen forskning og tjenesteinnovasjon. I løpet av første halvår 2021 vil regional forskningsstøttefunksjon og innovasjonsstøttefunksjon bli evaluert og det må i den forbindelse vurderes hva som skal være nivå på støtten fremover.

#### ***Regionale teknologiske kjernefasiliteter***

Helse Sør-Øst RHF bidrar med støtte til regionale, teknologiske kjernefasiliteter bygget opp rundt kompetansemiljøer med særlig kostbart utstyr som gjøres allment tilgjengelig for forskere i regionen. Dette er et profesjonalisert servicetilbud til brukerne, enten ved at det gis tilgang til spesialisert utstyr eller ved at fasilitetens ansatte gjør analyser for forskeren. De regionale kjernefasilitetene er lokalisert ved Oslo universitetssykehus HF og understøtter sykehusets rolle som nav for regionens forskningsaktiviteter. Flere av kjernefasilitetene er etablert i samarbeid med Universitetet i Oslo. Støtten foreslås videreført i 2021 med 30,9 millioner kroner fordelt på i alt 14 kjernefasiliteter. Dette inkluderer kjernefasiliteter som supplerer infrastruktur for presisjonsmedisin.

#### ***Regionale forskningsnettverk***

Regionale forskningsnettverk benyttes som virkemiddel for å skape gode samarbeidsrelasjoner og tilrettelegging for kompetanseheving, bedre koordinering og styrking av forskningen innen et avgrenset fagområde i regionen. Avsetningen for 2021 er en videreføring av eksisterende nettverk som er tildelt regionale forskningsmidler innenfor oppsatt tilsagnsperiode for støtte.

#### ***Norsk senter for molekulærmedisin***

Støtten til EMBL-noden ved Norsk senter for molekulær medisin (NCMM) foreslås videreført med 4,5 millioner kroner i 2021. NCMM ble t.o.m. 2019 finansiert med 7 millioner kroner årlig etter en konsortieavtale med Forskningsrådet og Universitetet i Oslo. NCMM har tatt initiativ til å bygge en ny struktur der alle helseregioner er planlagt inn som samarbeidspartnere. Senteret har fokus på translasjonsforskning for utvikling av presisjonsmedisin.

#### ***Utenlandsstipend***

Utenlandsstipend utlyses to ganger årlig og er begrenset til pågående prosjekter med finansiering fra Helse Sør-Øst RHF eller fra søkerinstitusjonen. I 2020 ble i alt 2,2 millioner kroner tildelt til slike stipend. Det foreslås å videreføre avsetningen til dette tiltaket på samme nivå som i 2020 med bakgrunn i at slike opphold lettere vil la seg gjennomføre etter at pandemisituasjonen er mer avklart.

#### ***Ikke-universitetssykehusene***

Styrking av forskning ved ikke-universitetssykehusene er videreført som strategisk tiltak siden 2016 og har fått god mottakelse. Midlene lyses ut årlig og har vært innrettet i ulike

søknadskategorier. Det foreslås en avsetning på totalt 21 millioner kroner til ordningen i 2020, inkludert 6 millioner kroner til nye prosjekter i 2021. Avsetningen kommer i tillegg til midler tildelt i den ordinære konkurransen om regionale forskningsmidler.

### ***Innovasjonstiltak***

Helse Sør-Øst RHF ønsker å støtte innovasjonsaktiviteten i foretaksgruppen. Det foreslås en avsetning på inntil 35 millioner kroner til fordeling til nye innovasjonstiltak i 2021. Beløpet er en økning på 3 millioner kroner fra 2020. I 2020 ble 4 millioner kroner tildelt forskningsbaserte innovasjonstiltak knyttet til påvisning av koronasmitte. Av innovasjonspotten for 2021 foreslås det at 25 millioner kroner øremerkes til tiltak rettet mot tjenesteinnovasjon. Midlene til tjenesteinnovasjon tildeles dels etter konkurranseutsetting og dels målrettet for å støtte spesifiserte tiltak av strategisk særlig stor betydning, herunder prosjekter som støtter opp under *Regional utviklingsplan*. Innovasjonspotten til nye prosjekter innen forskningsbasert innovasjon foreslås opprettholdt på samme nivå som i 2020.

### ***Persontilpasset medisin***

Det foreslås en avsetning på 15 millioner kroner i en strategisk satsing på persontilpasset medisin. Dette er en avsetning på samme nivå som i 2020. Midlene har i hovedsak vært brukt for å styrke infrastruktur for utvikling og bruk av molekylære tester, genpaneler og bruk av biomarkører i forskning og persontilpasset behandling innen kreftområdet ved universitetssykehusene. Infrastrukturen vil gjøre det mulig å ha nødvendig kapasitet og ressurser til å gjennomføre presisjonsdiagnostikk for kliniske studier med nødvendig pasientstratifisering. I dette er det også inkludert styrking av dedikerte forskningsbiobanker. Avsetningen for 2021 vil videreføre denne satsingen og i tillegg åpne for tildeling av midler rettet mot presisjonsmedisin innen andre fagområder, inkludert sjeldne sykdommer og mikrobiologi (infeksjonsmedisin).

### ***Annet***

For å stimulere forskningsmiljøene til innhenting av eksterne forskningsmidler foreslås det avsatt 5 millioner kroner for insentivordninger, noe som representerer en liten økning fra tidligere for ytterligere å legge til rette for kliniske studier. Midlene foreslås tilført INVEN2 til å dekke noe av kostnadene knyttet til INVEN2s arbeid med kontraktinngåelse og økonomisk oppfølging av eksternt finansierte, kliniske intervensjonsstudier ved helseforetakene. I 2021 vil denne bruken av insentivmidler bli evaluert og eventuelt justert.

I løpet av året kan det oppstå behov for tildeling av midler til strategiske forskningstiltak som det er viktig å støtte raskt uten at det organiseres en formell utlysningssprosess. Det foreslås avsatt 1,5 millioner kroner til slike uforutsette strategiske forskningstiltak for 2021. Dette kan spesielt være aktuelt for tiltak knyttet til koronapandemien.

### **Nasjonalt program for klinisk behandlingforskning**

Nasjonalt program for klinisk behandlingforskning (KLINBEFORSK) eies av de regionale helseforetakene i fellesskap. Tilskuddet på 146,8 millioner kroner for 2021 fordeles i sin helhet til Helse Sør-Øst RHF som håndterer midlene i samråd med, og på vegne av, de øvrige tre helseregionene. Programmidlene til KLINBEFORSK fordeles til større flerregionale studier etter en egen, nasjonal søknadsprosess. Tildelingen vedtas hvert år av de regionale helseforetakenes administrerende direktører.

## 2.14 Særskilte tilskudd i Prop. 1 S (2020–2021)

Tabell 14 viser særskilte tilskudd i Prop. 1 S (2020–2021). Tildelingene er i stor grad en videreføring av tildelte beløp i 2020, jf. omtale av tilskudd i sak 094-2019 *Budsjett 2020 – fordeling av midler til drift og investeringer*. Enkelte endringer fra 2020 er omtalt under tabellen.

Særskilte tilskudd	2021	2020	Endring	Kommentar
Omlegging av arbeidsgiveravgift	0	24 896	-24 896	Overført til basis og fordelt etter inntektsmodell
Tilskudd til turnustjeneste, foreløpig som i 2020	17 421	17 050	371	Videreføring av tidligere nivå
Koordineringsenhet for dom til behandling	1 700	1 700	-	Videreføring av tidligere nivå
Kreftregisteret	121 500	119 000	2 500	Videreføring av tidligere nivå
Screening kolorektal kreft	0	97 100	-97 100	Foreløpig ufordelt i 2021: 124,8 millioner kroner
Narkolepsi på barn	3 800	3 700	100	Videreføring av tidligere nivå
Doping	4 800	4 700	100	Videreføring av tidligere nivå
Biobank CFS/ME	1 000	1 000	-	Videreføring av tidligere nivå
Raskere tilbake	2 100	2 100	-	Videreføring av tidligere nivå
Persontilpasset medisin	61 300	30 700	30 600	Til ytterligere understøtte innføring
Rettsmedisinsk institutt	182 400	178 600	3 800	Videreføring av tidligere nivå
Anestesibemannete legebiler Innlandet og Telemark	10 700	10 500	200	Videreføring av tidligere nivå
Medisinsk undersøkelse på barnehusene	18 600	18 300	300	Videreføring av tidligere nivå
Bedre psykisk helsehjelp i barnevernet	6 850	6 700	150	Videreføring av tidligere nivå
Landsdekkende modell for rettspsykiatri	1 900	1 800	100	Videreføring av tidligere nivå
Drift av nye metoder	6 600	6 500	100	Videreføring av tidligere nivå
Omorganisering kvinnehelseforskning	14 600	14 300	300	Videreføring av tidligere nivå
Heroinassistert behandling	21 700	7 070	14 630	Økning av tilskudd for å understøtte innføringen ytterligere
Bredtveit fengsel	1 800	0	1 800	Til opprettelse av et nasjonalt ressursteam for kvinner
Smittevernlager	603 300	0	603 300	Økning ifb. koronapandemien
Kompensasjon beredskap koronapandemien	1 131 300	0	1 131 300	Økning ifb. koronapandemien
Midlertidig ordning reduserte ventetider	107 700	0	107 700	Økning ifb. koronapandemien
I alt	2 321 071	545 716	1 775 355	

Tabell 14. Særskilte tilskudd fra Prop. 1 S (2020–2021) i løpende millioner kroner

### Omlegging av arbeidsgiveravgift

Tidligere tilskudd til kompensasjon for differensiert arbeidsgiveravgift er innarbeidet i basisrammen til de regionale helseforetakene ved innføring av ny nasjonal inntektsmodell. Midlene blir nå fordelt til de fire regionale helseforetakene etter inntektsmodellen. Det foreslås at midlene i 2021 fordeles til helseforetak som tidligere har mottatt tilskudd for kompensasjon for delvis bortfall av differensiert arbeidsgiveravgift for å opprettholde helseforetakenes inntektsforutsetning. Det foreslås at bevilgningen inngår som en del av den regionale inntektsmodellen fra 2022.

### Screening kolorektal kreft

Regjeringen vil innføre et nasjonalt screeningprogram mot tarmkreft som skal være landsdekkende innen 2024. Det har pågått et pilotprosjekt i to helseforetak i Helse Sør-Øst fra 2012–2019, med tilførte midler over statsbudsjettet årlig siden 2012. Det ble i 2018 etablert et interregionalt prosjekt for innføring av et nasjonalt screeningprogram med en styringsgruppe under ledelse av Helse Sør-Øst RHF. Det nasjonale screeningprogrammet igangsettes i slutten av 2021.

Regjeringen foreslår samlet et tilskudd på 124,8 millioner kroner i 2021 til oppfølgingen av pilotprosjektet, investering og utvikling i IT-program, rekruttering av personell, skopiskole, investeringer i endoskopisentre mv. Det er planlagt at tilskuddet økes fram til 2024 som følge av gradvis oppbygging nasjonalt. Midlene fordeles nasjonalt etter vedtak av de regionale helseforetakenes administrerende direktører.



### Persontilpasset medisin

For å følge opp Nasjonal strategi for persontilpasset medisin (2017–2021), har Helse Sør-Øst RHF mottatt tilskudd hvert år siden 2017. I Prop. 1 S (2020–2021) foreslås det å øke tilskuddet til persontilpasset medisin med 30 millioner kroner til 61,3 millioner kroner for å understøtte innføringen av persontilpasset medisin ytterligere.

Helse Sør-Øst RHF administrerer tilskuddene på vegne av de regionale helseforetakene. Midlene finansierer oppbygging og drift av nasjonal, anonym database over genetiske varianter hos norske pasienter, samt etablering og drift av et nasjonalt nettverk med oppbygging av regional, tverrfaglig kompetanse om persontilpasset medisin i alle helseregionene. Videre skal tilskuddet understøtte nødvendig utredningsarbeid knyttet til blant annet juridiske problemstillinger. Forslaget til statsbudsjett presiserer at midlene også skal understøtte implementeringen av molekylær diagnostikk.

Tabell 15 viser at de regionale helseforetakene ved Helse Sør-Øst RHF nå til sammen har fått 144,9 millioner kroner (i løpende kroner) over 5 år.

2017	2018	2019	2020	2021	Sum
8,0	19,2	25,7	30,7	61,3	144,9

Tabell 15. Tilskudd til persontilpasset medisin for de regionale helseforetakene ved Helse Sør-Øst RHF (tall i løpende millioner kroner)

Midlene til persontilpasset medisin for perioden 2017–2020 er benyttet/disponert i samsvar med oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet som vist i tabell 16.

Disponering av tilskudd til persontilpasset medisin	Millioner kroner
Utviklingsarbeid knyttet til etablering av variantdatabase	1,7
Implementering av kompetansenettverk	8
Infrastruktur innen persontilpasset medisin	50
Juridisk utredning v/ Helsedirektoratet	6

Tabell 16. Disponering av tilskudd til persontilpasset medisin (millioner kroner)

Det foreslås at tilskuddet på 61,3 millioner kroner budsjettertes sentralt i det regionale helseforetakets budsjett og disponeres i henhold til vedtak fattet av de regionale helseforetakenes administrerende direktører.

### Heroinassistert behandling

Et femårig forsøk med heroinassistert behandling ble igangsatt i 2020. Det skal etableres tilbud i Oslo og i Bergen for opptil 300 opiatavhengige gjennom egne klinikker med god helse- og sosialfaglig bemanning. Forsøket skal følgeevalueres. Samlet foreslår regjeringen et tilskudd på 32,6 millioner kroner i 2021 til videreføring av forsøket, der 21,7 millioner kroner fordeles til Helse Sør-Øst RHF.

I budsjett 2020 ble midlene på omtrent 7,1 millioner kroner budsjettert i Helse Sør-Øst RHF og så ble Oslo universitetssykehus HF i løpet av 2020 tildelt midlene. For budsjett 2021 foreslås det at midlene på tilsvarende vis budsjettertes i det regionale helseforetakets budsjett inntil en plan for tildelingen er klar.

### Ressursteam ved Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt

Regjeringen foreslår å etablere et nasjonalt tilbud for innsatte kvinner gjennom et ressursteam ved Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt. Målet er å bidra til å forebygge og hindre langvarig isolasjon for innsatte med alvorlige psykiske lidelser. Målgruppen for tilbudet er kvinner innsatt i Bredtveit fengsel med betydelig nedsatt psykisk helse og en sammensatt og alvorlig problematikk, som ikke kvalifiserer for lengre innleggelse i psykisk helsevern. Det finnes allerede en tilsvarende ordning for menn ved Ila fengsel. Regjeringen foreslår en bevilgning på 1,8 millioner kroner som skal gå til helsefaglig bemanning med særlig kompetanse innen sikkerhetspsykiatri.

Det foreslås at midlene foreløpig budsjetteres i det regionale helseforetakets budsjett.

### Endringer i tilskudd for håndtering av koronapandemien

I Prop. 1 S (2020–2021) foreslår regjeringen et samlet tilskudd på 3 420 millioner kroner nasjonalt for å kompensere for at smittevern- og beredskapstiltak gir mindre effektive pasientforløp og økte driftskostnader, samt for kostnader til smittevernutstyr. Av disse er 1 842 millioner kroner foreslått bevilget til Helse Sør-Øst RHF. I tillegg foreslår regjeringen en kompensasjon for merverdiavgift for innkjøp av smittevernsutstyr på 280 millioner kroner over post 80. Tabell 17 viser fordelingen av tilskuddet nasjonalt, og Helse Sør-Øst RHF sin andel av denne.

Tilskudd koronapandemien	Nasjonalt	Helse Sør-Øst RHF
Smittevernslager	1 120 000	603 300
Kompensasjon beredskap koronapandemien	2 100 000	1 131 300
Midlertidig ordning ventetider	200 000	107 700
Sum tilskudd koronapandemien	3 420 000	1 842 300

Tabell 17. Tilskudd til koronapandemien (i tusen kroner). Kompensasjon for mva. er utelatt fra tallene

1 131 millioner kroner av den totale bevilgningen på 1 842 millioner kroner til Helse Sør-Øst RHF skal gå til kompensasjon for smitteverns- og beredskapstiltak. Det foreslås at det foreløpig holdes tilbake 531 millioner kroner hos Helse Sør-Øst RHF for å kunne håndtere eventuelle kostnadsutfordringer knyttet til koronapandemien i 2021. Det foreslås at de resterende 600 millioner kronene fordeles mellom tjenesteområdene basert på fordelingen i inntektsmodellen, og at det innenfor alle tjenesteområder bortsett fra somatikk benyttes behovsandeler til å fordele midlene mellom helseforetak og sykehus. Som fordelingsnøkkel innenfor somatikk foreslås andel av budsjettet aktivitet i regionen i 2020 målt som ISF-poeng. For de private ideelle sykehusene uten opptaksområde og Sunnaas sykehus HF er det gjort en særskilt vurdering, og det foreslås at Sunnaas sykehus HF og Martina Hansens Hospital tildeles 1 million kroner hver, mens Betanien Hospital og Revmatismesykehuset ikke får kompensasjon i 2021 da disse sykehusene ikke skal etablere beredskap for koronapandemien. Den foreslåtte fordelingen er vist i tabell 18.

Fordeling kompensasjon smitteverns- og beredskapstiltak 2021	Fordeling mellom helseforetak/ sykehus
Akershus universitetssykehus HF	84 209
Oslo universitetssykehus HF	136 152
Sunnaas sykehus HF	1 000
Sykehuset i Vestfold HF	43 552
Sykehuset Innlandet HF	67 676
Sykehuset Telemark HF	32 710
Sykehuset Østfold HF	57 236
Sørlandet sykehus HF	58 733
Vestre Viken HF	82 718
Helse Sør-Øst foretaksgruppen	563 986
Betanien Hospital	0
Diakonhjemmet Sykehus	16 502
Lovisenberg Diakonale Sykehus	18 512
Martina Hansens Hospital	1 000
Revmatismesykehuset	0
I alt	600 000

Tabell 18. Fordeling av tilskudd for smitteverns- og beredskapstiltak mellom helseforetak og sykehus (i tusen kroner)

Helse Sør-Øst RHF har i 2020 gjennom sitt nasjonale ansvar for innkjøp av smittevernutstyr, også administrert oppbygging av et regionalt smittevernlager. Det foreslås at Helse Sør-Øst RHF viderefører dette arbeidet i 2021, og at tilskuddet på 603,3 millioner kroner legges til det regionale helseforetaket.

Regjeringen har foreslått å bevilge et tilskudd på 200 millioner kroner til en midlertidig insentivordning som skal stimulere helseforetakene til å gjennomføre forbedringstiltak for å redusere ventetider og forbedre kapasitetsutnyttelsen ved poliklinikker i 2021. Av dette tilskuddet bevilges 107,7 millioner til Helse Sør-Øst RHF. Helse- og omsorgsdepartementet har i Prop. 1 S (2020–2021) anført at midlene skal administreres av de regionale helseforetakene, og tildeles til konkrete tiltak og prosjekter innenfor mål og rammer satt av departementet. Helse Sør-Øst RHF vil komme tilbake til håndteringen av dette.

## 2.15 Oppfølging av saker fra økonomisk langtidsplan 2021–2024

### Inntektsfordeling internt i Oslo sykehusområde

#### **Gjestepasientoppgjør**

I styresak 055-2019 *Økonomisk langtidsplan 2020–2023* ble det vedtatt å innføre regional inntektsmodell for tjenesteområdet somatikk i Oslo sykehusområde. Som en konsekvens av dette ble det også innført et gjestepasientoppgjør for somatiske tjenester internt i sykehusområdet, der prisen avhenger av hvor stort volum innenfor den enkelte DRG som behandles ved et annet helseforetak/sykehus. Det brukes historiske data for å predikere pasientmobilitet i påfølgende år og det korrigeres for planlagte endringer i oppgave- og funksjonsfordelinger i sykehusområdet. I planforutsetningene til økonomisk langtidsplan

2021–2024 ble gjestepasientoppgjøret forskuttert med et gjennomsnitt av aktiviteten for 2018 og foreløpig aktivitet for 2019 (tilgjengelig januar 2020). Endelig aktivitet for 2019 viser en vesentlig økning i ISF-poeng fra de foreløpige tallene. Det anbefales derfor at det forskutterte gjestepasientoppgjøret korrigeres med økonomisk effekt av endrede aktivitetsstrømmer i inntektsrammene for 2021. Det pågår en gjennomgang av den faktiske aktiviteten knyttet til endringer i oppgave- og funksjonsfordelinger i 2019 og 2020. Eventuelle justeringer i gjestepasientoppgjøret som følge av denne gjennomgangen innarbeides i inntektsrammene som inngår i oppdrag og bestilling 2021.

#### ***Dekning av ufinansierte legemiddelkostnader***

Overføring av finansiering fra basisramme til ISF-ordningen for legemidler overført i 2018 ga en kostnadmessig utfordring for Helse Sør-Øst på 40 millioner kroner i 2019. Basisrammen ble fordelt til sykehusområdene/helseforetakene etter inntektsmodellens behovsandeler i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og Oslo universitetssykehus HF fikk tildelt basisrammen for sykehusene i Oslo sykehusområde. Diakonhjemmet Sykehus AS og Lovisenberg Diakonale Sykehus AS er i 2019 og 2020 gitt inntekter til dekning av kostnader til legemidler overført i 2018. I 2020 er sykehusene tildelt inntil 30 millioner kroner av regional resultatbuffer for å håndtere forventede legemiddelkostnader utover tildelt basisramme. Kostnadsanslag for 2021 viser at det fortsatt vil være en kostnadmessig utfordring for Diakonhjemmet Sykehus AS og Lovisenberg Diakonale Sykehus AS på nivå med 2020. Det anbefales derfor at det disponeres inntil 30 millioner kroner av inntektsrammen til Helse Sør-Øst RHF for dekning av ufinansierte legemiddelkostnader ved Diakonhjemmet Sykehus AS og Lovisenberg Diakonale Sykehus AS i 2021. Finansiering av legemidler vil gjennomgås i forbindelse med planforutsetningene for økonomisk langtidsplan 2022–2025.

#### ***Behandlingshjelpemidler***

Oslo universitetssykehus HF har ansvaret for håndtering av behandlingshjelpemidler for alle pasienter i Oslo sykehusområde. Etter innføring av inntektsmodellprinsipper innen somatikk i Oslo sykehusområde fakturerer Oslo universitetssykehus HF Diakonhjemmet Sykehus AS og Lovisenberg Diakonale Sykehus AS for behandlingshjelpemiddelkostnader til pasienter fra deres opptaksområder. For budsjett 2020 ble Diakonhjemmet Sykehus AS og Lovisenberg Diakonale Sykehus AS tildelt en midlertidig inntektsstøtte på henholdsvis inntil 41 millioner kroner og 45 millioner kroner, og denne støtten ble halvert i planforutsetningene for økonomisk langtidsplan 2021–2024. På grunn av koronapandemien har tilpasning til disse kostnadene vært utfordrende. For budsjett 2021 forslår det derfor at inntektsstøtten fra 2020 i sin helhet videreføres.

#### ***Ekstraordinær inntektsstøtte***

Det foreslås at Lovisenberg Diakonale Sykehus AS tildeles inntektsstøtte på 20 millioner kroner for vesentlige modelleffekter ved inntektsmodelloppdateringen for 2021.

Diakonhjemmet Sykehus AS ble tildelt en inntektsstøtte på 50 millioner kroner i 2020 for å håndtere omstillingsutfordringen ved et redusert inntektsnivå som følge av innføring av inntektsmodellprinsipper innen somatikk i Oslo sykehusområde. Inntektsstøtten ble som varslet ved tildeling i 2020, halvert i planforutsetningene i forbindelse med økonomisk langtidsplan 2021-2024. På grunn av koronapandemien og forsinket tilpasning til nye inntektsrammer i denne forbindelse, foreslås en inntektsstøtte på 45 millioner kroner til Diakonhjemmet Sykehus AS i 2021, en reduksjon på fem millioner kroner fra 2020.

### **Oppsummering for Oslo sykehusområde**

Samlet foreslås det at Diakonhjemmet Sykehus AS og Lovisenberg Diakonale Sykehus AS tildeles en midlertidig inntektsstøtte på henholdsvis 86 millioner kroner og 65 millioner kroner i 2021, til sammen 151 millioner kroner. I tillegg kommer 30 millioner kroner til dekning av ufinansierte legemiddelkostnader overført i 2018. Foreslått inntektsstøtte dekkes innenfor resultatbufferen til Helse Sør-Øst RHF. I tillegg kommer andre tildelinger som nevnt i denne styresaken.

Som del av planforutsetningene for økonomisk langtidsplan 2022–2025 planlegges det med at inntektsstøtten halveres for 2022 og bortfaller i sin helhet fra 2023.

### **Konsekvenser av kommunesammenslåing**

Sande kommune og Holmestrand kommune ble slått sammen til nye Holmestrand kommune fra 1. januar 2020. Sande kommune tilhørte opptaksområdet til Vestre Viken HF og Holmestrand kommune tilhørte opptaksområdet til Sykehuset i Vestfold HF. Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok i styresak 066-2020 *Helseforetakstilknytning Holmestrand kommune* at Holmestrand kommune kan ha delt helseforetakstilknytning. Vedtaket i styresak 066-2020 innebærer også at løsningen med at akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) Vestfold Telemark håndterer nødmede- og kommunikasjonstjeneste for Holmestrand kommune gjøres permanent. I tråd med beslutningen ligger opptaksområdene fra før 2020 dermed til grunn for inntektsfordelingen i 2021. Helseforetakene har blitt enige om håndtering av kostnader som følger pasientens kommunetilhørighet, men må belastes helseforetaket som har fått henført faste inntekter etter gammel kommunetilhørighet.

### **Sunnaas sykehus HF – inntektsrammeforutsetninger**

Sunnaas sykehus HF er tildelt 2 millioner kroner i økt basisramme i 2020. Basisrammetildelingen i 2020 var for å understøtte den regionale oppgaven sykehuset innehar innen kompleks rehabilitering. I styresak 017-2020 *Økonomisk langtidsplan 2021–2024 – planforutsetninger* ble det lagt inn som en planforutsetning at Sunnaas sykehus HF får en årlig økning i sin basisramme i størrelsesorden 1,5 millioner kroner. Det har ikke vært noen vesentlige endringer i Sunnaas sykehus HF sitt regionale ansvar.

Det foreslås at forutsetningen om økt basisramme fra økonomisk langtidsplan videreføres. Prismregnet gir dette Sunnaas sykehus HF en økt basisramme på 1,6 millioner kroner i 2021.

### **Regionale kompetansetjenester**

Det ble i styresak 017-2020 *Økonomisk langtidsplan 2021–2024 – planforutsetninger* omtalt at Helse Sør-Øst RHF arbeider med en gjennomgang av de økonomiske rammebetingelsene for regionale kompetansetjenester. Det pågår en tilsvarende gjennomgang av nasjonale kompetansetjenester og det er behov for å se dette i sammenheng. Det må forventes at det innføres tidsbegrensning for regionale kompetansetjenester, samtidig som det sees på konsolidering og utfasing for å kunne finansieres nye kompetansetjenester i tråd med endrede behov. Føringer for endringer i omfang og/eller innretning av de regionale kompetansetjenestene i Helse Sør-Øst vil fremkomme av arbeidet med økonomisk langtidsplan 2022-2025. For budsjett 2021 foreslås det ingen endringer i de økonomiske rammene til regionale kompetansetjenester, det vil si en videreføring av 97 millioner kroner fra budsjett 2020.

### **Sykehuset Innlandet HF – avdeling for gravide rusavhengige**

Regional enhet for gravide og familie i Helse Sør-Øst ved Sykehuset Innlandet HF er delt i én enhet med ti døgnplasser for gravide og én enhet med ti døgnplasser for familie. Enheten blir finansiert med gjestepasientinntekter og basisramme fra Helse Sør-Øst RHF.

Sykehuset Innlandet HF hadde en høyere innsøking til den regionale enheten i 2019 enn forutsatt, og basisrammen til Sykehuset Innlandet HF ble derfor redusert med fem millioner kroner i budsjett 2020. I styresak 017-2020 *Økonomisk langtidsplan 2021–2024 – planforutsetninger* ble det omtalt at Helse Sør-Øst RHF skulle følge med på utviklingen i 2020, og vente med å foreslå endringer i innretningen på tilbudet.

Det anbefales at utviklingen føles videre, og at basisramme fra budsjett 2020 opprettholdes.

## **2.16 Nye forhold i budsjett 2021**

### **Oslo universitetssykehus HF - videreføring av basistildeling til PET-ressurser**

Oslo universitetssykehus HF fikk i budsjett 2019 tildelt 3,1 millioner kroner for å finansiere to legestillinger i 2019 og 2020, slik at helseforetaket kunne bistå de andre helseforetakene med blant annet opplæring, rådgivning og regranskning innenfor positronemisjonstomografi (PET). Bevilgningen på 3,1 millioner kroner er trukket ut i planforutsetningen til økonomisk langtidsplan i 2021.

For å kunne avslutte den planlagte hospiteringen av leger fra andre helseforetak i Helse Sør-Øst, er det behov for videreføring av to stillinger også i 2021. For å sikre at videre oppbygging av nødvendig PET-kapasitet i Helse Sør-Øst, nødvendig bistand til de nye fagmiljøene ved andre helseforetak og god utnyttelse av de store utstyrsinvesteringene som gjøres, anbefales det at Oslo universitetssykehus HF får innvilget sin søknad om forlengelse av to engasjementstillinger for 2021. Det anbefales at Oslo universitetssykehus HF får en midlertidig tildeling på 3,1 millioner kroner i 2021.

### **Oslo universitetssykehus HF - avvikling av kvalitetsregisteret for døvblinde**

Helse Sør-Øst RHF fikk i statsbudsjettet 2013 overført 1,5 millioner kroner fra post 78 til post 72 for å ivareta Nasjonalt tverrfaglig team for diagnostisering og identifisering av døvblindhet (NTT), samt kvalitetsregisteret for døvblinde. Bevilgningen ble videreført til Oslo universitetssykehus HF som ivaretok disse oppgavene. I 2020 er bevilgningen på 1,8 millioner kroner. Koordineringsansvaret og finansieringen av NTT overføres fra Helse Sør-Øst RHF til Helse Nord RHF i 2020, og det medfølger 616 000 kroner (2020-kroner) for oppgaven. Oslo universitetssykehus HF har bekreftet at kvalitetsregisteret avvikles i løpet av 2020. Det anbefales på denne bakgrunn at basisrammen til Oslo universitetssykehus HF reduseres med 1,2 millioner kroner (2021-kroner), og at midlene legges tilbake til Helse Sør-Øst RHF.

### **Oslo universitetssykehus HF - utvidet oppdrag innen prehospitaltjenester i nye Asker kommune og for opptaksområdet til Akershus universitetssykehus HF**

Asker, Røyken og Hurum kommune ble slått sammen til nye Asker kommune fra 1. januar 2020. Det er planlagt et større prosjekt om AMK-organiseringen i Helse Sør-Øst, og av den

grunn er det innført en midlertidig løsning hvor 113 for hele nye Asker kommune er rutet til AMK Oslo. Bakkeberedskap (ambulansse) er delt mellom Vestre Viken HF (Røyken og Hurum) og Oslo universitetssykehus HF (tidligere Asker). Bedring av målt respons i den nye kommunen krever en forsterket ressursinnsats fra Oslo universitetssykehus HF. Endringene gjenspeiles ikke i det prehospitale elementet i inntektsmodellen. Det foreslås at Oslo universitetssykehus HF får en midlertidig tildeling på 2,5 millioner kroner i 2021 for å dekke merkostnaden ved forsterket ressursinnsats.

26. november 2019 vedtok Akershus universitetssykehus HF oppstart av prosjekt for Kongsvinger fase III med iverksettelse i 2020. Dette medførte endringer i pasientstrøm mellom Nordbyhagen og Kongsvinger for kommunene Ullensaker og Eidsvoll. Endringene innebærer ekstra ressursbruk i ambulansetjenesten og økte pasientreisekostnader for Oslo universitetssykehus HF. Det foreslås at Oslo universitetssykehus HF får en midlertidig tildeling på 2,5 millioner kroner til dekning av økt ressursbruk. Midlene tildeles fra Helse Sør-Øst RHF med eget tildelingsbrev. Det foreslås at pasientreisekostnader for pasienter fra kommunene Ullensaker og Eidsvoll i 2021 dekkes av Helse Sør-Øst RHF etter regning.

Som nevnt er det planlagt et større prosjekt om AMK-organiseringen i Helse Sør-Øst. I tillegg er det planlagt et prosjekt for å revidere den regionale inntektsmodellen, inkludert elementet for prehospitale tjenester. Det forventes at disse prosjektene vil resultere i permanente løsninger for nye Asker kommune og opptaksområdet til Akershus universitetssykehus HF.

#### **Psykisk helsetilbud for synshemmede på Gaustad**

Ved Stortingets behandling av Prop. 117 S (2019–2020) og Prop. 127 S (2019–2020), jf. Innst. 360 S (2019–2020), ble Helse Sør-Øst RHF tildelt basisbevilgning på 2,5 millioner kroner til et psykisk helsetilbud for synshemmede på Gaustad. I Prop. 1 S (2020–2021) foreslår regjeringen at Helse Sør-Øst RHF skal videreføre tilbudet innenfor forslaget til budsjetttramme i 2021. Det foreslås at det disponeres 2,5 millioner kroner av basisrammen til Helse Sør-Øst RHF til formålet i 2021.

#### **Etablering av regionalt barnepalliativt team**

I brev fra Helse- og omsorgsdepartementet som spesifiserer oppfølging av Stortingets behandling av Prop. 117 S (2019–2020) og Prop. 127 S (2019–2020) fikk Helse Sør-Øst RHF en føring om hvordan økt basisbevilgning til håndtering av koronapandemien skal benyttes. *Midlene skal blant annet benyttes til å etablere regionale barnepalliative team, jf. oppdragsdokumentet for 2020.* I Prop. 1 S (2020–2021) vises det til Innst. 360 S (2019–2020) der Stortinget ber om at arbeidet med å etablere palliative team prioriteres, slik at det raskt kan etableres et tilbud i regi av de regionale helseforetakene. I styresak 102-2018, *Budsjett 2019- fordeling av midler til drift og investeringer*, ble det bevilget 2,2 millioner kroner i økt basisramme til Oslo universitetssykehus for etablering av barnepalliativt team, og barnepalliativt team er nå etablert i Helse Sør-Øst. I tillegg ble det i styresak 121-2020 *Økonomiske konsekvenser av Covid-19 pandemien – fordeling av gjenstående bevilgning*, foreslått en ytterligere tildeling lik 0,8 millioner kroner. Det foreslås at samlet bevilgning videreføres i 2021 og tildeles innenfor vekstrammen til Helse Sør-Øst RHF. Med prisomregning utgjør samlet tildeling til regionalt barnepalliativt team 3,1 millioner kroner for 2021.

### **Overføring av virksomhet fra LHL-sykehuset til Akershus universitetssykehus HF**

Akershus universitetssykehus HF skal overta virksomheten til LHL-sykehuset innenfor invasiv kardiologi. I den forbindelse foreslås det at avregningen som ble gjort i inntektsmodellen for 2021 for kjøp av disse tjenestene hos LHL, tilbakeføres til helseforetakene og sykehusene slik at disse er i stand til å betale gjestepasientoppgjør for invasiv kardiologi. Det foreslås at prisen settes til 100 % av ISF-pris. I planforutsetningene for økonomisk langtidsplan 2022–2025 vil utvidelsen av invasiv kardiologi ved Akershus universitetssykehus HF vurderes inn mot abonnementsordningen for høyspesialiserte tjenester på lik linje med tilsvarende aktivitet ved Sørlandet sykehus HF.

### **Kompetanse- og ressursbehov i utvikling av fødeinstitusjoner**

Helse Sør-Øst RHF har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å følge opp kompetanse- og ressursbehovet dokumentert i HelseDirektoratets rapport «Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem» i utviklingen av fødeinstitusjonene. Det er igangsatt et internt arbeid i Helse Sør-Øst RHF for å koordinere arbeidet og rapportere på oppdraget. Arbeidsgruppen skal blant annet se på tiltak som skal bidra til tilstrekkelig kvalifisert bemanning i fødselsomsorgen, tilpasning av bemanning i forhold til antall pasienter, rekrutteringsplaner, følgetjeneste og finansiering.

HelseDirektoratet skal vurdere behovet for justeringer i klassifikasjonssystemet innenfor ISF og utrede muligheten for å finansiere (deler av) fødselsomsorgen som helhetlige tjenesteforløp. Det vil ikke komme endringer i ISF-ordningen som har konsekvenser for finansiering av fødetilbudet før tidligst i 2022.

### **2.17 Private ideelle uten opptaksområde**

De tre private ideelle sykehusene uten opptaksområde som har driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF er Martina Hansens Hospital, Betanien Hospital og Revmatismesykehuset.

Det pågår et arbeid i Helse Sør-Øst RHF med å vurdere hvilken rolle de private ideelle sykehusene uten opptaksområdet skal ha. Arbeidet må sees i lys av oppdraget Helse Sør-Øst RHF fikk i Oppdragsdokument 2019 – tilleggskdokument etter Stortingets behandling av Prop. 114 S (2018–2019), der Helse Sør-Øst RHF gis i oppdrag å ha en klar målsetting og utarbeide strategier for bruk av ideelle.

Finansieringsansvaret for legemidler gitt i sykehus ble fra 2017 henført behandlende sykehus. De tre private sykehusene uten opptaksområde fikk økt sin basisramme for å dekke legemiddelkostnadene, finansiert med uttrekk fra øvrige helseforetak. Nivået på aktivitetsavhengig basisramme vurderes årlig. Kostnadene per 2. tertial 2020 tilsier et trekk på i underkant av 4 millioner kroner i aktivitetsavhengig basisramme ved de tre private ideelle sykehusene uten opptaksområde for 2021. Det anbefales at basisrammen til de private ideelle sykehusene uten opptaksområde reduseres med 3,982 millioner kroner i 2021 (jf. tabell 19), og at pengene legges tilbake til helseforetak og sykehus etter andel trekk i inntektsmodellen 2021.



Sykehus	Reduksjon i basisrammen 2021
Martina Hansens Hospital	-1 561
Betanien Hospital	-777
Revmatismesykehuset	-1 644
Sum	-3 982

Tabell 19. Reduksjon i basisrammen (i tusen kroner)

Det er på nåværende tidspunkt ikke andre forhold som gir grunnlag for å endre inntektsrammeforutsetningen til de private ideelle sykehusene utover de endringer som er innarbeidet i planforutsetningen til økonomisk langtidsplan 2021.

## 2.18 Samlet fordeling av faste inntekter

I tillegg til bevilgninger over statsbudsjettet til Helse Sør-Øst RHF, får det regionale helseforetaket inntekter fra andre helseregioner i form av gjestepasientinntekter for bruk av private institusjoner som Helse Sør-Øst RHF har avtale med innen rehabilitering og psykisk helsevern, samt inntekter fra ISF-aktivitet hos private, kommersielle leverandører. I tillegg kommer netto finansinntekter.

Samlet sett fremstår inntektene til fordeling i 2021 som i tabell 20, som også viser forslag til overordnet fordeling av disse inntektene.

Fordeling av faste inntekter i Prop. 1 S (2020–2021)	
Fordelt til helseforetak og sykehus	51 431
Fordelt til Helse Sør-Øst RHF	10 683
Fordelt i alt	62 115

(tall i millioner kroner)

Tabell 20. Inntekter til Helse Sør-Øst RHF (i løpende millioner kroner)

De faste inntekter for 2021 foreslås tildelt helseforetakene inkludert Sykehuspartner HF, de private ideelle sykehusene og Helse Sør-Øst RHF som vist i tabell 21.

Faste inntekter 2021	Basisramme inkl. KBF	Nasjonale kompetanse-tjenester	Andre tilskudd og inntekter	I alt
Akershus universitetssykehus HF	7 380	0	89	7 469
Oslo universitetssykehus HF	12 571	178	611	13 360
Sunnaas sykehus HF	402	36	1	439
Sykehuset i Vestfold HF	5 217	2	73	5 292
Sykehuset Innlandet HF	3 393	11	49	3 453
Sykehuset Telemark HF	2 504	0	34	2 539
Sykehuset Østfold HF	4 386	0	61	4 447
Sørlandet Sykehus HF	4 645	2	70	4 717
Vestre Viken HF	6 348	0	85	6 434
Sykehuspartner HF	400	0	0	400
Betanien Hospital	87	0	0	87
Diakonhjemmet Sykehus	1 187	2	17	1 206
Lovisenberg Diakonale Sykehus	1 326	17	23	1 366
Martina Hansens Hospital	165	0	1	166
Revmatismesykehuset	56	0	0	56
Helse Sør-Øst RHF	8 770	104	1 810	10 683
I alt	58 837	353	2 924	62 115

Tall i millioner kroner

Tabell 21. Faste inntekter 2021 (i millioner kroner)

Basisrammen til Helse Sør-Øst RHF inkluderer konkurranseutsatte forskningsmidler som vil bli fordelt til helseforetakene og sykehusene i desember. Tilskuddet til forskning over kap.732, post 78 i forslag til statsbudsjett, på i alt 314 millioner kroner, inngår inntil videre i sin helhet i kolonnen andre tilskudd og inntekter. Dette gjelder også bevilgningen på 146,8 millioner kroner til nasjonalt program for klinisk behandlingsforskning.

## 2.19 Sykehuspartner HF

Sykehuspartner HF har ansvaret for å levere og drifte tjenester innen IKT, logistikk og lønnskjøring til alle helseforetakene i regionen for å understøtte driften i sykehusene.

En modernisert IKT-infrastruktur vil styrke Sykehuspartner HF som en effektiv tjenesteleverandør som understøtter helseforetakenes behov, leverer kostnadseffektive tjenester og bidrar til økonomisk bærekraftig utvikling av IKT-området. Programmet for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM) innebærer betydelige investeringer i telekom, nettverk, arbeidsflate og felles plattform med tilhørende driftskostnader for å nå målene som er satt, jf. styresak 048-2018. Dette er en forutsetning for å innføre løsningene i den regionale IKT-prosjektporteføljen i tråd med gjeldende mål og strategier.

Budsjettet for 2021 skal bidra til å videreføre hovedprioriteringer fra 2020 og sørge for sikker og stabil drift. I tillegg til å etablere en felles og modernisert infrastruktur, innebærer dette å arbeide for sikre og stabile tjenesteleveranser, ivareta informasjonssikkerhet, sørge for kostnadseffektiv drift og god ressursutnyttelse, forvalte regionale løsninger og levere til regionale IKT-prosjekter og IKT i sykehusbygg.

Det er store og viktige oppgaver som skal løses av Sykehuspartner HF også i 2021. Gjennom arbeidet med kjernekompetanse og kjernevirksomhet skal Sykehuspartner HF organisasjon videreutvikles samtidig med bruk av leverandørmarkedet gjennom tjenestekjøp. Det er forutsatt en netto vekst i antall årsverk fra 1 678 til 1 695 i forhold til økonomisk langtidsplan 2021–2024. Videre er det forutsatt en reduksjon i bruken av eksterne konsulenter ved at disse veksles om til fast ansatte.

Tjenestepriismodellen skal understøtte Sykehuspartner HF sin rolle som felles tjenesteleverandør. Den skal gi insentiver til standardisering og applikasjonssanering, samtidig som den skal bidra til kostnadseffektiv drift, forvaltning og raskere innføring av regionale løsninger. I tillegg skal den sørge for tilstrekkelig transparens og sporbarhet i et underliggende tjenesteregnskap.

Tjenestepriisen for hver applikasjon/tjeneste fordeles til helseforetakene gjennom nøkler som i størst mulig grad reflekterer kostnadsdriverne for bruk av applikasjonen/tjenesten. I tillegg til applikasjoner er tjenestepriisen oppdelt i følgende elementer:

- Infrastruktur (her legges en historisk basisfordelingsnøkkel til grunn – det anbefales å gå over til inntektsfordeling når ny regional plattform er etablert)
- Arbeidsflate (fordeles etter faktisk bruk per helseforetak)
- Periferiutstyr (fordeles etter faktisk bruk per helseforetak)
- Kundestyrte elementer (fordeles etter hvilket helseforetak som bestiller endring)
- Brukerservice (fordeles etter inntektsfordeling)
- Felleskostnader, sikkerhet og utvikling (fordeles etter inntektsfordeling)

Basert på oppdrag og bestilling for 2020 har følgende området vært utredet ytterligere i forbindelse med tjenestepriismodellen:

- Prising av kundetjenesten infrastruktur
- Prising av felleskostnader, sikkerhet og utvikling (tidligere Basis IKT)
- Tjenestepriking av mindre applikasjoner
- Tjenestepriisen til de private ideelle sykehusene

Arbeidet med dette vil fortsette inn mot økonomisk langtidsplan 2022–2025 og konsekvensene av endringer vil tidligst bli gjennomført fra og med budsjettet for 2022.

Prinsippene for beregning av IKT-tjenestepriis for helseforetakene videreføres slik de var fra og med 2020, hvor en større andel av kostnadene henføres direkte til den enkelte kundetjeneste med tilhørende applikasjoner. Kostnadene er i størst mulig grad knyttet til applikasjoner, da struktur og omfang av applikasjoner er den største driveren for IKT-kostnader.

Tjenestepriisnivået for 2021 for helseforetakene er noe lavere enn indeksregulerte tall fra økonomisk langtidsplan 2021–2024. Dette har i hovedsak sammenheng med lavere finanskostnader og avskrivninger.

I tråd med styresak 060-2020 *Økonomisk langtidsplan 2021–2024* anbefales det at Sykehuspartner HF tildeles basisramme i 2021 på 100 millioner kroner. Dette til inndekning av akkumulert negativt resultat som følge av infrastrukturmoderniseringen. Videre

anbefales det at Sykehuspartner HF tildeles basisramme i 2021 på 256 millioner kroner (P50-estimat) til dekning av driftskostnader i STIM. Økningen i driftskostnader til STIM sammenlignet med økonomisk langtidsplan skyldes forsinkelser i oppgradering til Windows 10. I tillegg er risikoen knyttet til pensjon fra og med 2020 endret (jf. oppdrag og bestilling 2020), ved at endring i pensjonskostnader fra budsjett inngår i ordningen som er etablert for de øvrige helseforetakene i Helse Sør-Øst og anbefales finansiert over basisramme. Dette er for 2021 budsjettet i Sykehuspartner HF med 19 millioner kroner. Total basisramme for 2021 er dermed 375 millioner kroner.

Tabell 22 oppsummer endringen i basisramme sammenlignet med budsjett 2020 og økonomisk langtidsplan 2021:

Basisramme Sykehuspartner HF	Budsjett 2020	ØLP 2021	Budsjett 2021	Avvik ØLP2021 og B2021
Inndekning av opparbeidet underskudd	100	100	100	0
Driftskostnader programmet STIM		176	256	80
Pensjon		0	19	19
<b>Sum basisramme</b>	<b>100</b>	<b>276</b>	<b>375</b>	<b>99</b>

Tabell 22. Basisramme Sykehuspartner HF (i millioner kroner)

### Fornyelse av lisensavtaler

Som en del av den løpende driften innen IKT-området vil det være behov for å fornye lisensavtaler knyttet til produkter som er vesentlige for IKT-driften. Kostnadene knyttet til disse lisensavtalene ligger inne som en del av driftskostnadene i Sykehuspartner HF.

Mange av disse avtalene har en økonomisk størrelse som er høyere enn administrerende direktørs beslutningsfullmakt, slik at avtalene krever at styret fatter beslutning om fornyelse. På kort sikt er det ikke andre handlingsalternativer enn å fornye lisensavtalene, og det vurderes derfor som mer hensiktsmessig at denne typen fullmaktsaker håndteres av administrerende direktør. Investeringer knyttet til innføring av nye løsninger/lisenser vil bli forelagt styret for beslutning i tråd med gjeldende fullmakter.

Det legges til grunn at fornyelse av lisensavtaler er behandlet av Sykehuspartner HF sitt styre og at kostnadene ved disse avtalene er hensyntatt i Sykehuspartner HF sitt budsjett.

### 2.20 Sykehusapotekene HF

Sykehusapotekene HF er helseforetakene og sykehusene i Helse Sør-Øst sitt apotek og skal bidra til riktig, sikker og kostnadseffektiv bruk av medikamenter i sykehusene. Sykehusapotekene HF er ikke finansiert med basisramme, men gjennom prising av varer og tjenester ut mot helseforetakene og sykehusene. I tillegg har foretaket inntekter gjennom publikumssalg.

## **2.21 Det regionale helseforetaket**

Samlet sett foreslås det å tildele det regionale helseforetaket en basisramme på 8,8 milliarder kroner (se tabell 23).

Budsjettpostene fremkommer av tabell 23. Den største budsjettposten er kjøp av private helsetjenester inkludert avtalespesialister.

Det legges opp til et resultat i 2021 for det regionale helseforetaket på 200 millioner kroner. Dette er i tråd med planforutsetningen i økonomiske langtidsplan 2021–2024.

### **Regional IKT prosjektportefølje**

Budsjetterte regionale driftskostnader innen IKT-området beløper seg til totalt 195 millioner kroner for 2021. Dette dekker driftskostnader til konseptutredninger, planleggings- og gjennomføringsfase knyttet til regionale investeringsprosjekter, samt administrative kostnader. I tillegg dekker budsjettet aktiviteter knyttet til forbedringer av løsninger som er i bruk.

### **Nasjonale og interregional IKT-tiltak**

Budsjetterte kostnader er tilknyttet samfinansiering av nasjonale og interregionale IKT-tiltak gjennom Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett, samt de øvrige regionale helseforetakene. Videre inngår medlemsavgift til Norsk Helsenett SF og forvaltningskostnader til nasjonale kvalitetsregistre.

Samlet foreløpig budsjett Helse Sør-Øst RHF	2020	2021
Basisramme	8 082	8 431
Strategiske forskningsmidler, post 72	305	318
Kvalitetsbasert finansiering	21	21
Sum basisramme	8 408	8 770
Forskning , tilskudd post 78	309	314
Klinisk behandlingsforskning	143	147
Nasjonale kompetansetjenester, post 78	99	104
Statlige tilskudd, post 70	59	1 349
Sum faste inntekter	9 017	10 684
Kjøp private helsetjenester - variable inntekter	211	135
Andre inntekter	74	76
Netto finans	100	70
Sum inntekter totalt	9 403	10 965
Administrasjon	355	365
Regional IKT prosjektportefølje	163	195
Nasjonale og interregionale IKT-tiltak	91	142
Kjøp private helsetjenester*	4 804	4 670
Norsk pasientskadeerstatning	449	468
Finansiering legemidler	598	771
Forskning og innovasjonsmidler	614	632
Klinisk behandlingsforskning	143	147
Felleseide foretak	543	561
Finansiering forsyningscenteret	102	102
Regionale initiativ	226	190
Sentrale pålagte oppgaver	357	363
Nasjonale kompetansetjenester, post 78	99	104
Statlige tilskudd, post 70	59	1 349
Regional resultatbuffer	396	419
Disponert fra regional resultatbuffer	204	181
Regional håndtering endret pensjonskostnad 2021, jf. avsnitt 2.6	-	105
Sum kostnader totalt	9 203	10 765
RESULTAT	200	200

\*Beløp i 2020 inneholder LHL-avtalen for invasiv kardiologi som Akershus universitetssykehus HF overtar

Tabell 23. Samlet foreløpig budsjett Helse Sør-Øst RHF (i løpende millioner kroner)

### Kjøp av private helsetjenester

Samlet sett legges det opp til kjøp av private helsetjenester for om lag brutto 4,7 milliarder kroner i 2021. Det er estimert at kjøpet vil generere om lag 135 millioner kroner i aktivitetsbaserte inntekter til Helse Sør-Øst RHF, slik at netto utgjør kjøpet 4,6 milliarder kroner. Utover lønns- og prisjustering, som utgjør 82 millioner kroner, er det totalt en netto reduksjon på 53 millioner kroner fra budsjett 2020 til budsjett 2021. Dette henger i hovedsak sammen med at Akershus universitetssykehus HF vil ta over deler av driften ved LHL-sykehuset på Gardermoen fra 1. januar 2021.

Foreløpig budsjettert kjøp av private helsetjenester i 2021 fordelt på tjenesteområder fremkommer i tabell 24.

Kjøp av helsetjenester	2020	2021
Rehabilitering	1 354	1 389
Psykisk helsevern	599	613
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	1 170	1 200
Somatikk*	204	56
Laboratorie	219	165
Radiologi	270	250
Avtalespesialistene	848	849
Helse og arbeid (tidl. Raskere tilbake)	107	110
Kjøp fra andre RHF	32	37
Sum	4 804	4 669

\*Beløp i 2020 inneholder LHL-avtalen for invasiv kardiologi som Akershus universitetssykehus HF overtar

Tabell 24. Kjøp av helsetjenester (i løpende millioner kroner)

Helse Sør-Øst RHF har til sammen 87 avtaler med private leverandører, herunder elleve tidsavgrensede avtaler med ti leverandører innen somatiske fagområder, radiologi- og laboratorietjenester, 29 løpende avtaler innen rehabilitering og elleve avtaler innen arbeidsrettet rehabilitering og poliklinisk behandling av angst og depresjon. Videre har Helse Sør-Øst RHF ti løpende avtaler innen psykisk helsevern, to tidsavgrensede avtaler innen psykisk helsevern og 22 løpende avtaler innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Den største endringen innenfor kjøp av private helsetjenester er innen somatikk. Dette skyldes at det ikke budsjetteres for avtalen med LHL innen hjertemedisin som omtalt over. Dette betyr også at ISF inntektene blir lavere i 2021 i forhold til budsjett 2020. Øvrige avtaler innen somatikk holdes på samme nivå. Prisene er faste i hele avtaleperioden og prisjusteres ikke.

Det er også en reduksjon i budsjett for avtaler innen laboratoriefaget og innen radiologi. Det er inngått nye avtaler innen laboratoriefag fra 15. oktober 2020. Rammen i disse avtalene er lavere enn budsjett 2020. Det skal også inngås nye avtaler innen radiologi fra 1. januar 2021 og rammen i denne anskaffelsen er lavere enn budsjett 2020.

Innen områdene rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, samt *Helse og arbeid* skyldes økningen i budsjett 2021 i forhold til budsjett 2020 i sin helhet prisjustering. Ytelsesavtalene for 2021 planlegges på samme nivå i forhold til aktivitet som i 2020.

For de private avtalepartene innen rehabilitering stilles det normalt ikke krav til tilbakebetaling ved et gjennomsnittlig aktivitetsbelegg på minimum 95 prosent av avtalt volum. For 2021 anbefaler administrerende direktør at det ikke stilles krav om tilbakebetaling ved et aktivitetsbelegg på 90 prosent av avtalt volum og at ytelsene sees samlet. Forslaget om redusert krav i 2021 er på grunn av en krevende driftssituasjon i forbindelse med koronapandemien.

Når det gjelder avtalespesialistene er det lagt til grunn samme antall hjemler som i 2020, hvilket er i tråd med styresak 050-2018 *Regional plan for avtalespesialistområdet*. Forhandlingene for 2020 er avsluttet og kun psykologene har fått en økning i tilskuddssatsen for 2020. Innenfor somatikk og psykiatri er tilskuddene uendret. Det er lagt inn midler til lønnsjustering fra juli 2021.

### **Norsk pasientskadeerstatning**

De regionale helseforetakene, fylkeskommunene og kommunene skal dekke de samlede kostnadene knyttet til årlig utbetaling av pasientskadeerstatninger i offentlig helsetjeneste fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE).

Tilskuddsbeløpet beregnes med utgangspunkt i NPE sin prognose for erstatningsutbetalinger og fordelingen av dette mellom de fire regionale helseforetakene skjer etter historisk rullerende skadestatistikk. Tilskudd til NPE for Helse Sør-Øst RHF er for 2021 budsjettert med 468 millioner kroner basert på prognose for første halvår 2020.

### **Nasjonale felleseide helseforetak**

Inntektsforutsetningene for de nasjonale, felleseide foretakene vil bli vedtatt av de administrerende direktørene i de fire regionale helseforetakene. Det er gitt føringer til alle foretakene om at de skal legge økonomisk langtidsplan for 2021 til grunn for budsjett 2021 med mindre noe annet er vedtatt av de administrerende direktørene. De felleseide foretakene skal legge forutsetninger fra forslag til statsbudsjett til grunn, herunder effekter av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen på 0,5 %.

Samlet sett er det avsatt om lag 593 millioner kroner i det regionale helseforetakets budsjett for Helse Sør-Øst RHF sin andel av finansieringen av disse foretakene. I tillegg er det reservert inntil 44 millioner kroner for lån til investeringer i Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF.

#### ***Luftambulansetjenesten HF***

Aktivitetsnivået i foretaket har vært lavere enn budsjettert i 2020. Dette medfører reduserte kostnader til drivstoff, operatørkostnader og luftfartsavgifter. Budsjett 2021 er basert på normal aktivitet. Kostnadene fordeles mellom regionene basert på pasientenes tilhørighet. De økonomiske konsekvensene for Helse Sør-Øst er i tråd med økonomisk langtidsplan 2021–2024. Dersom koronapandemien medfører at foretaket må styrke tjenesten med flere fly eller helikoptre vil Helse Sør-Øst RHF dekke sin andel av dette etter beslutning i møte mellom de administrerende direktørene i de fire regionale helseforetakene. Dersom det er behov for å tilføre ekstra ressurser i 2021 forutsettes det at ordinær finansieringsmodell legges til grunn for fordeling mellom regionene.

#### ***Pasientreiser HF***

Krav til å forenkle, fornye og forbedre virksomheten ble videreført i økonomisk langtidsplan for 2021–2024. Målt i andel elektroniske søknader og effektene av at de regionale pasientreisekontorene ble virksomhetsoverdratt fra 1. januar 2018, oppfylles forutsetningene for gevinstrealiseringen. Kjernevirksomheten i foretaket budsjetteres i tråd med økonomisk langtidsplan, noe som innebærer en ytterligere effektivisering fra 2021.

#### ***Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF***

Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO) sitt budsjettinnspill for 2021 er på linje med økonomisk langtidsplan 2021–2024. Arbeidet med å effektivisere virksomheten videreføres i 2021. Foretaket er, som en følge av koronapandemien, noe forsinket med prosjektet «ny kommunikasjonsløsning i akuttmedisinsk kjede» (KAK). Det er budsjettert med investeringer for til sammen 109 millioner kroner i 2021 og Helse Sør-Øst RHF har



reservert inntil 44 millioner kroner i likviditet til lånefinansiering av sin andel av investeringene. Dette innebærer en økning fra budsjett 2020 med i underkant av fire millioner kroner for Helse Sør-Øst RHF.

### **Sykehusbygg HF**

Foretakets budsjettinnspill for 2021 innebærer tilskudd fra eierne på linje med budsjett 2020. Dette er i henhold til økonomisk langtidsplan 2021–2024. De prosjektbaserte aktivitetene er redusert sammenlignet med økonomisk langtidsplan.

### **Sykehusinnkjøp HF**

Budsjettinnspillet fra foretaket er på linje med økonomisk langtidsplan 2021–2024. Foretaket arbeider med å forsere aktiviteter som har blitt forsinket i 2020 som en konsekvens av koronapandemien. Sykehusinnkjøp HF for slår at divisjon legemidler, som finansieres direkte av helseforetakene og som dermed ikke påvirker tilskuddet fra det regionale helseforetaket, øker mer enn økonomisk langtidsplan grunnet oppdragsmengde og kompleksitet i tjenestene.

### **Regionale initiativ og sentrale pålagte oppgaver**

Innenfor regionale initiativ budsjetteres det med kostnader på 190 millioner kroner og for sentrale pålagte oppgaver budsjetteres det med 363 millioner kroner.

I de sentrale pålagte oppgavene inngår kostnader til blant annet tvungen omsorg utviklingshemmede, protonbehandling i utlandet, driftstilskudd til nasjonale kvalitetsregistre, tilskudd til brukerorganisasjoner, kontaktfamilieordningen, psykisk helsetilbud for studenter, områdefunksjon for innsatte med psykiske lidelser, nasjonal forsterket fellesskapsavdeling ved Ila fengsel, gjestepasientoppgjør for de uten fast bopel, avregning nasjonalt gjestepasientoppgjør og kompleks rehabilitering.

Regionale initiativ omfatter flere mindre prosjekter i tillegg til blant annet kostnader tilknyttet regionalt utdanningscenter, regional koordinerende enhet for simuleringscenter, koordinering av innsatsteam og pakkeforløp og kurbibliotek for medikamentell kreftbehandlingen.

### **Administrasjon**

Administrasjonsbudsjettet for 2021 er foreløpig på om lag 365 millioner kroner. Veksten fra budsjett 2020 gjelder hovedsakelig virksomhetsoverdragelse av ansatte tilknyttet drift av Forsyningssenteret.

### **Regional resultatbuffer**

For å kunne håndtere spesielle forhold og uforutsette hendelser, er det behov for å holde tilbake en regional resultatbuffer i Helse Sør-Øst RHF. I økonomisk langtidsplan 2021–2024 var denne bufferen som en planforutsetning satt til 600 millioner kroner i 2021. Dette er på samme nivå som i 2020. Tabell 25 viser forslag til disponering av regional resultatbuffer.

Disponering av regional resultatbuffer	2020	2021
Regional resultatbuffer	600	600
Inntektsstøtte innarbeidet i inntektsramme til Sykehuset Innlandet HF	-50	-
Dekning av legemiddelkostnader overført fra Folketrygden i 2018	-30	-30
Inntektsstøtte behandlingshjelpemidler		
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS og Diakonhjemmet Sykehus AS	-86	-86
Inntektsstøtte endrede tjenestepriiser	-38	-
Inntektsstøtte Lovisenberg Diakonale Sykehus AS inntektsmodelleffekter	-	-20
Inntektsstøtte Diakonhjemmet Sykehus AS inntektsmodelleffekter	-	-45
Udisponert regional resultatbuffer	396	419

Tabell 25. Disponering av regional resultatbuffer (i millioner kroner)

## 2.22 Økonomisk resultat 2021

I sak 060-2020 Økonomisk langtidsplan 2021–2024 legges det opp til et samlet økonomisk resultat for foretaksgruppen i størrelsesorden 1 169 millioner kroner i 2021.

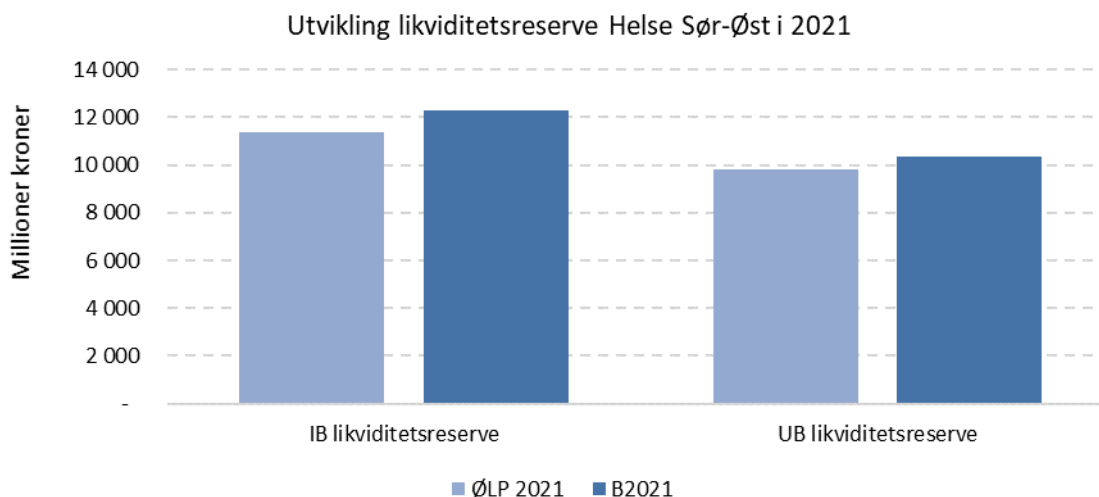
Styret vil i likhet med tidligere år bli forelagt en egen sak i desember 2020 med forslag til resultatkrav for de enkelte helseforetak i 2021. Resultatkravene som settes for 2021 vil være basert på foretaksspesifikke vurderinger av helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan 2021–2024, den økonomiske situasjonen ved utgangen av 2020 og endringer som følge av forslag til statsbudsjett for 2021, samt øvrige budsjettforutsetninger.

## 2.23 Likviditet og investeringer

### Likviditetsutvikling

Det estimeres en likviditetsbeholdning ved inngangen til 2021 i størrelsesorden 12,3 milliarder kroner. Foreløpig saldering av likviditetsbudsjett for 2021 viser en utgående likviditetsutvikling fra 2021 på 10,4 milliarder kroner, som er 0,5 milliarder kroner høyere enn i økonomisk langtidsplan 2021–2024, jf. figur 1. Endelig investerings- og likviditetsbudsjett for 2021 fastsettes etter foretakenes budsjettleveranser i januar og etter omgrupperingsproposisjon 2020 som blant annet kan gi likviditetsmessige effekter knyttet til pensjon.

Figur 1 viser forventet utvikling i likviditetsreserven i foretaksgruppen i 2021, hvor budsjett 2021 sammenlignes med økonomisk langtidsplan 2021–2024.



Figur 1. Likviditetsreserve 2021

Investeringene i 2021 forventes å utgjøre om lag ni milliarder kroner, og er 200 millioner kroner høyere enn anslått i økonomisk langtidsplan 2021–2024.

Disponering av tilgjengelig regional likviditet til felles prioriterte prosjekter og øvrig regional satsning for 2021 er i hovedsak i tråd med økonomisk langtidsplan 2021–2024, men er oppdatert med siste kjente estimater knyttet til omfang, periodisering og likviditetsbehov for å dekke investeringer som følge av koronapandemien. Handlingsrom for helseforetakenes egen bruk av oppsparte midler ivaretas og det er tatt høyde for at forsinket gjennomføring av ordinære investeringer og investeringer som er knyttet til koronapandemien per september 2020 kan gjennomføres i 2021. Videre er det lagt opp til at helseforetakenes positive resultater fra 2020 disponeres til investeringer i 2021. Helseforetak som eventuelt har behov for å benytte deler av overskudd i 2021 til investeringer samme år må fortsatt få dette særskilt godkjent av Helse Sør-Øst RHF i tråd med etablerte likviditetsstyringsprinsipper.

Risikoen ved likviditetsutviklingen i 2021 anses som tilfredsstillende når det tas hensyn til reserver i form av resultat- og likviditetsbuffer.

### Investeringslån

Prosjekter som er innvilget investeringslån er vist i tabell 26.

Helseforetak	Prosjekt	Innvilget låneramme	Kroneverdi	Lån til utbetaling 2021	Tilskudd til utbetaling 2021
Sykehuset i Vestfold HF	Tønsbergprosjektet	1 870,0	2014	187,3	
Oslo universitetssykehus HF	Vedlikeholdsinvesteringer	1 300,0	2016	-	
Vestre Viken HF	Nytt sykehus i Drammen	8 460,0	2017	1 020,0	
Sørlandet sykehus HF	Nytt psykiatribygg	567,0	2017	-	
Oslo universitetssykehus HF	Nytt klinikkbygg Radiumhospitalet	2 738,0	2018	603,0	
Oslo universitetssykehus HF	Protonterapisenter	1 198,0	2018	258,0	105,0
Oslo universitetssykehus HF	Nye Aker og nye Rikshospitalet	29 073,0	2020	102,0	
Oslo universitetssykehus HF	Regional sikkerhetsavdeling	830,0	2021	24,0	
<b>Sum</b>		<b>46 036,0</b>		<b>2 194,3</b>	<b>105,0</b>

Tabell 26. Investeringslån (i millioner kroner)

### **Investeringsprosjekter**

Samlet likviditetstildeling til helseforetakene videreføres på nivå med 2020 – pris og lønnsjustert til 1 067 millioner kroner. Øvrige investeringer skal budsjetteres innenfor helseforetakenes egen likviditet. Det vil si likviditetstildelingen for 2021 med tillegg av bruk av oppspart likviditet slik det fremgår av helseforetakets innspill til økonomisk langtidsplan for 2021, samt eventuelle salgs-/gavemidler. I tråd med forutsetningene fra økonomisk langtidsplan skal egenkapitaltilskudd til pensjonsinnretningene inngå i helseforetakets investeringsbudsjett og finansieres innenfor egen likviditet.

### **Byggeprosjekter**

I tråd med styresak 060-2020 *Økonomisk langtidsplan 2021–2024*, videreføres allerede prioriterte og igangsatte store byggeprosjekter i 2021.

Det legges til grunn at følgende allerede iverksatte investeringsprosjekt videreføres i 2021:

- Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold HF med inntil 402 millioner kroner, hvorav 281 millioner kroner er ekstern lånefinansiering.
- Oppgraderings- og vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus HF med inntil 140 millioner kroner, hvorav 98 millioner kroner er ekstern lånefinansiering. Resterende finansiering dekkes av foretakets egne midler.
- Nytt sykehus i Drammen ved Vestre Viken HF med inntil 1 362 millioner kroner inkludert ikke-byggnær IKT, hvorav 954 millioner kroner utgjør ekstern lånefinansiering.
- Nytt psykiatribygg ved Sørlandet Sykehuset HF med inntil 347 millioner kroner inkludert ikke-byggnær IKT, hvorav 243 millioner kroner er ekstern lånefinansiering.
- Nytt klinikkbygg Radiumhospitalet ved Oslo universitetssykehus HF med inntil 886 millioner kroner inkludert ikke-byggnær IKT, hvorav 620 millioner kroner utgjør ekstern lånefinansiering.
- Nytt protonterapisenter ved Oslo universitetssykehus HF med inntil 267 millioner kroner inkludert ikke-byggnær IKT, hvorav 187 millioner kroner utgjør ekstern lånefinansiering og 80 millioner utgjør tilskudd.
- Videreutvikling av Nye Aker og Nye Rikshospitalet ved Oslo universitetssykehus HF med inntil 483 millioner kroner inkludert ikke-byggnær IKT, hvorav 102 millioner kroner er ekstern lånefinansiering.
- Ny regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus HF med inntil 28 millioner kroner, hvorav 19 millioner kroner utgjør ekstern lånefinansiering.
- Inntil 20 millioner kroner til tomtevalg og konseptfase for nytt akuttsykehus ved Sykehuset Innlandet HF.
- Inntil 8 millioner kroner til konseptfase for nytt stråle- og somatikkbygg ved Akershus universitetssykehus HF.

Investeringspådraget for disse prosjektene inkluderer midler til ikke-byggnær IKT på til sammen 87 millioner kroner.

### Øvrig reservering av likviditet

Helsetjenestens driftsorganisasjon (HDO) har planlagt investeringer for omtrent 109 millioner kroner i 2021, og det reserveres inntil 44 millioner kroner til finansiering av et lån for å dekke Helse Sør-Øst RHF sin andel av investeringskostnaden, jf. avsnitt 2.21.

