

Styret i Sykehuset Telemark HF
Brukerutvalgets representanter

Vår referanse:

Saksbehandler: Tone Pedersen +47 957 94 426

Dato:

4. september 2020

Innkalling til styremøte i Sykehuset Telemark HF

Det innkalles til styremøte i Sykehuset Telemark HF

Tid: Onsdag 16. september 2020 kl. 0930 - 1530

Sted: Konferansesenteret – møterom Vrangfoss

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. september 2020, kl. 0930 – 1530

Sted: Konferansesenteret – møterom Vrangfoss

Møteleder: Styreleder Per Anders Oksum

Saksliste

Tentativ plan	Saksnr.	Sakstittel	Sakstype
0930 – 0935	050 - 2020	Godkjenning av innkalling og saksliste v/styreleder	Beslutning
0935 – 0940	051 - 2020	Godkjenning av protokoll fra styremøte 17. juni 2020 v/styreleder	Beslutning
0940 – 1000	052 - 2020	Driftsorienteringer fra administrerende direktør v/administrerende direktør	Orientering
1000 – 1045	053 - 2020	Virksomhetsrapport per 2. tertial 2020 v/økonomidirektør	Orientering
1045 – 1105	054 - 2020	Plan for budsjett 2021 v/økonomidirektør	Orientering
1105 – 1155	055 - 2020	Utbygging somatikk Skien – Prosjektinnhold til konseptrapport (B3) og økning av ramme v/utviklingsdirektør	Beslutning
1155 – 1200	056 - 2020	Reviderte krav og oppdrag for 2020 fra Helse Sør-Øst RHF v/administrerende direktør	Etterretning
1200 – 1230		Lunsj	
1230 – 1315	057 - 2020	Presentasjon av sluttrapport etter konsernrevisjon av varsling ved STHF v/HR-direktør og konsernrevisjonen	Etterretning
1315 – 1345	058 - 2020	Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2021 v/fagdirektør	Beslutning
1345 – 1415	059 - 2020	Revisjon av virksomhetsrapport - prosess v/økonomidirektør	Orientering

Tentativ plan	Saksnr.	Sakstittel	Sakstype
1415 – 1435	060 - 2020	Status styringskrav 2020 for Sykehuset Telemark HF v/administrerende direktør	Orientering
1435 – 1440	061 - 2020	Årsplan styresaker v/styreleder	Orientering
1440 – 1445		Andre orienteringer 1) Styreleder orienterer 2) Foreløpig protokoll fra BU møte 11. juni 3) Protokoll fra styremøte Helse Sør-Øst RHF 25. juni 4) Protokoll fra styremøte Helse Sør-Øst RHF 1. juli 5) Foreløpig protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 20. august 6) Foreløpig protokoll fra BU møte 3. september	Orientering
1445 – 1500		TEMA: Styrets egenevaluering – lukket møte v/Styreleder	
1500 – 1530		Ledig tid	

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

Med vennlig hilsen

Per Anders Oksum
styreleder

Vedlegg: Saksdokumenter

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	16. september 2020

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

Sak: 050 – 2020

Godkjenning av innkalling og saksliste

Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Skien, 3. september 2020

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	16. september 2020

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

Sak: 051 – 2020

Godkjenning av protokoll fra styremøte 17. juni 2020

Hensikten med saken

Forslag til protokoll fra styrets foregående møte legges frem for signering.

Forslag til vedtak

Protokoll fra styrets møte 17. juni 2020 godkjennes.

Vedlegg:

- Protokoll fra styremøte 17. juni 2020

Skien, 3. september 2020

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

PROTOKOLL FRA EKSTRAORDINÆRT STYREMØTE I SYKEHUSET TELEMAR HF

Dato: 17. juni 2020 Tidspunkt: kl. 0930–1400

Sted: Møterom Vrangfoss i konferansesenteret

Følgende medlemmer møtte

Per Anders Oksum Styreleder

Kine Cecilie Jordbakke Nestleder

Turid Ellingsen

Per Christian Voss

Nils Kristian Bogen

Ann Iserid Vik-Johansen

Kristine Stranheim Sunde

Kristian Wiig

Fra brukerutvalget møtte

Rita Andersen (Psoriasis og eksemforbundet i Telemark) leder

Sondre Otervik (A-larm) nestleder

Fra administrasjonen deltok

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

Presentasjon av saker:

Sak 038 - 039 og 049: Per Anders Oksum styreleder

Sak 040, 045 - 048: Tom Helge Rønning, administrerende direktør

Sak 041 og 044: Geir Olav Ryntveit, økonomidirektør

Sak 042: Halfrid Waage, fagdirektør og Elisabeth Hessen, kvalitetssjef

Sak 043: Mai Torill Hoel, HR-direktør og Sigrid Christie, HR-rådgiver

Styreleder ledet møtet

038-2020	Godkjenning av innkalling og saksliste
-----------------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

039-2020	Godkjenning av protokoll fra styremøte 18. mai 2020
-----------------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 18. mai 2020.

040-2020	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
-----------------	---

Oppsummering

Administrerende direktør orienterte i tillegg til de skriftlige orienteringer om:

- Utbygging somatikk Skien (USS)
- I forslaget til revidert nasjonalbudsjett er det foreslått en samlet bevilgning til helseforetakene på 5,5 milliarder kroner, hvorav ca. 2,9 milliarder kroner til Helse Sør-Øst RHF. Midlene til helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF er ikke fordelt
- Redusert arbeidsgiveravgift 3 termin 2020 gir lavere lønnskostnader
- Helse- og omsorgsdepartementet dekker helseforetakenes ISF-avvik til og med mai 2020
- Helseforetakene har utsatt aktivitet som følge av covid-19. De regionale helseforetakene arbeider med innspill til nasjonalbudsjett 2021 for å få rammebetingelser til å redusere opparbeidet etterslep og redusere ventelister

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport per mail 2020.

Driften i mai var fortsatt preget av Covid-19:

- Korona-tilpasset» driftsmodell er videreført og beredskap opprettholdt også i mai
 - Antall operasjoner 77 % av budsjett i mai
- Poliklinisk aktivitet nærmer seg normalt nivå:
 - Somatikk ca. 85 % av normal aktivitet
 - Mindre fall for PHV/TSB grunnet sterk vridning til telefonkonsultasjoner (men lavt nivå generelt i 2020)
- Prioriteringsregel oppfylt for ventetider (BUP, VOP, TSB) og kostnader (BUP, TSB) men for aktivitet kun TSB
 - Fristbrudd og ventetider (somatikk) øker
- Nye henvisninger på om lag 80 % av normalt nivå
- Økonomisk resultat
 - per mai = -70,4 millioner kroner (vs. bud = 12,5 millioner kroner)
 - mai = -13,5 millioner kroner (vs. bud = 2,5 millioner kroner)
- Økonomisk resultat ekskl. Covid-19
 - per mai = 10,6 millioner kroner (vs. bud = 12,5 millioner kroner)
 - mai = 2,5 millioner kroner (vs. bud = 2,5 millioner kroner)
- Planlagte investeringer (Lab-linje og MR) forsinkes av Covid-19 samtidig som andre anskaffelser planlagt høsten 2020 er forsert
- Forbedringsprosjektene i sykehuset er inntil videre satt på vent som følge av pandemiberedskapen

Kommentarer i møtet

Styret slutter seg til forslaget til vedtak. Styret ba om at forbedringsprosjektene i sykehuset starter opp igjen så raskt som mulig.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar saken til orientering.

042-2020	Uønskede pasienthendelser 2019 klassifisert med Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser (NOKUP)
-----------------	---

Oppsummering

Alle helseforetak skal klassifisere uønskede pasienthendelser etter nasjonalt kodeverk for uønskede pasienthendelser (NOKUP). Saken gjør rede for bruken av kodeverket og resultatet fra klassifiseringen av de uønskede hendelsene i 2019. Til slutt ble særskilte problem- og risikoområder der det vil være behov for målrettede forbedringstiltak for å redusere risikoen for at tilsvarende hendelser skjer på nytt oppsummert.

Kommentarer i møtet

Styret slutter seg til forslaget til vedtak. Styret tilførte at forbedringsarbeidet også må sees i sammenheng med anskaffelse av nytt kvalitetssystem. Styret bemerket at det er bra at sykehuset arbeider systematisk på området og presiserte viktigheten av at det arbeides videre med en endring av kulturen for å redusere antall uønskede pasienthendelser.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar saken til orientering.

043-2020	Resultater ForBedring 2020
-----------------	-----------------------------------

Oppsummering

Undersøkelsen ForBedring ble gjennomført på Sykehuset Telemark HF i januar 2020. Sykehuset har også i år en høy prosentvis deltakelse på undersøkelsen og det er viktig at helseforetaket følger opp resultatene grundig og systematisk. Det er linjeledelsen som er ansvarlige for oppfølging av undersøkelsen.

HR-direktøren informerte styret om Sykehuset Telemark HFs samarbeide med NAV om «Tett på», sykefraværsoppfølging.

Kommentarer i møtet

Styret slutter seg til forslaget til vedtak. Styret er fornøyd med at resultatene stort sett viser en forbedring. Styret er positive til Sykehuset Telemarks samarbeide med NAV om «Tett på» sykefraværsoppfølging.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar resultatene fra undersøkelsen ForBedring til orientering.

044-2020	Årlig revisjon av fullmaktsreglement
-----------------	---

Oppsummering

Sykehusets fullmaktsreglement er en del av lederavtalene og skal gjennomgås årlig. Det oppdaterte fullmaktsreglementet har en ny utforming i forhold til tidligere reglement, men innholdsmessig er det relativt beskjedne endringer. Denne endringen er gjort for å bringe STHF reglement mest mulig i tråd med retningslinjer og utkast til mal utarbeidet av Helse Sør-Øst RHF.

Kommentarer i møtet

Styret slutter seg til forslaget til vedtak.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar det oppdaterte fullmaktsreglementet til orientering.

045-2020	Styrende dokumenter for Sykehuset Telemark HF i 2020
-----------------	---

Oppsummering

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

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

Kommentarer i møtet

Styret slutter seg til forslaget til vedtak.

Styrets enstemmige

V E D T A K

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

046-2020	Styreinstruks og instruks for administrerende direktør i Sykehuset Telemark HF
-----------------	---

Oppsummering

I Sykehuset Telemark HF ble instruks for styret og instruks for administrerende direktør sist fastsatt i styremøte 18. april 2018 (sak 024-18), etter at nytt styre var oppnevnt 14. februar 2018.

Instruks for styret angir nærmere regler om styrets arbeid og saksbehandling. Styreinstruksen skal inneholde regler om struktur på styrearbeidet, krav til styredokumentasjon, styrets saksbehandling, styremedlemmenes plikter og rettigheter.

Instruks for administrerende direktør fastsetter regler for dennes oppgaver, plikter og rettigheter. Instruksen for administrerende direktør gir også en overordnet rolleavklaring mellom styret og daglig leder.

Kommentarer i møtet

Styret slutter seg til forslaget til vedtak.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner fremlagt styreinstruks og instruks for administrerende direktør i Sykehuset Telemark HF.

047-2020	Protokoll fra foretaksmøte 18. mai 2020
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar protokoll fra foretaksmøte 18. mai til etterretning.

048-2020	Styresaker i Sykehuset Telemark HF - status og oppfølging
-----------------	--

Kommentarer i møtet

Styret ba om at administrasjonen følger opp styrets kommentar i sak 010-2020 angående 30 dagers overlevelse. Det bes om en sak til styremøte i september/oktober om sykehusets resultat og oppfølging av kvalitetsindikatoren på dette området.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging til orientering med innspill gitt i møtet.

049-2020	Årsplan styresaker
-----------------	---------------------------

Kommentarer i møtet

Styret slutter seg til forslaget til vedtak. Styret og leder av brukerutvalget var enige om at årlig felles møte med styret og brukerutvalget skyves fra styremøtet i september til styremøtet i oktober 2020.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Årsplan styresaker tas til orientering.

Andre orienteringer

- 1) Styreleder informerte om
 - a. Foretaksmøte 18. mai (årlig melding og årsregnskap)
 - b. Styreleder/AD møte HSØ 20. mai
 - c. Oppfølgingsmøte HSØ 27. mai
 - d. Intervju konsernrevisjon vedrørende varslings
 - e. Oppfølgingsmøte HSØ 16.juni
- 2) Foreløpig protokoll fra styremøte Helse Sør-Øst RHF 12. mai 2020

Temasak:

Styret holdt egenevaluering.

Møtet hevet kl. 1400

Skien, 17. juni 2020

Per Anders Oksum
Styreleder

Kine Cecilie Jordbakke
Nestleder

Turid Ellingsen

Nils Kristian Bogen

Ann Iserid Vik-Johansen

Per Christian Voss

Kristian Wiig

Kristine Stranheim Sunde

Tone Pedersen
Styresekretær

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	16. september 2020

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

Sak: 054 – 2020

Driftsorienteringer fra administrerende direktør

Forslag til vedtak

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Skien, 09.09.2020

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Driftsorienteringer fra administrerende direktør:

1. Covid-19

Etter en rolig sommer, hvor vi bare har hatt én innlagt pasient med covid-19, besluttet sykehuset torsdag 27. august å gå ut av beredskap og over i det vi har kalt «Normalsituasjon med ekstraordinære smitteverntiltak». Uken før hadde vi reversert arbeidsfordelingen mellom sykehuset i Skien og sykehuset på Notodden til normal drift.

Vi vil fortsette å ha strenge smitteverntiltak i tiden framover, bl.a. med besøksrestriksjoner og adgangskontroll. Målet er å redusere risiko for smitte blant pasienter, pårørende og ansatte.

Vi er nå godt forberedt på å håndtere covid-19-pandemien og vi har gode rutiner på plass. Med de endringene som nå er gjennomført, vil det være mulig å motta noen smittede pasienter uten at det medfører store endringer i driftsmodellen. Imidlertid vil vi følge situasjonen tett og vurdere beredskapsnivået fortløpende. Hvis situasjonen endrer seg, skal vi ha lav terskel før vi går i beredskap igjen.

Situasjonen når det gjelder smittevernutstyr er nå god og det er heller ingen andre registrerte mangler for øyeblikket.

2. Avholdt undersøkelse om hva ansatte synes om håndteringen av covid-19-pandemien

Nesten 1200 ansatte har sagt hva de mener om sykehusets håndtering av covid-19-pandemien. Undersøkelsen ble sendt ut før sommeren, og responsen fra ansatte har vært svært god. Det er også veldig bra at mange har lagt inn egne kommentarer og at det gjennom dette har kommet inn mange forbedringsforslag.

De gode resultatene viser at sykehusets ansatte har jobbet svært godt i en krevende periode. Svarene fra undersøkelsen vil brukes som grunnlag for en bredere evaluering av sykehusets håndtering av pandemien. Nedenfor er det trukket frem noen punkter som ansatte ved sykehuset enten var svært fornøyd med eller minst fornøyd med:

Ansatte ved sykehuset er mest fornøyd med:

- Informasjonen fra myndighetene. (96 prosent)
- Prosedyrene i kvalitetssystemet om bruk av smittevernutstyr og retningslinjer (92 prosent)
- Kompetanse til å håndtere situasjonen. (90 prosent)
- Samhandling med AMK og ambulanse. (89 prosent)
- Pasientene fikk god behandling og pleie i pandemiperioden. (88 prosent)

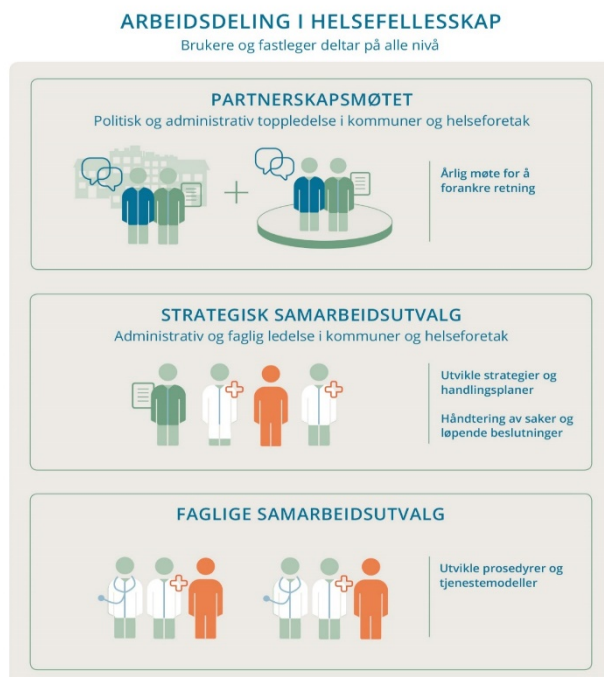
Ansatte er minst fornøyd med:

- Kjennskap til sykehusets beredskapsplaner for pandemi da hendelsen oppsto. (54 prosent)
- Rett utstyr til å håndtere situasjonen. (63 prosent)
- Lab analyser: Svartid og prøvelogistikk. (67 prosent)
- Informasjon om leveringssituasjon og mangler for smittevernutstyr. (69 prosent)
- Kapasiteten på test- og prøvetakingsutstyr. (71 prosent)

Undersøkelsen er blant annet delt med FHI, som inntil nå ikke har fått tilsvarende tilbakemeldinger fra sykehusansatte.

3. Helsefellesskap under etablering

I tråd med oppdrag- og bestillingsdokumentet jobber vi sammen med kommunene i Telemark for å etablere Helsefellesskap. Det er utarbeidet et høringsnotat som grunnlag for innspill til organisering og notatet ble sendt ut til alle kommunene med høringsfrist 1. september. I følge nasjonale føringer, skal Helsefellesskapene ha følgende struktur/arbeidsdeling:



Notatet belyser tre ulike modeller for organisering av Helsefellesskap. Nivå 1 – Partnerskapsmøtet (PSM) – er likt i alle tre modellene, mens modellene viser ulik organisering av nivå 2 – Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) og nivå 3 – Faglig samarbeidsutvalg (FSU). Det legges opp til et arbeid slik at man kan konkludere og behandle det endelige forslaget administrativt og politisk i løpet av høsten. Administrerende direktør vil således komme tilbake til styret med en formell sak om etablering av Helsefellesskap.

4. Beredskapsplaner

Sykehuset har i vinter foretatt nødvendige korrigeringer av planen, som en del av det løpende arbeidet. Hensikten med den siste rulleringen var å ajourføre rammeplanen på grunnlag av endrede forutsetninger og organisering. Det er ikke foretatt korrigeringer som endrer planens innretning eller prinsipper.

Vi vil iverksette en prosess for revisjon av delplanene både med hensyn til struktur og innhold. Planen er å ferdigstille dette arbeidet innen første halvår 2021. Vi legger også opp til en teknisk oppgradering av planene på sykehusets nye intranett for å gjøre planene lettere tilgjengelig for ansatte.

5. Nytt intranett

Sykehusets nye intranett lanseres 15. september. Nåværende intranettløsning er fra 2009 og mangler funksjonalitet for å være hensiktsmessig etter dagens krav. Løsningen er utarbeidet med støtte fra Sykehuspartner og i samarbeid med Sykehuset i Vestfold. Det nye intranettet gir bedre muligheter for intern kommunikasjon. Noen av fordelene er:

- Ansatte får raskere informasjon ved fortløpende publisering
- Vi gir ensartet og korrekt informasjon som er lett tilgjengelig og søkbar
- Mindre tid til å produsere og sende ut informasjon til ansatte i andre kanaler

6. Hjemmesykehus og barnepalliasjon

Hjemmesykehus

Avdeling for barne- og ungdomsmedisin startet opp sitt hjemmesykehus tilbud mai 2018. Barnelege og barnesykepleiere/sykepleiere fra barneavdelingen er tilknyttet dette ambulerende temaet som frem til nå har gitt et tilbud til kreftrammede barn og deres familier.

Vår erfaring er at barnet har god helsemessig gevinst ved å være i eget nærmiljø (barnehage/skole) samt være hjemme i kjente omgivelser sammen med foreldre/søsken. Et sykehusopphold kan være en stor belastning for et barn. Ved å ha hjemmesykehus tilbud tar vi barnet på alvor ved er å tilrettelegge behandling og oppfølging slik at barnet ikke utsettes for større belastninger enn nødvendig. Hjemmesykehuset tilbyr hjemmebehandling til barn fra 0 til 18 år.

Frem til nå har oppgaver for hjemmesykehus vært å administrere intravenøs behandling, stell av sentrale venekateter/veneport, administrere cytostatika, barnepalliasjon, vurdering av gastrostomier samt opplæring/veiledning av kommunalt personell.

Alle kommuner i Telemark er viktige samarbeidsaktører for vårt hjemmesykehus.

Hjemmesykehuset har i 2020 utvidet sitt tilbud til andre alvorlig syke barn. Dette har skjedd parallelt med at Barne- og ungdomsklinikken også har etablert et barnepalliasjonsteam. Dersom behandlende personell anser hjemmesykehus tilbud som viktig for barnet henvises barnet internt. Det er barnelege tilknyttet teamet samt seksjonsleder for leger/barnepoliklinikken, som vurderer hvilke barn som har nytte av et slikt tilbud.

Barnepalliasjonsteam

Våren 2020 etablerte Barne- og ungdomsklinikken(BUK) et barnepalliasjonsteam. Teamet baserer sitt arbeid på nasjonal retningslinje for barnepalliasjon. Teamet er tverrfaglig sammensatt fra avdelinger i Barne- og ungdomsklinikken. Profesjoner tilknyttet teamet er barnelege/LIS-lege, liasonpsykolog, sykepleiere med videreutdanning i barnepalliasjon fra barneavdelingen, sykepleier fra nyfødt intensiv og sosionomer. Teamet samarbeider med palliativ enhet, smertepoliklinikken, etisk klinisk komite, klinisk ernæringsfysiolog, prest, fysioterapeut og andre aktuelle fagpersoner ved STHF ved behov. Tilbudet kan gis til barn som er innlagt ved seksjon for barne- og ungdomsmedisin, seksjon for nyfødt intensiv, ved poliklinisk oppfølging eller via vårt hjemmesykehus tilbud.

Målet med tilbudet er å sikre at barn og ungdom, i alderen 0-18 år, med livstruende og livsbegrensende sykdommer og deres familier, tilbys palliativ oppfølging ved Sykehuset Telemark. Barnepalliasjon tilpasses barnets og familiens ønsker og behov, i ulike faser av barnets sykdom, så langt det er mulig og forsvarlig. Teamet skal også bidra med å spre kunnskap og dele erfaring om barnepalliasjon med øvrig helsepersonell i eget sykehus og i kommunene i Telemark.

Øvrige orienteringer kan bli gitt muntlig i styremøtet.

Saksfremlegg

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	16.09.2020

Type sak (sett kryss)							
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema	

Sak: 055-2020

Trykte vedlegg: Virksomhetsrapport per 2. tertial 2020
Risikovurdering per 2. tertial 2020

Utrykte vedlegg: Ingen

Virksomhetsrapport per 2. tertial 2020

Hensikten med saken

Saken beskriver oppnådde resultater per 2.tertial 2020. Videre gis en risikovurdering av områder som trenger særskilt oppmerksomhet i perioden fremover og tiltak som gjøres i denne sammenheng.

Forslag til vedtak

Styret tar virksomhetsrapport per 2. tertial 2020 til orientering og ber om:

- At arbeidet med å øke aktiviteten for å redusere etterslepet i pasientbehandlingen prioriteres høyt.
- At sykehuset igjen prioriterer forbedringsarbeid for å legge til rette for ytterligere å effektivisere driften..

Skien, 11.09.2020

Tom Helge Rønning

administrerende direktør

Sammendrag

Sykehuset Telemark rapporterer et negativt driftsresultat på 4,6 millioner kroner per 2. tertial. Dette er 24,6 millioner kr. svakere enn periodisert styringsmål. Korrigert for samlet økonomisk effekt av koronasituasjonen per august (inntektstap, følgekostnader og kompensasjon), er resultatet hittil i år beregnet til 13,5 millioner kr, mot budsjett 20,0 millioner kr.

Resultatforverringen i august er på 1,1 millioner kr. Korrigert for effekter knyttet til koronasituasjonen, er resultatet i august 2,1 millioner kr. mot et budsjett på 2,5 millioner kr.

Koronasituasjonen påvirker resultatet også i august. Det er identifisert ekstra kostnader på om lag 4 millioner kr, og inntektstapet er beregnet til 7 millioner kroner. Samtidig fører Korona-situasjonen til lavere kostnader knyttet til lavere aktivitet; innsparing på varekost, samt kurs og reiser utgjør ca 1,2 millioner kroner. Samlet effekt av koronaberedskap og tiltak er derfor beregnet til 10,2 millioner kroner i august. Det er inntektsført 7 millioner kroner i kompensasjon i august.

Sykehuset har hatt grønn beredskap gjennom sommeren og driftsmodellen som ble etablert i forbindelse med Koronasituasjonen ble avvirket medio august. Sykehuset har kommet tilbake til tilnærmet normal drift, samtidig som en rekke smitteverntiltak i poliklinikker og driften for øvrig videreføres ut året. Klinikkene er godt i gang med tilrettelegging for økt aktivitet for å redusere ventelistene.

Korona-situasjonen gir stor usikkerhet mht resultatprognose for året. I resultatprognosen for 2020 er det lagt til grunn forventning om samlet negativ koronaeffekt på 138 millioner kr. og tildelt kompensasjon på 125 millioner kr.

Årsresultatet for 2020 estimeres til 10 millioner kroner, som er 20 millioner kr. under årets styringsmål og skyldes ikke kompensert koronaeffekt på 13 millioner kr., 6 millioner kr. lavere finansinntekter og merkostnader på 1 millioner kr. ved øvrig drift. Øvrig drift i foretaket er preget av et økende kostnadsnivå for FBV psykiatri/TSB, delvis kompensert av lønnsinnsparinger etter stor turnover i behandlerstillinger i 1.halvår, økte ISF inntekter innen kirurgiske fag samt innsparinger på energi. Resultatprognosen eksklusiv koronaeffekter er beregnet til 23 millioner kroner, 7 millioner kroner under årets styringsmål.

Aktivitet

I somatikken ble både ØH-innleggelser og elektiv behandling dramatisk redusert i løpet av mars. Siden slutten av april har aktiviteten vært økende, og fra juni er poliklinisk aktivitet og operasjonsaktiviteten tilbake til normalt nivå. Antall innleggelser (medisin) er imidlertid fortsatt lavere enn normalt.

Utvikling i aktivitet i august kan oppsummeres slik:

- Poliklinisk aktivitet i somatikk og PHV/TSB er tilbake på normalt nivå.
- Elektiv operasjonsaktivitet er høyere enn budsjettert nivå.
- Fortsatt lavt belegg på medisinske sengeposter.
- Nye elektive henvisninger er lavere enn normalt for august
- Stabile ventelister men mange løftebrudd.

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 er imidlertid gjennomført på video eller telefon. Aktiviteten har tatt seg opp de siste månedene, og i perioden juni-juli er den totale aktiviteten 6,7 % høyere enn den var i fjor. Aktiviteten er imidlertid lavere i august i år enn i fjor.

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, med en stor andel pasienter passert tentativ tid. Antall henvisninger inn har vært lavere enn normalt august-nivå.

Ventetid ventende er redusert i august. Ferieavvikling og redusert kapasitet gjør at færre pasienter kommer til behandling og flere må vente lenger. Ventetid påstartet pasient er økt, som følge av at ventetidene har økt.

Forbedringsprosjektene i sykehuset er startet opp igjen.

Gjennomføring av planlagte investeringer er fortsatt påvirket av koronasituasjonen og installasjon av ny laboratorielinje samt MR leveransen er forsinket. Hittil i år er det foretatt nye eller forserte investeringer for 20 millioner kroner for å sikre kapasitet og beredskap for koronapasienter.

Innhold

Sammendrag.....	2
Aktivitet.....	2
Risikovurdering per 2. tertial 2020.....	5
Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD 2020.....	9
Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	9
Prioritere psykisk helsevern og TSB	11
Bedre kvalitet og pasientsikkerhet.....	12
Aktivitet.....	12
Somatikk.....	12
Psykisk helsevern og TSB	14
Prioriteringsregelen	15
Polikliniske konsultasjoner.....	16
Kostnadsvekst 2. tertial 2020	16
Bemanning	16
Økonomi.....	16
Klinikkene	17
Tertialvise forhold	20
Forskning.....	20
Innkjøp	20
HMS/ arbeidsmiljø	21
Pasientsikkerhet: I trygge hender 24/7:	23
Eksterne tilsyn og revisjoner	23
Uønskede hendelser og klagesaker.....	27
Informasjonssikkerhet og GDPR.....	28

Risikovurdering per 2. tertial 2020

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

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

Koronasituasjonen preger risikobildet for hele sykehuset, og særlig risikoområdene for kvalitet, økonomi og aktivitet og bemanning påvirkes sterkt negativt. Sykehuset er tilbake i normaldrift fra uke 34, og det pågår tiltak for å jobbe ned ventelister og fristbrudd fra tidligere i år. Smitterisikoen blant pasienter og ansatte vurderes som lav.

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

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

1. Kvalitet og tilgjengelighet – Redusert sannsynlighet. Ventetid for ventende og påstartet er hhv. 74,8 og 65 dager. Ventetider og fristbrudd har økt kraftig som følge av beredskap og omstillinger i driften i mars og april. Sykehuset er tilbake til normalisert driftsnivå fra uke 34, og det vil pågå ekstraordinære tiltak for blant annet poliklinikk og operasjon ut året for å jobbe ned ventelistene og redusere fristbrudd. Andelen korridorpasienter er lav grunnet lavere belegg. Sykehuset har per andre tertial 2020 ikke nådd målsettingen om at gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenlignet med 2019.

2. Økonomi – Redusert sannsynlighet. Sykehuset rapporterer et driftsresultat på -4,6 millioner per august, som er 24,6 millioner under budsjett. Samlet koronaeffekt utgjør -115,1 millioner. Sykehuset har fått kompensert 125 millioner fra HSØ, hvordav 97 millioner er bokført per august. Sykehuset har gått tilbake til normaldrift fra uke 34, og det pågår ekstraordinære tiltak for å øke inntektene fra poliklinikk og operasjon.

3. Aktivitet og bemanning – Redusert sannsynlighet. Koronasituasjonen og tilhørende omstillinger har ført til et midlertidig økt behov for bemanning i 2020. Fra uke 34 er sykehuset tilbake til normaldrift, og ekstraordinær ressursbruk og dedikerte koronarelaterte vaktlinjer er avsluttet. Det vil fremdeles være noe økt ressursbruk ut året i forbindelse med pågående aktivitetstiltak for å jobbe ned ventelister og fristbrudd for poliklinikk og operasjon. Situasjonen fører til at flere av målene for bemanning og aktivitet ikke vil bli innfridd i 2020. Klinikkene jobber med god ressursstyring i henhold til beredskapsnivået, samt økende normalisering av driften. Parallelt med den pågående koronasituasjonen jobbes det med å forbedre produktiviteten for å etablere en bærekraftig drift og skape handlingsrom til egen utvikling.

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

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

for VOP på 31 dager, BUP med 37 dager og TSB med 29 dager. 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.

6. Informasjonssikkerhet og GDPR - Ingen endring. Koronasituasjonen bidrar til risiko i forbindelse med utvidede tilganger, hjemmekontor, fjernaksess for leverandører og risiko for at leverandører går konkurs. Det er etablert videokonsultasjon med pasienter for å redusere risiko for smitte. Denne løsningen er risikovurdert og tiltak er iverksatt, og er derfor tatt ut av risikovurdering da løsningen nå inngår i ordinær pasientbehandling og ikke vurderes som særskilt risikabel.

Når det gjelder det løpende arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern kan nevnes at arbeidet med protokoll etter Artikkel 30 er ferdigstilt i første versjon. Det videre arbeidet er avhengig av at den regionale IT-løsningen for protokoll leveres. Det er forhøyet risiko ved overføring av personopplysninger til 3. land (land utenfor EU/EØS) ved at EU-domstolen i juli 2020 avsa en dom (Schrems II) som stiller økte krav til at databehandler sørger for tilfredsstillende sikkerhetsnivå ved overføring inkl. ved fjernaksess. Det er behov for å kartlegge i hvilket omfang det foreligger databehandlinger som omfattes av endringen og vurdere hvordan det skal håndteres.

Fokus på datasikkerhet og risikoene rundt dette er aktualisert ved datainnbruddet på Sykehuset Innlandet. Det legges nå planer for et prosjekt som i steg 1 skal gjennomføre et kartleggingsarbeid innenfor flere sentrale områder. Dette gjelder bl.a. hvilke sikkerhetskrav som stilles ved anskaffelser av systemer/utstyr, løsningsdesign for leverandøraksess; hvordan er dette dokumentert, er løsningsdesign risikovurdert og hvilke rutiner finnes for internkontrolldatabehandleravtaler, samt vurdering av ansvarsforhold der det i dag er utfordringer med roller og ansvar med lokalt HF som databehandler men RHF som ansvarlig for regionale løsninger.

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

behandling som ikke kan utsettes. Konsekvensen av utsatte utredninger og behandlinger vil vise seg over tid.

Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD 2020

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

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Redusere unødvendig ventetid	mål 2020	des.18	des.19	apr.20	mai.20	jun.20	jul.20	aug.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	59,0	65,7	84	43	75	59		41	37/29
Fristbrudd avviklede, antall pr mnd	0	34	62	129	262	246	70	135	94	37	3	-	1	-	-
Antall som venter	reduksjon	7 266	7 534	6 460	6 303	6 346	6 564	6 594	4 001	1 767	365	67	163	48	183
Antall med ventetid over 1 år	0	53	42	52	52	67	76	73	64	7	1		1		
Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp (O)	70 %	81 %	80 %	81 %	80 %	80 %	79 %	79 %							
Andel innen definert forløpstid	70 %	77 %	74 %	74 %	74 %	74 %	74 %	75 %							
Antall passert tentativ tid (STHF egne tall)	reduksjon	4 577	5 051	7 666	6 846	6 274	6 100	6 017	3 464	2 196	6	8	190	75	78
Andel passert tentativ tid %	<6%	15 %	16 %	21 %	20 %	18 %	18 %	18 %	26 %	14 %	1 %	5 %	7 %	34 %	17 %

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.

Pakkeforløp

Urologi generelt har en svært god utvikling. Blærekreft har for 12 måneders perioden august 2019 til juli 2020 92 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid, andelen for nyrekreft er 57 %, testikkelkreft 50 %, mens prostata er 58 %. Sykehuset har hatt høyt fokus på prostata fra medio 2017 og statistikken har siden den gang vist en positiv utvikling. På bryst har man oppnådd andel behandlet innen standard forløpstid over 70 %. Tall for siste 12 måneders periode viser 81 %. Sykehuset observerer at det har vært en nedgang i antall pasienter inn i perioden hvor mamma-screening har vært stoppet pga. Koronavirus.

Innen gynekologisk kreft har vi relativt små tall (få pasienter) og det er utfordringer med måloppnåelse; eggstokkreft 71 %, livmorhalskreft 63 %, livmorkreft 60 %. Det er få pasienter i disse gruppene, men når vi ser på utvikling over tid, registrerer vi en svært positiv utvikling. Behandlingen foregår sentralt og vi har hatt relativt liten påvirkning på tempo. Forløpskoordinator og kreftkoordinator jobber har jobbet og jobber aktivt for å bedre samhandlingen, det kan se ut som dette gir bedring i forløpstidene.

Føflekkreft oppnår 94 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid. Her utføres hele forløpet ved STHF.

For lunge er 44 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid hittil i år. Erfaringen er at noe tid går til spille pga. mangelen på PET-timer. Sykehuset jobber nå tett sammen med Sykehuset i Vestfold og fra 1. september øker vi kapasiteten på PET med en dag per uke.

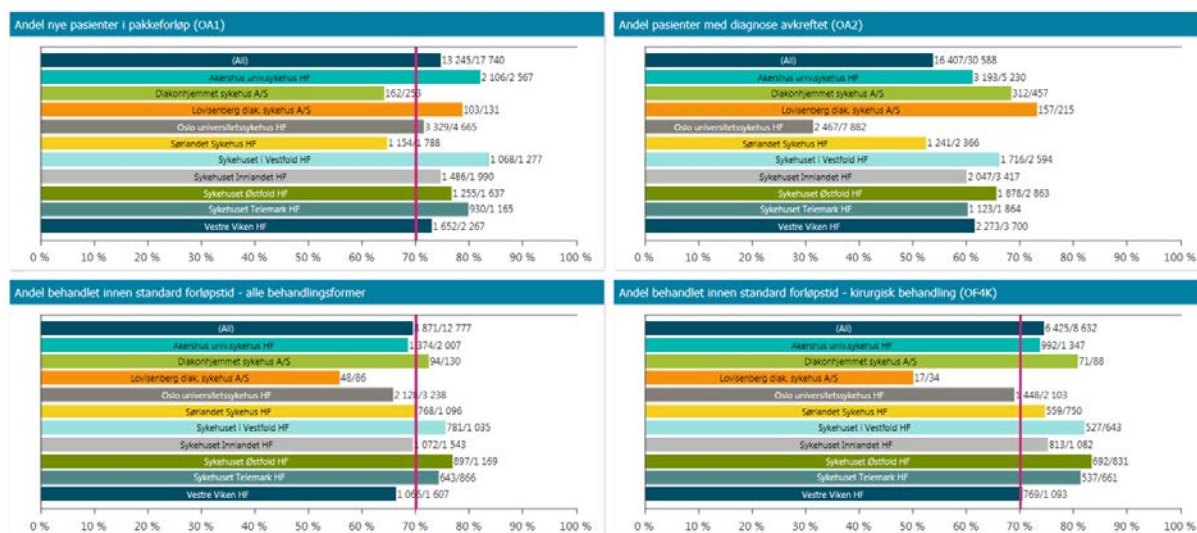
Innen hematologi blir lymfomer (36 %) og myelomatose (82 % av pasientene) behandlet innen standard forløpstid. Pakkeforløp innen lymfomer er utfordrende for hele landet, diagnostikken (flow cytometri) utføres ved patologisk avdeling ved OUS, og man venter ofte lenge på svar.

Innen tykk- og endetarmkreft er 91 % av pasientene inkludert i pakkeforløp. Ut fra Helsedirektoratets statistikk er kun 68 % 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.

Det foregår en aktiv rekruttering av LIS2 som skal gå inn i intensiv skopiopplæring. Dette vil raskt øke kapasiteten på utredning.

Figuren nedenfor viser samla resultater for 12 måneders perioden august 2019-juli 2020:



Siste 12 måneders periode viser 79 % andel nye pasienter inkludert i pakkeforløp. 74 % av pasientene i pakkeforløp behandles innen standard forløpstid, som er noe lavere enn foregående 12 måneders periode (76 %). 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 223 tvangsinnlagte hittil i år, mot 202 per 2. tertial i fjor. Dette tilsvarer et snitt på 0,16 per 1000 innbyggere. Med totalt antall innlagte på 1298 hittil i år, så er andelen tvangsinnlagte på 17 %. Andelen tvangsinnlagte falt fra 19 % til 17 % fra 1. til 2. tertial.

Prioritere psyk.helsevern og TSB	mål 2020	jan.17	jan.18	jan.19	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	mai.20	jun.20	jul.20	aug.20	Hittil 2020
Antall tvangsinnleggelse psyk./1000 innbyggere	lavere enn 2020	0,15	0,14	0,24	0,16	0,21	0,17	0,13	0,17	0,19	0,12	0,14	0,16
Andel tvangsinnleggelse	lavere enn 2020	15,0%	15,3%	20,1%	15,4%	20,8%	22,7%	17,7%	17,5%	17,5%	13,0%	14,1%	17,2%
Antall pasienter i døgntilrettelagt omsorg som har minst ett tvangsmiddelvedtak	reduseres		9	11	9	13	8	12	7	8	17	16	11

Pakkeforløp psykisk helsevern og TSB

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

Det har nå kommet tall for Helsedirektoratet (se tabell under) som viser resultater for pakkeforløpene per helseforetak og for landet samlet. Tallene for Sykehuset Telemark viser at vi ligger over landsgjennomsnittet (noe lenger forløpstid) i 3 av de 5 som er registrert når det gjelder forløpstid for utredning. Vi ligger under landsgjennomsnittet på forløpstid for evaluering av behandlingen innenfor alle pakkeforløpene.

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

Pakkeforløp Helsedirektoratets offisielle tall	Forløpstid for utredning (landsgjennomsnitt i parentes)	Forløpstid fra klinisk beslutning til første evaluering (landsgjennomsnitt i parentes)
D01 - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	71,8 (80,5)	29,8 (38,9)
D06 - Psykoseutvikling og psykoselidelser	82,6 (81,8)	47,8 (54,5)
D07 - Utredning og behandling av tvangslidelse, OCD	92,9 (85,6)	tomt register
D08 - Spisefortyrrelser barn og unge	tomt register	tomt register
D11 - Utredning og behandling PHV voksne	70,0 (70,9)	43,1 (52,5)
D12 - Utredning og behandling PHV barn og unge	54,3 (53,4)	40,0 (44,4)

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	mål 2020	des.18	des.19	apr.20	mai.20	jun.20	jul.20	aug.20	Kirurgi	Medisin	MSK	ABK	BUK	VOP/ TSB
Sykehusinfeksjoner %	<3%					3,9 %			8,2 %	3,5 %			0,0 %	
Korridorpasienter - antall	0	51	121	55	74	96	78	59	16	43				
Korridorpasienter %	0,0 %	0,7 %	1,5 %	1,1 %	1,3 %	1,6 %	1,2 %	1,0 %	0,6 %	1,4 %				
Direkte time i %	100 %	78 %	84 %	73 %	73 %	80 %	85 %	77 %	81 %	67 %	82 %	-	90 %	88 %
Antall åpne dokumenter > 14 dager	<3000	4 669	3 951	2 806	3 046	2 885	2 831	2 724	1 125	811	24	4	343	417
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode og uten ny kontakt	reduseres	1 734	1 068	740	1 060	1 102	1 313	1 346	194	1 022	3	26	76	25
Andel dialysepasienter som får hjemmedia	>30%	30 %	28 %	30 %	29 %	30 %	26 %	28 %		28 %				

Det har vært kun små variasjoner i kvalitetsindikatorerne fram til februar i år. Koronasituasjonen har imidlertid ført til endringer i resultatene på de fleste områder. Antall korridorpasienter er kraftig redusert pga lavt belegg på de fleste avdelingene. Direkte time har gått ned siden det i mindre grad er planlagt pasientkontakter framover i tid. Samtidig har lavere aktivitet gitt behandlere anledning til å rydde i åpne dokumenter, som vises i en kraftig reduksjon de siste månedene.

Sykehusinfeksjoner

Prevalensmålingen for mai var 3,9 % og dette var således moderat svakere 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, hofteproteser, galle- og tarminngrep gjennom kontinuerlig overvåking av disse inngrepene (NOIS-POSD).

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

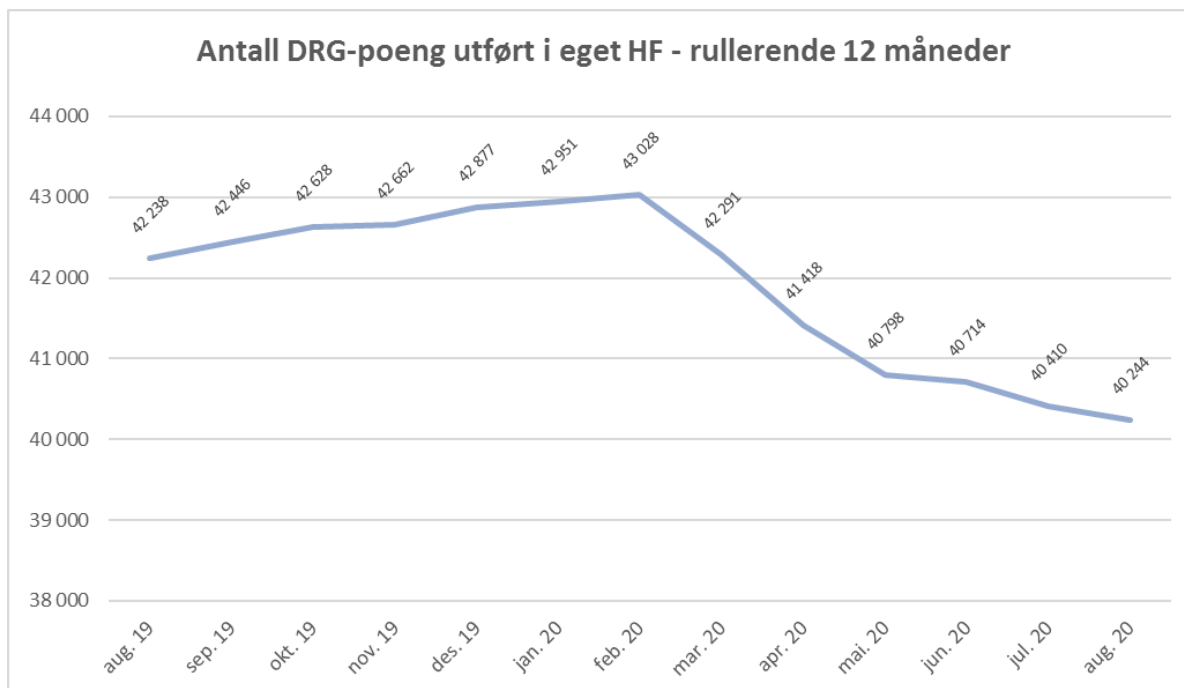
Aktivitet

Somatikk

Antall "sørge for" ISF-poeng per 8 måneder (døgn, dag, poliklinikk, legemidler, FBV) er 3.062 poeng lavere enn budsjettet (-10 %). Budsjett-underskuddet i august var mindre enn tidligere i koronaviruspandemien 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 3.500 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.



ISF-poeng	faktisk 8 m 20	bud. 8 m 20	avvik 8 m 20	faktisk 8 m 19	endring 2019-2020	endring 2019-2020	Budsjett 2020	Faktisk 2019
Kirurgisk klinikk	11 564	12 937	-1 373	12 652	-9 %	-1 088	19 686	19 412
Medisinsk klinikk	12 110	13 467	-1 357	13 307	-9 %	-1 197	20 364	19 911
Barne og ungdomsklinikken	1 681	1 998	-317	1 953	-14 %	-272	3 033	2 985
ABK	47	63	-16	66	-29 %	-19	100	99
Medisinsk serviceklinikk	239	340	-101	306	-22 %	-67	550	473
SSL	8	6	2	7	14 %	1	10	11
Felles	5	-	5	-102		107	-	-
Sum ISF-poeng behandlet i eget HF	25 654	28 811	-3 157	28 189	-9 %	-2 535	43 743	42 891
- døgn	17 623	20 198	-2 575	19 858	-11 %	-2 235	30 411	30 124
- dagbehandling	3 419	3 446	-27	3 404	0 %	15	5 300	5 209
- poliklinikk	4 612	5 167	-555	4 927	-6 %	-315	8 032	7 558
Sum ISF-poeng behandlet i eget HF	25 654	28 811	-3 157	28 189	-9 %	-2 535	43 743	42 891
ISF-poeng pasienter fra andre regioner beh. i eget HF	145	139	6	121	20 %	24	210	188
ISF egne pasienter behandlet ved andre regioner/private	174	240	-66	221	-21 %	-47	360	331
ISF fritt behandlingsvalg	40	-	40	-	0 %	40	-	-
ISF legemidler	1 995	1 867	128	1 890	6 %	105	2 800	3 075
Sum ISF-poeng i h.h.t. "sørge for"-ansvaret	27 718	30 779	-3 061	30 179	-8 %	-2 461	46 693	46 108

Sykehusopphold	faktisk 8 m 20	bud. 8 m 20	avvik 8 m 20	faktisk 8 m 19	endring 2019-2020	endring 2019-2020	Budsjett 2020	Faktisk 2019
Opphold behandlet i eget HF								
- døgn - inkl. Nordagutu	15 166	18 739	-3 573	17 976	-16 %	-2 810	28 200	27 007
- dagbehandling	15 774	14 822	952	14 828	6 %	946	22 592	22 753
- poliklinikk	104 508	114 771	-10 263	109 267	-4 %	-4 759	178 333	168 047

Det negative budsjettavviket for antall sykehusopphold, antall liggedøgn og antall polikliniske konsultasjoner er i august mindre enn tidligere i koronavirus-pandemien. Svikten i antall døgnopphold var om lag 10 % (hovedsakelig knyttet til ø.hjelp-aktiviteten), mens polikliniske konsultasjoner var 3,5 % under budsjett. Akkumulert per 2. tertial har antall sykehusopphold vært 19 % færre enn budsjettet og 16 % færre enn i fjor. Antall polikliniske konsultasjoner har per 8 måneder vært 9 % færre enn budsjettet og 4 % færre enn i fjor. Antall dagbehandlinger (hovedsakelig dialyse-behandlinger og cytostatika-kurer for kreftpasienter) har vært høyere enn budsjett og fjoråret hittil i år.

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

Polikliniske konsultasjoner	faktisk 8 m 20	bud. 8 m 20	avvik 8 m 20	faktisk 8 m 19	endring 2019-2020	Budsjett 2020	Faktisk 2019
Kirurgi	48 487	55 438	(6 951)	52 820	(4 333)	85 030	80 676
Medisin	45 550	47 321	(1 771)	45 310	240	74 053	69 934
BUK	6 285	6 697	(412)	5 754	531	10 700	9 123
ABK	680	826	(146)	803	(123)	1 300	1 184
MSK	3 350	4 331	(981)	4 434	(1 084)	7 000	6 890
SSL	156	158	(2)	146	10	250	240
STHF	104 508	114 771	(10 263)	109 267	(4 759)	178 333	168 047
- herav telefonkonsultasjoner	8 423	1 609	6 814	-	8 423	2 500	-
- herav nye personellgrupper	809	2 221	(1 412)	-	809	3 450	-

Kirurgisk klinikk ligger 1 373 ISF-poeng bak budsjett pr august, som er en forbedring fra forrige periode på 63 poeng. Klinikken har gått tilbake til normaldrift fra uke 34, og høy aktivitet på Notodden i første andel av august har bidratt til høy aktivitet i perioden. Det pågår ekstraordinære tiltak for flere fagområder for å hente inn etterslepet i etter pandemien. Tiltak gjelder både kveldspoliklinikk og dagoperasjoner i Porsgrunn.

Aktiviteten i **Medisinsk klinikk**, målt i ISF-poeng, har vært 1.357 poeng lavere enn budsjettert per 8 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-august. Fortsatt er antall avdelingsopphold i Medisinsk klinikk vesentlig lavere enn i fjor; i august ble det registrert 125 færre opphold enn i fjor – en reduksjon på 10 %. Den polikliniske aktiviteten har per 2. tertial vært tilnærmet lik som budsjettert fjoråret på tross av COVID-19 situasjonen. Antall dagbehandlinger (cellegift-kurer og dialysebehandlinger) har i også vært tilnærmet likt med antallet i fjor.

Barne- og ungdomsklinikken har et negativt budsjettavvik på -320 ISF-poeng per august. Av dette kan om lag 125 poeng knyttes til redusert aktivitet pga. pandemisituasjonen (færre innleggelses på barneavdelingen og stor nedgang i poliklinisk aktivitet i mars og april). Fra mai måned er poliklinisk aktivitet tilbake på normalt nivå.

Medisinsk serviceklinikk ligger 100 ISF-poeng bak budsjett per august. Hele avviket skyldes driftsendringer i fertilitetsavdelingen som følge av pandemisituasjonen.

Psykisk helsevern og TSB

Sengepostene rapporterer at antall sykehusopphold hittil i år er 7,0 % lavere enn budsjettert og 6,0 % lavere enn i fjor. Antall sykehusopphold lå høyere enn både budsjett og målt mot fjoråret i juni og juli, mens det i august lå 11,5 % lavere enn budsjettert. Antall liggedager ligger fremdeles langt under fjorårsaktiviteten, og viser 16,3 % lavere enn budsjettert og 16,6 % lavere enn i fjor. Aktiviteten er på vei oppover igjen og i august måned isolert er antall liggedager 9,9 % lavere enn i fjor, og 7,8 % lavere enn budsjettert.

Døgnaktivitet liggedøgn	faktisk aug.20	bud. aug.20	avvik aug.20	faktisk aug.19	endring 2019-2020	endring 2019-2020	Budsjett 2020	Estimat 2020	Faktisk 2019
Voksenpsykiatri	18 766	21 579	-2 813	21 546	-13 %	-2 780	32 500	29 000	32 556
Barne- og ungdomspsykiatri	1 249	1 672	-423	1 824	-32 %	-575	2 400	2 000	2 437
TSB / RUS	1 633	2 601	-968	2 584	-37 %	-951	3 900	2 700	3 929
STHF	21 648	25 852	(4 204)	25 954	-16,6 %	(4 306)	38 800	33 700	38 922

Døgnaktivitet Utskrevne	faktisk aug.20	bud. aug.20	avvik aug.20	faktisk aug.19	endring 2019-2020	endring 2019-2020	Budsjett 2020	Estimat 2020	Faktisk 2019
Voksenpsykiatri	990	1 082	-92	1 060	-7 %	-70	1 600	1 470	1 570
Barne- og ungdomspsykiatri	81	70	11	82	-1 %	-1	110	120	118
TSB / RUS	236	253	-17	249	-5 %	-13	390	370	393
STHF	1 307	1 405	(98)	1 391	-6,0 %	(84)	2 100	1 960	2 081

Poliklinikk psykiatri	faktisk aug.20	bud. aug.20	avvik aug.20	faktisk aug.19	endring 2019-2020	endring 2019-2020	Budsjett 2020	Estimat 2020	Faktisk 2019
Antall ISF-konsultasjoner									
BUP	19 506	19 879	-373	18 758	4,0 %	748	30 550	30 000	28 760
VOP	29 192	34 881	-5 689	32 819	-11,1 %	-3 627	52 950	45 300	49 840
- herav Helse og arbeid	187	264	-77	144	29,9 %	43	400	300	302
TSB	7 933	7 840	93	7 423	6,9 %	510	11 900	12 000	11 197
SUM	56 631	62 600	-5 969	59 000	-4,0 %	-2 369	95 400	87 300	89 797
ISF-poeng									
BUP	5 541	6 573	-1 032	6 294	-12 %	-754	10 100	9 500	9 697
VOP	3 863	4 975	-1 112	4 777	-19 %	-914	7 600	6 298	7 269
- herav Helse og arbeid	26	55	-29	22	17 %	4	84	41	45
TSB	1 084	1 007	77	991	9 %	93	1 540	1 700	1 512
SUM	10 488	12 555	-2 067	12 062	-13,1 %	-1 574	19 240	17 498	18 478

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 august et negativt budsjettavvik på 9,5 %, og resultatene er 4,0 % lavere enn fjoråret. BUP og VOP viser et negativt budsjettavvik på henholdsvis 1,9 % og 16,3 %, mens TSB viser et positivt budsjettavvik på 1,2 %. Målt mot fjoråret så er det kun VOP som viser nedgang. BUP og TSB har en vekst på henholdsvis 4,0 % og 6,9 %.

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. Det samlede negative ISF-avviket innenfor PHV/TSB er per august på 16,5 %, mens det i august måned isolert viser et positivt budsjettavvik på 9,9 %. Det positive avviket på ISF-poeng i august kan forklares med den økte DRG-vekten for telefonkonsultasjoner med virkning fra 1. juli.

I august måned isolert sett, så er den polikliniske aktiviteten 8,7 % lavere enn i fjor, og 13,1 % lavere enn budsjettet. VOP og TSB viser et negativt budsjettavvik på henholdsvis 19,9 % og 17,1 %. avvik denne måneden, mens BUP viser et positivt budsjettavvik på 1,5 %. Målt mot fjoråret viser BUP en vekst på 2,8 %, mens VOP og TSB viser en nedgang på henholdsvis 12,7 og 19,2 %.

Prioriteringsregelen

Ventetider (kravet er i forhold til absolute 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 31 dager, BUP med 37 dager og TSB med 29 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.

Bemanning

Brutto månedsverk var i august 3288, noe som er 5,3 % over budsjettet bemanningsforbruk, og 4,0 % høyere enn i august i fjor. Det er i august utbetalt 56 månedsverk direkte knyttet til den økte beredskapen som følge av pandemien.

Brutto månedsverk hittil i år ligger 3,1 % høyere enn budsjettet og 1,2 % 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.

Bemanningstallene for august viser en nedgang fra 59 til 55 utbetalte månedsverk direkte knyttet til Korona-situasjonen. Utbetalingene som kommer i september viser at kun 29 brutto månedsverk blir utbetalt direkte knyttet til Korona-situasjonen. Sykehuset estimerer et forbruk i år på 3040 brutto månedsverk.

Økonomi

Sykehuset Telemark rapporterer et negativt driftsresultat på 4,6 millioner kroner per 2. tertial. Dette er 24,6 millioner kr. svakere enn periodisert styringsmål. Resultatforverringen i august er på 1,1 millioner kr. Korrigert for samlet økonomisk effekt av koronasituasjonen per august (inntektstap, følgekostnader og kompensasjon), er resultatet hittil i år beregnet til 13,5 millioner kr, mot budsjett 20,0 millioner kr.

Koronasituasjonen påvirker resultatet også i august. Det er identifisert ekstra kostnader på om lag 4 millioner kr, og inntektstapet er beregnet til 7 millioner kroner. Samtidig fører Korona-situasjonen til lavere kostnader knyttet til lavere aktivitet; innsparing på varekost, samt kurs og reiser utgjør ca 1,2 millioner kroner. Samlet effekt av koronaberedskap og tiltak er derfor beregnet til 10,2 millioner kroner i august. Det er inntektsført 7 millioner kroner i kompensasjon i august.

Resultat for august eksklusiv økonomisk effekt av korona-situasjonen er beregnet til 2,1 millioner kroner.

Korona-situasjonen gir stor usikkerhet mht resultatprognose for året. I resultatprognosen for 2020 er det lagt til grunn forventning om samlet negativ koronaeffekt på 138 millioner kr. og tildelt kompensasjon på 125 millioner kr.

Årsresultatet for 2020 estimeres til 10 millioner kroner, som er 20 millioner kr. under årets styringsmål og skyldes ikke kompensert koronaeffekt på 13 millioner kr., 6 millioner kr. lavere finansinntekter og merkostnader på 1 millioner kr. ved øvrig drift. Øvrig drift i foretaket er preget av et økende kostnadsnivå for FBV psykiatri/TSB, delvis kompensert av lønnsinnsparinger etter stor turnover i behandlerstillinger i 1.halvår, økte ISF inntekter innen kirurgiske fag samt innsparinger på energi. Resultatprognosen eksklusiv koronaeffekter er beregnet til 23 millioner kroner, 7 millioner kroner under årets styringsmål.

Regnskapsresultat pr. august 2020	regnskap august	budsjett august	avvik august	Budsjett 2020	Prognose 2020	avvik 2020
Basisramme	1 533 484	1 577 984	-44 500	2 424 871	2 367 271	-57 600
Kvalitetsbasert finansiering	11 314	11 314	-	16 971	16 971	-
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	483 189	544 619	-61 430	822 500	753 788	-68 712
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	105 049	117 603	-12 553	182 824	171 372	-11 452
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	33 143	39 676	-6 532	60 798	55 293	-5 505
ISF fritt behandlingsvalg	910	-	910	-	1 374	1 374
ISF refusjon pasientadministrerte legemiddel (H-reseptor)	45 706	42 754	2 952	64 131	64 131	-
Utskrivningsklare pasienter	10 528	13 287	-2 759	19 931	13 381	-6 550
Gjestepasienter	12 380	12 077	303	17 832	17 832	-
Konserninterne gjestepasientinntekter	53 871	59 250	-5 379	88 592	83 192	-5 400
Polikliniske inntekter	61 120	65 559	-4 440	100 394	95 394	-5 000
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake	-	-	-	-	-	-
Andre øremerkede tilskudd	11 600	11 048	552	16 572	16 572	-
Andre driftsinntekter	218 967	171 539	47 427	267 138	317 138	50 000
SUM DRIFTSINNTEKTER	2 581 261	2 666 709	-85 448	4 082 555	3 973 710	-108 845
Kjøp av offentlige helsetjenester	26 664	27 004	341	40 497	40 497	-
Kjøp av private helsetjenester	79 562	71 399	-8 163	107 785	120 785	-13 000
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	317 179	318 137	957	479 829	479 829	-
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	12 369	9 512	-2 857	13 760	18 760	-5 000
Konserninterne gjestepasientkostnader	177 632	189 604	11 973	286 747	273 747	13 000
Lønn til fast ansatte	1 240 846	1 223 287	-17 559	1 872 025	1 892 025	-20 000
Overtid og ekstrahjelp	75 887	56 751	-19 136	88 332	108 332	-20 000
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	147 724	225 702	77 977	345 396	226 066	119 331
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-81 653	-70 441	11 213	-105 088	-118 088	13 000
Annen lønn	174 147	188 331	14 184	297 781	282 781	15 000
Avskrivninger	65 671	67 672	2 001	102 595	99 095	3 500
Nedskrivninger	-	-	-	-	-	-
Andre driftskostnader	359 819	351 483	-8 336	539 511	550 597	-11 086
SUM DRIFTSKOSTNADER	2 595 847	2 658 442	62 595	4 069 171	3 974 425	94 745
DRIFTSRESULTAT	-14 586	8 267	-22 853	13 384	-716	-14 100
Finansinntekter	11 743	13 578	-1 836	19 647	13 747	-5 900
Finanskostnader	1 732	1 845	113	3 032	3 032	-
FINANSRESULTAT	10 010	11 733	-1 723	16 616	10 716	-5 900
(ÅRS)RESULTAT	-4 576	20 000	-24 576	30 000	10 000	-20 000
Pensjonskostnader	-	-	-	-	-	-
RESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER	-4 576	20 000	-24 576	30 000	10 000	-20 000

Klinikkene

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

Avviket i **Kirurgisk klinikk** er pr august -47,9 millioner kroner. Av dette gjelder – 42,9 millioner effekten fra koronasituasjonen, herunder inntektstap på -38,1 millioner kroner og netto kostnadsøkning på 4,8 millioner kroner. Resterende 5 millioner gjelder utrykninger, overtid, uforutsette vakter, og lav måloppnåelse av merverditiltak, samt innleie av leger i sommerperioden (ca 0,5 millioner). Klinikken er tilbake til normaldrift med ekstraordinære tiltak for å hente inn etterslepet fra koronaperioden.

Medisinsk klinikk har et negativt avvik på -50,6 millioner kroner pr 2. tertial. En betydelig del av dette skyldes lavere ISF-inntekter (ca. 34 millioner kroner) og høyere lønnskostnader knyttet til håndteringen av Covid-19. Et annet kostnadselement som har gjort seg gjeldende i 2020 er dyre kreftlegemidler. Overforbruket i forhold til budsjett er om lag 11 millioner kroner per 2. tertial. Klinikken har dessuten en uløst utfordring i budsjettet på til sammen 10 millioner kroner i 2020. Dette utgjør 6,7 millioner kroner av budsjettavviket hittil i år.

Resultater pr. klinikk vises i tabellen under:

BUDSJETTAVVIK per august 2020	lønn	andre driftskostnader	driftsinntekter	Sum	herav manglende effekt forbedrings-tiltak	herav akkumulert effekt korona
Kirurgi	-14 613	935	-34 288	-47 966	-2 348	-43 950
Medisin	-1 385	-18 451	-30 775	-50 611	-5 333	-40 470
Barne- og ungdomsklinikken	3 656	-1 578	-10 027	-7 950	-159	-6 500
Akutt og beredskap	-18 961	-3 492	-1 498	-23 952	-1 589	-18 300
Medisinsk serviceklinikk	3 632	591	-6 634	-2 412	-722	-8 175
Psykatri og rus	3 931	-1 888	-4 048	-2 004	-	-3 350
Service og systemledelse	-771	7 809	-8 369	-1 331	-2 398	-1 972
SUM klinikker	-24 512	-16 075	-95 640	-136 226	-12 549	-122 717
Administrasjon	-228	5 090	-2 953	1 909	-438	-1 375
Kjøp og salg av helsetjenester		6 883	-5 891	992		9 250
- biol.legemidler og kreftmidler		-754	1 661	907		
- somatikk		14 899	-8 266	6 633		10 650
- psykiatri og TSB		-7 261	714	-6 547		
Felles poster	13 919	-1 704	96 536	108 751	-	96 742
BUDSJETTAVVIK per august 2020	-10 821	-5 805	-7 948	-24 574	-12 986	-18 100

Barne- og ungdomsklinikken har et negativt avvik per august på -8,0 millioner kroner. Av dette er 6,7 millioner kr knyttet til lavere inntekter som følge av redusert aktivitet grunnet Covid-19. Det er også identifisert økning i lønnskostnader på 0,7 millioner kroner knyttet til beredskapssituasjonen. Innsparinger som følge av lavere belegg på barneavdelingen, stans i ambulant virksomhet og lavere kurskostnader, er beregnet til 0,9 millioner kroner.

Akutt og beredskapsklinikken har et resultat til og med august på – 23,9 millioner kroner. Herav er det identifisert 20 millioner kroner som er knyttet til Covid-19. Hovedårsaken er avvik på lønn og driftskostnader, og noe inntektstap. Etablering av ekstra akuttmottak for Koronapasienter og utvidet intensivkapasitet på Intensiv utgjør hovedårsaken til den høye kostnaden. Et prosjekt med 10 AK 24-senger i 4. etg. i perioden juni – august, påvirker resultatet med 1,4 millioner kroner per august. Opplæring av personell er også et viktig element i kostnadene, men vil bidra til økte muligheter for samarbeid mellom seksjonene framover. Sykefraværet i klinikken per august er 6,24 %, korrigert for

effekten av Covid-19; 5,38 %. Klinikkenes mål for 2020 er 5%, men det kan bli krevende å oppnå på grunn av mye korttidsfravær grunnet usikkerhet ved forkjølelser etc.

Medisinsk serviceklinik har et negativt avvik på -2,4 millioner kroner per august. Det er beregnet et inntektstap hittil på 9,7 millioner kroner som følge av nedgang i aktiviteten innen laboratoriemedisin, radiologi og fertilitetsbehandling. Det er identifisert økte kostnader på 2,1 millioner kroner. Sparte reagenskostnader pga. færre analyser samt redusert innleie av radiologer pga karantenebestemmelser og utreiseforbud, utgjør om lag 3,6 millioner kroner.

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling leverer et negativt budsjettavvik på 2,0 millioner kroner per august, noe som er en resultatforverring på 0,8 millioner i august måned. Klinikken har et inntektstap som følge av lavere polikliniske aktivitet tilsvarende 5,4 millioner, hvorav 2,2 millioner er direkte knyttet til Covid-19. Klinikken har i tillegg økte driftskostnader på 1,1 millioner som er prosjektført som Covid-19-kostnader. Klinikken har i snitt forbrukt 4 brutto månedsverk færre enn budsjettet. Det er stor vakans innenfor de polikliniske tjenestene, mens det er et høyere forbruk enn budsjettet på sengepostene samlet sett.

Service- og Systemledelse har per august et negativt resultat på 1,3 millioner kroner. Med fratrekk for Covid-19 kostnader er resultatet positivt, 0,6 millioner kroner. Sparte kostnader/inntekter og økte kostnader/inntekter pga. Covid-19 holdte seg nokså god i balanse under andre tertial, slik at pandemien ikke skapte større økonomiske utfordringer i SSL. Avvikling av bandasjist virksomhet belaster regnskapet i slutten av andre tertial med -0,3 millioner kroner. Merverdikravet, også den andelen som er uløst, er teknisk løst og det jobbes med konkretisering til å innarbeide dette i budsjett 2021. Klinikken har et negativt avvik på lønnskostnader (-0,8 millioner kroner), men i dette ligger både ekstraordinære inntekter for personalbolig-utleie (+0,7 millioner kroner) og lønnskostnader for Covid-19 (-3,9 millioner kroner uten pensjon). Klinikken begynte arbeidet med merverdikrav 2021 i mars og presenterte første utkast av løsninger under budsjettkonferansen i slutten av august. Brutto årsverk er akkumulert 11 årsverk over budsjett (inkl. merforbruk pga. Covid-19).

Administrasjonen har et resultat hittil i år på 1,9 millioner kroner bedre enn budsjettet. Resultatforbedringen skyldes ekstraordinære inntekter i bedriftshelsetjenesten grunnet Covid-19 og anskaffelsesstopp i velferdstiltak og opplærings/lederutviklingsprogrammet. Styremøtene i første halvår vært avholdt som Skype-møter og ikke som fysiske møter. Dette har resultert i lavere møtekostnader knyttet til for første halvår 2020.

Felles: Positivt avvik skyldes inntektsføring av koronakompensasjon på 111,75 millioner kroner per august. 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 97 millioner kroner.

Tertialvise forhold

Forskning

2020 har vært et spesielt år. Covid-19 pandemien har vært i fokus og medført en del endringer. Fristen for å søke om interne forskningsmidler ble flyttet fra 01. mai 2020 til 01. oktober 2020. En del av forskerne som går i delte stillinger mellom forskning og klinisk arbeid, har prioritert klinisk arbeid våren 2020. Mindre fokus på forskning har resultert i at færre nye prosjekter har startet opp og færre vitenskapelige artikler er publisert sammenliknet med 2019. Per 03. september 2020 har vi publisert 32 vitenskapelige artikler som gir uttelling i inntektsmodellen for forskning. (I hele 2019 hadde vi 58 publikasjoner) I tillegg har vi tre gjennomførte doktorgrader hvorav to av disputasene ble gjennomført digitalt. STHF vil få uttelling for 2,25 av disse doktorgradene i inntektsmodellen for forskning. Flere doktorgrader er i innspurten, men har blitt noe forsinket grunnet koronasituasjonen.

Sykehuset Telemark deltar i to forskningsprosjekter relatert til Covid-19; NorCOVID-19-studien som er en WHO-initiert studie for utprøving av medikamentell behandling mot COVID-19, og COVIDUS-NOR-studien som undersøker bruk av ultralyd ved akuttevaluering av pasienter med mistenkt COVID-19 infeksjon. I tillegg har vi satt i gang en stor studie ved Sykehuset Telemark; COVITA-studien, der vi sammen med Sørlandet sykehus som skal følge utvikling av SARS-CoV-2 IgG antistoff over tid for å lære mer om immunitet mot COVID-19, nevrologiske senskader skal kartlegges og i tillegg skal datamaterialet vi har samlet inn i Telemarksstudien benyttes for å undersøke risikofaktorer for COVID-19. COVITA-studien har søkt om regionale forskningsmidler fra HSØ.

Fra STHF ble det totalt søkt om tolv forskerstipend fra HSØ og alle søknadene var relatert til forskningsprosjekter av høy vitenskapelig kvalitet. Det ble søkt om midler til to store nye nasjonale kliniske behandlingsstudier som er initiert av STHF; smertebehandling av pasienter med cancer og genetiske årsaker til ALS. Studiene er ressurskrevende å gjennomføre og vil kreve økte bevilgninger til forskning i årene som kommer. Denne satsningen er i samsvar med de vedtatte strategiske føringene beskrevet i forskningsplanen for STHF 2020-2022. Forskningsplanen ble vedtatt i ledergruppen 09. juni 2020.

Våren 2020 ble tre ansatte ved STHT engasjert i akademiske bistillinger ved Universitetet i Oslo og vi vil nå jobbe for å samle all forskningsaktivitet ved sykehuset i lokale forskningsgrupper ledet av universitetstilsatte forskere. Dette tror vi vil bidra til å løfte forskningen ved sykehuset ytterligere i årene framover.

Innkjøp

Sykehuset Telemark har i 2. tertial jobbet mye mot vareforsyning og Covid-19. Det er jobbet aktivt med rasjonering og lagerbeholdning for å sikre vareflyt til alle våre lokasjoner og til kritiske funksjoner.

Vi ser det fremdeles er avvik på tall hentet fra BI APPS, men jobber med andre metoder for å hente ut tall.

1. Faktisk kjøp på avtale – mål 85 %

Kjøp på avtale i 2. tertial for STHF er 92%. For 2. tertial har STHF ikke brukt BI APPS til å hente ut tallene men kjørt en manuell jobb for å hente ut tallen. STHF har meldt inn stor usikkerhet rundt tallinhentning i BI APPS. Derfor er tallene fra 1. tertial som var på 42% økt til 92% i 2. tertial.

2. Utnyttelse av elektronisk bestillingssystem – mål 60 %

I 2. tertial gikk STHF opp til 56% på kjøp via system mot 53% i 1. tertial. STHF har i løpet av perioden fått lagt over bestillinger av mat til ERP systemet som gjorde at STHF isolert sett hadde en utnyttelse på 64% i august. STHF har fremdeles et potensiale på bestillinger ifht blant annet investeringer, tekstilbestillinger, materiell eiendomsdrift.

4. Bruk av elektronisk varekatalog – mål 98 %

2.tertial lå STHF på 97,5% bruk av elektroniske varekataloger. STHF har valgt at ved kjøp fra for eksempel Rema100 eller blomster så skal det lages fritekstbestilling og ikke refunderes som utlegg. STHF vil derfor alltid ha en liten andel fritekst.