### Regional IKT – prosjektportefølje

Tabell 27 viser budsjetterte investering knyttet til regional IKT-prosjektportefølje i Helse Sør-Øst RHF.

Regionalt IKT-område	ØLP 2021	Budsjett 2021
Regionale kjernesystemer	520 000	510 000
Forvaltning av regionale løsninger	100 000	85 000
Teknologi for bedre helsehjelp	100 000	80 000
Sum investering	720 000	675 000

Tabell 27. IKT-investeringer 2021 (i tusen kroner)

Innenfor *regionalt IKT-område* fortsetter gjennomføringen av styrevedtatte prosjekter som vist i tabell 28.

Styregodkjente prosjekter	Styresak
Regional ambulansjournal	123-2018
Regional økonomi- og logistikk-løsning ERP	026-2018
Regional kurve- og medikasjonsløsning fase 3	039-2018
Regional EPJ journalinnsyn	069-2018
Anskaffelse av radiologiløsning og multimediearkivløsning for helseforetakene i HSØ	031-2019
Regional EPJ modernisering	054-2019
Regional løsning for helselogistikk	110-2019
Regional laboratoriedataløsning patologi fase 3 og 4	039-2020
Anskaffelse av nasjonal IKT-løsning for AMK	075-2020

Tabell 28. Styrebesluttede IKT-prosjekter i den regionale IKT-prosjektporteføljen

Det vises forøvrig til omtale i tertialrapport 2 for regional IKT-prosjektportefølje, styresak 129-2020.

I tillegg til styregodkjente prosjekter budsjetteres det blant annet for følgende regionale IKT-prosjekter: Regional forskningsportal, entydig strekkoding (GS1), modernisert folkeregister og statistisk logganalyse. Sistnevnte prosjekt skal etablere automatisk kontroll av oppslagslogger i elektronisk pasientjournal (EPJ), også kalt mønstergjenkjenning.

Videre skal de regionale løsningene som er i produksjon forbedres. Helse Sør-Øst benytter IKT-tjenester som hele tiden må videreutvikles og forbedres for å holde tritt med endringer i forskrifter, format for ekstern rapportering, generell digitalisering med mer. Videreutvikling av regionale kliniske løsninger slik at de understøtter gode og smidige arbeidsprosesser er svært viktig for å nå det strategiske målet om å «ta tiden tilbake» til pasientrettet arbeid.

Flere interregionale og nasjonale IKT-løsninger er under etablering i prosjekter. I tillegg kommer blant annet budsjett for DIPS-lisenser.

Budsjettet for regionale IKT-prosjekter representerer en reservasjon av likviditet. Hvert enkelt prosjekt beslutes i henhold til etablerte fullmaktstruktur. Porteføljestyringen i Helse Sør-Øst RHF tar utgangspunkt i detaljert budsjettering på prosjektnivå basert på de aktiviteter som planlegges gjennomført. I henhold til porteføljestyring vil beslutninger om planlegging og gjennomføring av nye prosjekter og faser dekkes innenfor den totale økonomiske rammen som ikke er disponert ved inngangen til året for den regionale IKT-prosjektporteføljen. Ved forslag om planlegging og gjennomføring av nye prosjekter gjøres det en kvalitetssikring med blant annet vurdering av økonomisk konsekvenser av beslutningen på den totale økonomiske rammen.

### **Sykehuspartner HF**

Det planlegges med investeringer på totalt 975 millioner kroner i 2021 i Sykehuspartner HF. 190 millioner kroner av investeringene finansieres ved bruk av finansiell leasing, i tråd med forutsetningene i økonomisk langtidsplan 2021–2024. Inntil arbeid med kjernekompetanse for Sykehuspartner HF er iverksatt, er det forutsatt at periferiutstyr fortsatt leases.

Investeringsbudsjettet for Sykehuspartner HF omfatter prosjektene innenfor programmet STIM, sikkerhetstiltak, midler for å ivareta sikker og stabil drift, infrastrukturbehov som følge av den regionale IKT-prosjektporteføljen, forvaltning av kundetjenester (SLA) og tiltak som gjelder automatisering og modernisering av intern drift av Sykehuspartner HF.

Det er i tillegg tatt høyde for et totalt behov fra helseforetakene for lokale IKT-prosjekter på inntil 100 millioner kroner i investeringsmidler. Alle lokale IKT-prosjekter skal bokføres i Sykehuspartner HF.

Det gjenstår fortsatt arbeid med å konkretisere det videre innholdet i STIM. Det forutsettes at det etableres konkrete planer med en realistisk gjennomføringsplan og et realistisk nivå på ressursbruk. Dette arbeidet pågår i regi av Sykehuspartner HF.

Det reserveres likviditet til Sykehuspartner HF sitt investeringsbudsjett i henhold til foreløpige vurderinger av omfang og beløp, det vil si inntil 785 millioner kroner.

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

Administrerende direktør anbefaler at styret legger premisser, mål og prioriteringer som fremgår av Prop. 1 S (2020–2021) og *Regional utviklingsplan 2035* til grunn for budsjett 2021. Krav til tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet gitt i styresak 017-2020 *Økonomisk langtidsplan 2021–2024, planforutsetninger* videreføres i budsjett 2021. Samlet vekst i pasientbehandlingen skal være om lag 2,3 % fra saldert budsjett 2020 til 2021, hvorav 0,8 % av veksten er ekstraordinær ettårig vekst for å redusere ventetidene som følge av koronapandemien. Vekst i ISF-finansiert pasientbehandling er om lag 2,2 %. Ved fastsettelse av aktivitetskrav for det enkelte helseforetak og sykehus vil vekst i pasientbehandlingen vurderes opp mot befolkningsveksten i det aktuelle opptaksområdet.

Regjeringen har i sitt forslag til statsbudsjett i stor grad videreført de mål og satsinger som er lagt til grunn for spesialisthelsetjenesten i de siste års budsjett. Administrerende direktør legger derfor fram et budsjett for styret som tar sikte på at det også i 2021 skal være høyere vekst i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling hver for seg enn i

somatikk. Alle helseforetak og sykehus, der det er relevant, skal legge dette til grunn i sin budsjettering. Det vil i oppdrag og bestilling 2021 bli gitt ytterligere budsjettmessige føringer for å ivareta oppfyllelsen av prioriteringsregelen.

Koronapandemien har synliggjort behovet for gode lokale planer som viser hvordan helseforetakene på kort tid kan heve eller supplere kompetanse for ulike grupper av helsepersonell, slik at tilgjengelige bemanningsressurser kan økes innen utsatte områder. Administrerende direktør foreslår et krav om at helseforetakene og sykehusene utarbeider helhetlige planer som beskriver behov for kritisk kompetanse og hvilke konkrete tiltak som iverksatt for å dekke dette behovet i 2021 og i årene fremover. Planen skal angi tiltak slik at helsepersonell i ulike grupper vedlikeholder og tilegner seg ny kompetanse. Videre foreslår administrerende direktør at antall utdanningsstillinger økes for de personalgrupper der kompetansebehovet er særlig kritisk for å kunne opprettholde pasientbehandlingen. Til slutt foreslås det at helseforetak og sykehus vurderer å innføre nye modeller for gjennomføring av praksisstudiene i samarbeid med utdanningsinstitusjonene, slik at kapasiteten økes.

Det er i Prop. 1 S (2020–2021) foreslått å tildele Helse Sør-Øst RHF 815,8 millioner kroner i basisramme til å finansiere økt aktivitet i 2021, og av dette kan det anslås at ca. 295,4 millioner er ettårig. Administrerende direktør foreslår å fordele disse midlene med 740,8 millioner kroner til helseforetakene/sykehusene etter behovsandel i den regionale inntektsmodellen og 75 millioner kroner til det regionale helseforetaket.

Administrerende direktør anbefaler at styret bevilger 632 millioner kroner til forskning og innovasjon i 2021. Summen omfatter det øremerkede tilskuddet til forskning fra Helse- og omsorgsdepartementet på 314 millioner kroner og midler fra det regionale helseforetakets eget budsjett på 318 millioner kroner. I tillegg kommer 146,8 millioner kroner til nasjonalt program for klinisk behandlingsforskning bevilget over statsbudsjettet. Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste er et av satsningsområdene i *Regional utviklingsplan* for å videreutvikle tjenestene. Dette gjelder både med tanke på kvalitet og pasientsikkerhet, fagutvikling, digitalisering og for å møte morgendagens utfordringsbilde.

Helseforetakenes og sykehusenes inntektsrammer og krav for 2021, herunder aktivitetskrav, ISF- refusjoner, forskningsmidler, vilkår for bevilgningen, resultatkrav, øvrige styringskrav og rammebetingelser, fastsettes endelig i oppdrag og bestilling 2021.

Det anbefales at styret gir administrerende direktør fullmakt til å foreta eventuelle budsjettkorrigeringer gjennom året, blant annet som følge av nye bevilgninger eller føringer fra eier, styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF og tekniske justeringer som følge av feilbudsjetteringer med videre, samt tildele og korrigere ekstraordinær inntektsstøtte ved endrede forutsetninger innenfor budsjettåret.

Videre inviteres styret til å konstatere at administrerende direktør har fullmakt til å prolongere avtaleinngåelser innenfor vedtatte prioriteringer og budsjett. Med mindre det foreligger særlige grunner som tilsier at administrerende direktør bør forelegge saken for styret, gjelder fullmakten også ut over det enkelte budsjettår når avtalen er en forutsetning for å videreføre ordinær drift. Herunder følger:

- Inngå avtaler om kjøp av helsetjenester fra private tilbydere i tråd med gjeldende prioriteringer og føringer.

- Fatte beslutninger om forlengelse av eksisterende lisensavtaler knyttet til IKT-drift som er innarbeidet i budsjettet.
- Oppta investeringslån fra Helse- og omsorgsdepartementet i tråd med tildelingene over Prop. 1 S (2020–2021).

I tillegg anbefaler administrerende direktør at det legges til grunn at allerede iverksatte investeringsprosjekter videreføres i 2021, herunder byggeprosjekter som er gitt lånefinansiering over forslag til statsbudsjett.

Arbeidet med modernisering og standardisering av den grunnleggende IKT-infrastrukturen fortsetter i 2021 i regi av Sykehuspartner HF og er en viktig forutsetning for å gjennomføre prosjektene i den regionale IKT-prosjektporteføljen. Det vil fortsatt være høy oppmerksomhet på dette arbeidet i 2021 for å nå foretaksgruppens ambisjoner innenfor IKT-området. Videre vektlegges det sikker og stabil drift fra Sykehuspartner HF. Administrerende direktør anbefaler at det reserveres likviditet til Sykehuspartner HF sitt investeringsbudsjett med inntil 785 millioner kroner i 2021.

Satsningen på regionale IKT-prosjekter foreslås videreført og styrket i 2021. I tillegg kommer deltagelse i nasjonale prosjekter i regi av Direktoratet for e-helse. Det samlede ressursbehovet i 2021 er betydelig og det må gjøres krevende prioriteringer. Prioriteringene skjer i dialog mellom Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner HF, samt etter en forutgående involvering av helseforetakene. Administrerende direktør anbefaler at det reserveres inntil 675 millioner kroner til investering og inntil 195 millioner kroner til driftskostnader for satsingen på regional IKT-prosjektportefølje.

Administrerende direktør anbefaler at det reserveres en regional resultatbuffer på 600 millioner kroner og at det reserveres inntektsstøtte på 65 millioner kroner til Lovisenberg Diakonale Sykehus AS og inntektsstøtte på 86 millioner kroner til Diakonhjemmet Sykehus AS. I tillegg anbefaler administrerende direktør at det reserveres inntil 30 millioner kroner til dekning av legemiddelkostnader for legemidler overført i 2018. Det planlegges at inntektsstøtten til de to private ideelle sykehusene halveres i 2022 og bortfaller i sin helhet i 2023.

Administrerende direktør foreslår at 32,4 millioner kroner som overføres til Helse Sør-Øst RHF for å finansiere legemidler som blir overført i 2021, budsjetteres sentralt og fordeles til helseforetakene og sykehus etter faktiske kostnader i 2021. Helse Sør-Øst RHF er tildelt 125,4 millioner kroner for å håndtere helårseffekt av kostnader til legemidler overført i 2020. Administrerende direktør foreslår at disse midlene også legges i Helse Sør-Øst RHF sammen med overføringen i 2020, og at midlene overføres til helseforetakene og sykehus etter påløpte kostnader i 2021.

Koronapandemien vil utfordre helseforetakenes og sykehusenes driftssituasjon også i 2021. Regjeringen foreslår å bevilge tilskudd til de regionale helseforetakene som kompensasjon for at smittevern- og beredskapstiltak gir mindre effektive pasientforløp og økte driftskostnader. Administrerende direktør konstaterer at tilskuddet gir foretaksgruppen økonomisk støtte til å håndtere økte driftskostnader som følge av smitteverns- og beredskapstiltak i 2021, men at det er stor usikkerhet forbundet med utviklingen. Samlet sett vurderer administrerende direktør at midlene til dels legger til rette for å kunne nå de mål og satsinger regionen har. Regjeringens opplegg for tildeling av rammer til



aktivitetsvekst og videreføring av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen gir et stadig strammere økonomisk handlingsrom for Helse Sør-Øst. Dette krever at helseforetak, sykehus og det regionale helseforetaket gjennom kortsiktige og langsiktige planer, arbeider aktivt med å prioritere ressurser og igangsette tiltak som understøtter nasjonale og regionale mål og satsingsområder innenfor sitt økonomiske handlingsrom.

Likviditetsbeholdningen gjennom 2021 vil være god og det vil være viktig med fortsatt god likviditetsstyring for å opparbeide investeringsevne lokalt i helseforetakene og for framtidige regionale investeringsprosjekter i Helse Sør-Øst. Igangsatte investeringsprosjekter videreføres i 2021 og forslaget til statsbudsjett innebærer totalt en utbetaling av lån på 2 194 millioner kroner og 105 millioner kroner i tilskudd til Helse Sør-Øst RHF i 2021.

Styret vil i desember, i sak om oppdrag og bestilling 2021, ta stilling til resultatkrav til det enkelte helseforetak og det regionale helseforetaket. Administrerende direktør vil i forkant ha gjennomført oppfølgingsmøter med alle helseforetakene, hvor resultatkrav og realistisk budsjettering vil være tema.

Sammenhengen mellom økonomisk langtidsplan og årsbudsjett er med på å øke graden av forutsigbarhet i helseforetakenes planleggingsprosesser inn mot det enkelte budsjettår. Økonomisk langtidsplan 2022–2025 vil bygge videre på budsjettet og budsjettforutsetningene som er lagt til grunn i denne saken, slik at det er viktig å se årsbudsjett 2021 og økonomisk langtidsplan 2022–2025 i sammenheng. Det må også tas hensyn til utviklingen gjennom 2021 grunnet koronapandemien. Økonomisk langtidsplan 2022–2025 vil bli forelagt styret første halvår 2021.

Trykte vedlegg:

- Ingen

Utrykte vedlegg:

- Ingen

## Drøftingsprotokoll

Den 30. november 2020 ble det avholdt drøftingsmøte med foretakstillitsvalgte og hovedverneombud i forbindelse med utarbeidelse av budsjett 2021 for Sykehuset Telemark HF.

Drøftingene er gjennomført i henhold til bestemmelsene i:

- Arbeidsmiljøloven §8-1 og 8-2
- Hovedavtalens §30

### **Til stede på møtet:**

#### Fra de ansattes organisasjoner:

Linda Jamsgard  
Inger Ann Aasen  
Thor Helge Gundersen  
Johanne Haugan  
Thor Severinsen  
Wenche Kongerød  
Spomenka Savie Balac  
Øystein Boklund

#### Fra Sykehuset Telemark HF:

Administrerende direktør Tom Helge Rønning  
Økonomidirektør Geir Olav Ryntveit

I drøftingsmøtet ble forslag til budsjettet 2021 presentert, med fokus på forventet utvikling og resultat for kvalitetsparametere, aktivitet, brutto årsverk, økonomi og investeringer.

Forslaget til budsjettet for 2021 vil bli fremmet for beslutning i styret 16. desember 2021.

### **Uttalelse fra tillitsvalgte etter drøftingsmøtet**

Helse Sør-Øst bevilger for lave driftsmidler til Sykehuset Telemark. Dette har sammenheng med at HSØ bevilger forholdsvis for mye til OUS og tilbakeholder midler i en buffer.

Tildelingen dekker ikke nødvendige kostnader for økt pasientbehandling, økt kvalitet og kortere ventetider. Videre må sykehuset dekke kostnadene til kostbare medikamenter, gjestepasienter, fritt behandlingsvalg, pasientreiser mm som sykehuset ikke har innflytelse på. Inntil nå har ST skåret godt på de fleste indikatorer for pasientbehandlingen, men risikoen kan øke for at vi ikke klarer det.

Koronasituasjonen er kompensert bra for 2020, men et tilskudd på kun 32,7 mill for 2021 er så lite at risikoen for budsjettet øker betydelig

Sykehuset planlegger å redusere med 63 brutto årsverk, det vil medføre behov for å redusere med stillinger, **der de fleste er kliniske stillinger**. Med så stort press på hele organisasjonen øker risikoen for svikt i pasientbehandlingen.

Belastningen på de ansatte er så stort at arbeidsmiljøet forringes flere steder, noe arbeidsmiljøundersøkelsen tydelig viser. Sykemeldinger kan øke og flere kan gå over på trygdeytelser. Vi må også følge opp at nedskjæringer i årsverk ikke fører til økte EFO-kostnader.

Arbeidspresset har også stor betydning for rekruttering og at vi kan beholde kompetente medarbeidere. Presset er svært stort på mange ledere.

Føringer fra Helse Sør-Øst sier at vi i framtiden ikke kan rekruttere ferdige spesialsykepleiere, men må utdanne egne. Sykehuset Telemark satser kun på absolutt nødvendig etter og videreutdanning av ansatte. Dette gjør at sykehusets kompetanse forringes, noe som igjen går ut over tilbudet til pasientene.

Det er også behov for kompetanseløft også for andre faggrupper.

Ambulansetjenesten er et fagområde hvor behovet for etter og videreutdanning er stort.

Sykehuset Telemark sammen med Sykehuset i Vestfold er de eneste foretakene som ikke til nå har planlagt og startet et strukturert utdanningsløp mot Paramedic kompetanse for de ansatte.

Sykehuset har i en årrekke redusert på tilbudet i psykisk helsevern. Vi mangler viktige behandlingstilbud og ytterligere nedskjæringer vil måtte redusere tilbudet til svake pasientgrupper.

ST har også store mangler på spesialister i psykisk helsevern og rusbehandling og må utdanne flere selv. Det koster mer.

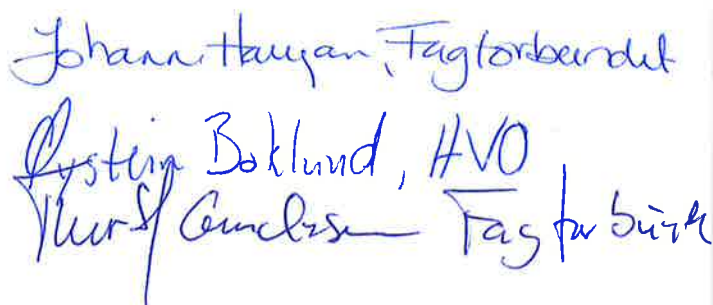
Når en skal vurdere vekst sett opp mot prioriteringsregel, må budsjett 2021 sees opp mot budsjett 2019. Ved å legge estimat 2020 (som er både over- og underforbruk i 2020) til grunn, vil man faktisk legge til grunn ikke planlagt vekst ut over det budsjetterte for ett område. På den måten vil man ikke kunne spore reell vekst i forhold til prioriteringsregelen.

Skien 1. desember 2020

For arbeidsgiver:



For ansattes organisasjoner:



## Saksfremlegg

### Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	16. desember 2020

Type sak (sett kryss)							
Beslutning	X	Etterretning		Orientering		Tema	

Sak: 078 – 2020

### Valg av ansattevalgte styremedlemmer - Oppnevning av valgstyre

#### Hensikten med saken

Inneværende to-års valgperiode for de ansattvalgte styremedlemmer og varamedlemmer gjelder frem til og med 15.03.2021. For kommende periode skal det velges ansatterepresentanter som styremedlemmer og varamedlemmer.

For å gjennomføre valget, skal det oppnevnes et valgstyre i henhold til egen «valgforskrift» fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Valgstyret oppnevnes av styret.

#### Forslag til vedtak

1. Ny valgperiode for ansattvalgte styremedlemmer er for 2 år med virkning fra 16.03.2021. Valgperioden tas til etterretning.
2. Styret oppnevner følgende valgstyre:
  - Ansatt representant Arvid Fosse (Fagforbundet)
  - Ansatt representant Heidi Flemmen (Legeforeningen)
  - Ansatt representant Ann Iserid Vik-Johansen (NSF)
  - Ansatt representant Linda Jeanette Jamsgard (NSF)
  - Ansatt representant Wenche Kongerød (FO)
  - Avdelingslederleder HR Bjarne Lia
  - Spesialrådgiver direktørens stab Tone Pedersen
3. Valgstyret oppnevner selv leder og nestleder
4. Styret legger til grunn at den praktiske valggjennomføringen følger samordningen innen Helse Sør-Øst.

Skien, 10. desember 2020

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

## 1. Hva saken gjelder

Inneværende to-års valgperiode for de ansattvalgte styremedlemmene og varamedlemmene gjelder frem til og med 15.03.21.

For å gjennomføre nytt valg skal det oppnevnes et valgstyre i henhold til egen «valgforskrift» fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Valgstyret oppnevnes av styret.

## 2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

De ansattes rett til å velge en andel av styrets medlemmer i det regionale helseforetaket er regulert i helseforetaksloven (lov 2001-06-15, nr 93), § 22 (§ 23 ad representasjon i et helseforetaksstyre). Gjennomføringen av valget er regulert i særskilt forskrift med hjemmel i helseforetakslovens §§ 22 og 23 (forskrift av 2002-11-15 nr 1287, sist endret 10.04.2018). I henhold til forskriftens § 8 skal valget organiseres og gjennomføres av et valgstyre, oppnevnt av styret for det regionale helseforetaket. Valgstyrets funksjoner er av formell og praktisk art, og det skal ikke selv foreslå kandidater.

Styrene for de underliggende helseforetak oppnevner tilsvarende valgstyre for gjennomføringen av valg av ansattvalgte medlemmer til eget styre.

Valgstyrets funksjon er initiativplikten og å påse at alle formalkrav i valgforskriften overholdes ved gjennomføringen av valgprosessen og fastsettelse av resultatet. Dette er viktig for å sikre et legalt valgresultat. Alle ansatte har individuell klagerett vedrørende gjennomføringen av valget. Fremmes klage som vinner fram, kan det medføre omvalg.

Parallelt med valget til det regionale helseforetakets styre, skal det gjennomføres tilsvarende valg av og blant de ansatte til styrene i hvert av helseforetakene. For å sikre en ryddig og kostnadseffektiv prosess samordnes disse valgene. Det må fastsettes felles valgdag for valgene i helseforetakene og det regionale helseforetaksvalget. Dato fastsettes formelt av de respektive valgstyrer og det legges til grunn at disse slutter seg til felles valgdato.

Valgstyret skal bestå av minst tre medlemmer og både ledelsen i helseforetaket og de ansatte skal være representert. Valgstyret skal ha en leder og en nestleder. Valgstyrene etableres parallelt i Helse Sør-Øst for å sikre informasjon og samordning. Det legges opp til samordnet valg til styret i Sykehuset Telemark HF og styret i Helse Sør-Øst RHF.

Valgstyrene ved helseforetakene må bistå det regionale valgstyret med gjennomføringen av valget til styret i det regionale helseforetaket. Det vil skje ved at valgstyrene ved helseforetakene får funksjonen som lokale «stemmestyrer» i forhold til valget til styret i det regionale helseforetaket.

Helse Sør-Øst RHF skal stille sekretariatsfunksjon til rådighet for valgstyret og spesialrådgiver fra avdeling Personal og kompetanseutvikling i det regionale helseforetaket blir stilt til disposisjon som valgstyrets sekretær.

Ved Sykehuset Telemark har det vært vanlig å ha fire-syv medlemmer. Ved valget i 2019 bestod valgstyret av til sammen syv medlemmer. Sykehuset Telemark har ikke

varamedlemmer til valgstyret. Valgstyret har beslutningsmyndighet når minst tre av ansattrepresentantene og en av arbeidsgiverrepresentantene er til stede.

Med grunnlag i valgforskriften og arbeidet med å samordne den praktiske gjennomføringen i HSØ, foreslås det å oppnevne et partssammensatt valgstyre med syv representanter. To av representantene er fra arbeidsgiver, og fem er representanter fra de ansatte. Valgstyret oppnevner selv leder og nestleder.

De tillitsvalgte og hovedverneombudet har blitt forespurt om å fremme forslag til medlemmer til valgstyret, og de har foreslått følgende fem medlemmer:

- Ansatt representant Arvid Fosse (Fagforbundet)
- Ansatt representant Heidi Flemmen (Legeforeningen)
- Ansatt representant Ann Iserid Vik-Johansen (NSF)
- Ansatt representant Linda Jeanette Jamsgard (NSF)
- Ansatt representant Wenche Kongerød (FO)

Administrerende direktør innstiller på følgende representasjon fra helseforetaket:

- Avdelingsleder i HR-Utvikling, Bjarne Lia
- Spesialrådgiver i direktørens stab, Tone Pedersen

Representantene innstilt fra administrerende direktør var henholdsvis leder og nestleder ved valget i 2019.

### **3. Administrerende direktørs vurdering**

Administrerende direktør anmoder styret om å oppnevne valgstyret som fremsatt i forslag til vedtak og at valgstyret konstituerer seg selv med leder og nestleder.

## Saksfremlegg

### Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	16.12.2020

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

Sak: 079 - 2020

### Etablering av Helsefellesskap i Telemark

#### Hensikten med saken

Hensikt med saken er å sikre at STHF sitt styre er godt informert om status i arbeidet med å etablere Helsefellesskap i Telemark

Styret må også behandle og vedta de endringer som ligger i *Overordnet samarbeidsavtale* som er revidert for å inkludere organiseringen av Helsefellesskap i Telemark.

Denne samarbeidsavtalen skal vedtas av STHF og kommunene i Telemark gjennom politisk behandling i kommunene og styrebehandling ved STHF

Det forventes at sykehuset legger til rette for at vi kan gå fra å være parter til å bli partnere og at STHF og kommunene i STHF sitt opptaksområde planlegger og utvikler tjenestene sammen innenfor de fire prioriterte gruppene.

#### Forslag til vedtak

1. Styret vedtar de endringene som er gjort i revidert *Overordnet samarbeidsavtale*, for å inkludere organiseringen av Helsefellesskap i Telemark.
2. Styret gir sin tilslutning til at styreleder deltar i partnerskapsmøte som representant for styret ved STHF.
3. Styret anbefaler at fagdirektør deltar på de to øverste nivåene i Helsefellesskapet sin møttestruktur

Skien, 08.12.2020

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

## 1. Hva saken gjelder

KS og regjeringen signerte i oktober 2019 en avtale om å etablere 19 helsefellesskap med organisering ut i fra helseforetaksstrukturen. Føringerne i avtalen er videreført i St. meld. 7- Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023

For kommunene i Telemark innebærer dette etablering av Helsefellesskap mellom STHF og de 17 kommunene som utgjør sykehuset sitt opptaksområde.

Avtalen mellom KS og regjeringa anbefaler at det etableres Helsefellesskap innen utgangen av 2020.

Avtalen om helsefellesskap ble inngått for å få til et bedre, mer forpliktende og likeverdig samarbeid mellom sykehuset og kommunene, *fra parter til partnere*.

Helsefellesskapet skal bygge på følgende prinsipper

- tillit og respekt
- tydelig samarbeidsstruktur
- felles planlegging
- samordning av tjenester
- gode beslutningsprosesser
- tydelige prioriteringer
- felles forståing av virkeligheten
- lokale tilpassinger

Helsefellesskapet skal kunne gi innspill til Nasjonal helse og sykehusplan, og organiseres med følgende tre nivå:

1. øverste ledelse i sykehus og kommunene (partnerskapsmøte) skal ta stilling til den overordna strategiske retninga for Helsefellesskapet
2. administrativ og faglig ledelse i sykehus og kommuner (strategisk samarbeidsutvalg) skal konkretisere strategiske føringer fra partnerskapet og konkretisere prioritere satsingsområde
3. faglig samarbeidsutvalg skal jobbe med prosedyrer og pasientforløp på oppdrag fra strategisk samarbeidsutvalg

Ny organisering av samarbeidet mellom STHF og kommunene får konsekvenser for *Overordnet samarbeidsavtale*, som ble inngått som en følge av samhandlingsformen i 2012. Endringen innebærer blant annet at politisk nivå i kommunene og styret ved STHF skal bli representert i partnerskapet og at fastlegene skal delta på alle nivå i helsefellesskapet sammen med brukere/pasienter

Revisjon 5 av Overordnet samarbeidsavtale (vedlagt) beskriver Helsefellesskapet, satsingsområde og prinsipper for samarbeidet i tråd med føringer i St.meld.7.

## 2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Samhandlingskoordinatorerne i Telemark har sett på tre ulike modeller for organisering av helsefellesskap. Hovedforskjellen mellom modellene har vært antall strategiske samarbeidsutvalg. Alternativ 1 beskriver ett felles strategisk samarbeidsutvalg (SSU). Alternativ 2 har to SSU- ett for øvre Telemark og ett for nedre del av fylket. Mens alternativ 3 har tre SSU – henholdsvis for Vest-Telemark, Midt-Telemark og nedre Telemark. Alle modellene har foreslått ett partnerskapsmøte og en felles akse for faglige samarbeidsutvalg. Modellene har vært til omfattende høring og blitt behandlet i de regionsvise samarbeidsutvalgene.



Det vært stor enighet om at det bør være ett partnerskapsmøte, men det har vært drøftinger om spørsmålet om hvordan kommunene skal være representert i dette møtet. Flertallet av høringsinnspillene har argumentert for at alle kommunene skal ha direkte representasjon ved kommunedirektør/rådmann og ordfører. Direkte representasjon vil sikre dialog og forankring i hver kommune. Alternativet har vært representasjon via rådsstrukturen dvs. en representant fra hver region. Fra STHF sin side vil adm. direktør delta sammen med styreleder. Det er i tillegg ønskelig at fagdirektør, som er ansvarlig for samhandlingen ved STHF, deltar i partnerskapsmøtene og at dette beslutes av partnerskapsmøte i januar.

Det har vært ulike synspunkt på om det er best med ett eller to strategiske samarbeidsutvalg. Hovedargumentet for to strategisk samarbeidsutvalg har vært et ønske om at alle kommunene skal være direkte representert, og at det vil være uhensiktsmessig med så mange deltakere i et møte, dvs. kommunalsjefer, klinikksjefer, fastleger, brukerrepresentanter og tillitsvalgte. Det er også ønskelig at fagdirektør deltar i strategiske samarbeidsutvalg. Argumentet *mot* to strategiske samarbeidsutvalg har vært, at samarbeidet blir fragmentert og kan vanskeliggjøre kontinuiteten i helsefellesskapet.

I møte mellom adm. direktør ved STHF, kommunedirektører/rådmenn, tillitsvalgte og brukerrepresentanter i oktober 2020 ble det besluttet å gå videre med to strategiske samarbeidsutvalg.

### 3. Administrerende direktørs anbefaling

Administrerende direktør anbefaler at Helsefellesskapet etableres som beskrevet i saken, herunder deltakelse fra styreleder og STHFs administrasjon. Spørsmålet om et eller to strategiske samarbeidsutvalg bli tatt opp til ny drøfting i partnerskapsmøte, og den valgte organiseringen vil bli evaluert når tilstrekkelige med erfaringer kan legges til grunn. Styret inviteres til å godkjenne revidert *Overordnet samarbeidsavtale*, vedlagt. Ved en mulig endring i organiseringen av strategisk samarbeidsutvalg i Telemark vil *Overordnet samarbeidsavtale* bli tilpasset dette uten behov for ny politisk behandling og ny styrebehandling.

#### Vedlegg:

**Vedlegg1. Revidert overordnet samarbeidsavtale**

**Vedlegg 2. Stortingsmelding 7 - Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023- kortversjon**

# Helsefellesskap

Overordnet samarbeidsavtale for samhandling  
mellom

Sykehuset Telemark Helseforetak og  
kommunene i Telemark



<b>Vedtak:</b> Overordna samarbeidsavtale ble vedtatt i styret for Sykehuset Telemark HF og kommunestyrene i Telemark	<b>Dato:</b> januar 2012
<b>Revisjonsnr. 5.1</b> <b>Helsefellesskap</b> - Overordna samarbeidsavtale for samhandling. Revisjon består i nytt Helsefellesskap - fra parter til partnere	November 2020

## Innholdsfortegnelse

1	AVTALEPARTER	2
2	BAKGRUNN OG LOVGRUNNLAG	2
3	FORMÅL OG VIRKEOMRÅDE	2
	3.1 Formål	2
	3.2 Partenes ansvar og avtalens virkeområde	3
4	AVTALESTRUKTUR DELAVTALER OG FULLMAKTER	4
	4.1 Avtalestruktur	4
	4.2 Lovpålagte delavtaler	4
	4.3 Fullmakter	5
5	ORGANISERING AV HELSEFELLELESSKAPET	5
	5.1 Partnerkapsmøtet	6
	5.2 Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)	6
	5.3 Faglig samarbeidsutvalg (FSU)	7
	5.4 Sekretariatfunksjon	7
	5.5 Kostnader	7
6	HÅNDTERING AV AVVIK, UENIGHET OG MISLIGHOLD	7
	6.1 Avvik	7
	6.2 Håndtering av uenighet knyttet til avtalens innhold	7
	6.3 Mislighold	8
7	VARIGHET, REVISJON OG OPPSIGELSE	8
	7.1 Varighet	8
	7.2 Revisjon og oppsigelse av delavtaler og prosedyrer/ retningslinjer	8

## 1 Avtaleparter

Partene i denne overordnede samarbeidsavtalen er Sykehuset Telemark Helseforetak (STHF) og kommunene i Telemark.

## 2 Bakgrunn og lovgrunnlag

Plikt til å inngå samarbeidsavtale mellom kommuner og helseforetak er fastsatt i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14. juni 2011 § 6-1 og i lov om spesialisthelsetjenester § 2-1 e. Når partene i denne samarbeidsavtalen bruker uttrykket “avtale”, omfatter det både denne overordnede samarbeidsavtalen og de delavtaler og prosedyrer/retningslinjer som er omtalt nedenfor.

Samarbeidsavtalen må reforhandles dersom lovgrunnlaget, finansieringsordninger eller andre vesentlige forutsetninger blir endret og disse endringene påvirker rettigheter eller plikter etter avtalen. I revisjon 5 er overordnet samarbeidsavtale tilpasset avtalen om helsefelleskap, inngått mellom regjeringen og KS i oktober 2019 samt føringer i Stortingsmelding 7 - Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023.

Partene er enige om å legge stor vekt på pasientens helsetjenester. For å sikre gode overganger mellom tjeneste nivåene, er det avgjørende at partnerne deltar i samarbeidet uavhengig av hvor pasienten befinner seg.

## 3 Formål og virkeområde

### 3.1 Formål

Formålet med avtalen er å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunen(e) og helseforetaket, samt å etablere gode strukturer for samhandling i tråd med avtalen om helsefelleskap. Avtalen skal bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Partene er enige om at pasientenes behov skal være styrende for samarbeidet.

Helsefelleskapet skal bygge på følgende prinsipper:

- En tydeligere samarbeidsstruktur
- Bedre felles planlegging
- Økt samordning
- Bedre beslutningsprosesser
- Sekretariat
- Tydelige prioriteringer
- Felles virkelighets oppfatning
- Behov for lokale tilpassinger
- Likeverdighet mellom partene
- Gi innspill til neste Nasjonal helse og sykehusplan

# Helsefellesskap - Overordnet samarbeidsavtale

---

Samarbeidsavtalene mellom sykehuset og kommunene skal bidra til å:

- Sikre behandling på beste effektive omsorgsnivå” (BEON-prinsippet) gjennom hele behandlingsskjeden.
- Best mulig samlet ressursutnyttelse.
- Utvikle tiltak som sikrer god koordinering og gode pasientforløp, og som følger faglige retningslinjer og veiledere.
- Utvikle tiltak som sikrer god kvalitet og pasientsikkerhet.
- Klargjøre ansvars- og oppgavefordelingen på administrativt og på tjenesteytende nivå for utforming og iverksetting av samhandlingstiltak.
- Sikre likeverdighet mellom avtalepartene og utvikling av en god samhandlingskultur.
- Videreutvikle bruker- og pasientmedvirkning, slik at deres erfaringer med hvordan samhandlingen fungerer, og tas i bruk på en systematisk måte.
- Sikre kompetanseoverføring / kompetanseutveksling.
- Involvere hverandre i planarbeid for å bidra til felles tjenesteutvikling.

## 3.2 Partenes ansvar og avtalens virkeområde

Kommunen og helseforetaket er gjennom lovverket tillagt hver sine kompetanse- og ansvarsområder. Avtalene omfatter de områdene hvor loven pålegger partene å inngå samarbeidsavtale, hvor partenes ansvar overlapper hverandre og/eller hvor det er behov for samordning mellom partene.

Samhandlingen skal ta utgangspunkt i pasienten. Det vil si at aktørene skal tenke på hva som er best for pasienten og realisere pasientens helsetjeneste i tråd med helsepolitiske føringer.

Helsefellesskapet skal prioritere følgende pasientgrupper

- barn og unge
- personer med alvorlig psykiske lidelser og rusproblemer
- skrøpelige eldre
- personer med flere kroniske lidelser
- pasienter i den akuttmedisinske kjeden og andre aktuelle pasientgrupper jfr det 5 fagutvalget i Helsefellesskapet.

**STHF** skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseområdet tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder sykehustjenester, medisinske laboratorietjenester, radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap, medisinsk nødmeldetjeneste, ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt, transport til undersøkelse eller behandling i kommunene og STHF og transport av behandlingspersonell. Unntak fra dette er de spesialisthelsetjenester som lagt utenfor helseområdet som følge av fag- og funksjonsfordeling i Helse Sør-Øst RHF. STHF er pålagt veiledningsplikt ovenfor kommunehelsetjenesten.

**Kommunen** skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune.

Kommunen er pålagt veiledningsplikt ovenfor STHF.

Ytterligere spesifisering av oppgaver og ansvar fremgår av de ulike delavtalene.

## 4 Avtalestruktur delavtaler og fullmakter

### 4.1 Avtalestruktur

Plikt til å inngå samarbeidsavtaler er fastsatt i lov om helse- og omsorgstjenester § 6-1 og i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e og i helse- og omsorgstjenestelovens § 6-2.

**Den overordnede samarbeidsavtalen** regulerer samarbeidet mellom STHF og den enkelte kommune. Avtalen er lovpålagt, og er et juridisk bindende dokument mellom helseforetaket og kommunen(e). Den overordnede samarbeidsavtalen forutsettes supplert med delavtaler.

Ved uoverenstemmelse mellom den overordnede samarbeidsavtalen, delavtaler og prosedyrer/retningslinjer skal den overordnede samarbeidsavtalen ha forrang.

#### **Delavtalene skal:**

Regulere ulike rutiner for samhandling i en del av et pasientforløp. Beskrive spesielle samarbeidsforhold mellom foretak og en kommuneregion/kommune.

#### **Prosedyrer/retningslinjer:**

For å sikre at delavtalene gjennomføres på en kvalitativt god måte understøttes delavtalene av prosedyrer/retningslinjer.

### 4.2 Lovpålagte delavtaler

Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 stiller et minimumskrav til hva en avtale mellom partene skal inneholde. Alle obligatoriske punkter i loven dekkes gjennom den overordnede samarbeidsavtalen og de delavtalene som er beskrevet i dette punktet. I tillegg er det opp til partene selv å etablere samarbeidsavtaler på andre områder enn de lovpålagte.

Lovpålagte delavtaler:

- Delavtale som omfatter retningslinjer for innleggelse i sykehus og utskrivningsklare pasienter
- Delavtale som omfatter omforente beredskapsplaner
- Delavtale som omfatter planer for den akuttmedisinske kjeden
- Delavtale som omfatter beskrivelse av kommunenes tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp
- Delavtale om kunnskapsoverføring, informasjonsutveksling, faglige nettverk, hospitering, forskning og praksis
- Delavtale om samarbeid vedrørende IKT - løsninger
- Delavtale om samarbeid for pasienter med behov for koordinerte tjenester
- Delavtale om jordmortjenester
- Delavtale om forebyggingstiltak / helsefremming

# Helsefelleskap - Overordnet samarbeidsavtale

Frivillige delavtaler:

- Delavtale om håndtering av avvik og etablering av tilbakemeldings- og evalueringssløyfer
- Delavtale som beskriver prinsipper for medvirkning fra pasient- og brukerorganisasjoner
- Delavtale om LIS 1 ordningen
- Delavtale om samarbeid innen psykisk helse og rus/avhengighet
- Delavtale om samarbeid knyttet til tjenester innen barn og unge

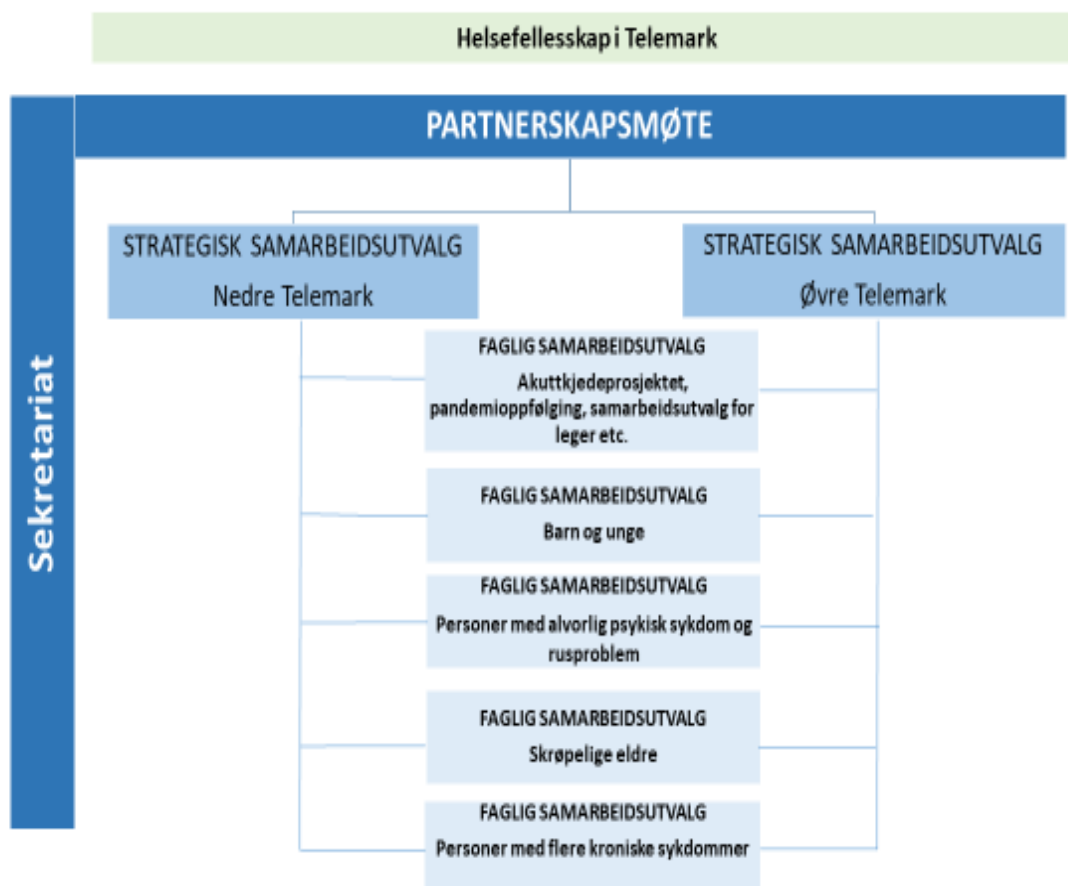
## 4.3 Fullmakter

Fullmakt til å vedta og gjøre endringer i den overordnede samarbeidsavtalen ligger til by- og kommunestyrene og til styret for STHF, dersom det er prinsipielle endringer av organisatorisk eller økonomisk karakter. Andre endringer gjøres som beskrevet i delavtalene.

Ved evaluering og endringer av delavtalene skal de til godkjenning i strategisk samarbeidsutvalg, og signeres av STHF og kommunene.

## 5 Organisering av helsefelleskapet

Samarbeidet organiseres med følgende struktur:



## 5.1 Partnerkapsmøtet

Representanter i partnerskapsmøtet er:

- 17 kommunedirektører / rådmenn
- 17 ordførere
- administrerende direktør STHF
- styreleder STHF
- 2 representanter fra brukerne
- 2 representanter fra fastlegene
- 2 representanter fra de tillitsvalgte
- sekretariatet

Partnerskapsmøtet sitt mandat er å: *Forankre retning/ gi strategiske føringer for samarbeid og tjenesteutvikling i overganger mellom STHF og kommunene, gjennom konkretisering av oppdrag til strategisk samarbeidsutvalg.*

Partnerskapsmøtet tar selv stilling til antall møter, med minimum ett årlig møte.

## 5.2 Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)

Det er to strategiske samarbeidsutvalg. Ett for nedre Telemark og ett for øvre Telemark

Representasjon/sammensetning i Strategisk samarbeidsutvalg øvre Telemark:

- 10 kommunalsjefer
- 5 klinikksjefer
- 1 representant fra Notodden sykehus
- 1 representant fra brukerne
- 1 representant fra fastlegene
- 1 representant fra tillitsvalgte
- 2 personer fra sekretariatet

Representasjon/sammensetning i Strategisk samarbeidsutvalg nedre Telemark

- 7 kommunalsjefer
- 5 klinikksjefer
- 1 representant fra brukerne
- 1 representant fra fastlegene
- 1 representant fra tillitsvalgte
- 2 personer fra sekretariatet

Mandat for Strategisk samarbeidsutvalg, utarbeides i partnerskapet sitt første møte. Strategisk samarbeidsutvalg tar selv stilling til antall møter, med minimum 2 møter pr år.



## 5.3 Faglig samarbeidsutvalg (FSU)

Det er 5 faglige samarbeidsutvalg. Representasjon/sammensetning og mandatet til Faglig samarbeidsutvalg, bestemmes av strategisk samarbeidsutvalg.

Strategisk samarbeidsutvalg kan innkalle eller bestemme møtefrekvens for faglig samarbeidsutvalg. De faglige samarbeidsutvalg tar selv stilling til organisering av møtene og eventuelt ønske om flere møter.

## 5.4 Sekretariatfunksjon

Sekretariatfunksjon i Helsefellesskapet ivaretas av de 3 samhandlingskoordinatorene og spesialrådgiver i Grenlandssamarbeidet.

Sekretariatets funksjon og oppgaver:

- saksforberedning
- sørge for møteinnkallinger og referat
- sørge for kontinuitet og helhet mellom nivåene i Helsefellesskapet
- sørge for at vedtak og føringer fra partnerskapsmøtet blir fulgt opp videre i Helsefellesskapet
- bidra til at arbeidet i Helsefellesskapet blir fulgt opp i STHF og kommunene
- sette revisjon av avtaler på dagsorden
- søke om tilskudd til helsefellesskapet og samhandlingstiltak der dette er aktuelt

## 5.5 Kostnader

Partene bærer selv sine kostnader til det arbeidet som følger av denne avtalen.

# 6 Håndtering av avvik, uenighet og mislighold

## 6.1 Avvik

Partene skal håndtere avvik etter nærmere definerte retningslinjer. Dette vil bli nærmere beskrevet i Delavtale om håndtering av avvik og etablering av tilbakemeldings- og evalueringssløyfer.

Når det gjelder håndtering av uenighet i pasientrelaterte saker, skal partenes intensjon være å løse uenighet i linje så nær pasient/bruker som mulig og på lavest mulig tjenestenivå. Pasientens beste skal være hovedfokus for begge parter i pasientrelaterte saker. Ved evt. tvist brukes nasjonalt tvisteløsningsorgan.

## 6.2 Håndtering av uenighet knyttet til avtalens innhold

Partene er enige om at uenighet knyttet til avtalens innhold for øvrig skal søkes løst i denne rekkefølgen:

Partene skal møtes for å drøfte og om mulig løse tvisten. Hvis partene ikke blir enige om tolkning av avtalen, kan saken bringes inn for nasjonalt tvisteløsningsorgan. Saken kan bringes inn for de alminnelige domstoler etter behandling hos nasjonalt tvisteløsningsorgan.

Dersom saken avvises fra nasjonalt tvisteløsningsorgan, er ikke dette til hinder for at partene kan bringe saken inn for de alminnelige domstoler.

## 6.3 Mislighold

Dersom en av partene misligholder sin del av avtalen, og dette påfører den annen part dokumenterte tap, kan tapet kreves dekket av den som misligholder avtalen. Ved vurdering av om det foreligger mislighold, legges avtaleretten i sin alminnelighet til grunn. Eventuelle særbestemmelser følger av den enkelte delavtale.

## 7 Varighet, revisjon og oppsigelse

### 7.1 Varighet

Den overordnede samarbeidsavtalen trådte i kraft 31.01.2012, og gjelder frem til ny overordnet samarbeidsavtale inngås (oppsigelsesfrist, jf helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5 andre ledd.)

Avtalepartene skal årlig gjennomgå avtalen med sikte på nødvendige oppdateringer jfr. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5 første ledd.

Hver av partene kan kreve den overordnede samarbeidsavtalen revidert dersom vesentlige forutsetninger for avtalen endres.

### 7.2 Revisjon og oppsigelse av delavtaler og prosedyrer/ retningslinjer

Revisjon 1	Februar 2013
Revisjon 2	Mars 2014
Revisjon 3	Oktober 2016
Revisjon 4	Juni 2018
Revisjon 5	November 2020

Begge parter er innforstått med at delavtaler og prosedyrer/retningslinjer for pasientforløp m.m. regulerer et samarbeidsforhold som er, og skal være i utvikling. Delavtalene og prosedyrene/retningslinjene for pasientforløp kan derfor bli endret for å tilpasses utviklingen i samarbeids.

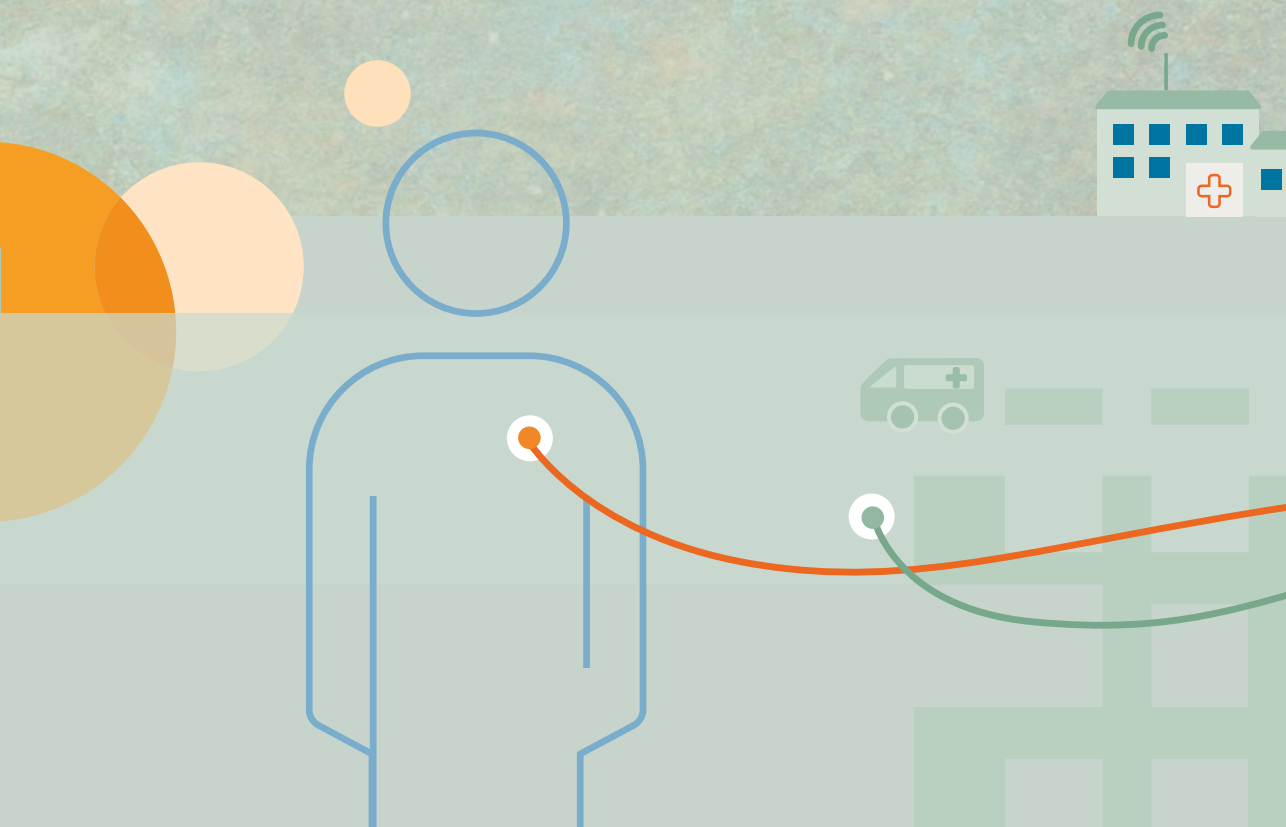
De lovpålagte delavtaler og prosedyrer/retningslinjer for pasientforløp gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jfr helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5 andre ledd. Jfr. samme lovhjemmel har ST HF plikt til å melde dette til Helsedirektoratet.

## Helsefellesskap - Overordnet samarbeidsavtale

Sykehuset Telemark HF Dato _____ _____ administrerende direktør	Bamble kommune Dato _____ _____ kommunedirektør
Skien kommune Dato _____ _____ kommunedirektør	Porsgrunn kommune Dato _____ _____ rådmann
Kragerø kommune Dato _____ _____ kommunedirektør	Drangedal kommune Dato _____ _____ kommunedirektør
Siljan kommune Dato _____ _____ kommunedirektør	Tinn kommune Dato _____ _____ kommunedirektør
Hjartdal kommune Dato _____ _____ Rådmann	Notodden kommune Dato _____ _____ Rådmann
Midt-Telemark kommune Dato _____ _____ kommunedirektør	Nissedal kommune Dato _____ _____ Rådmann
Nome kommune Dato _____ _____ kommunedirektør	Seljord kommune Dato _____ _____ Rådmann
Kviteseid kommune Dato _____ _____ Rådmann	Vinje kommune Dato _____ _____ Rådmann
Tokke kommune Dato _____ _____ Rådmann	Fyresdal kommune Dato _____ _____ Rådmann

# Nasjonale helse- og sykehusplan 2020-2023

Kortversjon



Helse- og omsorgsdepartementet

Confidential, Pedersen, Tone, 12/11/2020 12:51:46

# En tydelig vei frem til mål

«Brukermedvirkning er livsviktig. Å bli lyttet til bekrefter at du er verdt noe. Det har både en egenverdi og en terapeutisk verdi. Hvis pasienter får være med å påvirke sin egen behandling, blir de bekreftet som mennesker som kan og vet og teller.»

Dette fortalte Dorte Gytri etter sine opplevelser som pasient i psykisk helsevern. Det er hit vi vil. For vi har en felles visjon i helsetjenesten. Vi skal skape pasientens helsetjeneste. Å nå dit krever mye av mange. Ansvarer deles av flere.

I denne andre Nasjonale helse- og sykehusplanen viser vi hvordan pasientens helsetjeneste skal utvikles de neste fire årene. Og hva vi må gjøre for å få det til. Etableringen av 19 helsefelleskap der sykehus og kommuner skal samarbeide bedre om de mest sårbare pasientene våre, er et av hovedgrepene. Mange har bidratt til arbeidet med planen – pasienter, pårørende, helsepersonell, sykehus, kommuner og nasjonale helsemyndigheter.

Jeg ser fram til at vi sammen gjennomfører planen. Sammen skal vi ta de neste skrittene til målet om pasientens helsetjeneste. Veien frem har aldri vært tydeligere.



A handwritten signature in black ink that reads "Bent Høie".

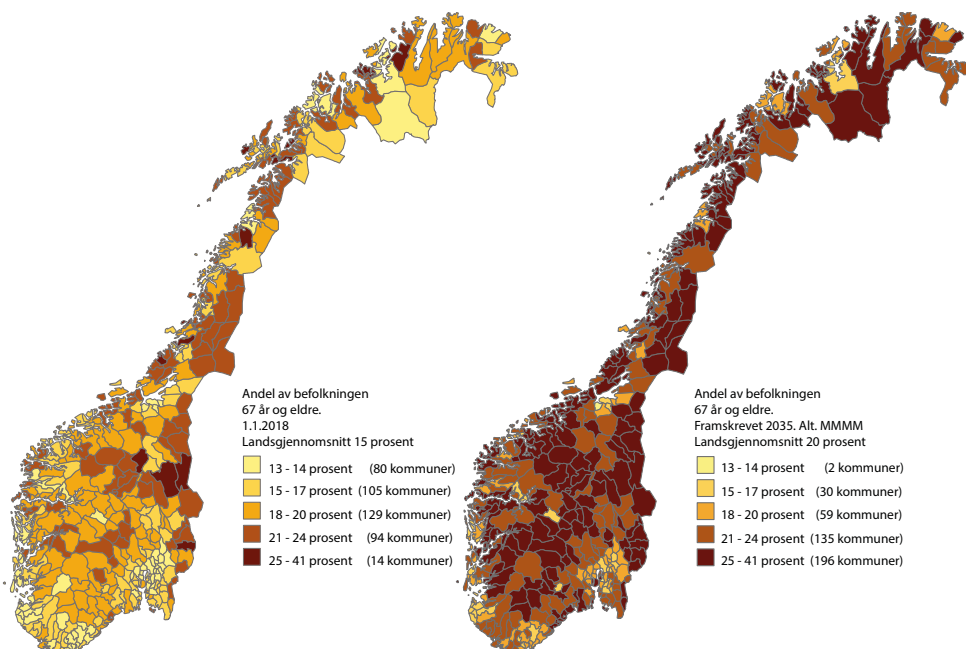
*Bent Høie, helseminister*

# Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 gir retning og rammer for utvikling av spesialisthelsetjenesten og samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten i planperioden.

Målet er å realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte. Pasientens stemme skal bli hørt – både i møtet mellom pasient og behandler og i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Pasientene skal ha likeverdig tilgang til gode helsetjenester uavhengig av hvor de bor i landet. Både pasienter og pårørende skal oppleve forutsigbarhet, trygghet og kontinuitet, vite at det er kort vei til god og profesjonell hjelp når det trengs – og vite hvor hjelpen er å finne.

Vi blir flere, vi blir eldre og vi forventer mer. Det gjør det krevende å forene ønsker og muligheter innenfor ressursrammene vi har til rådighet. Det er særlig knapphet på arbeidskraft som vil sette grenser for hvordan vi kan løse oppgavene. En bærekraftig helsetjeneste forutsetter derfor at vi utnytter mulighetene teknologien gir, bruker kompetansen hos de ansatte best mulig og løser oppgavene så effektivt som mulig.





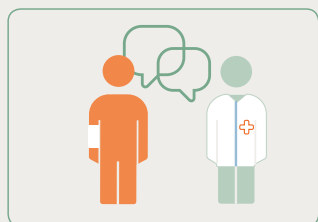
# Innhold

<b>Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023</b> .....	<b>3</b>
<b>Hvor vil vi?</b> .....	<b>6</b>
<b>Hvordan skal vi få det til?</b> .....	<b>8</b>
<b>Pasienten som aktiv deltaker</b> .....	<b>10</b>
<b>En sammenhengende helse- og omsorgstjeneste</b> .....	<b>12</b>
<b>Psykisk helsevern</b> .....	<b>18</b>
<b>Akuttmedisinske tjenester</b> .....	<b>23</b>
<b>Teknologi i pasientens helsetjeneste</b> .....	<b>26</b>
<b>Digitalisering – en forutsetning for pasientens helsetjeneste</b> .....	<b>29</b>
<b>Kompetanse</b> .....	<b>33</b>
<b>Kan ressursene brukes bedre?</b> .....	<b>37</b>
<b>Finansiering i pasientens helsetjeneste</b> .....	<b>40</b>

Dette er kortversjonen av Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Kortversjonen redegjør for de sentrale målene i meldingen, hvilke tiltak regjeringen vil gjennomføre for å nå disse målene og konkrete eksempler som illustrerer ønsket utvikling.



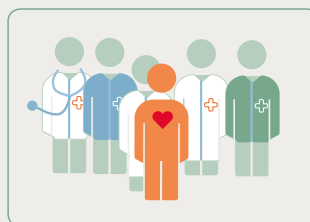
# Hvor vil vi?



Pasienten er aktiv deltager



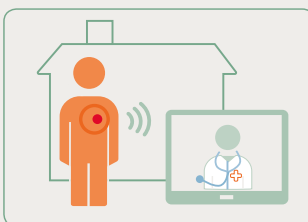
Helhetlige og sammenhengende tjenester



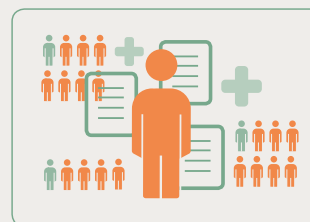
Sårbare pasienter møtes med team



En sammenhengende akuttmedisinsk kjede



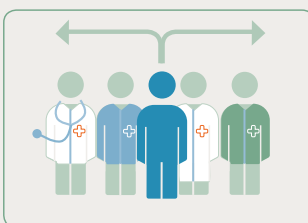
Spesialisthelsetjenester i hjemmet



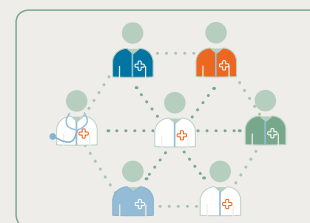
Bruk av helsedata til det beste for fellesskapet



Livslang læring



Ledelse bidrar til endring



Vi lærer av hverandre

Nasjonal helse- og sykehusplan er regjeringens strategi for realisering av pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte. I pasientens helsetjeneste er målet at pasienter, pårørende og helsepersonell opplever helse- og omsorgstjenesten slik:

*Pasientene er aktive deltakere i helsehjelpen de mottar. Både pasient og pårørende blir sett og hørt – med ord de forstår. Samvalg er det normale, innbyggerne kan kommunisere med tjenesten digitalt, og brukerne medvirker i utforming av tjenesten.*

*Pasientene opplever sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner. Helsepersonell spiller hverandre gode, vet hva neste ledd i pasientforløpet trenger og kan bidra med. Digitale løsninger gjør arbeidshverdagen enklere, ikke vanskeligere. Kommuner og sykehus planlegger og utvikler tjenester sammen med brukere og fastleger i helsefelleskap.*

*Sårbare pasienter opplever at tjenestene opptrer i team rundt dem. Ambulante tverrfaglige team ivaretar de mest sårbare barna og unge og voksne med alvorlige og sammensatte behov. Barn og unge med psykiske helseplager får tilbud på rett nivå til rett tid. Skrøpelige eldre opplever trygge overganger.*

*Pasienter opplever en sammenhengende akuttmedisinsk kjede der innsats settes tidlig inn, og informasjonen følger pasienten hele veien. I akuttmottaket blir pasienten møtt av tverrfaglig kompetanse som kan gi rask avklaring og riktig behandling.*

*Pasienter møter i større grad spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv. Spesialisthelsetjenester som før krevde fysisk oppmøte utføres der pasienten bor ved hjelp av teknologi. Dette er enklere for pasientene og frigjør tid som helsepersonellet kan bruke på andre pasienter.*

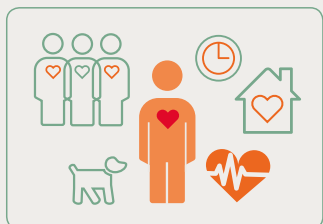
*Pasientene opplever at bruk av våre felles helsedata, ved hjelp av teknologi, gir bedre og mer presis helsehjelp. Pasientene føler seg trygge på at informasjonen om dem blir behandlet på forsvarlig måte.*

*Helsepersonellet jobber i team rundt pasienten, utvikler tjenesten i tråd med kunnskap om hva som virker og utnytter mulighetene som teknologien gir. Personellet opplever tjenesten som en attraktiv arbeidsplass som legger til rette for livslang læring for alle. Gode IKT-systemer gjør oppgavene enklere å løse. Forbedringsarbeid frigjør tid til mer pasientbehandling. Kunnskapen om hva som virker er kjent, og personellet bruker ikke verdifull tid på behandling med liten effekt.*

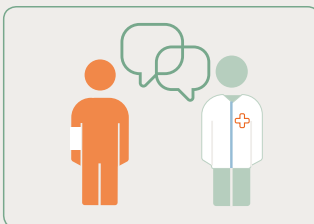
*Lederne gjennomfører endringene som må til – i godt samarbeid med de ansatte. Store utfordringer krever store endringer – som må ledes. Ledere kjenner sitt ansvar for å nå målene og har støtte og handlingsrom for å ta dette ansvaret.*

*Vi lærer av hverandre. Helsefelleskapene og det utadvendte sykehuset blir arenaer for læring. Kompetanse deles både i team og mellom institusjoner. Ved oppstart av et forbedringsarbeid spør ledere og personell «Hva kan vi lære av andre?». Når de er ferdige, spør de «Hvem kan vi dele denne kunnskapen med?».*

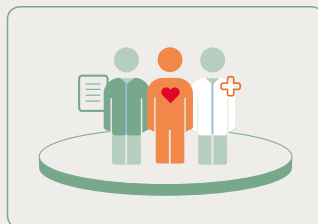
# Hvordan skal vi få det til?



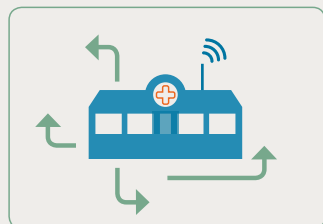
Skape pasientens helsetjeneste



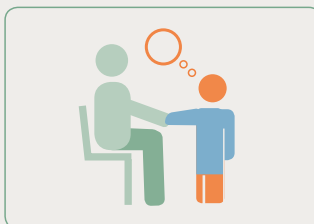
Legge til rette for aktiv deltagelse



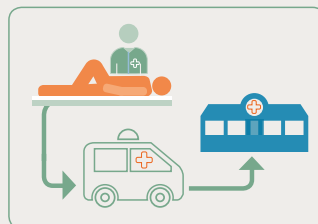
Etablere 19 helsefelleskap



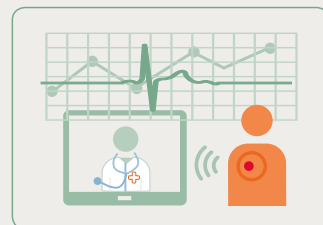
Skape det utadvendte sykehus



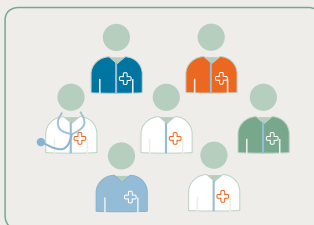
Bedre psykiske helsetjenester



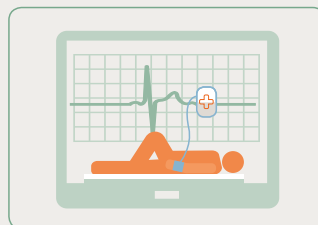
Sikre en sammenhengende akuttmedisinsk kjede



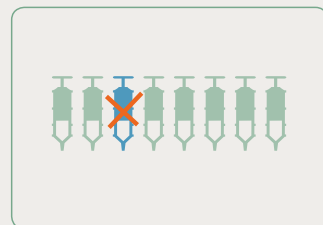
Legge til rette for mer bruk av teknologi



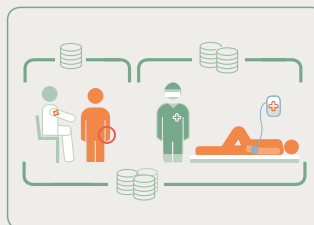
Sikre tilstrekkelig og riktig kompetanse



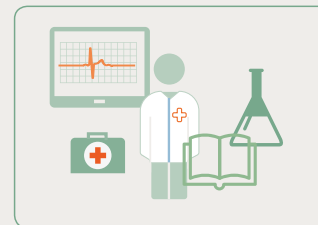
Mål for digitalisering knyttes til mål for pasientbehandling



Redusere uønsket variasjon



Videreutvikle finansierungsordningene



Vri ressursveksten mot teknologi og kompetanse

## Regjeringen vil

- skape pasientens helsetjeneste. «Hva er viktig for deg?» skal være førende både i møtet mellom pasient og helsepersonell og i utviklingen av helse- og omsorgstjenesten.
- styrke befolkningens helsekompetanse og pasientens mulighet til å være en aktiv deltaker i egen helse og utvikling av tjenestene. Regjeringen vil øke bruk av skjermtolk i spesialisthelsetjenesten, arbeide for klart språk og mer samvalg. Lærings- og mestringstjenestene skal revideres for å gi bedre pasient- og pårørendeopplæring.
- etablere 19 helsefellesskap hvor kommuner og helseforetak utvikler og planlegger tjenestene sammen som likeverdige partnere. Helsefellesskapene bør prioritere utvikling av tjenester til barn og unge, personer med flere kroniske lidelser, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og skrøpelige eldre. Helsefellesskapene skal finne løsninger som passer til lokale behov og forutsetninger, og vil spille inn til neste Nasjonal helse- og sykehusplan.
- skape det utadvendte sykehus. Utadvendte sykehus skal yte mer helsehjelp hjemme hos pasienten, samarbeide mer, både fysisk og virtuelt, med kommunale helse- og omsorgstjenester og jobbe tettere med andre sykehus.
- utvikle bedre psykiske helsetjenester. Tjenesten skal møte befolkningens samlede behov for psykiske helsetjenester, og pasientene skal motta et bærekraftig tilbud på rett nivå. Kvalitet og fagutvikling skal prioriteres. Tjenestene skal videreutvikles basert på bedre arbeidsdeling, samarbeid og bruk av teknologi. Barn og unge og brukere med alvorlige og sammensatte behov skal vies særlig oppmerksomhet.
- sikre en sammenhengende og koordinert akuttmedisinsk kjede. Helseforetakene skal i neste utviklingsplan gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i samarbeid med kommunene, og organisering og ledelse av akuttmottak på sykehus.
- angi retning for bruk av teknologi i spesialisthelsetjenesten og tilpasse nasjonale rammebetingelser til nye måter å yte tjenester på. Helseforetakene skal i de neste utviklingsplanene sette egne mål for å flytte spesialisthelsetjenester hjem til pasientene. Helsedata skal i større grad enn i dag kunne deles for å utvikle bedre helsehjelp.
- sikre tilstrekkelig og riktig kompetanse for å møte fremtidige behov. Helseforetakene skal skape en heltidskultur og arbeide for å rekruttere og beholde ansatte i alle personellgrupper. Det skal legges til rette for livslange karriereløp for alle personellgrupper. Det skal være en særlig satsing på sykepleiere og helsefagarbeidere. Videreutdanningene for spesialisykepleiere skal videreutvikles og utdanningskapasiteten økes. Helseforetakene skal ta imot flere lærlinger i helsefag. Simuleringstrening skal tas mer i bruk. Helseforetak og kommuner vil i helsefellesskapene sette mål for kompetansedeling.
- knytte målene for digitalisering tydeligere til målene for pasientbehandling. Verdien av digitalisering ligger i hva den kan bety for tilbudet til pasientene. Den nasjonale styringen og koordineringen av IKT-utviklingen skal bli tydeligere.
- videreføre arbeidet med å redusere uønsket variasjon og underbygge en kultur for å dele kunnskap.
- videreutvikle finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten for å understøtte helhetlige tjenestetilbud, samhandling og nye måter å yte tjenester på ved hjelp av teknologi og digitalisering.
- vri ressursveksten i spesialisthelsetjenesten fra vekst i bemanning, som er en knapp ressurs, til investeringer i teknologi og kompetanse som kan redusere fremtidig arbeidskraftbehov.