5. Utnyttelse av forsyningskonseptet – mål 65 %

I 2. tertial gikk 55% av sentral- og sterillager over aktiv forsyning. Utvidelse av aktiv forsyningskonseptet jobbes med kontinuerlig, der hvor det er hensiktsmessig. Ved neste rapportering vil vi trekke ut salg til BHM og nyrepoliklinikk. Det er til hjemmeboende pasienter og utgjør en stor del av omsetningen som ikke kan gå som aktiv forsyning.

6. Omløpshastighet – mål 12,0

Vi hadde i 1. tertial en omløpshastighet på 10,5. Det jobbes kontinuerlig med å tilpasse min/max punktene på våre artikler. Pga korona situasjonen har vi mer varer på lager enn normalt for beredskap.

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

I 1. tertial var vårt kjøp fra Felles Forsyningscenter på 40 % inn til våre lager. Skal STHF få økt andel kjøp fra Felles Forsyningscenter må sortimentet på FS utvides til å inkludere andre artikkelgrupper. Vi jobber aktivt med å alltid velge alternativer fra FS. Vi tar nå en gjennomgang på nytt for å sikre at vi handler rett.

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

I 2. tertial kom 94 % av faktura via EHF, STHF fortsetter den positive trenden. Det jobbes aktivt mot de leverandører som pr i dag ikke leverer faktura via EHF.

10. Tap på forsinket avtaleimplementering – 0 kr.

I 2. tertial har det ikke vært implementert noen avtaler pga Covid -19.

16. Kostnadsutvikling

Kostnadsutvikling for 2. tertial 2020 er på 0,34. Noe høyere innkjøpskostnader ifht total omsetning i 2. tertial enn i 1. tertial hvor STHF lå på 0,31. Dette kan skyldes høyere innkjøp ifb med Covid-19.

HMS/ arbeidsmiljø

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

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

Sykehuset planla å starte med manuell klassifisering av alle HMS avvik som meldes i avvikssystemet (TQM) fra 2020. Dette arbeidet er utsatt pga. ressursituasjon og prioriteringer og må vente til nytt forbedringssystem er å plass.

Det har som følge av korona-pandemien i perioden vært stor fokus på smitteverntiltak og andre tiltak for ivaretagelse av de ansatte, og det er etablert en Covid-19 sjekklister HMS til bruk for oppfølging av de ansatte i enhetene.

Det er i perioden igangsatt et prosjekt for opplæring av alle ansatte i sykehuset innen vold og trusler med oppbygging av et kompetansemiljø som skal bygge varige strukturer for kontinuerlig opplæring og trening etter behov. Kompetansemiljøet har utgangspunkt i erfaring fra klinikk for psykisk helsevern og rus men skal dekke hele sykehuset.

HMS indikatorer 1. og 2. tertial 2020

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

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

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

HMS/ Arbeidsmiljøindikatorer 1. og 2. tertial 2020		
Indikator/ tertial	1. tertial 2020	2. tertial 2020
Fraværsskader	5	4
Antall registrerte HMS hendelser	122	104
Antall lukkede HMS hendelser	61	61
Antall registrerte vold og trusselhendelser (somatikk)	7	12
Antall registrerte vold og trusselhendelser (psykiatri)	50	52
Totalt antall vold og trussel hendelser registrert	57	64

De fleste indikatorer har vært noenlunde stabile i perioden med noen færre meldte HMS hendelser fra sist tertial. Det har vært en økning i antall registrerte vold og trusselhendelser i ABK fra en (1) i første tertial til elleve (11) i andre tertial spesielt innen ambulansetjenesten (6) og intensiv (4).

Pasientsikkerhet: I trygge hender 24/7:

De nasjonale målene for å redusere pasientskader, bedre pasientsikkerhetskulturen, og å skape varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring står fast i arbeidet med pasientsikkerhet også ved STHF i år.

Elektronisk prevalensundersøkelse ble gjennomført 13. mai 2020. Målet med prevalensundersøkelsen var å få et øyeblikksbilde av status på innsatspakkene i «I trygge hender 24/7». Undersøkelsen ble sendt til 36 seksjoner ved sykehuset, 18 seksjoner svarte. Av seksjonene som svarte er det klart at flest seksjoner har utfordringer med å få gjennomført samstemming av legemidler. Dernest viser undersøkelsen utfordringer knyttet til forebygging av fall og trykksår. Neste prevalensundersøkelse gjennomføres 2. september.

Medisinsk sengepost Notodden planlegger å gjenoppta arbeidet med implementering av innsatspakken tidlig oppdagelse av sepsis på sengepost etter omdisponering av sengeposten i forbindelse med beredskapssituasjonen rundt Covid-19.

I flere hendelsesanalyser har det blitt avdekket mangler i oppfølgingen av innsatsområdet NEWS – tidlig oppdagelse av forverret tilstand. Oppfølging av NEWS vil derfor gis særskilt prioritet.

Farmasøyt er ansatt i akuttmottak som et tiltak for å øke fokus på samstemming av legemiddellister. Det erkjennes at samstemming av pasientenes legemiddellister er en utfordring å få gjennomført, og ansettelse av farmasøyt i mottak er et tiltak for å forsøke å møte denne utfordringen. Legemiddelavvik, klassifisert etter NOKUP – norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser, synliggjør også et stort behov for å arbeide systematisk med forbedringer innen legemiddelområdet.

Det er gjennomført 3 pasientsikkerhetsvisitter første halvdel av 2020.

Eksterne tilsyn og revisjoner

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

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

Det er inngått avtale med ny revisjonspartner. Kiwa Teknologisk Institutt Sertifisering AS tar over oppdraget etter DNV-GL for perioden 2020-2022.

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

Tid	Tilsynsorgan	Enhet	Tema	Funn	Handlingsplan/tiltak	Status
Okt 2017 – jan 2018	Konsernrevisjon	STHF	<i>Om det er etablert en hensiktsmessig, overordnet styrings- og forvaltningsmodell for GAT i hele foretaksgruppen, og om denne fungerer etter hensikten.</i>	3 anbefalinger	Presentert i egen styresak 23.05.2018	Konsernrevisjonens oppfølging av tiltaksarbeid etter revisjon "Forvaltning av GAT" i 2017. Tiltak er i all hovedsak gjennomført og i tråd med anbefalingene i revisjonsrapporten. Gjenstående tiltak er satt i bero i påvente av implementering av ny kompetanseportal i 2020.
Jan-mars 2019	Konsernrevisjonen	BUP	<i>Likeverdige og forutsigbare helsetjenester – innføring av pakkeforløp</i>	Det er i rapporten gitt 3 anbefalinger.	Handlingsplan med konsernrevisjonens anbefalinger. Rapport presentert for styret i juni 2019 Oppfølging pågår.	Det siste tiltaket i handlingsplanen som gjelder forbedret system og struktur i pasientjournalen, er under gjennomføring.
Feb. 2020	DNV-GL	Fertilitets-klinikken Sør	<i>Resertifisering ISO 9001:2015</i>	2 avvik		Oppfølging pågår. Forsinkelser pga pandemisituasjonen
Uke 38-2019	DNV-GL	STHF	<i>Periodisk revisjon miljøsystem, ISO 14001</i>	6 avvik kategori 2, 10 observasjoner	Tiltaksplan godkjent.	Oppfølging av tiltak pågår. Forsinkelser pga. pandemisituasjonen.
2.-5.12.2019	Fylkesmannen	Landsomfattende tilsyn, STHF	<i>Tilsyn med spesialisthelsetjenester til utlokaliserte pasienter</i>	Konklusjon: Fylkesmannen konkluderte med mangler ved ledelsens kontroll og oppfølging av risikoreducerende tiltak	Oppfølging av handlingsplan pågår.	Konkretisert handlingsplan og oversikt over utlokaliserte pasienter på tre spesifikke datoer er oversendt fylkesmannen.

Tid	Tilsynsorgan	Enhet	Tema	Funn	Handlingsplan/tiltak	Status
				ved utlokalisering av pasienter.		Avventer tilbakemelding.
Mai/ juni 2020	Konsern revisjonen	STHF	<i>Varsling – system for å håndtere varsler om kritikkverdige forhold ved Sykehuset Telemark HF</i>	Rapport 4/ 2020 varsler om kritikkverdige forhold ved Sykehuset Telemark HF har anbefaling om forbedring av varselordningen innen følgende områder; Ledelsesforankring og systemintegrering, varslingsrutinen, IKT-støtte/sikker saksbehandling, opplæring og kommunikasjon.	Under utarbeidelse	Oppfølging pågår. Styresak september 2020.
2019/2020	Konsernrevisjonen	Regionalt, STHF	<i>Bruk av tvang i psykisk helsevern Del 1: Kartlegging alle HF, desember 2019. Del 2: Stedlig revisjon i tre HF, mars-juni 2020</i>	Konsernrevisjonens rapport 1/2020, delrapport 1 Tvang i psykisk helsevern, påpeker følgende forbedringsområder: Styring og oppfølging, kompetanse, forebygging i bruk av tvangsmidler, gjennomføring av tvangsmiddelvedtak, oppfølging etter bruk av tvangsmidler og registrering av tvangsmiddelbruk.		Rapport fra Del 1 foreligger. Del 2 forsinket pga pandemisituasjonen.
Høst 2020	Statens helsetilsyn	Landsomfattende kartlegging - STHF	Kartlegging av risiko og sårbarhet når det gjelder tilgjengelighet av IKT-system; Virksomhetens tiltak for å kunne yte forsvarlig helsehjelp når ett eller flere viktige IKT-system er utilgjengelige.			Kartlegging pågår
August 2020	Statens undersøkelseskomisjon for helse og omsorgst	Nasjonal kartlegging - STHF	Kartlegging av alvorlige hendelser som følge av fall fra forflytningshjelpemidler i 2018-2019	Ingen registrerte hendelser ved STHF		Kartlegging fullført.

Tid	Tilsynsorgan	Enhet	Tema	Funn	Handlingsplan/tiltak	Status
	jenesten, UKOM					
03.06.20	Skien Brann- og Feiervesen	Skien, STHF	Branntilsyn	Ingen funn		Avsluttet
23.06.20	Notodden Brann- og Feiervesen	Notodden sykehus, STHF	Branntilsyn	Ingen funn		Avsluttet
2020-2021	Riksrevisjonen	Nasjonalt/ STHF	Forvaltningsrevisjon av kliniske behandlingsstudier i helseforetakene			Første del av revisjonen gjennomføres som en undersøkelse som fremdeles pågår. Intervjuer i utvalgte foretak vil gjennomføres høsten 2020. Resultatet planlegges rapportert til Stortinget våren 2021
2020-2021	Riksrevisjonen		Forvaltningsrevisjon av investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr i helseforetakene			Første del av revisjonen gjennomføres som en undersøkelse. Denne er besvart. Intervjuer i utvalgte foretak vil gjennomføres høsten 2020. Resultatet planlegges rapportert til Stortinget våren 2021
2020	Riksrevisjonen		Utvidet 3. års-oppfølgning av riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene (2016-17 Dok 3:5).			Besluttet utsatt til 2021 grunnet situasjonen som har oppstått som følge av Covid -19.

Uønskede hendelser og klagesaker

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

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

På grunn av manglende funksjonalitet i dagens forbedringssystem, blir klassifisering «Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser» (NOKUP) gjennomført manuelt etter at hendelsene er ferdig behandlet i klinikkene. Inntil videre vil derfor statistikk og analyse kun være tilgjengelig som årlige rapporter. Våren 2020 ble de klassifiserte pasienthendelsene for 2019 presentert i egen styresak.

Tabellen under viser utvikling og status for uønskede pasienthendelser:

Rapportering	Uønskede pasienthendelser	Varsel om alvorlige pasienthendelser til Statens helsetilsyn og Ukom (§ 3-3a)
Resultat 2016	1039	25
Resultat 2017	923	19
Resultat 2018	934	22
1. tertial 2019	346	8
2. tertial 2019	334	4
3. tertial 2019	398	6
Resultat 2019	1078	18
1. tertial 2020	355	1
2. tertial 2020	273	6

Sammenlignet med utviklingen i 2019, er antall tertialvise pasientskader pr. første tertial vesentlig redusert. Lavere aktivitet pga. koronaepidemien kan være en medvirkende årsak.

Det er det meldt inn seks § 3-3a saker til Statens helsetilsyn og Ukom, samtlige er meldt fra Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling.

Helsetilsynet avsluttet fire av sakene etter innledende undersøkelser. To av sakene ble oversendt til Fylkesmannen med spørsmål om videre tilsynsmessig oppfølging. Så langt er det åpnet tilsyn i en av disse sakene.

Det er ikke meldt inn § 3-3a saker fra de somatiske klinikkene.

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

Rapportering	Pasientklager	Hendelses-baserte tilsynssaker	NPE-saker	Annet	Sum totalt
Resultat 2016	157	51	121	12	333
Resultat 2017	133	29	122	13	280
Resultat 2018	138	45	131	16	330
1.tertia 2019	71	12	36	2	121
2.tertia 2019	79	12	29	-	120
3.tertia 2019	71	14	39	2	128
Resultat 2019	221	38	104	4	369
1.tertia 2020	48	11	34	7	100
2. tertial 2020	30	6	27	4	67

Antall pasientklager er mer enn halvert sammenlignet med 2. tertial 2019. Som ved § 3-3 a saker kan dette ha sammenheng med redusert aktivitet.

Hendelsesbaserte tilsynssaker og NPE- saker ligger på samme nivå som tidligere.

Informasjonssikkerhet og GDPR

Som ved forrige rapportering vurderes at Covid-19 har endret noe på risikobildet i negativ retning, bl.a. pga utvidede tilganger, hjemmekontor, fjernaksess for leverandører og risiko for at leverandører går konkurs. Det er etablert videokonsultasjon med pasienter for å redusere risiko for smitte. Denne løsningen er risikovurdert og tiltak er iverksatt, og er derfor tatt ut av risikovurdering da løsningen nå inngår i ordinær pasientbehandling og ikke vurderes som særskilt risikabel.

Når det gjelder det løpende arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern kan nevnes at arbeidet med protokoll etter Artikkel 30 er ferdigstilt i første versjon. Det videre arbeidet er avhengig av at den regionale IT-løsningen for protokoll leveres. Det er forhøyet risiko ved overføring av personopplysninger til 3. land (land utenfor EU/EØS) ved at EU-domstolen i juli 2020 avsa en dom (Schrems II) som stiller økte krav til at databehandler sørger for tilfredsstillende sikkerhetsnivå ved overføring inkl. ved fjernaksess. Det er behov for å kartlegge i hvilket omfang det foreligger databehandlinger som omfattes av endringen og vurdere hvordan det skal håndteres.

Virksomhetsrapport

August 2020

Innhold

1. Hovedmål

2. Pasient

3. Bemanning

4. Aktivitet

5. Kvalitetsindikatorer

6. Økonomi

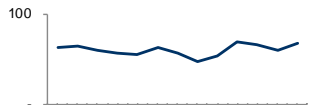
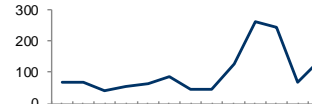
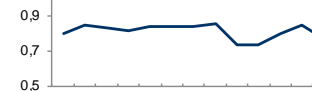

7. Klinikker

Oppsummering

august 2020

Sykehuset Telemark	Faktisk Hiå	Budsjett Hiå	Avvik Hiå	Hiå 2019	Årsbudsjett	Årsestimat	Avvik
Kvalitet per måned							
Ventetid påstartet, denne periode	66			62			
Ventetid ventende, denne periode	75			70			
Antall fristbrudd påstartet, denne periode	135			67		0	
Antall fristbrudd venter, denne periode	287			77		0	
Aktivitet							
ISF-poeng somatikk							
"Sørge for" (døgn, dag og polkl.)	25 723	28 913	-3 190	28 289	43 893	40 393	-3 500
Legemidler	1 996	1 867	129	1 890	2 800	2 800	-
Totalt antall ISF poeng "sørge for"	27 718	30 780	-3 062	30 179	46 693	43 193	-3 500
Utført eget HF/Sykehus	25 654	28 811	-3 157	28 189	43 743	40 243	-3 500
ISF-poeng Psyk	-	-	-	-	-	-	-
Voksenpsykiatri og TSB	4 948	5 982	-1 034	5 769	9 140	7 998	-1 142
Barne- og ungdomspsykiatri	5 541	6 573	-1 032	6 294	10 100	9 500	-600
Polikliniske konsultasjoner	-	-	-	-	-	-	-
Somatikk	104 508	114 771	-10 263	109 267	178 350	167 600	-10 750
VOP	29 192	34 882	-5 690	32 819	52 950	45 300	-7 650
BUP	19 506	19 879	-373	18 758	30 550	30 000	-550
TSB	7 933	7 839	94	7 423	11 900	12 000	100
Bemanning	-	-	-	-	-	-	-
Brutto månedsverk	3 043	2 951	-92	2 983	2 954	3 040	-86
Innleie helsepersonell	12 369	9 512	-2 857	19 809	13 760	18 760	-5 000
Lønn til fast ansatte	1 240 761	1 223 287	-17 473	1 175 197	1 872 025	1 892 025	-20 000
Overtid og ekstrahjelp	75 887	56 751	-19 136	68 664	88 332	108 332	-20 000
Sykefravær (forrige måned)	7,72	-	-	6,97	-	-	-
Økonomi (hele tusen)	-	-	-	-	-	-	-
Driftsinntekter	2 581 261	2 666 709	-85 448	2 609 498	4 082 555	3 973 710	-108 845
Driftskostnader	2 595 847	2 658 442	-62 595	2 604 762	4 069 171	3 974 425	-94 745
Netto finansresultat	10 010	11 733	-1 723	11 021	16 616	10 716	-5 900
Pensjon	-0	-	-0	-	-	-	-
Årsresultat	-4 576	20 000	-24 576	15 757	30 000	10 000	-20 000

Regionale hovedmål

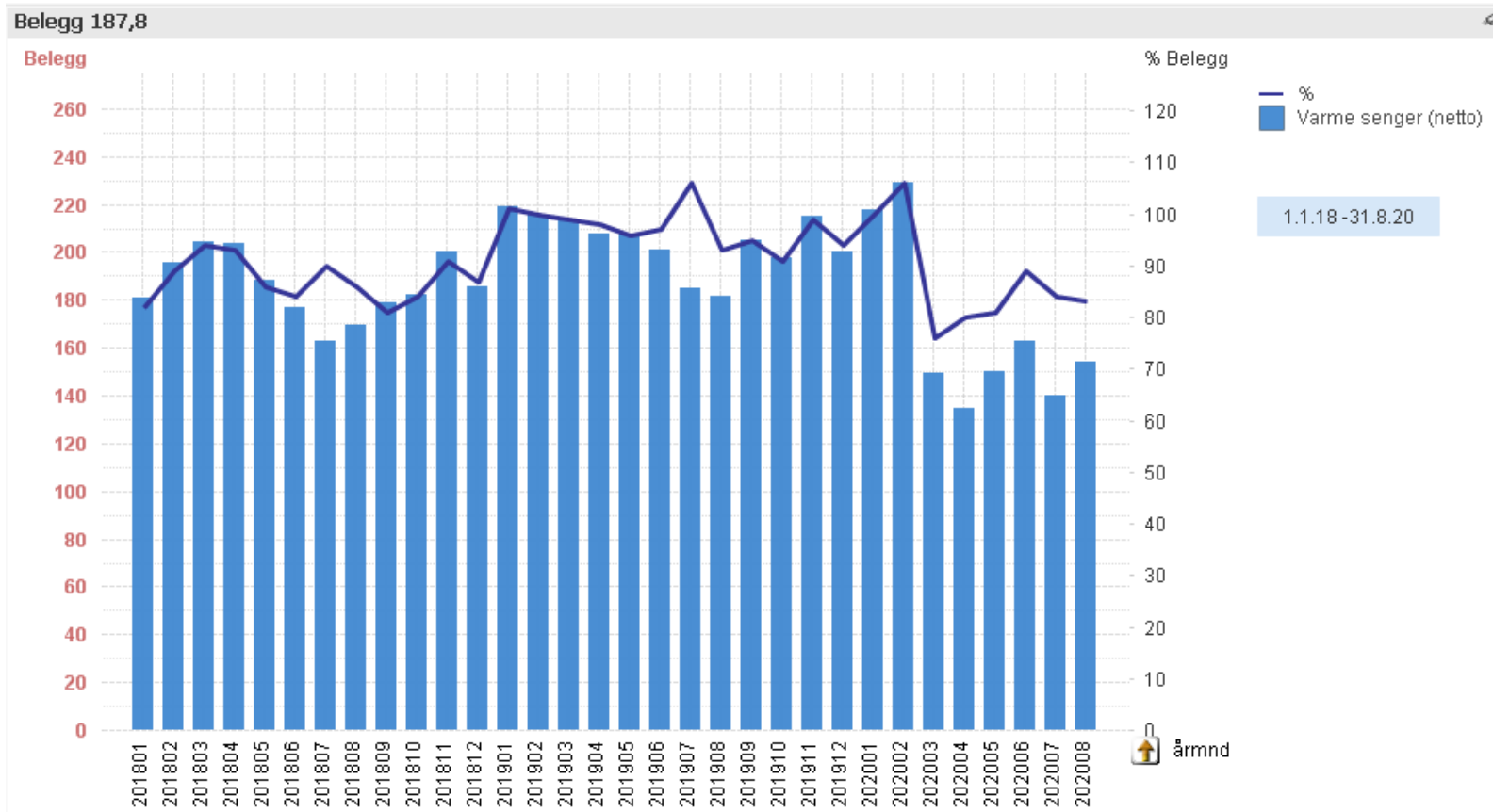
Hovedmål	Mål 2020	Utvikling siste	Status	Resultat	Resultat
		12 mnd	2018	2019	aug.20
Gjennomsnitt ventetid somatikk redusert til 60 dager. Ordinært avviklede pasienter.	50		55	55	68
Pasienten opplever ikke fristbrudd (påstartet)	Antall brudd		34	62	135
	Andel av med frist		1,3 %	2,2 %	5,2 %
Pasienten får bekreftelse og tidspunkt for behandling i samme brev	100%		78 %	84 %	77 %
Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer	Årsresultat		8,9 mill	42,8 mill	-4,6 mill
	Budsjettavvik		-21,1 mill	12,8 mill	-24,6 mill
Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3%	3%	Siste måling mai 2020	3,8 %	3,4 %	3,9 %
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 %	1,0 %

Prioriteringsregelen - status hittil i år	Antall dager		% endring hittil i år 2019-2020						
	Ventetider påstartet		Ventetider påstartet		Polikliniske konsultasjoner		Kostnader per 1. tertial		
	August 2020	Hiå '20	Hiå '19	Somatikk	Psykiatri/TSB	Somatikk	Psykiatri/TSB	Somatikk	Psykiatri/TSB
STHF	59	56						1,9 %	
SOMATIKK	61	57	6 %		-4 %			1,9 %	
BUP	37	34		9 %		4 %			6,2 %
VOP	31	39		-19 %			-11 %		-0,7 %
TSB	29	25		15 %			7 %		13,8 %
Endring pr klinikk	0	0							
(01) Kirurgisk klinikk	73	69	6 %		-8 %				
(02) Medisinsk klinikk	46	44	4 %		0 %				
(03) Barne- og ungdomsklinikken, somatikk	50	38	30 %		9 %				
(303) Avdeling for barn og unges psykiske helse	37	34		9 %		4 %			
(06) Akutt og beredskap	78	73	6 %		-15 %				
(07) Medisinsk Serviceklinikk	52	43	20 %		-24 %				
(09) Klinikk for psykisk helsevern, VOP	31	39		-19 %			-11 %		
(09) Klinikk for psykisk helsevern, TSB	29	25		15 %			7 %		
(13) Service og systemledelse						7 %			
(15) Administrasjon									

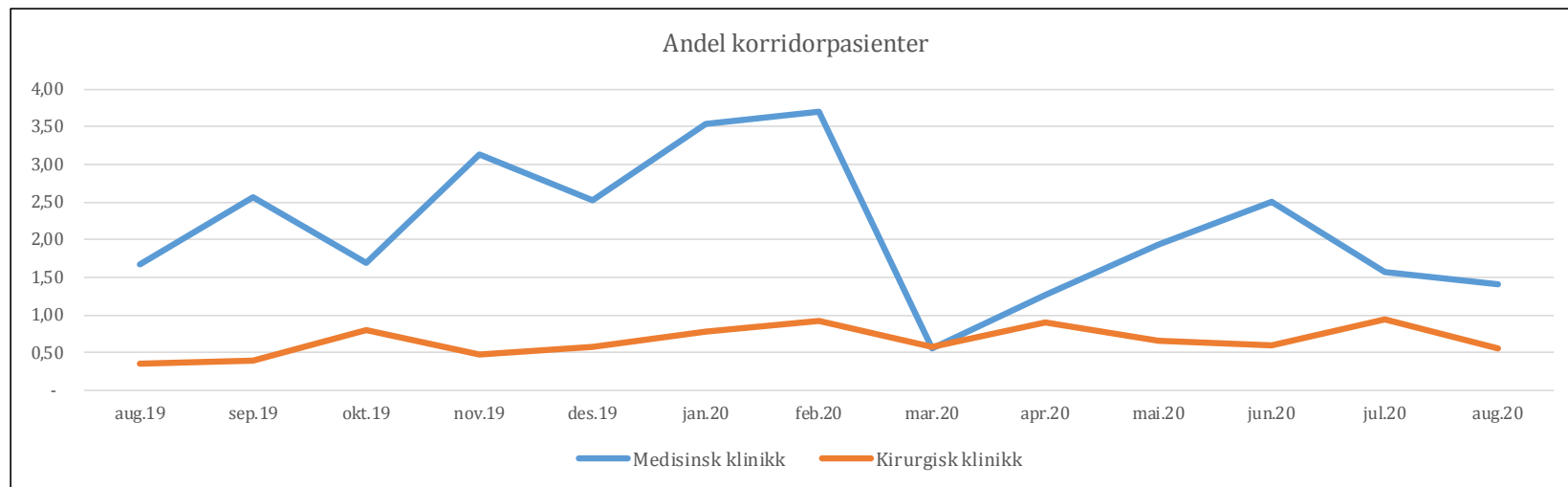
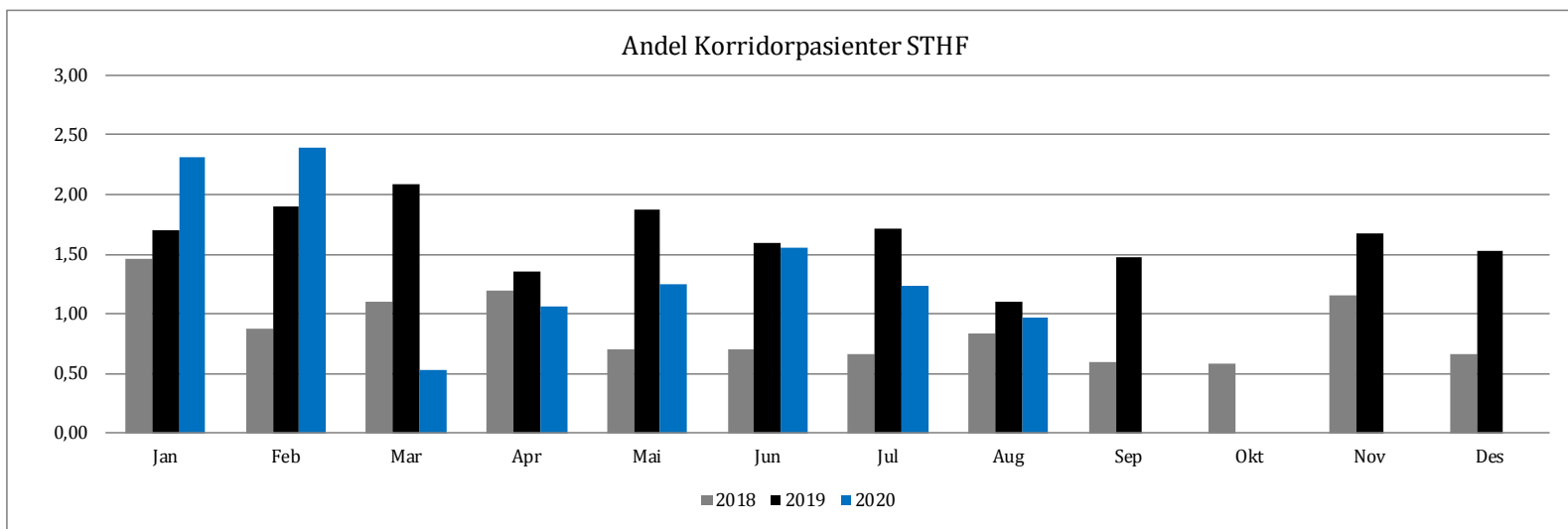
Fotnote: Påstartet = Avviklet

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

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



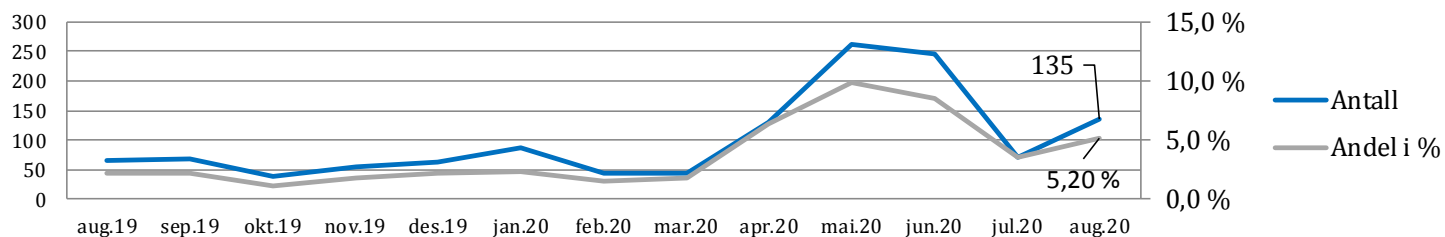
Senger i bruk for somatiske sengeposter.
Tekniske poster utelatt.



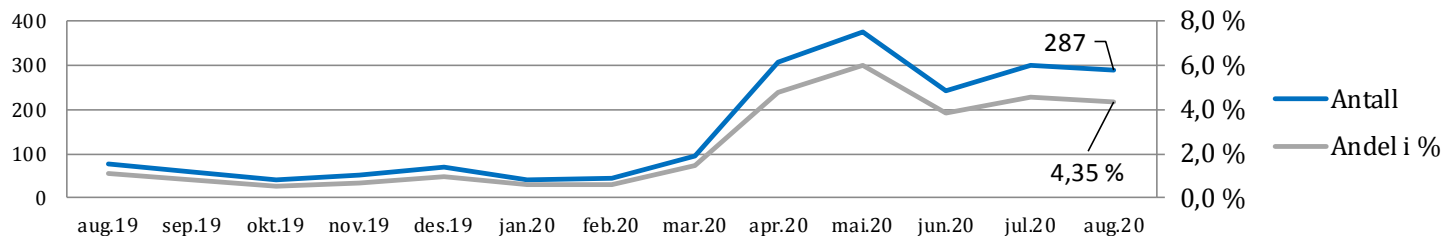
Pasient

Utvikling over tid for aktivitet i hele STHF alle omsorgsnivåer

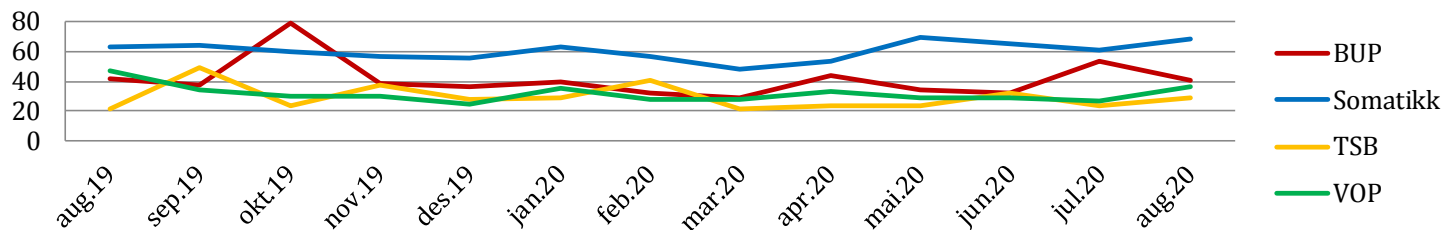
1. Antall/andel fristbrudd påstartet STHF.



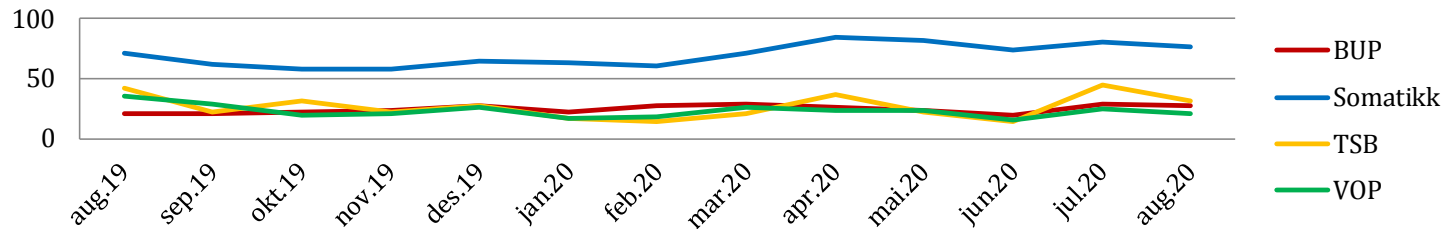
2. Antall/andel fristbrudd ventende STHF.