# Pasienten som aktiv deltaker

## Hvor vil vi?

Pasientens behov er førende for utviklingen av helse- og omsorgstjenesten. Det er en selvfølge å stille spørsmålet «hva er viktig for deg?» når beslutninger skal tas. Pasienten er en aktiv deltaker i egen helse og behandling. Det er utviklet gode samvalgsverktøy for flere tilstander. Helsepersonell tar hensyn til pasientens helsekompetanse og tilpasser kommunikasjonen deretter. Pasienter med langvarige helseutfordringer og behov for bistand fra spesialisthelsetjenesten, får bedre og mer tilrettelagt opplæring til å mestre egen helse. Digitale løsninger er integrert som en del av opplæringen og kommunikasjonen med spesialisthelsetjenesten. Kommunikasjonen mellom pasienten og spesialisthelsetjenesten er forståelig – det er tydelig hvem man skal møte og når, hva som kreves av forberedelser og hva man kan vente seg på sykehuset. De som har behov for tolk, får disse tjenestene med høyere kvalitet og i større grad via skjerm. Digitale innbyggertjenester gjør det lettere for innbyggerne å følge opp egen helse og tilpasse kontakten med helsetjenesten til egen hverdag.



Pasienten er aktiv deltager

## Brukermedvirkning



Inga Karlsen er et engasjert medlem i brukerutvalget i Nordlandssykehuset. 85-åringen fra Tysfjord har bidratt sterkt til å fremme samiske pasienters rettigheter. Hun fikk Helse Nords brukerpris for arbeidet hun har gjort, og fortsatt gjør, for å fremme brukernes interesser. Inga har jobbet i og for eldreomsorgen i mange år. Demensomsorg er hennes hjertebarn, men også kampen for likeverdige helsetjenester for den samiske befolkningen.

– Mange av oss tar alt legen forteller oss som en absolutt sannhet, og dette er kanskje særlig sant blant samene. Når det kommer til helsetilbudet til den samiske befolkningen, handler det ikke om likestilling, men om likeverd. Og her vil jeg rose Helse Nord for det arbeidet som nå gjøres med nettopp dette. Det er fortsatt en vei å gå, men vi er på rett vei, sier Inga Karlsen.

## Klart språk i pasientbrevene

En kartlegging ved Helgelandssykehuset HF viste at 10–20 prosent av nyrepasienter og pasienter som skulle til tarmundersøkelse, ikke hadde forberedt seg til undersøkelsen/behandlingen. De kunne derfor bare gjennomføre deler av prosedyren, eller de måtte få en ny time. For at flere pasienter skulle møte forberedt, ble det utviklet nye pasientbrev til disse pasientgruppene med tydelig og forståelig språk (klarspråk) og grafikk som gjør det lettere for pasienten å forstå hvordan de skal forberede seg til undersøkelsen. De nye pasientbrevene skal tas i bruk i Helgelandssykehuset i løpet av 2019. Målet er færre avlyste konsultasjoner og oppklarende henvendelser til sykehuset.

## Sentrale mål

Økt bruk av samvalg



Økt bruk av digitale tjenester



## Regjeringen vil

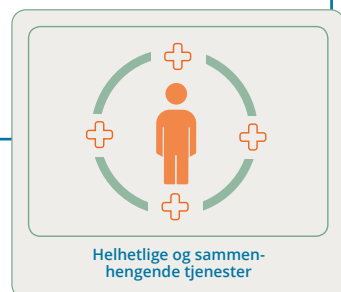
- legge til rette for at pasienten kan være en aktiv deltaker i beslutninger om egen helse og i utviklingen av helsetjenestene
- øke bruken av skjermtolking i spesialisthelsetjenesten
- arbeide for å heve helsekompetansen i befolkningen
- at tjenesten skal bruke klart språk i kommunikasjonen med pasientene
- bidra til bedre pasient- og pårørendeopplæring gjennom en revidering av lærings- og mestringstjenestene
- at innbyggerne skal få tilgang til flere digitale innbyggertjenester

# En sammenhengende helse- og omsorgstjeneste

## Hvor vil vi?

Pasienter og pårørende opplever en helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste der pasienten kan være en aktiv deltaker i egen helse og behandling. Det er etablert god samhandlingskultur, felles forståelse av hva helseforetak og kommuner skal samhandle om og hvordan de skal gjøre det. Helseforetak og samarbeidende kommuner møtes som likeverdige partnere i helsefelleskap. Sammen med brukere og fastleger utvikler og planlegger de tjenester til sårbare pasientgrupper med behov for tjenester fra begge nivå. Tilrettelagt styringsinformasjon og felles fremskrivingsverktøy bidrar til felles virkelighetsforståelse og understøtter felles planlegging. Helseforetak og kommuner inngår avtaler om lokalt tilpassede måter å løse oppgavene på til det beste for pasientene. Helsedirektoratet gir god veiledning om det lokale handlingsrommet og innretning av samhandlingen. Stortinget behandler Nasjonal helse- og sykehusplan hvert fjerde år der det formidles forventninger til helsefelleskapene om utvikling av helse- og omsorgstjenesten.

Pasientforløp på tvers av kommuner og sykehus kjennetegnes ved gode rutiner i overgangene som gir pasienter og pårørende forutsigbarhet og trygghet, mulighet for gjensidig konsultasjon mellom helsepersonell og IKT-systemer som understøtter samhandlingen. Pasientforløp utvikles basert på kunnskap og erfaring. Tverrfaglige team på tvers av nivåer ivaretar behovene til pasienter med store og sammensatte behov, der det er hensiktsmessig. Spesialisthelsetjenesten møter pasientene i større grad i hjemmet og i samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og de deler sin kompetanse – både fysisk og virtuelt. Lowerverk for informasjonsdeling, finansieringsløsninger og styringsdata er tilpasset disse arbeidsformene.



## Tiltak for en helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste



### Prioriterte pasientgrupper i helsefelleskapene

**Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer**

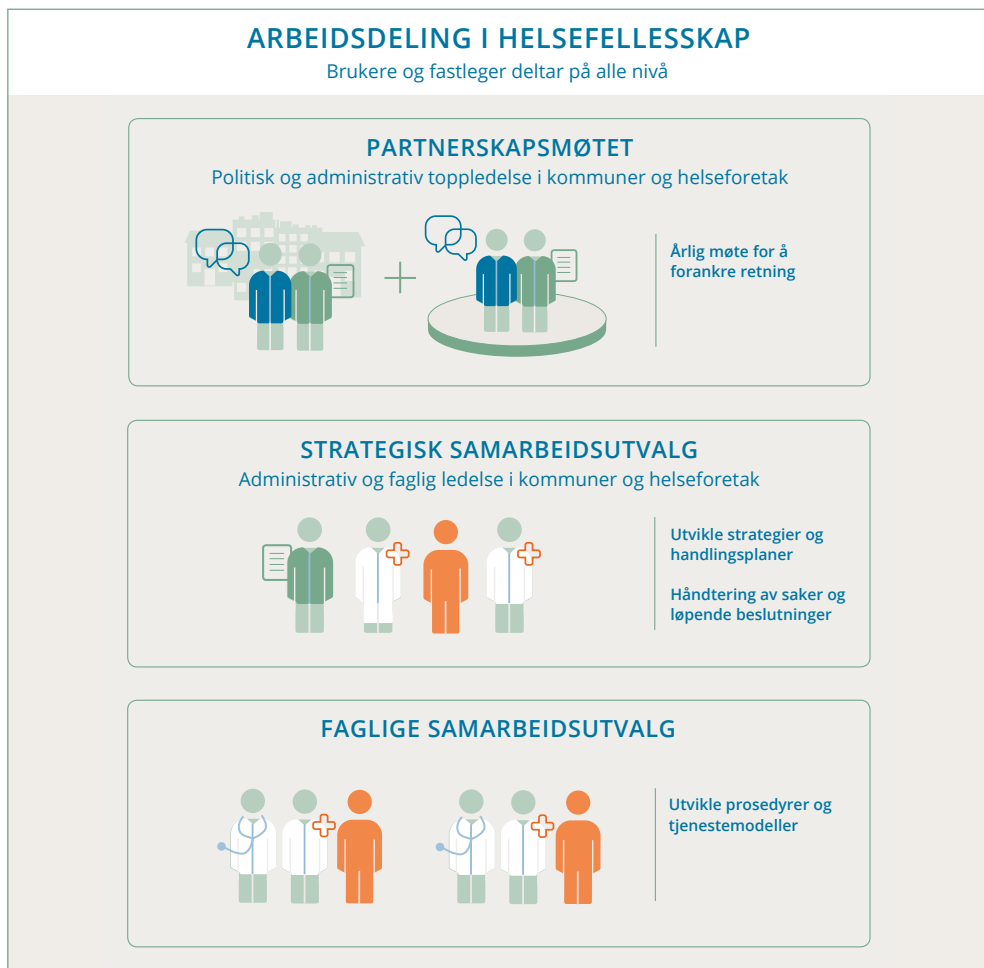
**Barn og unge**

**Skrupelige eldre**

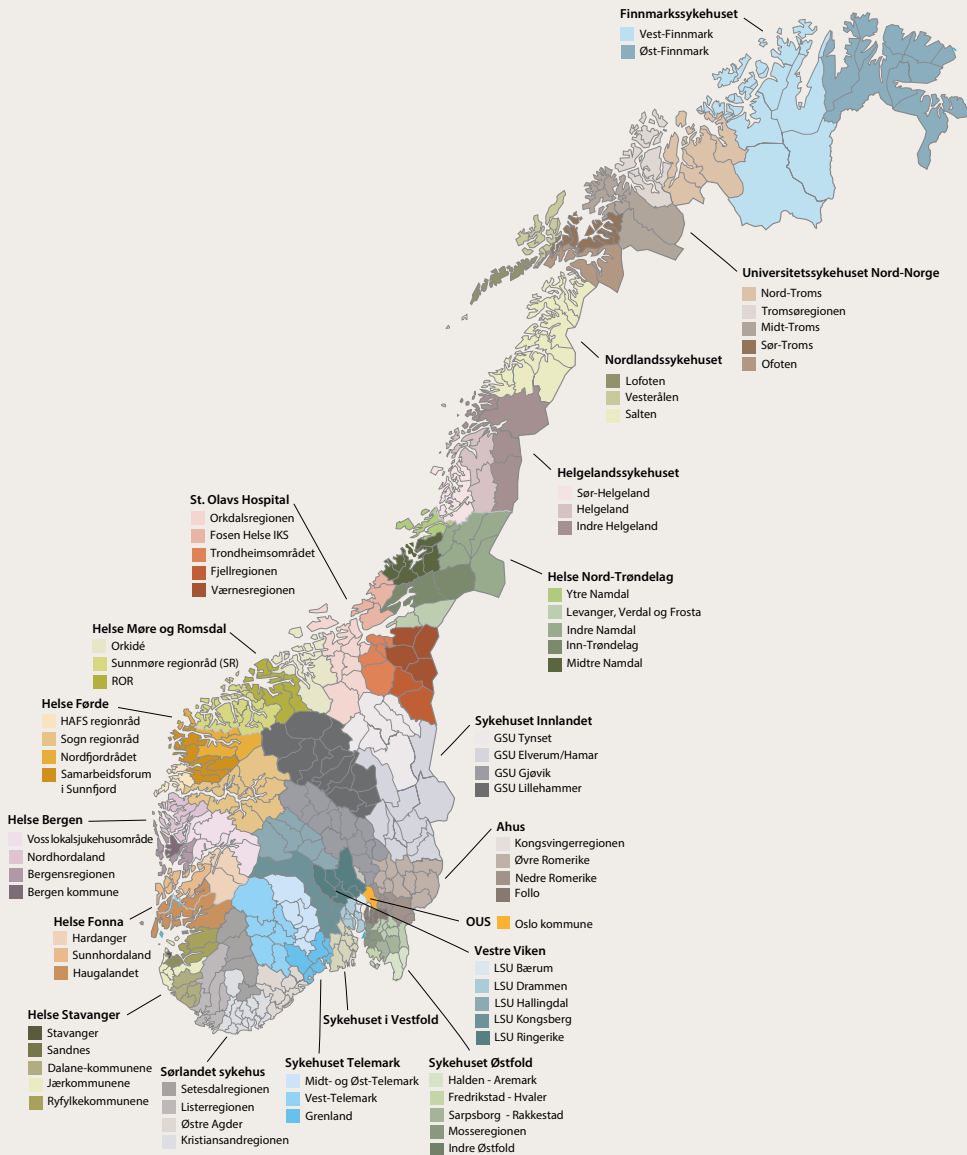
**Personer med flere kroniske lidelser**



Regjeringen ønsker å etablere 19 helsefelleskap mellom kommuner og sykehus med utgangspunkt i helseforetaksområdene. I helsefelleskapene vil representanter fra helseforetak, kommuner, lokale fastleger og brukere møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen. Etablerte avtaler og samarbeidsstrukturer skal ligge til grunn, men videreutvikles. Fastlegene bør få en rådgivende rolle, kommunene i helseforetaksområdene bør samordne seg bedre enn i dag, og nasjonale myndigheter må være tydelige i sine forventninger til hva kommuner og sykehus bør oppnå i de nye helsefelleskapene. Nasjonale myndigheter må støtte helsefelleskapene gjennom bedre styringsinformasjon og fremskrivingsverktøy og ved å gjennomføre tiltak som bedrer pasientforløpene.



## Etablerte kommunesamarbeid



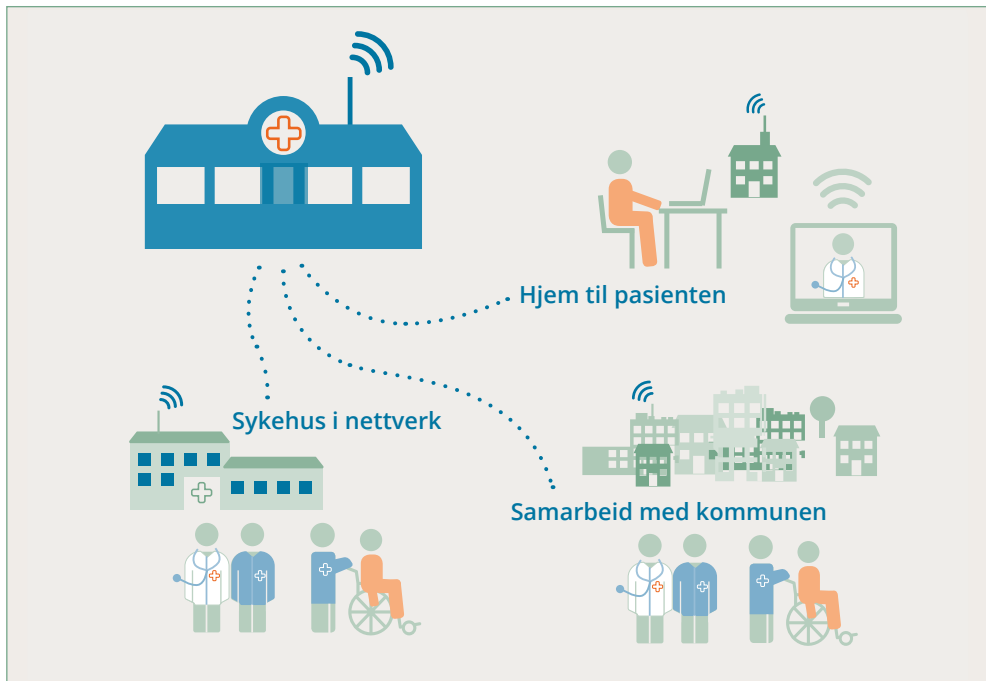
Kartet illustrerer etablerte samarbeidsstrukturer mellom kommuner og helseforetak med utgangspunkt i kommunestrukturen per 2019 basert på innspill fra de regionale og lokale helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet tar forbehold om at det kan være feil i koblingen av enkeltkommuner til respektive kommunesamarbeid. Det kan for øvrig bli endringer i kommunesamarbeidene i lys av endringer i kommunestruktur som trer i kraft fra 1.1.2020.

**GSU** – Geografiske samarbeidsutvalg

**LSU** – Lokale samarbeidsutvalg.

De syv kommunene i opptaksområdet til Sykehuset i Vestfold er ikke organisert i grupperinger i møte med helseforetaket.

## Det utadvendte sykehus



I pasientens helsetjeneste er det et mål at sykehuset skal komme nærmere pasientene. Vi må skape det utadvendte sykehus. Spesialister på store sykehus skal bistå spesialister på mindre sykehus nærmere pasienten, spesialister fra sykehus skal jobbe sammen med kommunens helsepersonell på kommunale arenaer og sykehuset skal bistå pasienter i hjemmet eller ved hjelp av digitale løsninger.

### Regional videopoliklinikk

Helse Møre- og Romsdal HF tilbyr pasientene legekonsultasjon over video. Det innebærer at pasienten møter opp på sitt lokalsykehus, og konsultasjonen gjennomføres på video med spesialisten som befinner seg ved et annet sykehus.



## Avansert hjemmesykehus

Oslo universitetssykehus har tilbud om hjemmesykehus for pasienter som har gjennomgått beinmargstransplantasjon for blodkreft. Pasienten kan bo hjemme istedenfor å ligge på isolat i sykehus i perioden frem til beinmargsfunksjonen er normalisert. Et spesialisert team av sykepleiere og leger følger opp pasienten daglig i deres eget hjem. Både pasienten og de pårørende er fornøyde, det går kortere tid før beinmargsfunksjonen er normalisert og forbruket av antibiotika er mindre. Også ernærings situasjonen er bedre for pasienter som behandles hjemme enn for de som er inneliggende, og det er få som har behov for innleggelse i sykehus.

### Regjeringen vil

- etablere helsefellesskap mellom kommuner og helseforetak for å sikre bedre felles planlegging og utvikling av tjenestene
- at helsefellesskapene prioriterer utviklingen av helhetlige, koordinerte tjenester til barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser
- at kommuner og helseforetak i helsefellesskapet skal avtale hvordan de skal drive felles planlegging og utvikling
- understøtte helsefellesskapene gjennom utvikling av bedre styringsinformasjon, fremskrivingsverktøy og prediksjonsverktøy
- be helsefellesskapene om innspill til neste Nasjonal helse- og sykehusplan
- skape det utadvendte sykehus
- gi rom for lokale løsninger i oppgavedelingen mellom kommuner og helseforetak
- oppfordre helsefellesskapene om å drøfte hva som kjennetegner en vellykket kultur for samarbeid
- gjennomføre tiltak som vil bidra til bedre forløp for alle pasienter
- tilpasse finansieringsordninger, regelverk, veiledning og styring for å understøtte ønsket målbilde for pasientbehandling og samhandling

# Psykisk helsevern

## Hvor vil vi?

Pasienten deltar i informerte valg om behandlingen, basert på egne behov og ressurser. Pasienterfaringer fanges opp systematisk, og brukes aktivt i forbedringsarbeid. Tjenestene tilbys nær der pasienten bor. Spesialisthelsetjenesten tilbyr nettbaserte behandlingstilbud som er tilgjengelige i hele landet.

Tjenestene samarbeider om å gi gode psykiske helsetjenester, uavhengig av nivå. Planlegging og utvikling av tjenestetilbudet skjer i helsefellesskapene. Gode felles planleggingsverktøy og styringsdata gjør det enklere å planlegge. Psykisk og somatisk helse og rusmiddelproblemer ses i sammenheng, og behandlingsopplegg tar hensyn til betydningen av arbeid for helsen.

Spesialisthelsetjenesten innretter i større grad sitt tilbud mot de med mest omfattende hjelpebehov, og støtter og veileder fagfolk i kommunale tjenester. Kommunene gir tilbud til de med lettere og moderate psykiske helseutfordringer. Avtalespesialistene er godt integrert i det offentlige tjenestetilbudet.

Barn, unge og familier får lett tilgjengelig hjelp. Helsenorge.no gir oversikt over et bredt utvalg av selvhjelps løsninger og nettbasert behandling. Psykisk helse er integrert i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, barnevern, barnehage og skole. Spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester samarbeider godt om tidlig innsats til barn og unge, og alle får tilbud på riktig nivå.

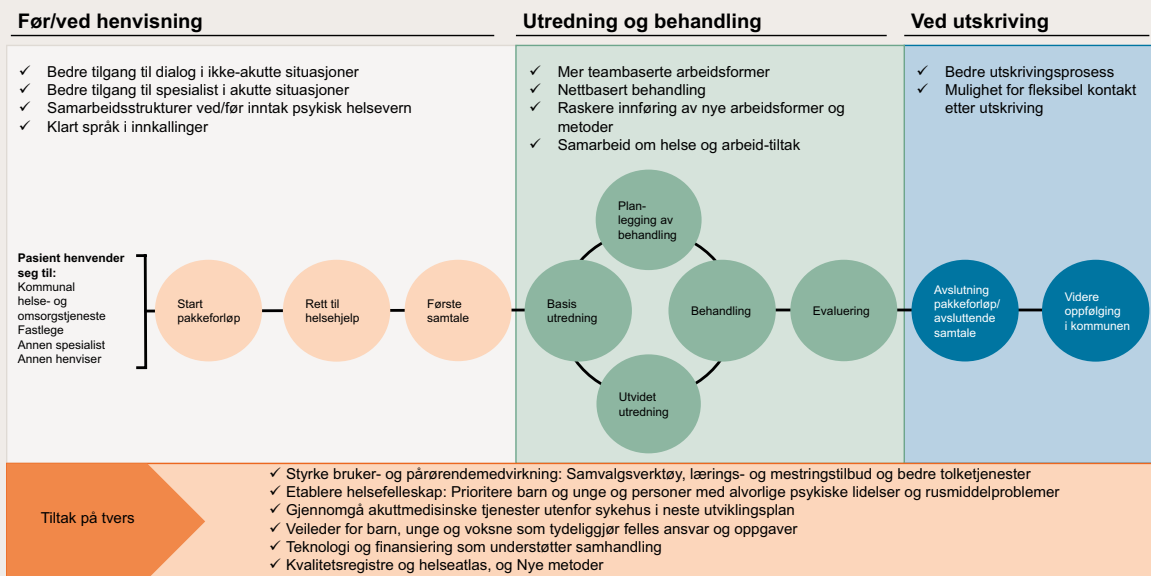
Barn, unge og voksne med alvorlige psykiske lidelser mottar helhetlige tjenester fra relevante aktører, og uønsket variasjon i tilbudet er redusert. I samarbeid med kommunene bidrar spesialisthelsetjenesten til å forebygge kriser, akuttinnleggelse, selvmord og bruk av tvang. Ambulante tjenester og samarbeidsteam med kommunene er godt utbygd. Alle som har behov for det, tilbys brukerstyrte plasser. Spesialisthelsetjenesten arbeider utadrettet og fleksibelt, slik at færre har behov for døgninnleggelse. Sykehusene gir døgntilbud til de som trenger det, i gode, tilpassede bygg. Tvang er redusert til et minimum.

Når en person trenger hjelp, blir det raskt avklart hvem som gjør hva, og når. Pakkeforløpene for psykisk helse og rus er innført i alle helseregionene. Tjenesten er rask til å ta i bruk nye behandlingsformer. Kvalitetsregistre, kvalitetsindikatorer og helseatlas gir et godt kunnskapsgrunnlag om behandling og variasjon i tjenestetilbudet. Psykisk helsevern er preget av en kultur for læring på tvers. De ansatte spør rutinemessig: «Hva kan vi lære av andre?» og «Hvem kan vi dele denne kunnskapen med?»





## Pakkeforløp for psykisk helse og rus støttes med tiltak i Nasjonal helse- og sykehusplan



### **Avklare kapasitet og organisering**

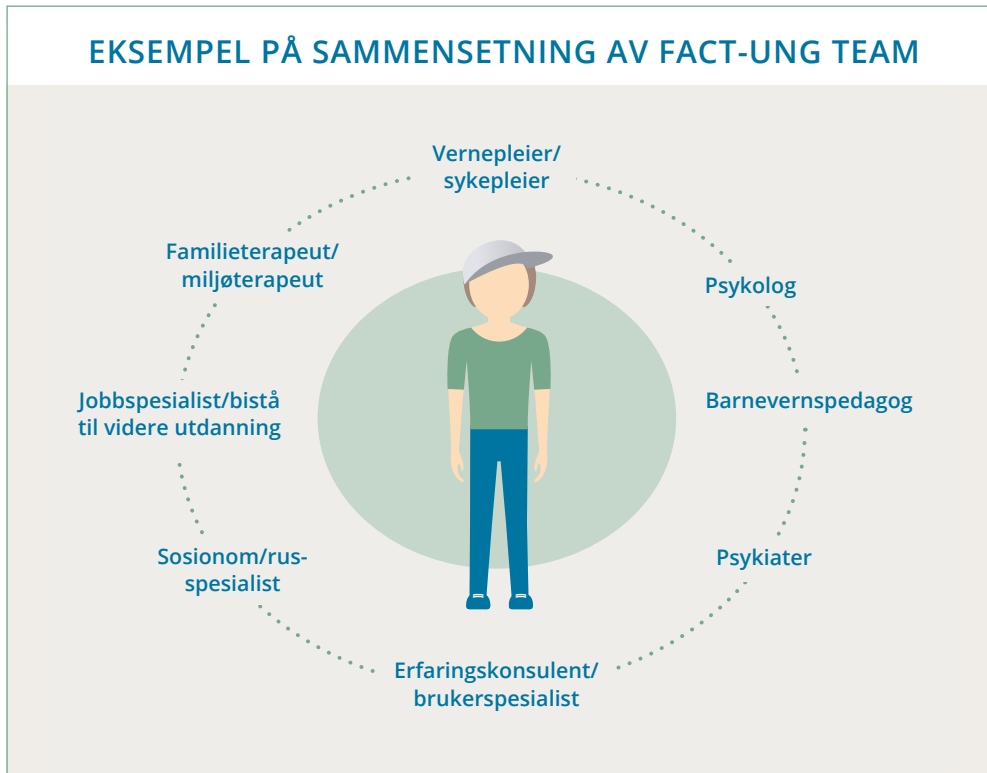
I dag er det store geografiske variasjoner i aktiviteten i psykisk helsevern. Dersom dagens aktivitet brukes som grunnlag for fremskriving av behov for tjenester, risikerer man å videreføre den geografiske variasjonen i tilbudet. Det er nødvendig med en bedre analyse av behov og en mer avklart arbeidsdeling mellom ulike deler av tjenesten for å fremskrive behovet for dag- og døgntjenester, poliklinikk og ambulante tjenester. Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene skal levere en analyse av befolkningens fremtidige behov for psykiske helsetjenester, i samarbeid med Folkehelseinstituttet og KS. Analysen og anbefalingene skal også omfatte den samiske befolkningens fremtidige behov for psykiske helsetjenester. Regjeringen vil videreføre målet om å prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, men vil bruke analysen og fremskrivingene som grunnlag for en mer målrettet innretning av på prioriteringsregelen på sikt.

### **Bedre botilbud og samarbeid om tjenester i Skien**

Det finnes grupper av pasienter som har utfordringer med å bo i ordinære boliger, og som i betydelig grad har behov for tjenester både fra sykehuset og bostedskommunen. Skien kommune og Sykehuset Telemark HF har et samarbeid om å gi trygge og gode tjenester til hver enkelt av disse pasientene. Planen er å etablere kommunale boliger på sykehusets område slik at sykehuset og kommunen kan samarbeide om å utvikle trygge og gode tjenester for hver enkelt pasient. Dermed vil det ligge til rette for at sykehusets tjenester i større grad kan integreres med kommunens oppfølging. Det er også et mål å legge til rette for meningsfylte jobb- og fritidsaktiviteter.

En arbeidsgruppe skal avklare fremdrift, dimensjonering av tilbudet og hvor boligene skal bygges. Sykehuset og kommunen skal bli enige om kriterier for å få tilgang til disse boligene.





Bydel Grünerløkka og Lovisenberg Diakonale Sykehus (Nic Waals Institutt) prøver ut tverrfaglig oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam etter modell av FACT Ung:

- teamet gir et helhetlig tjenestetilbud
- oppsøkende virksomhet (hjemme eller på barn og unges arena)
- stor grad av fleksibilitet og tilgjengelighet
- flerfaglig og tverrfaglig team (helse-, sosialfaglig-, barnevernsfaglig-, familie og nettverk- og erfaringskompetanse)
- psykiater/psykolog er integrert i teamet
- fokus på mestring og sosial inkludering gjennom aktivitet, arbeid, skole og utdanning

Helsedirektoratet bidrar med implementeringsstøtte og evaluering av piloten i samarbeid med andre aktører.



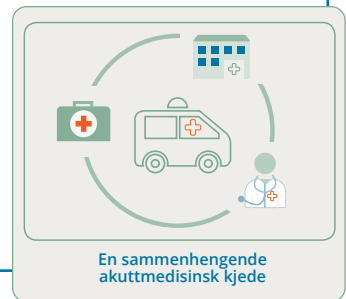
## Regjeringen vil

- etablere bedre kunnskap om befolkningens fremtidige behov for psykiske helsetjenester for å avklare kapasitetsbehov og organisering
- at helsefelleskapene bør ha særlig fokus på å utvikle gode tjenester for barn og unge og personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- gjennomføre tiltak for å styrke brukervedvirkning og øke kunnskapen om brukernes opplevelser
- legge mer vekt på kvalitet og innhold i tjenesten
- at nye arbeidsformer og metoder skal innføres raskere
- at ambulante tverrfaglige team på tvers av kommuner og spesialisthelsetjeneste innføres der det er befolkningsmessig grunnlag for det
- videreutvikle samarbeidet om arbeid og helse
- utrede hvordan avtalespesialistene kan inkluderes i pakkeforløpene
- styrke tilbudet til barn og unge
- styrke tilbudet til brukere med alvorlige og sammensatte behov

# Akuttmedisinske tjenester

## Hvor vil vi?

Befolkningen har trygghet for at de får kompetent og rask hjelp når de trenger det ved akutt sykdom og skade, og forstår betydningen av tidlig kontakt med medisinsk nødnummer 113. Befolkningen kan yte enkle livreddende førstehjelpstiltak. De akuttmedisinske tjenestene er en koordinert kjede, basert på samarbeid og samhandling mellom kommuner og helseforetak. God samhandling forebygger unødvendige akuttinnleggelser. Tjenesten har kompetente og beredte medarbeidere som har fått opplæring og trening i samhandling. Utviklingen av den akuttmedisinske kjeden er basert på relevant og pålitelig styringsinformasjon. Helseforetak og kommuner prøver ut arbeidsformer som styrker tilbudet til pasientene. Teknologi, nye former for diagnostikk og beslutningsstøtte gir bedre behandlingsforløp, reduserer behovet for ressursinnsats, bidrar til at behandling kan starte før pasienten kommer til sykehus og at unødvendige innleggelser unngås. I akuttmottaket blir pasienten møtt med tverrfaglig kompetanse som kan gi rask avklaring og sikre rett behandlingsløp.



## Regjeringen vil

- styrke kompetanse, innsikt og forståelse, samarbeid og samhandling og sikre god ressursutnyttelse i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus
- at helseforetakene, i samarbeid med kommunene i helsefelleskapene, gjennomgår akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i neste utviklingsplan
- at kompetansetjenestene innen beredskap, akuttmedisin og katastrofemedisin i spesialisthelsetjenesten gjennomgås
- at regelverket for båtambulansen gjennomgås i lys av akuttutvalgets utredning
- at organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene gjennomgås og at tiltak inngår i neste utviklingsplan for helseforetakene
- at den nasjonale veilederen Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak blir revidert
- at Helsedirektoratet, i samråd med helseregionene, vurderer hvilken styringsinformasjon som vil være særlig egnet til å understøtte ønsket utvikling av akuttmottakene, og at det legges til rette for at denne styringsinformasjonen gjøres tilgjengelig for lokal og nasjonal bruk

## Raskest i verden på hjerneslag

Hvert år får om lag 12 000 mennesker hjerneslag i Norge. Rask behandling er avgjørende for det helsemessige resultatet for personer som rammes. Stavanger universitetssykehus har arbeidet systematisk med simuleringstrening og har redusert mediantiden fra pasienter kommer inn på sykehus til de får trombolyse fra 27 til 13 minutter. Ingen andre sykehus i verden har rapportert om raskere behandlingstid. Teamene trener på å effektivisere hele slagbehandlingsskjeden. Det vil si fra noen ringer 113 og pasienten fraktes i ambulanse til akuttmottaket, hvor pasienten blir røntgenundersøkt og til trombolysbehandling settes i gang. Simuleringstreningen handler om samarbeid og kommunikasjon med pasienten og teamet. Systemforbedringer og reduksjon av tidstyver er sentralt i treningen. Tidligere slagpasienter spiller pasienter i treningen.



## Bedre akuttberedskap og helsehjelp i Rørosområdet

Rørosprosjektet er et samarbeid mellom St. Olavs hospital og kommunene i Røros-området. Kommunene og sykehuset bruker moderne teknologi som mobil prøvetaking, videoløsninger og andre telemedisinske teknologier til å utføre avansert diagnostikk hjemme hos pasienten. På den måten spares pasientene for unødig transport til legevakt og innleggelse. Helsepersonellet yter tjenester på tvers av nivåene uavhengig av hvor de er ansatt.

Rørosprosjektet skal bidra til at:

- helseforetak og kommuner samarbeider om lokal akuttberedskap, og bruk av ambulanspersonell til andre helsetjenesteoppgaver i lokalsamfunnet.
- personell i akuttberedskap med lav forekomst av akuttoppdrag utnytter ledig tid til å ivareta deler av kommunens og helseforetakets forebyggende og helsefremmende arbeid i kommunen.
- barrierer mellom sektorer og forvaltningsnivåer fjernes eller reduseres. Fastleger, legevakt, andre kommunale helseressurser og ambulansetjeneste utgjør en kompetent og viktig ressurs for beredskap og helsehjelp i lokalsamfunnet.

### **Bedre akuttkjede med kompetansedeling**

Behandlingen som pasientene får før de kommer til sykehuset, kan være avgjørende for det videre forløpet. Akuttkjedeprosjektet i Telemark legger vekt på å styrke og utvikle samarbeidet med kommunene for å bedre akutthelsetjenesten. Prosjektet involverer Sykehuset Telemark HF, ambulansetjenesten, AMK, legevakter, fastleger kommunene og andre aktører. Å øke kompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er en viktig del av prosjektet. De ansatte i hjemmetjenesten er sentrale fordi de ofte møter pasienten først. De får opplæring i å vurdere akuttsituasjoner og lærer rutiner for å håndtere ulike situasjoner. De ansatte i hjemmesykepleien har fått akuttsekker med utstyr, slik at de skal være bedre rustet ved akutte situasjoner.

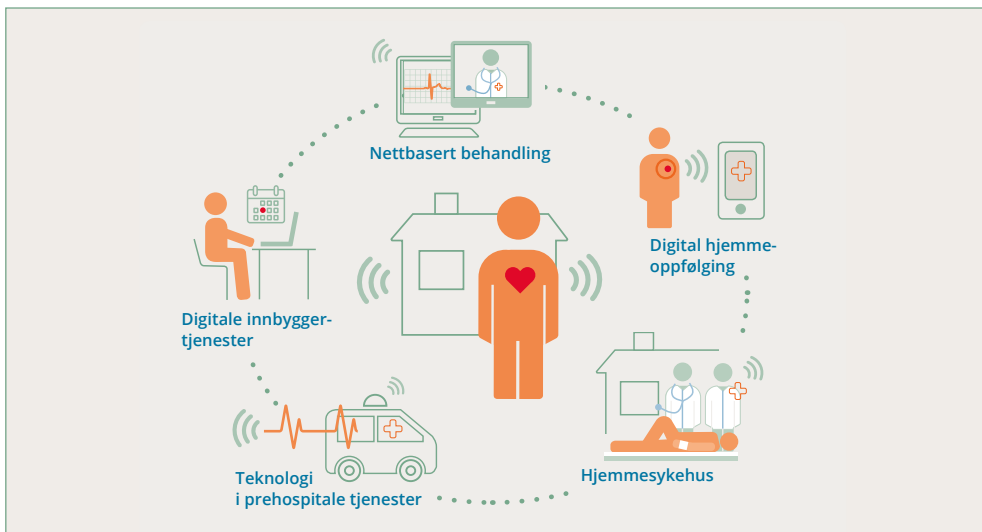
# Teknologi i pasientens helsetjeneste

## Hvor vil vi?

Tjenester som tidligere krevde oppmøte hos helsepersonell eller at helsepersonell møttes fysisk, ytes til pasientene ved hjelp av videokonsultasjoner, oppfølging basert på pasientrapporterte data og sensorteknologi og nettbaserte behandlingsprogram. For sårbare pasientgrupper flyttes det medisinske utstyret dit pasienten er – ikke omvendt. Pasientene opplever økt grad av mestring, et mer tilpasset tilbud og at sykdomsutvikling fanges opp tidligere. Både pasienter og helsepersonell unngår unødvendige reiser. Direktoratene gir nødvendig veiledning om regulering, digitale forutsetninger og om faglige retningslinjer. Finansieringsordningene legger til rette for utvikling og innføring av nye arbeidsformer og ny teknologi.

Kunstig intelligens gjør det mulig å utnytte våre felles helsedata til å tilby raskere og mer presis diagnostisering, bedre behandling og mer effektiv ressursbruk. Regelverket muliggjør bruk av helsedata til det beste for fellesskapet, behovet for veiledning om rettslige rammer blir ivaretatt av direktoratene, og etiske utfordringer knyttet til bruk av kunstig intelligens blir håndtert, i samarbeid med andre europeiske land. Helse- og omsorgstjenesten har etablert en kultur for innovasjon og deling av kunnskap, og samarbeider godt med næringslivet om å utvikle de verktøyene tjenesten og pasientene trenger.

## Spesialisthelsetjenester i hjemmet



## Ryggmargsskade følges opp på video



*Når jeg snakker med folkene på Sunnaas via skjermen, så føles det som om de er hjemme hos meg. Fordi de er så nære, oppleves det som vi har tett kontakt. Jeg synes det er flott. – Ingar K. Bergersen.*

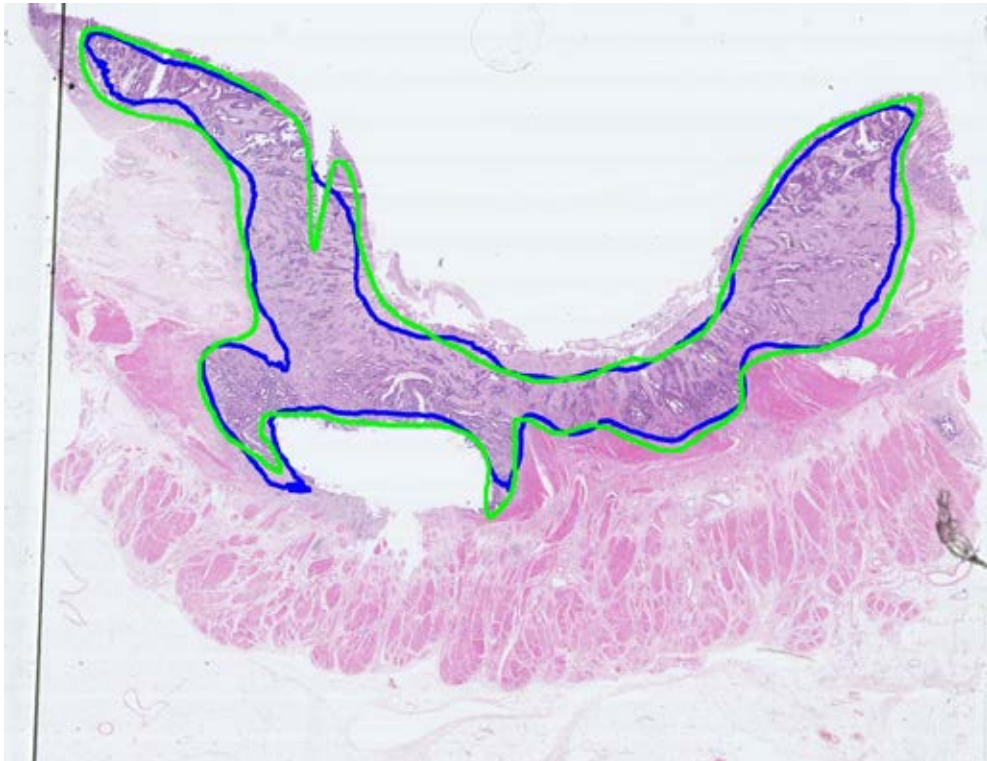
Siden 2012 har Sunnaas sykehus brukt videokonferanse til tverrfaglig oppfølging av personer med ryggmargsskade og trykksår, i tett samarbeid med hjemmesykepleien i kommunen. En kostnad-nytte-evaluering for denne pasientgruppen viste at videokonsultasjon kostet 15 prosent av det oppmøte i poliklinikk koster, og bare tre prosent av kostnadene knyttet til innleggelse. Resultatene så langt viser høy pasienttilfredshet, noe økt livskvalitet og tilfredsstillende sårtilheling.

### **Hjemmedialyse med digital oppfølging**

Å få behandling hjemme istedenfor å reise til sykehuset flere ganger i uken, gir økt frihet for pasientene. Nordlandssykehuset HF har samarbeidet med Telenor om en løsning for bedre oppfølging av pasienter med hjemmedialyse. Pasienten registrerer målinger på en app på mobilen, samtidig som vekt og blodtrykk registreres automatisk. Nyresykepleieren på sykehuset får raskere oversikt over pasientens tilstand enn når data må samles inn og registreres manuelt. En annen fordel er at helsepersonellet kan møte pasientene bedre forberedt – enten det er over telefon eller ved oppmøte.

## Kunstig intelligens i kreftbehandling

Prosjektet DoMore! ved Oslo universitetssykehus har som mål å automatisere analyser av patologibilder av kreftsvulster. Dette gjøres ved at kunstig intelligens, i form av dyplæring, anvendes på store mengder bilder. Bildet viser markering av et svulstområde utført av en datamaskin ved hjelp av dyplæring. Den grønne linjen er markert av en patolog, den blå av en datamaskin. Datamaskinen finner svulsten og forutsier pasientens prognose med stor grad av nøyaktighet.



### Regjeringen vil

- angi retning for bruk av teknologi i spesialisthelsetjenesten og tilpasse nasjonale rammebetingelser til nye måter å yte tjenester på
- at helseforetakene i sine neste utviklingsplaner setter egne mål for å flytte spesialisthelsetjenester hjem til pasientene
- at helsedata i større grad enn i dag skal kunne deles for å utvikle bedre helsehjelp
- videreføre arbeidet med å legge til rette for persontilpasset medisin

# Digitalisering – en forutsetning for pasientens helsetjeneste

## Hvor vil vi?

Målene for digitalisering er knyttet til målene for pasientbehandling. Moderniserte journalsystemer bidrar til bedre informasjonsdeling og mer effektive arbeidsprosesser. Det er etablert digitale samhandlingsløsninger som sikrer kommunikasjon både internt i og mellom kommuner og sykehus i helhetlige pasientforløp. Pasienter og helsepersonell opplever at de digitale systemene gjør hverdagen enklere og tryggere.

Det er avklart hvilke digitale forutsetninger som må på plass for å realisere pasientens helsetjeneste, og hvem som skal gjøre hva i hvilken rekkefølge. Begrensede kompetansemiljøer utnyttes godt på tvers av aktører. Det er tydelig nasjonal styring av digitaliseringen.

Befolkningen har tillit til at helsetjenesten både ivaretar deres personvern og tar i bruk de mulighetene teknologien gir for å utvikle bedre tjenester. Det er en god sikkerhetskultur der både personell og pasienter har forståelse for hvordan de skal bidra til digital sikkerhet og hva deres personlige ansvar for dette er.

## Hva bør vi gjøre i planperioden?

De viktigste digitaliseringstiltakene i planperioden i tillegg til journalsystemene er å:

- innføre nye standarder for henvisning og helsefaglig dialog
- videreutvikle kjernejournal med ny funksjonalitet som tilgjengeliggjøring av journaldokumenter (dokumentdeling) på tvers av virksomheter, regioner og nivåer
- innføre kjernejournal i kommunene for å bedre samhandlingen og pasient-sikkerheten
- innføre legemiddelliste for pasienten
- starte innføring av nasjonalt standardisert språk for strukturering av informasjon i journalsystemene i helse- og omsorgstjenesten
- foreslå ny e-helselov



# Hva trengs og hvem har ansvaret?



I en digitalisert helsetjeneste er disse digitaliseringstiltakene viktige:

- Digital infrastruktur og sikkerhet. Tjenesteyterne har ansvar for sikkerhet i sine systemer, mens nasjonale myndigheter har overordnet ansvar for å sikre at infrastrukturen er robust og sikret mot IKT-angrep, med god kapasitet og oppetid.
- Nasjonale felleskomponenter. En rekke statlige myndigheter har det overordnede ansvaret for de nasjonale felleskomponentene, f.eks. Folkeregisteret, ID-porten og Norsk pasientregister.
- Nasjonale standarder og retningslinjer. Direktoratet for e-helse har hovedansvar for å koordinere og sette rammene for arbeidet med nasjonale standarder og retningslinjer på e-helseområdet.
- Nasjonale e-helseløsninger. Direktoratet for e-helse utarbeider strategier og planer for videreutvikling av slike løsninger, som helsenorge.no og kjernejournal. Norsk Helsenett SF skal forvalte, drifte og videreutvikle, mens tjenesteyterne har ansvar for å ta løsningene i bruk.
- Journalsystemer. De som har ansvar for å yte helsetjenestene har også ansvar for å anskaffe og drifte sine journalsystemer innenfor de rammene myndighetene fastsetter.
- Digitalt medisinsk utstyr. De som har ansvar for å yte helsetjenestene, har også ansvar for å anskaffe og drifte eget digitalt medisinsk utstyr innenfor de rammer som myndighetene fastsetter.

### Helseplattformen viser hva som kreves når vi digitaliserer tjenesten

Digitalisering er utløst av teknologi, men handler mest av alt om organisasjonsutvikling og endringer i arbeidsprosesser. Erfaringene fra Helseplattformen i Midt-Norge illustrerer dette. Prosjektet Helseplattformen skal innføre ny, felles pasientjournal ved sykehus og kommuner i hele Midt-Norge. Helseplattformen skal gi økt kvalitet i pasientbehandling, bedre pasientsikkerhet, mer brukervennlige systemer og dermed sette helsepersonell i stand til å utføre oppgavene på en bedre og mer effektiv måte. I tillegg til innføring av selve teknologien, handler mye av arbeidet om forbedring av datakvalitet, standardisering av faglig innhold og arbeidsprosesser og utvikling av styringsstruktur. 200 fagekspertene fra hele helsetjenesten i Midt-Norge deltar i prosjektgrupper som bestemmer konkret hvordan arbeidsprosessene og innholdet i Helseplattformen skal standardiseres. Dette betyr etablering av beste kliniske praksis. Dette er første gang fagmiljøer på tvers av tjenesten setter seg sammen og blir enig om konkrete, faglige standarder i dette omfanget.

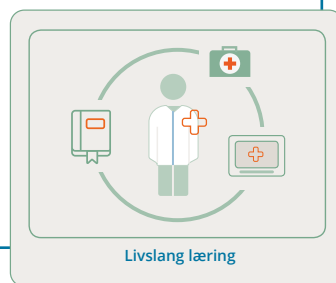
### Regjeringen vil:

- sette tydeligere mål for digitaliseringen gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan
- videreføre arbeidet knyttet til modernisering av journalsystemene
- videreutvikle digital infrastruktur og arbeidet med IKT-sikkerhet
- innføre og utvikle nødvendige nasjonale e-helseløsninger og standarder
- gjennomføre tiltak for bedre kvalitet på og tilgjengelighet til helsedata
- øke samordningen av helseregionenes IKT-utvikling
- understøtte digitaliseringen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- videreutvikle de nasjonale virkemidlene for styring og samordning på e-helseområdet og foreslå ny lov om e-helse (forslag er sendt på høring høsten 2019)

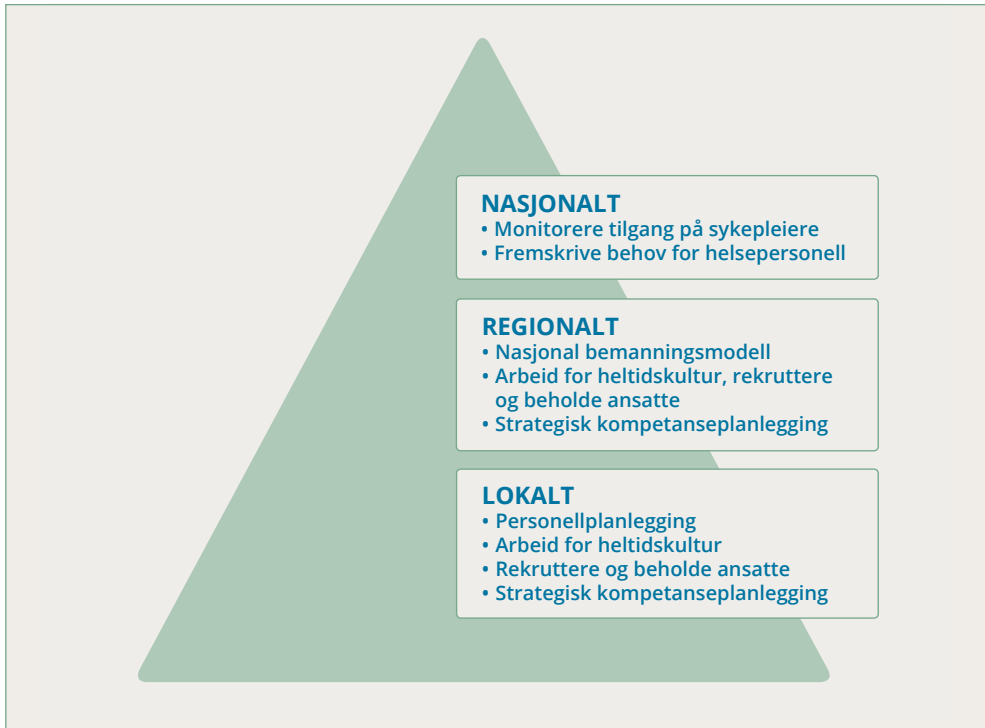
# Kompetanse

## Hvor vil vi?

Helse- og omsorgstjenesten utfører sine oppgaver med en bærekraftig og realistisk tilgang på arbeidskraft. «Alle» har erkjent at oppgaver må løses og fordeles på nye måter, at endring er det permanente, og at oppgaver må løses i team – på tvers av fag og institusjoner. I helseforetakene planlegges det systematisk for hvordan behovene for personell skal dekkes. Sykehusene, kommunene og høyskolene samarbeider om gode modeller for utdanning av spesialsykepleiere, og behovet for fleksible utdanningsmodeller i distriktene ivaretas. Alle helseforetak bidrar til å øke utdanningskapasiteten for helsefagarbeidere for å møte behovene i hele helse- og omsorgstjenesten. Sykehusene legger systematisk til rette for kontinuerlig kompetanseutvikling. Den nye spesialistutdanningen for leger bidrar til bedre dekning av spesialister. De ansatte har den teknologiske kompetansen de trenger. Forskning er integrert i klinisk praksis og bidrar til kompetanseutvikling og kunnskapsbasert praksis. Simulering brukes aktivt i undervisning og når teamene trener på samarbeid. Helseforetakene samarbeider om å utvikle og dele simuleringstøytøy. Kommuner og sykehus deler kompetanse. Gode arbeidsgiverstrategier balanserer nytten av å bruke helsepersonell med utdanning fra utlandet mot sårbarheten det kan medføre.



## Personell- og kompetanseplanlegging for sykepleiere



Elisabeth Strandberg arbeider ved Avdeling for blodsykdommer ved Oslo universitetssykehus. Hun er sykepleier, fagutviklingssykepleier og har nylig avsluttet utdanningen som avansert klinisk sykepleier.

– Jeg har alltid jobbet med pasienter som har blodsykdommer og synes faget er både givende og krevende. Utfordrende dager krever at vi jobber godt i team på avdelingen, at det er god trivsel, åpenhet og et trygt arbeidsfellesskap, sier Elisabeth. Hun jobber i en høyspesialisert avdeling. Hun valgte likevel en faglig breddeutdanning. "I avansert behandling er det viktig å se hele pasienten. Derfor er sykepleiefaglig breddekompetanse så viktig og arbeidet på sengepost givende."



### Nye oppgaver for helsefagarbeiderne

– Da jeg begynte som helsefagarbeider, for over 30 år siden, bestod arbeidsoppgavene hovedsakelig av stell og pleie av pasientene. Nå, og særlig etter at vi flyttet inn i nytt sykehus her på Kalnes, er arbeidsdagen en helt annen, sier Thorleif Johan Brønn ved Sykehuset Østfold HF. "Vi tar for eksempel blodprøver, utfører NEWS-score som er et system for tidlig oppdagelse av forverring av tilstanden hos pasienten, vi gjør sårskift, bistår med hjelpemidler og har kontakt med kommunene ved utskrivning – i tillegg til oppgavene med pleie og stell av pasientene." Thorleif understreker hvor viktig det er at helsefagarbeidere tilbringer mye tid sammen med pasientene fordi deres observasjoner er grunnleggende for den behandlingen teamet rundt pasienten gir.

Thorleif mener at faglig utvikling er grunnleggende - for teamet som behandler pasienten, for pasientene og ikke minst for helsefagarbeiderne selv. Læringsmulighetene på arbeidsplassen er gode og videreutdanningstilbudene er tilpasset behovene i helse- og omsorgstjenestene. "Mulighetsrommet for kompetanseheving og livslang læring må benyttes", mener Thorleif.



## Regjeringen vil

- oppfordre helsefelleskapene til å sette konkrete mål for deling av kompetanse mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- be helseforetakene lage en plan for å sikre tilstrekkelig kompetanse. Det skal legges til rette for livslang læring og en heltidskultur. Sykepleiere og helsefagarbeidere skal gis prioritet i dette planarbeidet
- etablere et nasjonalt system for å følge med på tilgang på og behov for sykepleiere i den samlede helse- og omsorgstjenesten
- øke antall utdanningsplasser for spesialsykepleiere innen anesthesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie med basis i kunnskap om behov
- revidere utdanningene for spesialsykepleiere innen anesthesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie
- revidere den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helse- og rusarbeid, og etablere en ny masterutdanning i psykisk helse- og rusarbeid rettet mot sykepleiere
- utrede behovet for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i sykehus, og tilrettelegge for utvikling av en utdanning for slik kompetanse
- øke antall lærlinger både i helsefag og i andre lærefag som er relevante i sykehus. Arbeidet med å øke antallet helsefagarbeiderlærlinger skal prioriteres i planperioden
- opprette et opplæringskontor for helsefagarbeiderlærlinger og andre relevante lærefag i hvert helseforetak. Helseforetak kan samarbeide om opplæringskontorene der det er hensiktsmessig
- at de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Vest RHF, skal opprette et nasjonalt kompetansedelingsprosjekt for å følge opp målet om flere lærlinger i planperioden
- be Helse Vest RHF opprette et nasjonalt nettverk for deling av metoder for utvikling av simuleringsopplegg og deling av disse mellom helseforetakene

# Kan ressursene brukes bedre?

## Hvor vil vi?

Det er bygget en god kultur for lokalt forbedringsarbeid. Det går raskere å gjennomføre endringer enn før, og kunnskap om hva som virker sprer seg raskere mellom avdelinger og sykehus. Sykehusene jobber systematisk med inn- og utfasing av metoder basert på prinsippene for prioritering og oppdatert kunnskap. Kloke valg har festet seg som allmenn tilnærming blant klinikerne. Kunnskap om uønsket variasjon, blant annet gjennom helseatlas, brukes aktivt både i faglig normering og styring for å støtte forbedringsarbeidet. Nødvendig styringsinformasjon er tilgjengelig for ledere på alle nivåer, og førstelinjeledere har handlingsrom og beslutningsstøtte som setter dem i stand til å gjennomføre forbedringsarbeid. Helse- og omsorgsdepartementet angir overordnede prioriteringer i Nasjonal helse- og sykehusplan hvert fjerde år.

Pasientskader knyttet til legemidler, infeksjoner og fall er redusert, og nye pasientsikkerhetsutfordringer oppdages tidlig og følges opp med forebyggende tiltak. Sykehusene preges av en kultur med åpenhet om uønskede hendelser. Uønskede pasienthendelser meldes internt og følges opp med tanke på læring og forebygging. Risiko for pasientskader blir vurdert ved planlegging og gjennomføring av tiltak.



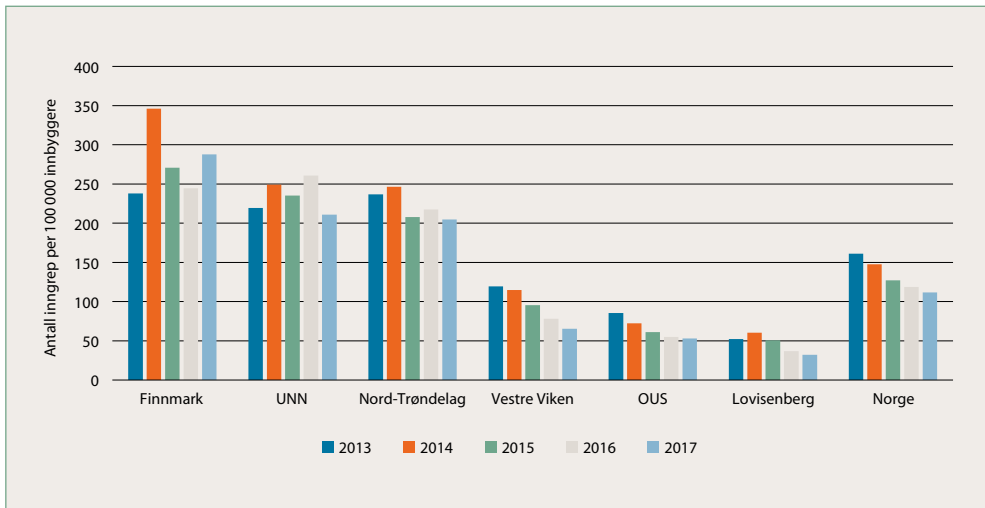
Redusere uønsket variasjon

## Uønsket variasjon

Det er betydelig variasjon innen mange områder i helsetjenesten. Variasjon er uønsket når den ikke kan forklares av ulikheter i demografi, geografi, sykелighet eller andre forhold som sykehusene ikke kan gjøre noe med. Hvor mye av den observerte variasjonen som anses som uønsket kan variere mellom ulike behandlinger. Tilfeldig variasjon vil typisk være større for sjeldne behandlinger. Noe større variasjon kan være berettiget for behandlinger der det er geografiske forskjeller i befolkningens sykелighet. Figuren på neste side illustrerer variasjon i forbruk av skulderoperasjoner i utvalgte helseforetak og landsgjennomsnitt. Variasjonen har økt, og denne konkrete helsetjenesten ser ikke ut til å være likeverdig fordelt i befolkningen.



## Antall skulderingrep per 100 000 innbyggere, justert for kjønn og alder.



Kilde: Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering



### Forbedringsprosjekt ved ortopedisk poliklinikk, Sykehuset Telemark HF

Stadig flere pasienter på venteliste og et økende antall brutte timeavtaler gjorde arbeidsdagen stressende for de ansatte ved ortopedisk poliklinikk ved Sykehuset Telemark HF. Stresset kunne gå ut over pasientsikkerheten, og de måtte ta nye grep for å snu trenden. Over 50 tiltak ble utarbeidet, testet, evaluert og justert. Deretter ble de beste og mest effektive tiltakene innført ved poliklinikken. Det er innført felles bemanningsplan for alle yrkesgrupper for å unngå dobbeltarbeid, det er avklart hvilke yrkesgrupper som kan/bør gjennomføre hvilke typer behandling, og hvor lang tid som bør settes av til hver behandling. Tiltakene har gitt mange gode resultater, blant annet:

- Antall brutte timeavtaler er betydelig redusert. Som en følge av dette er det også en nedgang i antall telefoner med spørsmål fra pasienter.

- LIS-legenes (LIS 1) kapasitet utnyttes bedre. De får mer kompetanse og det gjør at sykehuset oppfyller læringsmålene for utdanningen. Dette frigjør også tid for de erfarne legene til å se på de mer avanserte diagnosene.
- Mange unødvendige oppgaver for sekretærene er fjernet, slik at de kan bruke mer tid til verdiskapende arbeid for pasienter og behandlere.
- Prosjektet har skapt bedre forståelse for hvordan sykehuset kan jobbe med kontinuerlig forbedring i den daglige driften, for å sikre at de gode resultatene opprettholdes og blir enda bedre.

### **Farmasøyters kompetanse bedrer pasientsikkerheten**

Kliniske farmasøyter i sykehusene har kompetanse som bidrar til bedre pasientbehandling og reduserte kostnader. Klinisk farmasi er innført ved mange sykehus for å sikre riktig legemiddelbruk. De gir råd og veiledning til leger, sykepleiere og ledere om rasjonell legemiddelbruk, og om riktig kombinasjon av legemidler og medisinsk utstyr. Farmasøytene deltar også i pasientbehandlingen. I Helse Vest og andre regioner er det farmasøyt i flere akuttmottakssenheter for å gjøre legemiddelsamstemming ved innkomst. Ved intensivavdelingene i Helse Nord er det klinisk farmasøyt som vurderer dosering av antibiotika ved oppstart av behandling av sepsispasienter. Riktig dosering er avgjørende både for behandlingsutfall og antall liggedøgn hos disse pasientene. Helse Midt-Norge har innført «antibiotikafarmasøyter» på post for å redusere antibiotikabruk på sykehus. I Helse Sør-Øst er det gjennomført prosjekter som viser at bidrag fra kliniske farmasøyter påvirker overlevelse hos multisyke pasienter og tid før eventuell reinnleggelse.

#### **Regjeringen vil**

- videreføre arbeidet med å redusere uønsket variasjon i forbruk og effektivitet
- videreføre arbeidet for å bedre pasientsikkerheten

# Finansiering i pasientens helsetjeneste

## Hvor vil vi?

Det er klart hva som er ønsket utvikling i tjenesten, og finansieringsordningene understøtter en slik utvikling. Finansieringen oppleves ikke som hinder for nye og effektive måter å tilby tjenester på, og tilpasses raskere. De regionale helseforetakene involveres og bidrar systematisk i vurderinger av hva som er ønsket tjenesteutvikling, som grunnlag for videreutvikling av finansieringsordningene. Kvalitetsbasert finansiering er innrettet for å understøtte sentrale mål for utvikling av spesialisthelsetjenesten, særlig bedre samhandling og økt digitalisering.

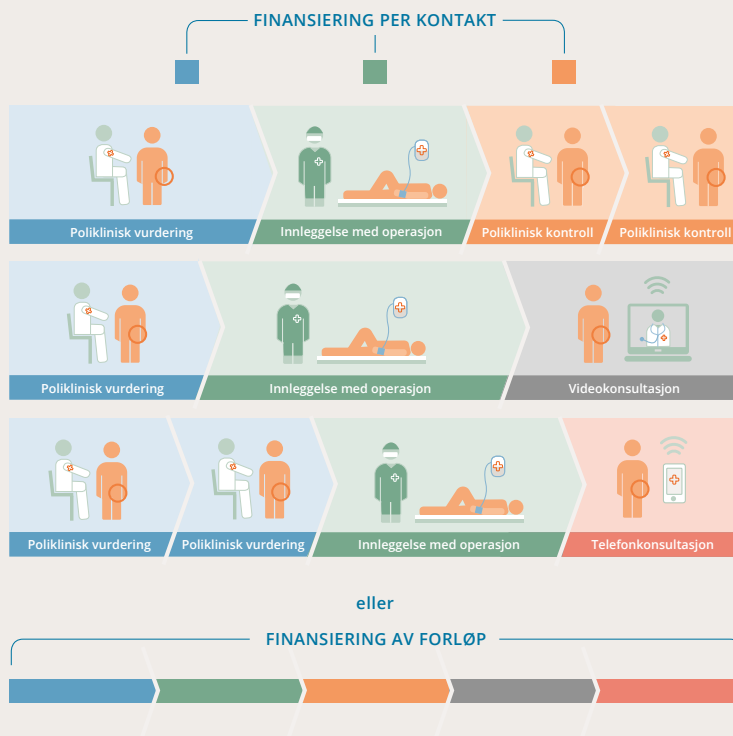


## Dette har vi gjort de siste årene

- Flytting av tjenester hjem til pasienten ved bruk av teknologi: Alle videokonsultasjoner finansieres fra 2019 på lik måte som konsultasjoner med oppmøte. Telefonkonsultasjoner innenfor somatikk inkluderes i ordningen fra 2020.
- Mer effektiv utnyttelse av personellressurser i sykehus: Flere typer helsepersonell ikke bare leger, kan utløse refusjon til sykehusene. Disse er gradvis inkludert over flere år. Ytterligere nye personellgrupper vil inkluderes i ordningen fra 2020.
- Mer ambulant og teambasert behandling: Sykehusene får tilleggsrefusjon når helsepersonell yter behandling utenfor sykehusets vegger. Ambulante oppsøkende behandlingsteam innen poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er inkludert i innsatsstyrt finansiering.
- Samhandling mellom tjenestenivåene: Det er lagt til rette for at kommuner kan utføre enkelte definerte spesialisthelsetjenester på vegne av sykehusene, når tjenestetilbudet er regulert i avtale mellom tjenestenivåene. Aktiviteten vil da inngå i innsatsstyrt finansiering. Innenfor poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er samarbeidsmøter mellom spesialist- og primærhelsetjeneste inkludert i ordningen.
- Dreining av aktivitet fra døgn- til dagbehandling: Det er de senere årene gjort flere endringer i innsatsstyrt finansiering for å stimulere til økt andel dagkirurgi i helsetjenesten og effektive avklaringer av øyeblikkelig hjelp.
- Mer helhetlige og pasientorienterte tjenesteforløp i spesialisthelsetjenesten: Innenfor enkelte områder er finansieringen knyttet til forløp fremfor enkeltstående aktiviteter.

## FINANSIERING AV TJENESTEFORLØP

(Eksempel med innsetting av hofteleddsprotese)



Figuren viser hvordan finansiering av enkeltkontakter i et tjenesteforløp skiller seg fra finansiering av et helt tjenesteforløp. Innsetting av hofteprotese involverer både utredning, behandling og oppfølging som i sum utgjør et tjenesteforløp i spesialisthelsetjenesten. Figuren viser tre varianter av hvordan et slikt forløp kan innrettes. Det varierer hvilke konkrete aktiviteter de tre forløpene inneholder, og inntektene til sykehuset med dagens innsatsstyrte finansiering vil derfor være forskjellig i de tre forløpene. Alternativt kan finansieringen knyttes til hele forløpet for innsetting av primær hofteprotese.

### **Dette skal vi gjøre videre**

- Finansieringen skal tilpasses raskere
- Finansieringen skal i større grad knyttes til innholdet i tjenestene, ikke til hvem som yter behandling, hvor behandlingen ytes eller hvordan behandlingen ytes.
- Finansieringen skal understøtte helhetlige tjenesteforløp.
- Finansieringen skal understøtte forløp på tvers av sykehus og kommuner.
- Kvalitetsbasert finansiering skal knyttes tettere til sentrale mål for utvikling av spesialisthelsetjenesten.

### **Regjeringen vil**

- videreutvikle innsatsstyrt finansiering for å understøtte ønsket utvikling av tjenesten, særlig knyttet til mer helhetlige tjenestetilbud, bedre samhandling med kommunene og økt digitalisering
- tilpasse finansieringsordningene raskere for å oppnå økt bærekraft på lengre sikt
- knytte kvalitetsbasert finansiering tettere til sentrale mål for utvikling av spesialisthelsetjenesten, særlig bedre samhandling og økt digitalisering

**Bildekreditering:**

- s. 04 – Borgos Foto AS
- s. 10 – Helse Nord RHF
- s. 11 – Borgos Foto AS
- s. 13 – Borgos Foto AS, Universitetssykehuset Nord-Norge HFs
- s. 16 – Helse Møre og Romsdal HF.
- s. 17 – Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Borgos Foto AS
- s. 19 – Borgos Foto AS
- s. 20 – Freestock
- s. 24 – Stavanger universitetssjukehus
- s. 27 – Sunnaas Sykehus HF
- s. 28 – Institute for Cancer Genetics and Informatics (ICGI)
- s. 33 – Borgos Foto AS
- s. 34 – Helse- og omsorgsdepartementet
- s. 35 – Helse- og omsorgsdepartementet , Borgos Foto AS
- s. 38 – Sykehuset Telemark HF



Utgitt av:  
Helse- og omsorgsdepartementet

Bestilling av publikasjoner:  
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon  
[www.publikasjoner.dep.no](http://www.publikasjoner.dep.no)  
Telefon: 22 24 00 00

Publikasjoner er også tilgjengelige på:  
[www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)

Publikasjonskode: I-1194 B

Illustrasjoner: Gjerholm design AS

Foto: Fotograf Esten Borgos, Borgos Foto AS

Trykk: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon  
11/2019 – opplag 800



## Saksfremlegg

### Saksgang:

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret i Sykehuset Telemark HF	16. desember 2020

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

**Sak: 080-2020**

### Bruk av tvang i psykisk helsevern – konsernrevisjonens revisjonsrapport 1-2020

#### Hensikten med saken

Saken fremmes for å gi styret et orientering om Bruk av tvang i psykisk helsevern - Konsernrevisjonens revisjonsrapport 1-2020 og hvilke tiltak/forbedringsområder som Sykehuset Telemark har arbeidet/arbeider med.

Konsernrevisjonens revisjonsrapport 1/2020 definerte følgende problemstillinger:

- Har helseforetakene innført anbefalte tiltak for å redusere bruk av tvangsmidler?
- Har helseforetakene etablert tilstrekkelig styring og kontroll for bruk av tvang?

Spørreskjema ble sent til alle enhetsledere ved enheter i Helse Sør-Øst godkjent for tvangsbruk (desember 2019) som danner grunnlaget for revisjonsrapporten

Arbeidet med redusert bruk av tvang har nasjonalt pågått i flere år. Prosjektgruppe i Helse Sør-Øst 2017-2018 utarbeidet rapport med anbefalinger/tiltak for å redusere tvangsmiddelbruk: «Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst».

I brev fra HSØ RHF 22.03.19 sammen med prosjektgruppens rapport står det «Helse Sør-Øst RHF forventer at tiltakene innføres på samtlige aktuelle avdelinger i regionen»

Tiltak og anbefalinger gjenfinnes i oppdrags- og bestiller dokumentet fra HSØ til helseforetakene for 2019 og 2020 (færre pasienter underlagt tvangsmiddelvedtak enn året før)

#### Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Skien, 7. desember 2020

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør



### Bakgrunn for saken

Helse Sør-Øst RHF har de siste to årene hatt et omfattende arbeid knyttet til reduksjon i bruk av tvangsmidler. En del av dette arbeidet er implementering av anbefalingene fra prosjektrapporten Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst.

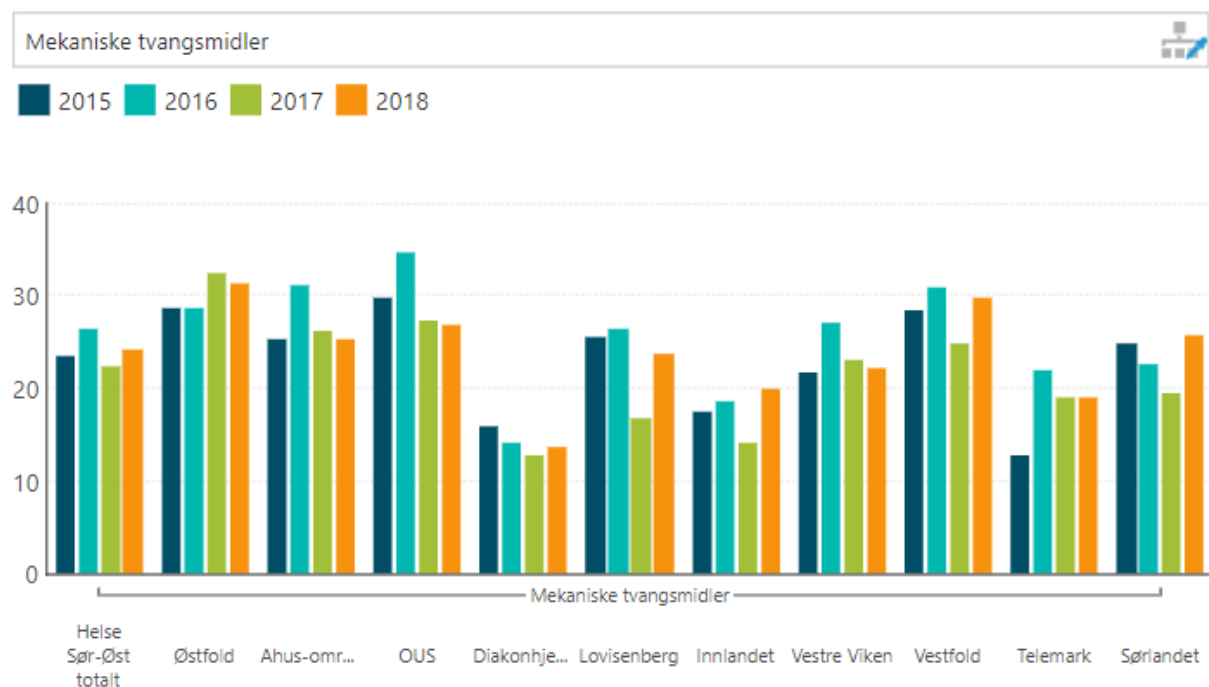
### Tvangsmidler

Bruk av tvangsmidler reguleres av §4-8 i Psykisk helsevernloven (PHVL). Vilkåret for tvangsmiddelbruk er **akutte nødsituasjoner** og «...skal bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige»

Tvangsmidler som kan anvendes er: a) Mekaniske tvangsmidler b) kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør (isolasjon) c) bruk av kortidsvirkende legemidler d) kortvarig fastholding.

Tvangsmidler kan bare benyttes etter vedtak av den faglige ansvarlige, dersom ikke annet er fastsatt i forskrift. Kopi av vedtak sendes til kontrollkommisjonen. Vedtaket kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten eller nærmeste pårørende.

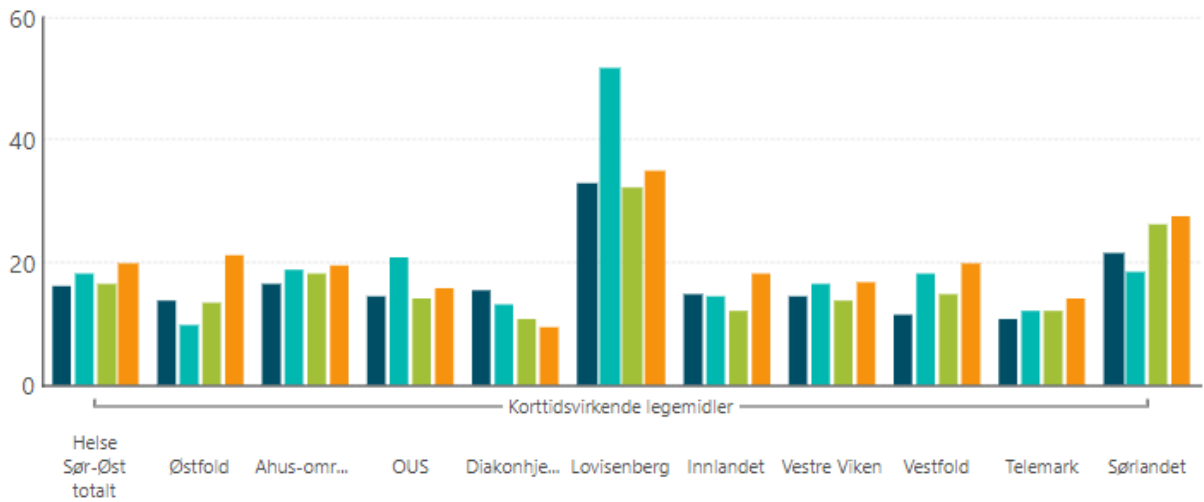
### Regionale forskjeller innenfor Helse Sør-Øst i bruk av tvangsmidler (Hentet ut fra SAMDATA, Rate per 100.000 innbyggere 16 år og eldre)



## Korttidsvirkende legemidler



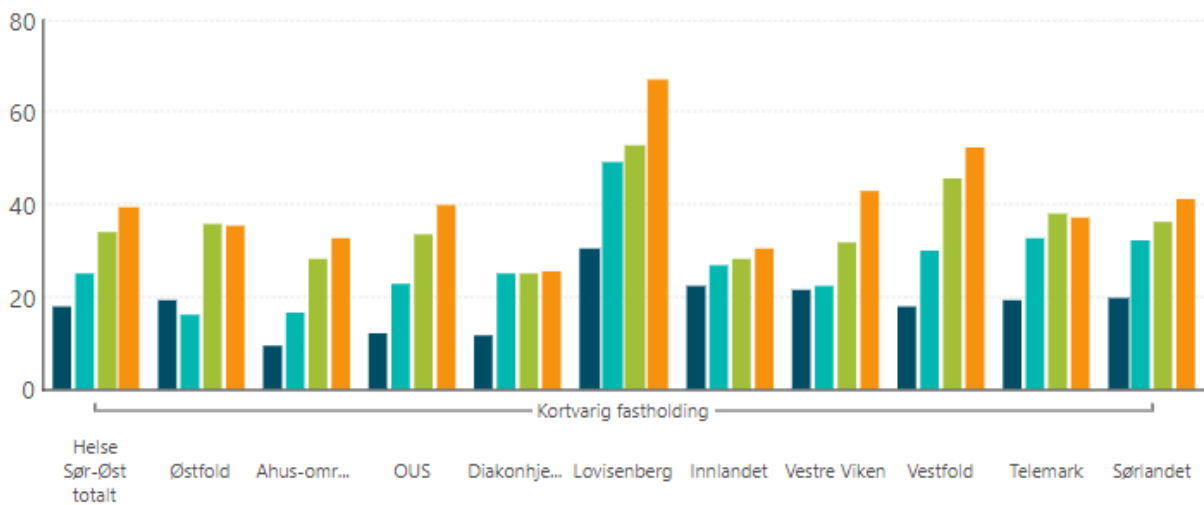
2015 2016 2017 2018

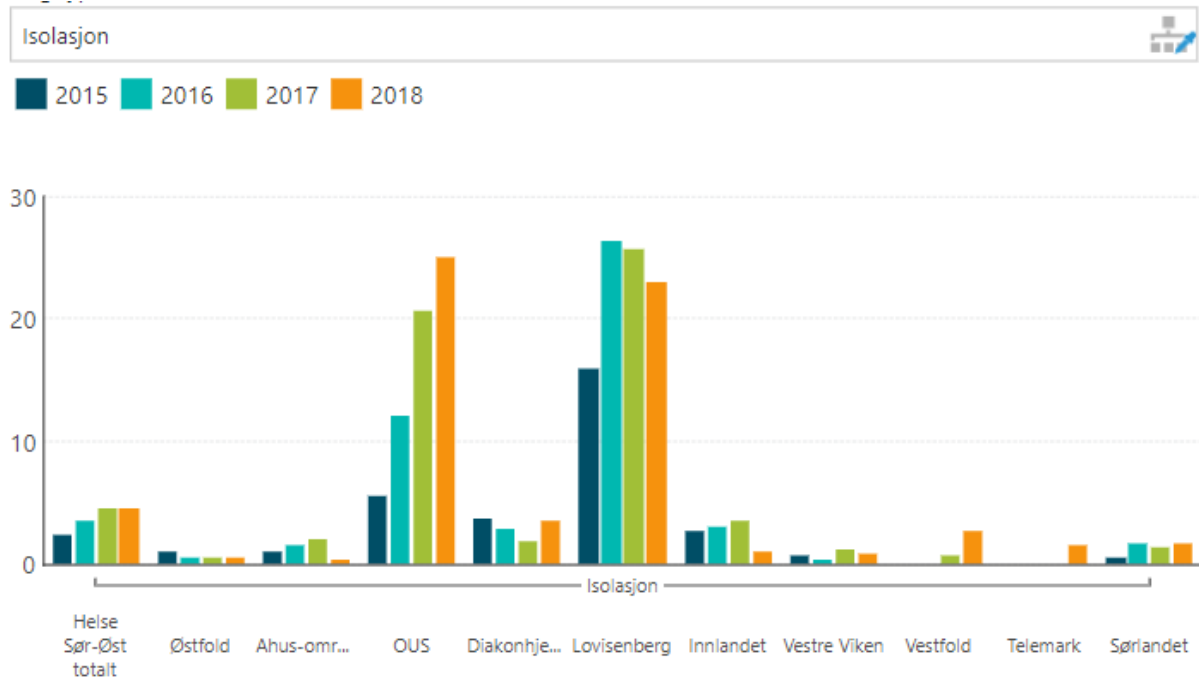


## Kortvarig fastholding



2015 2016 2017 2018





Det er store regionale og lokale forskjeller i bruk av tvang (og tvangsmidler) i Helse Sør-Øst (og Norge). Dette skyldes forskjeller i behandlingskultur, ulik lovforståelse og forskjeller i demografi og pasientpopulasjon.

### Hovedfunn i rapport 1/2020 fra Konsernrevisjonen:

«...tilnærmet alle enheter kjenner til anbefalingene som ble gitt i rapporten...»

«Et stort flertall har også iverksatt tiltak for å imøtekomme anbefalingene. Tiltakene dekker både forebygging, gjennomføring og oppfølging etter bruk... Samtidig viser undersøkelsen at det er noen svakheter ved lederoppfølging på dette området.»

«Et flertall av enhetene oppgir at de ikke har operasjonalisert oppdragsdokumentets mål og krav om redusert bruk av tvangsmidler for 2019. Videre oppgir om lag halvparten av enhetslederne at de sjeldnere enn månedlig blir fulgt opp av overordnet leder om enhetens tvangsmiddelbruk»

«Tilnærmet alle enhetene har spesifiserte kompetansekrav for vedtaksansvarlige, de med hyppigst bruk har regelmessig trening i håndtering.»

Når faglig ansvarlig ikke er tilstede «...oppgir halvparten at det er ansvarshavende alene som står ansvarlig for vedtak i EPJ»

I forbindelse med implementering av anbefalinger har en ressursgruppe fra Helse Sør-Øst blitt etablert med følgende mandat: «Utarbeide en samlet, regional oversikt over erfaringer fra implementeringsarbeidet ved de aktuelle helseforetakene/sykehusene gjennom tilgjengelige data og dialog i møter med sentrale ledere og fagpersoner ved hver enkelt institusjon.»

Denne gruppe kom på besøk til KPR 11.09.20 og brukte en hel dag i møter med ansatte og ledelsen. Det var et nyttig møte, vi fikk dele våre erfaringer og fikk tilbakemeldinger fra

eksterne samarbeidspartnere om hvor vi står i prosessen. Ressursgruppen lager en rapport om sitt arbeid når de har besøkt alle helseforetak i Helse Sør-Øst.

### **Implementering av anbefalinger fra Prosjekt – Redusert og Bruk av tvangsmidler i KPR**

Revisjon av retningslinje og opplæring for ansvarsvakt som har ansvar for tvangsmiddel vedtak alene når faglig ansvarlig ikke er til stede. Gjelder mekaniske tvangsmidler, isolasjon og kortvarig fastholding.

Ferdig montert belteseng fjernes og «kombinasjonsbelter» brukes. Nytt utstyr er på plass men krever opplæring og trening som ble utsatt pga. Covid-19

Registrering av tvang og månedlig rapportering av tvang. Det utarbeides en regional standard for registrering av tvangsmidler i EPJ og som blir tatt i bruk når den er på plass. DIPS versjonen som er i bruk i dag ved STHF kan ikke gi oss rapport om bruk av tvang ned på hver seksjon. Denne oversikten får vi når DIPS Arene blir tatt i bruk. Sekretærer har fra januar i år laget oversikt manuelt hver måned som oversendes avdelingsledere og seksjonsledere.

Regelmessig trening av ansatte i alternativer til bruk av tvangsmidler. Obligatorisk kurs i møte med aggressionsproblematik (MAP) og bruk av simuleringstrening.

Sikre bedre rutiner rundt ettersamtaler etter bruk av tvangsmidler.

#### **Vedlegg**

- Rapport om redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst
- Konsernrevisjonen; Rapport 1/2020
- Sykehuset Telemarks besvarelser på spørreskjema fra konsernrevisjonen

# Prosjekt

## Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst

**GODKJENT AV:**

Navn	Rolle	Stilling	Dato
Cathrine M. Lofthus	Prosjekteier	Adm. direktør Helse Sør-Øst RHF	20.12.2018

<b>FORORD</b>	<b>4</b>
<b>I. PROSJEKTETS NAVN OG EIER</b>	<b>4</b>
<b>II. MANDAT FOR PROSJEKTGRUPPEN: REDUSERT BRUK AV TVANGSMIDLER INNEN PSYKISK HELSEVERN I HELSE SØR-ØST</b>	<b>5</b>
<b>III. PROSJEKTETS ORGANISERING</b>	<b>8</b>
<b>1.0 INNLEDNING</b>	<b>10</b>
1.1 Prosjektgruppens innledende refleksjoner	11
<b>2.0 VEDTAKSANSVARLIG FOR §4.8 I PHVL</b>	<b>13</b>
2.1 Ansvarlig for vedtak etter §4-8 – unntaksregelen	13
2.2 Begrepet «Ansvarshavende»	14
2.3 Begrepene «Akutte nødsituasjoner og umiddelbar nærhet»	14
2.4 Orientering til faglig ansvarlig	15
2.5 Effekt av ansvar	16
<b>3.0 FRA MINDRE TIL MER INNGRIPENDE TVANG – EN TRINNVIS TILNÆRMING</b>	<b>17</b>
3.1 Uomgjengelig nødvendig	17
3.2 Trinn 1	18
3.2.1 Kortvarig fastholding (§4.8d)	18
3.2.2 Kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør («isolasjon»), uten personalet til stede (§4.8b)	18
3.3 Trinn 2	19
3.3.1 Bruk av mekaniske tvangsmidler (§ 4.8a)	19
3.3.2 Bruk av korttidsvirkende legemidler (§ 4.8c)	19
<b>4.0 FELLES KRITERIER FOR REGISTRERING AV TVANG OG TVANGSMIDLER I EPJ I HELSE SØR-ØST</b>	<b>21</b>
4.2 Målsetting for ny registreringspraksis	21
4.3 Prosedyre for registrering av tvangsmidler i EPJ	22
4.4 Sentralt tvangsregister	23
4.5 Lovforståelse	23
4.6 Rapportering som styringsindikator	23
<b>5.0 TILTAK FOR REDUSERT BRUK AV TVANG ETTER PHL § 4.8</b>	<b>24</b>
5.1 En vurdering av bygningsmessige forhold relatert til bruk av tvang	24
5.3 Husordensreglement («husordensregler») – unødvendig og konfliktskapende	25
5.4 Fjerning av ferdig montert belteseng	27
5.4.1 Fjerning av ferdig montert belteseng - risiko og sårbarhetsanalyse	28
5.5 Alternativer til bruk av tvangsmidler	30
5.6 Rutine for forebygging av tvang ved innleggelse og overføring	32
5.6.1 Identifisere risiko for skadelig adferd ved implementering av kartleggingsverktøy	32
5.6.2 Skade på pasient	33
5.6.3 Iverksette tiltak ut fra alvorlighetsgraden av voldsrisko	33

5.6.4 Involvere pasienten i voldsrisikovurderingen	34
5.7 Ettersamtale etter situasjoner der tvang er benyttet	35
5.7.1 Tilbud og informasjon til pasienter	35
5.7.2 Tilbud og informasjon til pårørende	36
5.7.3 Vurdere når, og i hvilken form, ettersamtaler skal gjennomføres	36
5.7.4 Gjennomføring og rammer for ettersamtale	36
5.7.5 Dokumentasjon av ettersamtaler i EPJ	37
5.7.6 Opplevd tvang	37
5.8 Gjennomgang av tvangsmiddelbruk med personalet etter PHVL §4.8	37
<b>6.0 REVISJONSGUIDE</b>	<b>39</b>
6.1 Revisjonsgrunnlag	39
<b>REFERANSER</b>	<b>44</b>
<b>VEDLEGG</b>	<b>46</b>
VEDLEGG I - Mal i EPJ om «Endringer ved bruk av mekaniske tvangsmidler»	46
VEDLEGG II – Eksempel på prosedyre for registrering i EPJ	47
VEDLEGG III - Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m.	49
VEDLEGG IV – Utdrag av bestemmelsene om husordensreglement (PHVL og Psykisk helsevernforskriften med kommentarer)	50
VEDLEGG V – Dynamisk kompetanseplan	51
VEDLEGG VI - Feedbackbasert kollegaveiledning (FBKV)	56
VEDLEGG VII - Bekreftende kommunikasjon	58
VEDLEGG VIII – Intervju om vold	59
VEDLEGG IX – Eksempel på skjema til ettersamtale/evalueringssamtale	61
VEDLEGG X – Gjennomgang av tvangsmiddelbruk – eksempel på skjema	63
VEDLEGG XI – Guide for gjennomgang av tvangsmiddelbruk	64

## FORORD

Basert på mandat fra 30. mai 2017 oppnevnte Helse Sør-Øst RHF en prosjektgruppe som fikk i oppdrag å foreslå tiltak for å redusere bruk av tvang i regionen. Arbeidsgruppen kommer gjennom denne rapporten med anbefalinger om hvordan dette kan gjøres. Rapporten vektlegger å fremme en felles forståelse av lov og forskrift fordi dette vil fremme en mer enhetlig praksis. Videre å tydeliggjøre lederansvaret for å sikre god kompetanse i egen organisasjon. Formålet med forslagene er å bidra til å sikre minst mulig inngripende tvang i klinisk praksis, sikre pasienters rettsikkerhet og samtidig ivareta samfunnets ansvar for aktuell pasientgruppe.

Rapporten kommer med tiltak som anbefales iverksatt for redusert og riktig bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i Helse Sør-Øst. For at disse tiltakene skal virke etter sin hensikt, må *måten* personalet iverksetter dem på gjenspeile respekt for pasientens situasjon, kompetanse på aktivering og regulering av følelser hos seg selv og andre, samt et reflektert forhold til de problematiske sidene ved utøvelsen av tvang i helsetjenesten. Uten disse relasjonelle elementene blir tiltakene en rent instrumentell grensesetting som i seg selv kan bidra til å øke aktivering og risiko for situasjoner som fører til bruk av tvangsmidler.

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, ved Arnhild Lauveng, og Helsedirektoratet har vært invitert med i prosjektet, men har ikke hatt anledning til å delta. De har fått alle innkallinger, er holdt løpende orientert og fått tilsendt saksdokumenter underveis. I oppstarten av prosjektgruppens arbeid ble mandatet gjennomgått. Ansvar for de enkelte underpunkter i mandatet ble fordelt på prosjektgruppens medlemmer. Høsten 2017 arbeidet den enkelte med sine tema mellom dagssamlingene, og foreløpige resultater ble fremlagt og drøftet i prosjektgruppen. Senere i prosessen har rapporten blitt bearbeidet i plenum.

Jeg vil gjerne presisere at ansatte vil kunne møte situasjoner hvor noen av anbefalingene som gis i denne rapporten ikke er mulig å følge. Prosjektgruppen har valgt å ikke eksemplifisere slike situasjoner, fordi virksomhetene selv må vurdere når det ikke er mulig å følge en anbefaling. Prosjektgruppen er klar over og har stor respekt for ekstremt farlige situasjoner som kan oppstå i virksomheter godkjent for tvang. Det er derfor viktig å presisere at noen av anbefalingene kan vurderes som uforsvarlige i unntakstilfeller.

Det har vært en stor glede å være prosjektleder for dette arbeidet, både fordi oppdraget har vært spennende, men ikke minst på grunn av en engasjert prosjektgruppe med mye kompetanse og bred erfaring på området. Det har også vært et stort engasjement og «drive» utenfor gruppen hvor styringsgruppe og referansegruppe har vært fremoverlent og medvirkende til å gjøre veivalg underveis. Takk til SIM-innlandet for produksjon av instruksjonsvideo og dyktige skuespillere. Takk til Marius Storvik for råd og innspill knyttet til juridiske refleksjoner rundt Psykisk helsevernloven. Takk til helseforetakene som svarte på vår henvendelse om bygg og husregler. På vegne av prosjektgruppen; takk til Helse Sør-Øst RHF for tillit og vilje til å ta et regionalt grep for riktig og redusert bruk av tvangsmidler.

Prosjektgruppens rapport er enstemmig.

Martin C. Veland (leder)

### I. Prosjektets navn og eier



«Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst». Arbeidet prosjektorganiseres, og prosjekteier er administrerende direktør Cathrine M. Lofthus i Helse Sør-Øst RHF.

## II. Mandat for prosjektgruppen: Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst

### Innledning og bakgrunn

Helse Sør-Øst RHF har arbeidet for å kvalitetssikre og redusere bruk av tvang innen psykisk helsevern i tråd med styringskrav og nasjonale strategier. Data over tvangsbruk innen psykisk helsevern viser imidlertid at det fortsatt er uønskede variasjoner i tvangsbruk innen psykisk helsevern i regionen. I oppdragsdokument for 2017 har Helse Sør-Øst RHF mottatt klare styringsmål som tilsier at bruken av både tvangsinnleggelse og tvangstiltak skal reduseres i forhold til 2016 (Helse - og omsorgsdepartementet, 2017).

### Aktuelt

Variasjonen i bruk av tvang innen psykisk helsevern er fortsatt en bekymring. I siste halvår 2016 har det vært rettet en særlig stor oppmerksomhet mot bruk av *tvangsmidler* innen psykisk helsevern og det mangelfulle tallgrunnlaget for samlet praksis i det enkelte helseforetak/sykehus. Det er derfor gjort en egen innsats med kvalitetssikring av tallgrunnlaget fra 2014/2015 og flere svakheter og utfordringer er avdekket. Noe av dette er knyttet til ulikheter i forståelse av regelverket og registreringspraksis.

Mer enhetlig forståelse av regelverk og enhetlig registreringspraksis er derfor viktige mål. Elektroniske protokoller for registrering av bruk av tvangsmidler er et viktig element for å komme videre med dette.

Ledelsen i Helse Sør-Øst RHF har et særlig sterkt fokus på all bruk av tvang innen psykisk helsevern, og det skal gjøres en forsterket innsats på alle nivåer i tjenesten, jfr. krav oppdragsdokument i 2017 og 2018 for Helse Sør-Øst:

- I samarbeid med kommunene redusere antall tvangsinnleggelse innen psykisk helsevern for voksne per 1000 innbyggere sammenliknet med 2016 /Færre tvangsinnleggelse i psykisk helsevern enn i 2017
- Registrere med mål om å redusere antall pasienter i døgntilrettelagt omsorg i psykisk helsevern som har minst ett tvangsmiddelvedtak per 1000 innbyggere / Færre pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgntilrettelagt omsorg) enn i 2017

Det skal initieres et kvalitetsforbedringsarbeid for å redusere denne variasjonen. For å optimalisere presisjonen i kvalitetsforbedringsarbeidet vil tvangsmidler etter § 4.8 i lov om psykisk helsevern, bli behandlet særskilt i dette mandatet. Mandatet gir ikke oppdrag rettet mot institusjonstvang (tvangsinnleggelse) eller behandlingstvang. Under er en nærmere beskrivelse av hvordan arbeidet skal gjennomføres. Arbeidet skal gjennomføres i 3 trinn:

1. **Etablere felles kriterier for registrering av tvangsmidler i EPJ og deretter innføre lik registreringspraksis i helseforetakene.**
2. **Utarbeide en regional oversikt for tiltak som skal kvalitetssikre og redusere bruk av tvangsmidler.**
3. **Lage en revisjonsguide og gjennomføre revisjonsrunde på alle helseforetak.**

#### Mandat for arbeidet

1. **Etablere felles kriterier for registrering av tvang og tvangsmidler i EPJ**

Dersom praksis for å registrere i EPJ er komplett og ensartet, vil også NPR meldingen dekke tilstrekkelig opp de ulike sidene ved bruk av tvangsmidler.

Prosjektgruppen skal i samråd med Helsedirektoratet utarbeide en prosedyre for hvordan tvangsmidler skal registreres i EPJ. Helse Sør-Øst RHF vil deretter formidle prosedyren til helseforetakene og alle skal etter en gitt dato følge denne.

2. **Utarbeide en regional oversikt for tiltak som skal kvalitetssikre og redusere bruk av tvangsmidler**

Prosjektgruppen skal utarbeide en regional oversikt for tiltak som skal kvalitetssikre og redusere bruk av tvangsmidler. Prosjektgruppens hovedoppgave i dette er å anbefale hvilke tiltak som skal inngå i den regionale oversikten, og står også fritt til å foreslå tiltak som kan understøtte arbeidet. Den regionale oversikten vil derfor inneholde tiltak som skal implementeres, men også tiltak som er av mer anbefalende art. Følgende områder skal besvares og inngå i det regionale dokumentet:

- a. Gjøre en vurdering av de bygningsmessige forhold på hver institusjon.
- b. Prosjektgruppen bes om å gi en beskrivelse av husregler som kan være medvirkende til at pasienter opplever unødig belastning i behandlingsforløpet. Gruppen skal ta stilling til hvilke husregler som ikke kan benyttes.
- c. Prosjektgruppen bes å vurdere og beskrive mulighetene for at ferdig-monterte beltesenger ikke lenger skal være tilgjengelige i institusjoner som er godkjent for tvang. Gruppen bes om å utarbeide en «Risiko Og Sårbarhets -analyse» særskilt til dette punktet.
- d. Prosjektgruppen skal anbefale hva som bør inngå i opplæring og praktiske øvelser i et tvangsforebyggende perspektiv.
- e. Prosjektgruppen bes om å anbefale en rutine for hvilke tiltak som skal inngå ved innleggelser hvor det er økt sannsynlighet for at tvangsmidler vil kunne bli benyttet. Her inngår standardisering av voldsrisikovurderinger og hvilke tiltak som skal iverksettes ved forhøyet voldsrisiko. Det legges særlig vekt på involvering av pasienten. Prosjektgruppen skal derfor også foreslå en standardisering på hvordan fare for vold og aggresjon kan tematiseres/samtales om med pasienter.

- f. Prosjektgruppen bes om å gi anbefaling på hvordan forebygging av tvangsmidler kan implementeres i virksomhetene.
- g. Prosjektgruppen bes om å gi en anbefaling på hvordan det skal gjennomføres en etter-samtale med pasient (og eventuelt pårørende), i tilfeller hvor det er blitt benyttet tvangsmidler. En viktig del av etter-samtalen er å sikre dialog om pasientens opplevelser, samt å informere pasienten om retten til å klage til kontrollkommisjonen på gjennomførte tvangstiltak. Gruppen bes også om å gi en anbefaling på hvordan etter-samtalen dokumenteres.
- h. Prosjektgruppen bes om å gi en anbefaling på hvordan alle tvangsmiddelvedtak skal gjennomgås på enhet/avdelingsnivå. Gruppen skal også anbefale en standardisert sjekklister som sikrer at ledelse, vedtaksansvarlig og ansvarlige for gjennomføringen av tvangsmidlene involveres i gjennomgangen.

Prosjektgruppens anbefalte sjekklister, skjema og dokumentasjonsmaler skal så langt det er mulig gjøres elektronisk tilgjengelig i DIPS for alle HF i HSØ.

### **3. Lage en revisjonsguide og gjennomføre revisjonsrunde på alle helseforetak**

Revisjonsguide og revisjonsrunde skal gjennomføres med utgangspunkt i punktene over.

Målsettingen er å sikre at tiltakene knyttet til lik registreringspraksis og anbefalte tiltak for å redusere tvangsbruk er innførte på alle HF/Sykehus.

### **Organisering, ressurser, rapportering og tidsplan**

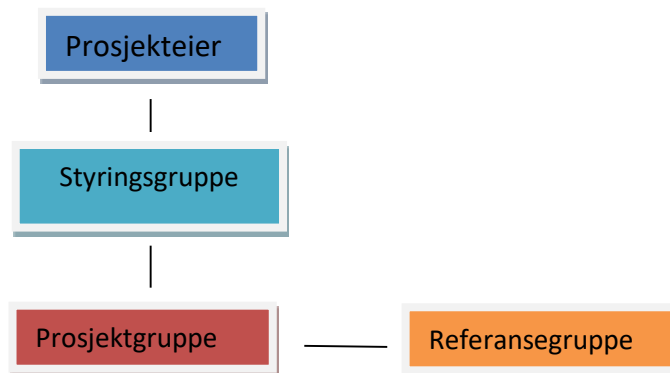
Helse Sør-Øst RHF oppnevner prosjektgruppen som er en tverrfaglig faggruppe bestående av minimum profesjonene psykiater, psykologspesialist og psykiatrisk sykepleier. Det skal være brukerrepresentasjon i arbeidet.

Arbeidet prosjektorganiseres. Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF er prosjekteier. Det opprettes en styringsgruppe som ledes av Helse Sør-Øst RHF. I tillegg skal styringsgruppen settes sammen av medlemmer av ledergruppen i Helse Sør-Øst, konserntillitsvalgte, brukerrepresentanter og representant fra klinikkledelsen i psykisk helsevern. Leder av arbeidsgruppen er sekretær i styringsgruppen.

Helse Sør-Øst RHF stiller ressurser til rådighet for arbeidet slik at leder for faggruppen kan frikjøpes i inntil 50 %. I tillegg stilles det med sekretærressurs til arbeidet. Prosjektgruppens arbeid vil følges opp av styringsgruppen og den skal rapportere til styringsgruppen.

Mandatet skal i sin helhet besvares innen 31.12.2017. Mandatet ble revidert 13.11.2017, hvor ny frist ble satt til 28.02.2018. Siste møte i styringsgruppen ble avholdt 24.10.2018.

### III. Prosjektets organisering



Figur 1: Prosjektorganisering

#### Styringsgruppe

Adm. dir. Cathrine M. Lofthus	Helse Sør-Øst RHF
Geir Bøhler	Helse Sør-Øst RHF
Tommy Johansen	Konsernverneombud
Irene Kronkvist	Konserntillitsvalgt Unio
Gry Halvorsen	Brukerrepresentant

Det har vært 4 møter i styringsgruppen.

#### Prosjektgruppe

Navn	Arbeidssted
Martin Veland (leder)	Lovisenberg Diakonale Sykehus
Sjur Seim (fagsjef og psykiater)	Akershus universitetssykehus
Bjørn Stensrud (spesialsykepleier, PhD)	Sykehuset Innlandet
Jan Hammer (spesialsykepleier, MSc)	Vestre Viken
Asbjørn Kolseth (sjefpsykolog)	Oslo universitetssykehus
Jytte Undrum (brukerrepresentant – regionalt fagråd psykisk helsevern i Helse Sør-Øst)	Bruker-/ pårørenderepresentant
Daniel Nguyen (spesialrådgiver, Medisin og helsefaglig analyse)	Helse Sør-Øst RHF
Ulrik Sverdrup (spesialrådgiver, Medisin og helsefaglig analyse)	Helse Sør-Øst RHF
Anne Aasen (spesialrådgiver, fag, kvalitet og pasientsikkerhet)	Helse Sør-Øst RHF
Kevin Ivanowitz (prosjektsekretariat)	Lovisenberg Diakonale Sykehus

Prosjektgruppen har hatt 11 møter av 4 - 5 timers varighet.

**Oversikt over møtedatoer og deltagelse i prosjektgruppe:**

	29.6	18.8	7.9	29.9	20.10	6.11	20.11	4.12	19.12	14.2	15.2
Martin Veland	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sjur Seim		x		x	x		x	x	x	x	x
Bjørn Stensrud	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Jan Hammer		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Asbjørn Kolseth		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Geir Bøhler	x					x					
Jytte Undrum		x	x			x	x				
Daniel Nguyen	x		x	x							
Ulrik Sverdrup	x	x		x	x						
Anne Aasen	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Kevin Ivanowitz	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

**Referansegruppe (Klinikkledere PHV)**

Øystein Kjos	Akershus universitetssykehus HF
Irene Dahl Andersen	Sykehuset Østfold HF
Gunn Gotland Bakke	Sykehuset Innlandet HF
Cecilie Skule	Diakonhjemmet Sykehus
Kirsten Hørthe	Vestre Viken HF
Finn Hall	Sykehuset i Vestfold HF
Lars Ødegård	Sykehuset Telemark HF
Oddvar Sæther	Sørlandet sykehus HF
Marit Bjartveit	Oslo universitetssykehus HF
Anne Aasen	Helse Sør-Øst RHF

Det har vært avholdt 2 møter i referansegruppen.

## 1.0 INNLEDNING

Arbeidet med denne rapporten tar utgangspunkt i Helse Sør-Øst sin visjon om å gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi. Dette er særlig aktuelt i vårt oppdrag med å gi anbefalinger om felles registreringspraksis knyttet til tvang og om virkemidler for å jobbe mot riktig og redusert bruk av tvang. Anbefalingene er forankret i de nasjonale verdiene kvalitet, trygghet og respekt i tillegg til helsepolitiske føringer om å fremme pasientens ressurser, medbestemmelse og autonomi.

Bruk av tvang i psykisk helsevern har i lang tid hatt helsemyndighetenes oppmerksomhet, med « redusert og riktig bruk av tvang » som overordnet føring (Helse - og omsorgsdepartementet, 2012; NOU 2011:9, 2011; Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Til tross for dette har tall på omfanget av bruk av tvang vært tilnærmet uforandret, med store lokale og regionale variasjoner (Pedersen, Hellevik, & Skui, 2016). Dette kan tyde på ulik lovforståelse, ulik registreringspraksis og ulike behandlingskulturer for når tvang kan benyttes. Lokale behandlingskulturer, menneskesyn i behandlingsmodeller og helsepersonells holdninger til tvang synes å ha betydning for bruk av tvang (Norvoll & Husum, 2011).

I tråd med overordnede helsepolitiske føringer har Helse Sør-Øst RHF gitt klare styringsinstruksjoner med målsetning om harmonisering og reduksjon i bruk av alle former for tvang i psykisk helsevern. Det er gitt detaljerte anbefalinger og tiltak i [Regional Plan «Økt frivillighet»](#), kapittel 3, for å nå dette målet (Helse Sør-Øst RHF, 2011). Ledelse og motivasjon for endring, er to helt sentrale områder og forutsetninger i planen. Fokus på harmonisering og reduksjon i bruk av tvangsmidler er et *delmål* i en overordnet, helhetlig målsetning om redusert og riktig bruk av tvang på alle aktuelle områder i psykisk helsevern, der korrekt lovforståelse og korrekte data er en del av det hele. Risiko for bruk av tvang før innleggelse, underveis i behandlingen og i etterkant av utskrivelse beskrives, og forebygging er sentralt i planen.

[Psykisk helsevernloven](#) (PHVL) § 1-2 definerer psykisk helsevern som «undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever» (Psykisk helsevernloven, 1999). Tvangsmidler er fire lovbestemte intervensjoner som anvendes med formål å forhindre skade. Som tvangsmiddel regnes:

- Mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientenes bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt forebyggende spesialklær
- Kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale tilstede
- Enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt
- Kortvarig fastholding

(Psykisk helsevernloven, 1999)

[Psykisk helsevernforskriften](#) §25 forbyr bruk av tvangsmidler i behandlingsøyemed (Psykisk helsevernforskriften, 2011). Tvangsmidler er derfor en form for sikkerhetstiltak og oppgis ikke som del av oppdraget i psykisk helsevern. Denne rapporten omhandler bruk av tvang etter PHVL § 4-8. Lovteksten lyder:

*«Tvangsmidler skal bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige»*

For å nå delmålet om redusert og harmonisert bruk av tvangsmidler i Helse Sør-Øst må ledere på alle nivåer ta dette inn i sine lokale planer og styringsinstruksjoner, legge til rette for bruk av alternativer til tvangsmidler, og følge opp bruk av tvangsmidler i egen virksomhet<sup>1</sup> (Helse Sør-Øst RHF, 2011) Dette innebærer blant annet å:

- Følge med på utviklingen i omfang av bruk av tvangsmidler i egen enhet.
- Å bruke pasienters tilbakemeldinger i enhetens felles refleksjoner over egne holdninger og praksis i anvendelse av tvang.
- Å styrke personalets kompetanse i vurdering og håndtering av voldsrisiko.

### 1.1 Prosjektgruppens innledende refleksjoner

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) stiller spesifiserte krav til leder om å etablere et styringssystem som sikrer at enhetens virksomhet drives i tråd med [helse- og omsorgslovgivningen § 4](#) (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). En av leders spesifiserte *sørge for*-oppgaver er å sikre at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap og kompetanse i det aktuelle fagfeltet (§ 7, litra b). Dette omfatter alt personale, inklusive faglig ansvarlige for vedtak (lege/psykologspesialister) og de til enhver tid ansvarshavende i behandlingsmiljøet.

Psykisk helsevernloven (PHVL) gir hjemmel for spesifiserte enkeltvedtak som kan fattes overfor en pasient. Leder ved institusjon godkjent for tvungent psykisk helsevern kan gi myndighet til å fatte/være faglig ansvarlig for vedtak etter PHVL til lege- og psykologspesialister (psykiatere/spesialister i klinisk psykologi). For vedtak om bruk av tvangsmidler gjelder den samme hovedregelen om lege- eller psykologspesialist som faglig ansvarlig for vedtaket. Psykisk helsevernforskriftens § 25 åpner imidlertid for en unntaksregel der leder kan delegerer myndighet til å fatte vedtak om ikke-medikamentelle tvangsmidler i akutte nødsituasjoner til ansvarshavende i behandlingsmiljøet.

Etter prosjektgruppen sin vurdering er bruk av ikke-medikamentelle tvangsmidler primært et sikkerhetsfaglig, og ikke et helsefaglig spørsmål (undersøkelse/ behandling/pleie og omsorg). Det dreier seg om tiltak som iverksettes for å unngå skade. Det er først og fremst personalet i behandlingsmiljøet som har den praktiske kompetansen på håndtering av sikkerhetsutfordringer i døgnenheter i psykisk helsevern. I praksis blir bruk av ikke-medikamentelle tvangsmidler ofte besluttet og iverksettes på bakgrunn av en akutt nødsituasjon som må håndteres umiddelbart av sikkerhetsmessige grunner, der det ikke er tid til å vente på vedtak fra lege-/psykologspesialist.

Psykisk helsevernlovens hovedregel vedrørende tvangsmidler er at disse skal iverksettes etter vedtak ved faglig ansvarlig lege-/psykologspesialist, altså vedtak først – deretter iverksettelse. Realiteten i dagens praksis er at formalisert vedtak ved faglig ansvarlig om bruk av tvangsmidler oftest fattes i etterkant av at tvangsmidlet er iverksatt. Som anført ovenfor gir unntaksbestemmelsen i psykisk helsevernforskriftens § 25 hjemmel for å delegerer myndighet til å fatte vedtak om bruk av ikke-medikamentelle tvangsmidler til ansvarshavende i behandlingsmiljøet i akutte nødsituasjoner der umiddelbar kontakt med faglig

---

<sup>1</sup> Jfr. både Regional plan og brev av 16.01.17 «Bruk av mekaniske tvangsmidler etter psykisk helsevernloven §4.8, Helse Sør-Øst RHF», samt brev av 28.03.17 «Endringer i psykisk helsevernloven med ikrafttredelse 1.juli 2017 og 1.september 2017, Helse Sør-Øst RHF»

ansvarlige ikke er mulig. I dagens praksis er det med andre ord forskriftens unntaksbestemmelse, ikke lovens hovedbestemmelse, som oftest hjemler vedtak om bruk av tvangsmidler.

For å sikre lik praksis ved bruk av tvangsmidler i helseforetakene, og redusere uønsket og ubegrunnet variasjon, mener prosjektgruppen at det regionale helseforetaket bør innføre en felles regional prosedyre der ansvar for vedtak om bruk av tvangsmidler i akutte nødsituasjoner legges til personell som kan fatte vedtak *før* tvangsmiddelbruken iverksettes. Dette betyr at personale som *de facto* befinner seg i umiddelbar nærhet av situasjonen må ha faglig kompetanse og lederforankret myndighet til å fatte vedtak om å iverksette ikke-medikamentelle tvangsmidler i akutte nødsituasjoner. En slik prosedyre vil kunne:

- Sikre at vedtaket fattes *før* bruk av tvangsmiddel iverksettes
- Ivareta pasienters og medarbeideres rettsikkerhet ved at ansvaret for vedtak ikke legges til noen som ikke er tilstede
- Tydeliggjøre leders ansvar for å sikre at medarbeidere som *de facto* fatter vedtak om bruk av tvangsmidler, har den nødvendige kompetanse, og blir individuelt bemyndiget, til å fatte slike vedtak
- Tydeliggjøre *hvem* av personalet leder skal følge opp mtp. at tvangsmidler har vært i bruk

Prosjektgruppen vil kort nevne at hovedregelen i PHVL skiller seg fra andre nyere lovregler. I [forvaltningsloven](#) er ordningen at organet, og ikke personen, skal fatte vedtak. [Pasient- og brukerrettighetslovens](#) tvangshjemmel i § 4A gir myndighet til å fatte vedtak om tvungen helsehjelp til den som er ansvarlig for helsehjelpen. Helse- og omsorgstjenesteloven gir ansvaret for vedtak om sikkerhetstiltak til tjenesteyteren, altså den som *de facto* er til stede og må fatte beslutninger i situasjonen. Prosjektgruppen sin videre anbefaling er innenfor gjeldende lovgivning, men innebærer at *unntaksbestemmelsen* i psykisk helsevernlovens § 25 vedrørende vedtak om tvangsmidler brukes som hjemmel for "*hovedregel*" i praksis. I det følgende redegjøres for utfordringer lovens hovedregel om faglig ansvarlig for vedtak innebærer i forhold til å kvalitetssikre og redusere bruk av tvangsmidler.



## 2.0 VEDTAKSANSVARLIG FOR §4.8 I PHVL

### Anbefalinger

- **Vilkåret for tvangsmiddelbruk er akutte nødsituasjoner.** Myndigheten til ansvarshavende må gjelde fullt ut ved bruk av unntaksregelen. Dette for at ansvaret skal ligge hos den som beslutter vedtaket og er til stede i situasjonen og ikke veksle mellom flere personer. Uten unødig opphold skal faglig ansvarlig orienteres om situasjonen og om hvilke tvangsmidler som vurderes eller tas i bruk. Den som fatter vedtak om bruk av tvangsmidler, skal dokumentere situasjon, vurderinger og tiltak i pasientens journal. Dersom vedtaksbemyndiget ansvarshavende har fattet vedtaket, skal faglig ansvarlig for vedtak dokumentere egen involvering og egne vurderinger i særskilt notat, med spesifisert referanse til vedtaksnotatet.
- *Ansvarshavende* er til enhver tid enhetsleder eller dennes stedfortreder. Ansvarshavende har delegert myndighet når faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet.
- *Umiddelbar nærhet* forstås som der den *akutte nødsituasjonen* oppstår.
- Prosjektgruppen anbefaler at det ikke treffes vedtak over telefon.

### 2.1 Ansvarlig for vedtak etter §4-8 – unntaksregelen

Hovedregelen etter PHVL § 4-8 er at vedtak fattes av faglig ansvarlig. Loven åpner imidlertid opp at det kan gjøres unntak fra hovedregelen gjennom Psykisk helsevernforskriftens § 25 annet ledd:

*«Dersom en akutt nødsituasjon gjør at umiddelbar kontakt med den faglig ansvarlige ikke er mulig, kan ansvarshavende ved avdelingen fatte vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler, isolering eller kortvarig fastholding.»*

Bestemmelsen åpner for at ansvarshavende kan fatte vedtak. Vilkåret er at en akutt nødssituasjon gjør kontakt med faglig ansvarlig umulig. Dette siste er tvetydig. Det kan forstås som at den akutte nødssituasjonen er noe som forhindrer *kontakt* med faglig ansvarlig, eksempelvis at vedtaks-kompetansen delegeres fordi telefonnettet er nede eller at det ikke er frie personalressurser til å kontakte faglig ansvarlig. Alternativt kan forskriftsteksten forstås som at det akutte ved situasjonen gjør at en ikke kan vente med å fatte vedtak til faglig ansvarlig kan kontaktes.

Vilkåret for tvangsmiddelbruk er akutte nødsituasjoner. Utfordringen med hovedregelen er at faglig ansvarlig har hjemmevakt 2/3 av døgnet. I praksis er vedtaksansvaret da delegert til ansvarshavende ved den aktuelle enheten / avdelingen. [Ot.Prp. nr. 11](#) (1998-1999) s. 51 påpeker at «*Den faglig ansvarlige kan ikke være til stede til enhver tid for å fatte alle nødvendige vedtak. Man er derfor nødt til å ha ordninger om delegasjon ...*» (Ot.prp. nr. 11 (1998-99), 1998). Dette er formålet og bakgrunnen for delegasjons-hjemmelen. Normalsituasjonen er derfor at umiddelbar kontakt med faglig ansvarlig ikke er mulig. Forarbeidene og forskriften legger opp til at *den ansvarshavende ved avdelingen* kan treffe vedtak om bruk av tvangsmidler. I praksis er det oftest ikke mulig å følge lovens hovedregel. Prosjektgruppen mener det bør utarbeides organisatorisk forankrede strukturer som tydeliggjør kompetansekrav og myndighetsforhold for vedtak om bruk av tvangsmidler. Dette er et viktig grep for å sikre god kvalitet på håndtering og oppfølging av all bruk av tvangsmidler, både i tilfeller der bruken er hjemlet i

unntaksbestemmelsen, og i tilfellene der faglig ansvarlig for vedtak *de facto* er til stede i situasjonen og man kan følge lovens hovedregel.

## 2.2 Begrepet «Ansvarshavende»

Verken PHVL, Psykisk helsevernforskriften eller lovforarbeidene definerer «ansvarshavende». I [Ot.prp.nr 65 \(2005-2006\)](#) s. 54 pekes det på at det avgjørende er om kravet til faglig forsvarlighet ivaretas (Ot.prp. nr. 65 (2005-2006), 2006). Det pekes på at ansvaret for faglig forsvarlighet er et lederansvar.

Kompetansekrav til ansvarshavende for vedtak etter unntaksregelen i § 25 er ikke spesifisert i lov eller forskrift. Psykisk helsevernforskriftens § 25 gir likevel eksempler på at avdelingssykepleier (heretter kalt enhetsleder), lege eller psykolog kan være den som er *ansvarshavende*. Eksempelene oppgir profesjoner hvor én (enhetsleder) har lederposisjon i linje, men definerer ikke kompetansekravet til den enkelte. Dette henger sammen med forarbeidenes krav til faglig forsvarlighet.

Prosjektgruppen mener det er viktig at virksomhetene får en felles forståelse av hvem som kan inneha rollen som ansvarshavende og hva rollen i denne sammenheng innebærer. Ansvar i linje kan delegeres. En viktig forutsetning for rollen som ansvarshavende er at denne har en klinisk lederfunksjon og ikke en overvekt av administrative oppgaver. Hensikten er at ansvarshavende skal ha oversikt og være tilstede i det kliniske miljøet. Prosjektgruppen anbefaler at enhetsleders stedfortreder er den som er ansvarshavende på den enkelte sengepost. Dersom enhetsleder selv ikke inngår i det kliniske arbeidet/daglig klinisk drift, bør rollen som ansvarshavende delegeres til stedfortreder også når enhetsleder er tilstede.

Når enhetsleders stedfortreder anbefales, er dette begrunnet med at denne vil ha god oversikt over de pasientene som er innlagt, være tilstede i enheten og kjenne pasientsammensetning med tanke på risikobilde. Enhetsleders stedfortreder bør ha ansvar for sikkerheten gjennom å kjenne kompetansen og kapasitet/robusthet i vaktlaget. Virksomheter som ikke har organisert ansvarshavende på denne måten vil kunne oppleve usikkerhet dersom de er vant med at vakthavende lege tar ansvar for tvangstiltakene. Endringen vil derfor kreve god planlegging, opplæring, organisering og tydeliggjøring av ansvaret som følger med i rollen som ansvarshavende.

Vakthavende leger kan også være ansvarshavende, men dette bør sees opp mot begrepet «umiddelbar nærhet» og antall pasienter vakthavende lege har ansvar for. Prosjektgruppen vil peke på krav til nødvendig praktisk kompetanse hos den som skal fatte vedtak etter §4-8 a, b og d (c for lege).

## 2.3 Begrepene «Akutte nødsituasjoner og umiddelbar nærhet»

Bruk av tvangsmidler skal være skadeavvergende og relatert til en akutt nødsituasjon. En akutt nødsituasjon som krever tvangsmiddelbruk må kunne regnes som en situasjon som ikke gir rom for å vurdere andre alternativer. En slik situasjon kan oppstå uten forvarsel, men også etter gradvis økende truende adferd fra pasienten. I begge tilfeller er spørsmålet hvor faglig ansvarlig befinner seg, hvor lang tid faglig ansvarlig vil bruke på å komme til situasjonen, eller hvor lang tid det vil ta for å oppnå kontakt med denne.

Prosjektgruppen mener at *umiddelbar nærhet* er der den akutte nødsituasjonen oppstår. Dersom man ikke er der den akutte nødsituasjonen oppstår, er man heller ikke i *umiddelbar nærhet*. Et eksempel kan være at en pasient plutselig slår målrettet mot helsepersonell som på sin side finner det nødvendig å holde fast pasienten for å avverge/forhindre skade. I en slik situasjon må vedtak fattes umiddelbart. Dersom faglig ansvarlig ikke er tilstede, skjer dette etter unntaksregelen. I situasjoner hvor bruk av tvangsmiddel er et resultat av gradvis økende uro hvor man ikke lykkes ved hjelp av lempeligere midler, kan en slik episode utspille seg over mange timer. Når situasjonen blir akutt vil det også her være lite rom for å vurdere andre alternativer når situasjonen oppstår.

Ansaret for håndtering av potensiell og aktiv skadelig pasientadferd ligger stort sett hos miljøpersonalet, hvor det også er forventning om at kompetansen på slik håndtering skal ligge. Faglig ansvarlig er etter prosjektgruppens erfaring sjelden-del av denne håndteringen. Spørsmålet er da om det er riktig prioritering at faglig ansvarlig skal ta en større tilstedeværende rolle i situasjoner som utvikler seg gradvis over tid, for å være i umiddelbar nærhet dersom det oppstår en akutt nødsituasjon?

Som vist er tilstedeværelsen til faglig ansvarlig organisert på en måte som ikke innfrir lovens hovedregel på kveld og natt. Faglig ansvarlig kan av ulike grunner være utilgjengelig også på dagtid, og det er derfor åpenbart at det trengs en tydelig anbefaling på når, hvordan og hvorfor unntaksregelen brukes. PHVL sier ikke noe om hva som regnes som gyldig grunn for at faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet. Dette synes å være opp til den enkelte virksomhet å vurdere.

Prosjektgruppen ønsker å understreke viktigheten av å sikre solid kompetanse og tydelig ansvarsfordeling til den vanligst forekommende praksisen når det gjelder hvem som er ansvarlig for vedtak. Begrepene akutt nødsituasjon og umiddelbar nærhet er med på å synliggjøre dette.

## 2.4 Orientering til faglig ansvarlig

Der unntaksregelen benyttes, oppstiller psykisk helsevernforordningen § 25 annet ledd krav om at:

*«... faglig ansvarlige [skal] så snart som mulig underrettes. Dersom situasjonen gjør fortsatt bruk av tvangsmidler nødvendig, skal den faglig ansvarlige ta standpunkt til om bruken av tvangsmidler skal opprettholdes.»*

Selv om ansvarshavende ved bruk av unntaksregelen kan fatte vedtak, skal faglig ansvarlig i størst mulig grad kontaktes for å orienteres om situasjonen. Dersom det er rom for å kontakte faglig ansvarlig mens et tvangsmiddel pågår, skal dette gjøres. Faglig ansvarlig skal gjennom kontakten orienteres om situasjonen og hva som var de aktuelle alternativene. I den grad faglig ansvarlig skal vurdere vedtaket om bruk av tvangsmiddel / avslutning av et tvangsmiddel skal faglig ansvarlig være tilstede i situasjonen. Tilstedeværelse i situasjonen er etter prosjektgruppens syn en forutsetning for et godt nok grunnlag for å ta et standpunkt til en så alvorlig og inngripende situasjon.

Prosjektgruppen vil sterkt anbefale at vedtak *ikke* treffes over telefon og at unntaksregelen gjelder så lenge faglig ansvarlig ikke er tilstede i situasjonen. Vedtak om korttidsvirkende legemidler må treffes av lege som har kommet til situasjonen. Vedtak over telefon er etter prosjektgruppens syn svært uheldig med tanke på manglende grunnlag til å gjøre en kvalitetssikret beslutning. Prosjektgruppen mener det er

viktig at myndigheten til ansvarshavende gjelder fullt ut ved bruk av lovens unntaksregel. Formalia skal da dokumenteres av den som treffer vedtak, som deretter sendes faglig ansvarlig til informasjon og oppfølging. Dersom faglig ansvarlig kommer til en situasjon hvor det allerede er et tvangsmiddel i bruk, er det altså ikke faglig ansvarlig sitt ansvar å registrere formalia.

## 2.5 Effekt av ansvar

Disse anbefalingene forsøker å synliggjøre at den som reelt fatter vedtak, også er den som så langt som mulig oppretter vedtaksskjema, vedtaksdokument og således også den som står ansvarlig for redegjørelsene i etterkant. Med denne delegerte myndigheten følger også et tydeligere ansvar for å forebygge tvang, bruke tvangsmidlet riktig, kortest mulig og velge det minst inngripende tvangsmidlet som må til for å forhindre skadelig adferd fra pasienten. Det er uheldig dersom én må ta ansvar for hva den andre gjør med begrunnelse i at ansvarliggjøring av handlinger påvirker handlingene. En tydeliggjøring av ansvar for vedtak og gjennomføring av tvangsmidler vil bidra at man lettere vil kunne følge opp og oppnå hensiktsmessig ansvarliggjøring og læring. Virksomheter som er godkjent for tvang har ansvar for å sikre at vedtaksansvarlig har riktig kompetanse og holdninger med tanke på tvangsmiddelbruk. Dette gjelder alle som kan tenkes å fatte slike vedtak som enten er faglig ansvarlig eller ansvarshavende.

### 3.0 FRA MINDRE TIL MER INNGRIPENDE TVANG – EN TRINNVIS TILNÆRMING

#### Anbefalinger

- Bruk av tvangsmidler skal bare skje i akutte nødsituasjoner.
- Prosjektgruppen anbefaler en trinnvis tilnærming til bruk av tvangsmidler. Det underliggende prinsippet for tilnærmingen er *minst mulig inngripende, så kortvarig som mulig og så skånsomt som mulig*.
- Prosjektgruppen anbefaler at *uomgjengelig nødvendig* skal forstås som *når det ikke finnes andre løsninger*.

Den store variasjonen i bruk av tvangsmidler, lokalt og regionalt, gjør det vanskelig å angi spesifikke felles regionale tiltak for redusert og riktig bruk av tvangsmidler, samt opplegg for benchmarking og gjensidig læring mellom avdelinger og helseforetak. PHVL beskriver vilkårene for bruk av tvangsmidler og har en rekke presiseringer som angir når det ikke er anledning til å fatte vedtak etter §4.8. Prosjektgruppen mener at foretaksvis beskrivelser av praksis rundt tvangsmiddelbruk etter en felles mal vil kunne bidra til en mer enhetlig praksis. Virksomhetene kan da i større grad dra nytte av hverandres erfaringer.

Prosjektgruppen ønsker å bidra til å sikre en praksis der tvangsmidler ikke blir brukt utenfor akutte nødsituasjoner og viser til egne og andres erfaringer med at tvangsmidler er blitt planlagt og gjennomført uten at det har vært en pågående akutt nødsituasjon. Det finnes eksempler på at man har ventet til et vaktskiftet for å ha nok personell til å gjennomføre en beltelegging, uten at pasienten i øyeblikket var utagerende, eller at vedtak om mekaniske tvangsmidler har blitt gjennomført så raskt at man ikke har fått med seg at pasienten egentlig ønsker å samarbeide. Det er mange eksempler på at praksis rundt tvangsmiddelbruk i Norge har vært gjennomført utenfor akutte nødsituasjoner, eller etter at den akutte nødsituasjonen er over. Prosjektgruppen mener det er viktig å forhindre at bruk av tvangsmidler brukes som forebyggende tiltak.

For å sikre at bruk av tvangsmidler alltid blir det siste alternativet for å forhindre skade, anbefaler prosjektgruppen en trinnvis tilnærming til bruk av tvangsmidler, som vi mener kan bidra til en mer enhetlig praksis. Det underliggende prinsippet for tilnærmingen er *minst mulig inngripende, så kortvarig som mulig, så skånsomt som mulig*.

#### 3.1 Uomgjengelig nødvendig

I § 4.8 står det at tvangsmidler bare skal brukes overfor pasienter når dette er *uomgjengelig nødvendig* for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Begrepet *uomgjengelig nødvendig* kan tolkes ulikt fra miljø til miljø. Forståelsen kan være avhengig av kompetanse, sammensetning av team og ferdigheter knyttet til håndtering av truende situasjoner. For en felles praksis mener prosjektgruppen *uomgjengelig nødvendig* skal forstås som: *Når det ikke finnes andre løsninger*.

## 3.2 Trinn 1

### 3.2.1 Kortvarig fastholding (§4.8d)

Prosjektgruppen anbefaler at dette tvangsmiddelet som hovedregel brukes for å få kontroll på situasjonen, for å forhindre skade og for å løse situasjonen uten bruk av andre tvangsmidler. Erfaringer viser at helsepersonell ofte oppnår samarbeid med pasienten ved kortvarig fastholding og at tvangsmiddelbruk kan opphøre etter kort tid uten behov for andre tvangsmidler. Fokus på løsningsorientert dialog i den akutte nødsituasjonen er avgjørende. Prosjektgruppen mener derfor at andre tvangsmiddelvedtak som hovedregel ikke bør fattes før man har forsøkt å løse situasjonen med kortvarig fastholding. I og med at akutte nødsituasjoner ofte krever rask handling, uten mulighet til å drøfte andre handlingsalternativer, vil vedtak om kortvarig fastholding være både fattet og iverksatt i det pasienten tas tak i.

Lov og forskrift åpner for at man ikke trenger å fatte vedtak om kortvarig fastholding dersom fastholding er et middel for å gjennomføre ett av de andre tvangsmidlene. Prosjektgruppen anbefaler å vurdere om vedtak om kortvarig fastholding likevel skal fattes i tilfeller hvor fastholding blir av en viss varighet og inngripende karakter i gjennomføringen av andre tvangsmidler. Når kortvarig fastholding brukes som et forsøk på å løse situasjonen uten bruk av andre tvangsmidler, krever det et selvstendig vedtak også når kortvarig fastholding viser seg å ikke være tilstrekkelig og etterfølges av andre tvangsmidler.

Ved bruk av kortvarig fastholding kan andre tvangsmidler vurderes dersom:

1. Pasienten ikke responderer på dialog som har til hensikt å finne en løsning slik at fastholding kan opphøre.
2. Pasienten yter sterk motstand uten å vise tegn på å kunne samarbeide. Risikoen ved å avslutte fastholding vurderes som for stor.
3. Pasienten fremsetter trusler om å skade mens han holdes.

Det er viktig at punktene over vurderes av helsepersonell som har solid kompetanse på terapeutisk og fysisk håndtering av aggressiv adferd. Selv om punktene 1-3 er tilstede kan det likevel hende at teamet av helsepersonell vurderer det som sikkerhetsmessig forsvarlig å avslutte tvangsmiddelet. Pasientens fysikk og grad av skadepotensiale vil noen ganger være avgjørende i forhold til å avslutte tvangsmiddelbruk eller ikke.

### 3.2.2 Kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør («isolasjon»), uten personalet til stede (§4.8b)

Isolasjon som tvangsmiddel må ikke forveksles med «seclusion» som brukes som behandlingstiltak i andre land. Tvangsmidler er ikke behandling. Isolasjon vil være situasjoner med stengt dør eller døren på gløtt mellom pasient og helsepersonell på grunn av fare for skade der hensikten er å holde pasienten på rommet. Hvis personale er til stede i rommet vil ikke dette være isolasjon, men skjerming (selv om døren er låst). Dersom det eksempelvis oppstår en akutt nødsituasjon inne på pasientens rom kan personalet velge å trekke seg ut av rommet og stenge døren inn til pasienten. Når den akutte nødsituasjonen krever umiddelbar handling, uten mulighet til å drøfte andre handlingsalternativer, vil vedtak om isolasjon være både fattet og iverksatt i det døren stenges. Som første tvangsmiddeltiltak vil hensikten med isolasjon være å forhindre skade på dem som stenger/låser døren. Dette vil kunne gi anledning til å samle nok

helsepersonell til å håndtere en eventuell utagerende situasjon når døren igjen åpnes. Som ved fastholding skal vedtaket fattes og nedtegnes uavhengig av tvangsmidlets varighet.

Prosjektgruppen mener at all isolering representerer et *de facto* vedtak om bruk av tvangsmiddel og skal dokumenteres som sådan. Dette vil sikre at det ikke blir en underregistrering av stengte dører som etter loven regnes som isolasjon. Vedtaket/iverksettingen brukes for å håndtere en akutt nødsituasjon og bør oppheves så snart situasjonen ikke lenger er av en slik karakter.

Andre tvangsmidler kan vurderes dersom:

1. Pasienten forvolder stor skade på rommet han er i og ikke viser tegn til å roe seg ned.
2. Pasienten forvolder skade på seg selv.
3. Pasienten fremsetter alvorlige trusler om å påføre personskade, selv etter adekvate forsøk på dialog og deeskalerende kommunikasjon.

*Psykisk helsevernforskriften § 3 bokstav g*, sier at institusjonen skal sørge for at rom som tenkes brukt til § 4.8b er egnet til formålet. *Kommentar til § 3 bokstav g*, sier at rom som skal benyttes til isolasjon bør være lydisolert. Det materielle kravet forskriften oppgir definerer ikke hva som er akseptabel lydisolering målt i db. Prosjektgruppen mener derfor at det vil være opp til institusjonen selv å avgjøre hvilke rom som er egnet til dette formålet. Det er også viktig å bemerke at formålet er å forsvare seg mot skade og at det finnes akutte nødsituasjoner der HMS-hensyn er viktigere enn materielle krav.

### 3.3 Trinn 2

#### 3.3.1 Bruk av mekaniske tvangsmidler (§ 4.8a)

Dersom det foreligger en akutt nødsituasjon, kan det fattes vedtak om mekaniske tvangsmidler. Vedtaket vil etter prosjektgruppens anbefaling av en trinnvis tilnærming i hovedsak være aktuelt å bruke når ett eller flere av de andre tvangsmidlene har vist seg å være utilstrekkelige for å forhindre skade. Dersom kortvarig fastholding og isolasjon brukes som beskrevet over vil dette redusere behovet for å planlegge bruk av mekaniske tvangsmidler. Det fordi vedtak om mekaniske tvangsmidler etter en slik praksis først kan iverksettes når pasienten allerede er underlagt vedtak om kortvarig fastholding eller isolasjon.

#### 3.3.2 Bruk av korttidsvirkende legemidler (§ 4.8c)

Bruk av korttidsvirkende legemidler skal ikke planlegges iverksatt uten at det foreligger en akutt nødsituasjon, hvor andre tvangsmidler viser seg å ikke være tilstrekkelige for å forhindre skade.

Dersom pasienten er underlagt *tvangsmidler* må vedtak om korttidsvirkende legemidler:

1. Være vurdert som en nødvendighet for å kunne avslutte tvangsmidler. Dersom pasienten eksempelvis ikke klarer å roe seg ned på egenhånd, og den akutte nødsituasjonen vedvarer i form av sterk motstand eller trusler, kan korttidsvirkende legemidler være aktuelt. Vedtaket fattes dersom det vurderes at dette vil kunne løse den akutte nødsituasjonen, slik at tvangsmidler kan avsluttes. Dette vil også kunne forkorte varigheten på øvrig tvangsmiddel som er i bruk.

Dersom pasienten er underlagt *mekaniske tvangsmidler* må vedtak om korttidsvirkende legemidler:

2. Ha til hensikt å forhindre skade på pasienten i og med at pasienten som er fiksert ikke lenger utgjør fare for andre eller materielle forhold.

Bruk av kortidsvirkende legemidler som tvangsmiddel etter PHVL § 4.8c kan som nevnt understøtte bruk av andre tvangsmidler for raskere å avslutte disse, eller hindre eskalering fra mindre til mer inngripende tvang. Prosjektgruppen vil understreke at mange pasienter opplever bruk av korttidsvirkende legemidler som sterkt inngripende slik at vedtak må gjøres ut fra en streng vurdering med utgangspunkt i situasjon, pasientens opplevelse og alternative tilnærminger.



## 4.0 FELLES KRITERIER FOR REGISTRERING AV TVANG OG TVANGSMIDLER I EPJ I HELSE SØR-ØST

### Anbefalinger

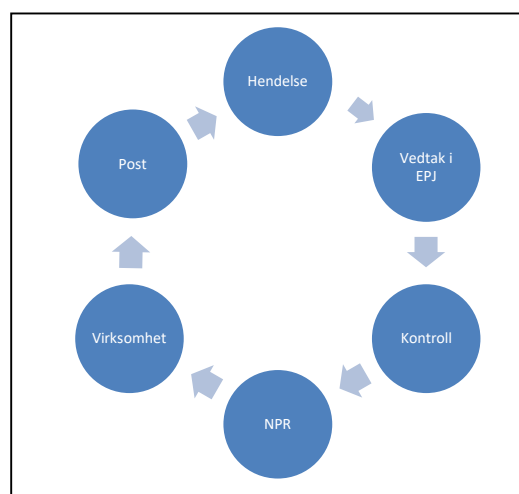
- Det etableres en felles prosedyre for registrering av tvang i Helse Sør-Øst.
- NPR oppretter rapporter om antall gjennomføringsvedtak etter underkapitlene i kapittel 4 i PHVL, inkludert vedtak om bruk av tvangsmiddel etter § 4.8 a-d. Disse tallene brukes til å kvalitetssikre klinisk praksis i enheter, avdelinger og virksomheter godkjent for bruk av tvang etter PHVL.
- Det anbefales at det opprettes egen mal/frase i EPJ om «Endringer ved bruk av mekaniske tvangsmidler» (eks; friere forpleining) der det er fattet vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler. Sammen med den elektroniske registreringen av tvangsmiddelbruk vil dette erstatte eksisterende protokoller som fremvises for Kontrollkommisjonen.

I henhold til mandatet har prosjektgruppen utarbeidet et forslag til prosedyre for registrering av tvangsmidler i EPJ. Det blir et oppdrag til hvert enkelt helseforetak å tilpasse prosedyren til eget malverk. Utgangspunktet var at skal NPR-meldinger og -rapporter gi representative og sammenlignbare data om bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern, må det utarbeides en regional (helst: nasjonal) standard for registrering av bruk av tvangsmidler i EPJ. Standarden må implementeres i alle helseforetak. Forslaget representerer prosjektgruppen sitt syn. I tillegg til saksbehandling i styringsgruppen / Helse Sør-Øst RHF vil prosedyren måtte forankres i Helsedirektoratet.

### 4.2 Målsetting for ny registreringspraksis

Frem til i dag har det vært vanskelig å skaffe en god oversikt over tvangsbruk ved de ulike helseforetakene. Reduksjon av tvang er avhengig av god registrering av parametere som det er bred enighet om, god registrering må være enkel å utføre, og det må være enkelt å ta ut rapporter og aggregerte data. Dobbelregistrering må unngås, papirprotokoller må utgå og registreringen må foregå tilknyttet elektronisk pasientjournal.