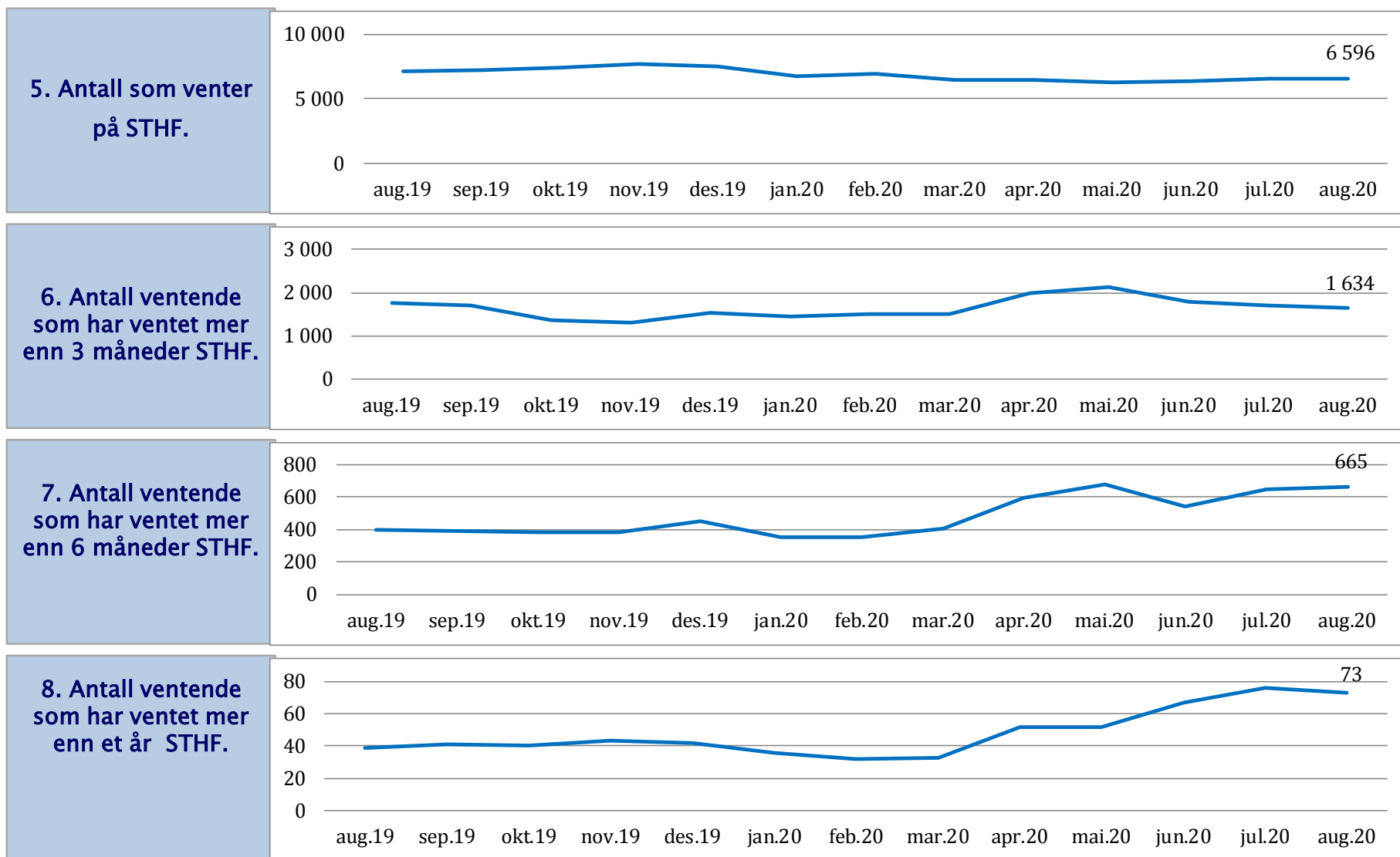
3. Gjennomsnittlig ventetid påstartet STHF



4. Gjennomsnittlig ventetid ventende STHF.

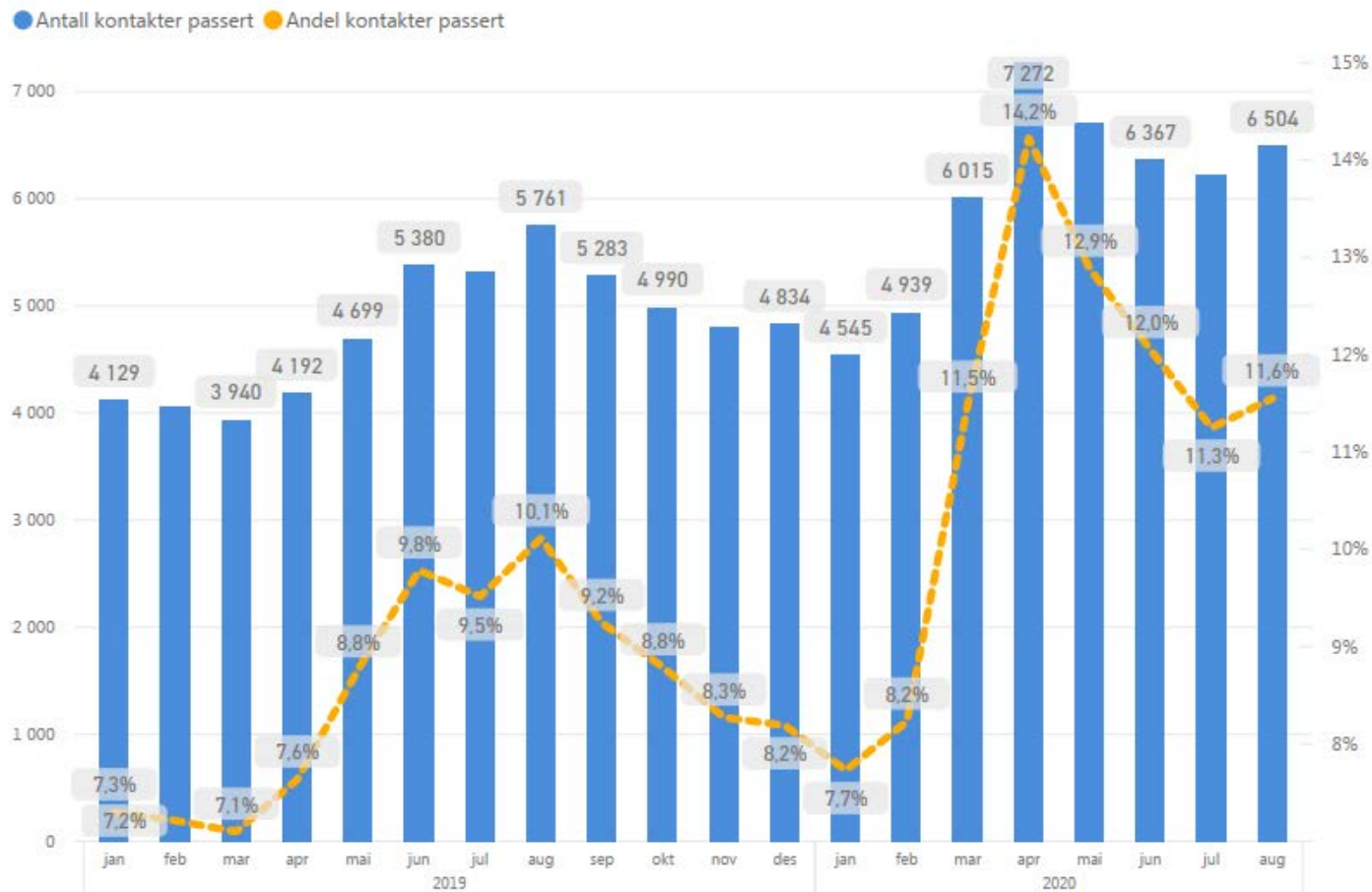


Paul Husmo, husp@sthf.no tlf:35 08 03 02



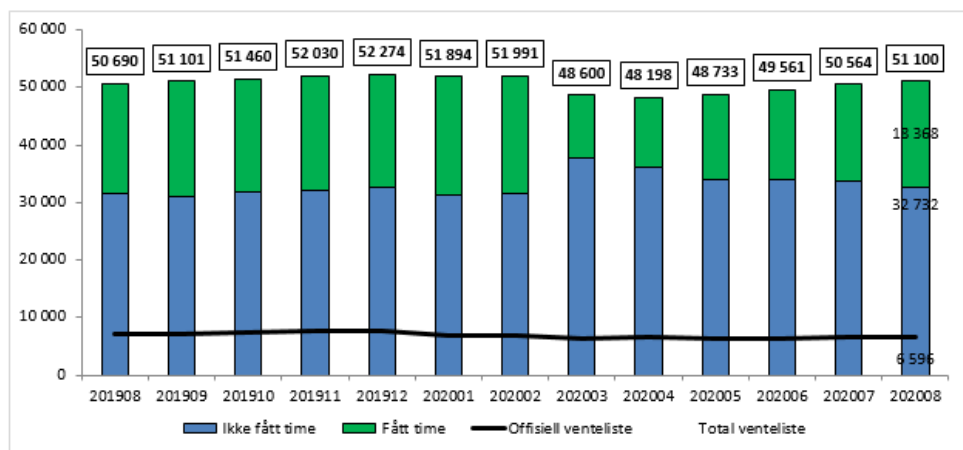
Paul Husmo, husp@sthf.no tlf:35 08 03 02

Utvikling «Passert planlagt tid»



Sammenligning pr august

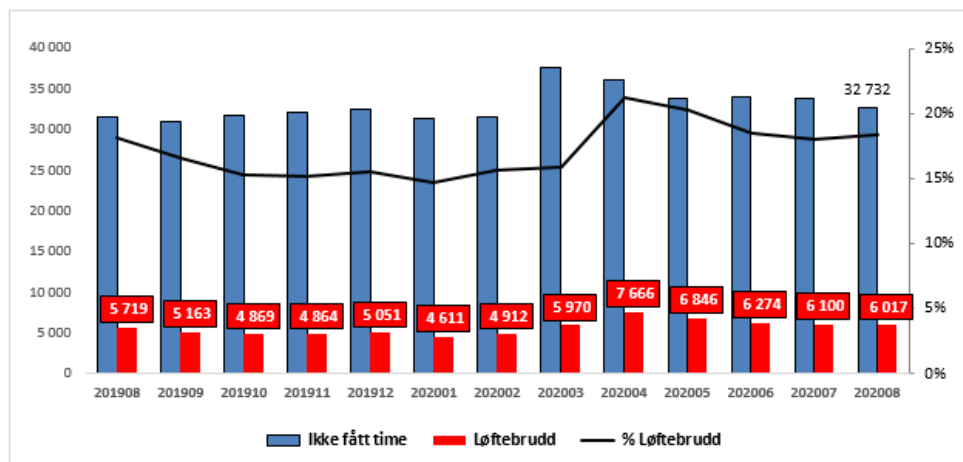
Helseforetaksnavn	Antall planlagte kontakter	Kontakter ikke passert planlagt tid	Kontakter med passert planlagt tid	Andel passert planlagt tid
Akershus Universitetssykehus	152 662	134 423	18 239	11,9 %
Oslo Universitetssykehus	246 980	226 893	20 087	8,1 %
Sykehuset Innlandet	107 632	97 759	9 873	9,2 %
Sykehuset i Vestfold	93 754	82 239	11 515	12,3 %
Sørlandet Sykehus	114 463	99 952	14 511	12,7 %
Sykehuset Telemark	56 304	49 800	6 504	11,6 %
Sykehuset Østfold	110 328	91 515	18 813	17,1 %
Vestre Viken	156 634	139 458	17 176	11,0 %
Sunnaas Sykehus	4 434	3 890	544	12,3 %
Diakonhjemmet Sykehus	33 153	27 571	5 582	16,8 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	36 318	33 037	3 281	9,0 %
Betanien Hospital	10 080	7 969	2 111	20,9 %
Martina Hansen Hospital	15 749	13 924	1 825	11,6 %
Revmatismesykehuset Lillehammer	5 045	4 179	866	17,2 %
Totalt	1 143 536	1 012 609	130 927	11,4 %



Utvikling i total venteliste

I august er den totale ventelisten er på 51100 pasienter. Den offisielle ventelisten er på 6596 pasienter.

Den totale ventelisten fordeler seg på 18368 pasienter som har fått time, og 32732 pasienter som ikke har fått time.

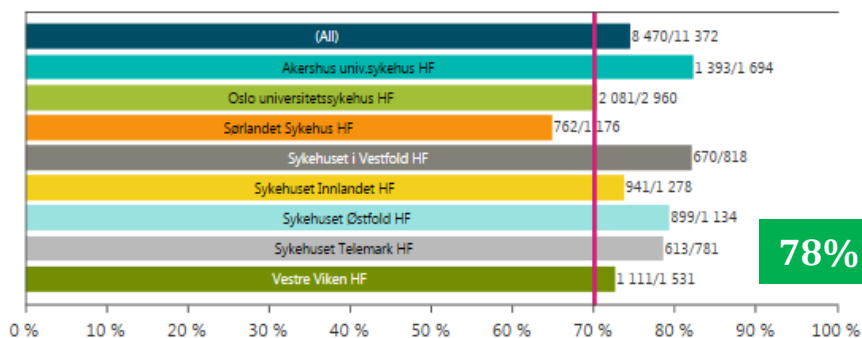


Av de som venter og ikke har fått timeinnkalling (32732), har 6017 pasienter passert tentativ dato for oppmøte (Løftebrudd). Dette utgjør 18,4 % av pasientene.

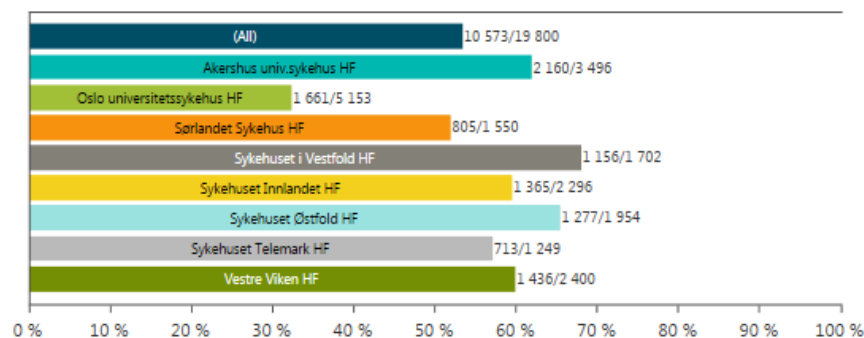
Pakkeforløp Kreft

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

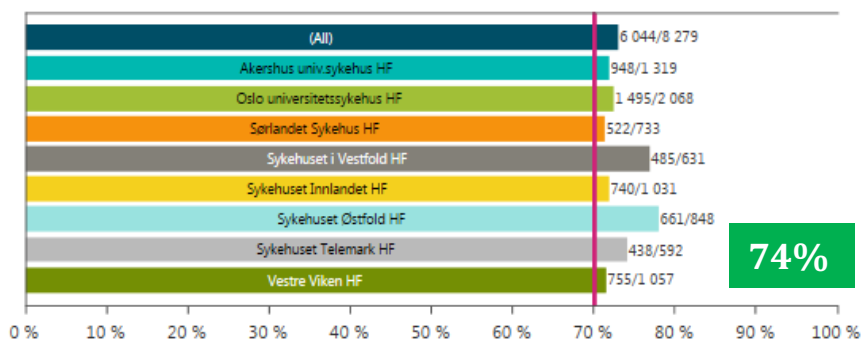
Andel nye pasienter i pakkeforløp (OA1)



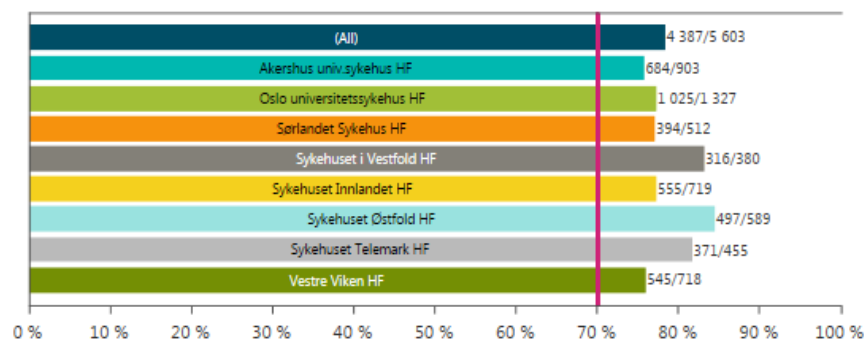
Andel pasienter med diagnose avkreftet (OA2)



Andel behandlet innen standard forløpstid - alle behandlingsformer



Andel behandlet innen standard forløpstid - kirurgisk behandling (OF4K)



Kilde: NPR

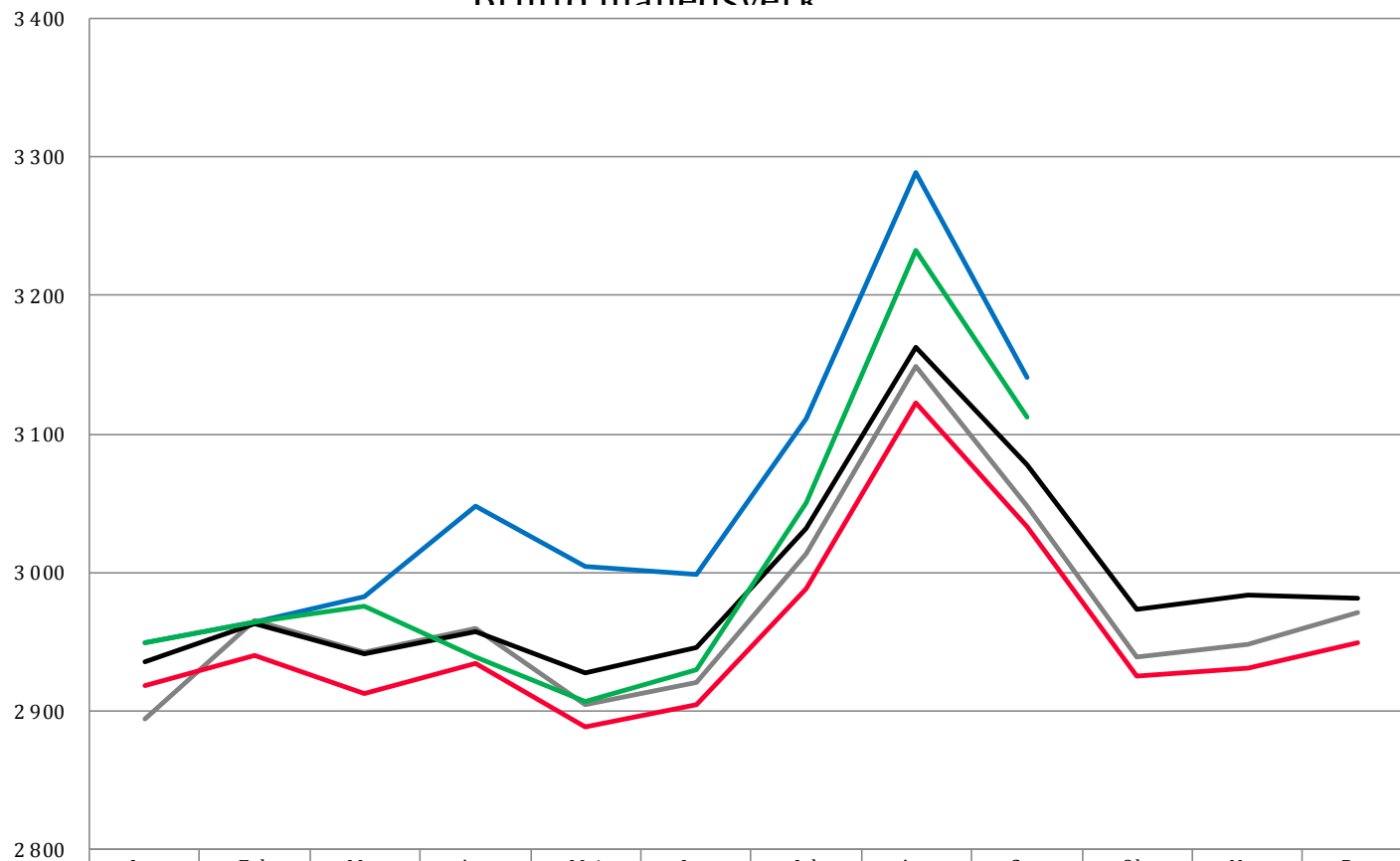
Periode: jan-20 til aug-20

Oppdaterte tall finnes på :

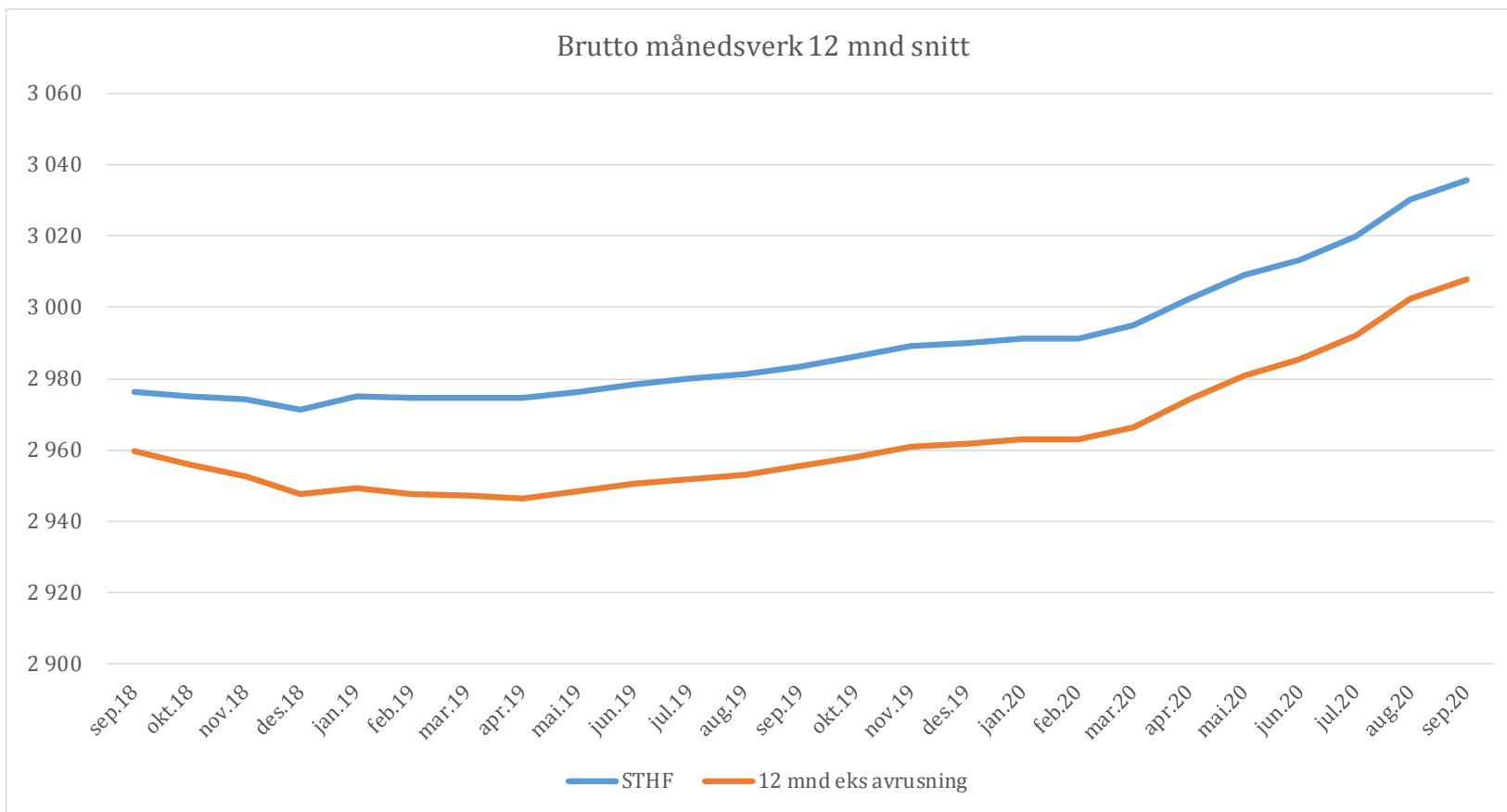
<https://statistikk.helsedirektoratet.no>

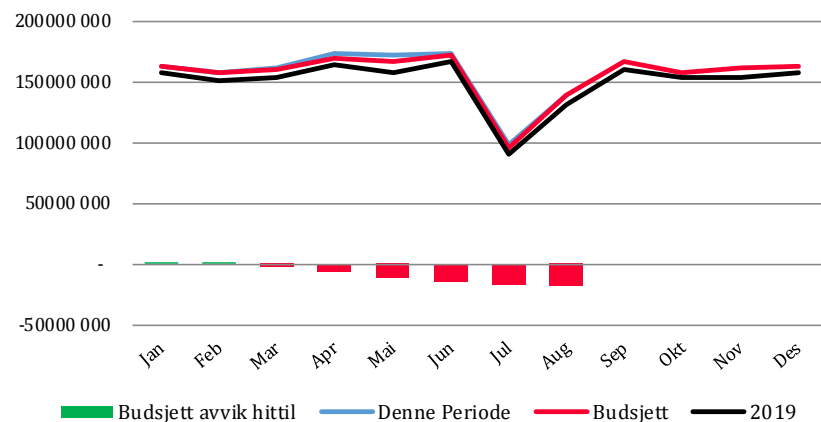
Bemanning

Brutto månedsværk

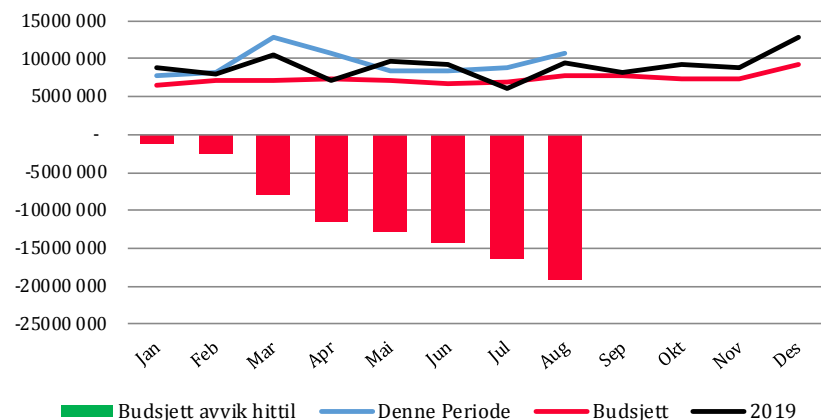


	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
— Faktisk 2018	2 895	2 965	2 942	2 960	2 905	2 921	3 014	3 149	3 048	2 939	2 948	2 972
— Faktisk 2019	2 936	2 963	2 941	2 957	2 928	2 946	3 032	3 163	3 077	2 973	2 984	2 982
— Faktisk 2020	2 950	2 964	2 982	3 048	3 005	2 999	3 111	3 288	3 141			
— STHF 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	2 976	2 940	2 908	2 931	3 051	3 233	3 112			

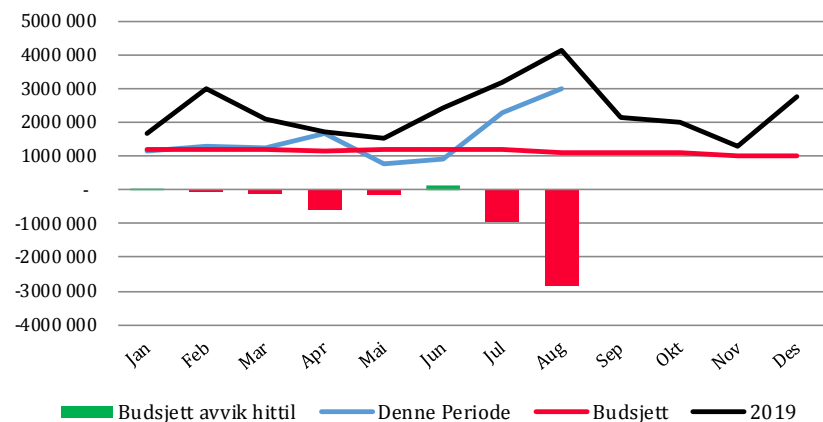


Fastlønn 2020


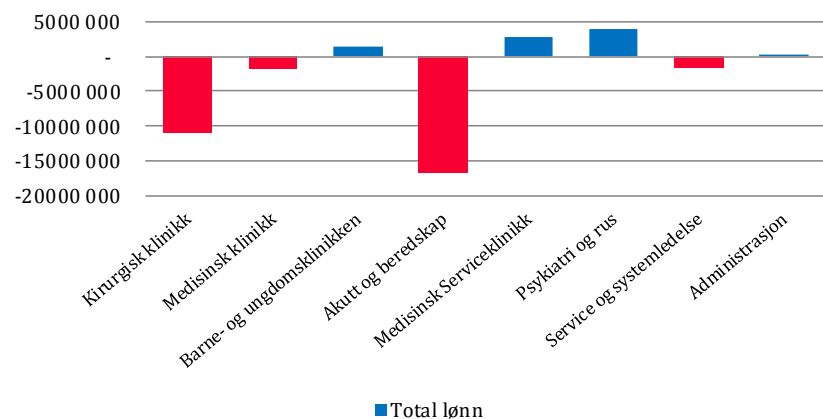
202008	Fastlønn hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
STHF totalt	1 240 846 391	1 223 287 278	-17 559 113	-1 %
Kirurgisk klinikk	186 612 380	177 096 911	-9 515 469	-5 %
Medisinsk klinikk	242 280 403	236 022 772	-6 257 631	-3 %
Barne- og ungdomsklinikken	91 189 316	91 565 909	376 594	0 %
Akutt og beredskap	184 475 418	174 005 542	-10 469 876	-6 %
Medisinsk Serviceklinikk	113 718 188	115 977 247	2 259 059	2 %
Psykatri og rus	219 233 613	221 776 811	2 543 198	1 %
Service og systemledelse	93 192 071	92 662 203	-529 867	-1 %
Felles - øvrig	60 821 731	60 828 614	6 883	0 %
Administrasjon	49 323 273	53 351 268	4 027 995	8 %

Variabel lønn 2020


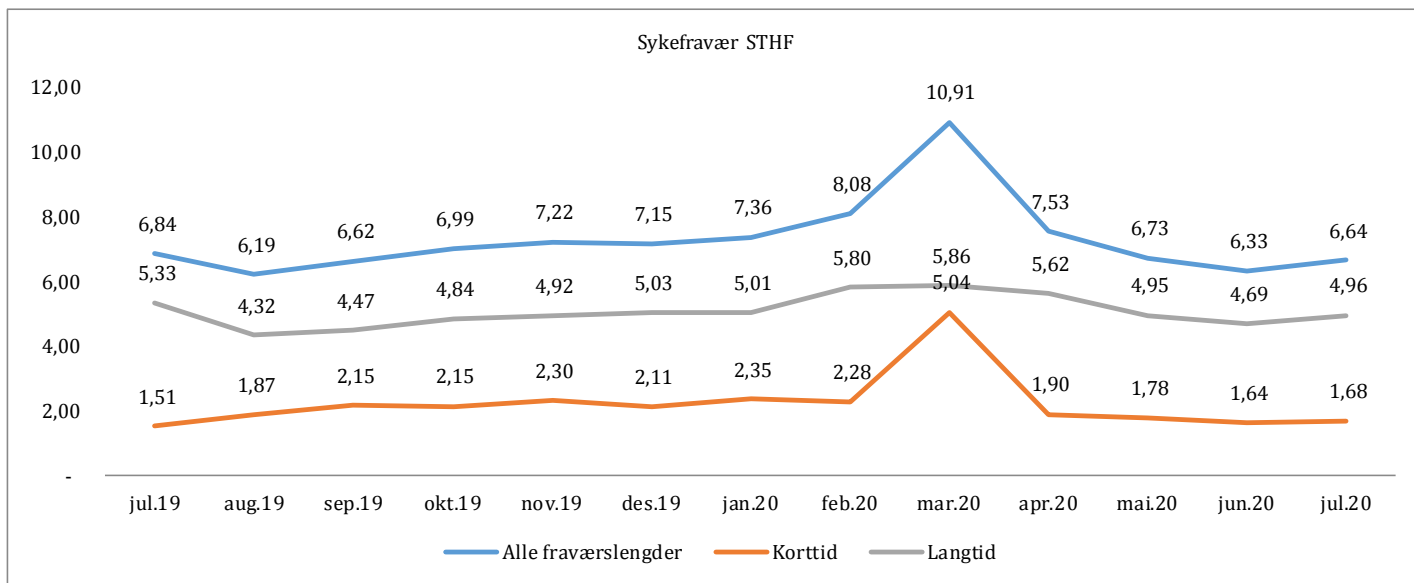
202008	Variabellønn hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	75 886 779	56 750 588	-19 136 191	-34 %
Kirurgisk klinikk	15 491 242	11 282 969	-4 208 273	-37 %
Medisinsk klinikk	16 435 669	12 196 180	-4 239 490	-35 %
Barne- og ungdomsklinikken	4 171 059	1 612 733	-2 558 326	-159 %
Akutt og beredskap	16 750 145	7 661 120	-9 089 025	-119 %
Medisinsk Serviceklinikk	7 527 327	3 763 075	-3 764 252	-100 %
Psykatri og rus	7 893 725	4 243 933	-3 649 792	-86 %
Service og systemledelse	5 299 429	2 064 894	-3 234 535	-157 %
Felles - øvrig	-	13 744 147	13 744 147	100 %
Administrasjon	2 318 182	181 537	-2 136 645	-1177 %

Innleid arbeidskraft 2020


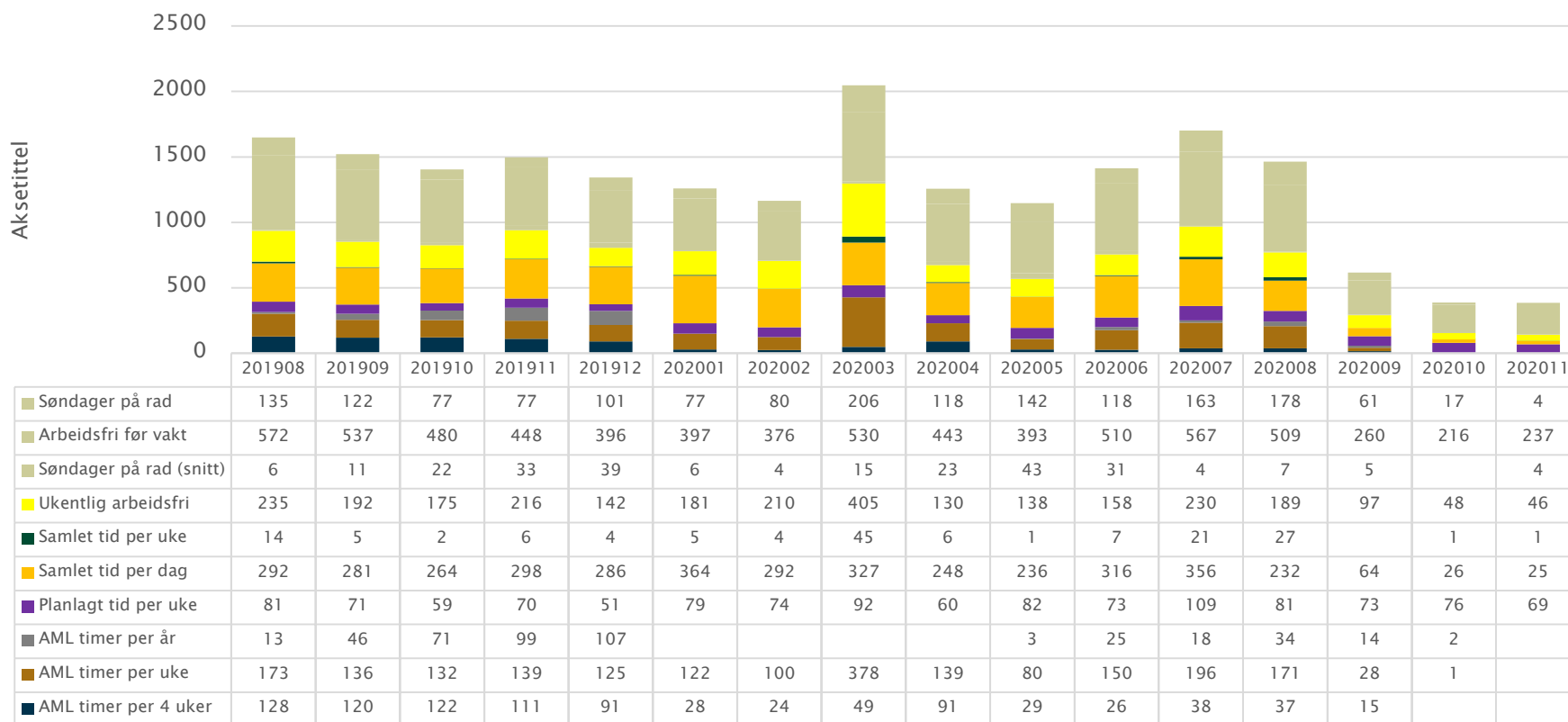
202008	Innleid arbeidskraft hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
STHF totalt	12 369 059	9 512 406	-2 856 653	-30 %
Kirurgisk klinikk	571 878	801 904	230 026	29 %
Medisinsk klinikk	119 137	-	-119 137	0 %
Barne- og ungdomsklinikken	2 176 382	156 247	-2 020 136	-1293 %
Akutt og beredskap	1 756 362	1 472 206	-284 156	-19 %
Medisinsk Serviceklinikk	3 064 608	2 666 383	-398 225	-15 %
Psykiatri og rus	4 680 692	4 415 667	-265 025	-6 %
Service og systemledelse	-	-	-	0 %
Felles - øvrig	-	-	-	0 %
Administrasjon	-	-	-	0 %