Alle avdelinger som er godkjent for tvang må rapportere jevnlig (månedlig eller kvartalsvis) om antall vedtak og varighet av vedtak etter § 4-8, a-d. Rapportene må ledelsesforankres i linjen som en del av den faglige ledelsen fra avdelinger til klinikk til sykehus og til Helse Sør-Øst RHF. Det vil si å inngå i en feedbacksløyfe hvor avdelingene både ser utviklingen over tid ved egen enhet og får informasjon om andre avdelinger og



Figur: Læringsløyfe

foretak for sammenligning. Regional plan «Økt frivillighet» (2011) fremhever blant annet korrekte data og sier:

**Korrekte data og fokus på hele pasientforløpet:**

- *Korrekte data er nødvendig når man skal vurdere tiltak og diskutere behovet for endring.*
- *Dataene må også være lett tilgjengelige - "ett tastetrykk unna"*
- *Det skal derfor legges til rette for dette på flere nivåer, noe som også innebærer at alle data skal være elektroniske.*

Videre er følgende relevant og hentet fra samme plan:

**Ledelse**

*Anbefaling og tiltak*

- *Helse Sør- Øst RHF følger opp relevante tall relatert til bruk av tvang og de respektive planer i styringsdialogen med ledere for klinikker psykisk helsevern /foretak/divisjoner og ledelsen i helseforetakene/sykehusene gjør det samme med sine ledere.*
- *Helse Sør- Øst RHF bistår helseforetakene i å få korrekte data.*

*Helse Sør- Øst RHF publiserer relevante data, tall for bruk av tvang og vellykkede prosjekter på eget nettsted/egen nettside.*

Prosjektgruppen mener at en tilsvarende registrering og feedbacksløyfe også må opprettes mellom Kontrollkommisjonene og Helsedirektoratet.

### 4.3 Prosedyre for registrering av tvangsmidler i EPJ

Tidligere har det vært et problem at ulike foretak ikke har kunnet legge frem sine tvangstall på en enkel og automatisert måte. For eksempel har noen foretak vært avhengig av manuell telling av tvangsprotokoller. Tallene som blir rapportert til NPR og videre til Helse Sør-Øst RHF har derfor hatt variabel kvalitet og sammenlikning har vært vanskelig.

Prosjektgruppen anbefaler at registreringen foregår så likt som mulig i alle foretak og foreslår følgende arbeidsflyt i registreringen av § 4-8 vedtak:

- Vedtaksansvarlig skriver et vedtaksnotat umiddelbart etter en hendelse som har ført til bruk av tvangsmiddel.
- Samtidig oppretter vedtaksansvarlig et standardisert vedtaksskjema som kodes. Vedtaksansvarlig registrer vedtaket i EPJ. Deretter sendes vedtaket automatisk til kodeansvarlig i administrativ stab/kontor for en kvalitetskontroll.
- Ved beslutning om opphør av vedtatt tvangsmiddel skriver den ansvarlige for beslutning om opphør eget notat om dette og registrerer opphør i EPJ. Registreringen går automatisk til administrativ stab/kontor, se punkt ovenfor.
- Kodeansvarlig ved kontor har ansvar for å kvalitetssikre at alle vedtakene er registrert i EPJ og for at alle registreringer så rapporteres til NPR.

Når et vedtak er iverksatt, skal det videre forløpet fortløpende observeres med tanke på pasientens status og mulighet for opphør av tvangsmiddel, eller bruk av lempeligere midler. Spesielt vil dette gjelde ved bruk av mekaniske tvangsmidler. For å sikre lett tilgjengelig og god registrering av opplysningene

anbefaler prosjektgruppen at det innføres en egen mal i EPJ om «Endringer ved bruk av mekaniske tvangsmidler» som oppdateres av ansvarshavende på hvert vaktskift, se vedlegg II.

#### 4.4 Sentralt tvangsregister

NPR leverer i dag rapporter om antall vedtak om etablering av tvungen psykisk helsevern (tvungen observasjon og tvungen psykisk helsevern) for hvert foretak. NPR har formidlet at de kan ha tilsvarende rapporter om antall gjennomføringsvedtak etter de fleste underkapitlene i kapittel 4 i PHVL, inkludert vedtak om bruk av tvangsmiddel etter § 4.8 a-d. De vil også kunne skille mellom antall vedtak og antall unike personer med vedtak. Dette vil være rapporter på foretaksnivå. De enkelte enheter og avdelinger må fortsatt utarbeide egne rapporter for intern styring og revisjon.

Foreløpig mangler rapportene som foretakene utarbeider om varighet av tvangsmiddelet. Prosjektgruppen mener at etablering av elektroniske rapporter på tvangsmidler er nødvendig for å sikre gode og lett tilgjengelige tall på varighet av bruk av tvangsmidler.

#### 4.5 Lovforståelse

Ulikheter i rapporterte tvangstall vil lett kunne føre til en diskusjon om lovforståelse. Reflekterer tallene ulik tvangsbruk, eller kan de forklares med ulik forståelse av hvilken praksis som krever et vedtak? For eksempel, når går fysisk føring og rettledning av en pasient over til å bli en tvangssituasjon som krever et vedtak om fastholding? Prosjektgruppen mener at rapportering om bruk av tvangsmidler slik det skisseres i denne rapporten vil bidra til en kalibrering av lovforståelse og vedtakspraksis mellom foretak og avdelinger på sikt. Prosjektgruppen mener også at de tiltak som her foreslås innført for å redusere bruk av tvangsmidler, vil bidra til en mer ensartet praksis i bruk av lempeligere midler for å forebygge tvang, og i neste omgang en mer ensartet vedtakspraksis.

#### 4.6 Rapportering som styringsindikator

I dag rapporterer helseforetakene på antall pasienter med minst ett tvangsmiddel vedtak pr 10 000 innbygger. Denne rapporteringen differensierer ikke mellom hvilket av de fire tvangsmidlene etter §4.8 som er brukt. I dagens rapportering telles tvangsmiddelvedtak uavhengig av om det er kortvarig fastholding eller mekaniske tvangsmidler. Prosjektgruppen anbefaler Helse Sør-Øst RHF å innhente rapporter som angir forekomst på det enkelte tvangsmiddelvedtak, slik at en fremstilling i offentlige data kan avdekke i hvilken grad de ulike tvangsmidlene brukes og følge utviklingen.

## 5.0 TILTAK FOR REDUSERT BRUK AV TVANG ETTER PHL § 4.8

### 5.1 En vurdering av bygningsmessige forhold relatert til bruk av tvang

#### Anbefaling

- Prosjektgruppen anbefaler at det enkelte helseforetak foretar en intern gjennomgang av de bygningsmessige forholdene ved enheter godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, med listen over viktige bygningsmessige forhold i arbeidsnotatet fra Sykehusbygg HF som referanse.

Sammenhenger mellom utforming av sykehusbygg og pasientforløp som forskningsfelt har historikk tilbake til 1980-tallet da det ble publisert en artikkel om hvordan bygningsrelaterte forhold kunne påvirke postoperativ rekonvalesenstid og behov for smertestillende medikasjon (Ulrich, 1984). Det er vanskeligere å finne robust evidens for slike sammenhenger på feltet *evidence-based design* (Lundin, 2015; Papoulias, Csipke, Rose, McKellar, & Wykes, 2014). I hovedsak er det imidlertid *konsensus* om en rekke forhold. Disse er oppsummert i et internt arbeidsnotat som prosjektgruppen har fått fra Sykehusbygg HF (Reinaas, Ingdal, Vassenden, & 2017): Enerom med eget wc/bad; gode plassforhold med brede korridorer og romslige oppholdsrom; oversiktlige lokaler; tilrettelagte arealer for å kunne trekke seg tilbake/«skjerme» seg selv; tilrettelagte arealer for aktivitet som kan bidra til at pasienten samler og stabiliserer seg; døgnrytmestyring av lys/filtrering av blått lys; god akustikk, lite støy og forutsigbart lydbilde; utsikt og tilgang til natur; estetisk tiltalende omgivelser - herunder godt vedlikeholdte bygninger og inventar med et helhetsinntrykk som signaliserer «normalitet».

Prosjektgruppen har sendt forespørsel til de ti helseforetakene i Helse Sør-Øst om hvordan de selv vurderer kvaliteten på sine bygningsmessige rammer for døgnenheter godkjent for tvang i psykisk helsevern. Så vidt prosjektgruppen har kunnet bringe på det rene, finnes det ikke noe etablert instrument for kartlegging og vurdering av slike forhold. Prosjektgruppen har derfor laget et *ad hoc* spørreskjema basert på de materielle forskriftskravene til institusjoner som skal ha ansvar for tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, og bedt foretakene karakterisere de bygningsmessige forholdene som henholdsvis *Gode*, *Mindre gode*, eller *Ikke tilfredsstillende* på hvert av de åtte punktene i Psykisk helsevernforskriften § 3 *Materielle krav*, se vedlegg II. De fleste foretakene vurderer sine bygningsmessige forhold totalt sett som gode. Når man konverterer de kvalitative vurderingene fra døgnenheter for voksne til tall, er det en tendens i tallene til sammenheng mellom mindre tilfredsstillende bygningsmessige forhold og mer omfattende bruk av tvangsmidler (2016-tall fra [helsenorge.no](http://helsenorge.no)). Det er imidlertid også eksempler på betydelige forskjeller i omfanget av bruk av tvangsmidler ved enheter som er vurdert bygningsmessig nokså likeverdige.

Slik prosjektgruppen vurderer svarene fra spørreundersøringen, kan bygningsrelaterte forhold i noen tilfeller bidra til tvangsmiddelbruk som kanskje ville vært unngått i mer hensiktsmessige lokaler.

### 5.3 Husordensreglement («husordensregler») – unødvendig og konfliktskapende

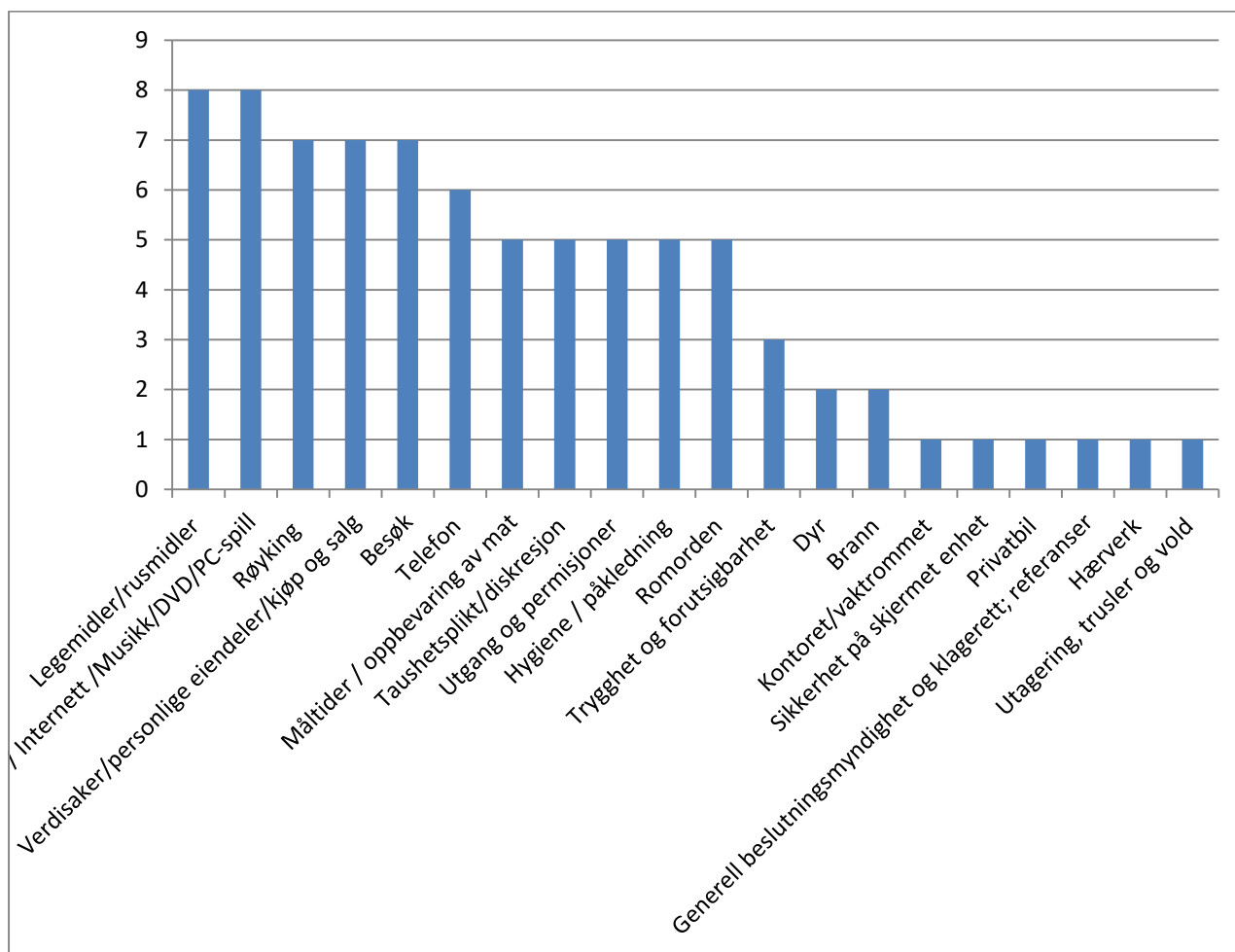
#### Anbefaling

- Prosjektgruppen anbefaler at aktuelle enheter i helseforetakene gjennomgår sine respektive husordens-reglement med utgangspunkt i Helsedirektoratets kommentarer til Psykisk helsevernlovens § 4.2 syvende ledd, Vern om personlig integritet. Generelt mener prosjektgruppen at husordensregler bør utarbeides i samarbeid med brukere og pårørende med målsetningen *så få som mulig – så mange som nødvendig*.

Psykisk helsevernlovens kapittel 4, Gjennomføring av psykisk helsevern, § 4.2 Vern om personlig integritet, syvende ledd, gir hjemmel for å etablere husordensreglement for institusjoner for psykisk helsevern. Det er ikke utarbeidet forskrift for husordensreglementer, men Helsedirektoratets kommentarutgave av loven gir føringer for avgrensning av hva institusjonene har anledning til å regulere ved interne bestemmelser. Kontrollkommissjonen for den enkelte institusjon fører tilsyn med at et eventuelt husordensreglement er i samsvar med lovens bestemmelser, se vedlegg IV, utdrag av bestemmelsene om husordensreglement.

Prosjektgruppen kan vise til erfaringer hvor husregler har medført unødig frustrasjon hos pasienter, hvor regelen i seg selv gir mer ubehag enn nytte. Eksempelvis kan en husregel som sier at det ikke er lov å sove i fellesmiljøet skape unødig ubehag og muligens også konflikt dersom denne regelen skal følges til punkt og prikke. Dersom en stresset og agitert person med mye motorisk uro endelig finner roen og sovner i fellesmiljøet, mener prosjektgruppen at det noen ganger er viktigere at personen får sove enn at han/hun vekkes for å håndheve reglementet. I motsatt fall vil en streng håndheving av husregelen bety at personen vekkes og henvises til rommet, som igjen kan utløse en konfliktsituasjon. Et annet eksempel er begrensning på røyk og røyketider. Her finnes mange eksempler på at husregler er mer krevende å håndheve, enn nytteverdien regelen har i et behandlingsmiljø. Dersom en pasient vanligvis tar seg en røyk midt på natten for så å legge seg igjen, vil en begrensning på dette kunne medføre mye frustrasjon. Dersom de som er ansvarlige for behandlingsmiljøet håndhever husregelen på en streng måte vil dette kunne medføre meningsløse diskusjoner og forhandlinger om røyk. Alternativet kunne vært at pasienten gikk og tok seg røyken sin, og gikk og la seg igjen som han pleier. Et ganske vanlig argument for en slik husregel er at pasientene ikke skal holde seg våkne av ubegrenset røyking. Prosjektgruppen er ikke uenig i dette, men anbefaler heller en konstruktiv terapeutisk dialog rundt dette fremfor å gjøre begrensning på røyk til en husregel.

I henvendelsen til de ti helseforetakene i Helse Sør-Øst med spørsmål om vurdering av bygningsrelaterte forhold, ba prosjektgruppen om å få tilsendt eventuelle husordensregler. Noen enheter hadde husordensregler som særskilte dokumenter, andre hadde husordensliknende punkter integrert i en mer omfattende informasjonsbrosjyre gitt til pasientene i forbindelse med innleggelse i enheten. Med utgangspunkt i husordensreglement/informasjonsbrosjyrer fra åtte lukkede døgnenheter i psykisk helsevern har prosjektgruppen satt opp en liste over hvilke områder foretakene har valgt å regulere ved interne bestemmelser. Diagrammet nedenfor viser hvilke av disse områdene som er felles for de fleste husordensreglementene.



Skjønnsmessig kan innholdet i husordensreglementene grupperes i tre kategorier: 1) Ren informasjon; 2) Henstillinger om å vise vanlig folkeskikk og ta alminnelig hensyn til (hver)andre; og 3) Prosedyrelignende regler som er ment å ivareta sikkerhet for pasienter og personale, men som i noen tilfeller synes å være mer inngripende enn det loven gir hjemmel for etter Helsedirektoratets vurdering.

Prosjektgruppen anbefaler at aktuelle enheter i helseforetakene gjennomgår sine respektive husordensreglement med utgangspunkt i Helsedirektoratets kommentarer til *Psykisk helsevernlovens § 4.2 syvende ledd, Vern om personlig integritet*. Erfaringskompetanse bør være representert ved denne gjennomgangen. Som hovedregel anbefaler prosjektgruppen at husordensreglement redigeres inn i et bredere anlagt informasjonsmaterieill som kan deles ut individuelt og gjennomgås både med pasienter og pårørende ved innleggelse. Gjennomgangen av husordensreglementet på systemnivå bør gjennomføres som en verdi- og holdningsskapende prosess som bidrar til bevissthet og refleksjon hos personalet om verdier og holdninger knyttet til forvaltning og håndheving av regler, og i forlengelsen av dette forvaltning av tvang og tvangstiltak.

Generelt mener prosjektgruppen at husordensregler bør utarbeides med målsetningen *så få som mulig – så mange som nødvendig*.

## 5.4 Fjerning av ferdig montert belteseng

### Anbefaling

- Prosjektgruppen anbefaler at institusjoner godkjent for bruk av tvang ikke har ferdig monterte beltesenger.

Hvis vurderingen i en akutt nødsituasjon tilsier at mekaniske tvangsmidler skal benyttes, anbefaler prosjektgruppen at det benyttes mekaniske tvangsmidler av typen kombinasjonsbelter, belter som både kan brukes på stedet/i situasjonen, til forflytning av pasient og som kan kobles til seng uten at pasienten løses/overføres til annen type belter. Akuttsituasjoner kan oppstå hvor som helst i en enhet. Ved å benytte kombinasjonsbelter i situasjonen reduseres faren for nye risikosituasjoner under forflytning av pasienten til pasientrom/egnet område i enheten for videre oppfølging:

1. Pasienten fastholdes, legges eventuelt ned på gulvet
2. Pasienten påføres kombinasjonsbelter «på stedet»
3. Pasienten føres til egnet sted for videre oppfølging

Når pasienten er fiksert på alle ekstremiteter er situasjonen under kontroll, og montering av belter til seng er ikke tidskritisk. Medfølgende demonstrasjonsvideo viser hvordan beltelegging etter denne beskrivelsen kan gjennomføres på en trygg måte i praksis (<https://vimeo.com/271474261>). Anbefalingen er begrunnet i at tilgjengelighet på ferdig montert belteseng kan føre til en lavere terskel for bruk av mekaniske tvangsmidler. Dessuten kan pasienter oppfatte ferdig monterte beltesenger som en form for «trussel», noe som kan øke opplevelsen av tvang. Selv om beltesengen ikke er en synlig del av enhetens bygningsmessige miljø, vil pasienter med tidligere erfaring fra å ligge i belter vite at beltesengen er der og at den kan bli tatt i bruk.

Til grunn for prosjektgruppens anbefaling om fjerning av ferdig montert belteseng ligger den trinnvise modellen fra mindre inngripende tvang til mer inngripende tvang. Videre at medarbeideres faglige fokus skal ligge på forebygging av situasjoner som kan føre til bruk av mekaniske tvangsmidler. Fjerning av ferdig monterte beltesenger er et signal om å arbeide for å finne andre og mindre inngripende løsninger. Prosjektgruppen viser til erfaringer ved Lovisenberg Diakonale Sykehus der alternativer til mekaniske tvangsmidler har ført til reduksjon i bruk av tvangsmidler, uten at det har resultert i økt sykefravær, flere pasient- eller personskader. Samtidig er det viktig fortsatt å monitorere uønskede hendelser i form av skader på pasienter og/eller helsepersonell etter endring. Mange risikosituasjoner springer ut fra konflikter rundt medisiner, tilbakeholdelse og grensesetting. Erfaringer viser at ved å planlegge sammen med pasient og holde oppmerksomhet på disse situasjonene hele veien oppnår en ofte bedre relasjon og allianse med pasienten. Den foreslåtte innstramningen i bruk av mekaniske tvangsmidler må skje i en faglig sammenheng med vekt på dialog med pasienter i risikosituasjoner basert på samtale og kartlegging av voldsrisiko. Prosjektgruppen mener det må være et krav at medarbeidere gis veiledning og opplæring på forebyggende tiltak, deeskalerende tiltak og prosedyrer for konflikthåndtering:

- Medarbeidere må både trene på å forebygge bruk av tvangsmidler og vedlikeholde praktiske ferdigheter på å håndtere situasjoner hvor tvangsmidler er uomgjengelig nødvendig.

- For å unngå feilmontering av sengebelter i en akuttsituasjon er det av stor betydning at det trenes regelmessig på hvordan belter festes til seng.
- Det er viktig å vedlikeholde kompetanse og rutiner for hvordan medpasienter skal ivaretas når personalet er opptatt med håndtering av utagering og montering av belteseng.
- Dette inkluderer også rutiner for hvor pasienten skal fikseres i seng, slik at man minimerer sjenanse både for pasienten selv og for medpasienter. Det er viktig at slike spørsmål er gjennomtenkt og avklart, slik at man unngår interne diskusjoner som kan bidra til utrygghet i enheten under pågående utageringshendelser.

#### 5.4.1 Fjerning av ferdig montert belteseng - risiko og sårbarhetsanalyse

Prosjektgruppen er gjort kjent med argumenter for å ha ferdig monterte beltesenger fra behandlingseenheter som behandler pasienter med forhøyet risiko for å utøve vold. Risiko- og sårbarhetsanalysen er gjort med utgangspunkt i overgang fra «gammel» til «ny» modell for bruk av mekaniske tvangsmidler.

##### Risikoområde 1

Gammel: Forflytning av pasient uten belter fra akuttsituasjon til rom med ferdig montert belteseng medfører økt risiko for pasient- og personalskade (1a). Ved bruk av transportbelter minskes risiko, men økt risiko for skade ved overføring fra transportbelte til ferdig monterte sengebelter (1b).

Ny: Ved bruk av kombinasjonsbelter minimeres risiko da pasienten holdes fiksert i hele prosessen (1c).

##### Risikoområde 2

Gammel: Tid på å rigge beltesengen kan flytte fokus og oppmerksomhet fra kjerneoppgavene i situasjonen, som er å trygge alle involverte og redusere potensiell fare for skade (2a).

Ny: Det er viktig at man ikke har oppmerksomhet på beltesengen før pasienten er under kontroll, altså når alle ekstremitetene er festet til beltesettet. Først da kan man avse ressurser til å montere sengen. Det trengs da ikke lenger like mye ressurser for å opprettholde kontroll, det tar beltene seg av (2b).

##### Risikoområde 3

Gammel: Helsepersonell vil kunne oppleve økt utrygghet ved at de må rigge beltesengen før den kan tas i bruk (3a).

Ny: Regelmessig trening på montering av belteseng og praktisk trening på ny arbeidsprosess vil motvirke denne utryggheten (3b).

##### Risikoområde 4

Gammel: Enheter som i dag har ferdig monterte beltesenger har disse på tilrettelagt areal i enheten. Fiksering i seng på pasientrom vil ikke skjerme medpasienter godt nok mot lyd / utrop / hørylytte verbale utsagn. Det kan være til sjenanse og skape utrygghet hos både pasienten selv og medpasienter (4a).

Ny: Anbefalingen tar utgangspunkt i fjerning av ferdig montert belteseng og er ikke til hinder for at enheter kan tilrettelegge areal etter arbeidsoppgaver. Hensikten er å ivareta helse, miljø og sikkerhet for de involverte i akuttsituasjonen først, for så å bringe pasienten til egnet sted i enheten (4b).



**Risikoområde 5**

Gammel: Enheter som i dag har ferdig monterte beltesenger har ofte spesialsenger som er fastmontert til underlaget. Det er risiko for at senger som ikke er fastmontert til underlaget, kan velte under episodene med store fysiske utfall/motstand i seng (5a).

Ny: Anbefalingen tar utgangspunkt i fjerning av ferdig montert belteseng og er ikke til hinder for at enheter kan ha senger fastmontert til underlaget. Hensikten er å ivareta helse, miljø og sikkerhet for de involverte i akutt situasjonen først, for så å bringe pasienten til egnet sted i enheten (5b).

**Risikoområde 6**

Gammel: Andre pasienter kan komme til å blande seg inn i situasjonen dersom situasjonen håndteres i miljøet (6a).

Ny: Dette vil være situasjonen ved bruk av begge typer mekaniske tvangsmidler. Ved bruk av kombinasjonsbelter minskes denne risikoen da en tar kontroll over pasienten som utagerer og frigjør ressurser til å håndtere omgivelsenes reaksjoner (6b).

Områder/ konsekvens	Ufarlig	En viss fare	Farlig	Kritisk	Katastrofal
Svært sannsynlig	Yellow	Red	Red	Red	Red
Meget sannsynlig	Green	Yellow 6A ↓	Red 1A 2A 3A ↓	Red	Red
Sannsynlig	Green	Green 4A ↓ 4B ↓	Yellow 1B ↓	Red	Red
Mindre sannsynlig	Green	Green 6B ↓	Green 1C ↓ 2B 3B ↓	Yellow	Red
Lite sannsynlig	Green	Green	Green 5A ↓ 5B ↓	Green	Yellow

Risikomatrise viser vurdert endring i ROS-analyse mellom gammel og ny intervensjon. Vurderingen er generell og kan brukes som utgangspunkt for lokale vurderinger

## 5.5 Alternativer til bruk av tvangsmidler

### Anbefalinger

- Prosjektgruppen anbefaler at simuleringstrening benyttes for å trene både på deeskalering og håndtering av aggresjon og vold, men også i å øve seg på samtaler, herunder kartlegging av voldsrisiko, ettersamtaler ved tvangsmiddelbruk og gjennomgang av tvangssituasjoner med personalet.
- Prosjektgruppen anbefaler at enhetsleder regelmessig (minst halvårig) følger opp den enkelte medarbeiderens holdningsarbeid og kompetanse, fortrinnsvis ved bruk av dynamisk kompetanseplan.
- Prosjektgruppen anbefaler at enheter godkjent for psykisk helsevern har en linjeforankret plan på alle ledernivåer for sikring av kompetanse på vurdering og håndtering av voldsrisiko/vold.
- Prosjektgruppen anbefaler regelmessig undervisning knyttet til temaet tvang og tvangsmidler.

For målsetningen om redusert og riktig bruk av tvangsmidler er både organisatoriske og holdningsskapende tiltak viktige (Hatling, 2013; Huckshorn, 2004). Organisatoriske forhold og tiltak vil påvirke behandlingskultur og bidra til å fremme holdninger hos den enkelte, som er i tråd med helselovgivningens føringer om respekt for pasientenes integritet, autonomi og rett til likeverdig medvirkning i egen behandling. De organisatoriske forholdene omfatter

- Tydeliggjøring av virksomhetens verdier
- Linjeforankret fokus på redusert og riktig bruk av tvang/tvangsmidler på alle ledernivåer
- Klare ansvarslinjer i forvaltningen av tvangsutøvelse
- Monitorering av enhetenes egen praksis med regelmessige tilbakemeldinger til det kliniske personale
- Sikring av personalets kompetanse gjennom definerte strukturer for veiledning og refleksjon

Dette kapitlet viser tiltak på strukturelle, kompetansehevende- og vedlikeholdende områder i klinisk praksis som har vist seg nyttige i arbeidet med forebygging og reduksjon i bruk av tvangsmidler (Bak, Brandt-Christensen, Sestoft, & Zoffmann, 2012; Dahm et al., 2017; Gaskin, Elsom, & Happell, 2007; Scanlan, 2009; Stewart, Van der Merwe, Bowers, Simpson, & Jones, 2010). En vellykket implementering av endret praksis med målsetting om reduksjon i bruk av tvangsmidler vil avhenge av flere forhold. Sentralt er særlig alternative, frivillige intervensjoner og personalets forståelse av disse. Implementering av nye handlingsmønstre krever at endringene oppleves meningsfulle av medarbeidere og skjer innenfor en ramme som ivaretar pasientens behandlingsbehov og personalets behov for sikkerhet. Behandlingskulturer må derfor utfordres gjennom kunnskapsbaserte alternativer og erfaringsbasert kunnskap i dialog mellom brukere, pårørende, ledere og alt personell med direkte pasientkontakt.

Sentrale tiltak, inkludert oppfølging og evaluering av disse, vil være:

- Systematisk voldsrisikovurdering- og håndtering
- Kontinuerlig opplæring og veiledning av helsepersonell
- Validerte kommunikasjonsferdigheter

- Strategier for både å deescalere og kunne håndtere potensielt farlige situasjoner
- Intervensjoner som utvikler pasientenes og personalets evne til emosjonsregulering
- Opplæring og veiledning bør inkludere både teori og praktiske øvelser (eksempelvis simuleringstrening)

En linjeforankret plan bør operasjonaliseres gjennom strukturer på et overordnet nivå som omhandler undervisning og prioritering av faglig arbeid. Alle enheter som utøver tvang skal ha faglig, praksisorientert veiledning og refleksjon. Ledelsen må legge til rette for å følge opp dette. Enheten må sikre mestringsopplevelse hos medarbeiderne gjennom blant annet opplæring, veiledning, trening (rollespill med feedback, simuleringstrening), videreutdanning og kurs. Leder bør sikre regelmessig evaluering av medarbeiderne i forhold til hvordan kompetansen omsettes i praksis i det kliniske arbeidet. På bakgrunn av erfaringen fra Vestre Viken anbefales at en slik evaluering gjøres ved bruk av dynamisk kompetanseplan, vedlegg IV. Evalueringssamtaler bør gjennomføres minst halvårlig.

Voldsrisikovurdering er nærmere beskrevet i kapittel 5.6. Voldsrisikohåndtering har et særlig fokus på forebyggende og deescalerende strategier som kan redusere forekomst av voldshandlinger og tvangsepisoder, se for eksempel [Early recognition method](#) (Fluttert, van Meijel, Nijman, Bjorkly, & Grypdonck, 2010) og [Safewards](#) (Berring & Bak, 2015; Bowers, 2014). Prosjektgruppen vil understreke at en god relasjon mellom pasient og personale er like betydningsfull i samarbeid med pasienter som har forhøyet voldsrisiko som i alle andre pasientrelasjoner. Det er derfor viktig å fremme god dialog med pasienter om både håndtering av voldsrisiko og behandlingssamarbeidet mer generelt. For tiden foregår det et nasjonalt prosjekt (MAP, møte med aggresjon og vold i psykisk helsevern), som skal utarbeide en opplæringsmanual for instruktører i voldsrisikohåndtering innen utgangen av 2018.

Temaer i undervisningen om tvang/bruk av tvangsmidler bør omhandle lovverk; grunnleggende holdningsarbeid og anerkjennende kommunikasjonsformer; kunnskap om både aggresjonsforståelse, emosjonsregulering, psykiske lidelser og miljøterapi; brukerperspektivet og opplevd tvang; pårørendeperspektivet; og alternativer til tvangsmidler. Det anbefales etablering av undervisningsgrupper etter modell av for eksempel det tidligere [BAT-prosjektet](#) (brukerorienterte alternativer til tvang i psykisk helsevern) (Norvoll, Hatling, & Hem, 2008). Undervisning i form av undervisningsserier eller fagdager var her ansett som viktig for å endre både kulturen i enhetene og personalets holdninger i en mer anerkjennende og medvirkende retning.

Fremgangsmåte for defusing og debriefing er beskrevet i [fagprosedyre Mekaniske tvangsmidler – bruk i psykisk helsevern](#) (Helse Bergen, 2017). Det er spesielt viktig at personalet ivaretas og får mulighet til å ta opp egne følelsesmessige reaksjoner. Defusing bør gjennomføres etter hver situasjon som har ført til bruk av tvangsmidler. Alt personale som har vært på jobb skal inkluderes, og situasjonen skal følges opp av leder snarest mulig. Det er også mulig å bruke defusing uten at det nødvendigvis har skjedd en tvangsepisode. Det er like viktig å snakke om og lære av situasjoner hvor man har klart å forebygge en potensiell tvangsepisode. Debriefing er en strukturert gruppesamtale med varighet fra 1 - 1,5 timer, som gjennomføres 2-3 dager etter tvangsepisoden. Samtalen bør ledes av en person som ikke var direkte involvert i hendelsen og har erfaring med debriefingsamtaler (Helse Bergen, 2017).

[Etisk refleksjon](#) er en spesiell form for kritisk refleksjon hvor verdimeslige begrunnelser er sentrale, herunder hvordan organisasjonens verdier skal omsettes i klinisk praksis (Børslett, Heilmann, Lillemoen, & Pedersen, 2011). Etiske refleksjonsgrupper kan bidra til økt bevissthet om hvordan en kan bruke tvang og tvangsmidler på en mer etisk forsvarlig måte (Molewijk, Verkerk, Milius, & Widdershoven, 2008; Weidema, Molewijk, Kamsteeg, & Widdershoven, 2013). Bevisstheten som skapes gir et bedre grunnlag for det man gjør fremover.

Veiledning bør være et krav i alle enheter som bruker tvang. Prosjektgruppen anbefaler at slik veiledning gjennomføres i form av simuleringstrening, for å øke læringseffekten og sikre overføring fra trening til klinisk praksis. Erfaringen viser at det er essensielt at alle yrkesgrupper deltar i veiledning og trening, både for å skape fellesforståelse og kontinuitet, men også for å sikre felles eierskap til arbeidet (Hammer, Fosse, Lyngstad, Møller, & Heggdal, 2016). Feedbackbasert kollegaveiledning kan være et nyttig alternativ eller supplement til simuleringstrening, se vedlegg VI.

Medarbeiderne må være bevisste på eget kroppsspråk, tonefall, ordvalg og egne emosjonelle reaksjoner i situasjonen. Prosjektgruppen anbefaler derfor å bruke [simuleringstrening](#) til å øve både på pasientsamtaler og fysisk trening (Moldal, 2016). Eksempler på samtaler er voldsrisikokartlegging, intervju om vold, ettersamtaler med pasient og pårørende og gjennomgang av § 4.8 vedtak. Eksempler på trening er fysisk håndtering av voldsepisoder (nedlegging, fastholding, sette på belter m.m.), men også deeskalering av situasjoner med høy emosjonell aktivering, for eksempel ved bruk av bekreftende kommunikasjon, se vedlegg VII.

## 5.6 Rutine for forebygging av tvang ved innleggelse og overføring

### Anbefalinger

- Involvere pasienten i voldsrisikovurderingen ved å undersøke pasientens erfaringer med vold, og fremtidige risikosituasjoner.
- Prosjektgruppen anbefaler bruk av systematisk voldsrisikovurdering.
- Prosjektgruppen anbefaler at voldsrisiko som vurderes til moderat eller høy risiko etter V-risk 10, kontinueres i en mer utfyllende voldsrisikovurdering innen 48 timer.

### 5.6.1 Identifisere risiko for skadelig adferd ved implementering av kartleggingsverktøy

V-risk 10 er eksempel på et verktøy som kan bidra til en standardisert voldsrisikovurdering i innkomstrutinen. Vurderingen som gjøres ved bruk av V-risk 10 er skjønnsmessig og vil således stille krav til opplæring i hvordan verktøyet skal brukes. Det kan være hensiktsmessig at pasienten også gjør en egen vurdering av voldsrisiko. Det er vist at inkludering av pasienters egen vurdering av risiko for vold er et nyttig bidrag i den totale voldsrisikovurderingen (Lockertsen et al., 2017; Roaldset & Bjorkly, 2010). Prosjektgruppen anbefaler at voldsrisiko som vurderes til moderat eller høy risiko etter V-risk 10, kontinueres i en mer utfyllende voldsrisikovurdering. Her inngår innhenting av opplysninger fra andre etater, pårørende eller annet helsepersonell som kjenner pasienten, som en viktig del av vurderingsgrunnlaget. En kontinuert voldsrisikovurdering bør gjennomføres så snart som mulig, senest to dager etter innleggelse. Dette for å bekrefte, senke eller øke det vurderte risikonivået slik at ikke den

initiale vurderingen blir «hengende», og sikre at tiltak rettet mot voldsrisiko er dekkende i forhold til det aktuelle risikobildet. I tillegg bør en slik kontinuert risikovurdering også inneholde dokumentasjon fra pasientens perspektiv (se pkt. 3 nedenfor). Ved forhøyet og vedvarende voldsrisiko anbefaler prosjektgruppen at det gjennomføres [HCR-20](#).

### 5.6.2 Skade på pasient

[Nasjonale retningslinjer](#) skiller mellom akutt suicidalitet og kronisk suicidalitet som ofte er kjennetegnet av hyppig selvskadingsatferd (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Retningslinjene gir imidlertid ikke noen anbefalinger om hvordan en risikovurdering skal gjennomføres ved selvskadende atferd under døgninnleggelsen. I motsetning til voldsriskovurderinger har vi ikke kunnet finne empiri for at risikovurderinger bidrar til å forebygge selvskading. Å redusere bruk av tvangsmidler relatert til personer som selvskader vil derfor ikke understøttes av gjennomføring av risikovurderinger. Litteraturen beskriver at selvskading hovedsakelig brukes som emosjonsregulering og som kommunikasjonsstrategi (Edmondson, Brennan, & House, 2016, Sommerfeldt & Skårderud, 2009). Det bekreftes også fra klinisk erfaring at pasienter kan bruke selvskading som mestringsstrategi og kommunikasjonsverktøy, mens helsepersonell kan ty til tvangsmidler for å hindre pasienten i selvskadingen. Et overordnet mål bør være å hjelpe personer med denne mestringsstrategien til å forholde seg til ubehagelig følelser eller i å ta i bruk andre, mer konstruktive strategier for å regulere seg og til å kommunisere med (Hammer, Ludvigsen, Heggdal, & Fosse, 2017; Heggdal, Hammer, Alsos, Malin, & Fosse, 2015). Fokuset bør flyttes fra primært å ville avverge selvskadingen til en terapeutisk dialog om hva personen opplever at han/hun strever med. Dette kan føre til en reduksjon av tvangsmidler av flere grunner. For det første vil tvangsmidler ikke kunne legitimeres som førstevalg for å avverge selvskadingen. For det andre vil helsepersonell gjennom opplæring og kontinuerlig trening i validerende kommunikasjonsferdigheter få flere verktøy å spille på. For det tredje vil en mer bekreftende samhandling legge til rette for en mer terapeutisk relasjon. Prosjektgruppen er av en slik oppfatning at selvskading som ikke er alvorlig/livstruende heller ikke kan regnes som akutte nødsituasjoner, som igjen ikke oppfyller vilkårene for bruk av tvangsmidler.

Alvorlig selvskading som regnes å være psykotisk betinget vil kreve en annen tilnærming og kan i større grad gi grunnlag for bruk av tvangsmidler.

### 5.6.3 Iverksette tiltak ut fra alvorlighetsgraden av voldsrisiko

Dersom det er identifisert risiko for vold, skal det iverksettes tiltak for å redusere risikoen for faktiske voldsepisoder. Det er viktig å understreke at hensikten med kartlegging av voldsrisiko ikke er å predikere voldsepisoder, men å avklare hvilke tiltak som eventuelt skal iverksettes for å forebygge vold, trusler om vold, eller annen aggressiv/utagerende adferd. Tiltakene dokumenteres og følges opp inntil ny voldsriskovurdering indikerer at de kan avsluttes. Systematisk bruk av [Brøset Violence Checklist \(BVC\)](#) kan være et tiltak for å sikre fortløpende oppmerksomhet på voldsrisiko, og gir mulighet til å iverksette forebyggende tiltak når forvarsler oppstår. Prosjektgruppen understreker at forvarslene i BVC gjelder der og da og må håndteres umiddelbart. Forvarsler om fare for utagering dokumentert med BVC må ledsages av en beskrivelse av hvilke tiltak som ble iverksatt for å håndtere det aktuelle forvarslet. Når eksempelvis irritasjon er observert gjennom et skift, gir dette liten informasjon dersom det ikke følger en beskrivelse av hvordan irritasjonen (forvarslet) ble håndtert. Her må man beskrive mulige årsaker til irritasjonen og tiltak som ble iverksatt for å håndtere den, om støtte til pasientens egenregulering gjennom dialog eller

avledning var tilstrekkelig, eller om det kom til fysisk konfrontasjon. BVC er et av forebyggingstiltakene prosjektgruppen anbefaler implementert (se [e-læringskurset](#)).

#### 5.6.4 Involvere pasienten i voldsrisikovurderingen

Tvangsinnleggelse kan være svært belastende for pasienter og det finnes en rekke forhold i døgnavdelinger som er med på å forsterke denne belastningen. Frihetsberøvelse, innskrenket autonomi og krav til oppførsel/adferd i et fremmed miljø med ukjente mennesker, er eksempler på forhold som kan gjøre situasjoner uutholdelig for pasienter. En tvangsinnleggelse starter ofte lenge før pasienten kommer til sykehuset, som kan være preget av mye dramatikk og psykologisk belastning. Det er derfor spesielt viktig å belyse disse forholdene sammen med pasienten så snart som mulig etter innleggelsestidspunktet. Mange pasienter er redde fordi de ikke har kontroll over det som skjer og lar seg stresse av manglende opplysninger og informasjon om hva som skal skje videre. Unnvikende helsepersonell, som av mange grunner henviser til andre som kan gi informasjon og svare på spørsmål, kan i seg selv være en krisetrigger. Å stadig bli bedt om å vente til «rette vedkommende» med myndighet er tilstede, kan være svært frustrerende. Prosjektgruppens anbefaling er derfor at virksomheter sikrer gode rutiner på å gi relevant informasjon til pasienter som del av konfliktforebyggende tiltak. Erfaring tilsier at informasjon ofte må gjentas ved flere anledninger for å sikre at informasjonen blir oppfattet og forstått. Pasienter trenger tydelig og kontinuerlig informasjon for å kunne tilpasse seg i forhold til den informasjonen som til enhver tid er tilgjengelig. Det er derfor en sterk anbefaling at informasjon med hensikt om å gi pasienter mulighet til å tilpasse seg, er del av pasientens behandlingsplan. Eksempler på informasjon som kan være med på å gi mer trygget og oversikt kan være:

- En enkel forklaring på virksomhetens oppdrag i samfunnet, siden man ikke kan forvente at pasienten har kjennskap til verken sykehus, organisering eller inndelinger i spesialisthelsetjenesten.
- Begrunnelse for at pasienten selv ikke kan bestemme utskrivelse, gjerne med henvisning til loven som jo er det som gir grunnlag for /legitimerer bruk av tvang.
- Faglig begrunnelse for innleggelsen. Adferd og/eller symptomer som tilsier at pasienten er på riktig sted. Informasjonen må være tydelig og konkret, men samtidig tilpasset og ivaretagende.
- Virksomhetens intensjon/plan for innleggelsen og hvordan dette kan foregå i samarbeid med pasienten.

Ved moderat til høy fare for vold etter V-risk 10 anbefaler prosjektgruppen at man gjør en utforskende samtale med pasienten om dette. Noe av hensikten er en bevisstgjøring på at det er noe ved adferden hans som er urovekkende og at man ønsker pasientens perspektiv på dette (Veland og Jacob 2014, 2016). Det er flere erfaringer som tilsier at pasienter kan respondere godt på en slik samtale, selv om man i forkant er usikker på om pasienten er for «skjør» til å gjennomføre en slik samtale. Det vil kunne være mange faktorer som tilsier at man bør avvente, men ofte er dette faktorer som er selve problemet man ønsker å kartlegge. Irritasjon, «kort lunte» og truende adferd er typiske faktorer som taler mot å gjennomføre en samtale om vold. Slike samtaler bør gjennomføres av helsepersonell med erfaring og kunnskap om voldsproblematikk og med gode terapeutiske ferdigheter. Lovisenbergs «Intervju Om Vold» (se vedlegg VIII) er et eksempel på hvordan man kan standardisere en slik samtale. Det anbefales at man trener på slike samtaler for eksempel ved hjelp av simuleringstrening.

Siden faren for skadelig adferd erfaringsmessig ofte er størst i starten av en innleggelse, er det viktig at forebyggende tiltak starter i det pasienten ankommer eller før, jamfør tiltak punkt 3, Plan for økt frivillighet (Helse Sør-Øst RHF, 2011). I den grad det er mulig vil det også kunne være hensiktsmessig å involvere de som ofte bringer pasienter til tvangsinleggelse i sykehus, gjerne gjennom simuleringstrening eller lignende. Dette vil kunne føre til at pasienter som legges inn på tvang får en mindre belastende erfaring i forkant av innleggelsen. Sykehuset Innlandet HF viser til positive erfaringer med dette.

Akutt- og sikkerhetsenheter har stort og nødvendig fokus på fysisk håndtering av utagerende adferd, noe de også skal ha høy kompetanse på. Dette kan føre til at det forebyggende perspektivet ikke får tilstrekkelig oppmerksomhet. Erfaring tilsier at forebyggende tiltak er svært effektive for å forhindre konfliktsituasjoner som ender med bruk av tvangsmidler. Når det blir mindre reel bruk av tvangsmidler, altså færre fysiske konfrontasjoner mellom helsepersonell og pasienter, må man sikre at kompetansen opprettholdes gjennom trening og simulering.

## 5.7 Ettersamtale etter situasjoner der tvang er benyttet

### Anbefaling

- Prosjektgruppen anbefaler at alle situasjoner med bruk av tvang følges opp med bruk av ettersamtale til pasient og pårørende.
- Prosjektgruppen anbefaler at samtalen form og rammer er fleksibel slik at formålet kan oppnås i andre settinger enn i et samtalerom.

Bruk av ettersamtale er [lovpålagt](#) (Prop. 147 L (2015–2016), 2016). Gode rutiner skal sikre brukermedvirkning, at ettersamtaler skjer raskest mulig og at læring, forebygging og kvalitetsutvikling skjer som viktige prosessmål.

Hensikten med ettersamtaler er å finne ut av hvordan tvangsbruken ble opplevd av pasienten: undersøke pasientens perspektiv og vurdering av hva som utløste situasjonen, samt hvordan nye episoder kan forebygges. Gjennom samtalen vil personalet få innsikt i pasientens perspektiv på situasjonen som førte til tvangsbruk og på selve tvangssituasjonen. Hensikten med samtalen er også å forsøke å finne ut hva man kunne gjort annerledes for å unngå at man kom i en situasjon hvor tvangsmidler kom til anvendelse. Ettersamtalen er derfor en mulighet til å få forklart bakgrunnen for iverksettelse av tvangsmiddel slik at pasienten kan få en mulighet til å forstå og ta stilling til personalets handlinger. Overordnet vil gjennomføringer av ettersamtaler gi felles erfaringer som kan brukes til å forebygge eller redusere bruk av tvang generelt i posten.

### 5.7.1 Tilbud og informasjon til pasienter

Pasienten skal få et tilbud om minst en samtale. Tilbudet skal si noe om hva som er hensikten og at det er et frivillig tilbud. Pasienten må få informasjon om hvem som skal delta, at pårørende kan inviteres med hvis pasienten ønsker det og at samtalen blir dokumentert. Det skal gjøres en innsats for å involvere pasienten, slik at samtalen finner sted.

Hvis pasienten ikke ønsker en slik samtale så skal pasienten likevel ha et nytt tilbud etter et eventuelt nytt tvangstiltak av annen eller samme type. Prosjektgruppen anbefaler at tvangsmiddelbruk uansett tematiseres i samtale med pasient, selv om pasienten ikke har ønske om ettersamtale. Dialog og avklaringer rundt en såpass inngripende og ofte dramatisk episode, bør alltid være en del av etterarbeidet.

### 5.7.2 Tilbud og informasjon til pårørende

Etter bruk av tvangsmidler kan pårørende ha behov for informasjon om hva som skjedde. Pasienten kan velge selv om pårørende skal være med i ettersamtalen eller ikke. For pårørende kan det være viktig å få en samtale med behandlingsapparatet. I tilfeller pasienten ikke ønsker at pårørende skal være med i ettersamtalen, bør pårørende tilbys en samtale med fokus på deres situasjon.

### 5.7.3 Vurdere når, og i hvilken form, ettersamtaler skal gjennomføres

Det er viktig å vurdere om alle tvangssituasjoner skal etterfølges av ettersamtaler. Det vil kunne være situasjoner der det er brukt tvangsmiddel, men hvor det ikke er hensiktsmessig å gjøre en formell ettersamtale. En typisk situasjon er ved bruk av kortvarig fastholding, som eksempelvis skjer gjentatte ganger i løpet av et døgn. I slike situasjoner kan det være mer hensiktsmessig at man avklarer situasjonen med pasienten før man avslutter vedtaket. Fem minutter kortvarig fastholding behøver ikke utløse prosedyre om evalueringssamtale, men pasientens syn skal fremkomme i vedtaksnotatet. I praksis vil en episode med uro og aggresjon kunne strekke seg over noe tid, opptil flere timer, og med flere tilfeller av tvangsmiddelbruk. Prosjektgruppen mener at det vil være naturlig å ha en samtale som tar for seg situasjonen/episoden i sin helhet og ikke hvert enkelt tilfelle av tvangsmiddelbruk. Det å vente med samtalen til pasienten er mottakelig kan være hensiktsmessig. Samtalen skal likevel skje så snart som mulig etter at tiltak er avsluttet. Tilbud og gjennomføring behøver ikke skje samtidig. Erfaring viser at pasienter gjerne vil ta imot tilbudet og at de setter pris på det, men sier samtidig at de ikke klarer å gjennomføre samtalen her og nå. Tilbud og informasjon om samtalen bør gis raskest mulig, samtalen anbefales å gjennomføres så snart som det er hensiktsmessig.

### 5.7.4 Gjennomføring og rammer for ettersamtale

Ettersamtalen er et tilbud og pasienten kan avslå tilbudet, men det skal gjøres en innsats for å formidle hensikten. Pasienten må gis anledning til å forberede seg til samtalen.

PHVL beskriver at samtalen bør gjennomføres av faglig ansvarlig. I tråd med tidligere argumentasjon for vedtaksansvarlig og ansvarshavende anbefaler prosjektgruppen at også sykepleier, vernepleier, vakthavende lege eller tilsvarende kan gjennomføre og dokumentere samtalen i samarbeid med faglig ansvarlig. Dokumentasjon av samtalen sendes elektronisk til faglig ansvarlig for godkjenning i EPJ når faglig ansvarlig selv ikke gjennomfører samtalen.

Det anbefales at en som har vært fysisk tilstede ved gjennomføring av tvangsmiddelet er tilstede i samtalen. Hvem som leder samtalen vurderes i hvert enkelt tilfelle. Hvis pasienten har en preferanse for hvem av personale han ønsker med i samtalen, bør dette imøtekommes så langt som mulig. Dersom samtalen gjennomføres av personale som selv ikke har vært fysisk tilstede i situasjonen er det viktig at de



er godt forberedt og kan svare på spørsmål om hvorfor tvangsmiddel ble benyttet. Det anbefales at samtalen gjennomføres av to helsepersonell. For mange tilstede i samtalen vil kunne oppleves overveldende og kan påvirke nytten pasienten har av samtalen i negativ retning. Prosjektgruppen anbefaler at samtalen form og rammer er fleksibel slik at formålet kan oppnås i andre settinger enn i et samtalerom. En god ettersamtale kan finne sted på en tur eller i sammenheng med andre aktiviteter. Pasienten skal likevel være informert om at samtalen er en ettersamtale.

Pasienter kan i samtalen komme til å peke på enkeltpersoner. Formålet med samtalen er ikke å avdekke hvilket personell som pasienten synes har medvirket til eskalering. Slik informasjon er et ledelsesansvar å følge opp videre.

### 5.7.5 Dokumentasjon av ettersamtaler i EPJ

Dokumentasjon av pasientens syn, opplevelse og vurderinger skal være en del av beslutningsgrunnlaget i eventuelle senere situasjoner. Dokumentasjonen må være enkel å finne i EPJ.

Prosjektgruppen anbefaler at dokumentasjon må inneholde informasjon om type vedtak det gjelder, dato og varighet, samt hvem som var tilstede. Prosjektgruppen anbefaler at det må brukes samme mal for alle typer av tvang. Det blir upraktisk med en mal for §4.8 og en annen for resten. Prosjektgruppen anbefaler at det må dokumenteres i samme dokument om pasienten takker nei til tilbudet om ettersamtalen. Under *vedlegg IX* er det et eksempel på «mal» som kan brukes til dokumentasjon av ettersamtaler.

### 5.7.6 Opplevd tvang

Myndighetene har primært vært opptatt av at den formelle tvangen (tvangsvedtak) skal ned. Vi er alle enige om at unødvendig tvang bør unngås. Samtidig er det personene som søker hjelp hos oss som sitter igjen med en opplevelse av hvordan de har blitt møtt, både under tvangstiltak, men også uten at det har blitt brukt tvang på dem (Nyttingnes et al., 2016; Tingleff et al., 2017). Denne opplevelsen er subjektiv og kan ikke defineres gjennom vedtak. Vi vil ikke at pasientene drar fra oss med en opplevelse av å ha blitt krenket eller ydmyket. Prosjektgruppen tenker derfor at opplevd tvang er minst like viktig å rette oppmerksomheten på som fokuset på redusert tvang. Prosjektgruppen anbefaler at alle enheter systematisk bruker spørreskjemaet om opplevd tvang (Experienced Coercion Scale, ECS) (Nyttingnes, Rugkåsa, Holmen & Ruud, 2017).

## 5.8 Gjennomgang av tvangsmiddelbruk med personalet etter PHVL §4.8

### Anbefaling

- Prosjektgruppen anbefaler at enheter/avdelinger der tvangsmidler benyttes har faste rutiner for gjennomgang av hendelsene med personalgruppen.
- Prosjektgruppen anbefaler som et minimum gjennomgang av tvangsmiddelbruk der det har vært brukt kortidsvirkende legemidler eller mekaniske tvangsmidler.

Systematisk og rutinemessig gjennomgang av episoder med tvangsmiddelbruk i form av mekaniske tvangsmidler assosieres med reduksjon i bruk av disse (Bak, Zoffmann, Sestoft, Almvik, & Brandt-

Christensen, 2014). Prosjektgruppen anbefaler som et minimum gjennomgang av tvangsmiddelbruk der det har vært brukt kortidsvirkende legemidler eller mekaniske tvangsmidler.

Det anbefales å bruke et skjema som blant annet inneholder en beskrivelse av situasjonen, forhold som kan ha fremprovosert situasjonen, mulige «krisetriggere», tidligtegn og metodikk som ble brukt for forebygging og å deeskalere situasjonen (Bak & Hvidhjelm, 2017; Veland & Jacob, 2016). Skjemaet er et utgangspunkt for gjennomgang og utviklingsarbeid ved enheten og skal ikke ligge som en del av dokumentasjon i journal tilknyttet pasienten. I vedlegg X ligger et eksempel på skjema.

Gjennomgang av tvangsmiddelbruk er ikke tenkt som en erstatning for debrief, defusing eller etiske refleksjonsgrupper. Det er en gjennomgang med personalet som fattet og gjennomførte vedtakene om tvangsmiddelbruk. Det er en kvalitetsutviklende og prosessorientert samtale der man sammen går gjennom hendelsesforløp, observasjoner, vurderinger, beslutningsprosesser og samarbeid i team for å kunne reflektere over egen praksis og eventuelle andre måter å løse tilsvarende situasjoner på i fremtiden. Hovedmålet er læring og utvikling. Ettersamtalen med pasient og gjennomgangen med personell, vil sammen kunne gi erfaringer som gir utgangspunkt for dialog om egen praksis.

Det er beskrevet ulike måter å gjennomføre gjennomgang på. Man kan ha fast avsatt tid på morgenen til å gjennomgå tvangsmiddelbruk, man kan ha en gruppe bestående av ulike yrkesgrupper som gjennomgår tvangsmiddelbruken, men det anbefales som et minimum deltagelse fra nærmeste leder (Bak & Hvidhjelm, 2017). Erfaring med at gjennomgang gjøres av nærmeste leder med den/ de som fattet det faktiske vedtaket om bruk av tvangsmidler er god (Veland & Jacob, 2016). Eksempel på guide ligger som vedlegg XI.

## 6.0 REVISJONSGUIDE

Som ledd i arbeidet med implementering av tiltak for riktig og redusert bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i Helse Sør-Øst, anbefaler prosjektgruppen at det gjennomføres en regional revisjon med bruk av tvangsmidler som tema. Prosjektgruppen anbefaler at regionens konsernrevisjon gjennomfører en slik revisjonen, gjerne som en fagrevisjon med tilknyttede fagpersoner.

Med utgangspunkt i anbefalte tiltak for riktig og redusert bruk av tvangsmidler i rapporten, har prosjektgruppen utarbeidet forslag til felles revisjonsguide for en regional revisjon som beskrevet ovenfor.

### 6.1 Revisjonsgrunnlag

- [Spesialisthelsetjenesteloven](#)
- [Psykisk helsevernloven](#)
- [Helsepersonelloven](#)
- [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)
- Revidert enhets interne dokumenter som beskriver (delegert) ansvar og myndighet for vedtak om, og iverksetting av, tvang etter psykisk helsevernloven

## I. Om virksomheten

Ja	Delvis	Nei	Merknad
----	--------	-----	---------

**Ansvarsforhold i henhold til interne prosedyrer**

1.	Har enheten prosedyrer som klart beskriver (delegert) ansvar og myndighet for vedtak om, og iverksetting av, tvang etter psykisk helsevernloven?				
2.	Har enheten prosedyrer som spesifiserer kompetansekrav og systematikk for bemyndigelse av personell som i praksis fatter og iverksetter vedtak om bruk av tvangsmidler (lege- og psykologspesialister; ansvarshavende for sykepleietjenesten; leger i spesialisering (LIS) uten formell vedtakskompetanse)?				
3.	Har enheten prosedyrer som beskriver hvordan faglig ansvarlig for vedtak involveres når vedtak og iverksetting av tvangsmidler er fattet og gjennomført med hjemmel i forskriftens unntaksbestemmelse (IV. Tvangsmidler; § 25 Avgjørelse om bruk av tvangsmidler)?				

**Husordensregler**

4.	Har enheten husordensregler?				
5.	Hvis JA, hvordan er husordensreglene formelt forankret? (Prosedyre i foretakets/enhetens kvalitetshåndbok; dokument datert/signert av linjeleder; "oppslag" uten dokumentidentifikasjon)				
6.	Er (eventuelle) husordensregler integrert i et mer generelt, skriftlig informasjonsmaterieell (skriv/brosjyre/hefte)?				
7.	Er (eventuelle) husordensregler i tråd med forskriftsveilederens føringer om ikke å være av unødig inngripende karakter mtp. pasientens trivsel og velvære?				

Ja	Delvis	Nei	Merknad
----	--------	-----	---------

**Ferdig montert belteseng**

8.	Har virksomheten ferdig montert belteseng?				
9.	Hvis JA, har virksomheten en plan for fjerning av ferdig montert belteseng, med angivelse av når dette skal være gjennomført?				

**Strukturer for opplæring og vedlikehold av kompetanse**
**Ledelse og kvalitetsforbedring i forhold til bruk av tvangsmidler**

10.	Driver enheten systematisk monitorering av omfang av bruk av tvangsmidler?				
11.	Hvis JA, blir resultatene fra denne monitorering gjennomgått systematisk med enhetens personale?				
12.	Har enheten en mal for gjennomføring av evalueringssamtale med pasienten etter bruk av tvangsmiddel?				
13.	Er <i>Spørreskjema om opplevelse av tvang i helsetjenesten</i> i systematisk bruk ved enheten?				
14.	Blir erfaringer og tilbakemeldinger fra evalueringssamtaler med pasienter brukt systematisk i enhetens arbeid med kvalitetsforbedring?				
15.	Blir erfaringer og tilbakemeldinger fra samtaler mellom leder og vedtaksansvarlig brukt systematisk i enhetens arbeid med kvalitetsforbedring?				

**II. Gjennomgang av enkeltvedtak om bruk av tvangsmidler etter psykisk helsevernloven § 4-8**

Ja	Delvis	Nei	Merknad
----	--------	-----	---------

**Hvem er det som *de facto* fatter vedtak om (og iverksetter) tvangsmidler?**

1.	Er det dokumentert om tvangsmidlet er iverksatt etter vedtak av ansvarshavende i seksjonen, vakthavende (ikke-spesialist) lege, eller etter vedtak av bemyndiget faglig ansvarlig for vedtak (lege-/ psykologspesialist)?				
2.	Er tvangsmiddelvedtak v/ansvarshavende i seksjonen eller ikke-spesialist i primærvakt etterprøvd av vedtaksbemyndiget faglig ansvarlig spesialist?				
3.	Er det dokumentert at den primært vedtaksansvarlige fyller virksomhetens kompetansekrav og er bemyndiget til å fatte vedtak om bruk av tvangsmidler?				
4.	Fremgår det av vedtaksdokumentasjonen hvilke lempeligere midler som er vurdert/prøvd før vedtak om bruk av tvangsmidler?				
5.	Fremgår det av vedtaksdokumentasjonen om flere vedtak knyttet til én klinisk episode er fattet sekvensielt, dvs. hvert enkelt vedtak er iverksatt, og effekten av dette vurdert, før det fattes ytterligere vedtak?				
6.	Når tvangsmiddel er iverksatt etter unntaksbestemmelsen, er det redegjort eksplisitt i vedtaksdokumentasjonen for de konkrete omstendighetene som ble vurdert som en "akutt nødsituasjon der iverksettelse av tvangsmidlet var uomgjengelig nødvendig"?				

Ja	Delvis	Nei	Merknad
----	--------	-----	---------

**Journaldokumentasjon**

7.	Er journaldokumentasjonen rundt den aktuelle bruken av tvangsmiddel/-midler skrevet av den som <i>de facto</i>				
----	--	--	--	--	--

	fattet vedtaket?				
8.	Er journaldokumentasjonen godkjent av bemyndiget, faglig ansvarlig for vedtak?				
9.	Er type tvangsmiddel angitt?				
10.	Er varighet av bruk av det aktuelle tvangsmiddel/tvangsmidlene angitt?				

#### Vurdering av voldsrisiko

11.	Er det gjennomført voldsrisikovurdering (V-risk) av pasienten?				
12.	Er det dokumentert planlagte tiltak i tråd med V-risk-vurderingen?				
13.	Er det dokumentert at tiltak i henhold til V-risk-vurderingen er gjennomført?				
14.	Er det foretatt fornyet V-risk-vurdering dersom den første angav behov for dette?				
15.	Har pasienten vært involvert i vurderingen av voldsrisiko og aktuelle tiltak for å forebygge vold?				

#### Evalueringsamtale med pasient/pårørende etter bruk av tvangsmiddel

16.	Er pasienten tilbudt (bedt om å delta i) evalueringssamtale?				
17.	Er pårørende tilbudt (bedt om å delta i) evalueringssamtale?				

#### Gjennomgang av bruk av tvangsmidler mellom leder og ansvarlig for vedtak

18.	Er det dokumentert gjennomgang av §4-8 vedtak mellom leder og ansvarlig for vedtak?				
-----	---	--	--	--	--

## REFERANSER

- Bak, J., Brandt-Christensen, M., Sestoft, D. M., & Zoffmann, V. (2012). Mechanical restraint—Which interventions prevent episodes of mechanical restraint?—A systematic review. *Perspectives in psychiatric care*, 48(2), 83-94.
- Bak, J., & Hvidhjelm, J. (2017). *Guide til Review af Tvangsfikserings-Episoder*. Retrieved from Roskilde:
- Bak, J., Zoffmann, V., Sestoft, D. M., Almvik, R., & Brandt-Christensen, M. (2014). Mechanical Restraint in Psychiatry: Preventive Factors in Theory and Practice. A Danish–Norwegian Association Study. *Perspectives in psychiatric care*, 50(3), 155-166.
- Berring, L. L., & Bak, J. (2015). En ny måte at håndtere konflikter på. *Sygeplejersken*, 115(13), 89-93.
- Bowers, L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 21(6), 499-508. doi:10.1111/jpm.12129
- Børslett, E. J. A., Heilmann, G., Lillemoen, L., & Pedersen, R. La etikken blomstre i praksis.
- Børslett, E. J. A., Heilmann, G., Lillemoen, L., & Pedersen, R. (2011). La etikken blomstre i praksis. <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/praksis/systematisk-etikkarbeid/etikkbok-refleksjon2011.pdf>.
- Dahm, K., Steiro, A., Leiknes, K., Husum, T., Kirkehei, I., Dalsbø, T., & Brurberg, K. (2017). *Effekt av tiltak for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern for voksne: en systematisk oversikt, Forskningsoversikt 12/2017. ISBN (elektronisk): 978-82-8082-899-6. Tilgjengelig på www.fhi.no*. Retrieved from Oslo:
- Edmondson, A. J., Brennan, C. A., & House, A. O. (2016). Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. *J Affect Disord*, 191, 109-117.
- Fluttert, F. A., van Meijel, B., Nijman, H., Bjorkly, S., & Grypdonck, M. (2010). Preventing aggressive incidents and seclusions in forensic care by means of the 'Early Recognition Method'. *J Clin Nurs*, 19(11-12), 1529-1537. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02986.x
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016). <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>.
- Gaskin, C. J., Elsom, S. J., & Happell, B. (2007). Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. *The British Journal of Psychiatry*, 191(4), 298-303.
- Hammer, J., Fosse, R., Lyngstad, Å., Møller, P., & Heggdal, D. (2016). Effekten av komplementær ytre regulering (KYR) på tvangstiltak: en retrospektiv undersøkelse. *Tidsskrift for norsk Psykologforening*, 53(7), 518-529.
- Hammer, J., Ludvigsen, K., Heggdal, D., & Fosse, R. (2017). Reduksjon av unngåelsesatferd og innleggelses grunnet villet egenskade etter Basal Eksponeringsterapi. *Suicidologi*, 21(1), 20-27.
- Hatling, T. (2013). Bruk av tvang i psykiske helsetjenester. In R. Norvoll (Ed.), *Samfunn og psykisk helse - Samfunnsvitenskapelig perspektiver*. (pp. 243-284). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Heggdal, D., Hammer, J., Alsos, T. H., Malin, I., & Fosse, R. (2015). Erfaringer med å få og ta ansvar for bedringsprosessen og sitt eget liv gjennom basal eksponeringsterapi (BET). *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(02), 119-128.
- Helse Bergen (2017). Fagprosedyre. Mekaniske tvangsmidler - bruk i psykisk helsevern. Versjon 2.0. <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/mekaniske-tvangsmidler-bruk-i-psykisk-helsevern>
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>,
- Helse - og omsorgsdepartementet. (2012). *Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)*. <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Bedrekvalitet-okt-frivillighet.pdf>. Oslo: Helse - og omsorgsdepartementet.
- Helse - og omsorgsdepartementet. (2017). *Oppdragsdokument 2017 Helse Sør-Øst RHF*. [https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/oppdragsdokument/2017/oppdragsdokument\\_helse\\_sor-ost\\_rhf\\_2017.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/oppdragsdokument/2017/oppdragsdokument_helse_sor-ost_rhf_2017.pdf). Oslo: Helse - og omsorgsdepartementet.
- Helse Sør-Øst RHF. (2011). *"Økt frivillighet" - Regional plan for riktig og redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern i Helse Sør- Øst*.
- Huckshorn, K. A. (2004). Reducing seclusion restraint in mental health use settings: core strategies for prevention. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 42(9), 22-33.
- Lockertsen, O., Procter, N., Vatnar, S. K. B., Faerden, A., Eriksen, B. M. S., Roaldset, J. O., & Varvin, S. (2017). Screening for risk of violence using service users' self-perceptions: A prospective study from an acute mental health unit. *Int J Ment Health Nurs*. doi:10.1111/inm.12413
- Lundin, S. (2015). *Healing architecture: Evidence, intuition, dialogue. Thesis for the degree of Licentiate of Architecture*. . Chalmers University of Technology. Gothenburg, Sweden
- Moldal, E. (2016). Simulering demper uro og gir mindre tvangsbruk. *Sykepleien*, 104(1), 46-48.



- Molewijk, B., Verkerk, M., Milius, H., & Widdershoven, G. (2008). Implementing moral case deliberation in a psychiatric hospital: process and outcome. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 11(1), 43-56.
- Norvoll, R., Hatling, T., & Hem, K. (2008). "Det er nå det begynner!" Hovedrapport fra prosjektet Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus (BAT) (SINTEF A8450).  
[https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/sintef\\_a8450\\_hovedrapp\\_bat.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/sintef_a8450_hovedrapp_bat.pdf).
- Norvoll, R., & Husum, T. L. (2011). *Som natt og dag? Om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang*. Retrieved from Oslo:
- NOU 2011:9. (2011). Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet — Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-9/id647625/?q=&ch=1>.
- Nytingnes, O., Rugkasa, J., Holmen, A., & Ruud, T. (2017). The development, validation, and feasibility of the Experienced Coercion Scale. *Psychol Assess*, 29(10), 1210-1220. doi:10.1037/pas0000404
- Nytingnes, O., Ruud, T., & Rugkasa, J. (2016). 'It's unbelievably humiliating'-Patients' expressions of negative effects of coercion in mental health care. *Int J Law Psychiatry*, 49(Pt A), 147-153. doi:10.1016/j.ijlp.2016.08.009
- Ot.prp. nr. 11 (1998-99). Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-11-1998-99-/id159399/sec1>, (1998).
- Ot.prp. nr. 65 (2005-2006). Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-65-2005-2006-/id188320/sec1>, (2006).
- Papoulias, C., Csipke, E., Rose, D., McKellar, S., & Wykes, T. (2014). The psychiatric ward as a therapeutic space: systematic review. *Br J Psychiatry*, 205(3), 171-176. doi:10.1192/bjp.bp.114.144873
- Pedersen, P. B., Hellevik, V., & Skui, H. (2016). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2014 (IS-2452)*. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1161/Rapport%20om%20vang%20IS-2452.pdf>
- Prop. 147 L (2015–2016). Endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-147-l-20152016/id2504160/>
- Psykisk helsevernforskriften (2011). Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1258>
- Psykisk helsevernloven (1999). Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Reinaas, Ingdal, Vassenden, & (2017). *Bygg for psykisk helse – Evidensbased design (EBD)*. Versjon 01 25.08.2017. Sykehusbygg, Internt arbeidsnotat. .
- Roadset, J. O., & Bjorkly, S. (2010). Patients' own statements of their future risk for violent and self-harm behaviour: a prospective inpatient and post-discharge follow-up study in an acute psychiatric unit. *Psychiatry Res*, 178(1), 153-159. doi:10.1016/j.psychres.2010.04.012
- Scanlan, J. N. (2009). Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far. A review of the literature. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(4), 412-423.
- Sommerfeldt, B., & Skårderud, F. (2009). Hva er selvskading?. *Tidsskr Nor Legeforen*, 129:754-8. DOI: 10.4045/tidsskr.08.0454
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern (IS-1370)*. [https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/tiltaksplan\\_for\\_reduert\\_og\\_kvalitetssikret\\_bruk\\_av\\_tvang\\_i\\_psykisk\\_helsevern.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/tiltaksplan_for_reduert_og_kvalitetssikret_bruk_av_tvang_i_psykisk_helsevern.pdf). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2008). Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. *IS-1511*. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/3/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern-IS-1511.pdf>
- Stewart, D., Van der Merwe, M., Bowers, L., Simpson, A., & Jones, J. (2010). A review of interventions to reduce mechanical restraint and seclusion among adult psychiatric inpatients. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(6), 413-424.
- Tingleff, E. B., Bradley, S. K., Gildberg, F. A., Munksgaard, G., & Hounsgaard, L. (2017). "Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 24(9-10), 681-698. doi:10.1111/jpm.12410
- Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224(4647), 420-421.
- Veland, M., & Jacob, A. (2016). Bruker mindre tvang. *Sykepleien*, 104(4), 54-57.
- Weidema, F. C., Molewijk, B. A., Kamsteeg, F., & Widdershoven, G. A. (2013). Aims and harvest of moral case deliberation. *Nursing Ethics*, 20(6), 617-631.