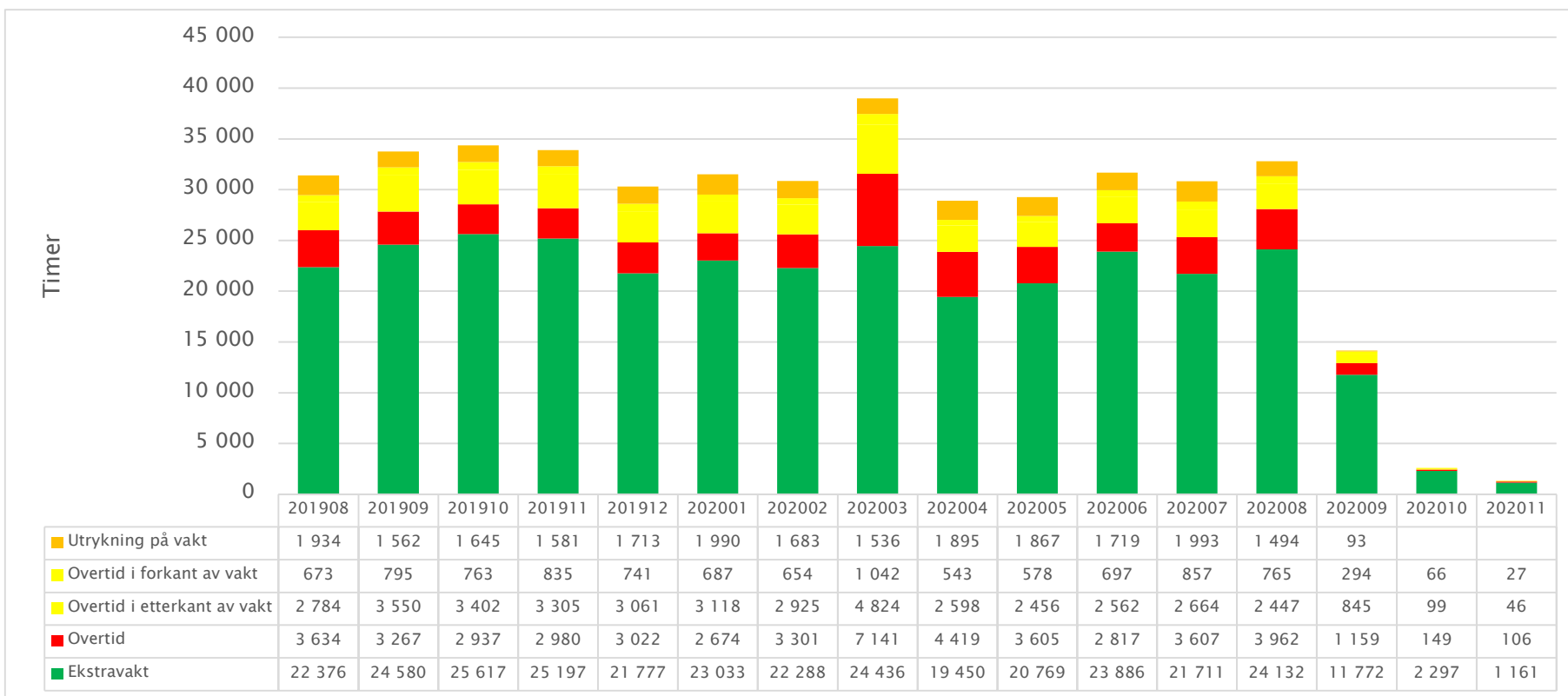
Budsjettavvik 2020


202008	Total lønn			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	1 381 798 347	1 441 125 079	59 326 732	4 %
Kirurgisk klinikk	225 222 589	214 259 847	-10 962 743	-5 %
Medisinsk klinikk	283 252 187	281 513 995	-1 738 191	-1 %
Barne- og ungdomsklinikken	107 272 695	108 727 223	1 454 528	1 %
Akutt og beredskap	222 817 071	206 047 795	-16 769 275	-8 %
Medisinsk Serviceklinikk	137 361 002	140 047 953	2 686 950	2 %
Psykiatri og rus	255 090 389	259 016 002	3 925 614	2 %
Service og systemledelse	107 027 889	105 553 402	-1 474 487	-1 %
Administrasjon	63 005 539	63 011 402	5 863	0 %
Felles - øvrig	-19 251 013	62 947 460	82 198 474	131 %

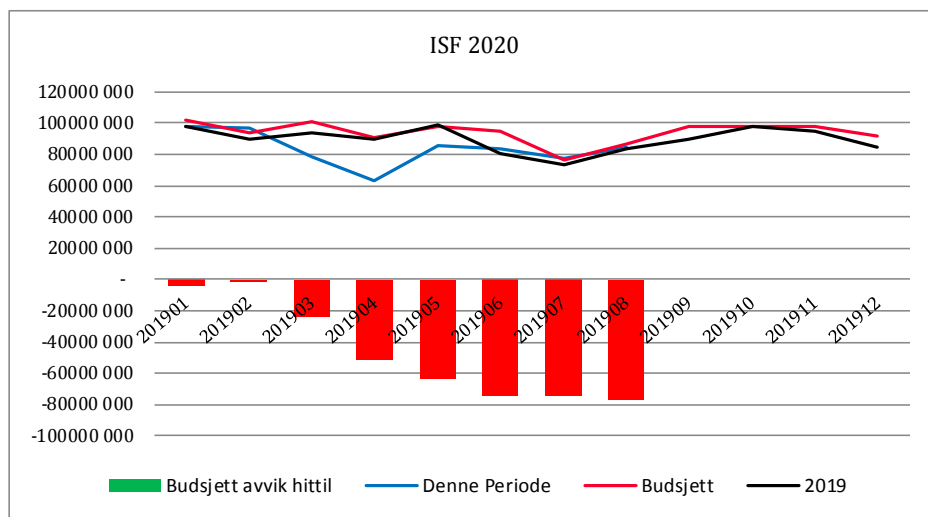


	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	des.19	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	mai.20	jun.20	jul.20	aug.20	sep.20	okt.20	
	7,19	8,08	7,57	6,21	6,43	6,49	6,84	6,19	6,62	6,99	7,22	7,15	7,36	8,08	10,91	7,53	6,73	6,33	6,64				
	7,64	7,64	7,90	6,05	6,35	6,54	6,14	5,90	5,39	5,07	5,41	6,35	5,76	4,95	8,64	5,21	4,54	4,39	4,61				
	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	10,85	8,70	7,42	7,17	8,44				
en	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	10,25	14,47	8,93	8,39	8,18	10,19				
	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	8,96	5,77	6,86	5,56	5,95				
	6,60	8,09	8,39	7,11	6,67	6,68	5,72	4,85	5,14	7,10	8,26	7,41	7,45	8,87	12,49	9,18	8,47	6,91	7,39				
rn 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	8,57	9,10	12,65	8,47	6,90	6,72	6,49				
	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	11,83	11,71	8,22	6,50	6,83	5,31				
	2,85	2,72	2,31	3,02	2,85	4,80	6,43	4,28	4,03	4,40	6,22	5,82	4,89	5,44	7,00	4,82	3,85	4,33	5,07				





Aktivitet



Graf og tabell viser summen av følgende linjer.

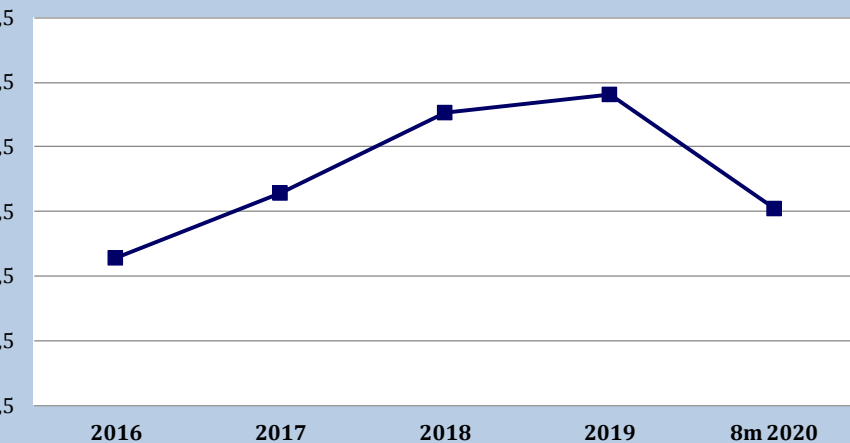
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	-61 430
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	-12 553
ISF-refusjon kommunal medfinansiering	910
ISF refusjon poliklinisk PHV/TSB	-6 532
IFS - refusjon pasientadministrative kreftlegemidler	2 952
	-76 653

ISF	202008			202008		
	Denne Periode			Hittil		
	Faktisk	Budsjett	Awik Budsjett	Faktisk	Budsjett	Awik Budsjett
Alle Ansvarssteder	84 560 180	86 638 248	-2 078 068	667 997 190	744 650 576	-76 653 386
Kirurgisk klinikk	35 359 195	32 775 051	2 584 144	264 963 252	296 317 820	-31 354 569
Medisinsk klinikk	32 669 266	37 238 516	-4 569 250	277 336 098	308 609 927	-31 273 829
Barn- og ungdomsklinikken	7 568 565	7 483 657	84 909	55 885 676	66 536 164	-10 650 489
Akutt og beredskap	164 909	152 541	12 368	1 081 069	1 431 729	-350 660
Medisinsk Serviceklinikk	957 387	1 020 493	-63 106	5 462 604	7 795 715	-2 333 111
Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling	2 391 981	2 286 424	105 557	15 675 521	18 735 044	-3 059 522
Felles - øvrig	5 428 263	5 663 243	-234 980	47 402 867	45 079 882	2 322 985

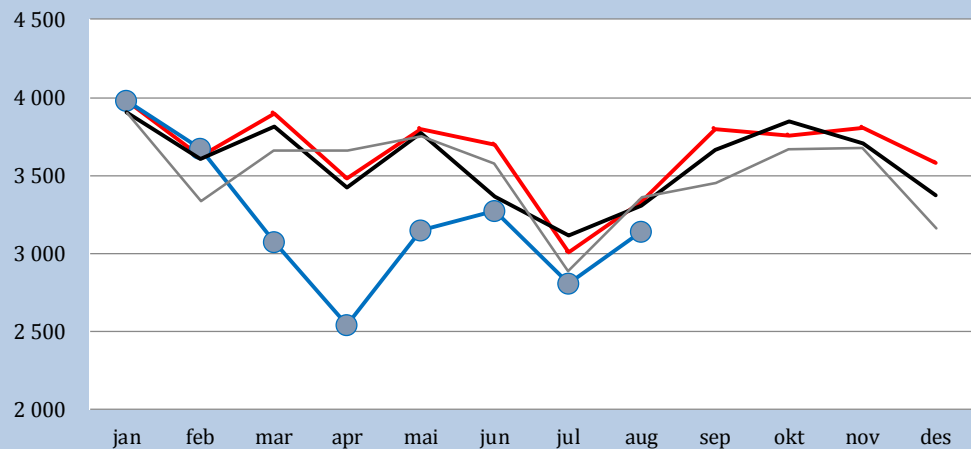
G-poeng, utført ved STHF

	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2019	Budsjett 2020	ISF budsj.-avvik (1000 kr)
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%			
Regionale klinikk	1 494	1 431	63	4 %	11 564	12 937	-1 373	-11 %	12 648	19 686	-31 458
g A	889	784	106	13 %	6 624	7 004	-380	-5 %	6 981	10 651	-8 695
g B	471	552	-81	-15 %	3 728	5 086	-1 357	-27 %	4 893	7 758	-31 090
g for Kirurgi, Notodden	134	95	39	40 %	1 211	848	364	43 %	774	1 277	8 327
Spesialist klinikk	1 403	1 625	-222	-14 %	12 110	13 467	-1 357	-10 %	13 295	20 364	-31 082
g Medisin B (lunge, Kragerø, ger., mage/tarm)	436	453	-17	-4 %	3 780	3 752	28	1 %	3 757	5 691	634
g blod, kreftsykdommer og palliasjon	273	257	16	6 %	2 130	2 109	21	1 %	2 014	3 163	472
g Medisin A (hjerte,nyre,hormon)	335	373	-37	-10 %	2 938	3 047	-108	-4 %	3 053	4 598	-2 483
g for nevrologi og rehabilitering	230	248	-18	-7 %	1 912	2 072	-160	-8 %	1 975	3 199	-3 672
g Medisin Øvre Telemark	129	294	-166	-56 %	1 350	2 487	-1 137	-46 %	2 496	3 713	-26 034
Spesialist og beredskap	190	227	-36	-16 %	1 681	1 998	-317	-16 %	1 951	3 033	-7 270
og beredskap	7	7	0	2 %	47	63	-15	-24 %	66	100	-351
	41	45	-3		239	340	-102	-30 %	306	550	-2 333
Poliklinikk	1	1	0		8	6	2		7	10	45
elt/kvalitetssikring	1	-	1		5	-	5		-84	0	
DRG utført ved STHF	3 138	3 335	-197	-6 %	25 654	28 811	-3 158	-11 %	28 189	43 743	-72 448
er bosatt utenom egen region, beh. i eget HF	24	16	8		145	138	7		100	210	
er bosatt i egen region, beh. i andre regioner	31	30	1		174	240	-66		175	360	
handlingsvalg	5	-	5		40	-	40		0	0	
SF-poeng utført ved STHF "sørge-for"	3 150	3 349	-199	-6 %	25 723	28 913	-3 191	-11 %	28 264	43 893	
dler	227	233	-6		1 996	1 867	129		1 728	2 800	
SF-poeng (inkl. legemidler, FBV) "sørge-f	3 377	3 582	-199	-6 %	27 719	30 780	-3 062	-10 %	29 992	46 693	

DRG-poeng per brutto månedsverk somatikk



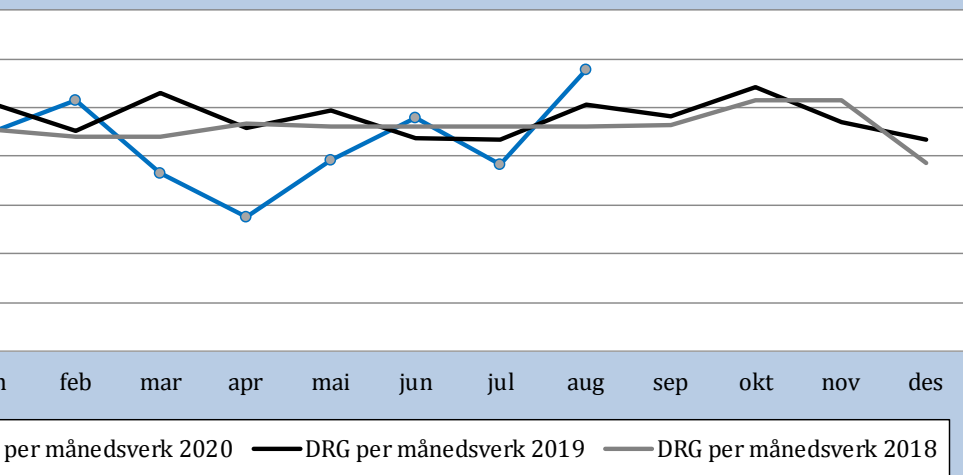
STHF - DRG-poeng utført ved STHF



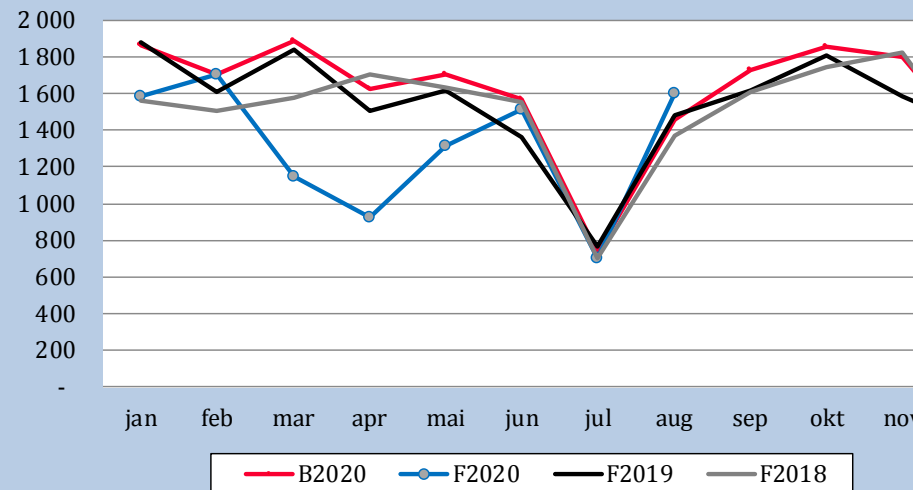
DRG-poeng PHV og TSB utført ved STHF

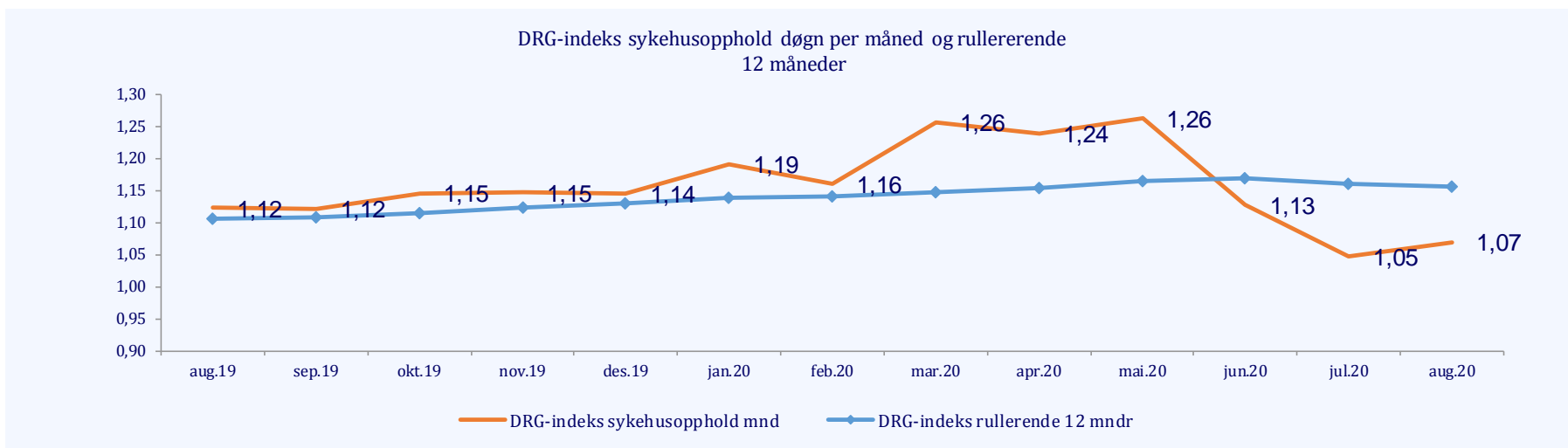
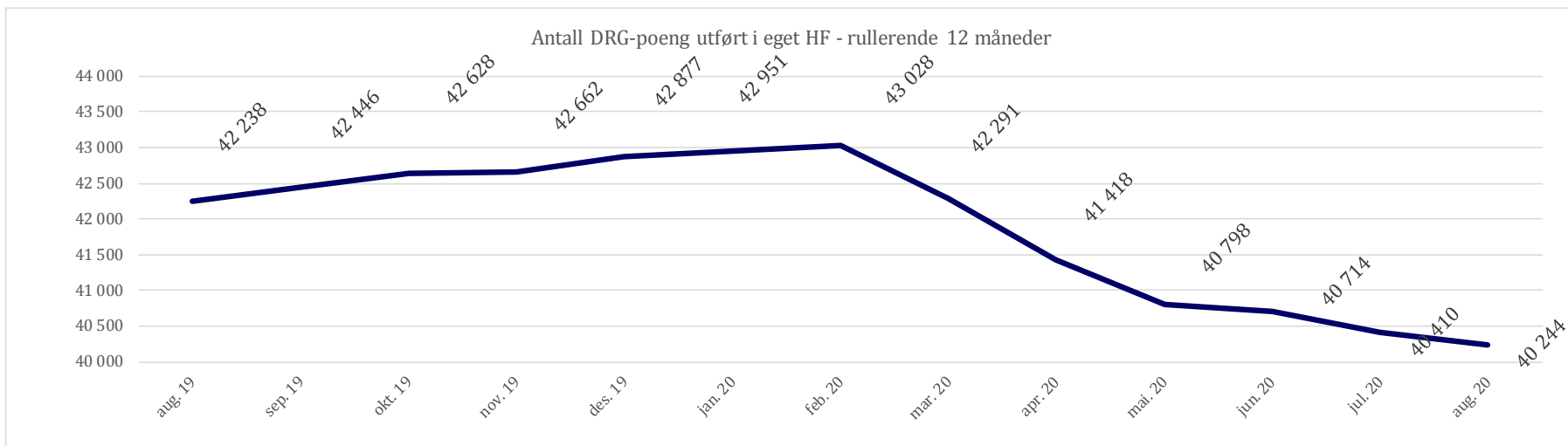
	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2019	Budsjett 2020
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%		
DRG-poeng PHV og TSB ved STHF	580	558	22	4 %	3 718	4 546	(828)	-18 %	6 858	6 939
DRG-poeng PHV ved STHF	140	147	(6)	-4 %	1 029	1 227	(198)	-16 %	1 870	1 878
DRG-poeng TSB ved STHF	37	19	18	96 %	213	156	57	37 %	249	239
DRG-poeng PHV og TSB (underlagt Medisinsk klinikk)	3	7	(4)	-60 %	26	55	(29)	-53 %	76	84
DRG-poeng PHV og TSB + Raskere tilbake	760	730	29	4 %	4 986	5 983	-997	-17 %	9 053	9 140
DRG-poeng unges psykiske helse - ABUP	840	725	114	16 %	5 502	6 572	(1 070)	-16,3 %	8 984	10 100
DRG-poeng i Medisinsk klinikk	840	725	114	16 %	5 502	6 572	-1 070	-16 %	8 984	10 100
DRG-poeng i psykiatri og psykisk helsevern og TSB på STHF	1 599	1 455	144	10 %	10 488	12 556	-2 067	-16 %	18 038	19 240

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



DRG-poeng PHV og TSB ved STHF





Kvalitetsindikatorer

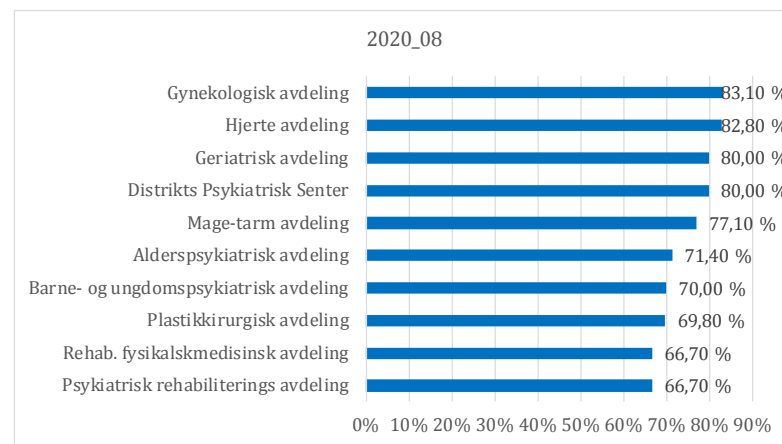
	Måltall
Andel epikriser sendt innen 7 dager Klinikker	80%
Andel epikriser sendt innen 1 dag PSV og TSB	50%
Andel epikriser sendt innen 1 dag Somatik	70%

Sendt innen 7 dager	Måned											
	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	des.19	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	mai.20	jun.20	jul.20
	65 %	60 %	66 %	72 %	77 %	63 %	65 %	78 %	75 %	81 %	74 %	76 %
	85 %	83 %	87 %	84 %	87 %	86 %	87 %	86 %	89 %	89 %	89 %	86 %
	76 %	80 %	75 %	74 %	71 %	83 %	83 %	82 %	79 %	82 %	79 %	86 %
	85 %	80 %	80 %	85 %	82 %	81 %	86 %	85 %	90 %	88 %	85 %	89 %
	81 %	80 %	80 %	82 %	82 %	81 %	85 %	84 %	86 %	87 %	84 %	87 %
Sendt innen 1 dag	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	des.19	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	mai.20	jun.20	jul.20
	31 %	31 %	39 %	38 %	49 %	38 %	34 %	46 %	46 %	52 %	50 %	48 %
	64 %	64 %	68 %	65 %	70 %	71 %	69 %	70 %	73 %	72 %	72 %	73 %
	41 %	44 %	38 %	36 %	38 %	44 %	38 %	45 %	52 %	44 %	40 %	48 %
	58 %	51 %	52 %	57 %	57 %	56 %	58 %	60 %	66 %	60 %	56 %	65 %
	55 %	53 %	54 %	55 %	58 %	57 %	56 %	59 %	64 %	60 %	57 %	64 %

Epikriser innen 7 dager per 2020_08				
Omsorg	Fag	Innen frist	Totalt	Andel
Innlagte	BUP	3	6	50,0 %
	PSY	130	156	83,3 %
	SOM	1511	1754	86,1 %
	Total	1644	1916	85,8 %
Pol	BUP	39	54	72,2 %
	PSY	192	244	78,7 %
	Total	231	298	77,5 %

Epikriser innen 1 dag per 2020_08				
Omsorg	Fag	Innen frist	Totalt	Andel
Innlagte	BUP	1	6	16,7 %
	PSY	64	156	41,0 %
	SOM	1120	1721	65,1 %
	Total	1185	1883	62,9 %
Pol	BUP	24	52	46,2 %
	PSY	117	244	48,0 %
	Total	141	296	47,6 %

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



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
0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %
94 %	90 %	91 %	95 %	94 %	90 %	97 %	93 %	53 %	80 %	91 %	93 %	90 %
87 %	88 %	82 %	78 %	85 %	87 %	85 %	85 %	74 %	65 %	73 %	82 %	81 %
81 %	88 %	90 %	88 %	90 %	88 %	90 %	89 %	84 %	89 %	84 %	94 %	88 %
66 %	80 %	82 %	82 %	80 %	78 %	80 %	84 %	74 %	79 %	84 %	85 %	67 %
100 %	98 %	100 %	100 %	97 %	98 %	92 %	98 %	86 %	91 %	91 %	88 %	82 %
79 %	85 %	83 %	82 %	84 %	84 %	84 %	85 %	73 %	73 %	80 %	85 %	77 %

gjennomsnittstid (døgn) fra mottak av henvisning til start av henvisning er fullført.	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
	1,31	3,46	2,14	2,33	3,85	2,41	3,16	2,85	3,71	4,43	3,03	3,04	2,91
	5,76	5,12	4,90	5,29	4,17	3,94	5,38	4,26	2,87	3,47	3,88	3,16	4,00
	0,95	1,19	1,27	1,04	1,08	1,71	1,08	1,02	1,08	1,25	0,89	1,05	1,00
	4,08	4,25	4,04	4,64	4,75	3,64	3,41	3,60	3,69	3,54	3,12	2,61	2,91
	2,25	2,66	2,64	3,91	6,72	2,20	3,89	2,56	2,32	2,37	2,32	2,46	3,00
	1,54	1,58	1,80	1,48	1,51	1,79	1,57	1,31	2,47	0,88	2,49	4,85	1,00
	1,79	2,16	2,20	2,55	3,71	2,15	2,59	1,96	1,84	1,91	1,77	1,91	2,00

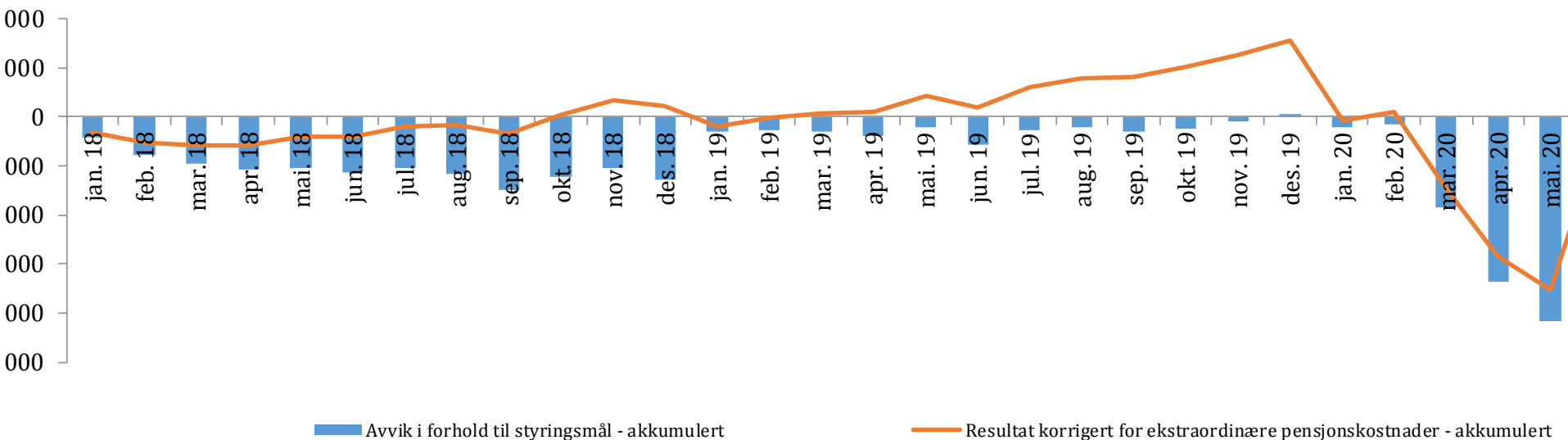
antall henvisninger vurdert.	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	des.19	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	mai.20	jun.20	jul.20	aug.20
	78	69	75	53	63	70	72	36	15	44	39	35	20
	220	341	388	323	326	330	402	267	171	219	316	245	200
	2911	3036	3178	3 193	2 382	3016	2767	2211	1907	2339	2962	2191	2700
	300	377	429	367	356	454	395	310	250	301	370	321	300
	2168	2482	2744	2 569	2 038	2333	2281	1830	1458	1891	2195	1778	2000
	258	263	287	276	172	262	275	234	136	237	285	116	300
	5 935	6 568	7 101	6 781	5 337	6 465	6 192	4 888	3 937	5 031	6 167	4 686	5 600
henvisninger vurdert innen 10 virkedager	5 902	6 522	7 040	6 718	5 285	6 404	6 145	4 842	3 901	4 992	6 133	4 619	5 500
prosent vurdert innen 10 virkedager	99,4 %	99,3 %	99,1 %	99,1 %	99,0 %	99,1 %	99,2 %	99,1 %	99,1 %	99,2 %	99,4 %	98,6 %	98,2 %

nye dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle (ansett tidspunkt for opprettelse)		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
nye dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle (ansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	3 293	3 743	3 390	3 585	3 951	3 613	3 754	3 107	2 806	3 046	2 885	2 831	2 711
	ABK	4	6	4	11	5	9	2	7	4	8	10	13	10
	BUK	614	694	625	650	683	584	630	408	351	499	474	463	311
	KIR	1 169	1 224	1 110	1 095	1 208	1 174	1 101	1 092	1 097	1 131	1 120	1 169	1 111
	KPR	613	819	774	836	908	705	795	651	520	496	460	383	411
	MED	874	979	846	943	1 098	1 119	1 205	923	810	886	805	789	811
	MSK	19	21	31	50	49	22	21	26	24	26	16	14	14
nyregistrerte dokumenter som er mer enn 14 dager gamle (ansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	1 304	1 598	1 472	1 540	1 796	1 807	1 848	1 505	1 403	1 531	1 448	1 428	1 411
nyregistrerte dokumenter som er mer enn 14 dager gamle (ansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	1 039	1 029	899	977	953	839	833	759	726	764	768	727	711
nye dokumenter som det normalt tar mer enn 14 dager å få ferdigstilt	STHF	39	43	39	40	42	44	49	59	63	70	74	105	105
	BUK	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	KIR	37	41	37	38	40	42	46	56	61	68	72	102	102
	KPR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	MED	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	3	3
	MSK	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
nye dokumenter med åpen henvisningsperiode, uten nyregistrering		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
nye dokumenter med åpen henvisningsperiode, uten nyregistrering og kontakt	STHF	1 711	1 170	1 062	2 088	1 068	916	876	926	740	1 060	1 102	1 313	1 311
	ABK	7	13	9	11	13	16	-	10	11	10	22	18	18
	BUK	78	94	53	48	47	33	55	27	42	49	64	79	79
	KIR	104	129	53	108	51	90	71	79	106	95	93	211	211
	KPR	139	141	178	116	154	103	25	-	-	48	-	12	12
	MED	157	222	221	477	203	168	141	187	142	225	176	982	1 001
	MSK	1 226	571	548	1 328	600	506	584	623	439	633	747	11	11
nye dokumenter registrert på avdelinger som er omorganisert og lukket.	ååMEDKIR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
	ååPRE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ååAKP	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
	ååKIR	-	-	-	301	-	-	-	-	-	1	-	-	-
	ååNYHO	-	1	-	1	-	-	-	-	4	5	-	-	-
	ååMED\$	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-
	ååMED	-	1	-	808	-	-	-	-	1	1	6	-	-

Økonomi

August 2020	Denne periode faktisk	Denne periode budsjett	Denne periode Avvik	Hittil faktisk	Hittil budsjett	Hittil avvik	Hele året budsjett	Hele året estimat	Avvik
Sum	187 829	189 623	-1 795	1 533 484	1 577 984	-44 500	2 424 871	2 367 271	57 600
Utbetalt finansiering	1 414	1 414	-	11 314	11 314	-	16 971	16 971	0
Utsjøn dag- og døgnbehandling	60 442	62 565	-2 123	483 189	544 619	-61 430	822 500	753 788	68 712
Utsjøn somatisk poliklinisk aktivitet	13 789	14 131	-341	105 049	117 603	-12 553	182 824	171 372	11 452
Utsjøn poliklinisk PVH/TSB	5 054	4 599	455	33 143	39 676	-6 532	60 798	55 293	5 505
Utsjøn fritt behandlingsvalg	86	-	86	910	-	910	-	1 374	-484
Utsjøn pasientadministrerte legemiddel (H-re)	5 189	5 344	-155	45 706	42 754	2 952	64 131	64 131	0
Utsjøn skilingsklare pasienter	500	1 661	-1 160	10 528	13 287	-2 759	19 931	13 381	6 550
Utsjøn pasienter	1 726	1 176	550	12 380	12 077	303	17 832	17 832	0
Utsjøn konserninterne helsetjenester (gjestepasie)	6 377	7 693	-1 316	53 871	59 250	-5 379	88 592	83 192	5 400
Utsjøn skatteinntekter	7 119	7 769	-650	61 120	65 559	-4 440	100 394	95 394	5 000
Utsjøn tilskudd "Raskere tilbake"	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Utsjøn merkede tilskudd	1 383	1 381	2	11 600	11 048	552	16 572	16 572	0
Utsjøn driftsinntekter	18 477	21 617	-3 140	218 967	171 539	47 427	267 138	317 138	-50 000
DRIFTSINNTEKTER	309 386	318 973	-9 587	2 581 261	2 666 709	-85 448	4 082 555	3 973 710	108 845
Utsjøn offentlige helsetjenester	2 848	3 390	-542	26 664	27 004	-341	40 497	40 497	0
Utsjøn private helsetjenester	10 410	9 101	1 310	79 562	71 399	8 163	107 785	120 785	-13 000
Utsjøn knyttet til aktiviteten i foretaksgr	35 666	39 242	-3 575	317 179	318 137	-957	479 829	479 829	0
Utsjøn arbeidskraft	2 996	1 088	1 908	12 369	9 512	2 857	13 760	18 760	-5 000
Utsjøn konserninterne helsetjenester	24 052	22 568	1 484	177 632	189 604	-11 973	286 747	273 747	13 000
Utsjøn fast ansatte	139 092	138 816	275	1 240 846	1 223 287	17 559	1 872 025	1 892 025	-20 000
Utsjøn dag og ekstrahjelp	10 699	7 842	2 857	75 887	56 751	19 136	88 332	108 332	-20 000
Utsjøn inkl arbeidsgiveravgift	16 763	25 612	-8 849	147 724	225 702	-77 977	345 396	226 066	119 330
Utsjøn tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-8 885	-8 845	-41	-81 653	-70 441	-11 213	-105 088	-118 088	7 000
Utsjøn lønn	26 858	27 503	-645	174 147	188 331	-14 184	297 781	282 781	15 000
Utsjøn feriepenger	8 086	8 498	-412	65 671	67 672	-2 001	102 595	99 095	3 500
Utsjøn pensjoner	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Utsjøn driftskostnader	42 310	42 874	-565	359 819	351 483	8 336	539 511	550 597	-11 086
DRIFTSKOSTNADER	310 895	317 690	-6 796	2 595 847	2 658 442	-62 595	4 069 171	3 974 425	94 746
DRIFTSRESULTAT	-1 508	1 283	-2 791	-14 586	8 267	-22 853	13 384	-716	13 100
Utsjøn inntekter	589	1 517	-929	11 743	13 578	-1 836	19 647	13 747	5 900
Utsjøn kostnader	177	301	-123	1 732	1 845	-113	3 032	3 032	0
DRIFTSRESULTAT	411	1 217	-805	10 010	11 733	-1 723	16 616	10 716	5 900
DRIFTSRESULTAT	-1 097	2 500	-3 597	-4 576	20 000	-24 576	30 000	10 000	19 524
Utsjøn kostnader	-	-	-	-0	-	-0	-	-	0

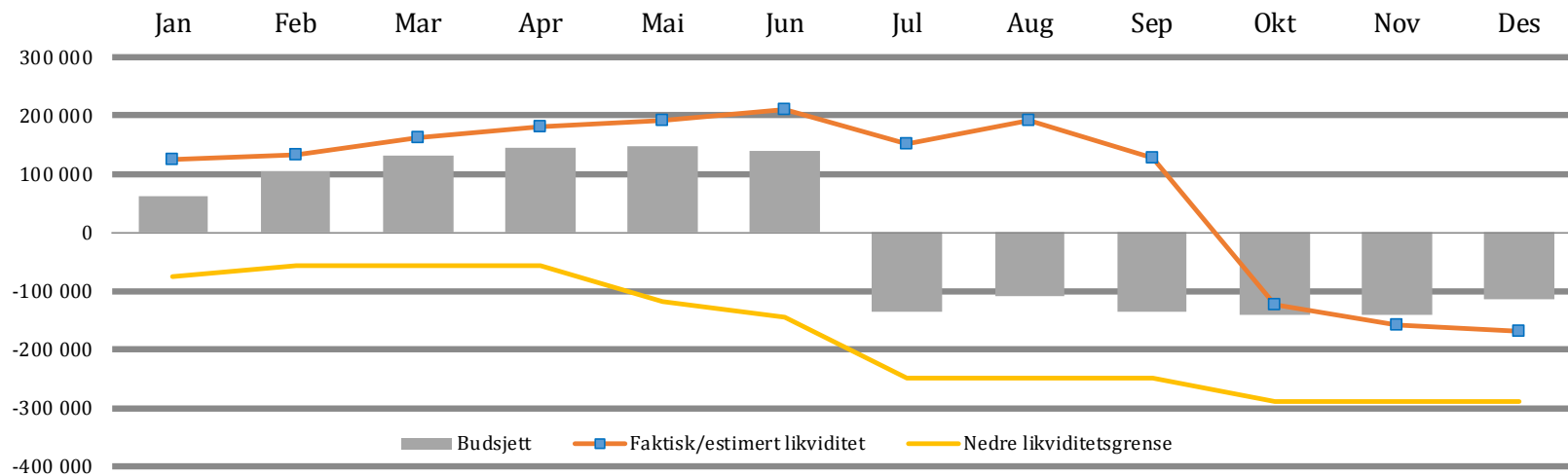
Driftsresultat og budsjettavvik 2018 til 2020 - foretak og klinikker



	Hittil i år	Hittil i år	Denne periode, resultat.										
	Resultat	Budsjettavvik	Aug. 20	Jul. 20	Jun. 20	Mai. 20	Apr. 20	Mar. 20	Feb. 20	Jan. 20	Des. 19	Nov. 19	Okt. 19
	(47 967)	(47 967)	(882)	(4 822)	(8 121)	(6 940)	(14 603)	(10 697)	389	(2 290)	(4 087)	(3 010)	
	(50 612)	(50 612)	(6 071)	(5 109)	(6 595)	(7 111)	(10 423)	(9 797)	(540)	(4 966)	(3 180)	(3 650)	
	(7 950)	(7 950)	578	452	(1 257)	(550)	(3 171)	(2 255)	(200)	(1 548)	557	(461)	
	(23 954)	(23 954)	(2 357)	(3 632)	(1 663)	(3 143)	(7 115)	(5 061)	(362)	(622)	(793)	(1 608)	
	(2 412)	(2 412)	556	824	775	(1 866)	(1 884)	(1 559)	(21)	763	2 633	1 122	
	(2 004)	(2 004)	(802)	222	557	(215)	(894)	(1 262)	174	216	(1 469)	(755)	
	(1 331)	(1 331)	(39)	(95)	(1 614)	(138)	3 662	(2 038)	(53)	(1 016)	665	(3 144)	
	1 910	1 910	661	(48)	312	1 081	185	(217)	303	(366)	669	(72)	
	129 743	109 743	7 260	13 623	83 149	5 375	6 590	1 759	3 782	8 206	22 380	16 644	
	(4 576)	(24 576)	(1 097)	1 416	65 544	(13 508)	(27 653)	(31 127)	3 471	(1 623)	17 375	5 066	

Likviditet og investeringer.

Tall i tusen



Investeringer - tall i 1000	Regn. 2020	Est. 2020	Bud. 2020
Bygg & anlegg	9 635	20 570	36 000
MTU	40 559	130 302	120 000
Annet utstyr, biler m.m.	5 443	12 018	14 000
IKT-investeringer - lån til Sykehuspartner	2 140	5 700	5 700
Tilbakebetalt lån fra Sykehuspartner	-2 466	-3 524	-3 524
SUM august 2020	55 311	165 066	172 176

Virksomhetsrapport

August 2020

Innhold

1. Hovedmål

2. Pasient

3. Bemanning

4. Aktivitet

5. Kvalitetsindikatorer

6. Økonomi

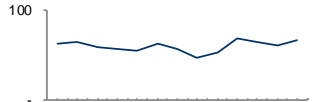

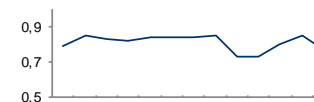

7. Klinikker

Oppsummering

august 2020

Sykehuset Telemark	Faktisk Hiå	Budsjett Hiå	Avvik Hiå	Hiå 2019	Årsbudsjett	Årsestimat	Avvik
Kvalitet per måned							
Ventetid påstartet, denne periode	66			62			
Ventetid ventende, denne periode	75			70			
Antall fristbrudd påstartet, denne periode	135			67		0	
Antall fristbrudd venter, denne periode	287			77		0	
Aktivitet							
ISF-poeng somatikk							
"Sørge for" (døgn, dag og polkl.)	25 723	28 913	-3 190	28 289	43 893	40 393	-3 500
Legemidler	1 996	1 867	129	1 890	2 800	2 800	-
Totalt antall ISF poeng "sørge for"	27 718	30 780	-3 062	30 179	46 693	43 193	-3 500
Utført eget HF/Sykehus	25 654	28 811	-3 157	28 189	43 743	40 243	-3 500
ISF-poeng Psyk	-	-	-	-	-	-	-
Voksenpsykiatri og TSB	4 948	5 982	-1 034	5 769	9 140	7 998	-1 142
Barne- og ungdomspsykiatri	5 541	6 573	-1 032	6 294	10 100	9 500	-600
Polikliniske konsultasjoner	-	-	-	-	-	-	-
Somatikk	104 508	114 771	-10 263	109 267	178 350	167 600	-10 750
VOP	29 192	34 882	-5 690	32 819	52 950	45 300	-7 650
BUP	19 506	19 879	-373	18 758	30 550	30 000	-550
TSB	7 933	7 839	94	7 423	11 900	12 000	100
Bemanning	-	-	-	-	-	-	-
Brutto månedsværk	3 043	2 951	-92	2 983	2 954	3 040	-86
Innleie helsepersonell	12 369	9 512	-2 857	19 809	13 760	18 760	-5 000
Lønn til fast ansatte	1 240 761	1 223 287	-17 473	1 175 197	1 872 025	1 892 025	-20 000
Overtid og ekstrahjelp	75 887	56 751	-19 136	68 664	88 332	108 332	-20 000
Sykefravær (forrige måned)	7,72	-	-	6,97	-	-	-
Økonomi (hele tusen)	-	-	-	-	-	-	-
Driftsinntekter	2 581 261	2 666 709	-85 448	2 609 498	4 082 555	3 973 710	-108 845
Driftskostnader	2 595 847	2 658 442	-62 595	2 604 762	4 069 171	3 974 425	-94 745
Netto finansresultat	10 010	11 733	-1 723	11 021	16 616	10 716	-5 900
Pensjon	-0	-	-0	-	-	-	-
Årsresultat	-4 576	20 000	-24 576	15 757	30 000	10 000	-20 000

Regionale hovedmål

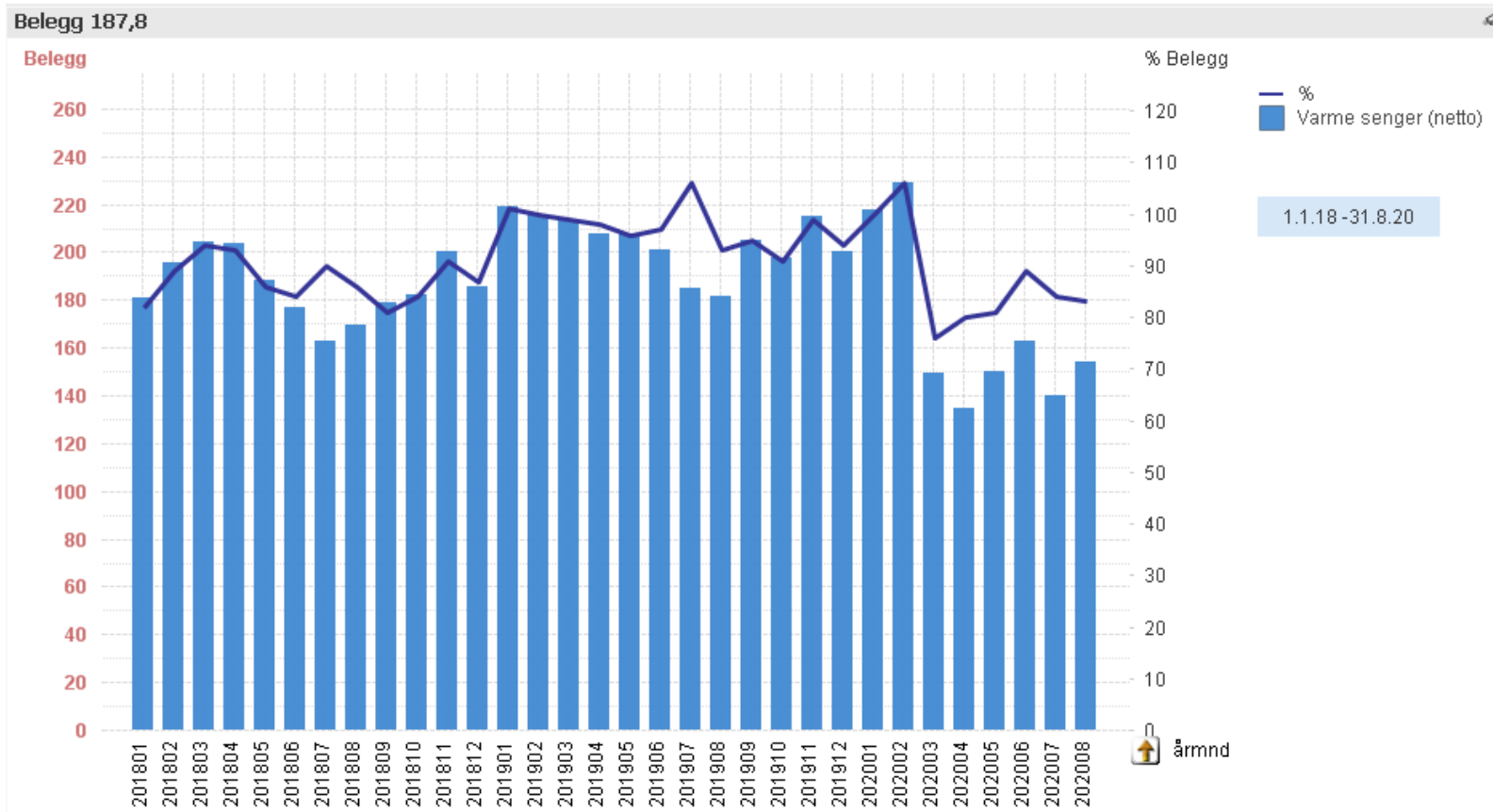
Hovedmål	Mål 2020	Utvikling siste	Status	Resultat	Resultat
		12 mnd	2018	2019	aug.20
Gjennomsnitt ventetid somatikk redusert til 60 dager. Ordinært avviklede pasienter.	50		55	55	68
Pasienten opplever ikke fristbrudd (påstartet)	Antall brudd		34	62	135
	Andel av med frist		1,3 %	2,2 %	5,2 %
Pasienten får bekreftelse og tidspunkt for behandling i samme brev	100%		78 %	84 %	77 %
Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer	Årsresultat		8,9 mill	42,8 mill	-4,6 mill
	Budsjettavvik		-21,1 mill	12,8 mill	-24,6 mill
Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3%	3%	Siste måling mai 2020	3,8 %	3,4 %	3,9 %
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 %	1,0 %

Prioriteringsregelen - status hittil i år	Antall dager		% endring hittil i år 2019-2020						
	Ventetider påstartet		Ventetider påstartet		Polikliniske konsultasjoner		Kostnader per 1. tertial		
	August 2020	Hiå '20	Hiå '19	Somatikk	Psykiatri/TSB	Somatikk	Psykiatri/TSB	Somatikk	Psykiatri/TSB
STHF	59	56						1,9 %	
SOMATIKK	61	57	6 %		-4 %			1,9 %	
BUP	37	34		9 %		4 %			6,2 %
VOP	31	39		-19 %			-11 %		-0,7 %
TSB	29	25		15 %		7 %			13,8 %
Endring pr klinikk	0	0							
(01) Kirurgisk klinikk	73	69	6 %		-8 %				
(02) Medisinsk klinikk	46	44	4 %		0 %				
(03) Barne- og ungdomsklinikken, somatikk	50	38	30 %		9 %				
(303) Avdeling for barn og unges psykiske helse	37	34		9 %		4 %			
(06) Akutt og beredskap	78	73	6 %		-15 %				
(07) Medisinsk Serviceklinikk	52	43	20 %		-24 %				
(09) Klinikk for psykisk helsevern, VOP	31	39		-19 %			-11 %		
(09) Klinikk for psykisk helsevern, TSB	29	25		15 %		7 %			
(13) Service og systemledelse						7 %			
(15) Administrasjon									

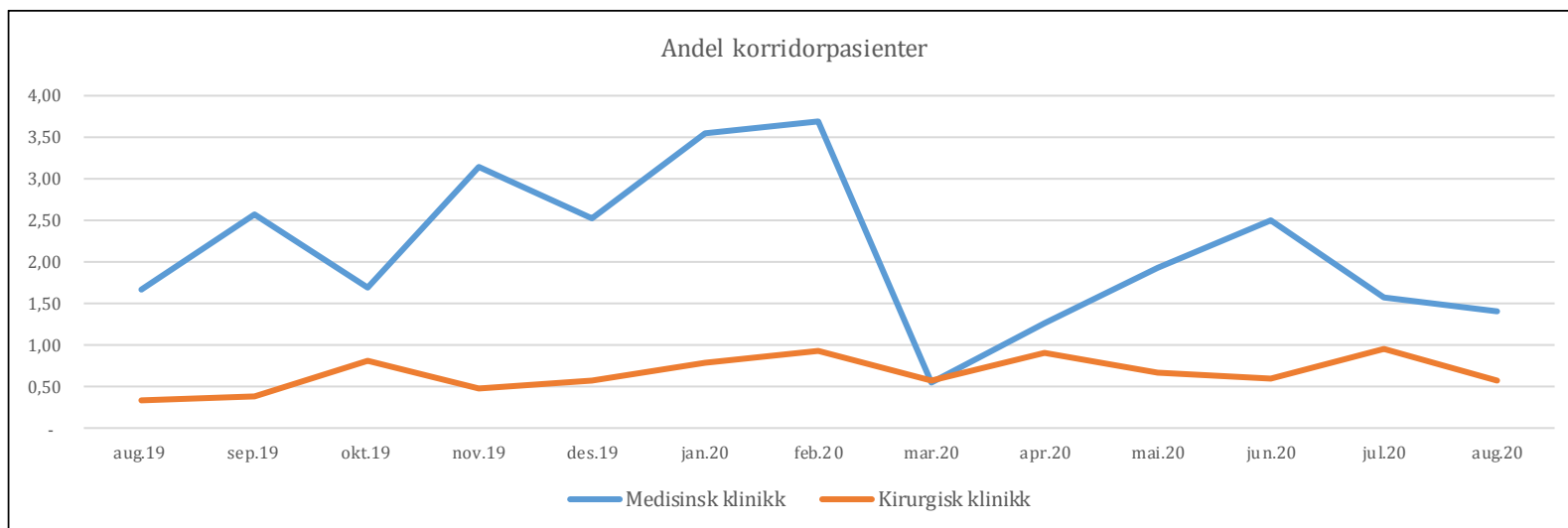
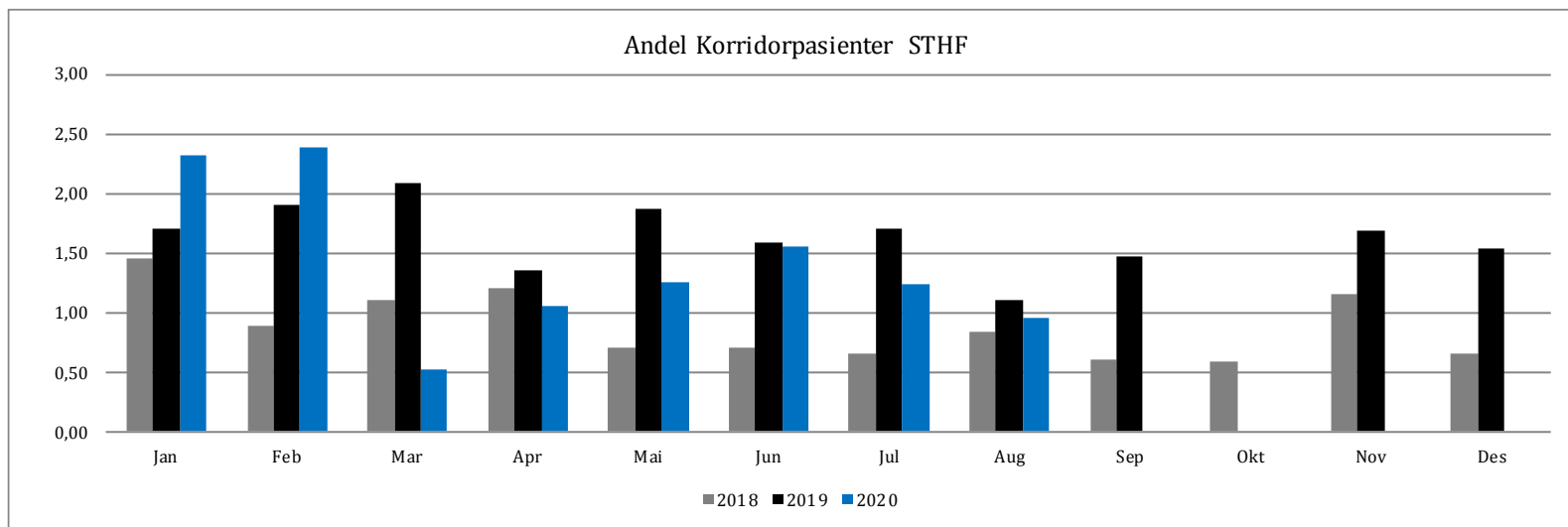
Fotnote: Påstartet = Avviklet

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

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



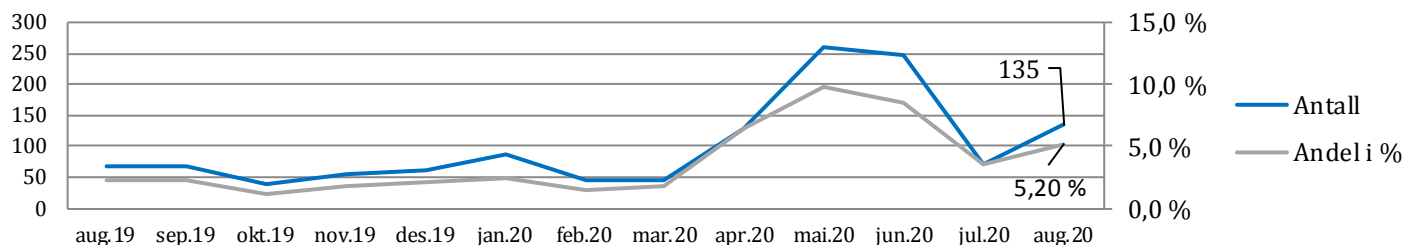
Senger i bruk for somatiske sengeposter.
Tekniske poster utelatt.



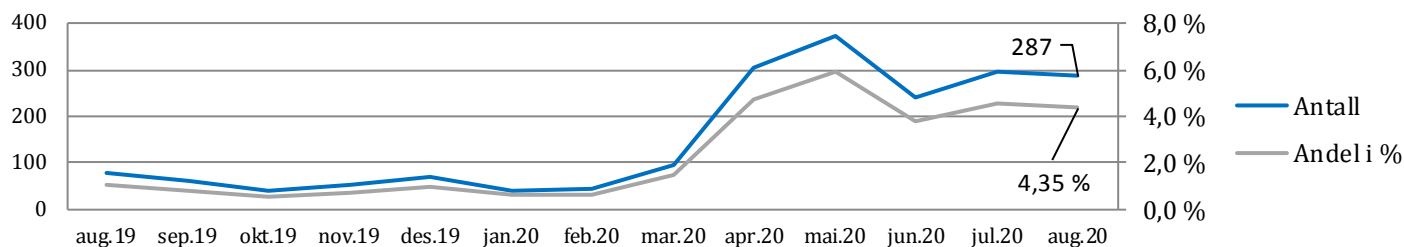
Pasient

Utvikling over tid for aktivitet i hele STHF alle omsorgsnivåer

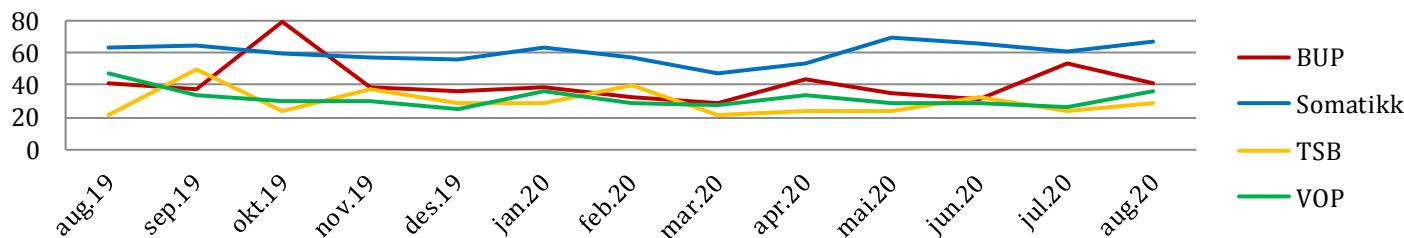
1. Antall/andel fristbrudd påstartet STHF.



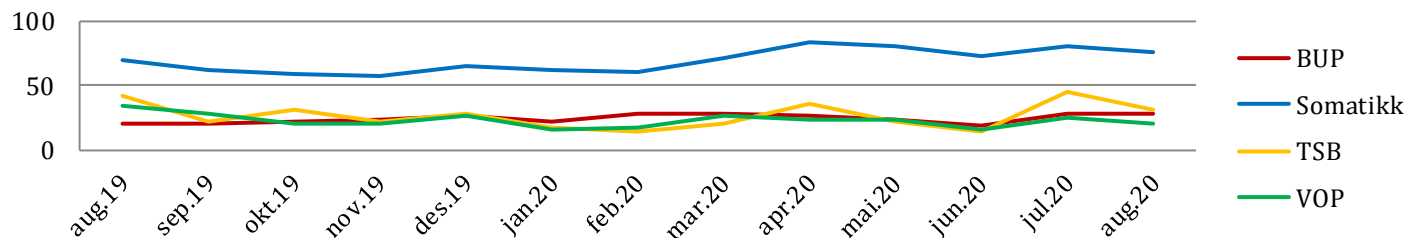
2. Antall/andel fristbrudd ventende STHF.



3. Gjennomsnittlig ventetid påstartet STHF



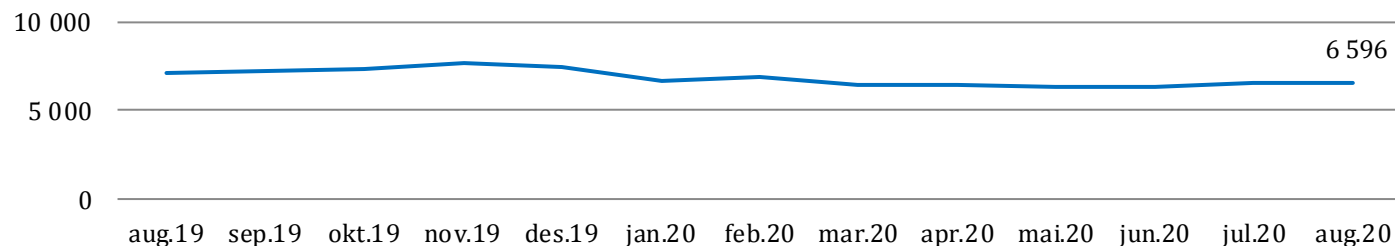
4. Gjennomsnittlig ventetid ventende STHF.



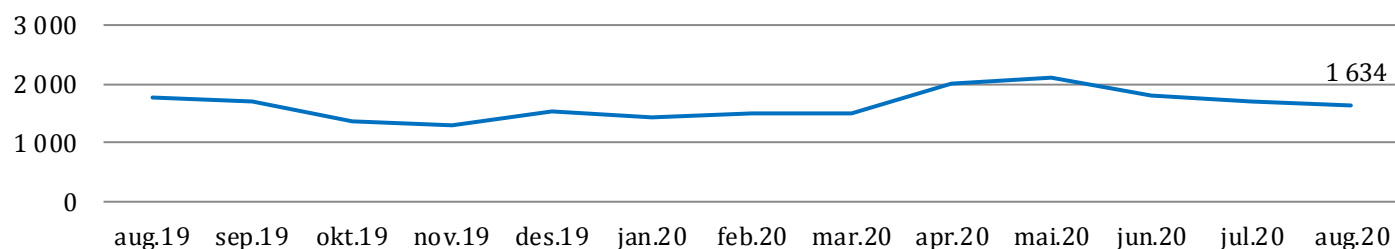
Paul Husmo, husp@sthf.no tlf:35 08 03 02

Utvikling over tid for aktivitet i hele STHF alle omsorgsnivåer

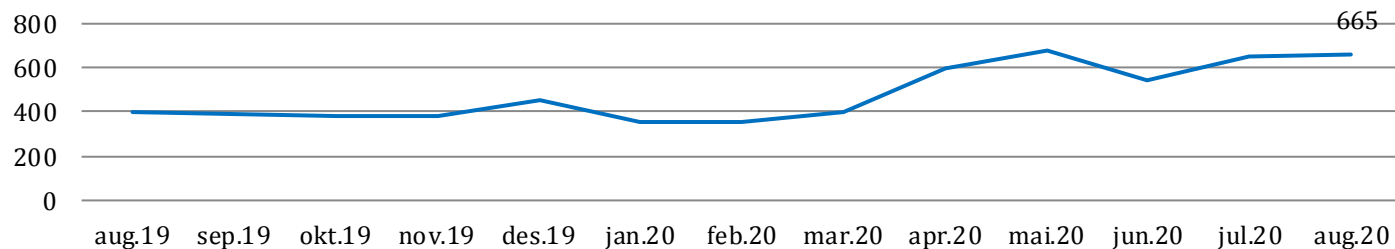
5. Antall som venter på STHF.



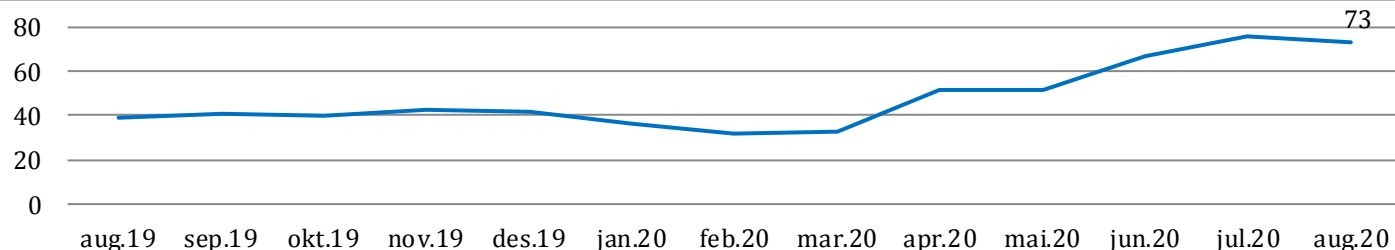
6. Antall ventende som har ventet mer enn 3 måneder STHF.



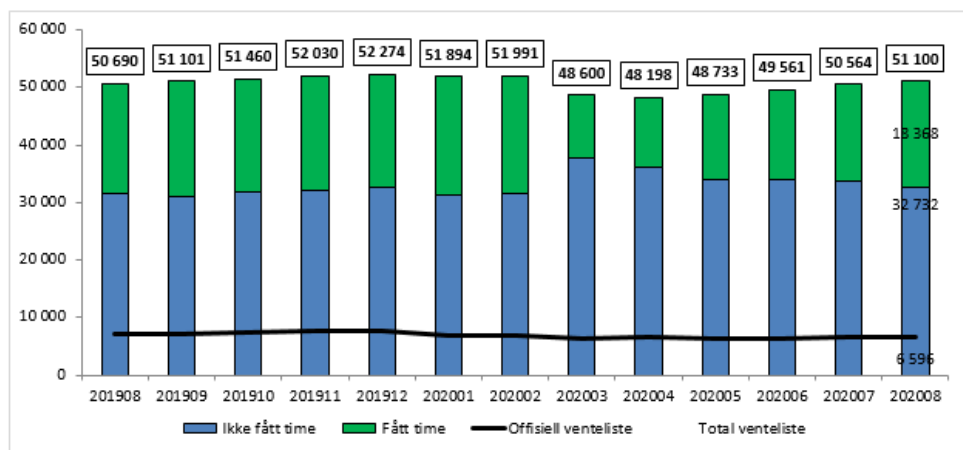
7. Antall ventende som har ventet mer enn 6 måneder STHF.



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



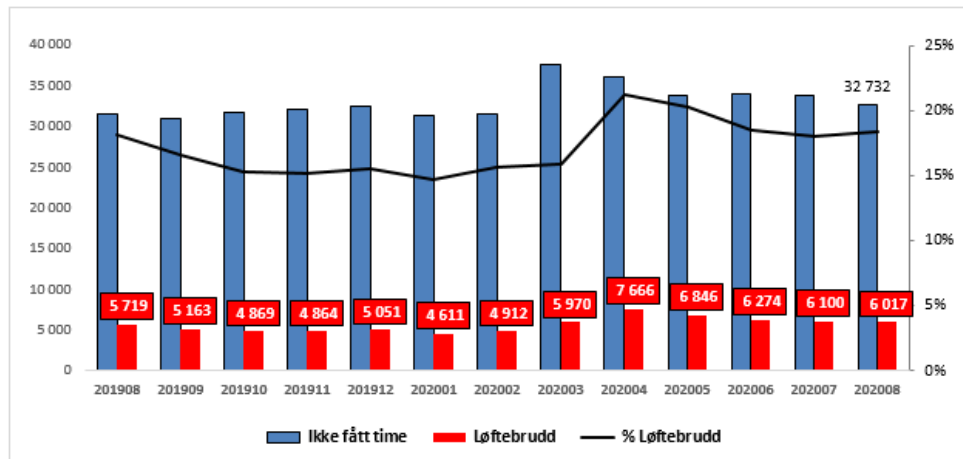
Paul Husmo, husp@sthf.no tlf:35 08 03 02



Utvikling i total venteliste

I august er den totale ventelisten er på 51100 pasienter. Den offisielle ventelisten er på 6596 pasienter.

Den totale ventelisten fordeler seg på 18368 pasienter som har fått time, og 32732 pasienter som ikke har fått time.



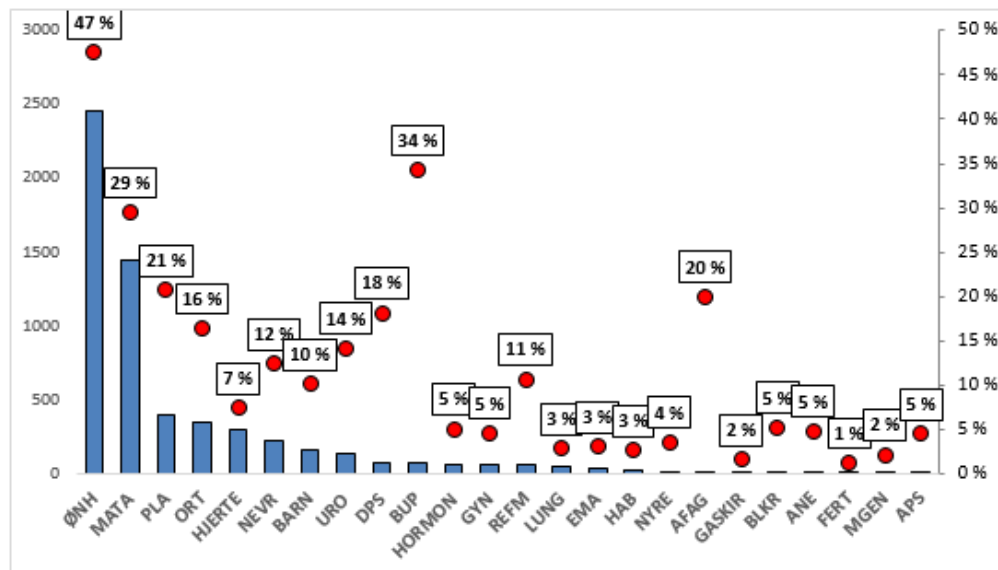
Av de som venter og ikke har fått timeinnkalling (32732), har 6017 pasienter passert tentativ dato for oppmøte (Løftebrudd). Dette utgjør 18,4 % av pasientene.