VEDLEGG

VEDLEGG I - Mal i EPJ om «Endringer ved bruk av mekaniske tvangsmidler»

Endringer i beltestatus

Form:  Arkiv  Utvalgte  Raskere  Vis  Raster  Verktøy  Rapport  Verne  Hjelp

Side 1 av 1

Pasient:  Fødsel:   
Navn:

Årsak til Tvangsmiddelbruk  Kirke pasient i å skade seg selv  Kirke pasient i å skade andre  Avveire betydelig skade på annen pasient

Oppsett av tvangsmiddelbruk	Observasjonskriterier	Oppfølgingsskritt (som operasjon som fører til bruk av tvang)
Dato: <input type="text"/> Tidspunkt: <input type="text"/>	<p>A. Skar sår, forstøt på selvskading, utført med angrepssene</p> <p>B. Mydrikt arm</p> <p>C. Pasient samarbeidet / sedert</p> <p>D. Pasienten sovnet</p> <p>E. Pasienten våken, rolig, ikke samarbeidet</p> <p>F. Pasienten våken, rolig, samarbeidet, har tatt det</p>	Dokumentert utført <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Oppfølgingsskritt (som operasjon som fører til bruk av tvang)

Observasjonskjema (1x pr. 30 min., eller ved vesentlig endringer i tilstand/ending i bruk)

Klokkeslett	Endring	Observasjonskriterier	S = Flåsering	T = Tvangsmiddel	N = Ikke tilsatt
08:00					
08:30					
09:00					
09:30					
10:00					
10:30					
11:00					
11:30					
12:00					
12:30					
13:00					
13:30					
14:00					
14:30					
15:00					
15:30					
16:00					
16:30					
17:00					
17:30					
18:00					
18:30					
19:00					
19:30					
20:00					
20:30					
21:00					
21:30					
22:00					
22:30					
23:00					
23:30					
00:00					
00:30					
01:00					
01:30					
02:00					
02:30					
03:00					
03:30					
04:00					
04:30					
05:00					
05:30					
06:00					
06:30					
07:00					
07:30					
08:00					

**VEDLEGG II** – Eksempel på prosedyre for registrering i EPJ

## Vedtak om bruk av tvangsmidler etter psykisk helsevernloven § 4-8 Prosedyre for registrering i elektronisk pasientjournal

### 1.0 Hensikt

Sikre at registrering av vedtak om bruk av tvangsmidler i elektronisk pasientjournal (EPJ) gjennomføres i h.h.t. gjeldende lovverk og felles Helse Sør-Øst EPJ-standard.

### 2.0 Omfang

Prosedyren omfatter registrering av vedtak om iverksettelse av tvangsmidler etter § 4-8 i psykisk helsevernloven (PHVL).

### 3.0 Arbeidsbeskrivelse

#### 3.1 Ansvar

Prosedyren gjelder alt personale som fatter vedtak om bruk av tvangsmidler etter PHVL § 4-8, og personale som deltar i kvalitetssikring av dokumentasjon og registreringer i EPJ.

Linjeledelsen har ansvar for at prosedyren er kjent for det aktuelle personalet, og for at det er lagt til rette for at prosedyren kan følges.

#### 3.2. Handling

##### 3.2.1 Hvem som kan fatte vedtak om tvangsmidler

- **Hovedregel for å fatte vedtak om tvangsmidler:** Faglig ansvarlig for vedtak jf. PHVL § 1-4 og PHVFOR § 5, skal fatte vedtak etter § 4-8, dersom ikke andre unntak er fastsatt i forskrift.
- **Unntak knyttet til vedtak om medikamentelle tvangsmidler:** Vedtak om medikamentelle tvangsmidler etter § 4-8c skal etter PHVFOR §27 annet ledd, fattes av lege (altså ikke nødvendigvis faglig ansvarlig for vedtak).
- **Unntak knyttet til vedtak om ikke-medikamentelle tvangsmidler:** PHVFOR § 25 annet ledd åpner for at ansvarshavende ved avdelingen kan fatte vedtak etter § 4-8a, § 4-8b, og § 4-8d, i akutte nødsituasjoner der «umiddelbar kontakt med den faglig ansvarlige ikke er mulig».
- I slike tilfeller er det krav om at faglig ansvarlig skal orienteres «så snart som mulig». I Helsedirektoratets rundskriv forstås dette slik at det må gjøres en vurdering i det enkelte tilfellet om hvorvidt dette kan vente til faglig ansvarlig er tilbake på avdelingen, eller om det må skje umiddelbart.

##### 3.2.2 Handling: Registrering av vedtak og arbeidsflyt

- Vedtaksansvarlig skriver et vedtaksnotat i pasientens EPJ i umiddelbar tilslutning til hendelse som har ført til vedtak og iverksettelse av tvangsmiddel.
- Vedtaksansvarlig oppretter standard vedtaksskjema i pasientens EPJ, og registrerer vedtaket i EPJ.
- Vedtaksnotat og vedtaksskjema går i EPJ-arbeidsflyt til arbeidsgruppe merkantilt ansvarlig for kvalitetssikring av registreringer i EPJ.
- Etter kvalitetssikring rapporteres vedtak om bruk av tvangsmidler til NPR etter gjeldende regler.

#### **4.0 Relaterte dokumenter**

- *Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer*  
Helsedirektoratet IS 1/2017
- *Psykisk helsevernloven § 4-8 – Bruk av mekaniske tvangsmidler – Gjennomføring og kontroll*  
Helsedirektoratet, brev til HSØ RHF 19.12.2016 ref. 16/39643-1  
HSØ RHF brev til HF og sykehus i HSØ 16.01.2017 ref. 16/00339-8

#### **5.0 Vedlegg**

#### **6.0 Grunnlagsinformasjon**

## VEDLEGG III - Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m.

### Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsev...

#### § 3. Materielle krav

Institusjonen skal være fysisk utformet og materielt utstyrt på en slik måte at kravet til forsvarlig helsehjelp kan ivaretas, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Institusjoner som skal ha ansvar for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold skal i tillegg

- a) så langt det er mulig gi tilbud om enerom
- b) ha tilstrekkelige og oversiktlige fellesarealer
- c) ha lokaler som er egnet til fritidsaktiviteter og opplæringsformål
- d) ha tilgang på egnede utearealer som skal være i rimelig nærhet av institusjonen
- e) være fysisk utformet og materielt utstyrt slik at bruk av tvang i størst mulig grad unngås
- f) være materielt utrustet slik at anvendelse av tvang er forsvarlig
- g) sørge for at rom som tenkes brukt til isolasjon er egnet til formålet
- h) ha tilfredsstillende skjermingsmuligheter.

## VEDLEGG IV – Utdrag av bestemmelsene om husordensreglement (PHVL og Psykisk helsevernforskriften med kommentarer)

**Syvende ledd** gir hjemmel for forskrift om husordensreglement i institusjoner i det psykiske helsevernet. Forskriftshjemmelen er på det tidspunktet dette rundskrivet ble trykket, ikke benyttet.

I kraft av institusjonens eierråderett er det adgang til å fastsette interne regler for at institusjonen skal fungere best mulig som sosialt fellesskap og for å legge til rette for et godt behandlingsmiljø. Det kan for eksempel være nødvendig å regulere bruk av radio, TV, PC, telefon, faste tidspunkt for felles måltider, nattero, steder for røyking med videre. Her er det snakk om regler som man vanligvis må forholde seg til når mange mennesker befinner seg under samme tak. Det er adgang til å regulere nevnte forhold i den grad det vurderes som nødvendig av driftsmessige hensyn eller av hensyn til medpasienter. Det innebærer at det skal mer til for å regulere aktiviteter og atferd på pasientrommene som ikke forstyrrer eller påvirker andre, enn aktiviteter og atferd i fellesarealene. Det må for eksempel være adgang til å regulere at telefoner skal stå på "lydløs" om natten, og at man ikke skal benytte telefon i fellesarealer eller til å ta bilder av andre pasienter eller med motiver som kan identifisere disse. Underholdning i fellesarealene må være tilpasset avdelingens pasientgruppe og behandlingsformål. Etter en konkret vurdering, kan for eksempel film og spill med 18-årsgrenser eller voldsscener forbys i fellesarealene av hensyn til behandlingen. Ved noen avdelinger må det også være anledning til å nedlegge et generelt forbud mot at det tas bilder eller videoopptak. Generelt må graden av regulering vurderes opp mot behovet ved de ulike avdelingene. Sikkerhetsmessige hensyn må for eksempel kunne tillegges større vekt ved en regional sikkerhetsavdeling.

Et husordensreglement kan ikke inneholde bestemmelser om tiltak som er av så inngripende karakter som tiltak regulert i paragrafene i lovens kapittel 4. Når det gjelder kommunikasjon er dette presisert i loven ved at det kun kan fastsettes "rimelige begrensinger" ([§ 4-5 tredje ledd](#) med kommentarer). Dette betyr at det for eksempel ikke kan settes et generelt forbud mot bruk av mobiltelefon på en avdeling eller en generell regel om at ansatte skal være til stede ved besøk. Det kan heller ikke fastsettes adgang til rutinemessig ransaking av pasientens bagasje i husordensreglement. Begrensinger i pasientenes adgang til å besøke hverandre på rommene må også anses som et såpass inngripende tiltak at det krever et klarere rettsgrunnlag enn husordensreglement.

Pasientene kan ikke pålegges å delta i aktiviteter i avdelingen.

Husordensreglement kan sette viktige rammer rundt pasienters opphold på institusjon, og enkelte pasienter vil kunne oppleve slike regler som en stor inngripen. Hensynet til effektiv drift og et godt tilrettelagt behandlingsmiljø kan likevel gjøre nærmere regler i husordensreglement nødvendig. Det er viktig at reglene ikke er strengere enn det som er absolutt nødvendig.

Kontrollkommisjonen fører tilsyn med at et eventuelt husordensreglement er i samsvar med lovens bestemmelser ([psykisk helsevernforskriften § 63 annet ledd](#)).

## DYNAMISK KOMPETANSEPLAN RIKTIG OG REDUSERT BRUK AV TVANG

### NAVN:

**Dynamisk Kompetanseplan:** I arbeidet med riktig og redusert bruk av tvang legges det opp til regelmessige, individuelle fagutviklingssamtaler for å styrke kompetanse, engasjement, trivsel og eierskap til arbeidet, og sist men ikke minst, for å fremme helhetlig, effektiv behandling. I arbeidet med Dynamisk Kompetanseplan vil seksjonsleder og eventuelt fagutvikler og/eller faglig ansvarlig i samarbeid med hver enkelt medarbeider identifisere hans/hennes ressurser, utfordringer og forbedringsområder. Seksjonsleder bistår med tilrettelegging for videre fagutvikling og er i prinsippet den som tar avgjørelser hvis spesifikke fagutviklingstiltak skal settes i verk.

**Din fagutvikling, din plan:** Planen fører du selv i pennen. Husk å lagre planen på ditt område! Din Dynamiske Kompetanseplan utvikles og oppdateres ved at du før og etter fagutviklingssamtaler (og evt. ifm. oppfølgingsamtaler) fyller inn, justerer og supplerer slik at planen kontinuerlig gjenspeiler ditt arbeide, dine styrker og dine utfordringer. For å oppdatere planen bruker du dine egne vurderinger, det som kommer fram i felles refleksjon i fagutviklingssamtalene, samt tilbakemeldinger du får under og etter samtalene.

**Prosedyre:** Faste datoer for innsending av kompetanseplaner er 10. mars og 10. september hvert år. Du får en påminnelse via e-post før hver innsendingsdato. Du skriver ut planen, kopi(er), beholder originalen selv, og sender kopi av planen til seksjonsleder, eventuelt også til fagutvikler og/eller faglig ansvarlig. Det kommer så en ny e-post med tidspunkt for fagutviklingssamtale. Det er kun seksjonsleder som oppbevarer kopi av kompetanseplanen (i et arkiv). Vi anbefaler at du nå og da jobber med kompetanseplanen i ledige stunder. Dette er et prosessdokument, og å arbeide med planen vil kunne hjelpe deg i hverdagen til både å bli mer bevisst dine ressurser, ønsker og behov, og til å identifisere utfordringer og begrensninger du må/bør ta tak i og jobbe med.

På de neste sidene følger Dynamiske Kompetanseplan som danner grunnlaget for fagutviklingssamtaler knyttet til arbeidet med riktig og redusert bruk av tvang. Les innledningen til hver del og fyll ut. **Der du blir bedt om å beskrive, skal du skrive i feltet der det er pil →. Du skal da identifisere og beskrive både dine styrker, utfordringer og forbedringsområder. I tillegg skal du sette skåre i kolonnen til høyre. Sett 0 hvis du ikke er involvert i oppgaven.**

## Del 1. PASIENTARBEIDET– KOMPETANSE IFT. SPESIFIKKE ARBEIDSOMRÅDER

Beskriv hvordan du synes at du håndterer og mestrer ulike oppgaver gjennom arbeidsdagen. Vurder deg selv på en skala fra 1-4, der 1 er ingen kompetanse og 4 er særdeles god kompetanse.

1. PASIENTARBEIDET– SPESIFIKKE ARBEIDSOMRÅDER	Skåre
Hva konkret gjør jeg for å gjennomføre kartlegging av voldsrisiko så langt som mulig i samarbeid med pasienten (for eksempel Intervju om vold, Early Recognition Method, m.m.)	
→	
Hva konkret gjør jeg for å involvere pårørende (både gi informasjon og innhente komparentopplysninger)	
→	
Hva konkret gjør jeg for å forebygge potensielle tvangsepisoder (herunder fokus på individuell tilpasning vs. fokus på regler, m.m.)	
→	
Hva konkret gjør jeg for å øve på kommunikasjonsferdigheter (for eksempel bekreftende kommunikasjon)	
→	
Hva konkret gjør jeg for å håndtere egen uro i situasjoner preget av økt affektnivå	
→	
Hva konkret gjør jeg for å bruke tvangsmidler i tråd med trappetrinns modellen til HSØ (herunder rigge belteseng hvis nødvendig)	
→	
Hva konkret gjør jeg for å få til gode ettersamtaler med pasient (og pårørende)	
→	



## Del 2. HOLDNINGSSPEIL

Beskriv din grunnholdning, dvs. hvordan du selv opplever og mener at du fremtrer i arbeidet, og i hvilken grad du har gjort virksomhetens og enhetens visjon og verdigrunnlag til din egen og praktiserer den i hverdagen. Vurder deg selv på en skala fra 1-4 på hver indikator, der 1 er ”ikke i tråd med visjon og verdigrunnlag” og 4 er ”fullt og helt i tråd med visjon og verdigrunnlag”.

<b>2. HOLDNINGSSPEIL – HVORDAN ER MIN GRUNNHOLDNING?</b>	<b>Skåre</b>
<b>Verdiene virksomhetens og enhetens arbeid skal være forankret i, er:</b>	
→	
<b>Hva konkret gjør jeg for å jobbe i tråd med disse verdiene.</b>	
→	
<b>Hva konkret gjør jeg for å skrive og snakke saklig om pasienten, også dersom hans/hennes atferd kan provosere meg.</b>	
→	
<b>Hva konkret gjør jeg for å møte pasienten som et likeverdig, voksent menneske som selv er ansvarlig for sitt liv</b>	
→	
<b>Hva konkret gjør jeg for å møte mine medarbeideres bidrag med nysgjerrighet, interesse og anerkjennelse, også dersom de har andre meninger og perspektiver enn meg</b>	
→	
<b>Hva konkret gjør jeg for å dedikere, engasjere og inkludere meg i arbeidet med riktig og redusert bruk av tvang når jeg er på jobb</b>	
→	
<b>Hva konkret gjør jeg for å fremsnakke medarbeidere og samarbeidspartnere</b>	
→	

### Del 3. SYSTEMARBEIDET

Beskriv hvordan du selv opplever å bidra til fokus, klarhet, kreativitet, produktivitet og kvalitet i systemarbeidet. Vurder deg selv på en skala fra 1-4, der 1 er bidrar ingenting og 4 er bidrar svært mye.

<b>3. SYSTEMARBEIDET</b>	<b>Skåre</b>
Hva konkret gjør jeg for å bidra til debrifing	
→	
Hva konkret gjør jeg for å bidra til rollespill (SIM-trening, eventuelt feedbackbasert kollegaveiledning)	
→	
Hva konkret gjør jeg for å bidra til etikkrefleksjon	
→	
Hva konkret gjør jeg for å bidra til undervisning knyttet til temaet tvang og tvangsmidler	
→	
Hva konkret gjør jeg for å bidra til god kommunikasjon, samhandling og samarbeid med a) kollegaer og b) samarbeidspartnere – i hvilken grad bidrar jeg til felles fokus på riktig og redusert bruk av tvang	
→	
Hva konkret gjør jeg for å bidra til systematisk gjennomgang av tvangsepisoder	
→	
Hva konkret gjør jeg for å bidra til at gjennomgang av § 4.8 vedtak blir en lærerikt og bevisstgjørende samtale	
→	

#### **Del 4. RESSURSER, MÅLSETTINGER OG KOMPETANSEUTVIKLINGSTILTAK**

Basert på Del 1-3: Oppsummer det du ser som dine sterke og mindre sterke sider når det gjelder kompetanse. Definer kortsiktige mål (fram til neste fagutviklingssamtale), og langsiktige mål (neste fem år). Beskriv hva hhv du selv og staben på kort og lang sikt kan gjøre for at du skal få å nå målene ift arbeidet med riktig og redusert bruk av tvang. Vær konkret, beskriv spesifikke områder, tiltak og **dine forpliktende handlinger**.

<b>4. RESSURSER, KORTSIKTIGE/LANGSIKTIGE MÅLSETTINGER OG KOMPETANSEUTVIKLINGSTILTAK</b>
<b>a) Oppsummert: Hva er mine sterke områder, spisskompetanse og spesielle ferdigheter</b>
→
<b>b) Oppsummert: Hva er mine mindre sterke sider, områder der jeg sliter og synes jeg ofte ikke får det helt til</b>
→
<b>c) Hva konkret kan jeg gjøre for å i større grad arbeide i takt med enhetens og virksomhetens verdier (beskriv spesifikke handlinger)</b>
→
<b>d) Hva konkret kan staben gjøre for å tilrettelegge for å understøtte at du arbeider i takt med verdiene (beskriv spesifikke handlinger)</b>
→
<b>Mine kortsiktige målsettinger ift. kompetanseutvikling</b>
→
<b>Mine langsiktige målsettinger ift. kompetanseutvikling</b>
→
<b>i) Hva konkret kan jeg selv gjøre for å styrke min kompetanse på kort og lang sikt</b>
→
<b>j) Hva konkret kan staben gjøre for å styrke min kompetanse på kort og lang sikt</b>
→

## VEDLEGG VI - Feedbackbasert kollegaveiledning (FBKV)

FBKV er et inkluderende veiledningsformat der hver medarbeider bidrar med sin unike kompetanse, både gjennom arbeidserfaring, utdanning og livserfaring. Arbeidet med FBKV foregår i en flat struktur. Det er ikke én veileder som veileder de andre. Vi veileder hverandre. Når det er nødvendig tydeliggjør den som leder veiledningen prosedyrene. Å presentere temaer for veiledningen er et kollektivt ansvar. Vi snakker ikke om saken vi skal arbeide med, vi rollespiller. Den innledende avklaringen av tema og hvem som skal rollespille skal ikke ta mer enn 5 minutter. Vi lærer ved å praktisere og få tilbakemeldinger på rollespill av en situasjon vi har vært i, en situasjon som vi skal inn i, eller typiske situasjoner vi stadig havner i. Ved intensiv ferdighetstrening øker vi våre forutsetninger for både å forebygge kriser og for å bidra til framdrift i de terapeutiske prosessene. FBKV bør implementeres som en fast rutine, minst to ganger i uken, helst tre. Hvis veiledningen gjennomføres sjeldnere vil ikke læringseffekten fortløpende styrkes og konsolideres.

### Rollespillsituasjonen:

Før rollespillet settes i gang skal det defineres hvem som skal gi positiv eller negativ tilbakemelding. Rollespillet skal være kort, ofte begrenset til 3-5 minutter. Når vi rollespiller er det viktig at vi ikke ler, rister på hodet eller more oss på andres bekostning. De som rollespiller eksponerer seg for sine kollegaer og deres bidrag og innsats skal anerkjennes. Vi lærer alle av det de gjør, enten det de demonstrerer er funksjonelt eller ikke funksjonelt. Rollespillet avsluttes ved at de som rollespiller, evt. den som leder veiledningen, avbryter når aktuell situasjon er demonstrert. Medarbeiderne som ikke rollespiller noterer sine observasjoner. Det som observeres og noteres er handlinger og funksjonen av handlinger.

### Å gi tilbakemelding:

Rollespillet foregår her og nå, og det er det vi gir tilbakemelding på. Det er terapeuten som får tilbakemelding, ikke pasienten. Medarbeiderne som ikke rollespiller identifiserer én spesifikk terapeutisk handling og gir ikke summariske beskrivelser. Den som gir tilbakemelding snakker ut fra sitt perspektiv; f.eks. ved å si: "fra mitt perspektiv observerte jeg [terapeutens handling] og dette påvirket slik jeg så det pasienten og relasjonen ved at [pasientens respons + konsekvensen for samhandlingen]". Tilbakemelding gis på konkrete handlinger som vi observerer uten å bruke begreper som for eksempel "bra", "dårlig", "varm" og "kald".

#### 4.5.1. Regler for å gi tilbakemelding

Du skal	Du skal
<b>Være direkte og tydelig, dvs.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Holde blikket på den du gir tilbakemelding til</li><li>✓ Bruke få ord og formuleringer</li></ul>	<b>Ikke pakke inn budskapet, f.eks.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Si det motsatte først</li><li>▪ Snakke i generelle vendinger</li><li>▪ Snakke i negasjoner</li></ul>
<b>Snakke et handlingsspråk</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Referere kun til observerte handlinger</li><li>✓ Identifiser EN spesifikk atferd</li><li>✓ Beskriv detaljer i atferden</li></ul>	<b>Ikke peke på karaktertrekk, dvs.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Snakke om personen eller andre ting personen har gjort</li><li>▪ Bruke "mentale" begreper som "snill", "flink", "streng", "sint" osv</li></ul>
<b>Forklare handlingenes funksjon, dvs.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Beskrive effekten av handlingen opp mot handlingens intensjon:<ul style="list-style-type: none"><li>- Hvordan responderer pasienten?</li><li>- Hvordan utvikler samspillet i relasjonen seg?</li></ul></li></ul>	<b>Ikke være ute på hevntokt, dvs.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Gå inn for å såre personen</li><li>▪ Gå inn for å sette personen i et dårlig lys</li></ul>

### Å motta og utforske tilbakemeldingene:

Når tilbakemeldingen er gitt er tiden inne for en utforskende dialog mellom observatøren og terapeuten. Ingen andre skal bryte inn i denne dialogen. Terapeuten skal *ikke* forklare eller forsvare det som han eller hun har gjort i rollespillet. Oppgaven for terapeuten er å forsøke å se og forstå hva den som har gitt tilbakemelding har sett. Dette gjøres ved å stille utforskende spørsmål: "hva spesifikt var det jeg gjorde"; "kan du beskrive nærmere hvordan pasienten responderte"; "jeg forstår ikke helt ... kan du beskrive samhandlingssekvensen på en annen måte"? Dialogen pågår helt til den som mottar tilbakemeldingen gir uttrykk for å se det som observatøren hadde sett fra sitt perspektiv. Når denne klarheten begynner å vokse fram så skal terapeuten med sine egne ord reformulere tilbakemeldingen: "så det du sier er at når jeg [handling] så virket det for deg som om pasienten [respons]. Den som gav tilbakemelding bekrefter og evt. supplerer med ytterligere informasjon inntil terapeut og tilbakemelder gir uttrykk for at de har kommet fram til en fellesforståelse av hvordan den fokuserte sekvensen i rollespillet så ut *fra tilbakemelderens perspektiv*.

#### 4.5.2. Regler for å motta tilbakemelding

Du skal	Du skal
<p><b>Lytte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Holde blikket på den som gir tilbakemelding</li> <li>✓ Vise med kroppsspråk at du er engasjert og interessert i hva som sies</li> </ul> <p><b>Holde fokus på deg selv</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Utforske hva den andre sier du gjorde</li> <li>✓ Gjengi din forståelse av hva den andre sier du gjorde</li> </ul> <p><b>Undersøke handlingenes funksjon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Stille utdypende spørsmål ift. hvordan din handling virket</li> <li>✓ På pasienten</li> <li>✓ På samspillet i relasjonen</li> <li>✓ Oppsummere hvordan du har forstått essensen i tilbakemeldingen</li> </ul>	<p><b>Ikke diskutere og argumentere, f.eks.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Forklare hva du forsøkte å gjøre</li> <li>▪ Med kroppsspråk vise/antydde <ul style="list-style-type: none"> <li>- at du er uenig</li> <li>- at den som gir tilbakemelding tar feil</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Ikke snakke om den som gir tilbakemelding, f.eks.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Snakke om hvordan tilbakemeldingen gis</li> <li>▪ Snakke om noe den andre har gjort</li> </ul> <p><b>Ikke si "tusen takk"! (verbalt/nonverbalt)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ For å bli fort ferdig</li> <li>▪ For å flytte fokus bort fra deg selv</li> <li>▪ Som om du har fått en gave du egentlig ikke ville ha</li> </ul>

Både positiv og negativ tilbakemelding er gaver som gis fra kollegaer til kollegaer. Å gi tilbakemeldinger til hverandre på denne måten er også en kontinuerlig øvelse i perspektivtakning, en ferdighet som gjør oss mer fleksible. Slik blir vi også bedre i stand til å ta pasientens perspektiv. Det kan være hensiktsmessig å gjennomføre det samme rollespillet umiddelbart en gang til etter en runde med tilbakemeldinger. Da får terapeuten anledning til å prøve ut noen av tilbakemeldingene med en gang, og så få nye tilbakemeldinger ut fra hvordan intervensjonene har blitt justert. Forskning viser at umiddelbar utprøving av tilbakemeldinger vil kunne optimalisere læringseffekten i veiledning (Joyce og Showers, 2002).

Kilde: Heggdal D. (2014). Manual for feedbackbasert kollegaveiledning. Vestre Viken. Internt materiale

## VEDLEGG VII - Bekreftende kommunikasjon

Hensikten med bekreftende kommunikasjon er å validere og gyldiggjøre pasientens følelser og opplevelser, og styrke pasientens evne til å både oppleve og forholde seg til sine følelser. Bekreftelse/validering kommuniserer "JEG SER DEG" og pasienten inkluderes i en aksepterende relasjon. Det pasienten føler er, som en subjektiv opplevelse, sant og virkelig, uansett hva eller hvem det gjelder. Når utfordrende tanker og følelser får være som de er blir de også mindre farlige, og derigjennom vil også atferdsforstyrrelser avta og utslukkes. Bekreftelsen rettes mot følelser og opplevelser og er følgelig uavhengig av, og ingen gyldiggjøring av, sakens innhold.

Bruk av bekreftende kommunikasjon innebærer at terapeuten først identifiserer pasientens følelse eller tilstand. Dette krever inntoning, dvs. at terapeuten "leser" pasienten. Ut fra dette lager terapeuten seg en hypotese om hvilke følelsesmessige opplevelser pasienten har her og nå. Hypotesen blir formidlet til pasienten gjennom både holdning, handling og ord, der metabudskapet er: "jeg ser deg".

Når terapeuten arbeider ut fra en hypotese om hva pasienten opplever må han også ta ansvar for sitt eget perspektiv. Bekreftelse er terapeutens subjektive observasjoner og tolkninger. Det skal gjøres tydelig for pasienten at terapeutens fortolkninger kan være helt forskjellig fra det han eller hun egentlig opplever. Et eksempel på hvordan terapeuten kan ta ansvar for eget perspektiv: «Det er mulig at jeg tar feil, men for meg så virker det som om du er trist».

Presentasjonen av hypotesen avsluttes med et tydelig punktum, både i konkret og i overført betydning. Vi skal ikke noe mer. Formulerer terapeuten bekreftelsen som et spørsmål, enten ved setningsoppbyggingen eller intonasjonen i formidlingen av hypotesen, flyttes fokuset bort fra den affektive tilstanden og "opp på" et kognitivt nivå. Pasienten kan da oppleve at det smertefulle ikke sees og anerkjennes, og at de bare sitter og "snakker om det".

Bekreftende kommunikasjon handler altså om å "se" pasientens indre tilstand, formidle hva du ser, samtidig som du tar ansvar for eget perspektiv. Når et lidende menneske opplever å bli sett av en annen får smertefulle indre opplevelser plass og mulig å forholde seg til uten å ty til destruktive handlinger.

Kilde: Heggdal D. (2012). Basal eksponeringsterapi – Grunnleggende prinsipper og retningslinjer. Vestre Viken. Internt material

## VEDLEGG VIII – Intervju om vold

### Intervju om vold, del A

Intervju om vold består av en del a og en del b.  
Del a kartlegger faktorer som kan øke faren for aggressiv adferd. Både del a og b er ment å være en aggresjonsforebyggende samtale.

Navnelapp

#### Del A: Kartlegging av faktorer som øker faren for aggressiv adferd

- 1) **Opplever du stress i hverdagen din?** (Følelsen av å være stresser eller mye press fra omgivelsene)  
Nei  Moderat  Høyt stressnivå   
Opplevelse av impuls kontroll i stressede situasjoner: Full kontroll  Redusert kontroll  Mister kontrollen
- 2) **Opplever du irritasjon i hverdagen din?** (Følelse av uforløst negativ energi)  
Nei  Moderat  Mye irritasjon   
Hva er irritasjonen relatert til:
- 3) **Har du nylig opplevd å bli krenket?** (Opplevelse av å bli behandlet respektløst eller uten verdi)  
Nei  Moderat  Alvorlig krenket   
Hva ble du krenket av:
- 4) **Opplever du deg truet?** (Følelse av å bli forfulgt, organisert overvåking. Opplevelse av livet står i fare)  
Nei  Moderat  Alvorlig truet   
Hva er trusselen:

- 5) Har du hatt foreldre eller andre relasjoner som har vært fysisk voldelig mot deg gjennom oppveksten? Ja  Nei
- 6) Har du noen gang blitt utsatt for trusler om å bli skadet? Ja  Nei
- 7) Har du noen gang blitt utsatt for fysisk angrep fra andre? Ja  Nei
- 8) Har du i løpet av det siste året:  
a. Påført en annen person skade? Ja  Nei  (Ja= gå til spm. 10)  
b. Truet mer å påføre en annen person skade? Ja  Nei
- 9) Har du etter at du fylte 16 år påført noen fysisk skade? Ja  Nei  (Nei= gå til spm. 17)

- 10) Dersom du har påført andre skade, var det da i selvforsvar? Ja  Nei  Både ja og nei
- 11) Hadde du da inntatt rusmiddel i forkant av den voldelige handlingen? Ja  Nei  Både ja og nei
- 12) Har du påført andre fysisk skade uten at du var påvirket av rus? Ja  Nei
- 13) Var det gjennomtenkt eller impulsiv handling? Gjennomtenkt  Impulsiv
- 14) Har du noen gang fått en behagelig følelse etter å ha utøvd vold? Ja  Nei  Kanskje
- 15) Kan du tenke deg å jobbe for å finne alternativer til vold? Ja  Nei  Kanskje

- 16) Har du tanker om å påføre andre skade? Aldri  Noen ganger  Ofte

- 17) Finnes det fremtidige situasjoner som kan føre til voldelig adferd?

Tips: Her kan risikosituasjoner som tilbakeholdelse i avdeling, medisiner og fysiske begrensninger spørres om.

- 18) Vurder sannsynligheten for voldelig adferd mens du er innlagt i avdelingen?

Lite sannsynlig 1 2 3 4 5 Meget sannsynlig

## Intervju om vold, del B

Navnelapp

### Del B:

Samtalen gjøres for å hjelpe pasienten til å *reflektere* rundt uønsket aggressiv adferd som kan oppstå som følge av bl.a. ubehagelig informasjon, opplevelse av frihetsberøvelse eller tap av autonomi. For mange er det en stor belastningen å være innlagt mot sin vilje, og det er mange potensielle konfliktsituasjoner som kan oppstå i behandlingsforløpet på bakgrunn av rammene av tvang. Det er derfor viktig at pasienten får god og tydelig informasjon, slik at pasienten får mulighet til å tilpasse seg i størst mulig grad. Dette baserer seg på tanken om at ubehagelig informasjon er lettere å forholde seg til dersom informasjonen er varslet i forkant, og gir mer forutsigbarhet for pasienten.

Spørsmålene stilles åpne, og søker samarbeid som kan bidra til at pasienten velger mer hensiktsmessige handlingsalternativer i møte med ubehagelig informasjon og krav. Under følger temaer som ofte er vanskelig for pasienter å forholde seg til. Hvordan du formulerer og stiller spørsmålene må du tilpasse situasjonen.

TIPS: Del B kan også flettes inn i gjennomgangen av del A under «finnes det fremtidige situasjoner som kan føre til voldelig adferd?». Del B kan også gjennomføres som en egen samtale uavhengig av om del A er aktuell eller gjennomført.

1) Hvordan tror du at du vil reagere dersom du ikke får lov å forlate avdelingen, eller selv ikke får bestemme når du vil dra herfra?

2) Å bli sint er en naturlig del av livet, men vi har alle forskjellige måter å bli sint på. Dersom du skulle bli sint når du er innlagt; på hvilken måte tror du dette vil komme til uttrykk hos deg? (Her kan man undersøke bråsinne, energi i språkbruk og fysiske uttrykk).

3) Hvordan stiller du deg til å bruke medikamenter som anbefales av oss? (Dersom pasienten stiller seg kritisk, kan du følge opp med tilleggsspørsmål) Hvordan tror at du vil reagere dersom disse medisinene vurderes å være så viktige at vi vil insistere på at du tar dem?

4) Dersom det skulle oppstå uenighet mellom deg og oss; Hvordan foretrekker du at denne uenigheten håndteres fra vår side og hvordan tror du at du vil håndtere den? (For eksempel; skjerming. Å informere om bakgrunnen for skjerming og å gi forklaring om hvorfor pasienten skjermes, er ofte vår måte å dempe energien i uenigheten).

5) Andre opplysninger:



## VEDLEGG IX – Eksempel på skjema til ettersamtale/evalueringssamtale

### Evalueringssamtale etter avslutning av:

- Vedtak om skjerming §4-3
- Vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke §4-4
- Vedtak om undersøkelse av rom og eiendeler/eller kroppsvisitasjon §4-6
- Vedtak om rusmiddeltesting av biologisk materiale §4-7
- Vedtak om tvangsmiddel §4-8: A  B  C  D

Tvangsvedtaket ble iverksatt dato og kl:

Tvangsvedtaket ble avsluttet dato og kl:

Pasienten har fått tilpasset informasjon og tilbud om samtalen og takket ja  nei

Deltagelse fra pårørende ja  nei

Tilstede i samtale:

Kort beskrivelse av hendelsesforløp:

### Tre aspekter som må ivaretas:

1. Pasientens opplevelse og syn på tvang og brukermedvirkning
2. Pasientens syn/refleksjon om hvordan unngå bruk av tvang fremover i lignende situasjoner
3. Gjennomgang av hendelsen / begrunnelse for vedtak – hvis pasienten ønsker det

Spørsmål må reformuleres og tilpasses den enkelte pasient og hendelse. Reformuleringer bør ta hensyn til om det er en samtale med fokus på tvangsmidler eller annen tvang.

### Forslag på spørsmål

Kan du beskrive situasjonen slik som du husker den?

Hva trodde du ville skje?

Hva oppfatter du som årsak til tvangsbruken?

Når begynte «situasjonen» for deg?

Hva pleier å hjelpe deg når du har slik du hadde det, og hva kunne du selv ha gjort for å forebygge hendelsen?

Hvilke «tegn» hos deg som viser at du begynner å ha det vanskelig burde vi vite noe om?

Var det noe du tenker vi misforstod, burde ha sett eller forstått, som vi ikke gjorde?

Hvilke vurderinger tror du personalet gjorde?

Hvis du hadde vært i situasjonen som et personal hva hadde du gjort da?

Hva tenker du at vi kunne ha gjort som ville ha løst situasjonen annerledes, eller på en bedre måte for deg?

Hvordan opplevde du gjennomføringen av tvangsbruken?

Hva merket du i kroppen i situasjonen (følelser, tanker, andre opplevelser)?

Hva vil du si om måten personalet behandlet deg på?

Hvordan kunne tvangen vært gjennomført på en måte som kunne ha blitt opplevd som mer skånsom for deg?

Hva synes du vi gjorde som var bra eller ivaretagende i forkant, under eller etter tvangsepisoden?

Hvilken informasjon kunne du ha trengt før, under og etter tvangsepisoden?

Hvor/ når opplevde du at du falt til ro?

Hva ville være det optimale vi kan gjøre i en lignende situasjon?

Hva kan personalet lære av denne situasjonen, slik at det ikke skjer igjen?

Er det noe vi ikke har snakket om, som du eller vi kunne gjort annerledes for å forebygge dette?

Hvis du ønsker det, så kan vi fortelle om hvordan vi opplevde situasjonen, hva vi prøvde på og hvorfor vi til slutt gjorde det vi gjorde

## VEDLEGG X – Gjennomgang av tvangsmiddelbruk – eksempel på skjema

### Gjennomgang av tvangsmiddelbruk

Pasient: mann <input type="checkbox"/> kvinne <input type="checkbox"/> Alder:
Antall pasienter innlagt:..... menn:..... kvinner:.....

Dato:	Post:
På jobb: menn: kvinner: faglært:	
Tilstede i situasjonen: menn: kvinner:	
Hvor startet situasjonen:	

<b>1) Var noen av disse tiltakene for å vurdere voldsrisiko iverksatt eller gjennomført før iverksetting av tvangsmiddel</b>			
V-Risk 10 ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> (Skår lav <input type="checkbox"/> moderat <input type="checkbox"/> høy <input type="checkbox"/> ) BVC <input type="checkbox"/> Skår BVC: Kontinuert <input type="checkbox"/> Samtale om vold, del a <input type="checkbox"/> del b <input type="checkbox"/>			
<b>2) Skader/ avvik/ SOAS/ ettersamtale</b>			
Skader på personalet ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Skader på pas. ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Meldt avvik v/skade ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Fylt ut SOAS ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>
Er ettersamtale gjort ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	Hvis nei, er ettersamtale lagt inn i behandlingsplanen ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>		

<b>3) Hvilke tvangsmidler ble brukt med klokkeslett og varighet.</b>			<b>4) Var tvangsmiddelbruk nært i tid med tanke på innleggelse eller overføring?</b>		
<b>Tvangsmidler</b>	<b>Klokkeslett</b>	<b>Varighet</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Innleggelse <input type="checkbox"/> Overføring <input type="checkbox"/>	Antall timer:
a) Mekaniske tvangsmidler			<b>5) Hvor lang tid i forkant av tvangsmiddelbruken ble det observert forvarsler?</b>		
b) Isolasjon			I det situasjonen oppstod <input type="checkbox"/>	Under 10 min i forkant <input type="checkbox"/>	
c) Korttidsvirkende legemidler			10-30 min i forkant <input type="checkbox"/>	Under 1 time i forkant <input type="checkbox"/>	
d) Kortvarig fastholding			1-2 timer i forkant <input type="checkbox"/>	Mer enn 2 timer <input type="checkbox"/>	

<b>6) Atferd som førte til bruk av tvangsmiddel</b>						
Truet med utagering <input type="checkbox"/>	Trusler om vold <input type="checkbox"/>	Motorisk urolig <input type="checkbox"/>	Fysisk truende <input type="checkbox"/>	Gikk løs på inventar <input type="checkbox"/>	Provoserende atferd <input type="checkbox"/>	Kastet gjenstander <input type="checkbox"/>
Gikk til fysisk angrep på medpasient <input type="checkbox"/> personalet <input type="checkbox"/> seg selv <input type="checkbox"/>			Annet:			
<b>7) Vurdering av pasientens tilstand</b>						
Forvirret <input type="checkbox"/>	Hallusint <input type="checkbox"/>	Redd <input type="checkbox"/>	Paranoid <input type="checkbox"/>	Målløst aggressiv <input type="checkbox"/>	Adekvat sint <input type="checkbox"/>	
Ruset <input type="checkbox"/>	Abstinent <input type="checkbox"/>	Annet:				
<b>8) Var tvangsmiddelet reletert til noen av disse situasjonene</b>						
Videreføring av politiets tvangsmiddel v/innkost <input type="checkbox"/>		Planlagt medisinerings <input type="checkbox"/>		Informasjon om å måtte bli på sykehuset <input type="checkbox"/>		
Informasjon om tvangsmedisinerings <input type="checkbox"/>		Paragrafvurdering <input type="checkbox"/>		Vaktskifte <input type="checkbox"/> Møtevirksomhet <input type="checkbox"/>		
Korrigerings fra helsepersonell <input type="checkbox"/>		Uro i posten <input type="checkbox"/>		Annet:		
<b>9) Hvilke tiltak ble iverksatt for å hindre bruk av tvangsmidler</b>						
De-eskalerende kommunikasjon: Ja, bar ikke frem <input type="checkbox"/> Nei, ikke mulig å oppnå dialog <input type="checkbox"/>		Tett terapeutisk oppfølging <input type="checkbox"/> og skjerming <input type="checkbox"/>		Prøvde å motivere til alternativ adferd <input type="checkbox"/>		
Tilbød pasienten medisiner, som pasienten tok <input type="checkbox"/> Pasienten ikke tok <input type="checkbox"/>		Ingen. Situasjonen oppstod akutt, uten forvarsler <input type="checkbox"/>		Andre tiltak:		
<b>10) Beskriv kort eskaleringen av situasjon og tilsynelatende utløsende årsak for tvangsmiddelbruk, evt. bruk baksiden.</b>						

<b>11) Hendelse gjennomgått med leder og personal som iverksatte tvangsmiddelet. Leders vurdering:</b>	
Dato:	Sign.:

## **Guide for gjennomgang av §4.8**

Dette kan være en samtale både ledere og medarbeidere synes er vanskelig. Den kan oppleves som en «pekefinger» - du har gjort noe galt. Standardisering av samtalen med en guide har blitt opplevd positivt. Fokuset er på læring og utvikling.

Vi er en lærende organisasjon, og ønsker å forbedre vår praksis ved å gjennomgå situasjoner, og undersøke om vi kan lære av våre felles erfaringer. Grunnlaget for manualen baserer seg på teori hentet fra medisinsk simulering (Sim Oslo), modell for etisk refleksjon fra Senter for Medisinsk Etikk ved UiO.

Gjennom guiden ønsker vi å bidra til økt bevisstgjøring: Hvordan forholder vi oss aktive til informasjon, sjekker ut kommunikasjon, og bidrar slik at I god informasjonsflyt gir bedre grunnlag for de tiltak man velger, og at vi sammen kan forebygge vanskeligere situasjoner.

Sett av tid (og rom til inviterte, og anbefalt forberedelse er å ha lest dokumentasjonen. Strukturen i selve samtalen er tredelt:

**Del 1)** Etablere et faktisk/ objektiv forståelse av hendelsesforløpet ved å gå gjennom skjemaet.

**Del 2)** Reflektere over prosessene som fant sted, både individuelt og i teamet. Fokus er hvordan man forstod, fortolket, følte, hva man tenkte og hvordan det påvirket handlinger.

Spørsmålene er i tilfeldig rekkefølge, og er overlappende. Man kan la den det gjelder velge fem tall, og ta de spørsmålene. Noe av hensikten er å fjerne «pekefingeren».

**Del 3)** Læringspotensialet, hva kan man ta med seg videre, og hvordan kan man gjøre det i praksis.

Et eksempel på hvordan gjennomgang av tvangsmiddelbruk kan gjøres:

1. Ansvarsvakt, eller den som i praksis har fattet beslutningen om å benytte tvangsmidler fyller ut skjemaet «gjennomgang av tvangsmidler».
2. Leder leser gjennom dokumentasjon i EPJ og skjemaet, kaller inn til samtale og gjennomfører denne.
3. Hvis ønskelig så arkiveres skjemaet på egnet sted for å samle inn data for å kunne evaluere, se sammenhenger over tid.

Noen institusjoner har tilpasset gjennomgangen lokalt, og har valgt ut spørsmål de ønsker å fokusere på og gjort de til en forlengelse av selve skjemaet.

## Gjennomgangen

1) Etabler en «faktuell/objektiv» forståelse av hendelsesforløpet, bl.a. ved å gå gjennom «Gjennomgang av §4.8». Gjenfortell kort og oppsummert din forståelse. Tolkninger og forståelse er hovedfokus i del to.

2) Reflektere over prosessene, og den indre dialogen, som fant sted:

Den det gjelder velger fem tall, og ta de spørsmålene.

- 1) Hva var det som gjorde at du/ dere gjennomførte beslutningen?
- 2) Hvordan kom du/ dere frem til beslutningen din?
- 3) Hva var det som gjorde at du/ dere valgte å bruke tvangsmiddelet/ tvangsmidlene?
- 4) Før situasjonen oppstod, var det tilgjengelig noe informasjon om at noe slikt kunne skje?
  - a. Hvis ja, ble den informasjonen brukt på noe vis?
  - b. Hvis nei, forelå det ikke noe dokumentasjon/ informasjon fra før, rakk ikke sjekke, eller andre grunner?
- 5) Var det, eller dukket det opp underveis, i situasjonen informasjon som ikke passet inn i «bildet» ditt av situasjonen?
  - a. Hvis det var det, hva gjorde du med den informasjonen?
  - b. I ettertid, har det dukket opp noe som du ikke «så» der og da? Hvis du hadde «sett» det da, hvordan kunne det ha påvirket hvordan situasjonen ble håndtert?
- 6) Spurte du etter informasjon eller synspunkter fra andre?
  - a. Hvis ja, fikk du informasjon, og hvordan forholdt du deg til den?
  - b. Hvis nei, hva var det som gjorde at du ikke gjorde det?
- 7) Var det et «miljø» tilstede som gjorde det mulig å dele informasjon, komme med andre fortolkninger/ opplevelser av situasjonen?
- 8) Hva fikk du til i situasjonen?
- 9) Hva fikk dere til som et team?
- 10) Ser du noen forbedringsområder i måten å håndtere tilsvarende situasjoner på i fremtiden?
- 11) Spurte du deg selv om du kunne forstå/ tolke situasjonen annerledes enn hva du gjorde?
  - a. Hvis ja, hva var den alternative tolkningen? Hvorfor førte ikke den frem?
  - b. Hvis nei, i ettertid – finnes det en annen måte å forstå situasjonen på?
- 12) Når begynte situasjonen?
- 13) Når så dere tidligtegn?
  - a. Hva var det dere så/observerte?
  - b. Hva gjorde dere med det?
- 14) Hvilke parter var involvert?
  - a. Hvilke verdier og holdninger var presentert?
  - b. De ulike partene, hadde de ulike verdier eller ståsteder og eventuelt hvilke?  
Har pasienten fått tilbud om ettersamtale?
    - c. Hvis ja, hvorfor det?
    - d. Hvis nei, hvorfor ikke?
- 15) Har du noen tidligere erfaringer som «informerte» deg om hvordan det kunne være hensiktsmessig å håndtere denne situasjonen?
- 16) Hvordan undersøkte dere pasientens opplevelse i situasjonen?
- 17) Hvis du ikke var den som ledet, var du enig i vurderingen og løsningen?
  - a. Hvis ja, hva var det som gjorde at du var det?
  - b. Hvis nei, hva var det som gjorde at du ikke delte din vurdering?

- 18) Hva følte du i situasjonen?
    - a. I situasjonen, var du klar over hva du følte?
    - b. Hvis ja, hvordan forholdt du deg til det du følte?
  - 19) Nå, i ettertid, det du følte i situasjonen, påvirket det hvordan du valgte å løse situasjonen?
    - a. Hvis ja, på hvilken måte?
  - 20) Kunne situasjonen vært løst annerledes?
  - 21) Hvordan påvirket følelsene dine deg i situasjonen?
  - 22) Hvordan jobber du med å «emosjonelt regulere» deg i situasjoner som denne?
  - 23) Hvordan fungerte ledelse av situasjonen?
  - 24) Når startet hendelsen?
    - a. Når startet hendelsen for personalet?
    - b. Når startet hendelsen for pasienten?
    - c. Hvis hendelsen startet forskjellig, hvordan kan det ha seg? Er det viktig, og hvordan kan det påvirke hvordan man jobber?
- 3) **Hva konkret kan du ta med deg fra situasjonen og gjennomgangen videre?**

**Konsernrevisjonen**  
**Rapport 1/2020**

**Bruk av tvang i psykisk helsevern**  
**(delrapport 1)**

**Helse Sør-Øst**

Dato: 5. mars 2020

# Introduksjon

*Bruk av tvang overfor pasienter i psykisk helsevern er et unntak fra grunnprinsippet om at undersøkelse og behandling skal være frivillig. Pasientens medbestemmelse og autonomi er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven. Regelverket rundt bruk av tvang er omfattende, og vedtak blir fulgt opp av egne kontrollkommisjoner.*

Målet for revisjonen er å undersøke om helseforetakenes bruk av tvangsmidler er i tråd med overordnede styringsinstrukser, og anbefalte tiltak i Helse Sør-Øst RHF (HSØ RHF) sin rapport *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern*.

## Det er definert følgende problemstillinger:

- Har helseforetakene innført anbefalte tiltak for å redusere bruk av tvangsmidler?
- Har helseforetakene etablert tilstrekkelig styring og kontroll for bruk av tvangsmidler?

Del 1 av revisjonen omfatter en spørreundersøkelse blant alle enheter i Helse Sør-Øst som er godkjent for bruk av tvang. Undersøkelsen ble gjennomført i desember 2019.

Del 2 av revisjonen vil bli gjennomført ved tre helseforetak i perioden mars - mai 2020.





# Innhold

<b>1.</b>	<b>Sammendrag</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Kontekst</b>	<b>6</b>
2.1	Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern	6
2.2	Psykisk helsevernloven	6
2.3	Prosjekt Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst	7
2.4	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring	7
<b>3.</b>	<b>Tilnærming</b>	<b>8</b>
3.1	Innretning og metodebruk	8
3.2	Omfang og avgrensning	8
3.3	Temaer for spørreundersøkelsen	8
<b>4.</b>	<b>Resultater fra spørreundersøkelsen</b>	<b>9</b>
4.1	Styring og oppfølging	9
4.2	Kompetanse	12
4.3	Forebygging i bruk av tvangsmidler	14
4.4	Gjennomføring av tvangsmiddelvedtak	18
4.5	Registrering av tvangsmiddelbruk	22
4.6	Oppfølging etter bruk av tvangsmidler	23
	<b>Vedlegg</b>	

# 1. Sammendrag

*Denne rapporten er en oppsummering av en spørreundersøkelse til alle 118 enheter i Helse Sør-Øst som er godkjent for bruk av tvang. Undersøkelsen viser at tilnærmet alle enheter kjenner til anbefalingene som ble gitt i rapporten om redusert bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i Helse Sør-Øst.*

*Et stort flertall har også iverksatt tiltak for å imøtekomme anbefalingene. Tiltakene dekker både forebygging, gjennomføring og oppfølging etter bruk av tvangsmidler. Samtidig viser undersøkelsen at det er noen svakheter ved lederoppfølgingen på dette området. Nedenfor gir vi et sammendrag av de ulike områdene undersøkelsen omfatter.*

## *Styring og oppfølging*

For å nå målet om redusert bruk av tvang er det viktig at enhetene blir fulgt opp på dette. Øverste leder har ansvar for å sørge for at mål og krav operasjonaliseres og for å følge opp resultater.

Et flertall av enhetene oppgir at de ikke har operasjonalisert oppdragsdokumentets mål og krav om redusert bruk av tvangsmidler for 2019. Videre oppgir om lag halvparten av enhetslederne at de sjeldnere enn månedlig blir fulgt opp av overordnet leder om enhetens tvangsmiddelbruk. For å sikre kontinuerlig oppmerksomhet om bruk av tvangsmidler bør dette i større grad synliggjøres og inngå i ledelsesoppfølgingen gjennom hele styringslinjen.

## *Kompetanse*

Det er viktig at de som har vedtaksmyndighet får tilstrekkelig opplæring slik at faglig forsvarlighet ivaretas. Tilnærmet alle enhetene har spesifiserte kompetansekrav for de som er vedtaksansvarlige. Enhetene

med hyppigst bruk av tvangsmidler gjennomfører regelmessig trening i å håndtere utagerende og voldelig atferd. Samtidig er det variasjoner både innad og mellom enheter og helseforetak i hvordan opplæringen er utformet. Det vil også være viktig at det gjennomføres regelmessig trening i enheter som sjelden har behov for å benytte tvangsmidler, slik at kompetansen vedlikeholdes.

## *Forebygging i bruk av tvangsmidler*

Forebyggende tiltak skal i størst mulig grad forhindre situasjoner som kan resultere i bruk av tvangsmidler. For at både personell og pasienter skal kunne fungere best mulig som et sosialt fellesskap, og for å legge til rette for et godt behandlingsmiljø, er det anledning til å ha interne husordensregler. Et stort flertall av enhetene har husordensregler. Disse er i stor grad nylig revidert og gjennomgått av kontrollkomisjonene.

Fjerning av ferdig monterte beltesenger er et signal om å finne mindre inngripende løsninger. Et mindretall av enhetene har ferdig monterte beltesenger. Det er i hovedsak enhetene med hyppigst bruk av tvangsmidler som fortsatt har dette. Flere enheter har imidlertid en plan om å fjerne ferdig montert belteseng.

Systematisk bruk av voldsrisikovurderinger og risikoreduserende tiltak, kan bidra til færre situasjoner der tvangsmidler blir benyttet. De fleste enhetene gjennomfører dette. Samtidig er det færre enheter hvor pasientene selv gjør en egenvurdering av risiko for voldelig eller utagerende adferd. Enhetene med mest bruk av tvangsmidler gjør dette i større grad enn andre enheter.

### *Gjennomføring av tvangsmiddelvedtak*

Tvangsmidler skal bare brukes når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. For i størst mulig grad å sikre at tvangsmidler kun benyttes der andre intervensjoner ikke er tilstrekkelig, er det viktig med en trinnvis tilnærming. Prinsippet er minst mulig inngripende, så kortvarig som mulig, så skånsomt som mulig.

De fleste enhetene oppgir at de benytter en trinnvis tilnærming ved valg av tvangsmidler. Likevel oppgir kun halvparten av enhetene at de har en beskrivelse av hvilke situasjoner de ulike tvangsmidlene kan benyttes. Dette kan medføre uønsket variasjon i tilnærmingen til bruk av tvangsmidler.

Det er faglig ansvarlig (psykiater eller psykologspesialist) som kan treffe vedtak om bruk av tvangsmidler. Tilnærmet alle enhetene oppgir at det er faglig ansvarlig alene som står som ansvarlig for vedtaket i elektronisk pasientjournal (EPJ), når vedkommende er tilstede.

I situasjoner hvor faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet, kan ansvarshavende som for eksempel lege, avdelingssykepleier eller psykolog fatte vedtak om bruk av tvangsmidler. I rapporten blir det anbefalt at den som fatter vedtaket også skal stå som ansvarlig for vedtaket i EPJ.

Om lag halvparten av enhetene oppgir at det i slike tilfeller er ansvarshavende alene som står som ansvarlig for vedtaket i EPJ. De resterende oppgir at det er faglig ansvarlig som står ansvarlig for vedtaket.

### *Oppfølging etter bruk av tvangsmidler*

Ettersamtaler med ansatte, pasienter og pårørende kan være et nyttig verktøy til å innhente erfaringer og tilbakemeldinger. De kan legges til rette for økt læring og kvalitetsutvikling, samt benyttes til å håndtere lignende situasjoner på andre måter i fremtiden. Helseforetakene har i stor grad lagt til rette for å innhente erfaringer fra ansatte, pasienter og pårørende.

Samtidig har et mindretall av enhetene endret praksis på bakgrunn av tilbakemeldinger fra pasienter eller pårørende. Dette indikerer at det er et potensiale for å i større grad benytte tilbakemeldingene til systematisk læring og forbedring. Dette kan gi økt brukermedvirkning og en praksis som ytterligere er tilpasset pasientenes behov.

### *Registrering av tvangsmiddelbruk*

Korrekt styringsinformasjon er nødvendig for å kunne følge utviklingen, vurdere behovet for endring og iverksette korrigerende tiltak.

Det har tidligere vært utfordringer med å skaffe god oversikt over tvangsmiddelbruk ved de ulike helseforetakene da det har vært variasjoner i hvordan registreringen har blitt utført.

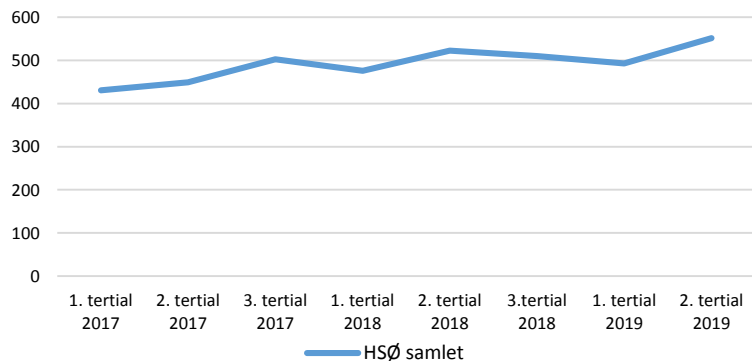
De fleste enhetene har føringer for registreringer av tvangsmiddelbruk, og det gis opplæring. Videre oppgir om lag halvparten av enhetslederne at registreringspraksis regelmessig følges opp. Manglende oppfølging av registreringspraksis kan redusere helseforetakenes evne til å fange opp om registreringene er korrekte og i henhold til gjeldende føringer.

## 2. Kontekst

### 2.1 Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern

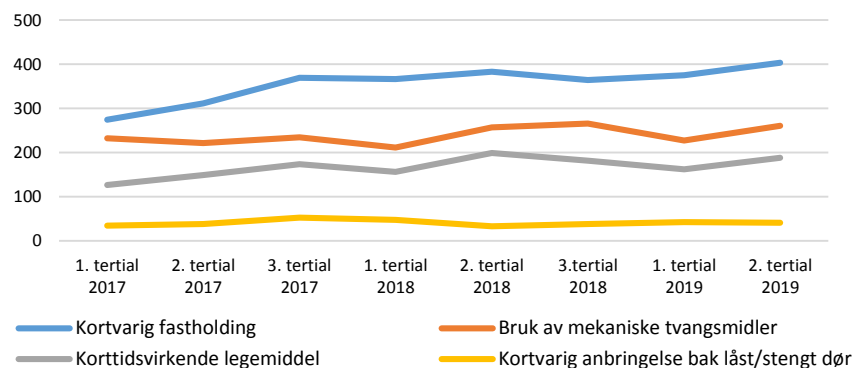
Gjennom flere år har det vært mål om redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern. Helse Sør-Øst RHF har gjennom sine årlige styringsinstrukser etablert mål om harmonisering og reduksjon i bruk av alle former for tvang i psykisk helsevern. Gjennom blant annet rapporten «Økt frivillighet» (2011) ble det gitt anbefalinger og forslag til tiltak for redusert og riktig bruk av tvang.

I oppdragsdokumentene til helseforetakene er det gjennom flere år gitt krav om reduksjon i bruken av tvang. For 2017 ble det gitt krav om å redusere antall pasienter i døgnbehandling per 1000 innbyggere som har minst ett tvangsmiddelvedtak. For 2018 og 2019 var kravet at antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skulle reduseres. Figur 1 viser utvikling i antall pasienter i HSØ med minst ett tvangsmiddelvedtak i perioden fra 1. tertial 2017 til 2. tertial 2019.



Figur 1 Utvikling i antall pasienter med minst ett tvangsmiddelvedtak i perioden 1. tertial 2017 - 2. tertial 2019 i HSØ. Kilde: Helsedirektoratet.

Figur 2 viser utviklingen i bruken av de ulike tvangsmidlene samlet for HSØ, og at det er flest pasienter som får vedtak om kortvarig fastholding. Bruk av kortvarig anbringelse bak låst/stengt dør (isolasjon) er det tvangsmiddelet som benyttes minst i regionen.



Figur 2: Utvikling i bruk av ulike tvangsmidler i perioden 1. tertial 2017 til 2. tertial 2019 i HSØ. Kilde: Helsedirektoratet.

### 2.2 Lov om psykisk helsevern

Jamfør § 4-8 skal «tvangsmidler bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forjeves eller utilstrekkelige».

I henhold til psykisk helsevernloven § 4.8 regnes tvangsmidler som:

- a) Mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt forebyggende spesialklær
- b) Kortvarig anbringelse bak låst dør uten personale tilstede
- c) Enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt
- d) Kortvarig fastholding

Lovens § 1-4 gir hjemmel for at de som kan treffe vedtak, samt beslutte nærmere angitte tvangstiltak, skal være lege med relevant spesialistgodkjenning eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning.

Psykisk helsevernforskriften § 25 åpner for at leder, unntaksvis, kan delegere myndighet til å vedta bruk av mekaniske tvangsmidler, isolering eller kortvarig fastholding til ansvarshavende, som for eksempel lege, avdelingssykepleier eller psykolog. Dette gjelder når faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet.

Lovens § 4.2 gir hjemmel for å etablere husordensregler i institusjoner i Psykisk helsevern. Helseinspektatets kommentarutgave av loven gir føringer for avgrensning av hva det er anledning til regulere ved interne bestemmelser. Kontrollkommisjonene skal føre tilsyn med at husordensreglene er i overensstemmelse med lovens § 63.

### **2.3 Prosjekt Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst**

I 2017 oppnevnte Helse Sør-Øst RHF en prosjektgruppe som fikk i oppdrag å foreslå tiltak for å redusere bruk av tvangsmidler i regionen. I rapporten *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern* ble det gitt anbefalinger om hvordan bruken av tvangsmidler kan reduseres. Rapporten ble sendt alle helseforetak våren 2019. Gjennom oppdragsdokumentet for 2019 er det gitt krav om at anbefalinger i rapporten skal innføres på samtlige aktuelle avdelinger i regionen.

Det er opprettet en regional faggruppe som skal bidra til erfaringsutveksling, og en mest mulig enhetlig forvaltning og operasjonalisering av anbefalingene i rapporten. Faggruppen planlegger å besøke alle helseforetak og sykehus som er godkjent for bruk av tvang våren 2020. Der vil de gjennomgå hvordan helseforetakene har tilrettelagt for redusert bruk av tvang, samt gi råd og veiledning for videre arbeid. I etterkant er det planlagt møter for både ledere og klinkere for videre erfaringsutveksling.

### **2.4 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring**

God kvalitet på helsetjenesten, herunder bruk av tvang i psykisk helsevern, er avhengig av at ledelsen planlegger og følger opp pasientbehandlingen. En forutsetning for at dette gjøres på en god måte er at det er etablert et hensiktsmessig styringssystem i virksomheten. Dette er tydeliggjort i forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring.

# 3. Tilnærming

## 3.1 Innretning og metodebruk

Målet for revisjonen er å undersøke om helseforetakenes bruk av tvangsmidler er i tråd med overordnede styringsinstrukser, og status på helseforetakenes og sykehusenes arbeid i å imøtekomme oppdragsdokumentets krav.

Del 1 av revisjonen er en spørreundersøkelse til alle enheter i regionen som er godkjent for bruk av tvang.

## 3.2 Omfang og avgrensning

Helseforetak og sykehus har oversendt oversikter over alle enheter som er godkjent for bruk av tvang, samt kontaktinformasjon til nærmeste leder av disse. En samlet oversikt viser at det varierer mellom helseforetakene om enheter innen DPS eller BUP er godkjent for bruk av tvang. Antall enheter fordelt per helseforetak vises i vedlegg 1.

Et elektronisk spørreskjema ble sendt til totalt 118 enheter og alle enheter har besvart undersøkelsen.

For å kunne sammenligne mest mulig like enheter har vi delt enhetene inn i kategorier. Vår plassering av enhetene er basert på enhetenes- og avdelingens navn. De kan derfor være plassert i andre kategorier enn hva helseforetakene selv ville ha gjort. Se tabell 1.

Tabellen gir også en oversikt over gjennomsnittlig antall vedtak pr måned for ulike type enheter. I tabellen er regional sikkerhetsavdeling og de lokale sikkerhetsavdelingene adskilt på grunn av betydelig forskjell i antall tvangsmiddelvedtak. Videre i rapporten er derimot disse slått sammen.

Type enheter	Antall enheter	Gjennomsnitt antall vedtak pr mnd.
Mottak /akutt	30	11,7
Alderspsykiatri	14	0,9
Barn og unge (BUP)	8	3,6
Døgn (i hovedsak psykose/affektive lidelser)	32	6,7
Sikkerhet (lokale)	12	3,9
Sikkerhet (regional)	3	21
Distriktpsikiatrisk senter (DPS)	10	0,3
Psykiatri og utviklingshemning (Psyk og utv.)	3	3,5
Spiseforstyrrelser	6	6,6
Samlet	118	12,8

Tabell 1: Antall enheter og gjennomsnittlig antall tvangsmiddelvedtak fordelt på type enhet.

## 3.3 Temaer for spørreundersøkelsen

Følgende temaer er kartlagt i spørreundersøkelsen:

- Styring og oppfølging.
- Føringer for hvordan enhetene/avdelingene skal forebygge, håndtere og følge opp etter bruk av tvangsmidler.
- Hvem som er gitt myndighet til å være vedtaksansvarlig og hvilke oppgaver som ligger i dette.
- Kompetansekrav og føringer for opplæring.
- Bruk av trinnsvis tilnærming når bruk av tvangsmidler er besluttet.
- Registrering for bruk av tvangsmidler i EPJ.

# 4. Resultater fra spørreundersøkelsen

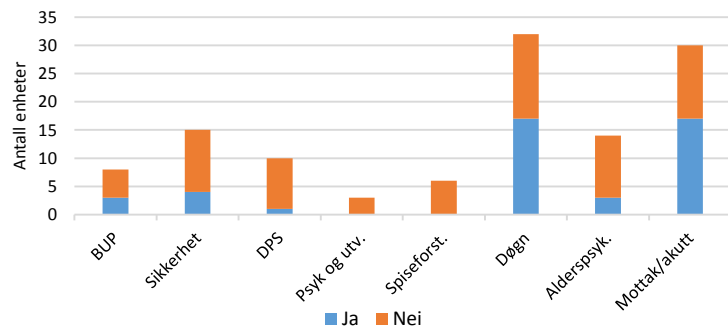
## 4.1 Styring og oppfølging

For å styre og levere faglig forsvarlige tjenester av god kvalitet i enhetene, må ledere vite hva de skal oppnå. Det må settes et klart og tydelig mål for alle sentrale områder det skal leveres på.

Dette kapittelet omhandler i hvilken grad enhetene har operasjonalisert oppdragsdokumentets mål- og resultatkrav for reduksjon i bruk av tvangsmidler, og videre hvordan dette følges opp i styringslinjen.

### 4.1.1 Krav gitt i oppdragsdokumentet for 2019

Undersøkelsen viser at et flertall av enhetene ikke har operasjonalisert mål og krav som er gitt i oppdragsdokumentet for å redusere bruk av tvangsmidler.

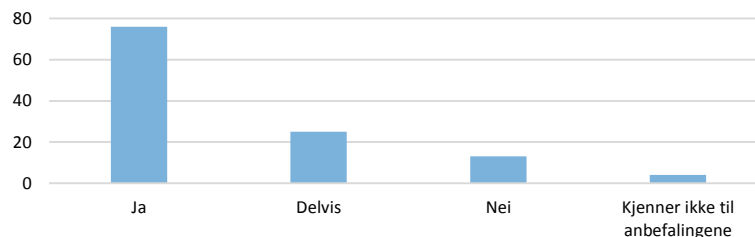


Figur 3: Antall enheter med definerte mål- og resultatkrav om reduksjon i bruk av tvangsmidler fordelt på type enheter.

Figur 3 viser også at dette varierer innad i og mellom type enheter. For eksempel er det definert mål- og resultatkrav om reduksjon i bruk av tvangsmidler for 4 av de 15 sikkerhetsenhetene. For akutt- og døgnenhetene er det om lag halvparten som har definert mål- og resultatkrav om reduksjon i bruk av tvangsmidler.

### 4.1.2 Anbefalinger gitt i rapport Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst

Spørreundersøkelsen viser at tilnærmet alle enhetene kjenner til anbefalingene i rapporten. Videre har et stort flertall av enhetene iverksatt tiltak for å imøtekomme anbefalingene, jf. figur 4.

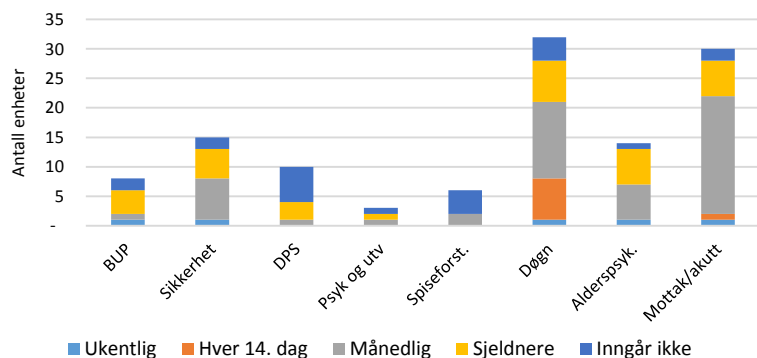


Figur 4: Antall enheter som har iverksatt tiltak for å imøtekomme anbefalingene.