Status Total venteliste / Løftebrudd i august

AVD	%	
	Løftebrudd	Løftebrudd
ØNH	2460	47 %
MATA	1447	29 %
PLA	400	21 %
ORT	350	16 %
HJERTE	308	7 %
NEVR	225	12 %
BARN	165	10 %
URO	139	14 %
DPS	77	18 %
BUP	75	34 %
HORMON	70	5 %
GYN	67	5 %
REFM	60	11 %
LUNG	51	3 %
EMA	37	3 %
HAB	25	3 %
NYRE	13	4 %
AFAG	12	20 %
GASKIR	11	2 %
BLKR	10	5 %
ANE	8	5 %
FERT	5	1 %
MGEN	1	2 %
APS	1	5 %
Totalsum	6017	18 %

Klinikk	Total venteliste	Herav Ikke fått time	%	
			Løftebrudd	Løftebrudd
ABK	246	165	8	5 %
BUK	4 721	2 781	265	10 %
KIR	20 532	13 566	3464	26 %
MED	22 857	15 333	2196	14 %
MSK	733	440	6	1 %
KPR	2 011	447	78	17 %
Totalsum	51 100	32 732	6017	18 %

Løftebrudd i antall og %, pr avd:



Passert Planlagt tid

2019

2020

jan

feb

mar

apr

mai

jun

jul

aug

sep

okt

nov

des

Kontakter med passert avtale

6504 av 56304

Andel med passert avtale

11,6%

Størst brudd (antall år)

2,5 år

Antall brudd 1-4 år

493

Kontakter uten dato

236

Gj. antall dager brudd

145,5

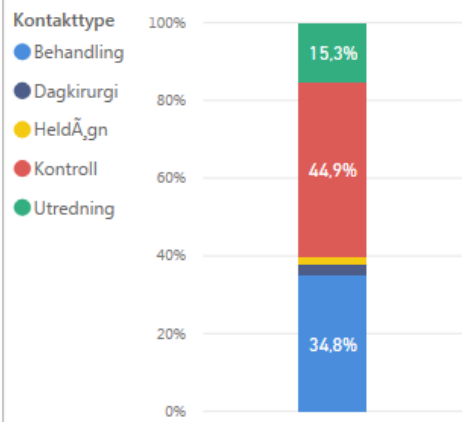
Antall brudd over 4 år

0

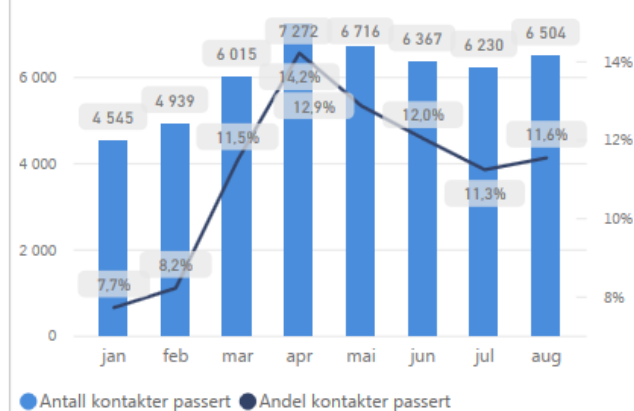
Ugyldig fagområde

2

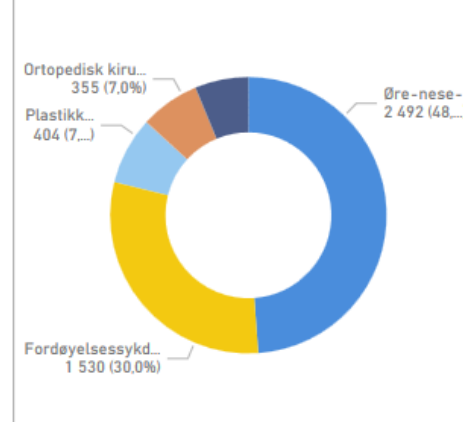
Brudd etter kontaktttype



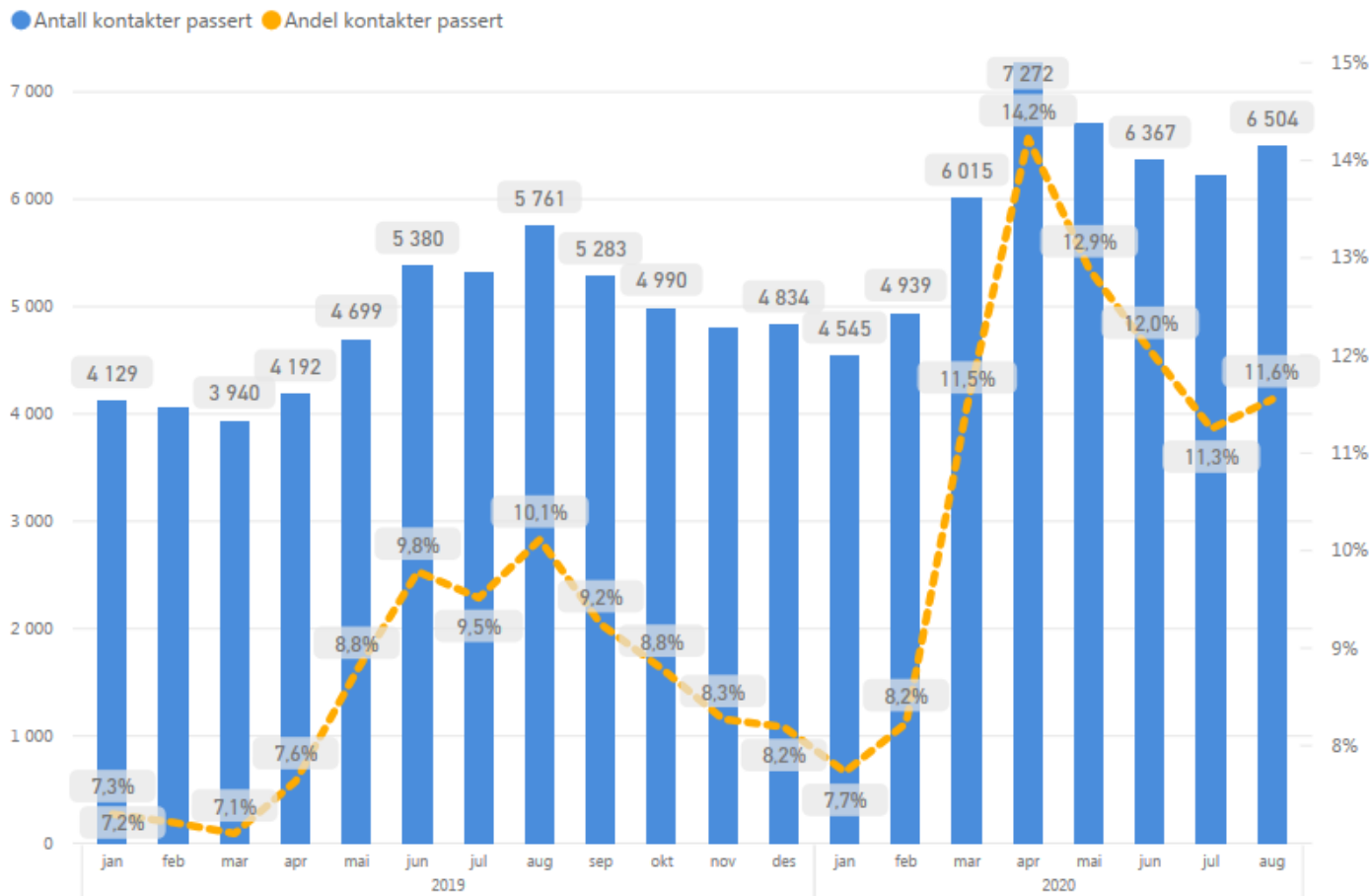
Antall og andel



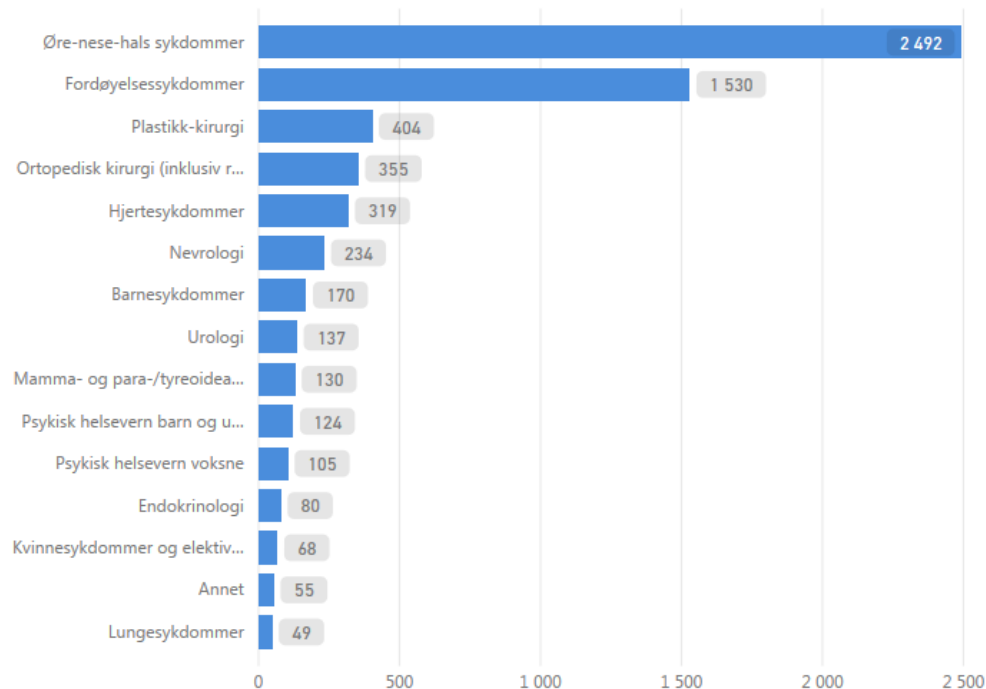
Fagområder med flest brudd - topp 5



Utvikling «Passert planlagt tid»

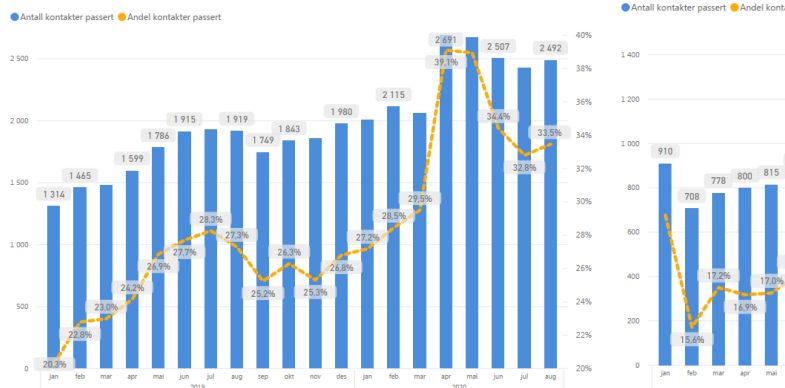


Antall «passert planlagt tid» fordelt pr fagområde:

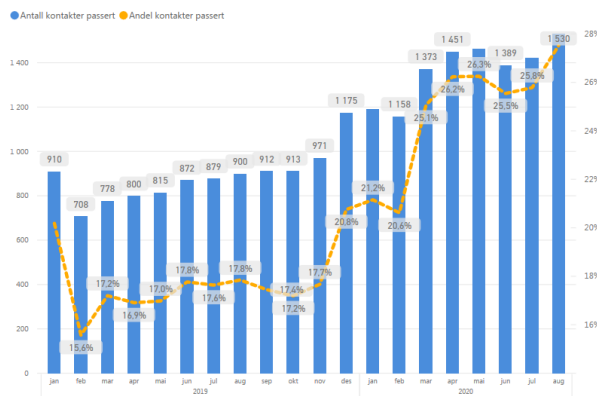


Utvikling pr fagområde (topp 3):

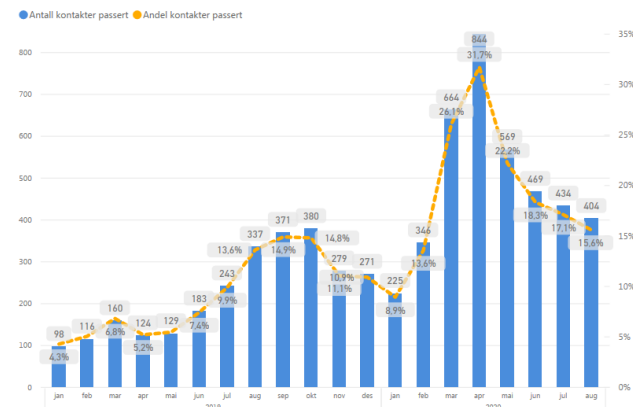
Øre-nese-hals



Fordøyelse



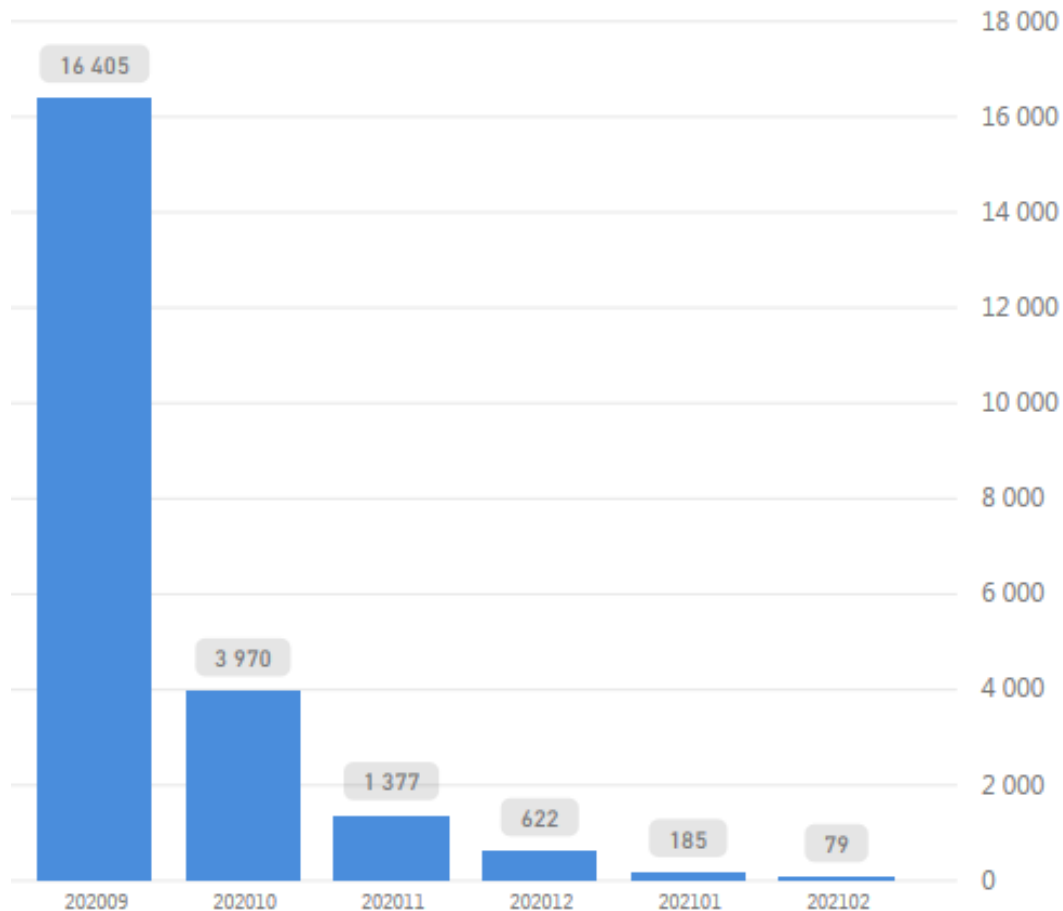
Plastikk-kirurgi



Sammenligning pr august

Helseforetaksnavn	Antall planlagte kontakter	Kontakter ikke passert planlagt tid	Kontakter med passert planlagt tid	Andel passert planlagt tid
Akershus Universitetssykehus	152 662	134 423	18 239	11,9 %
Oslo Universitetssykehus	246 980	226 893	20 087	8,1 %
Sykehuset Innlandet	107 632	97 759	9 873	9,2 %
Sykehuset i Vestfold	93 754	82 239	11 515	12,3 %
Sørlandet Sykehus	114 463	99 952	14 511	12,7 %
Sykehuset Telemark	56 304	49 800	6 504	11,6 %
Sykehuset Østfold	110 328	91 515	18 813	17,1 %
Vestre Viken	156 634	139 458	17 176	11,0 %
Sunnaas Sykehus	4 434	3 890	544	12,3 %
Diakonhjemmet Sykehus	33 153	27 571	5 582	16,8 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	36 318	33 037	3 281	9,0 %
Betanien Hospital	10 080	7 969	2 111	20,9 %
Martina Hansen Hospital	15 749	13 924	1 825	11,6 %
Revmatismesykehuset Lillehammer	5 045	4 179	866	17,2 %
Totalt	1 143 536	1 012 609	130 927	11,4 %

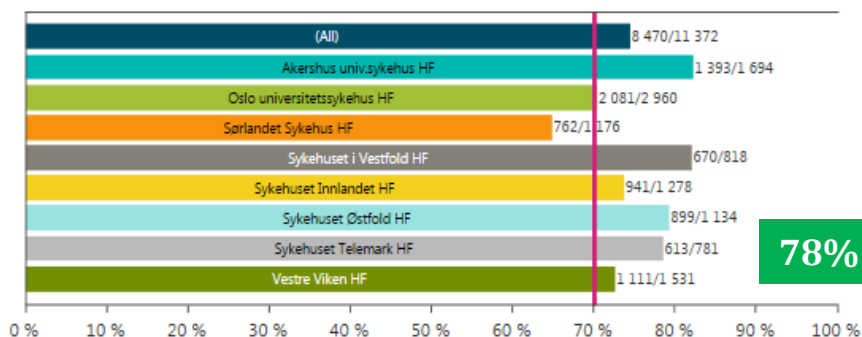
Antall tildelte timer neste 6 mnd



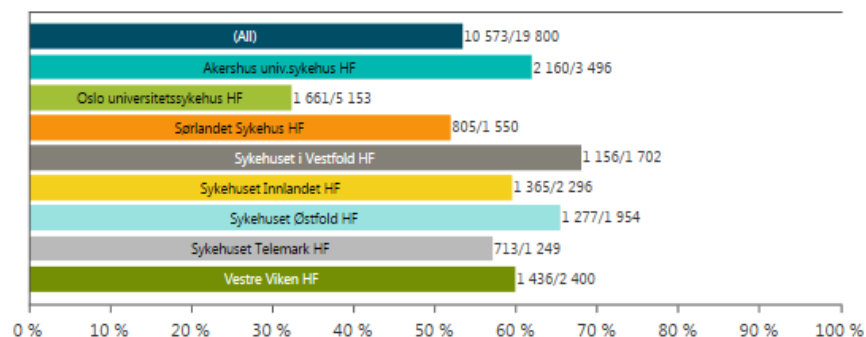
Pakkeforløp Kreft

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

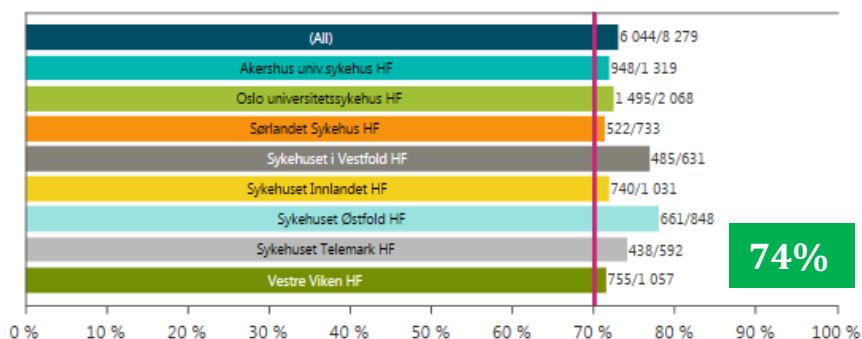
Andel nye pasienter i pakkeforløp (OA1)



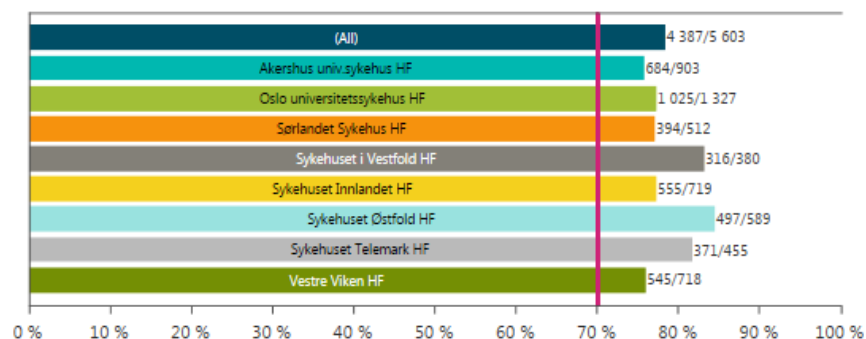
Andel pasienter med diagnose avkreftet (OA2)



Andel behandlet innen standard forløpstid - alle behandlingsformer



Andel behandlet innen standard forløpstid - kirurgisk behandling (OF4K)



Kilde: NPR

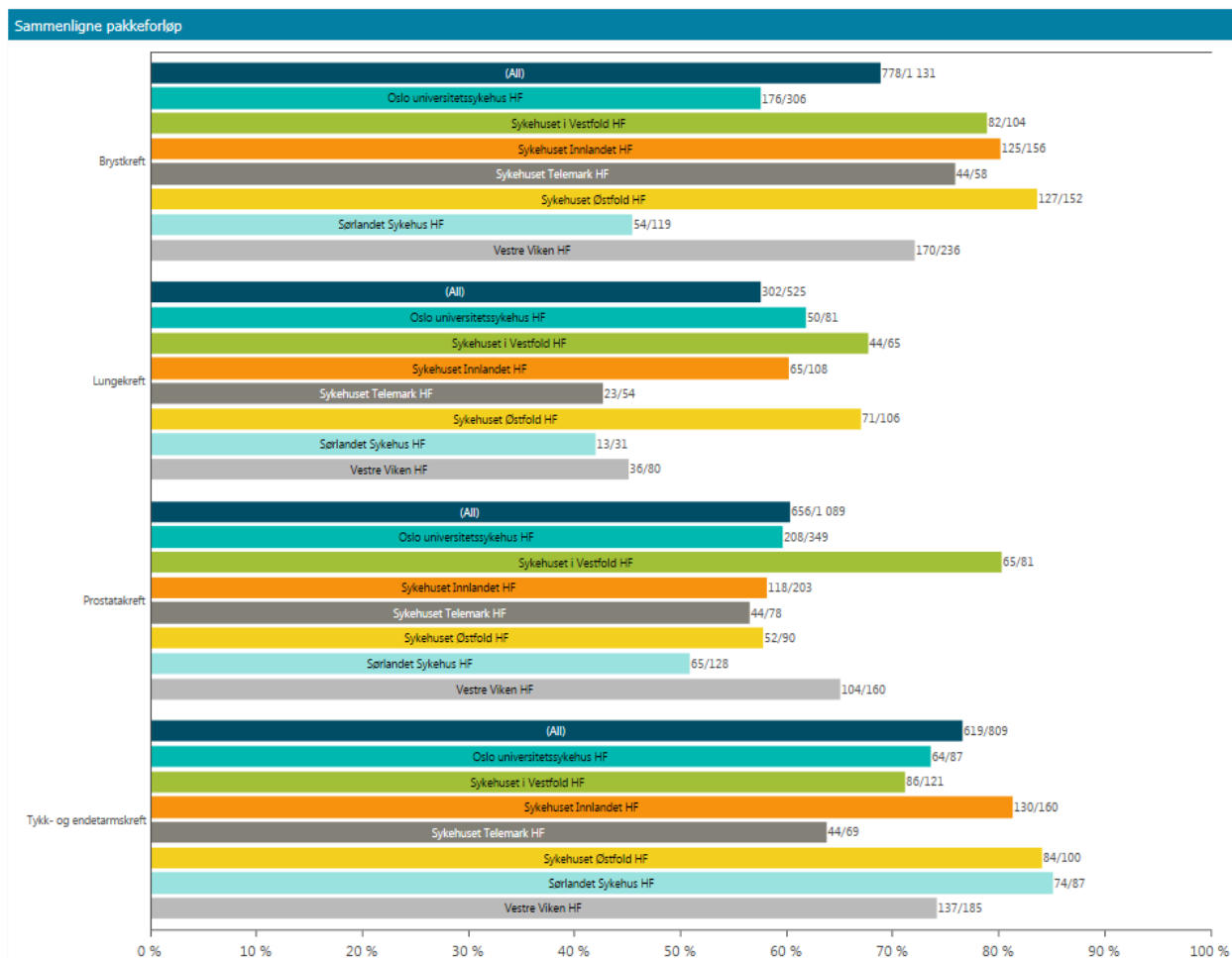
Periode: jan-20 til aug-20

Oppdaterte tall finnes på :

<https://statistikk.helsedirektoratet.no>

Pakkeforløp kreft – hittil i år

Andel innen standard tid

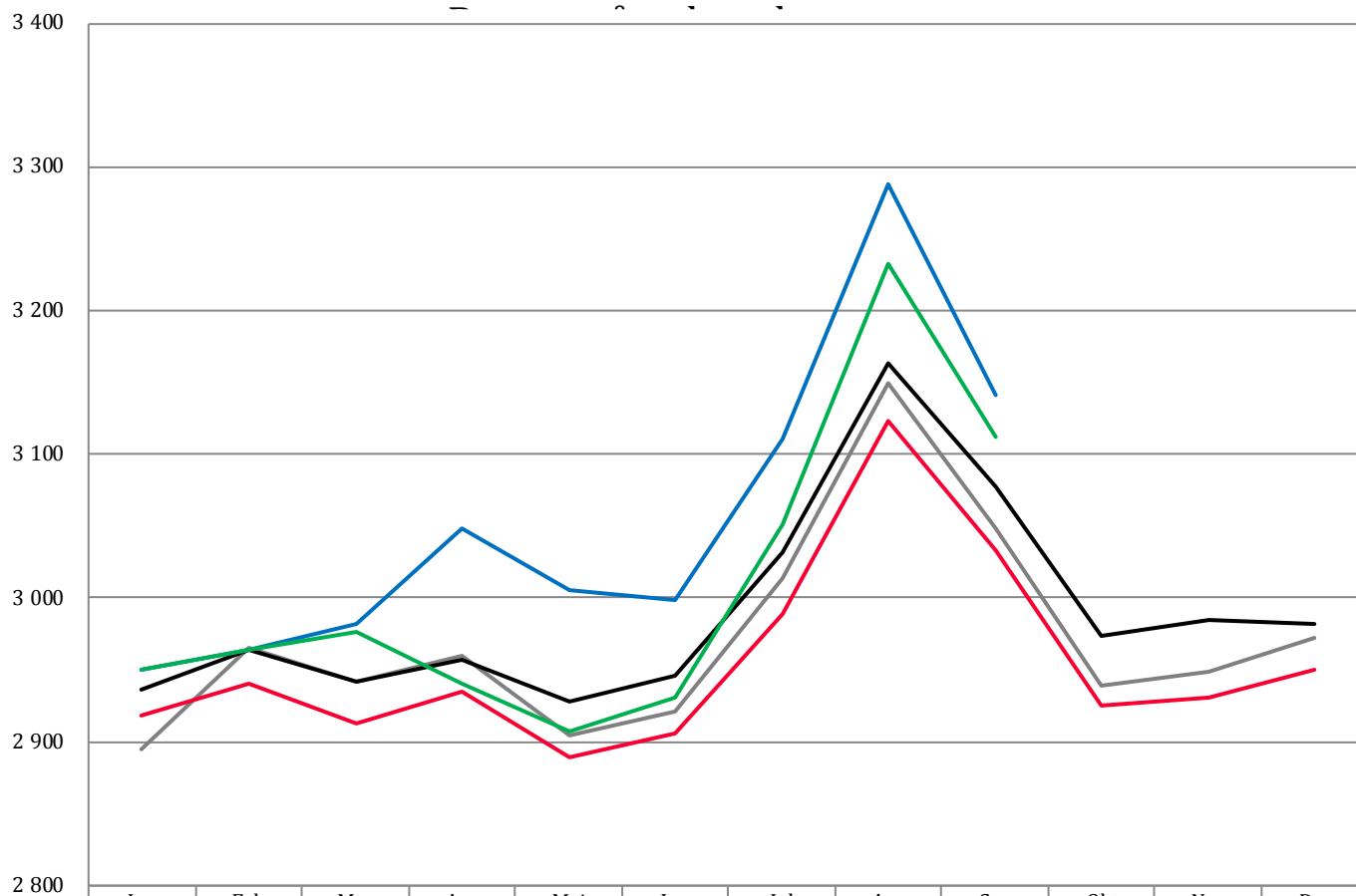


Kilde: NPR
 Periode: jan-20 til aug-20
 Oppdaterte tall finnes på :
<https://statistikk.helsedirektoratet.no>

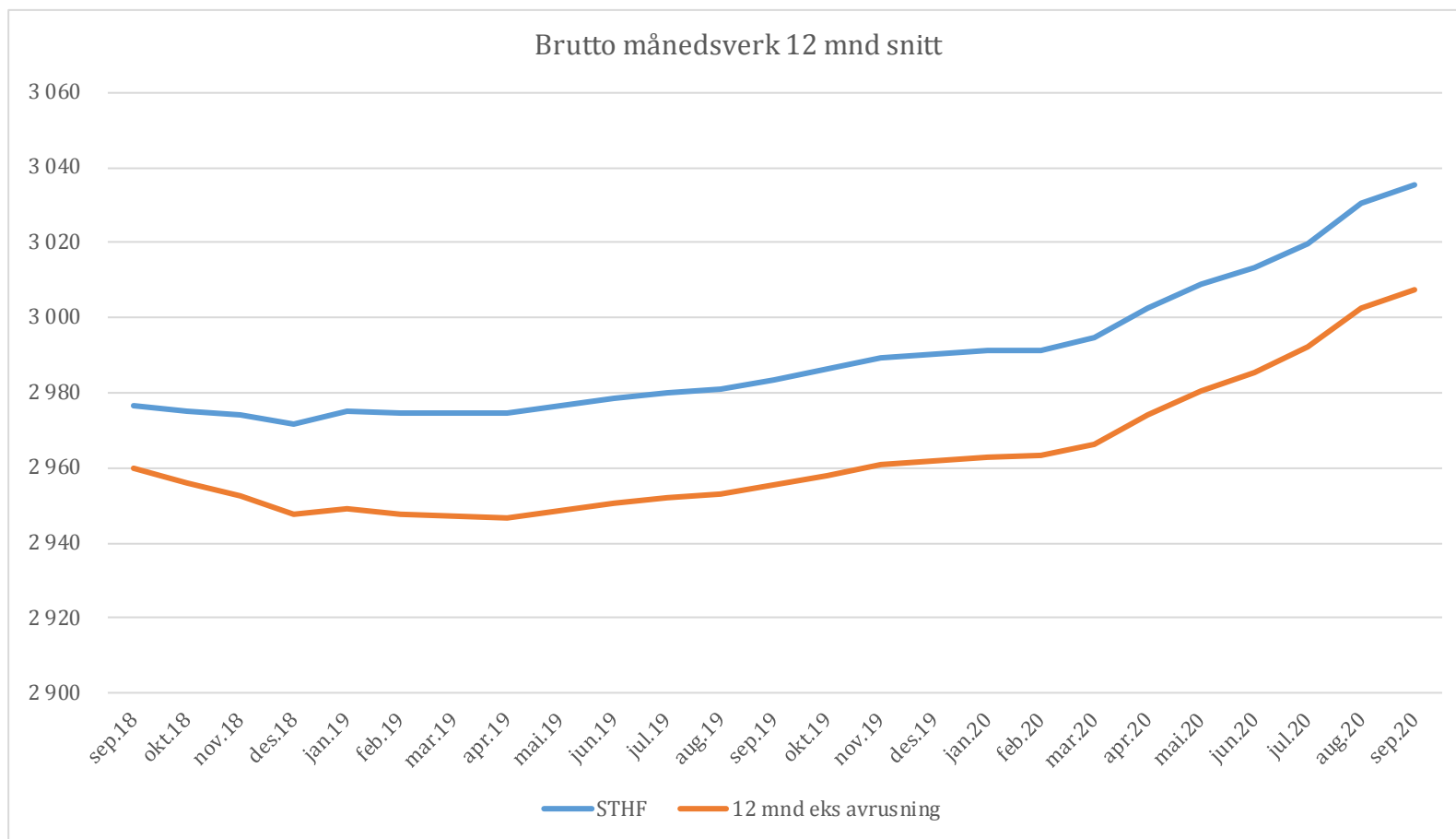
Pakkeforløp tabell STHF

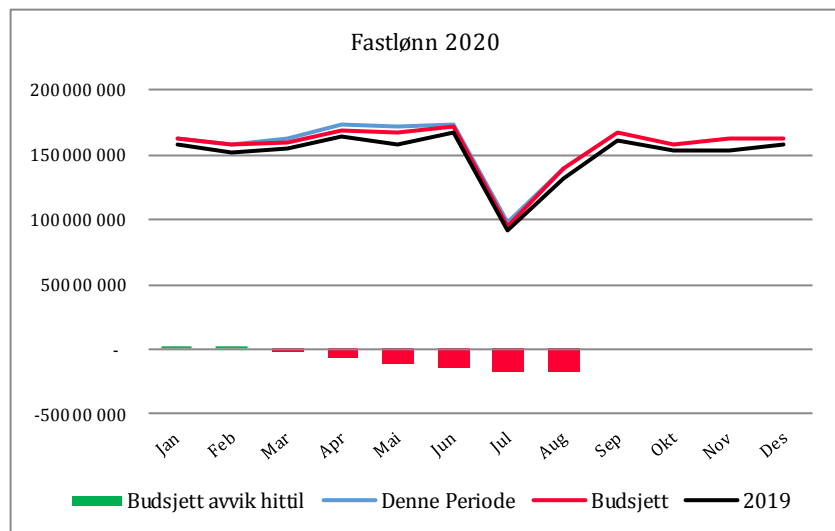
Pakkeforløp	2020-8			Hittil i år		
	Antall	Herav innen std forløpstid	% Innen std forløpstid	Antall	Herav innen std forløpstid	% Innen std forløpstid
Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi				1	1	100%
Blærekreft	7	7	100%	50	46	92%
Brystkreft	6	6	100%	58	44	76%
Bukspyttkjertelkreft				4	1	25%
Eggstokkreft (ovarial)	1	1	100%	8	6	75%
Føflekkreft (føflekkreft er mer enn bare i hud)	23	23	100%	206	198	96%
Kreft i spiserør og magesekk				1	0	0%
Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)				1	1	100%
Livmorhalskreft (cervix)				3	3	100%
Livmorkreft (endometrie)	1	0	0%	12	7	58%
Lungekreft	3	2	67%	54	23	43%
Lymfomer	1	0	0%	12	3	25%
Myelomatose				3	2	67%
Nyrekreft	3	1	33%	20	11	55%
Primær leverkreft (HCC)	1	0	0%	2	0	0%
Prostatakreft	6	3	50%	78	44	56%
Skjoldbruskkjertelkreft				1	1	100%
Testikkelkreft				3	1	33%
Tykk og endetarmskreft	7	5	71%	69	44	64%
Total	59	48	81%	586	436	74%

Bemanning

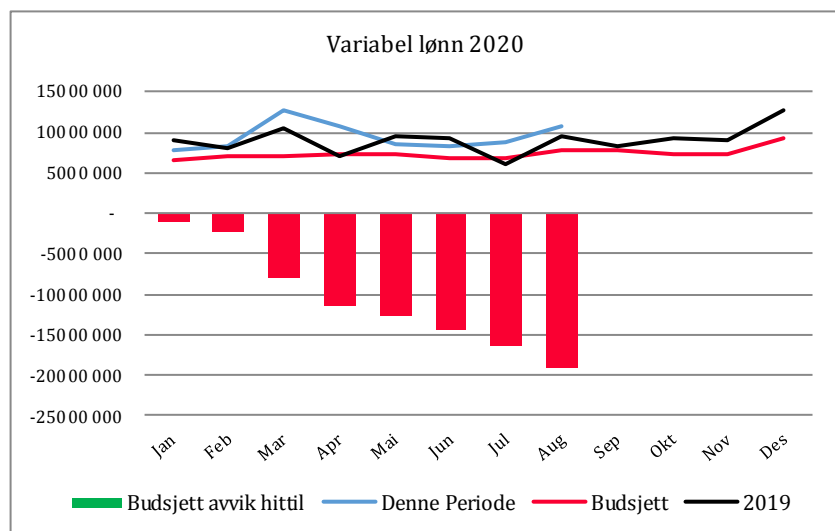


	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
— Faktisk 2018	2 895	2 965	2 942	2 960	2 905	2 921	3 014	3 149	3 048	2 939	2 948	2 972
— Faktisk 2019	2 936	2 963	2 941	2 957	2 928	2 946	3 032	3 163	3 077	2 973	2 984	2 982
— Faktisk 2020	2 950	2 964	2 982	3 048	3 005	2 999	3 111	3 288	3 141			
— STHF 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	2 976	2 940	2 908	2 931	3 051	3 233	3 112			

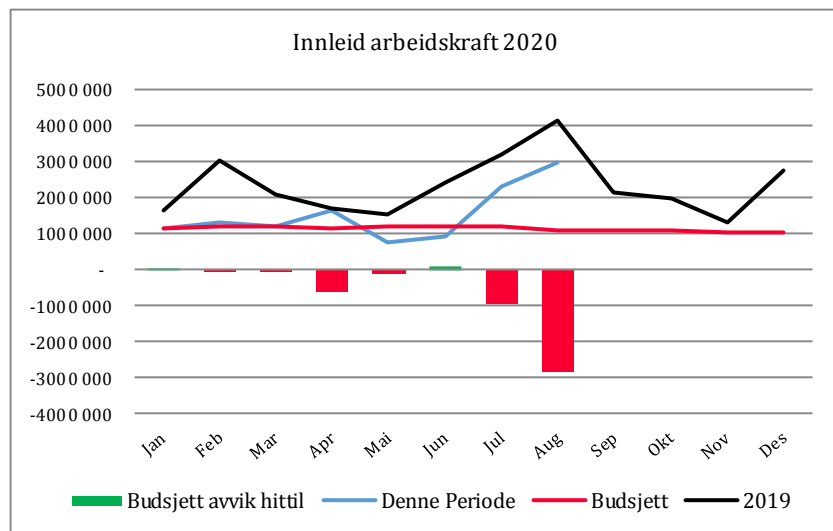




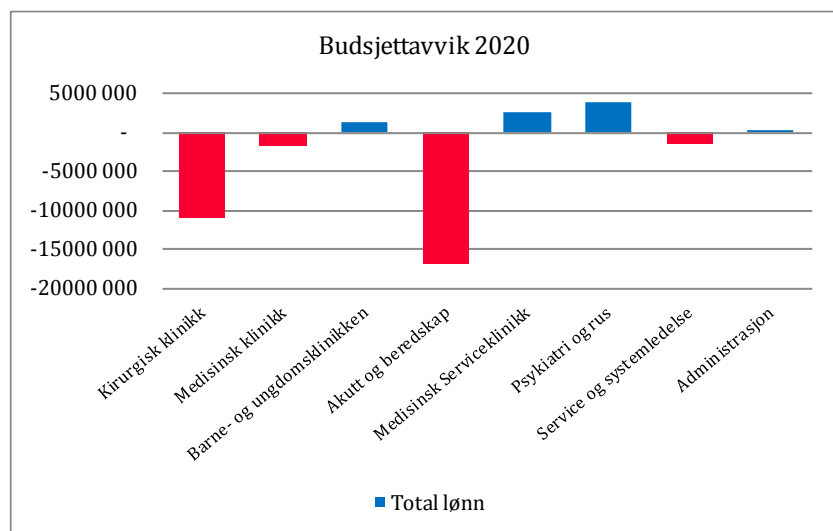
202008	Fastlønn hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
STHF totalt	1 240 846 391	1 223 287 278	-17 559 113	-1 %
Kirurgisk klinikk	186 612 380	177 096 911	-9 515 469	-5 %
Medisinsk klinikk	242 280 403	236 022 772	-6 257 631	-3 %
Barne- og ungdomsklinikke	91 189 316	91 565 909	376 594	0 %
Akutt og beredskap	184 475 418	174 005 542	-10 469 876	-6 %
Medisinsk Serviceklinikk	113 718 188	115 977 247	2 259 059	2 %
Psykatri og rus	219 233 613	221 776 811	2 543 198	1 %
Service og systemledelse	93 192 071	92 662 203	-529 867	-1 %
Felles - øvrig	60 821 731	60 828 614	6 883	0 %
Administrasjon	49 323 273	53 351 268	4 027 995	8 %