Noen kommenterer at de har iverksatt kompetansehevende tiltak, bruk av ettersamtaler, og bedre oppfølging av involvert personell i etterkant av hendelser. Flere oppgir i tillegg at de har økt bruk av deeskaleringsteknikker, og fastholding og medisinerings framfor mekaniske tvangsmidler. Flere har fjernet ferdig monterte beltesenger, og økt oppmerksomhet på kortere tid i belter.

### 4.1.3 Oppfølging av overordnet leder

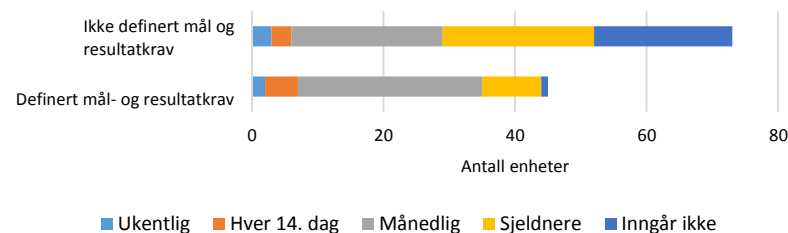
Figur 5 viser at om lag halvparten av enhetene følges opp månedlig eller hyppigere av overordnet leder i bruken av tvangsmidler. Dette varierer imidlertid innad i og mellom både helseforetak og type enheter. For eksempel er det 7 av 15 sikkerhetsenheter som følges opp sjeldnere enn månedlig eller aldri.



Figur 5: Fordeling av hvor hyppig overordnet leder følger opp utviklingen i bruken av tvangsmidler fordelt på type enheter.

De fleste enhetene som ikke blir fulgt opp på dette området, kommenterer at enheten har liten bruk av tvangsmidler. Et lite fåtall viser til at dette ikke har oppmerksomhet fra overordnet ledelse, selv om enheten benytter tvangsmidler.

Figur 6 viser forskjellen i hvor hyppig enheter blir fulgt opp av overordnet leder, avhengig av om enheten har definerte mål- og resultatkrav om reduksjon i bruk av tvangsmidler.



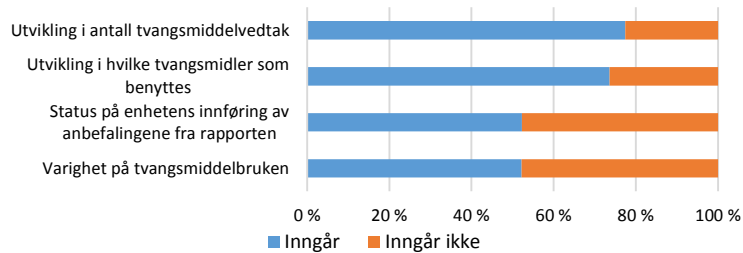
Figur 6: Hyppighet på oppfølging fra overordnet leder fordelt på om enhetene har definerte mål- og resultatkrav om reduksjon i bruk av tvangsmidler.

Figuren viser at 45 enheter har fått definert mål- og resultatkrav. Av disse er det en stor andel som følges opp månedlig eller hyppigere.

Av de 73 enhetene som ikke har mål- og resultatkrav er det et mindretall som blir fulgt opp månedlig eller hyppigere. De fleste av disse blir fulgt opp sjeldnere enn månedlig eller aldri.

For de enhetene som følges opp, viser figur 7 at det i all hovedsak er utvikling av antall tvangsmiddelvedtak og hvilke tvangsmidler som benyttes, som inngår i ledelsesoppfølgingen. For halvparten av enhetene inngår også varighet på tvangsmiddelbruken og status på innføring av anbefalte tiltak i oppfølgingen.

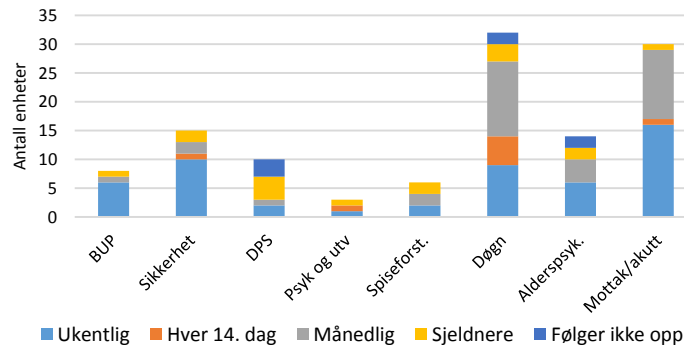




Figur 7: Fordeling av hvilke forhold som inngår i ledelsesoppfølgingen fra overordnet leder.

#### 4.1.4 Enhetslederens egen oppfølging

Undersøkelsen viser at om lag 80 prosent av enhetslederne følger opp enhetens bruk av tvangsmidler månedlig eller hyppigere. Figur 8 viser samtidig at hyppigheten varierer både innad i og mellom type enheter.

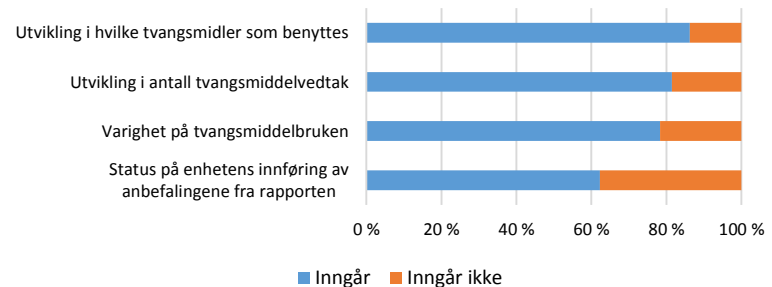


Figur 8: Fordeling av hvor hyppig enhetsledere følger opp utviklingen i tvangsmiddelbruk fordelt på type enheter.

Enhetsledere innenfor sikkerhet og BUP har hyppigst oppfølging. For eksempel oppgir 10 av 15 ledere for sikkerhetsenheter at de følger opp ukentlig.

Flere kommenterer at alle tvangsvedtak diskuteres i morgenmøter, behandlingsmøter, personalmøter og i kvalitetsutvalg. Andre kommenterer at tvangsmiddelbruk også diskuteres med verneombud og tillitsvalgte.

Figur 9 viser at et stort flertall av enhetslederne følger opp utviklingen av antall tvangsmiddelvedtak, hvilke tvangsmidler som benyttes mest og varighet på tvangsmiddelbruken. Videre er det 60 prosent som følger opp status på innføring av anbefalingene i rapporten.



Figur 9: Fordeling av hvilke forhold som inngår i oppfølgingen hos enhetsleder.

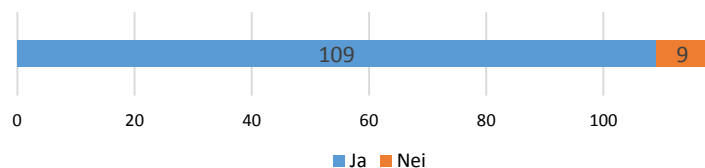
## 4.2 Kompetanse

Å redusere bruken av tvangsmidler vil blant annet innebære andre tilnærminger eller handlingsmønstre. For å nå målsetningen om redusert bruk av tvangsmidler er det derfor viktig med kompetansehevende tiltak. I dette kapitlet belyser vi om enhetene har definert kompetansekrav og iverksatt opplæringsaktiviteter for å imøtekomme kravet om å redusere bruken av tvangsmidler.

### 4.2.1 Kompetansekrav og opplæringstiltak

#### For vedtaksansvarlige

Figur 10 viser at 109 av de 118 enhetene har spesifisert kompetansekrav for de som er vedtaksansvarlige.

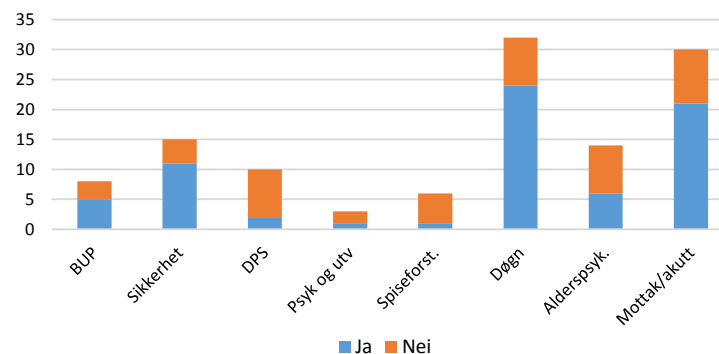


Figur 10: Antall enheter som har spesifisert kompetansekrav for alle vedtaksansvarlige.

Noen enheter beskriver at det har vært gjennomført opplæring i å skrive tvangsmiddelvedtak for alle med høyskoleutdanning, og at ansatte deltar på ulike kurs som berører tvang.

#### For enhetene generelt

Undersøkelsen viser at om lag 60 prosent av enhetene har iverksatt kompetansetiltak for å redusere bruken av tvangsmidler. Figur 11 viser videre at det varierer både innad i og mellom type enheter.



Figur 11: Antall enheter som i 2019 har iverksatt kompetansetiltak for å redusere bruken av tvangsmidler fordelt på type enheter.

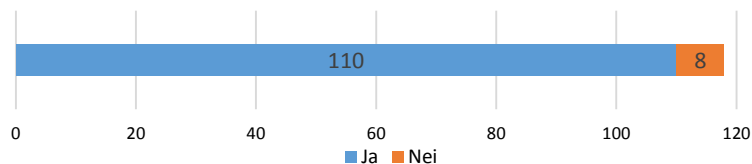
En stor andel av sikkerhet-, døgn- og akuttene har iverksatt kompetansetiltak i 2019. Enheter i blant annet DPS og alderspsykiatri har i mindre grad iverksatt kompetansetiltak.

Av iverksatte kompetansetiltak beskriver flere enheter følgende områder:

- Samhandlingskurs som skal bygge kompetanse om tvangsforebyggende tiltak
- Konfliktdempende kommunikasjon
- Opplæring i deeskalering og konflikthåndtering

- Utdanning av instruktører i håndtering av utfordrende atferd - terapeutisk konflikthåndtering
- Involvering av pasient ved kartlegging av voldsrisiko

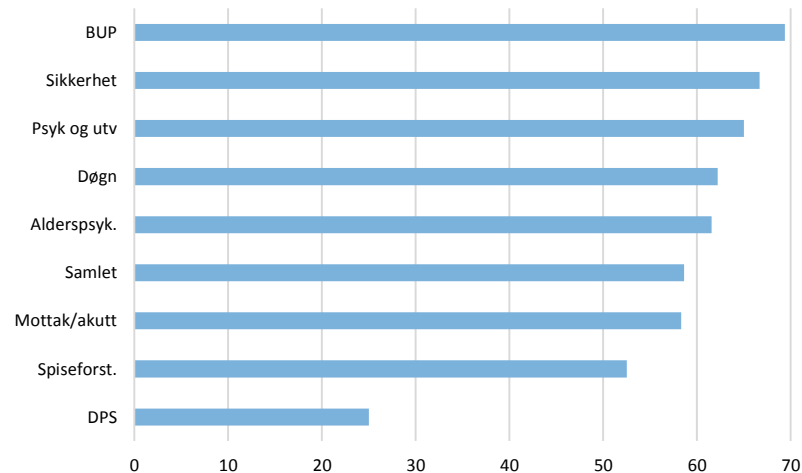
Figur 12 viser at tilnærmet alle enhetene har iverksatt opplæring i å forebygge utagerende og voldelig adferd i 2019.



Figur 12: Antall enheter hvor personalgruppen i 2019 har fått opplæring i å forebygge utagerende og voldelig adferd.

Figuren viser at det er 8 enheter hvor personalgruppen ikke har fått opplæring. Dette er enheter innen DPS og alderspsykiatri, som generelt har lite bruk av tvangsmidler.

Enhetslederne har videre anslått hvor stor andel av personalgruppen som de siste tre månedene har trent på å håndtere utagerende/voldelig adferd. Samlet har i underkant av 60 prosent av ansatte i enhetene trent, men dette varierer mellom type enheter jf. figur 13.



Figur 13: Gjennomsnittlig andel av personalgruppen som har trent i å håndtere utagerende og voldelig adferd de siste tre månedene fordelt på type enheter.

Figuren viser at andelen av personalgruppen som har trent på å håndtere utagerende og voldelig atferd de siste tre månedene varierer fra rundt 20 til 70 prosent mellom de ulike type enhetene. Nærmere analyser viser også at andelen varierer fra 40 til 80 prosent mellom helseforetakene.

Flere kommenterer samtidig at treningen rullerer etter turnus, og at personalgruppene har krav om å trene hver 6. måned. Andre viser til at enhetene har ulik tilnærming til opplæring i og med at de svært sjelden har utagerende pasienter og at det derfor er viktig å ha regelmessig trening, andre igjen viser til at de derfor ikke prioriterer slik trening.

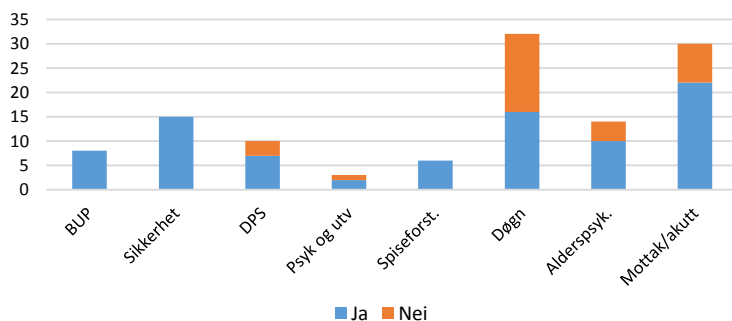
### 4.3 Forebygging i bruk av tvangsmidler

I dette kapittelet viser vi resultatene i hvordan enhetene forebygger bruk av tvangsmidler. I dette inngår resultatene om husordensregler, om enhetene har ferdig monterte beltesenger og om voldsriskovurderinger.

#### 4.3.1 Husordensregler

For å fungere best mulig som et sosialt fellesskap, og for å legge til rette for et godt behandlingsmiljø, er det anledning til å ha interne husordensregler. Dette skal vurderes opp mot hensyn til medpasienter og driftsmessige hensyn.

Figur 14 viser at et stort flertall av enhetene har husordensregler. Dette varierer imidlertid innad i og mellom både helseforetak og type enheter. Alle enheter i BUP og sikkerhet har husordensregler, og om lag halvparten av døgnenhetene.

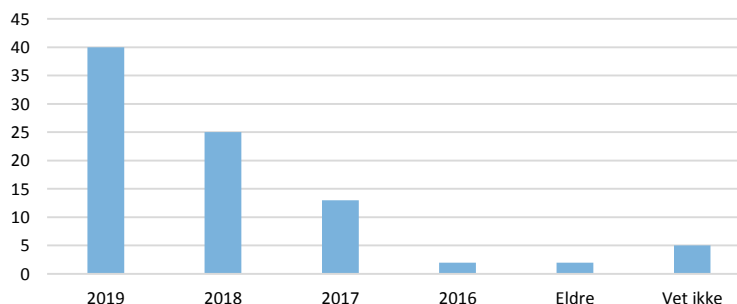


Figur 14: Antall enheter som har husordensregler fordelt på type enheter.

Noen enheter kommenterer om det å ha husordensregler:

- Det er fokus på å ha minst mulig generelle regler.
- Husordensreglene er kun generelle regler som gjelder for vanlig orden og høflighet for hele klinikken.
- Har pasientene behov for spesielle begrensninger på grunn av sin sykdom, skal dette nedfelles i den enkeltes behandlingsplan.

I figur 15 ser vi at om lag halvparten av enhetene reviderte sine husordensregler i 2019. Et fåtall av dagens husordensregler er fra 2017 eller eldre.



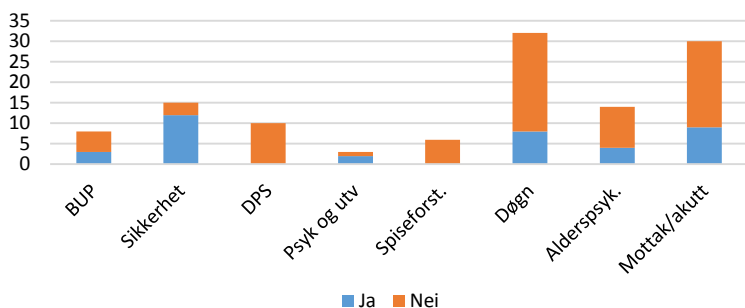
Figur 15: Fordeling av når dagens husregler sist ble revidert.

Spørreundersøkelsen viser også at kontrollkomisjonene har gjennomført tilsyn av tilnærmet alle av dagens husordensregler. Et overveiende flertall oppgir at de har lagt til grunn krav som er gitt i Lov om psykisk helsevern.

### 4.3.2 Ferdig monterte beltesenger

Fjerning av ferdig monterte beltesenger er et signal om å finne mindre inngripende løsninger. Innstramning i bruk av mekaniske tvangsmidler må skje i en faglig sammenheng, med vekt på dialog med pasienten og ved kartlegging av voldsrisiko.

Spørreundersøkelsen viser at om lag 30 prosent av enhetene har ferdig monterte beltesenger. Figur 16 viser at dette varierer både innad i og mellom type enheter.



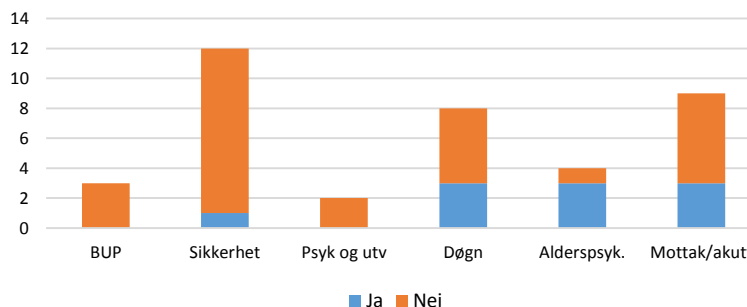
Figur 16: Antall enheter med ferdig montert belteseng fordelt på type enheter.

Mens tilnærmet alle sikkerhetsenheter har ferdig monterte beltesenger, har DPS og enheter for pasienter med spiseforstyrrelser ingen.

Noen enheter har kommentert sin bruk av ferdig monterte beltesenger:

- Vi mener vi ivaretar trinnvis tilnærming ved valg av tvangsmiddel selv om belteseng er tilgjengelig i seksjonen.
- Belteseng brukes svært sjelden, og kun til manisk psykotiske pasienter hvor alt annet er prøvd. Det går år mellom hver gang sengen er i bruk.

Vi har videre kartlagt om enhetene har en plan for å fjerne ferdig monterte beltesenger, jf. figur 17.



Figur 17: Antall enheter med plan om å fjerne ferdig montert belteseng fordelt på type enheter.

Om lag 20 prosent av enhetene med ferdig montert belteseng har en plan for å fjerne disse.

Et fåtall sikkerhetsenheter planlegger å fjerne beltesenger, mens ingen enheter innen BUP og psykiatri og utviklingshemning har planer om å fjerne ferdig montert belteseng.

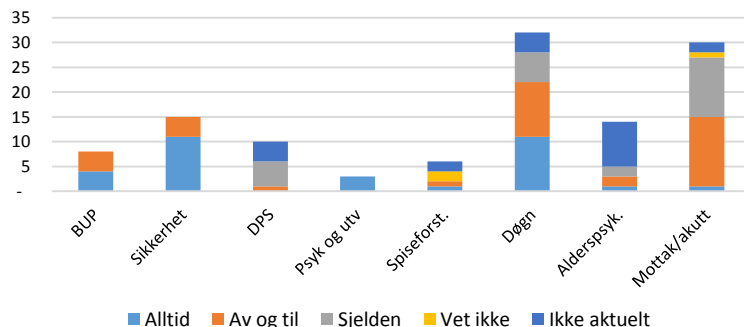
### 4.3.3 Vurdering av risiko for utagering eller vold

Systematisk bruk av voldsrisikovurderinger som videre danner grunnlaget for risikoreducerende tiltak, vil kunne redusere risikoen for at skadelige situasjoner oppstår. For pasienter med forhøyet voldsrisiko er det i tillegg viktig å få mulighet til å gjøre egen vurdering av risiko for utagerende eller voldelig atferd.

#### Behandlers vurdering av risiko for vold

Undersøkelsen viser at tilnærmet alle enheter har prosedyrer for å kartlegge og vurdere pasientens voldsrisiko ved innleggelse. Videre viser undersøkelsen at flertallet også kartlegger pasientenes risiko for vold ved innleggelse, og at det i stor grad benyttes standardiserte kartleggings-skjemaer for denne vurderingen.

Ved forhøyet og vedvarende voldsrisiko anbefales en utdypende vurdering av voldsrisiko. Om lag 40 prosent av enhetene gjennomfører alltid, eller av og til, en utdypende vurdering av utagerende/voldelig adferd, jf. figur 18.

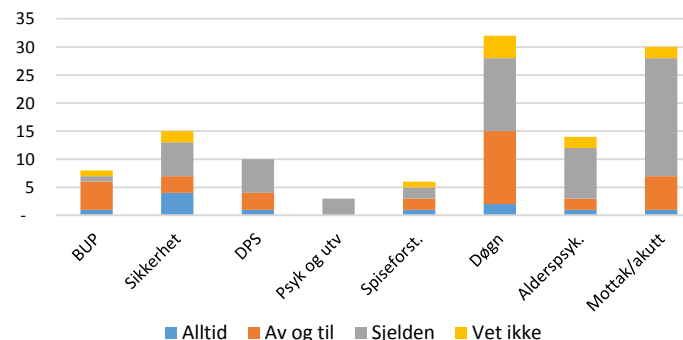


Figur 18: Antall enheter som gjennomfører utdypende voldsrisikovurderinger. Fordelt på type enheter.

Figuren viser at bruk av utdypende vurdering av voldsrisiko varierer både innad i og mellom type enheter. Enheter innen sikkerhet, BUP og døgn gjør dette i hovedsak alltid eller av og til, mens det i mindre grad gjøres ved eksempelvis DPS og alderspsykiatri.

#### Pasientens egen vurdering av risiko for vold

Figur 19 viser at om lag 40 prosent av enhetene gjennomfører samtaler med pasientene om deres egen vurdering av risiko for utagerende eller voldelig atferd. De øvrige enhetene svarer at pasientene sjelden tar del i dette.



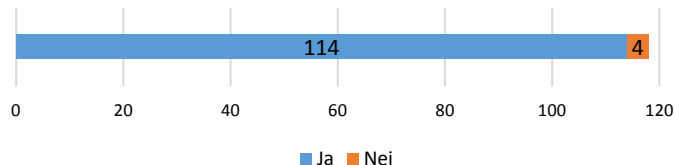
Figur 19: Antall enheter hvor pasienter gjennomfører en egenvurdering av risiko for voldelig eller utagerende adferd ved innleggelse. Fordelt på type enheter.

Figuren viser videre at bruk av egenvurderinger gjøres i ulik grad mellom de ulike type enhetene, og mellom samme type enheter.

#### 4.3.4 Bruk av behandlingsplan

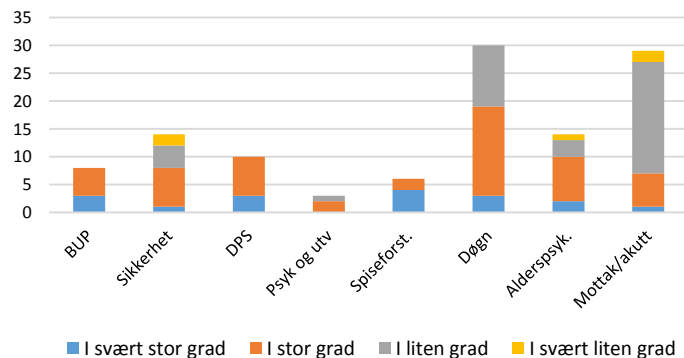
For å ha en samlet oversikt over planlagte tiltak og tidspunkt for evalueringer gjennom behandlingsforløpet, skal alle pasienter ha en behandlingsplan. Behandler og pasient bør i samarbeid utarbeide planen med utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten.

Undersøkelsen viser at tilnærmet alle enheter oppgir at pasienter har behandlingsplan, jf. figur 20.



Figur 20: Antall enheter hvor alle pasienter har behandlingsplan.

Samtidig viser undersøkelsen at pasientene i liten grad involveres i utarbeidelsen av behandlingsplanen, jf. figur 21.



Figur 21: Fordeling av i hvilken grad pasienten involveres i utarbeidelse av behandlingsplan. Fordelt på type enheter.

I de enhetene pasientene involveres i utarbeidelse av behandlingsplanene viser figuren at dette gjøres i ulik grad mellom de ulike type enhetene, og mellom samme type enheter.

Flere har imidlertid kommentert at pasientene ofte er i en tilstand eller forfatning som vanskeliggjør involvering av pasientene i utarbeidelsen av behandlingsplanen.

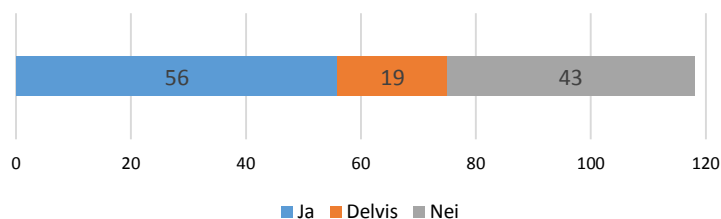
#### 4.4 Gjennomføring av tvangsmiddelvedtak

I dette kapittelet viser vi resultater knyttet til gjennomføringen av et tvangsvedtak – om enhetene har beskrivelser av i hvilke situasjoner tvangsmidler kan iverksettes, og om enhetene har oppmerksomhet rettet mot trinnvis tilnærming ved valg av tvangsmiddel. Videre viser vi resultatene i enhetenes praksis ved vedtak om tvang.

##### 4.4.1 Rutiner for bruk av tvangsmidler

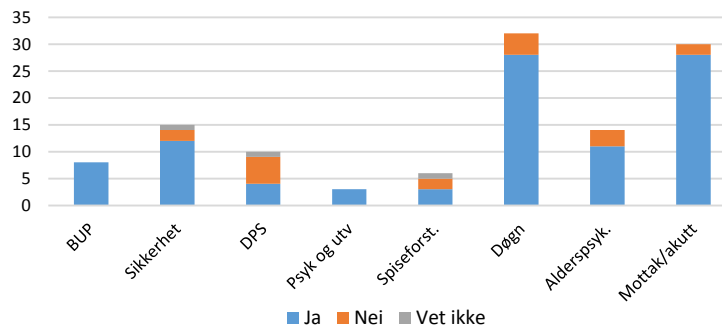
For i størst mulig grad å sikre at tvangsmidler kun benyttes der andre intervensjoner ikke er tilstrekkelig, anbefaler rapporten en trinnvis tilnærming til bruk av tvangsmidler. Det underliggende prinsippet er *minst mulig inngripende, så kortvarig som mulig og så skånsomt som mulig*.

Figur 22 viser at under halvparten av enhetene har beskrevet i hvilke situasjoner tvangsmidler kan iverksettes.



Figur 22: Antall enheter som har beskrevet når tvangsmidler kan benyttes i enhetene.

80 prosent av enhetene oppgir at de har prinsipper om trinnvis tilnærming ved valg av tvangsmidler. Figur 23 viser samtidig at dette varierer noe mellom type enheter.



Figur 23: Fordeling av om enheten har prinsipper om trinnvis tilnærming ved valg av tvangsmiddel. Fordelt på type enheter.

Noen enheter har kommentert følgende vedrørende valg av tvangsmidler:

- Enheten følger lov om psykisk helsevern.
- Det er vanskelig å forutse hvilke tvangsmidler som eventuelt er hensiktsmessig å bruke i hvert enkelt tilfelle, det må vurderes fortløpende.
- Vi velger alltid det som kan oppleves som minst inngripende.
- Enheten har de siste fem årene kun brukt fastholding som tvangsmiddel.

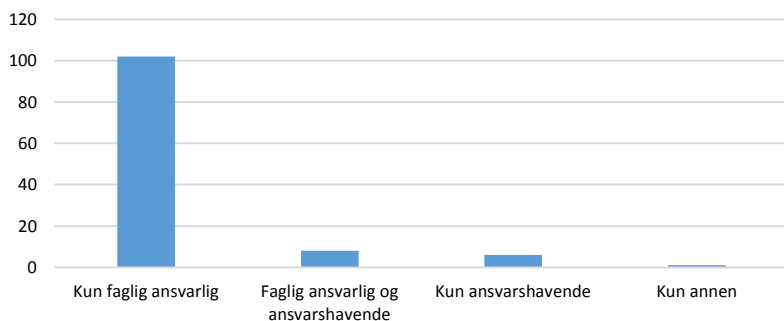


#### 4.4.2 Enhetenes praksis for registrering og dokumentasjon når faglig ansvarlig er tilstede

Psykisk helsevernloven gir hjemmel for at den faglig ansvarlige kan fatte vedtak om tvangsmiddelbruk. Dette vil enten være psykiater eller psykologspesialist. Psykisk helsevernforskriften åpner for at det unntaksvis kan delegeres myndighet til å vedta bruk av tvangsmidler til ansvarshavende, som kan være lege, psykolog eller avdelingssykepleier. Dette gjelder når faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet.

Spørreundersøkelsen viser at 110 enheter har prosedyrer som beskriver hvem som kan fatte vedtak om bruk av tvang.

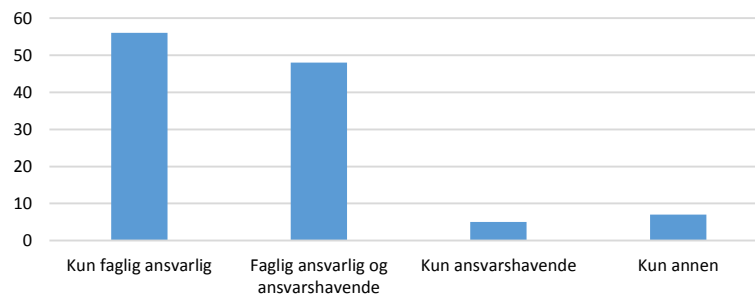
Figur 24 viser hvem som står som ansvarlig for tvangsmiddelvedtak i EPJ når faglig ansvarlig er til stede.



Figur 24: Fordeling av hvem står som ansvarlig for vedtak i pasientjournal.

Figuren viser at tilnærmet alle enhetene oppgir at faglig ansvarlig alene står som ansvarlig for vedtaket i EPJ.

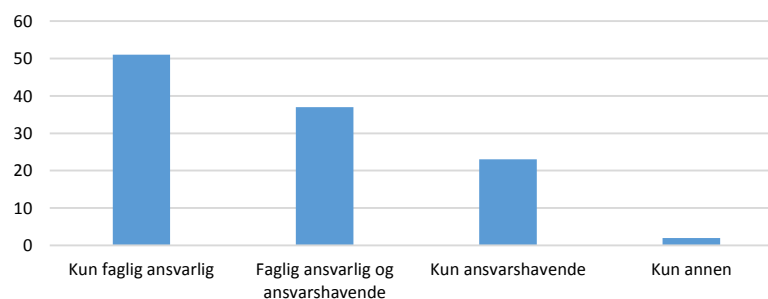
Figur 25 viser fordelingen av hvem som dokumenterer i pasientjournalen.



Figur 25: Fordeling av hvem som dokumenterer i pasientjournal.

Figuren viser at det er faglig ansvarlig alene eller sammen med ansvarshavende som dokumenterer hendelsen i pasientjournalen.

Figur 26 viser at det også er faglig ansvarlig alene eller sammen med ansvarshavende som protokollfører tvangsvedtaket.



Figur 26: Fordeling av hvem som protokollfører tvangsvedtak.

#### 4.4.3 Enhetenes praksis når faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet

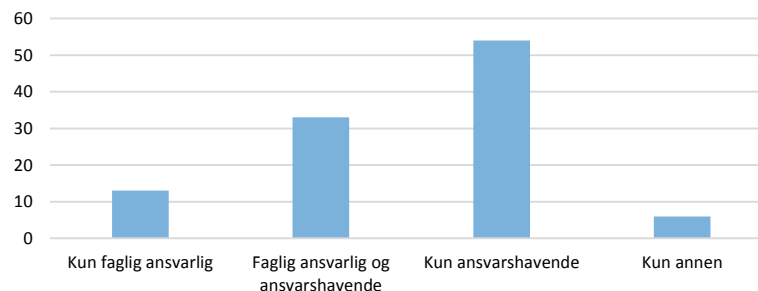
Psykisk helsevernforskriften åpner som tidligere nevnt for at det unntaksvis kan delegeres myndighet til å vedta bruk av tvangsmidler til ansvarshavende, som kan være lege, psykolog eller avdelingssykepleier. Dette gjelder når faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet.

Figur 27 viser at det i disse tilfellene er om lag like mange ansvarshavende som står ansvarlig for vedtaket i pasientens journal som den som er faglig ansvarlig.



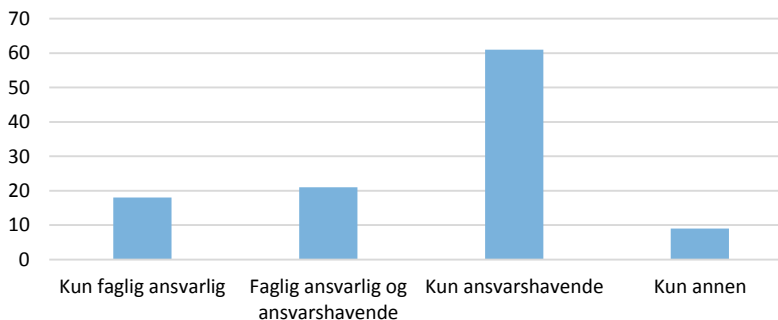
Figur 27: Fordeling av hvem står som ansvarlig for vedtak i pasientjournal.

Figur 28 viser videre at det i hovedsak er ansvarshavende alene eller sammen med faglig ansvarlig som dokumenterer hendelsen i pasientjournalen. Det er således ikke gitt at den som står ansvarlig for vedtakene, også er den som dokumenterer i pasientjournalen.



Figur 28: Fordeling av hvem som dokumenterer i pasientjournal.

Figur 29 gir svar på hvem som protokollfører i tvangsmiddelprotokollen. Fordelingen er stort sett lik den vi ser av figuren over.



Figur 29: Fordeling av hvem som protokollfører tvangsvedtak.

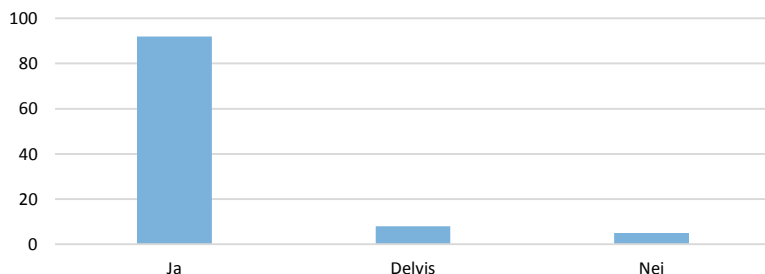
For alle tre figurene er det om lag 6-9 enheter som krysser av for «annen». Disse enhetene er tilknyttet ulike type enheter og helseforetak. Flere oppgir at «annen» ofte er bakvakt eller vakthavende lege.

Enkelte har videre kommentert hvordan vedtak om tvangsmidler praktiseres når faglig ansvarlig ikke er tilstede:

- Ansvarshavende sykepleier protokollfører og spesialist med vedtakskompetanse signerer.
- Når ansvarshavende skriver protokoll, signerer faglig ansvarlig. I helger vil disse oppgavene ligge til vakthavende lege.
- Dersom faglig ansvarlig ikke er tilstede (vakthavende lege), er ansvarshavende sykepleier/vernepleier opplært til iverksetting og dokumentering.
- Ansvarsvakt sykepleier kan fatte vedtak om kortvarig fastholding.

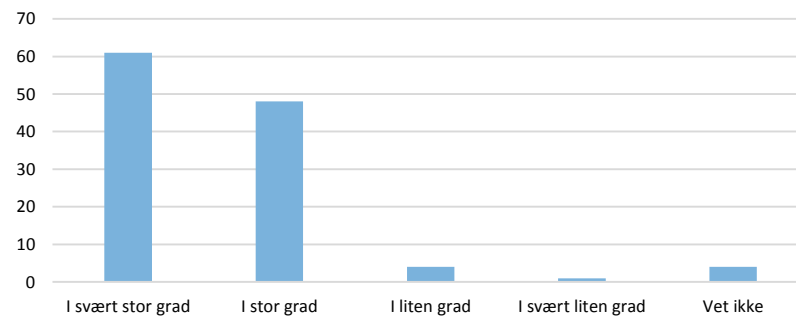
Flere kommenterer videre at de planlegger å endre til at § 4-8 vedtak skal gjennomføres og dokumenteres av ansvarshavende når faglig ansvarlig ikke er tilstede.

Som figur 30 viser har tilnærmet alle enhetene spesifisert hvordan faglig ansvarlig skal involveres hvis iverksetting av tvangsmidler er fattet og gjennomført av andre.



Figur 30: Har enheten spesifisert hvordan faglig ansvarlig skal involveres dersom iverksetting av vedtak er fattet av andre?

Figur 31 viser i hvilken grad valg av tvangsmiddel begrunnes i pasientens journal.



Figur 31: Fordeling av i hvilken grad enhetene begrunner valg av tvangsmiddel i pasientjournalen.

Figuren viser at et stort flertall oppgir at de i svært stor eller i stor grad begrunner valg av tvangsmiddel i pasientjournalen.

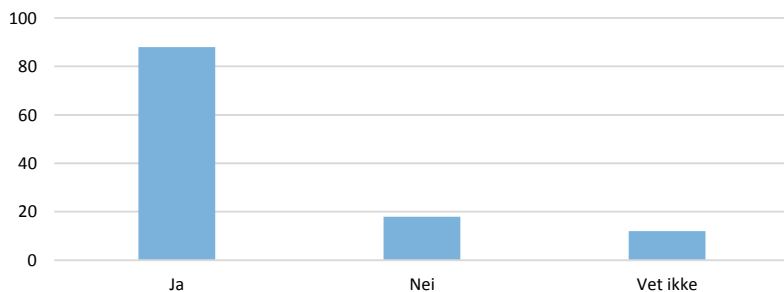
## 4.5 Registrering av tvangsmiddelbruk

For å få tilstrekkelig oversikt til å følge opp bruken av tvangsmidler fordrer dette blant annet korrekt registrering av tvangsmiddelbruken. I dette kapitlet belyses hvordan enhetene har kontroll og oversikt over om registreringspraksis er i henhold til gjeldende føringer.

### 4.5.1 Registrering i EPJ

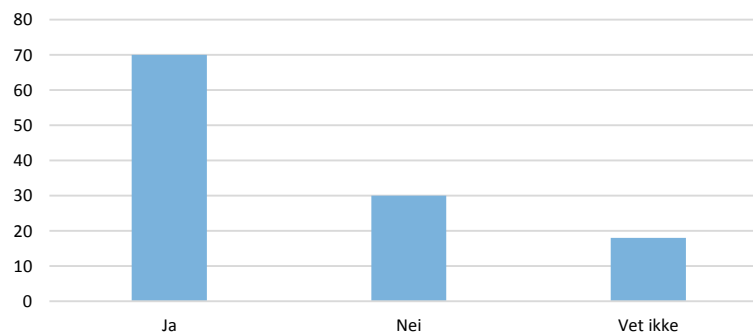
Undersøkelsen viser at tilnærmet alle enhetene har føringer for registrering av tvangsmiddelbruk i elektronisk pasientjournal (EPJ).

Figur 32 viser at et flertall av enhetene har gitt opplæring i hvordan tvangsmiddelbruk skal registreres i EPJ.



Figur 32: Fordeling av antall enheter som har gitt opplæring i registrering av tvangsmiddelbruk i EPJ.

Videre oppgir over halvparten av enhetene at det regelmessig gjennomføres oppfølging av om registreringspraksis av tvangsmiddelbruk er i henhold til gitte føringer, jf. figur 33.



Figur 33: Gjennomføres det regelmessig oppfølging av om registrering av tvangsmiddelbruk i EPJ er i henhold til gitte føringer?

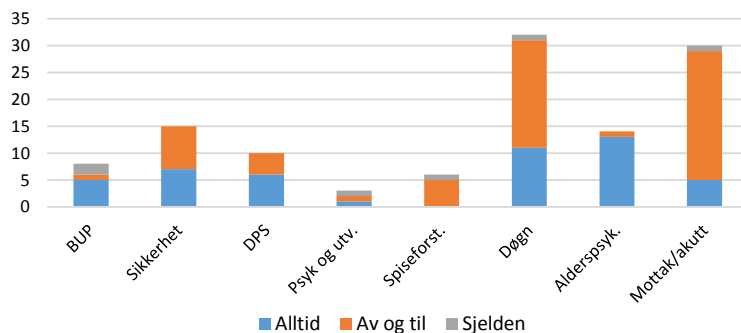
## 4.6 Oppfølging etter bruk av tvangsmidler

Dette kapittelet omhandler hvordan ledere følger opp personell, pasient og pårørende etter hendelser der tvangsmidler har blitt iverksatt. I tillegg belyser vi hvordan tilbakemeldinger benyttes i enhetenes forbedringsarbeid.

### 4.6.1 Ettersamtaler med involvert personell

Undersøkelsen viser at over halvparten av enhetsledere gjennomfører ettersamtaler med involvert personell av og til.

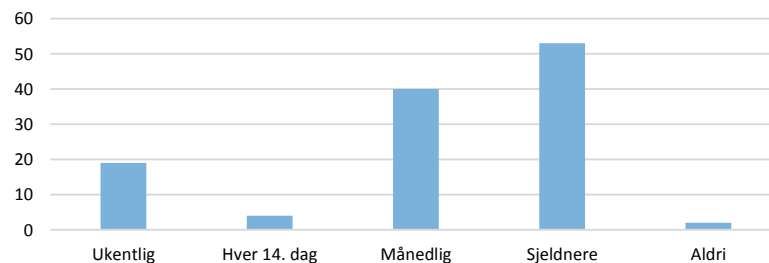
Figur 34 viser imidlertid at bruk av ettersamtaler varierer både innad i og mellom type enheter.



Figur 34: Bruk av ettersamtaler med involvert personell fordelt på type enheter.

Figuren viser for eksempel at tilnærmet alle enheter innen alderspsykiatri alltid gjennomfører ettersamtaler, mens det er mer ulik praksis i de andre enhetene.

Figur 35 viser hvor ofte tvangsmiddelbruken generelt gjennomgås med enhetens personale.



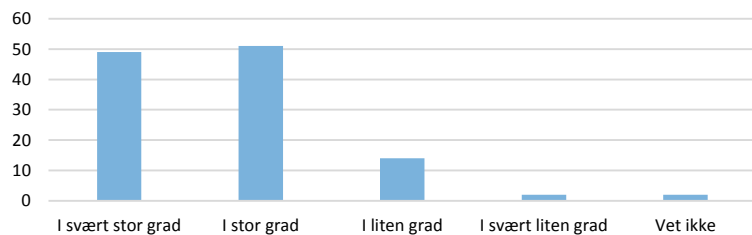
Figur 35: Fordeling av hvor ofte tvangsmiddelbruken gjennomgås med enhetens personale.

Figuren viser at et flertall av enhetene gjennomgår tvangsmiddelbruken månedlig eller oftere. Samtidig er det en betydelig andel som gjennomgår tvangsmiddelbruken sjeldnere.

Flere kommenterer at de sjelden bruker tvangsmidler og at tvangsmiddelbruken tas opp i forbindelse med konkrete hendelser, som kan være en til to ganger i halvåret. Andre kommenterer at bruken av tvangsmidler blir tatt opp i den daglige rapporten i seksjonen, eller ved enkelte personalmøter. I tillegg vises det til at gjennomgang av tvangsmiddelbruk ikke er blitt satt i et rutinemessig system.

#### 4.6.2 Ettersamtaler til pasienter og pårørende

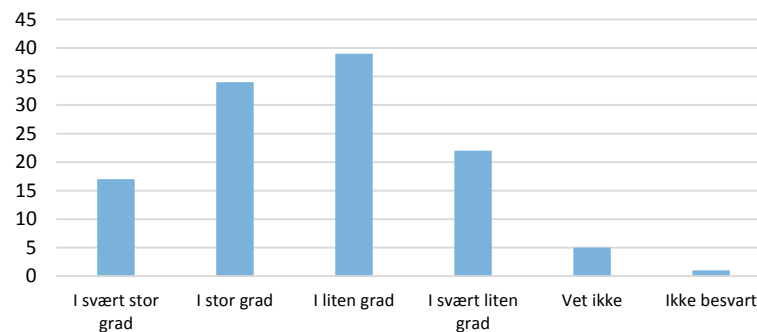
Figur 36 viser at tilnærmet alle enheter gir tilbud om ettersamtaler til pasientene etter bruk av tvangsmidler.



Figur 36: Fordeling av i hvilken grad enheter gir pasienter tilbud om ettersamtale etter bruk av tvangsmidler.

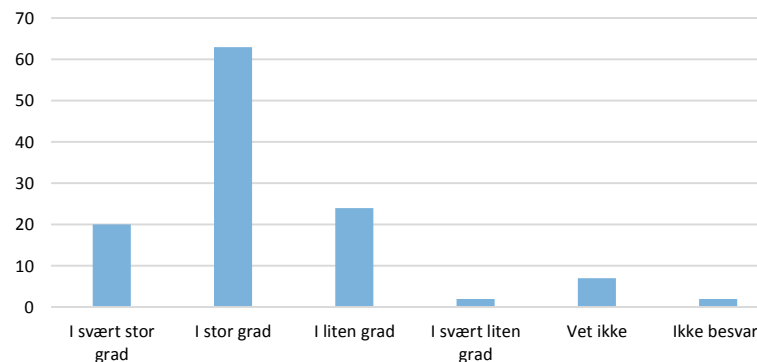
Flere kommenterer i tillegg at de benytter tilbakemeldingene i ettersamtalen til å tilrettelegge for hvordan pasienten ønsker et behandlingsforløp ved reinnleggelse. Andre påpeker at det har blitt høyere terskel for å bruke belteseng, og at pasienter ligger kortere tid i belter.

Når det gjelder tilbud til pårørende viser figur 37 at et flertall av enhetene i liten eller i svært liten grad tilbyr dette.



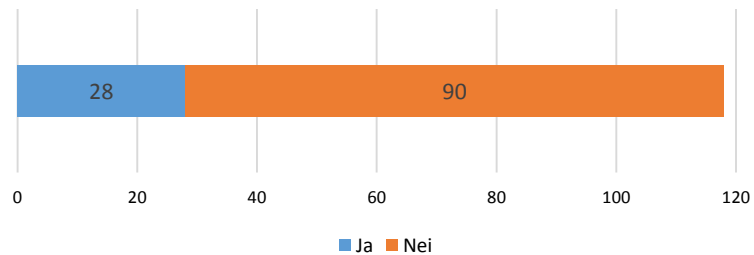
Figur 37: Fordeling av i hvilken grad pårørende får tilbud om ettersamtale etter bruk av tvang.

Figur 38 viser at et stort flertall av enheten benytter pasientenes tilbakemeldinger i vurdering av egen praksis.



Figur 38: Fordeling av i hvilken grad enheter benytter pasientenes tilbakemeldinger i vurdering av egen praksis.

Samtidig viser undersøkelsen at det er færre enheter som har endret praksis etter tilbakemeldinger fra pasientene, jf. 39.



Figur 39. Antall enheter som i 2019 har endret praksis for bruk av tvangsmidler på bakgrunn av tilbakemeldinger fra pasienter eller pårørende.

Flere kommenterer at de på bakgrunn av ettersamtaler har endret praksis for enkeltpasienter, men ikke på systemnivå.

## **Om konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst**

Konsernrevisjonen er organisert direkte under styret i Helse Sør-Øst RHF og rapporterer funksjonelt til styrets revisjonsutvalg og administrativt til administrerende direktør i det regionale helseforetaket. Våre rapporter behandles av styret i det reviderte helseforetak.

Konsernrevisjonen ble etablert i 2005, og er fra 1.1.2013 hjemlet i helseforetaksloven § 37a.

Konsernrevisjon skal på vegne av styret i Helse Sør-Øst bidra til forbedring i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst RHF og underliggende helseforetak.

Konsernrevisjonen utfører revisjoner i overensstemmelse med de internasjonale standardene for profesjonell utøvelse av internrevisjon.

### **Vår visjon**

Konsernrevisjonen skal være en etterspurt bidragsyter til læring og forbedring i Helse Sør-Øst.

Dette skal vi oppnå gjennom:

- Relevante revisjons- og rådgivningsoppdrag som skaper innsikt
- Effektiv kommunikasjon og godt samarbeid
- Deling av erfaringer og læringspunkter på tvers av helseforetakene

## **Om revisjonsprosjektet:**

Revisjonsperiode: Desember 2019

Virksomhet: Enheter med godkjent bruk av tvangsmidler i HSØ

Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisjonsteam:

- Espen Anderssen (oppdragseier)
- Torun Vedal (oppdragsleder)
- Anders Tømmerås (internrevisor)
- Cecilie Skule, avdelingsdirektør Psykisk helse og rus HSØ RHF

Rapporten er oversendt til:

- Styrets revisjonsutvalg
- Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF
- Styrene i helseforetakene og sykehus i HSØ
- Administrerende direktører i helseforetakene og sykehusene

## **Konsernrevisjonens rapporter**

Rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:

[www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen](http://www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen)



# Vedlegg 1

*Oversikt antall enheter per helseforetak som er godkjent for bruk av tvang.*

Helseforetak	Antall enheter
Akershus universitetssykehus	12
Diakonhjemmet	3
Lovisenberg sykehus	7
Oslo universitetssykehus	24
Sykehuset Innlandet	16
Sykehuset i Vestfold	10
Sykehuset Østfold	10
Sørlandet sykehus	11
Sykehuset Telemark	10
Vestre Viken	15
Samlet	118

# Besvarelser – Sykehuset Telemark

---

Kommentarfelt og spørsmål vedrørende enhetene er utelatt fra dette vedlegget.

Dersom dere har behov for andre analyser etc. er det bare å ta kontakt med konsernrevisjonen.

---

ER DU ANSATT I 100 % STILLING SOM LEDER?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Ja	10	<b>100%</b>
2	Nei	0	<b>0%</b>

ER DU KJENT MED ANBEFALINGENE FRA PROSJEKTET REDUSERT BRUK AV TVANGSMIDLER INNEN PSYKISK HELSEVERN I HELSE SØR-ØST?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Ja	8	<b>80%</b>
2	Delvis	2	<b>20%</b>
3	Nei	0	<b>0%</b>

HAR DIN ENHET IVERKSATT TILTAK FOR Å IMØTEKOMME ANBEFALINGENE I RAPPORTEN?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Ja	6	<b>60%</b>
2	Delvis	2	<b>20%</b>
3	Nei	2	<b>20%</b>
4	Kjenner ikke til anbefalingene/rapporten	0	<b>0%</b>

ER DET FOR 2019 GITT MÅL- OG RESULTATKRAV OM REDUKSJON I BRUK AV TVANGSMIDLER FOR DIN ENHET?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Ja	3	<b>30%</b>
2	Nei	7	<b>70%</b>

HVOR OFTE INNGÅR ENHETENS BRUK AV TVANGSMIDLER I LEDELSESOPPFØLGINGEN FRA DIN NÆRMESTE LEDER

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Ukentlig	0	<b>0%</b>
2	Hver 14. dag	0	<b>0%</b>
3	Månedlig	3	<b>30%</b>
4	Sjeldnere	4	<b>40%</b>
5	Inngår ikke	3	<b>30%</b>

HVILKE AV FØLGENDE FORHOLD INNGÅR I LEDELSESOPPFØLGINGEN FRA DIN NÆRMESTE LEDER?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
Utvikling i antall tvangsmiddelvedtak			
1	Inngår	3	50%
5	Inngår ikke	3	50%
Utvikling i hvilke tvangsmidler som benyttes			
1	Inngår	2	33%
5	Inngår ikke	4	67%
Varighet på tvangsmiddelbruken			
1	Inngår	2	33%
5	Inngår ikke	4	67%
Status på enhetens innføring av anbefalingene i rapport redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-øst			
1	Inngår	4	67%
5	Inngår ikke	2	33%

HVILKE AV FØLGENDE FORHOLD INNGÅR I LEDELSESOPPFØLGINGEN FRA DIN NÆRMESTE LEDER?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
Annet (vennligst utdyp nedenfor)			
1	Inngår	1	<b>20%</b>
5	Inngår ikke	4	<b>80%</b>

HVOR OFTE FØLGER DU SOM ENHETSLEDER OPP UTVIKLINGEN I BRUKEN AV TVANGSMIDLER?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Ukentlig	5	<b>50%</b>
2	Hver 14. dag	0	<b>0%</b>
3	Månedlig	1	<b>10%</b>
4	Sjeldnere	3	<b>30%</b>
5	Følger ikke opp	1	<b>10%</b>

## HVILKE AV FØLGENDE FORHOLD INNGÅR I DIN OPPFØLGING?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
Utvikling i antall tvangsmiddelvedtak			
1	Inngår	5	56%
5	Inngår ikke	4	44%
Utvikling i hvilke tvangsmidler som benyttes			
1	Inngår	7	78%
5	Inngår ikke	2	22%
Varighet på tvangsmiddelbruken			
1	Inngår	5	56%
5	Inngår ikke	4	44%
Status på enhetens innføring av anbefalingene i rapport redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-øst			
1	Inngår	4	44%
5	Inngår ikke	5	56%
KODE	SVARALTERNATIV	n	%
Annet (vennligst utdyp nedenfor)			
1	Inngår	3	50%
5	Inngår ikke	3	50%

## HAR ENHETEN HUSORDENSREGLER?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Ja	10	<b>100%</b>
2	Nei	0	<b>0%</b>

## ER HUSORDENSREGLENE I HENHOLD TIL PSYKISK HELSEVERNLOVEN?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Ja	10	<b>100%</b>
2	Nei	0	<b>0%</b>
5	Vet ikke	0	<b>0%</b>

## NÅR BLE HUSREGLENE SIST REVIDERT?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
2	2019	4	<b>40%</b>
3	2018	3	<b>30%</b>
4	2017	0	<b>0%</b>
5	2016	2	<b>20%</b>
6	Eldre	0	<b>0%</b>
7	Vet ikke	1	<b>10%</b>



## HAR KONTROLLKOMMISJONEN GJENNOMFØRT TILSYN AV DAGENS HUSREGLER?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Ja	7	<b>70%</b>
2	Nei	0	<b>0%</b>
3	Vet ikke	3	<b>30%</b>

## HAR ENHETEN PROSEDYRER SOM BESKRIVER HVEM SOM KAN FATTE VEDTAK OM BRUK AV TVANG?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Ja	9	<b>90%</b>
3	Nei	1	<b>10%</b>

## HAR ENHETEN SPESIFISERT KOMPETANSEKRAV FOR ALLE SOM FATTER VEDTAK OM BRUK AV TVANG?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Ja	9	<b>90%</b>
3	Nei	1	<b>10%</b>

## HAR ENHETEN I 2019 IVERKSATT KOMPETANSETILTAK MED MÅL OM Å REDUSERE BRUK AV TVANGSMIDLER?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Ja	4	<b>40%</b>
2	Nei	6	<b>60%</b>

## VEDTAK

## HVORDAN PRAKTISERES VEDTAK OG IVERKSETTING AV TVANGSMIDLER NÅR FAGLIG ANSVARLIG ER TILSTEDE?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Hvem står som ansvarlig for vedtaket i EPJ (Faglig ansvarlig)	9	<b>90%</b>
1	Hvem dokumenterer i journal (Faglig ansvarlig)	9	<b>90%</b>
1	Hvem protokollfører vedtaket (Faglig ansvarlig)	5	<b>50%</b>
1	Hvem står som ansvarlig for vedtaket i EPJ (Ansvarshavende)	2	<b>20%</b>
1	Hvem dokumenterer i journal (Ansvarshavende)	3	<b>30%</b>
1	Hvem protokollfører vedtaket (Ansvarshavende)	4	<b>40%</b>
1	Hvem står som ansvarlig for vedtaket i EPJ (Annen - vennligst spesifiser hvordan dette gjøres i kommentarfelt nedenfor)	0	<b>0%</b>
1	Hvem dokumenterer i journal (Annen - vennligst spesifiser hvordan dette gjøres i kommentarfelt nedenfor)	0	<b>0%</b>
1	Hvem protokollfører vedtaket (Annen - vennligst spesifiser hvordan dette gjøres i kommentarfelt nedenfor)	2	<b>20%</b>

## VEDTAKSANSVARLIG

HVORDAN PRAKTISERES VEDTAK OG IVERKSETTING AV TVANGSMIDLER DERSOM FAGLIG ANSVARLIG IKKE ER I UMIDDELBAR NÆRHET?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Hvem står som ansvarlig for vedtaket i EPJ (Faglig ansvarlig)	3	<b>30%</b>
1	Hvem dokumenterer i journal (Faglig ansvarlig)	5	<b>50%</b>
1	Hvem protokollfører vedtaket (Faglig ansvarlig)	1	<b>10%</b>
1	Hvem står som ansvarlig for vedtaket i EPJ (Ansvarshavende)	7	<b>70%</b>
1	Hvem dokumenterer i journal (Ansvarshavende)	6	<b>60%</b>
1	Hvem protokollfører vedtaket (Ansvarshavende)	8	<b>80%</b>
1	Hvem står som ansvarlig for vedtaket i EPJ (Annen - vennligst spesifiser hvordan dette gjøres i kommentarfelt nedenfor)	1	<b>10%</b>
1	Hvem dokumenterer i journal (Annen - vennligst spesifiser hvordan dette gjøres i kommentarfelt nedenfor)	0	<b>0%</b>
1	Hvem protokollfører vedtaket (Annen - vennligst spesifiser hvordan dette gjøres i kommentarfelt nedenfor)	1	<b>10%</b>

DERSOM IVERKSETTING AV TVANGSMIDDEL ER FATTET OG GJENNOMFØRT AV ANDRE - HAR ENHETEN SPESIFISERT HVORDAN FAGLIG ANSVARLIG SKAL INVOLVERES?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Ja	7	<b>70%</b>
2	Delvis	0	<b>0%</b>
3	Nei	0	<b>0%</b>
4	Ikke aktuelt	3	<b>30%</b>

HAR ENHETEN PROSEDYRER FOR Å KARTLEGGE OG VURDERE PASIENTENS VOLDSRISIKO?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Ja	10	<b>100%</b>
2	Nei	0	<b>0%</b>

KARTLEGGES PASIENTENE FOR RISIKO FOR VOLD VED INNLEGGELSE?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Alltid	9	<b>90%</b>
2	Av og til	1	<b>10%</b>
3	Sjelden	0	<b>0%</b>
4	Vet ikke	0	<b>0%</b>

## BENYTTET ENHETEN STANDARDISERTE SKJEMAER FOR Å VURDERE VOLDSRISIKO?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Ja	8	<b>80%</b>
2	Nei	1	<b>10%</b>
3	Vet ikke	1	<b>10%</b>

## FOR PASIENTER MED FORHØYET RISIKO FOR VOLD - GJENNOMFØRES DET UTDYPENDE VURDERING AV VOLDSRISIKO?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Alltid	1	<b>10%</b>
2	Av og til	3	<b>30%</b>
3	Sjelden	3	<b>30%</b>
4	Vet ikke	0	<b>0%</b>
5	Ikke aktuelt	3	<b>30%</b>

## GJENNOMFØRER PASIENTENE EN EGENVURDERING AV RISIKO FOR VOLDELIG ELLER UTAGERENDE ADFERD VED INNLEGGELSE?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Alltid	1	<b>10%</b>
2	Av og til	3	<b>30%</b>
3	Sjelden	6	<b>60%</b>
4	Vet ikke	0	<b>0%</b>

Confidential, Pedersen, Tone, 12/11/2020 12:51:46

HAR ENHETEN BESKREVET HVILKE SITUASJONER TVANGSMIDLER KAN IVERKSETTES?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Ja	3	<b>30%</b>
2	Delvis	2	<b>20%</b>
3	Nei	5	<b>50%</b>

HAR ENHETEN PRINSIPPER OM TRINNVIS TILNÆRMING VED VALG AV TVANGSMIDDEL?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Ja	5	<b>50%</b>
2	Nei	4	<b>40%</b>
3	Vet ikke	1	<b>10%</b>

I HVILKEN GRAD BEGRUNNES VALG AV TVANGSMIDDEL I PASIENTENS JOURNAL?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	I svært stor grad	7	<b>70%</b>
2	I stor grad	2	<b>20%</b>
4	I liten grad	0	<b>0%</b>
5	I svært liten grad	0	<b>0%</b>
6	Vet ikke	1	<b>10%</b>

HAR PERSONALGRUPPEN I 2019 FÅTT OPPLÆRING I Å FOREBYGGE UTAGERENDE/VOLDELIG ADFERD?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Ja	8	<b>80%</b>
2	Nei	2	<b>20%</b>

TRENER PERSONALGRUPPEN REGELMESSIG PÅ Å HÅNDTERE UTAGERENDE/VOLDELIG ADFERD?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Ja	7	<b>70%</b>
2	Nei	3	<b>30%</b>

HAR ALLE PASIENTER VED DIN ENHET EN BEHANDLINGSPLAN?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Ja	10	<b>100%</b>
2	Nei	0	<b>0%</b>
3	Vet ikke	0	<b>0%</b>

I HVILKEN GRAD INVOLVERES PASIENTEN NÅR BEHANDLINGSPLANEN UTARBEIDES?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	I svært stor grad	3	<b>30%</b>
2	I stor grad	6	<b>60%</b>
3	I liten grad	1	<b>10%</b>
4	I svært liten grad	0	<b>0%</b>
5	Vet ikke	0	<b>0%</b>

HAR ENHETEN FERDIG MONTERT BELTESENG?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Ja	3	<b>30%</b>
2	Nei	7	<b>70%</b>

HAR ENHETEN EN PLAN FOR FJERNING AV FERDIG MONTERT BELTESENG?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Ja	2	<b>67%</b>
2	Nei	1	<b>33%</b>



## I HVILKEN GRAD...

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
... får pasienter tilbud om ettersamtale etter bruk av tvang?			
1	I svært stor grad	2	<b>20%</b>
2	I stor grad	4	<b>40%</b>
3	I liten grad	2	<b>20%</b>
4	I svært liten grad	1	<b>10%</b>
5	Vet ikke	1	<b>10%</b>
... får pårørende tilbud om ettersamtale etter bruk av tvang?			
1	I svært stor grad	0	<b>0%</b>
2	I stor grad	4	<b>40%</b>
3	I liten grad	2	<b>20%</b>
4	I svært liten grad	1	<b>10%</b>
5	Vet ikke	3	<b>30%</b>

## I HVILKEN GRAD...

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
... benyttes pasienters tilbakemeldinger i enhetens vurdering av egen praksis?			
1	I svært stor grad	2	<b>20%</b>
2	I stor grad	4	<b>40%</b>
3	I liten grad	1	<b>10%</b>
4	I svært liten grad	1	<b>10%</b>
5	Vet ikke	2	<b>20%</b>
... dokumenteres pasientens opplevelse av tvangsmiddelbruken i journalen?			
1	I svært stor grad	1	<b>10%</b>
2	I stor grad	4	<b>40%</b>
3	I liten grad	2	<b>20%</b>
4	I svært liten grad	0	<b>0%</b>
5	Vet ikke	3	<b>30%</b>

HAR ENHETEN ENDRET PRAKSIS FOR BRUK AV TVANGSMIDLER I 2019 PÅ BAKGRUNN AV TILBAKEMELDINGER FRA PASIENTER ELLER PÅRØRENDE?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Ja	1	<b>10%</b>
2	Nei	9	<b>90%</b>

GJENNOMGÅR DU SOM ENHETSLEDER DEN ENKELTE HENDELSE I ETTERKANT MED PERSONALET SOM IVERKSATTE TVANGSMIDDELET?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Alltid	6	<b>60%</b>
2	Av og til	4	<b>40%</b>
3	Sjelden	0	<b>0%</b>

HVOR OFTE GJENNOMGÅS TVANGSMIDDELBRUKEN GENERELT MED ENHETENS PERSONALE?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Ukentlig	2	<b>20%</b>
2	Hver 14. dag	0	<b>0%</b>
3	Månedlig	2	<b>20%</b>
4	Sjeldnere	5	<b>50%</b>
5	Aldri	1	<b>10%</b>

## BENYTTET ENHETEN ELEKTRONISK TVANGSMIDDELPROTOKOLL?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Ja	0	<b>0%</b>
2	Nei	10	<b>100%</b>

## HAR ENHETEN PROSEDYRE FOR REGISTRERING AV TVANGSMIDDELBRUK I EPJ?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Ja	7	<b>70%</b>
2	Nei	1	<b>10%</b>
3	Vet ikke	2	<b>20%</b>

## ER DET GITT OPPLÆRING I HVORDAN TVANGSMIDDELBRUK SKAL REGISTRERES I EPJ?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Ja	7	<b>70%</b>
2	Nei	3	<b>30%</b>
3	Vet ikke	0	<b>0%</b>

GJENNOMFØRES DET REGELMESSIG OPPFØLGING AV OM REGISTRERING AV TVANGSMIDDELBRUK I EPJ ER I HENHOLD TIL GITTE FØRINGER?

KODE	SVARALTERNATIV	n	%
1	Ja	6	<b>60%</b>
2	Nei	3	<b>30%</b>
3	Vet ikke	1	<b>10%</b>

## Saksfremlegg

### Saksgang:

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret i Sykehuset Telemark HF	16.12.2020

<b>Type sak (sett kryss)</b>						
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema

**Sak: 081 - 2020**

### Overordnet HMS mål- og handlingsplan 2021

#### Hensikten med saken

HMS mål- og handlingsplan er et overordnet styringsdokument som angir mål og tiltak på prioriterte satsningsområder innen HMS arbeidet for STHF for 2021.

Målrettet og systematisk arbeid med forbedring innen HMS har stor betydning for utvikling av et velfungerende arbeidsmiljø. Et trygt og godt arbeidsmiljø bidrar positivt til pasientsikkerheten.

#### Forslag til vedtak

Styret tar overordnet HMS mål- og handlingsplan for 2021 til orientering.

Skien, 8.desember 2020

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

### **1. Hva saken gjelder**

HMS mål og handlingsplan legges årlig fram for forankring og godkjenning i AMU, direktørens ledergruppe og sykehusets styre.

### **2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer**

Overordnet HMS mål og handlingsplan STHF 2021 bygger på vedtatt plan og evaluering av resultater innen HMS for 2020. Arbeid med rullering av HMS handlingsplanen er gjennomført med bred involvering fra HR, BHT, fagansvarlige innen ulike HMS områder, HMS/Kvalitet, brann- og sikkerhetsansvarlige. Resultater fra HMS mål og handlingsplan 2020 og annet relevant arbeid innen HMS vil oppsummeres i årsrapport HMS på nyåret.

Arbeidet med gjennomgang og oppdatering av helhetlig HMS systematikk for STHF startet i 2019 og vil fortsette i 2021. Systematikk for felles HMS handlingsplan inngår som en del av dette arbeidet.

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

Administrerende direktør anbefaler styret å ta overordnet HMS mål- og handlingsplan for 2021 til orientering.

#### **Vedlegg:**

Forslag til overordnet HMS mål- og handlingsplan for 2021.

# Overordnet HMS mål og handlingsplan STHF 2021

HMS handlingsplanen er et overordnet styringsdokument som angir mål og tiltak på prioriterte satsningsområder innen HMS arbeidet for STHF.

## Mål for det systematiske HMS-arbeidet ved STHF

Ledelse vedtar årlig prioriterte mål og satsningsområder for HMS arbeidet for sykehuset. Det etableres sentrale tiltak som skal bidra til måloppnåelsen og dette vil følges opp sentralt i løpet av året gjennom månedrapportering i AD-møter, rapportering til AMU, tertialrapportering, ledelsens gjennomgang og årsrapport HMS til ledelsen.

## Mål og tiltak på alle nivå.

Alle ledere er ansvarlige for å gjennomføre risikovurderinger og sette egne mål innen HMS, og skal ta hensyn til overordnede mål og føringer i sine planer. Mål og tiltak for HMS arbeidet skal dokumenteres i HMS handlingsplanen i den enkelte seksjon, avdeling og klinikk og følges opp av den enkelte leder.

## Overordnet HMS handlingsplan er delt inn i følgende hovedområder:

1. Mål og tiltak innen helse/ arbeidsmiljø
2. Mål og tiltak innen miljø og klima (Ytre miljø)
3. Mål og tiltak innen sikkerhet og sikkert arbeidsmiljø
4. Mål og tiltak innen HMS systemutvikling
5. Kurs og opplæringstiltak innen HMS

## 1. Mål og tiltak innen prioriterte satsningsområder for Helse/ arbeidsmiljø

### 1.1. IA-målene som omhandler sykefravær, ivareta personer med nedsatt funksjonsevne, hindra frafall fra arbeidslivet og økt avgangsalder

Mål og satsningsområder 2021	Forbedringstiltak	Tiltaks-ansvarlig	Gjennomførings ansvar	Måling/ dokumentasjon	Mål 2020/ Resultat pr 1.11.20
Sykefravær – mål 2021: 6,7 %	Ny metode for sykefraværsoppfølging (Tett på). Metoden innebærer tett samarbeid med NAV, hvor NAV har tildelt egne ressurser til STHF. Lederopplæring knyttet til sykefraværsoppfølging.	HR	Leder	Eli-sykefraværsrapportering, tertialrapport, årsrapport HMS	6,7%/ 7,6% ( sept.) (2019: 6,9%)
Inkluderingsdugnad	Rekruttering – tiltak v/ «hull i CV» og «nedsatt funksjonsevne» (WebCruiter), mer systematisk samarbeid med NAV om arbeidstrening fra jan 2021.	HR	Leder	Årsrapport HMS	Ny funksjonalitet i WebCruiter iverksatt des. 2020



Oppfølging av gravide arbeidstakere Mål 2021: Stå i arbeid til uke 33	Informasjonsmøte for gravide og ledere m/ BHT, Jordmor og NAV. Dele ut brosjyre til alle gravide. Trekantsamtale. Samtaler mellom jordmor, den gravide og leder for tilrettelegging. Vurdere omplasseres til vikariater.	HR	Leder og jordmor	Manuell telling, årsrapport HMS	Uke 33/ status oppdateres ved årsslutt (2019: 33,3)
Ivareta arbeidstakere med nedsatt funksjonsevne	Arbeidsutprøving på tvers av klinikker. Samarbeide med NAV for evt. virkemidler. Fokus på tilrettelegging så langt det er mulig for egne ansatte. Funksjonsvurdering kan gjennomføres av BHT.	HR	Leder	Tilretteleggings-tiltak ved lokal leder, årsrapport HMS	Status: Fem ansatte har fått arbeids-utprøving utenfor egen seksjon sist to år. Gode erfaringer med dette.
Hindre internt frafall fra arbeidslivet	Vurdere mulighet for å tilby tidsavgrenset arbeidsutprøving ved henvendelse. Bruke muligheten i KLP midlertidig/delvis uføregrad.	HR	Leder	Tall fra KLP: antall på midlertidig/delvis uføregrad, årsrapport HMS	Status (1/10/20): Snittalder uførepensjon: 52,75 år (2019: 50,54 år)
Mål 2021: Avgangsalder 63 år /Snittalder AFP og 85-årsregelen.	Seniortiltak for medarbeidere fra 58 år	HR	Leder	Tall fra KLP, årsrapport HMS	63 år/ pr. 01.10.20 63,13 år (2019:63,22)

## 1.2. Arbeidsmiljøloven og lokalt forbedringsarbeid

Mål og satsningsområder 2021	Forbedringstiltak	Tiltaks-ansvarlig	Gjennomføringsansvar	Måling/ dokumentasjon	Mål 2020/ status pr 1.11.2020
AML-brudd  Redusere antall brudd og sikre riktige registreringer.	Vurdere flere oppfølgingspunkter og mer målrettet fokus på enkelte typer AML-brudd.	HR	Leder	Månedlig enhets-rapport, Kvartals-rapport AMU, årsrapport HMS	Gjennomført opplæring i riktig registrering i GAT. STHF ser per 1.11.20 ut til å redusere brudd med ca. 15% totalt for 2020 – dette er inkludert årets Covid-19 pandemi.
Forbedring Svarprosent over 90 %	Systematisk plan for informasjon, gjennomføring og oppfølging som involverer ledere, tillitsvalgte og ansatte.	HR	Leder	Resultat ForBedring	90%/83% (2019: 87%)
Influensa vaksinasjon, vaksinasjons-grad – 75 %	Systematisk plan for informasjon til ansatte og gjennomføring av vaksinasjon med bistand fra BHT.	HR	BHT	Rapportering til HSØ, årsrapport HMS	75%/ over 75% (2019: 70%)
Varslingsrutiner oppdateres ila 2021	Sykehusets varslingsrutiner og prosedyre oppdateres og implementeres i henhold til tilbakemeldinger fra konsernrevisjonen i 2020. Tekniske løsninger gjennomgås og	HR	HR/ Varslings-utvalg, Ledere	Årsrapport varslingsutvalg, Årsrapport HMS	NY

	opplæringsaktiviteter gjennomføres.				
Etablere eksponeringsregister for Covid-19	Etablere eksponeringsregister som sikrer riktig registrering for eksponering under Covid-19 pandemien.	HR/ BHT	HR	Etablert eksponeringsregister og oppdatert prosedyre	NY Plan å etablere register ila 2020.

## 2. Mål og tiltak innen miljø og klima (Ytre miljø) 2020-2022.

Eierskapsmeldingen (Meld.St.8 (2019-2020)) sier at for å nå klimamålene, vedtatt i Paris-avtalen i 2015, vil det være behov for overgang til en grønnere og mer sirkulær økonomi. FN's bærekraftsmål frem mot 2030 (vedtatt i 2015) skal bidra til en bærekraftig utvikling der miljø, økonomi og sosial utvikling ses i sammenheng. Regjeringen har bestemt at bærekraftsmålene utgjør det politiske hovedsporet for å ta tak i vår tids største nasjonale og globale utfordringer. Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst gir føringer om å legge FN's bærekraftsmål til grunn for arbeidet med samfunnsansvar.

Mål 2021	Mål og Forbedringstiltak	Tiltaks-ansvarlig	Gjennomførings-ansvar	Måling/ dokumentasjon	Mål 2020/ status pr 1.11.20
Redusere sykehusets CO2 utslipp	<p>Redusere unødig forbruk av energi. Sentrale energisparetiltak/ reduksjon i energiforbruk:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Benytte energi-effektive løsninger/ produkter ved utskifting/ utvikling av bygningsmasse (nytt ventilasjons-anlegg 2021- enøk prosjekt)</li> <li>- Krav til energi og miljø i USS konseptrapport.</li> <li>- Holdnings-kampanjer</li> </ul> <p>Lokale energisparetiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Slå av lys, varme, PC-skjerm etc. og maskiner som ikke er i bruk</li> </ul>	Eiendoms-utvikling/ Energi-leder,	Eiendoms-utvikling/ energiled er, SSL/ Leder	Lokale tiltak dokumenteres lokalt, jevnlig oppfølging av energiforbruk, årlig el-forbruk rapporteres til HSØ, årsrapport HMS	Forbruk ser ut til å bli redusert for 2020 fra 2019. (2019: 43,4 GWh)
	<p>Redusere klimagassutslipp fra transport:</p> <p>Sentrale tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Optimalisere bruk av sykehusets biler/ el-biler</li> <li>- Optimalisere pasienttransport med bl.a. samkjøring (pasientreiser)</li> </ul> <p>Lokale transportsparetiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skype møter</li> <li>- Samkjøring/ kollektivkjøring</li> <li>- Oppfordre til å sykle til jobb</li> </ul>	SSL/ Transport / HMS koordinat or/pasient-reiser	SSL/ Transport, Leder	Lokale tiltak dokumenteres lokalt, Årlig rapportering til HSØ på sentral transport-aktivitet, årsrapport HMS.	Status: Har etablert el-kjørebok./ Lik/økt bilbruk pga. jobb-rotasjon og økt ambulant tjeneste under Korona./ Ferdigstiller utbedring sykkel-parkering Skien / Porsgrunn ila 2020/ økt andel skype-møter ila 2020.

Redusere unødig forbruk av ressurser	<p>Redusere unødig forbruk av forbruksmateriell, legemidler og medisinske forbruksvarer.</p> <p>Redusere sum varer utgått på dato fra sentrallager (SL) (unntatt beredskapslager) – måles i kr. på SL</p> <p>Mulige tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Riktig bestilling – bl.a. unngå produkter utgått på dato</li> <li>- Bytte forbruksvarer med andre avdelinger</li> <li>- Effektiv lagerstyring</li> <li>- Informasjon/holdningsskapende arbeid</li> <li>- Redusere andel ubrukt materiell bl.a. fra smitterom som går i smitteavfall.</li> </ul>	SSL/sentrallager, alle ledere	Leder- alle enheter	Måle svinn fra sentral-lager (i kr). Lokale mål og tiltak - dokumenteres lokalt. Rapport på total avfallsmengde. Årsrapport HMS.	Status måloppnåelse: Ved bruk av logistikkmedarbeidere ser vi at svinn har gått ned og riktig mengde ute på avdelingslager er bedre tilpasset. Sentrallager blir fulgt opp tett i fht. utgåtte varer og tilpasset beholdning i fht. bruk.
	<p>Redusere matsvinn med 30% innen 2022 (fra 2019):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informasjon – og holdnings-skapende arbeid</li> <li>- Rett bestilling til rett pasient til rett tid iht. ernærings screening i Dips</li> <li>- Tilpasse gode bestillingsrutiner, varemottak, meny, produksjons-planlegging og servering</li> <li>- Forbedret veiemetode for matavfall</li> </ul>	Leder ernæring	Leder – alle enheter	Matsvinn måles og rapporteres sentralt kvartalsvis og årlig. Årsrapport HMS	Utfordring med mål og vekt for matsvinn, utfordring med koronasituasjonen og smittevern. Plan for forbedret veiemetode fra 2021 og oppdatert nullpunktsmåling fra 2019.
	<p>Redusert bruk av helse og miljøfarlige kjemikalier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oversikt over bruk av helse- og miljøfarlige kjemikalier ved STHF (klinikknivå)</li> <li>- Dialog med aktuelle fagmiljø om redusert bruk av helse- og miljøfarlige kjemikalier</li> <li>- Oppdatere sentral substitusjonsliste</li> <li>- Lokal substitusjon</li> <li>- Bidra til å oppdatere prosedyre for eksponeringsregister (se også pkt. 1.2) mht. kjemikalier.</li> </ul>	Miljøkoordinatør med bistand fra yrkeshygieniker (BHT).	Leder	Oppdatert prosedyre for eksponeringsregister, Oversikt over STHF' bruk av helse- og miljøfarlige kjemikalier i Eco online, Årsrapport HMS	Status 2020: Gjennomført opplæring og workshops, etablert substitusjons-liste (i prosedyre 7202).
Økt fokus på miljøhensyn ved anskaffelser	<p>Øke andel av lokale anskaffelser som har satt miljøkrav (og evt. livsløpsvurdering):</p> <p>Mulige tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pådriver til miljøvennlige innkjøp og anskaffelser (krav til materialvalg, utslipp, energiforbruk etc.)</li> </ul>	SSL/Innkjøp og logistikk, innkjøper	SSL/Innkjøp og logistikk, Ledere	Måle antall lokale anskaffelser med miljøkrav, Årsrapport HMS	Status: Deltatt i nettverksmøter for økt kunnskap om livsløpsanalyse og krav til innkjøp, Positiv til SIN policy om å kunne

	- Øke kunnskapen om livsløpsperspektivet ved anskaffelser				sette miljøkrav i anskaffelser.
Samhandling om miljømål	Samhandling om miljøtiltak på tvers av enheter. Økt samarbeid om miljøtiltak med eksterne samarbeids-partnere som kommuner og andre aktører.	Miljøkoordinator, fagansvarlige,	Miljøkoordinator, fagansvarlige og ledere	Årsrapport HMS	Status: STHF v/SSL deltar i Klima - og energinettverk i Vestfold og Telemark fylkeskommune.
Redusert forbruk av bredspektret antibiotika med 30% innen 2021 sammenliknet med 2012.	Tiltak i henhold til smittevernplan, innsatsområde antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI).	Smitteverner, antibiotika-team	Leder – alle enheter som bruker antibiotika	Rapportering på antibiotika-bruk, årsrapport HMS	Mål 2020: Endret fra 30%-25% pga. pandemien, status pr 2. tertial: måloppnåelse nå redusert til 22,3% pga. økt antibiotika-bruk i 2020. (2019: 30,1%)

### 3. Mål og tiltak innen sikkerhet og sikkert arbeidsmiljø

Mål og satsning 2021	Forbedringstiltak	Tiltaksansvarlig	Gjennomføringsansvar	Måling/dokumentasjon	Mål 2020/status 1.11.20
Vold og trusler: Ferdigstille innføring av systematisk arbeid med vold og trusler ila 2021.	Oppdatere overordnet prosedyre (tiltakskort, kartleggingsskjema, risikovurdering etc.). Ha etablert struktur for opplæringsaktiviteter. Gjennomføre opplæring etter plan.	HR-rådgiver/HMS koordinator	Leder	Tertialrapport og årsrapport HMS på tiltak i henhold til plan. Opplæring dokumenteres i kompetanseportalen.	Startet/gjennomført opplæring av 216 ansatte (14 seksjoner)
Sikkerhet i sykehus: Installere alarmanlegg KPR	Tiltak for innstallering av alarmanlegg KPR lagt inn i plan og vil gjennomføres dersom finansiering ok.	SSL/Eiendomsdrift	Leder	Gjennomførte tiltak i henhold til plan.	Status 2020: De fleste tiltak gjennomført i hht plan. Gjenstående tiltak overføres til 2021.
Strålevern: Tydelige definerte ansvarsområder for strålevern på de organisatoriske nivå i STHF	Sikre at det er utarbeidet funksjonsbeskrivelse for strålevernkontakter der det benyttes ioniserende stråling.  Oppdatere og etablere nødvendige prosedyrer innen strålevern	Ledere i berørte enheter  Strålevernkoordinator (BHT)	Leder  Strålevernkoordinator (BHT)	Etablerte funksjonsbeskrivelser og implementerte prosedyrer.	NY, arbeid startet i 2020
Strålevern: Sikre lovpålagt årlig opplæring innen strålevern for alle som benytter utstyr som avgir	Opplæringsplaner etableres alle steder for personell i målgruppen	Nærmeste leder	Leder	I GAT eller skriftlig dokumentasjon på avdelingens område	Ny i HMS-plan 2021

ioniserende stråling					
Brannvern: Re-etablere system for egenkontroll branntekniske installasjoner	Re-lansere dokumentasjons-system for internkontroll av branntekniske installasjoner (i Lydia) til bruk for utsjekk/ egenkontroll og dokumentasjon for brannvernansvarlige.	Brannvern- leder	Brannvern- ansvarlige	Dokumentasjon i Lydia	Planlegging startet.

#### 4. Mål og tiltak innen HMS systemutvikling

Mål 2021	Forbedringstiltak	Tiltaks- ansvarlig	Gjennom- førings ansvar	Måling/ dokumentasjon	Mål 2020/ status pr 1.11.20
Aktive HMS handlings- planer – 100%	Alle enheter har etablert og fulgt opp tiltak i HMS handlingsplanen etter: ForBedring, vernerunde, miljømål, kartlegging/ risikovurdering innen HMS (vold og trusler, arbeidsplaner), relevante tiltak i overordnet HMS handlingsplan.	HR	Leder	Oversikt/ rapport fra HMS handlings- plan verktøy. Årsrapport HMS	100%/ STHF har innført nytt verktøy for HMS- plan høsten 2020. Det pågår en overgang fra gammelt til nytt verktøy. Status pr. 01.11.20 158 aktive planer i gammelt system, 77 planer i nytt system. (2019: 77%)
Etablere system-tiltak for HMS risiko- vurdering og HMS oppfølging.	Systematisk kategorisering og oppfølging av HMS avvik (i nytt system). Etablere mal for kartlegging og risikovurdering innen HMS (vold og trusler, arbeidsplaner etc.).	Kvalitets- avdelingen	HMS koordinat or	Rapport – statistikk HMS avvik. Oversikt risikoområder innen HMS. Årsrapport HMS	HMS system 2020: etablert HMS temaside, tertialrapport, del av LGG og HMS årsrapport. Sjekkliste HMS – korona.
Oppdatert plan for bruk av BHT	Oppdatere plan for bruk av BHT. Utarbeide forbedret systematikk for risikobasert bruk av BHT på alle organisasjonsnivå.	HR	HR/ BHT	Årsrapport BHT/ årsrapport HMS.	NY – arbeid startet i 2020.

#### 5. Kurs og opplæringstiltak innen HMS

Leder har ansvar for å påse at enhetens ansatte deltar på obligatoriske og nødvendige opplæringsaktiviteter, kurs og e-læringskurs innen HMS.

For oversikt over alle kurs og opplæringsaktiviteter se oversikt i læringsportalen.

HMS kurs Mål og satsning 2021	Innhold/ omfang	Tiltaks- ansvarlig	Gjennom- førings ansvar	Måling/ dokumentasjon	Status gjennomført pr 1.11.20
Årlig HMS kurs for ledere	Plan for 3 x halvdagssamling pr år.	HR	HR	Antall ledere m/ gjennomført kurs	Gjennomført 3 samlinger for ledere
HMS kurs for nye verneombud og AMU	3 dagers / 40 timers kurs hvert år.	HR	HR / BHT	Antall deltakere	40 deltakere på obligatorisk 40-timers kurs i 2020
Verneombuds-samlinger	3 timer x 4 pr år.	HR / HVO	HR / HVO	Antall deltakere pr kurs	4 samlinger gjennomført
HMS kurs alle ledere	Gi tilbud om oppdateringskurs/fagsamling i aktuelle HMS tema for alle ledere ila året.	HR	HR/ BHT	Gj. førte kurs, antall deltakere,	Ny
HMS seminar	Arrangere HMS seminar ila 2021 for ledere og verneombud	HR/HMS	HR/ HMS	Gjennomført HMS dag.	HMS seminar ikke gjennomført. Utgikk grunnet C-19
E-læringskurs HMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grønt sykehus (obligatorisk)</li> <li>• Håndhygiene (obligatorisk)</li> <li>• Brannvern (ikke obligatoriske fra 2020)</li> <li>• HMS nye ledere (obligatorisk)</li> <li>• Basale smittevernrutiner (for helsepersonell)</li> <li>• HMS innføring nye ansatte</li> <li>• Strålebruk for helsepersonell (obligatorisk årlig for alle som jobber med stråling)</li> </ul>	HR	Leder	Antall deltakere pr kurs	Grønt Sykehus 387 Håndhygiene 2117 (sjekklister Covid-19) Brannvern 784 HMS nye ledere 32 Basale smittevernrutiner 2042 (Sjekklister Covid-19) HMS innføring nye ansatte 47 Strålebruk for helsepersonell 50

#### Bedriftshelsetjenesten:

Ved behov for bistand fra Bedriftshelsetjenesten (BHT) bør tiltak innarbeides i den enkelte enhets HMS handlingsplan, se «Plan for bruk av Bedriftshelsetjenesten (BHT) ved STHF».

#### Oppdatering av planen:

HMS handlingsplanen vil kunne oppdateres ved aktuelle tilleggsoppdrag, som oppdrag og bestilling (OBD)2021.

## Saksfremlegg

### Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	16. desember 2020

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

**Sak: 082 – 2020**

### Styrets årsplan 2021

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

Vedtatt møteplan 2021, styresak 036-2020 danner utgangspunktet for Årsplan 2021. Møtet i februar 2021, hvor dato ikke er besluttet, foreslås lagt til 17. februar 2021.

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.

Som følge av Covid-19 er ikke møtested lagt inn i planen. Ett unntak er styremøtet 17. februar som planlegges kjørt via Skype.

### Forslag til vedtak

Styret slutter seg til fremlagt Årsplan 2021.

Skien, 8. desember 2020

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

# Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2021

Ajourført per 08.12.2020

Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
<b>Styremøte</b> 17. februar Kl. 0930 – 1530  Skype-møte	<ul style="list-style-type: none"> <li>Godkjenning av innkalling og sakliste</li> <li>Godkjenning av protokoll</li> <li>Protokoll fra foretaksmøte 17. desember 2020.</li> <li>Årlig melding 2020</li> <li>Fullmakter ved STHF</li> <li>Protokoll fra foretaksmøte xx. des. 2020</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Driftsorienteringer fra AD</li> <li>Virksomhetsrapport per 3. tertial 2020</li> <li>Virksomhetsrapport per januar 2021</li> <li>Internrevisjon resultater 2020 og plan 2021</li> <li>Sluttrapport akuttkjedeprojektet</li> <li>Status STHFs ambulanseplan</li> <li>Forskningsåret 2020</li> <li>Årlig erklæring om ledernes ansettelsesvilkår</li> <li>Styresaker i Sykehuset Telemark HF - status og oppfølging</li> <li>Årsplan styresaker</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Forbedringsarbeid i Kirurgisk klinikk</li> <li>Styrets egenevaluering – lukket møte</li> </ul>
<b>Styremøte</b> 24. mars Kl. 0930 – 1530  Sted: Ikke avklart	<ul style="list-style-type: none"> <li>Godkjenning av innkalling og sakliste</li> <li>Godkjenning av protokoll</li> <li>Beretning og årsregnskap 2020</li> <li>Protokoll fra foretaksmøte xx. februar og oppdragsdokument 2021</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Driftsorienteringer fra AD</li> <li>Virksomhetsrapport per februar 2021</li> <li>Alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser 2020</li> <li>Uønskede pasienthendelser 2020 - statistikk og analyse (NOKUP)</li> <li>Årsrapport 2020 HMS</li> <li>Orientering om avtaleinngåelse for anskaffelse og status nytt forbedringssystem</li> <li>Årsplan styresaker</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Styrets egenevaluering – lukket møte</li> </ul>
<b>Styremøte</b> 21. april Kl. 0930 – 1530  Møte med brukerutvalg (frem til lunsj)  Sted: Ikke avklart	<ul style="list-style-type: none"> <li>Godkjenning av innkalling og sakliste</li> <li>Godkjenning av protokoll</li> <li>Økonomisk langtidsplan 2022-2025</li> <li>Møteplan for styret 2022</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Driftsorienteringer fra AD</li> <li>Virksomhetsrapport per mars 2021</li> <li>Handlingsplan legemiddelhåndtering og klassifisering</li> <li>Årsmelding 2020 Pasient- og brukerombudet</li> <li>Samdata 2020</li> <li>Årsplan styresaker</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Styrets egenevaluering – lukket møte</li> </ul>



## Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2021

Ajourført per 08.12.2020

Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
<b>Styremøte</b> 19. mai Kl. 0930 – 1530  Sted: Ikke avklart	<ul style="list-style-type: none"><li>• Godkjenning av innkalling og saksliste</li><li>• Godkjenning av protokoll</li><li>• Styreinstruks og instruks for administrerende direktør i Sykehuset Telemark HF</li><li>• Styrende dokumenter for Sykehuset Telemark HF i 2021</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Driftsorienteringer fra AD</li><li>• Virksomhetsrapport per 1. tertial 2021</li><li>• STHFs handlingsplan pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring ref. regional strategi</li><li>• Resultater av undersøkelsen ForBedring</li><li>• Helsefelleskap</li><li>• Årsplan styresaker</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Styrets egevaluering – lukket møte</li></ul>
<b>Styremøte</b> 16. juni Kl. 0930 – 1530  Sted: Ikke avklart	<ul style="list-style-type: none"><li>• Godkjenning av innkalling og saksliste</li><li>• Godkjenning av protokoll</li><li>• Protokoll fra foretaksmøte xx. mai</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Driftsorienteringer fra AD</li><li>• Virksomhetsrapport per mai 2021</li><li>• Rammeverk for beredskap</li><li>• ADs driftsorienteringer</li><li>• Årsplan styresaker</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Styrets egevaluering – lukket møte</li></ul>
<b>Styremøte</b> 22. september Kl. 0930 – 1530  Sted: Ikke avklart	<ul style="list-style-type: none"><li>• Godkjenning av innkalling og saksliste</li><li>• Godkjenning av protokoll</li><li>• Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2022</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Driftsorienteringer fra AD</li><li>• Fullskala Kompetanseportal – status</li><li>• Virksomhetsrapport per 2. tertial 2021</li><li>• Status styringskrav 2021 (OBD)</li><li>• Styresaker i Sykehuset Telemark HF - status og oppfølging</li><li>• Årsplan styresaker</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Styrets egevaluering – lukket møte</li></ul>
<b>Styremøte</b> 27. oktober Kl. 0930 – 1530  Sted: Ikke avklart	<ul style="list-style-type: none"><li>• Godkjenning av innkalling og saksliste</li><li>• Godkjenning av protokoll</li><li>• Årlig evaluering AD</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Driftsorienteringer fra AD</li><li>• Virksomhetsrapport per september 2021</li><li>• Status budsjett 2022</li><li>• Vold og trusler mot ansatte - status forebyggende program</li><li>• Kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer</li><li>• Status prosjekt implementering prosjekt nytt forbedringssystem</li><li>• Ledelsens gjennomgang 2021</li><li>• Årsplan styresaker</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Styrets egevaluering – lukket møte</li></ul>

## Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2021

Ajourført per 08.12.2020

Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
<b>Styremøte</b> 15. desember Kl. 0930 – 1530  Sted: Ikke avklart	<ul style="list-style-type: none"><li>• Godkjenning av innkalling og saksliste</li><li>• Godkjenning av protokoll</li><li>• Budsjett 2022</li><li>• Årsplan styresaker 2022</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Driftsorienteringer fra AD</li><li>• Virksomhetsrapport per november 2021</li><li>• Utdanning av leger, sykepleiere og helsefagarbeidere ved STHF – status</li><li>• Internrevisjon resultater 2021 og plan 2022</li><li>• Overordnet handlingsplan for helse-, miljø- og sikkerhet (HMS) Sykehuset Telemark 2022</li><li>• Forskningsåret 2021</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring - status 2020</li></ul>

### Foretaksmøter og styreseminar:

<b>Årlige faste foretaksmøter</b> xx. februar og xx. mai. Helse Sør-Øst RHF har ikke fastlagt dato for møtene
<b>Styreseminar</b> 24. mars - Tema: Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan for 2022 (utgangspunkt Årlig melding 2020) 22. september 16. desember - Tema: Årlig egenevaluering av styrets arbeid og arbeidsform

### Saker til behandling hvor møtetidspunkt ikke er fastsatt:

- Oversikt kategorisering av HMS-avvik settes opp i 2022 etter at nytt forbedringssystem er tatt i bruk

# Møteprotokoll

---

**Styre:** Helse Sør-Øst RHF  
**Møtested:** Møtesenteret Grev Wedels plass 5, Oslo  
**Dato:** Torsdag 22. oktober 2020  
**Tidspunkt:** Kl 0915 – 1500

---

**Følgende styremedlemmer møtte:**

---

Svein I. Gjedrem	Styreleder	
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder	Til kl 14:00
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, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø, konserndirektør Atle Brynestad

---

**Saker som ble behandlet:**

110-2020	Godkjenning av innkalling og sakliste
----------	---------------------------------------

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste til styremøte 22. oktober 2020.

111-2020	Godkjenning av protokoll fra styremøte 24. september 2020
----------	---

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 24. september 2020 godkjennes.

112-2020	Virksomhetsrapport per september 2020
----------	---------------------------------------

**Oppsummering**

Saken presenterer virksomhetsrapport for september 2020.

**Kommentarer i møtet**

Styret merket seg den positive utviklingen innen pakkeforløp kreft. Styret viste til at det også er en positiv aktivitetsutvikling innen psykisk helsevern barn og unge. Samtidig forventer styret at ventetiden for denne pasientgruppen går ned. Styret viste til at aktiviteten i sykehusene er i ferd med å normaliseres, men at det er utfordringer innen enkelte fagområder.

Styret kommenterte bemanningsutfordringen og at den bør løses med strukturelle tiltak. Videre merket styret seg at det har vært flere driftsutfordringer i Sykehuspartner HF i september og at det er utfordringer innen investeringsområdet for IKT.

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret tar virksomhetsrapport per september 2020 til etterretning.

113-2020	Virksomhetsrapport for andre tertial 2020
----------	---

### Oppsummering

Virksomhetsrapport per andre tertial 2020 omhandler status for styringsmålene 2020 for drift. Rapporten er bygget opp etter mal av styringsplakat for 2020. Under særskilte tema omtales samvalg og testaktivitet og –kapasitet i forbindelse med Covid-19 pandemien. Sykehuspartner HF og de felleseide helseforetakene omtales i egne kapitler. I tillegg inneholder tertialrapporten risikovurdering med tilhørende tiltaksliste.

Det utarbeides egne tertialrapporter for regional IKT-prosjektportefølje, programmene ISOP og STIM som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF og for regionale byggeprosjekter. Av denne grunn omtales ikke IKT- og byggområdet i denne rapporten.

Som vedlegg til tertialrapporten følger en status for oppfølging av oppdrag der Helse Sør-Øst RHF er rapporteringsansvarlig («halvårsrapport»). Halvårsrapporteringen bygger på en vurdering av om det enkelte krav vil bli oppfylt inneværende år. Oversikten viser også oppdrag som er gitt til alle de regionale helseforetakene, der Helse Sør-Øst RHF har fått ansvar for å koordinere arbeidet. Administrerende direktør kommenterte at det er feil i rapportering for pakkeforløp psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Her har Helsedirektoratet gitt ut tall for første tertial. Tallene vil presenteres i neste virksomhetsrapport.

### Kommentarer i møtet

Styret kommenterte at det er en god rapport som gir et dekkende bilde av virksomheten. Styret diskuterte risikovurderingen, inkludert restrisiko, akseptabel risiko og metodikken for risikovurderingen. Styret er tilfreds med risikovurderingen.

### Styrets enstemmige

## VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport for andre tertial 2020 til etterretning.

114-2020	Tertialrapport 2. tertial 2020 for regionale byggeprosjekter
----------	--

### Oppsummering

Styresaken har som formål å redegjøre for status per 2. tertial 2020 for de regionale byggeprosjektene i Helse Sør-Øst.

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

### Kommentarer i møtet

Styret ba om at det ble gitt løpende orientering om fremdriften i prosjekt nytt sykehus i Drammen. Styret ønsket også en oversikt over hvilke reserver som er budsjettert og orientering om kuttlisten i prosjektet.

### Styrets enstemmige

## VEDTAK

Styret tar status per andre tertial 2020 for regionale byggeprosjekter til etterretning.

115-2020	Sykehuspartner HF – videre plan og finansiering for prosjektet Windows 10
----------	--

### Oppsummering

I styresak 073-2020 godkjente styret i Helse Sør-Øst RHF finansiering av Windows 10-prosjektet som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF, ut oktober 2020. Samtidig ble Sykehuspartner HF bedt om å komme tilbake med en plan for resterende 18 000 klienter (fase 2) innen oktober 2020.

Saken omhandler den videre leveranseplanen for oppgradering av 50 000 klienter til Windows 10 innen utgangen av november 2021 (fase 1) og innretning for de resterende 18 000 klientene.

### Kommentarer i møtet

Styret merket seg at Sykehuspartner HF holder fremdrift for fase 1 av prosjektet Windows 10 som omhandler oppgradering av 50 000 klienter, og støtter at det godkjennes finansiering for fase 1. Styret støtter at omlegging av klienter tilknyttet medisinskteknisk utstyr skilles ut i et eget prosjekt og ber om plan for dette prosjektet, inkludert finansiering. Styret kommenterte at det må sees på fremdriftsplan for fase 2 av prosjektet som omhandler oppgradering av 14000 klienter, slik at dette er ferdigstilt innen utvidet support opphører. Styret ber om en gjennomføringsplan for fase 2 av prosjektet, inkludert forslag til finansiering.

### Styrets enstemmige

## VEDTAK

1. Styret godkjenner finansiering av fase 1 i prosjektet *Windows 10* med en kostnadsramme (P85-estimat) på 490 millioner kroner inklusive mva. Likviditetsbehovet for 2020 forutsettes finansiert innenfor Sykehuspartner HF sitt budsjett for 2020, mens likviditetsbehovet for 2021 innarbeides i helseforetakets budsjett for 2021.

2. Styret tar til etterretning at prosjektets fase 2 vil omhandle oppgradering av 14 000 klienter og ber Sykehuspartner HF om en plan for gjennomføring av arbeidet, inkludert forslag til finansiering.
3. Styret tar til etterretning at omlegging av 4000 klienter tilknyttet medisinskteknisk utstyr skilles ut i et eget prosjekt og ber om at det utarbeides en plan for dette prosjektet, inkludert finansiering.

<b>116-2020</b>	<b>Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen</b>
-----------------	--

### Oppsummering

Helse- og omsorgsdepartementet ga i 2017 Helse Nord RHF i oppdrag å ivareta strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Det er utarbeidet et strategidokument «Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen» som fremlegges for styrebehandling. Det har vært bred deltagelse i arbeidet og det er utarbeidet en felles styresak som legges frem for de fire regionale helseforetaksstyrene.

### Kommentarer i møtet

Styret kommenterte at det er viktig at det er gjort et arbeid for å vurdere helsetjenester til den samiske befolkningen og berømmet arbeidet.

### Styrets enstemmige

## V E D T A K

1. Styret slutter seg til strategidokumentet «Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen» med følgende prioriteringer for den videre oppfølgingen av strategidokumentet:
  - a. Strategi for økt kvalitet og kompetanse i spesialisthelsetjenesten prioriteres i første fase, i nært samarbeid med primærhelsetjenesten.
  - b. Det utarbeides en nasjonal handlingsplan som omfatter helsetjenester til den samiske befolkningen.
  - c. Det arbeides videre med overordnet organisering av samiske spesialisthelsetjenester i tråd med de regionale helseforetakenes «sørge for»-ansvar. Modell 1 med videreutvikling av dagens organisering, anbefales. Målet er at helsetjenester til den samiske befolkningen styrkes i alle landets helseforetak.
2. Styret slutter seg til at strategidokumentet oversendes Helse- og omsorgsdepartementet med de innspill som kom frem under behandling av saken i styremøtet.

117-2020	Supplering av styret i Vestre Viken HF og PKH
----------	---

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

### Oppsummering

Det er behov for å supplere styret i Vestre Viken HF etter at et av medlemmene har bedt seg fritatt fra vervet. Det er også behov for å oppnevne et nytt styremedlem fra Helse Sør-Øst RHF i Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH).

Valgkomiteen vil legge frem sin innstilling i styremøtet.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Til styret i Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH) oppnevnes direktør for personal- og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø, Helse Sør-Øst RHF
2. Til styret i Vestre Viken HF oppnevnes Ane Rongen Breivega som nytt styremedlem. Dette bekreftes i etterfølgende foretaksmøte i Vestre Viken HF. Kjønnbalansen i styret i Vestre Viken HF vil bli rettet opp ved snarlig utvidelse av styret.

118-2020	Årsplan styresaker
----------	--------------------

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

119-2020	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
----------	--

Administrerende direktør presiserte en noe upresis formulering i orienteringens punkt 6 *Forvaltningsrevisjon – forebygging av angrep mot IKT-systemer*. Sykehuspartner HF er også omfattet av denne revisjonen. Det ble også gitt en utvidet muntlig presentasjon av forslag til statsbudsjett 2021.



**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget
3. Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget
4. Brev fra Foreningen for hjertesyke barn
5. Brev fra Bente Odner og Randi Werner-Erichsen
6. Vedtak i Sør-Fron kommunestyre
7. Presentasjon fra Gjøvik kommune
8. Uttalelse fra ordførerne i Valdres
9. Protokoll datert 21. oktober 2020 fra drøftinger med konserntillitsvalgte.

*Møtet hevet kl 15:00*

Oslo, 22. oktober 2020

---

Svein I. Gjedrem  
Styreleder

---

Anne Cathrine Frøstrup  
nestleder

---

Kirsten Brubakk

---

Olaf Qvale Dobloug

---

Christian Grimsgaard

---

Bushra Ishaq

---

Vibeke Limi

---

Einar Lunde

---

Lasse Sølvberg

---

Sigrun E. Vågeng

---

Tore Robertsen  
styresekretær

# Møteprotokoll

---

**Styre:** Ekstraordinært styremøte Helse Sør-Øst RHF  
**Møtested:** Skype-møte  
**Dato:** 19. november 2020  
**Tidspunkt:** Kl 20:30-21:15

---

**Følgende styremedlemmer møtte:**

---

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

---

**Fra brukerutvalget møtte:**

---

Nina Roland  
Lilli-Ann Stensdal

---

**Fra administrasjonen deltok:**

---

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus  
Eierdirektør Tore Robertsen  
Viseadministrerende direktør Jan Frich, økonomidirektør Hanne Gaaserød og direktør teknologi og e-helse Rune Simensen.

---

**Saker som ble behandlet:**

<b>120-2020</b>	<b>Godkjenning av innkalling og sakliste</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

<b>121-2020</b>	<b>Økonomiske konsekvenser av Covid-19 pandemien – fordeling av gjenstående bevilgning</b>
-----------------	--

**Oppsummering**

Saken er en oppfølging av styresak 078-2020 *Revidert nasjonalbudsjett 2020 - økonomiske konsekvenser av Covid-19*.

Helseforetakene og de private ideelle sykehus i regionen arbeider med å normalisere driften samtidig som smitteverntiltak og nødvendig beredskap ivaretas. Driftssituasjonen medfører fortsatt inntektsbortfall, økte beredskapskostnader og behov for investeringer som følge av Covid-19 pandemien.

I denne saken forelegges styret forslag til fordeling av gjenstående beløp på 2 130 millioner kroner av Stortingets bevilgninger til Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med Covid-19 pandemien.

**Kommentarer i møtet**

Styret støtter det fremlagte forslaget til vedtak og takker for et godt saksfremlegg.

Ansattvalgte styremedlemmer ga uttrykk for at det har vært krevende for de ansatte å få kompensasjon for ekstraarbeid under pandemien, og også i noen tilfeller når det forelå avtale om det.

Styret legger til grunn at inngåtte avtaler med arbeidstakerorganisasjonene skal overholdes.

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret konstaterer at bevilgninger gjennom Prop. 117 S (2019-2020) og Prop. 127 S (2019-2020) setter helseregionen i stand til å håndtere økonomiske effekter av Covid-19 pandemien i 2020.
2. Styret slutter seg til at det tildeles 1 687,8 millioner kroner av gjenstående basisbevilgning til helseforetak og private ideelle sykehus i regionen i forbindelse med Covid-19 pandemien med følgende fordeling:

- Det fordeles 1 234,9 millioner kroner gjennom den regionale inntektsmodellen.
  - Videre gjøres følgende særskilte tildelinger:
    - i. Oslo universitetssykehus HF tildeles 225 millioner kroner for dekning av økonomiske effekter knyttet til lands- og regionsfunksjoner.
    - ii. Det tildeles inntil 49 millioner kroner for dekning av investeringskostnader ved etablering av økt analysekapasitet, hvorav 18 millioner kroner til Akershus universitetssykehus HF, 23 millioner kroner til Oslo universitetssykehus HF og åtte millioner kroner til Vestre Viken HF.
    - iii. Sunnaas sykehus HF tildeles 10,2 millioner kroner etter andel basisramme.
    - iv. Diakonhjemmet Sykehus AS og Lovisenberg Diakonale Sykehus AS tildeles henholdsvis 45 millioner kroner og ti millioner kroner utover tildeling gjennom inntektsmodellen.
    - v. Martina Hansens Hospital AS tildeles 12,9 millioner kroner, hvorav 4,9 millioner kroner etter andel basisramme og åtte millioner kroner for reduksjon i variable inntekter som følge av beredskapsavtale med Vestre Viken HF.
    - vi. Regionalt barnepalliativt team ved Oslo universitetssykehus HF tildeles 0,8 millioner kroner, slik at samlet tildeling for 2020 utgjør tre millioner kroner.
    - vii. Det tildeles 100 millioner kroner til det regionale helseforetaket for finansiering av regionale investeringer i utstyr.
3. Styret slutter seg til at gjenværende del av basisbevilgning på 442,2 millioner kroner holdes tilbake i det regionale helseforetaket for å kunne håndtere eventuelle ytterligere uforutsette hendelser som følge av Covid-19 pandemien i 2020.

Møtet hevet kl 21:15

Hamar, 19. november 2020

---

Svein I. Gjedrem  
Styreleder

---

Anne Cathrine Frøstrup  
nestleder

---

Kirsten Brubakk

---

Olaf Qvale Dobloug

---

Christian Grimsgaard

---

Bushra Ishaq

---

Vibeke Limi

---

Einar Lunde

---

Lasse Sølvberg

---

Sigrun E. Vågeng

---

Tore Robertsen  
styresekretær

## Møteprotokoll

---

**Styre:** Helse Sør-Øst RHF  
**Møtested:** Helse Sør-Øst RHF, Hamar  
**Dato:** Torsdag 26. november 2020  
**Tidspunkt:** Kl 0915 – 1700

---

### Følgende styremedlemmer møtte:

---

Svein I. Gjedrem	Styreleder	
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder	Fra kl 1315
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, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø, konserndirektør Atle Brynestad og kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande

---

**Saker som ble behandlet:**

<b>122-2020</b>	<b>Godkjenning av innkalling og sakliste</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste til styremøte 26. november 2020.

<b>123-2020</b>	<b>Godkjenning av protokoll fra styremøte 22. oktober 2020</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 22. oktober 2020 godkjennes.

<b>124-2020</b>	<b>Oslo universitetssykehus HF – oppstart forprosjekt for Nye Aker og Nye Rikshospitalet</b>
-----------------	--

**Oppsummering**

Denne saken er en oppfølging av styresak 063-2020; *Oslo universitetssykehus HF - oppstart forprosjekt for Nye Aker og Nye Rikshospitalet*, hvor styret godkjente plan for oppstart av forprosjekt for Nye Aker og Nye Rikshospitalet.

Styret orienteres om de forberedende aktivitetene som er gjennomført etter styrets vedtak i sak 063-2020, og om behandlingen i styret ved Oslo universitetssykehus HF av sak 79/2020 *Forberedelse til forprosjekt Nye Aker og Nye Rikshospitalet – akuttutredning, fagfordeling, organisasjonsutvikling, medvirkning og bærekraft.*

I saken foreslås at oppstart av forprosjekt for Nye Aker og Nye Rikshospitalet godkjennes og det legges frem mandat for dette arbeidet. Det orienteres i saken om pågående dialog mellom Oslo universitetssykehus HF og Universitetet i Oslo om eventuell anskaffelse eller leie av lokaler i det planlagte Livsvitenskapsbygget.



### Kommentarer i møtet

Styret takker for godt saksfremlegg.

Styret er oppmerksom på at det fortsatt er reguleringsrisiko og styret viste til at et prosjekt av denne størrelse og kompleksitet også har andre typer risiko som økonomi og gjennomføring. Samtidig er prosjektet tidskritisk.

Styret påpeker at prosjektet krever en god organisasjonsutvikling og medvirkning fra ansatte. Styret ber om at både Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF legger stor vekt på å få til god medvirkning i det videre arbeidet.

Styret mener at valg av leder i prosjektstyret skal være en styrebeslutning og at det bør være to representanter fra de ansattes organisasjoner i prosjektstyret. Siri Hatlen skal lede prosjektstyret, og det skal være med representanter fra Helse Sør-Øst RHF.

Styret er i utgangspunktet positive til mulig samlokalisering mellom Oslo universitetssykehus HF og Universitetet i Oslo i Livsvitenskapsbygget og ber om at administrerende direktør sørge for en utredning av dette.

### Styrets

#### VEDTAK

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF viser til vedtak i styret ved Oslo universitetssykehus HF i sak 79/2020 og ber på denne bakgrunn om at følgende rapporter og løsninger legges til grunn i det videre arbeidet i forprosjektet for Nye Aker og Nye Rikshospitalet:
  - Rapport om konkretisering av akuttmedisinsk og akuttkirurgisk virksomhet, inkludert traumevirksomhet, i Nye Oslo universitetssykehus, sett i sammenheng med resultat av fagfordelingsprosjektet
  - Rapport om psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
  - Rapport om barn og ungdom
  - Rapport om smittevern, inkludert erfaringer fra Covid-19 pandemien
  - Høysmitteisolater etableres ved Nye Aker
  - Trykkammer legges til Nye Rikshospitalet
2. Styret tar status for arbeidet med reguleringsplanforslaget for Aker og Gaustad til orientering, inkludert den utvidete dialogfasen med Plan- og bygningsetaten i Oslo kommune og de endringer som det nå arbeides med.
3. Styret ber om at arbeidet med en trinnvis utvikling, hvor bygningsmassen tas i bruk stegvis, videreføres.
4. Styret tar fremlagte mandatet for forprosjektet til orientering og gir administrerende direktør fullmakt til å fastsette endelig mandat.
5. Styret utpeker Siri Hatlen som leder av prosjektstyret og gir administrerende direktør fullmakt til å oppnevne øvrige medlemmer. Det skal være to medlemmer i prosjektstyret utpekt av de ansattes organisasjoner.

6. Styret viser til vedtak i sak 063-2020 hvor økonomisk styringsmål for prosjektet Nye Aker og Nye Rikshospitalet er satt. I samme sak vedtok styret at det skal være ekstern kvalitetssikring av forprosjektet.
7. Styret viser til orienteringen om mulig samlokalisering av deler av Oslo universitetssykehus' virksomhet med Universitetet i Oslo i Livsvitenskapsbygget, og ber administrerende direktør utrede dette
8. Styret viser til vedtak i styret i Oslo universitetssykehus i sak 79/2020 og ber administrerende direktør utrede om overføring av ansvaret for spesialisthelsetjenesten for somatikk for bydelen Alna fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF bør skje på et tidligere tidspunkt enn når bygningsmassen på Nye Aker er planlagt ferdigstilt. Konsekvenser for kapasitet og økonomi for både Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF skal belyses. Et samlet beslutningsgrunnlag skal fremlegges styret for behandling.
9. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å iverksette prosesser for erverv av nødvendige tomtearealer. Ervervet av tomter behandles som egne beslutninger i styret.
10. Styret ber om at Oslo universitetssykehus HF arbeider videre med organisasjonsutvikling, ytterligere konkretisering av planer for gevinstrealisering og med å ivareta økonomisk bærekraft for prosjektet og helseforetaket. Arbeidet skal følge de 12 prinsippene for medvirkning og kravene i *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*.
11. Styret viser til at Oslo universitetssykehus HF har gjennomført omfattende forberedende aktiviteter og avklaringer av virksomhetsinnhold og fagfordeling mellom Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Styret godkjenner oppstart av forprosjekt.

Styremedlem Christian Grimsgaard fremmet følgende alternative vedtaksforslag:

1. Styret tar redegjørelsen til orientering.
2. Styret ber om at saken legges fram på nytt, med en oppdatert plan – basert på konseptfaserapporten – men hvor tilleggs-bestillingene er konkretisert og innarbeidet. Det skal fremlegges en oppdatert investeringsanalyse, arealberegning, gevinstrealiseringsestimat samt bærekraftsanalyse. Styret ber også om at det innhentes en oppdatert risikovurdering fra Plan og bygningsetaten i Oslo i tråd med vurderingen framlagt i styresak 115/2018.

Votering:

Forslaget fra styremedlem Grimsgaard falt mot to stemmer

Styrets vedtak:

Punkt 1 vedtatt mot tre stemmer  
Punkt 2 vedtatt mot to stemmer  
Punkt 3 vedtatt mot to stemmer  
Punkt 4 vedtatt mot tre stemmer  
Punkt 5 vedtatt mot tre stemmer  
Punkt 6 vedtatt mot tre stemmer  
Punkt 7 vedtatt mot to stemmer  
Punkt 8 vedtatt mot to stemmer  
Punkt 9 vedtatt mot to stemmer  
Punkt 10 vedtatt mot to stemmer  
Punkt 11 vedtatt mot tre stemmer

### **Stemmeforklaring fra medlemmene Grimsgaard og Sølberg**

Disse medlemmene går imot vedtaksforslagene samlet. I sak 50/2019 godkjente styret konseptfaserapporten til Oslo universitetssykehus. I vedtaket ble det gitt en rekke tilleggsbestillinger til sykehuset, som er besvart med rapporter utarbeidet i Oslo universitetssykehus. Her fremstilles en rekke hensyn og behov som må ivaretas i en ny virksomhetsmodell og byggløsning. Det er i liten grad konkretisert hvilke følger dette har for arealkrav, og det er ikke utarbeidet noen samlet oppdatert framstilling av hvilke areal- og investeringsbehov konseptfasen inklusive tilleggsbestillingene medfører. Det er heller ikke fremlagt oppdatert gevinstberegning eller bærekraftsanalyse.

I sak 115/2018 ble det fremlagt en risikovurdering fra reguleringsmyndigheten i Oslo. Den viste høy reguleringsrisiko for alternativene som ble lagt til grunn i konseptfaserapporten. I saken er det lagt fram helt nye forslag til løsninger på Gaustad-tomten, som vil innebære flytting av Preklinisk institutt. Det er ikke redegjort for kostnader knyttet til dette tiltaket, og det er ikke fremlagt en oppdatert vurdering av reguleringsrisiko.

Samlet sett vurderer disse medlemmene at mange sentrale forhold stadig er uavklart, at gjennomføringsrisiko stadig er høy, og at det ikke er riktig å igangsette forprosjekt nå. Disse medlemmene vil særskilt bemerke at reguleringsspørsmålet stadig er uavklart, og vil minne om vedtakspunkt 5 og 6 i styresak 72-2017;

*Styret påpeker at det er knyttet gjennomføringsrisiko til lokaliseringalternativene og ber om at det ikke utelukkes alternativ plassering innen Oslo universitetssykehus HF's tomtearealer om risikobildet tilsier dette. Styret skal holdes orientert underveis i utredningen og spesielt knyttet til gjennomføringsrisiko.*

*Styret forutsetter at det ikke gjøres disponeringer mens utredningen pågår som kan hindre alternative løsninger i fremtiden.*

### **Stemmeforklaring fra styremedlem Brubakk:**

For å lykkes med Nye OUS forutsettes en omforent forståelse av målbildet, involvering og medvirkning. Uro og bekymring blant de ansatte tyder på at man ikke har lykkes.

Det forventes at OUS legger mer til rette for medbestemmelse og åpne prosesser om beslutninger. En samlet og realistisk framstilling av de valg som er gjort i konseptfasen kan danne ett godt grunnlag før et vedtak om å gå videre til forprosjekt.

125-2020	Virksomhetsrapport per oktober 2020
----------	-------------------------------------

### Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport for oktober 2020.

### Kommentarer i møtet

Styret viste til den positive utviklingen i ventetider og arbeidet med å ta igjen aktivitet som følge av pandemien. Samtidig ser styret at utviklingen fremover vil påvirkes av pandemien.

Styret støtter at de helseforetakene som ligger bak måltallene følges særskilt opp. Dette gjelder særlig innenfor fagområdene psykisk helsevern for voksne og barn og ungdom.

Styret er tilfreds med den positive utviklingen i driften av Sykehuspartner HF.

Styret viste til at det er gitt økonomisk kompensasjon som dekker økte kostnader og tapte inntekter som følge av pandemien.

### Styrets enstemmige

## VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per oktober 2020 til etterretning.

126-2020	Budsjett 2021 – fordeling av midler til drift og investeringer
----------	--

### Oppsummering

Administrerende direktør fremmer med denne saken forslag til fordeling av faste inntekter for 2021 til helseforetakene og de private ideelle sykehusene med driftsavtale, samt for det regionale helseforetaket. I saken fremmes videre forslag til reservasjon av likviditet til regionalt prioriterte investeringsprosjekter.

Saken er basert på styresak 017-2020 *Økonomisk langtidsplan 2021–2024 – planforutsetninger* og styresak 060-2020 *Økonomisk langtidsplan 2021–2024*, samt Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjon for 2021, Prop. 1 S (2020–2021).

Det tas et generelt forbehold om eventuelle endringer i inntektsforutsetningene som følge av Stortingets budsjettvedtak. Hvis Stortingets budsjettvedtak innebærer betydelige endringer i forhold til Prop. 1 S (2020–2021), vil administrerende direktør vurdere å legge fram en oppdatert budsjettsak i desember.

Administrerende direktør opplyste i møtet om en feil i utsendt saksfremstillingen. I forslag til vedtak, punkt 4, har Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Innlandet HF byttet plass. Det samme gjelder tabell 21 i saksfremstillingen. Dette er rettet opp i endelig styrevedtak.

### Kommentarer i møtet

Styret slutter seg til det foreslåtte vedtaket.

Styret ba om en nærmere redegjørelse for utviklingen i «overheadkostnader» i forbindelse med neste rullering av økonomiske langtidsplan. Styret ønsker en oversikt over og bedre innsikt i disse kostnadene.

Styret støtter at administrerende direktør begrenser utgiftsveksten i de felles eide helseforetakene.

Styret er særlig opptatt av likeverdige helsetjenester og god personalpolitikk og ber om at dette fremføres ved oversendelse av budsjetttrammer til helseforetakene.

Styret ber om at det må være god dialog med de to private ideelle sykehusene i Oslo i forbindelse med krav om full innfasing av inntektsmodellen i Oslo sykehusområde.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Styret legger premisser, mål og prioriteringer som fremgår av Prop. 1 S (2020–2021) og *Regional utviklingsplan 2035* til grunn for budsjett 2021.
2. Følgende krav gjelder for helseforetakene/sykehusene i 2021:
  - Samlet vekst i pasientbehandlingen skal være om lag 2,3 % fra saldert budsjett 2020 til 2021, hvorav 0,8 % er en ettårig vekst for å redusere ventetidene som følge av koronapandemien. Vekst i ISF-finansiert pasientbehandling er om lag 2,2 %. Vekstkravet differensieres overfor helseforetakene og sykehusene sett opp mot befolkningsveksten i hvert enkelt opptaksområde.
  - Veksten i pasientbehandlingen og kostnadsutviklingen innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere hver for seg enn innen somatikk. Det enkelte helseforetak og sykehus skal i sine aktivitetsbudsjetter legge til rette for at dette kravet innfris. Psykisk helsevern for barn og unge, samt innføring av pakkeforløp innen psykisk helsevern og rusbehandling skal prioriteres.
  - Helseforetakene skal utarbeide planer som beskriver behov for kritisk kompetanse og hvilke konkrete tiltak som vil bli iverksatt for å dekke dette behovet i 2021. For de personalgrupper der kompetansebehovet er særlig kritisk for pasientbehandlingen, skal antall utdanningsstillinger økes. Planen skal også angi tiltak for at helsepersonell vedlikeholder og tilegner seg ny kompetanse.
  - Krav til tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet gitt i styresak 017-2020 *Økonomisk langtidsplan 2021–2024 – planforutsetninger* videreføres i budsjett 2021.

3. Midler til vekst i pasientbehandlingen med 815,8 millioner kroner fordeles med 740,8 millioner kroner til helseforetakene/sykehusene og 75 millioner kroner til det regionale helseforetaket.
4. Styret legger til grunn følgende fordeling av faste inntekter på 62 115 millioner kroner bevilget gjennom Prop. 1 S (2020–2021):

Faste inntekter 2021	I alt
Akershus universitetssykehus HF	7 469
Oslo universitetssykehus HF	13 360
Sunnaas sykehus HF	439
Sykehuset Innlandet HF	5 292
Sykehuset i Vestfold HF	3 453
Sykehuset Telemark HF	2 539
Sykehuset Østfold HF	4 447
Sørlandet Sykehus HF	4 717
Vestre Viken HF	6 434
Sykehuspartner HF	400
Betanien Hospital	87
Diakonhjemmet Sykehus	1 206
Lovisenberg Diakonale Sykehus	1 366
Martina Hansens Hospital	166
Revmatismesykehuset	56
Helse Sør-Øst RHF	10 683
I alt	62 115

(tall i millioner kroner)

5. Styret bevilger 632 millioner kroner til forskning og innovasjon i 2021. Summen omfatter det øremerkede tilskuddet til forskning fra Helse- og omsorgsdepartementet på 314 millioner kroner og midler fra det regionale helseforetakets eget budsjett på 318 millioner kroner. I tillegg kommer 146,8 millioner kroner til nasjonalt program for klinisk behandlingsforskning bevilget over statsbudsjettet.
6. Helseforetakenes og sykehusenes inntektsrammer og krav for 2021, herunder aktivitetskrav, ISF- refusjoner, forskningsmidler, vilkår for bevilgningen, resultatkrav, øvrige styringskrav og rammebetingelser, vil bli endelig fastsatt i oppdrag og bestilling 2021.
7. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å:
  - Foreta eventuelle budsjettkorrigeringer gjennom året, blant annet som følge av nye bevilgninger eller føringer fra eier, styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF, tekniske justeringer som følge av feilbudsjetteringer med videre.
  - Tildele og korrigere ekstraordinær inntektsstøtte ved endrede forutsetninger innenfor budsjettåret.

8. Administrerende direktør har fullmakt til å prolongere avtaleinngåelser innenfor vedtatte prioriteringer og budsjett. Med mindre det foreligger særlige grunner som tilsier at administrerende direktør bør forelegge saken for styret, gjelder fullmakten også ut over det enkelte budsjettår når avtalen er en forutsetning for å videreføre ordinær drift. Herunder følger:
  - Inngå avtaler om kjøp av helsetjenester fra private tilbydere i tråd med gjeldende prioriteringer og føringer.
  - Fatte beslutninger om forlengelse av eksisterende lisensavtaler knyttet til IKT-drift som er innarbeidet i budsjettet.
  - Oppta investeringslån fra Helse- og omsorgsdepartementet i tråd med tildelingene over Prop. 1 S (2020–2021).
9. Det legges til grunn at allerede iverksatte investeringsprosjekter videreføres i 2021, herunder byggeprosjekter som er gitt lånefinansiering over statsbudsjettet.
10. Det reserveres inntil 675 millioner kroner til investering og inntil 195 millioner kroner til driftskostnader for regional IKT-prosjektportefølje. Videre reserveres likviditet til Sykehuspartner HF sitt investeringsbudsjett med inntil 785 millioner kroner.
11. Det reserveres en regional resultatbuffer på 600 millioner kroner, hvorav 86 millioner kroner og 65 millioner kroner reserveres til henholdsvis Diakonhjemmet Sykehus AS og Lovisenberg Diakonale Sykehus AS som midlertidig inntektsstøtte i 2021. Videre reserveres det inntil 30 millioner kroner for å dekke kostnader for legemidler overført i 2018 for Diakonhjemmet Sykehus AS og Lovisenberg Diakonale Sykehus AS.

<b>127-2020</b>	<b>Innspill til statsbudsjett for 2022</b>
-----------------	--

### **Oppsummering**

I vedlegg 1 til foretaksprotokoll av 14. januar 2020 er det forutsatt at de regionale helseforetakene skal gi innspill til statsbudsjett for 2022 innen 1. desember 2020.

De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert aktivitetsbehovet for 2022 innen somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusmiddelbehandling (TSB).

I tillegg omhandler innspillet fra de regionale helseforetakene noen overordnede tema av betydning for statsbudsjettet for 2022.

Det fremmes likelydende styresaker for de fire regionale helseforetakenes styrer.

### **Kommentarer i møtet**

Styret slutter seg til det fremlagte forslag til vedtak.

Styret ber om at det ved neste rullering av økonomisk langtidsplan utredes nærmere forholdet mellom innsatsstyrt finansiering og basisbevilgning.

Styret ber om at det i oversendelsesbrevet til Helse- og omsorgsdepartementet legges til et ønske om mer presise definisjoner og bedre analyser som grunnlag for kommunikasjon om utviklingen i produktivitet og aktivitetsvekst i spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene bør søke samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet om dette.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Styret slutter seg til den foreliggende vurdering av aktivitetsforutsetninger for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmisbrukere, som innspill til statsbudsjett for 2022.
2. Styret ber videre om at følgende forhold vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2022:
  - Konsekvenser av de langsiktige utviklingstrekkene for sektoren
  - Styrket finansiering av legemiddelområdet
3. Styret ber om at innspillet oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

<b>128-2020</b>	<b>Regional anskaffelse av radiologiløsning, multimediearkiv, samhandlingsløsning og doseovervåkingsløsning for helseforetakene i Helse Sør-Øst</b>
-----------------	---

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

Styrets vedtak fremgår i B-protokoll

<b>129-2020</b>	<b>Status og rapportering for regional IKT-prosjektportefølje per andre tertial 2020</b>
-----------------	--

### Oppsummering

Denne saken omfatter de styrevedtatte prosjektene i den regionale IKT-prosjektporteføljen. Det rapporteres på fremdrift, økonomi, kvalitet og risiko for hvert prosjekt. Rapporteringen per prosjekt avsluttes når den aktuelle IKT-løsningen er innført ved de helseforetak som omfattes av prosjektet.

Selve tertialrapporten rapporterer status per 31. august 2020. Viktige hendelser som har skjedd i porteføljen etter denne datoen er beskrevet i dette saksfremlegget.



### Kommentarer i møtet

Styret tar den fremlagte statusen til orientering og påpeker at det er en positiv utvikling.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Styret tar status per andre tertial 2020 for gjennomføringen av de styregodkjente prosjektene i regional IKT-prosjektportefølje til orientering.

<b>130-2020</b>	<b>Status og rapportering andre tertial 2020 for programmene STIM og ISOP, Sykehuspartner HF</b>
-----------------	--

### Oppsummering

Saken omhandler status og rapport per andre tertial 2020 for programmene STIM (standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering) og ISOP (tilgangsstyring, informasjonssikkerhet og personvern) som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF. Rapporten ble behandlet i styret i Sykehuspartner HF den 15. oktober 2020, jf. styresak 073-2020 i Sykehuspartner HF. Virksomhetsrapporten omfatter status for programmene per 31. august 2020, inkludert status for oppnådde milepæler, planer, økonomi og risiko.

Denne styresaken legges frem for styret i Helse Sør-Øst RHF for å holde styret orientert om status og fremdrift i programmene STIM og ISOP.

### Kommentarer i møtet

Styret tar den fremlagte statusen til orientering.

Styret viste til at risikobildet er akseptabel, men understreket behovet for kontroll og nødvendig fremdrift for alle prosjekter generelt og for prosjekt felles plattform spesielt.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Styret tar status og rapportering per andre tertial 2020 for programmene STIM og ISOP som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF, til orientering.

<b>131-2020</b>	<b>Følgerevisjon av programmet STIM i regi av Sykehuspartner HF per andre tertial 2020</b>
-----------------	--

Saken utgår.

132-2020	Sykehuset Telemark HF – konseptfase for utbygging somatikk Skien
----------	--

### Oppsummering

Styret i Helse Sør-Øst RHF i skal i tråd med gjeldende fullmaksstruktur for byggeinvesteringer godkjenne konseptfasen for utbygging somatikk ved Sykehuset Telemark HF, Skien. Godkjenningen er definert som beslutningspunkt B3 i veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter.

Prosjektet innebærer etablering av stråleterapi med støttefunksjoner, nytt bygg for sengeområder og utbygging og ombygging av akuttmottak. Det anbefales at konseptrapporten med tilhørende vedlegg legges til grunn for det videre arbeidet.

### Kommentarer i møtet

Styret slutter seg til det fremlagte forslaget til vedtak.

Styret ber om at Helse Sør-Øst RHF er representert i prosjektstyret.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Styret godkjenner fremlagt konseptrapport og ber om at denne legges til grunn for det videre arbeidet i et forprosjekt for utbygging somatikk i Skien ved Sykehuset Telemark HF.
2. Økonomisk styringsramme for prosjektet fastsettes til 1 089 millioner kroner (P50, juni 2020-kroner).
3. Styret ber administrerende direktør søke Helse- og omsorgsdepartementet om lån i henhold til gjeldende retningslinjer, slik at prosjektet sikres finansiering med planlagt oppstart av forprosjektet i 2022.
4. Administrerende direktør gis fullmakt til å utarbeide mandat for forprosjektet i tråd med de føringer som fremgår av denne styresaken og gi Sykehuset Telemark HF ansvaret for forprosjektet. Oppstart av forprosjekt forutsetter lånetilsagn fra Helse- og omsorgsdepartementet.

133-2020	Akershus universitetssykehus HF – konseptfase samling av sykehusbasert psykisk helsevern
----------	--

### Oppsummering

Styret skal i tråd med gjeldende fullmaksstruktur for byggeinvesteringer godkjenne konseptfasen for prosjektet *samling av sykehusbasert psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus HF*. Godkjenningen er definert som beslutningspunkt B3 i veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter.

Denne styresaken gjør rede for arbeidet med konseptfasen for prosjektet *samling av sykehusbasert psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus HF*, og anbefaler at konseptrapporten med tilhørende vedlegg legges til grunn for det videre arbeidet.

#### Kommentarer i møtet

Styret slutter seg til det fremlagte forslaget til vedtak.

Styret ber om at Helse Sør-Øst RHF er representert i prosjektstyret.

#### Styrets enstemmige

### VEDTAK

1. Styret godkjenner fremlagt konseptrapport og ber om at denne legges til grunn for det videre arbeidet i et forprosjekt for samling av sykehusbasert psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus HF.
2. Økonomisk styringsramme for prosjektet fastsettes til 815 millioner kroner (P50, prisnivå april 2020)
3. Styret ber administrerende direktør søke Helse- og omsorgsdepartementet om lån i henhold til gjeldende retningslinjer, slik at prosjektet sikres finansiering med planlagt oppstart av forprosjekt i 2022
4. Administrerende direktør gis fullmakt til å utarbeide mandat for forprosjektet i tråd med de føringer som fremgår av denne styresaken og gi Akershus universitetssykehus HF ansvaret for forprosjektet. Oppstart av forprosjekt forutsetter lånetilsagn fra Helse- og omsorgsdepartementet.

134-2020	Oppfølging av revisjonsrapport 6-2020 ved Sørlandet sykehus HF
----------	--

#### Oppsummering

I denne saken orienterer revisjonsutvalget om oppfølgingen ved Sørlandet sykehus HF etter revisjon 6-2020 om uønskede hendelser. Revisjonen ble gjennomført etter anmodning fra Helse Sør-Øst RHF. Bakgrunnen var at det i perioden 2016-2020 fremkom uønskede hendelser i kirurgiske avdelinger både ved Sørlandet sykehus Flekkefjord og ved Sørlandet sykehus Kristiansand.

Revisjonsutvalget fremla revisjonsrapporten 24. september i en sak til styret i Helse Sør-Øst RHF. I sitt vedtak ba styret om at revisjonsutvalget kom tilbake med en sak som orienterer om hvordan rapporten er fulgt opp av Sørlandet sykehus HF. Denne saken orienterer om helseforetakets plan for å følge opp revisjonen og redegjør for revisjonsutvalgets vurdering av oppfølgingen.

### Kommentarer i møtet

Styret tok informasjonen om oppfølgingen av revisjonsrapporten til orientering.

Styret ba om at det ble rettet særlig oppmerksomhet på samarbeidsforholdene mellom store og små sykehus i et helseforetak. Styret forutsetter at det utvikles et nært og forpliktende samarbeid slik at kvalitet og pasientsikkerhet blir ivaretatt på en god måte. Dette kan etter en risikovurdering være gjenstand for revisjon.

### Styrets enstemmige

## VEDTAK

Styret tar informasjonen om oppfølgingen av revisjonsrapport 6-2020 ved Sørlandet sykehus HF til orientering.

135-2020	Supplering av styrene i helseforetakene i Helse Sør-Øst
----------	---

### Oppsummering

I henhold til helseforetakslovens §9 er det styret i det regionale helseforetaket som oppnevner styrer i helseforetakene. Det er flere hensyn som skal avveies når styrene i helseforetak skal sammensettes. Helseforetakslovens §21 og 23 legger føringer for sammensetningen av styrene. Innenfor rammene skal det regionale helseforetaket sørge for en styresammensetning som avveier hensynene til kompetanse, geografi, alder og kjønnsammensetning. Videre har det regionale helseforetaket ansvar for at helseforetakenes styrer har en sammensetning som er tilpasset helseforetakets utfordringer og behov.

Styret i Helse Sør-Øst RHF oppnevnte 5. februar 2020 nye styrer i helseforetakene i Helse Sør-Øst for perioden 2020-2022, jf. styresak 005-2020.

I styresak 023-2020 ble det vedtatt å utvide styrene i helseforetakene med to eieroppnevnte styremedlemmer og et styremedlem valgt av og blant de ansatte. I denne saken presenteres valgkomitéens innstilling til supplering av styrene i helseforetakene i Helse Sør-Øst, i tråd med kriterier for kompetansesammensetning i styrene jf. styresak 067-2020.

### Kommentarer i møtet

Styret sluttet seg til valgkomitéens innstilling og uttrykte tilfredshet med det arbeidet som var gjennomført for å supplere styrene med nye eieroppnevnte styremedlemmer i helseforetakene.

## Styrets enstemmige

### VEDTAK

1. Følgende oppnevnes som nye eieroppnevnte styremedlemmer i helseforetakene:

<b>Akershus universitetssykehus HF</b>	
Styremedlem	Lovleen Rihel Brenna
Styremedlem	Svein Harald Øygard
Styremedlem	Andreas Norvik

<b>Oslo universitetssykehus HF</b>	
Styremedlem	Else-Marie Løberg
Styremedlem	Morten Thorkildsen

<b>Sykehuset i Vestfold HF</b>	
Styremedlem	Jonas Slørdahl Skjærpe
Styremedlem	Elisabeth Longva

<b>Sykehuset Innlandet HF</b>	
Styremedlem	Iselin Vistekleiven
Styremedlem	Ikke endelig avklart

<b>Sykehuset Telemark HF</b>	
Styremedlem	Trygve Nilssen
Styremedlem	Marjan Farahmand

<b>Sykehuset Østfold HF</b>	
Styremedlem	Børge Tvedt
Styremedlem	Wenche Charlotte Hansen

<b>Sykehuspartner HF</b>	
Styreleder	Herlof Nilssen
Styremedlem	Hanne Tangen Nilsen
Styremedlem	Øystein Mæland

<b>Sørlandet sykehus HF</b>	
Styremedlem	Finn Aasmund Hobbesland
Styremedlem	Bente Haugland

<b>Vestre Viken</b>	
Styremedlem	Ikke endelig avklart
Styremedlem	Morten Stødle

Oppnevningen bekreftes i foretaksmøter.

2. Styreleder gis fullmakt til å slutføre den endelige styresammensetningen
3. Helseforetakenes vedtekter oppdateres i tråd med endringer i antallet styremedlemmer.
4. Styrene ved Sunnaas sykehus HF og Sykehusapotekene HF videreføres med samme antall styremedlemmer som i dag.



136-2020	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.

I april i år ble ikke denne saken prioritert lagt frem for styret som følge av situasjonen med Covid-19 pandemien. Sist oversikten ble behandlet i styret var i november 2019.

**Kommentarer i møtet**

Styret er fornøyd med den dokumentasjon som er lagt frem vedrørende oppfølgingen av vedtatte styresaker.

**Styrets enstemmige**

**VEDTAK**

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak til og med september 2020 til orientering.

137-2020	Administrerende direktørs arbeidsavtale – lønnsregulering 2020
----------	--

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

**Kommentarer i møtet:**

Styret uttrykte stor tilfredshet med administrerende direktørs arbeid.

**Styrets enstemmige**

**VEDTAK**

Administrerende direktørs lønn per 1. januar 2020 reguleres med 1,7 %

138-2020	Årsplan styresaker
----------	--------------------

**VEDTAK**

Årsplan styresaker tas til orientering.

139-2020	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
----------	--

## Styrets enstemmige

### VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

-----

Styremedlem Vibeke Limi tok i forlengelsen av driftsorienteringen opp vaskeritjenester til sykehus og utviklingen av en uheldig monopolsituasjon.

Styret var enig om å be administrerende direktør etterspørre et notat fra Sykehusinnkjøp HF med en generell beskrivelse hvordan anskaffelser innrettes for å forhindre utvikling av uheldige monopoldannelser, gjerne med eksempler fra vaskeritjenester. På bakgrunn av notatet fra Sykehusinnkjøp HF fremlegges det en sak for styret i Helse Sør-Øst RHF.

### Orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 20. og 21. oktober 2020
3. Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget 20. oktober 2020
4. Brev fra Redd Ullevål sykehus
5. Brev fra kommuneoverlegene i Gudbrandsdalen
6. Brev fra Sykehusaksjonen i Lillehammer
7. Brev fra ordførerne i Vestoppland
8. Uttalelse fra Gjøvikregionen Interkommunale Politiske Råd
9. Uttalelse fra Fortidsminneforeningen i Oslo og Akershus, Naturvernforbundet i Oslo og Akershus, Naturvernforbundet i Oslo Nord, Oslo Natur og Ungdom, BNST Vel og Oslo Byes Vel
10. Brev fra sju kommuner i Sør-Østerdal
11. Brev fra Redd Rikshospitalet, Rikshospitalets Venner, Naboaksjonen Redd Gaustadskogen og Krokodillebukta
12. Brev fra leder Oslo legeförening Kristin Hovland
13. Brev fra Anne Grethe Frøslid Gjerdalen
14. Notat fra Sykehusaksjonene i Oslo og Redd Sykehusene i Innlandet
15. Protokoll datert 25.11.2020 fra drøftinger med de konserntillitsvalgte

*Møtet hevet kl 17:15*



Hamar, 26. november 2020

---

Svein I. Gjedrem  
Styreleder

---

Anne Cathrine Frøstrup  
Nestleder

---

Kirsten Brubakk

---

Olaf Qvale Dobloug

---

Christian Grimsgaard

---

Bushra Ishaq

---

Vibeke Limi

---

Einar Lunde

---

Lasse Sølvberg

---

Sigrun E. Vågeng

---

Tore Robertsen  
styresekretær