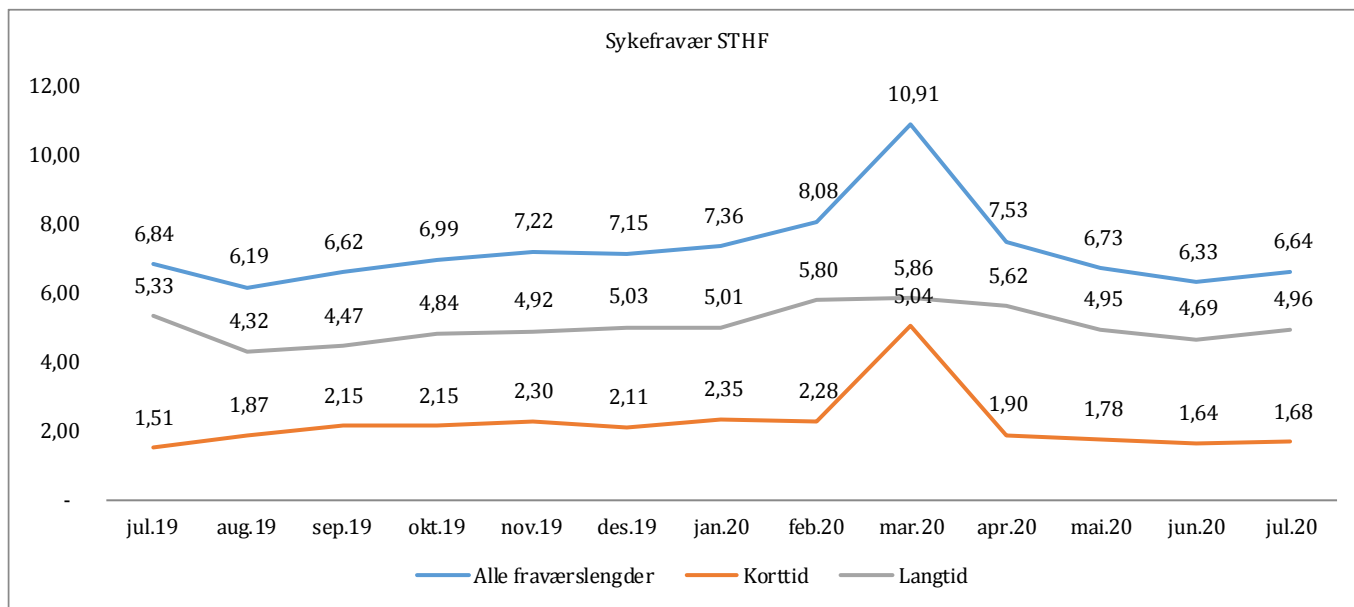
202008	Variabellønn hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	75 886 779	56 750 588	-19 136 191	-34 %
Kirurgisk klinikk	15 491 242	11 282 969	-4 208 273	-37 %
Medisinsk klinikk	16 435 669	12 196 180	-4 239 490	-35 %
Barne- og ungdomsklinikke	4 171 059	1 612 733	-2 558 326	-159 %
Akutt og beredskap	16 750 145	7 661 120	-9 089 025	-119 %
Medisinsk Serviceklinikk	7 527 327	3 763 075	-3 764 252	-100 %
Psykatri og rus	7 893 725	4 243 933	-3 649 792	-86 %
Service og systemledelse	5 299 429	2 064 894	-3 234 535	-157 %
Felles - øvrig	-	13 744 147	13 744 147	100 %
Administrasjon	2 318 182	181 537	-2 136 645	-1177 %



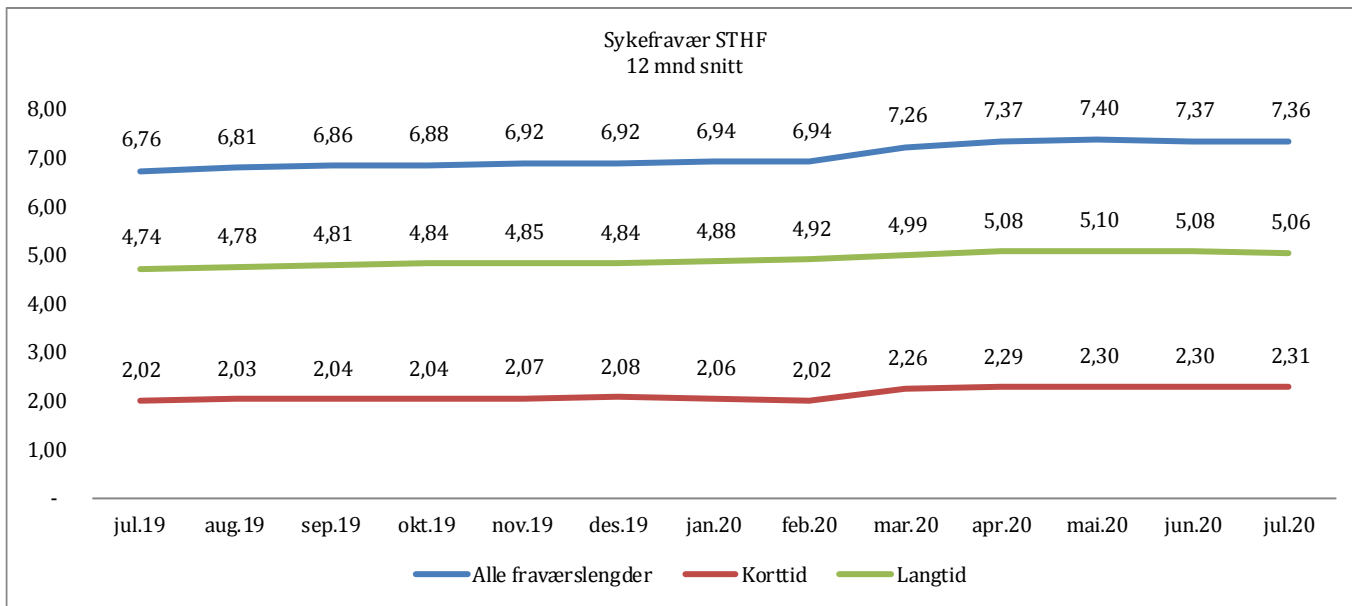
202008	Innleid arbeidskraft hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
STHF totalt	12 369 059	9 512 406	-2 856 653	-30 %
Kirurgisk klinikk	571 878	801 904	230 026	29 %
Medisinsk klinikk	119 137	-	-119 137	0 %
Barne- og ungdomsklinikke	2 176 382	156 247	-2 020 136	-1293 %
Akutt og beredskap	1 756 362	1 472 206	-284 156	-19 %
Medisinsk Serviceklinikk	3 064 608	2 666 383	-398 225	-15 %
Psykatri og rus	4 680 692	4 415 667	-265 025	-6 %
Service og systemledelse	-	-	-	0 %
Felles - øvrig	-	-	-	0 %
Administrasjon	-	-	-	0 %

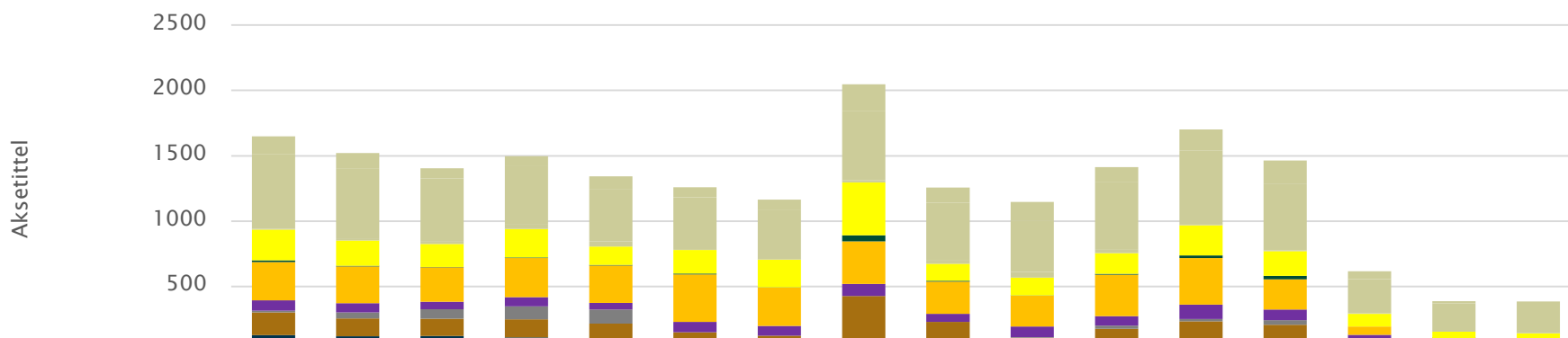


202008	Total lønn			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	1 381 798 347	1 441 125 079	59 326 732	4 %
Kirurgisk klinikk	225 222 589	214 259 847	-10 962 743	-5 %
Medisinsk klinikk	283 252 187	281 513 995	-1 738 191	-1 %
Barne- og ungdomsklinikke	107 272 695	108 727 223	1 454 528	1 %
Akutt og beredskap	222 817 071	206 047 795	-16 769 275	-8 %
Medisinsk Serviceklinikk	137 361 002	140 047 953	2 686 950	2 %
Psykatri og rus	255 090 389	259 016 002	3 925 614	2 %
Service og systemledelse	107 027 889	105 553 402	-1 474 487	-1 %
Administrasjon	63 005 539	63 011 402	5 863	0 %
Felles - øvrig	-19 251 013	62 947 460	82 198 474	131 %

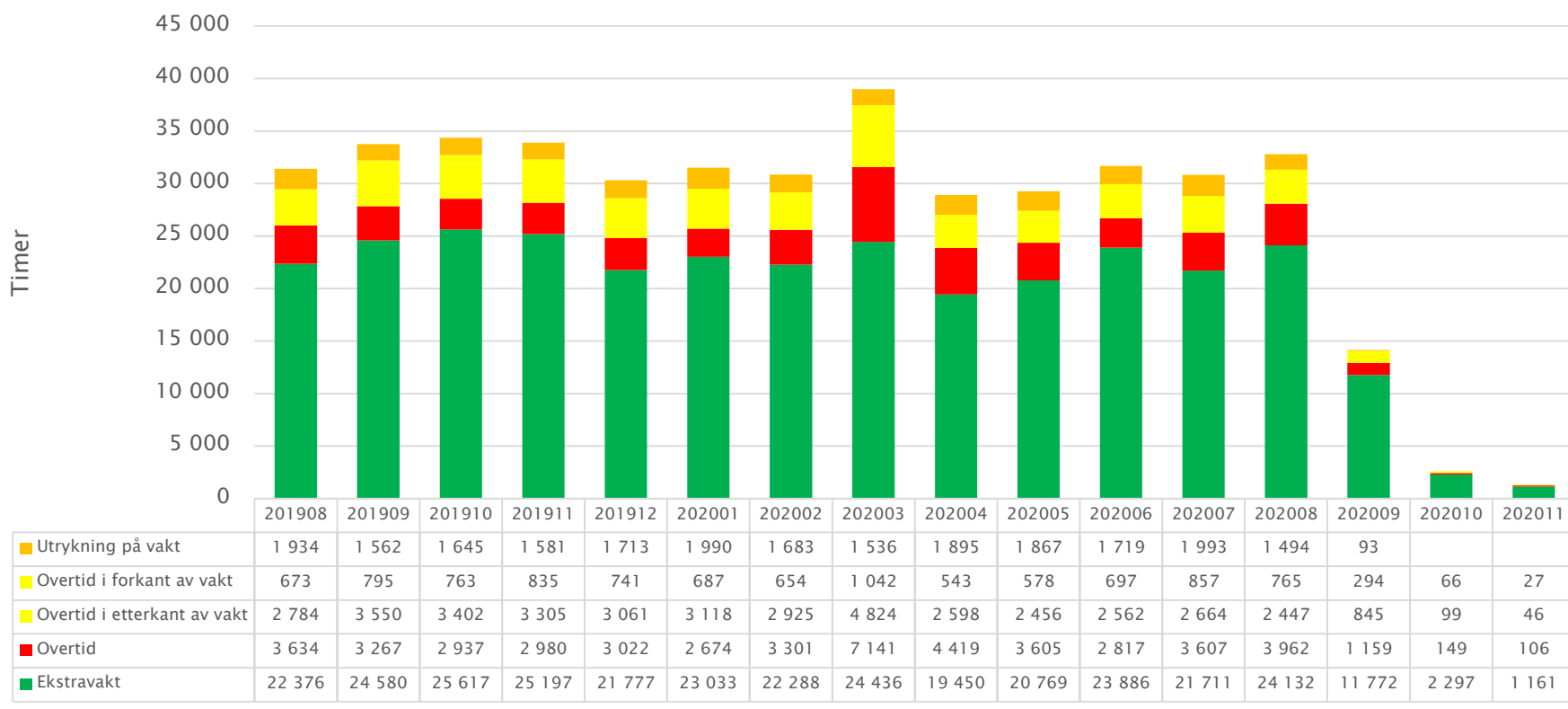


Sykefraværprosent	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	mai.19	jun.19	jul.19	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	des.19	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	mai.20	jun.20	jul.20	aug.20	sep.20	okt.20	nov.20	des.20	
Alle ansvarssteder	7,19	8,08	7,57	6,21	6,43	6,49	6,84	6,19	6,62	6,99	7,22	7,15	7,36	8,08	10,91	7,53	6,73	6,33	6,64						
(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	8,64	5,21	4,54	4,39	4,61						
(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	10,85	8,70	7,42	7,17	8,44						
(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	10,25	14,47	8,93	8,39	8,18	10,19						
(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	8,96	5,77	6,86	5,56	5,95						
(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	7,45	8,87	12,49	9,18	8,47	6,91	7,39						
(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	8,57	9,10	12,65	8,47	6,90	6,72	6,49						
(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	11,83	11,71	8,22	6,50	6,83	5,31						
(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	4,89	5,44	7,00	4,82	3,85	4,33	5,07						

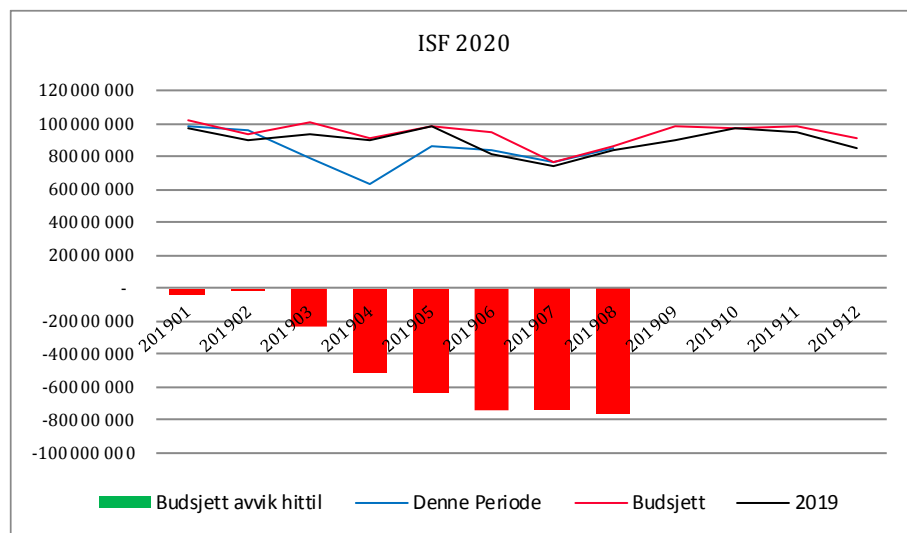




	201908	201909	201910	201911	201912	202001	202002	202003	202004	202005	202006	202007	202008	202009	202010	202011
■ Søndager på rad	135	122	77	77	101	77	80	206	118	142	118	163	178	61	17	4
■ Arbeidsfri før vakt	572	537	480	448	396	397	376	530	443	393	510	567	509	260	216	237
■ Søndager på rad (snitt)	6	11	22	33	39	6	4	15	23	43	31	4	7	5		4
■ Ukentlig arbeidsfri	235	192	175	216	142	181	210	405	130	138	158	230	189	97	48	46
■ Samlet tid per uke	14	5	2	6	4	5	4	45	6	1	7	21	27		1	1
■ Samlet tid per dag	292	281	264	298	286	364	292	327	248	236	316	356	232	64	26	25
■ Planlagt tid per uke	81	71	59	70	51	79	74	92	60	82	73	109	81	73	76	69
■ AML timer per år	13	46	71	99	107					3	25	18	34	14	2	
■ AML timer per uke	173	136	132	139	125	122	100	378	139	80	150	196	171	28	1	
■ AML timer per 4 uker	128	120	122	111	91	28	24	49	91	29	26	38	37	15		



Aktivitet



Graf og tabell viser summen av følgende linjer.

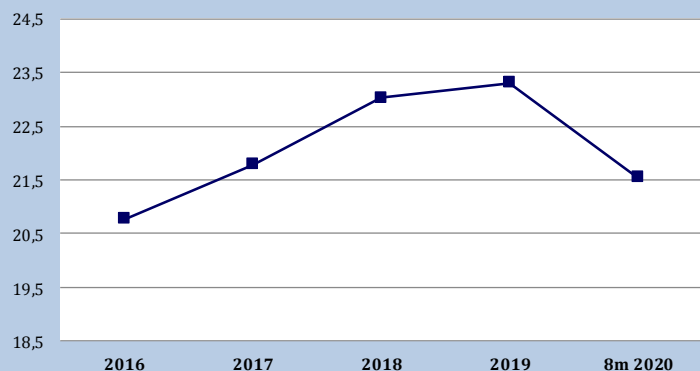
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	-61 430
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	-12 533
ISF-refusjon kommunal medfinansiering	910
ISF-refusjon poliklinisk PHV/TSB	-6 532
IFS-refusjon pasientadministrative kreftlegemidler	2 952
	-76 653

ISF	202008			202008		
	Denne Periode			Hittil		
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett
Alle Ansvarssteder	84 560 180	86 638 248	-2 078 068	667 997 190	744 650 576	-76 653 386
Kirurgisk klinikk	35 359 195	32 775 051	2 584 144	264 963 252	296 317 820	-31 354 569
Medisinsk klinikk	32 669 266	37 238 516	-4 569 250	277 336 098	308 609 927	-31 273 829
Barne- og ungdomsklinikken	7 568 565	7 483 657	84 909	55 885 676	66 536 164	-10 650 489
Akutt og beredskap	164 909	152 541	12 368	1 081 069	1 431 729	-350 660
Medisinsk Serviceklinikk	957 387	1 020 493	-63 106	5 462 604	7 795 715	-2 333 111
Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling	2 391 981	2 286 424	105 557	15 675 521	18 735 044	-3 059 522
Felles - øvrig	5 428 263	5 663 243	-234 980	47 402 867	45 079 882	2 322 985

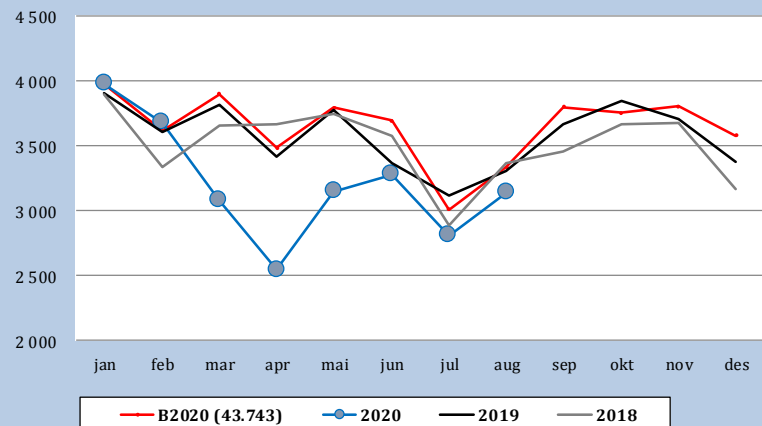
DRG-poeng, utført ved STHF

	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2019	Budsjett 2020	ISF budsj.- avvik (1000 kr)
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%			
Kirurgisk klinikk	1 494	1431	63	4 %	11 564	12 937	-1 373	-11 %	12 648	19 686	-31 458
Avdeling A	889	784	106	13 %	6 624	7 004	-380	-5 %	6 981	10 651	-8 695
Avdeling B	471	552	-81	-15 %	3 728	5 086	-1 357	-27 %	4 893	7 758	-31 090
Avdeling for Kirurgi, Notodden	134	95	39	40 %	1 211	848	364	43 %	774	1 277	8 327
Medisinsk klinikk	1 403	1625	-222	-14 %	12 110	13 467	-1 357	-10 %	13 295	20 364	-31 082
Avdeling Medisin B (lunge, Kragerø, ger.,mage/tarm)	436	453	-17	-4 %	3 780	3 752	28	1 %	3 757	5 691	634
Avdeling blod, kreftsykdommer og palliasjon	273	257	16	6 %	2 130	2 109	21	1 %	2 014	3 163	472
Avdeling Medisin A (hjerte,nyre,hormon)	335	373	-37	-10 %	2 938	3 047	-108	-4 %	3 053	4 598	-2 483
Avdeling for nevrologi og rehabilitering	230	248	-18	-7 %	1 912	2 072	-160	-8 %	1 975	3 199	-3 672
Avdeling Medisin Øvre Telemark	129	294	-166	-56 %	1 350	2 487	-1 137	-46 %	2 496	3 713	-26 034
BUK	190	227	-36	-16 %	1 681	1 998	-317	-16 %	1 951	3 033	-7 270
Akutt og beredskap	7	7	0	2 %	47	63	-15	-24 %	66	100	-351
MSK	41	45	-3		239	340	-102	-30 %	306	550	-2 333
Ernæringspoliklinikk	1	1	0		8	6	2		7	10	45
Ufordelt/kvalitetssikring	1	-	1		5	-	5		-84	0	
SUM DRG utført ved STHF	3 138	3 335	-197	-6 %	25 654	28 811	-3 158	-11 %	28 189	43 743	-72 448
Pasienter bosatt utenom egen region, beh. i eget HF	24	16	8		145	138	7		100	210	
Pasienter bosatt i egen region, beh. i andre regioner	31	30	1		174	240	-66		175	360	
Fritt behandlingsvalg	5	-	5		40	-	40		0	0	
SUM ISF-poeng utført ved STHF "sørge-for"	3 150	3 349	-199	-6 %	25 723	28 913	-3 191	-11 %	28 264	43 893	
Legemidler	227	233			1 996	1 867	129		1 728	2 800	
SUM ISF-poeng (inkl. legemidler, FBV) "sørge-fo	3 377	3 582	-199	-6 %	27 719	30 780	-3 062	-10 %	29 992	46 693	

DRG-poeng per brutto månedsverk somatikk



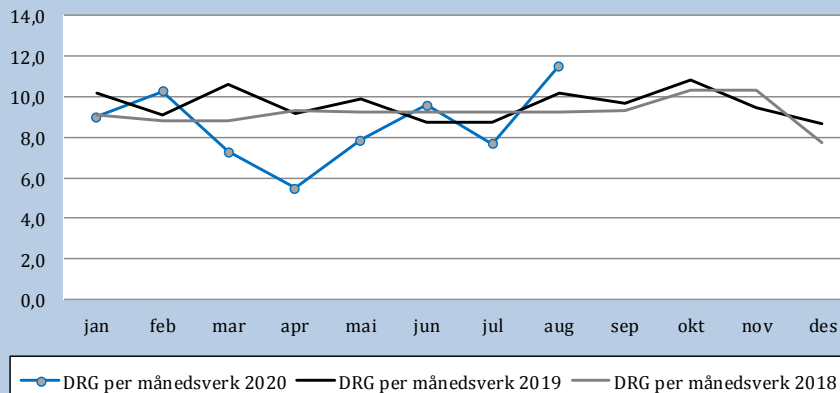
STHF - DRG-poeng utført ved STHF



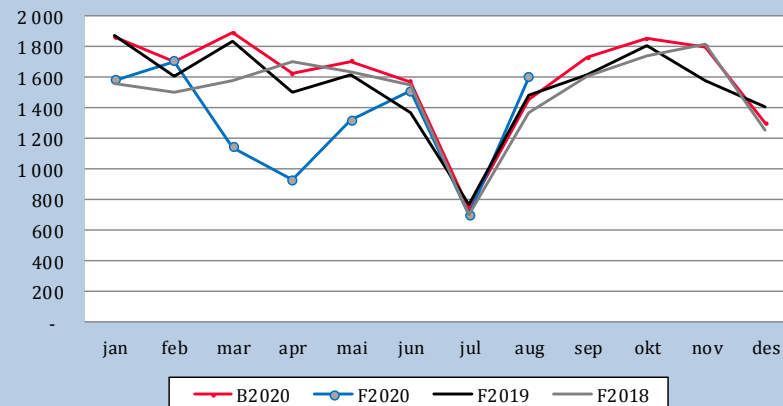
DRG-poeng PHV og TSB utført ved STHF

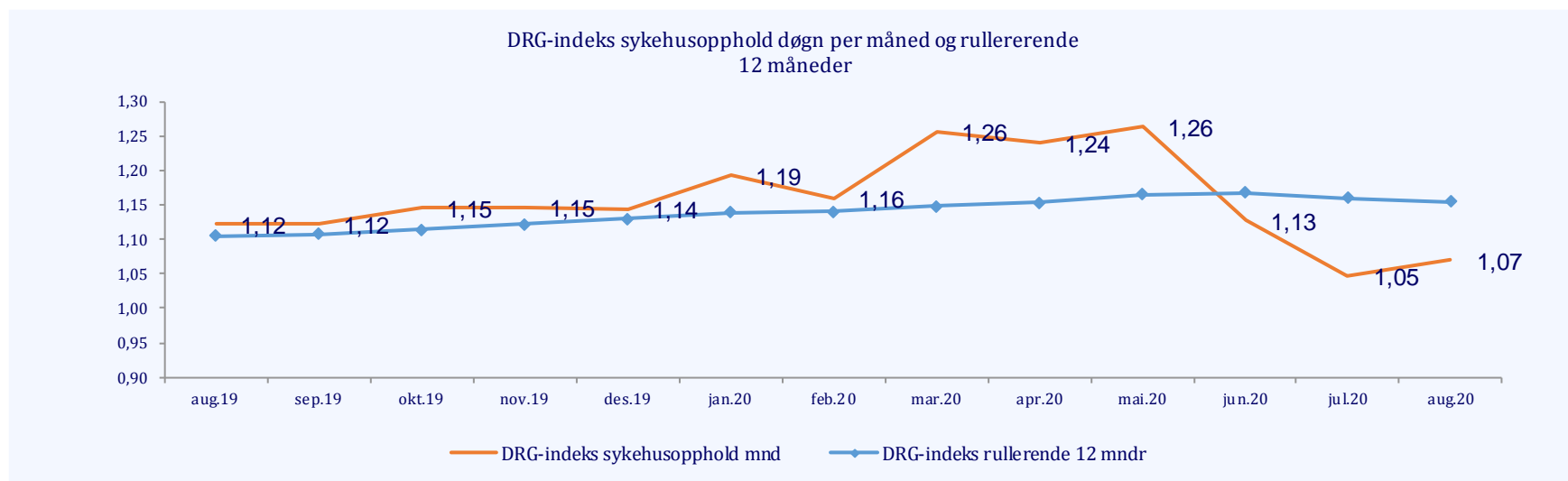
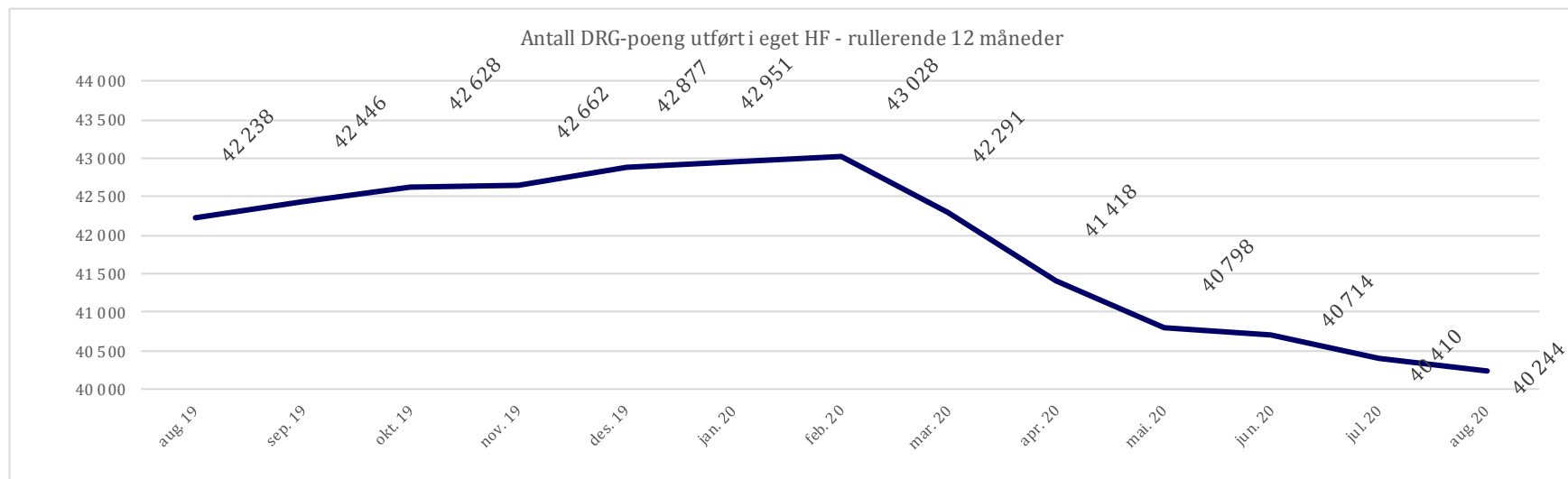
	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2019	Budsjett 2020	ISF avvik
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%			
DPS nedre Telemark	580	558	22	4 %	3 718	4 546	(828)	-18 %	6 858	6 939	(2 616 522)
DPS øvre Telemark	140	147	(6)	-4 %	1 029	1 227	(198)	-16 %	1 870	1 878	(624 103)
Psykiatrisk sykehusavdeling	37	19	18	96 %	213	156	57	37 %	249	239	181 103
Raskere tilbake PHV og TSB (underlagt Medisinsk klinikk)	3	7	(4)	-60 %	26	55	(29)	-53 %	76	84	(91 247)
Klinikk for PHV og TSB + Raskere tilbake	760	730	29	4 %	4 986	5 983	-997	-17 %	9 053	9 140	-3 150 770
Avdeling for barn og unges psykiske helse - ABUP	840	725	114	16 %	5 502	6 572	(1 070)	-16,3 %	8 984	10 100	(3 381 399)
Barne- og ungdomsklinikken	840	725	114	16 %	5 502	6 572	-1 070	-16 %	8 984	10 100	-3 381 399
SUM DRG psykisk helsevern og TSB på STHF	1 599	1 455	144	10 %	10 488	12 556	-2 067	-16 %	18 038	19 240	-6 532 168

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



DRG-poeng PHV og TSB ved STHF





Kvalitetsindikatorer

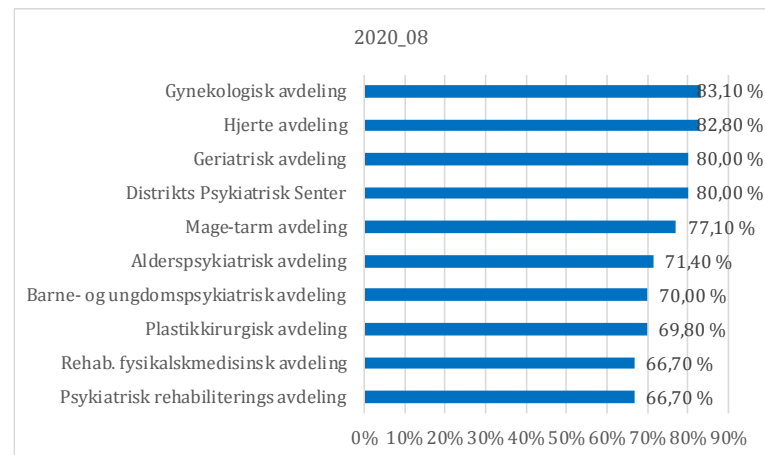
Måltall	
Andel epikriser sendt innen 7 dager Klinikker	80%
Andel epikriser sendt innen 1 dag PSV og TSB	50%
Andel epikriser sendt innen 1 dag Somatik	70%

Andel epikriser sendt innen 7 dager Klinikker	Måned												
	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
BUK	65 %	60 %	66 %	72 %	77 %	63 %	65 %	78 %	75 %	81 %	74 %	76 %	80 %
Kir. K	85 %	83 %	87 %	84 %	87 %	86 %	87 %	86 %	89 %	89 %	89 %	86 %	87 %
KPR	76 %	80 %	75 %	74 %	71 %	83 %	83 %	82 %	79 %	82 %	79 %	86 %	81 %
Med. K	85 %	80 %	80 %	85 %	82 %	81 %	86 %	85 %	90 %	88 %	85 %	89 %	86 %
STHF	81 %	80 %	80 %	82 %	82 %	81 %	85 %	84 %	86 %	87 %	84 %	87 %	85 %
Andel epikriser sendt innen 1 dag Klinikker	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
BUK	31 %	31 %	39 %	38 %	49 %	38 %	34 %	46 %	46 %	52 %	50 %	48 %	40 %
Kir. K	64 %	64 %	68 %	65 %	70 %	71 %	69 %	70 %	73 %	72 %	72 %	73 %	74 %
KPR	41 %	44 %	38 %	36 %	38 %	44 %	38 %	45 %	52 %	44 %	40 %	48 %	45 %
Med. K	58 %	51 %	52 %	57 %	57 %	56 %	58 %	60 %	66 %	60 %	56 %	65 %	60 %
STHF	55 %	53 %	54 %	55 %	58 %	57 %	56 %	59 %	64 %	60 %	57 %	64 %	61 %

Epikriser innen 7 dager per 2020_08				
Omsorg	Fag	Innen frist	Totalt	Andel
Innlagte	BUP	3	6	50,0 %
	PSY	130	156	83,3 %
	SOM	1511	1754	86,1 %
	Total	1644	1916	85,8 %
Pol	BUP	39	54	72,2 %
	PSY	192	244	78,7 %
	Total	231	298	77,5 %

Epikriser innen 1 dag per 2020_08				
Omsorg	Fag	Innen frist	Totalt	Andel
Innlagte	BUP	1	6	16,7 %
	PSY	64	156	41,0 %
	SOM	1120	1721	65,1 %
	Total	1185	1883	62,9 %
Pol	BUP	24	52	46,2 %
	PSY	117	244	48,0 %
	Total	141	296	47,6 %

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



Direkte time	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
ABK	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %
BUK	94 %	90 %	91 %	95 %	94 %	90 %	97 %	93 %	53 %	80 %	91 %	93 %	90 %
KIR	87 %	88 %	82 %	78 %	85 %	87 %	85 %	85 %	74 %	65 %	73 %	82 %	81 %
KPR	81 %	88 %	90 %	88 %	90 %	88 %	90 %	89 %	84 %	89 %	84 %	94 %	88 %
MED	66 %	80 %	82 %	82 %	80 %	78 %	80 %	84 %	74 %	79 %	84 %	85 %	67 %
MSK	100 %	98 %	100 %	100 %	97 %	98 %	92 %	98 %	86 %	91 %	91 %	88 %	82 %
STHF	79 %	85 %	83 %	82 %	84 %	84 %	84 %	85 %	73 %	73 %	80 %	85 %	77 %

Gjennomsnittstid (døgn) fra mottak av henvisning til vurdering av henvisning er fullført.														
	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	
ABK	1,31	3,46	2,14	2,33	3,85	2,41	3,16	2,85	3,71	4,43	3,03	3,04	2,27	
BUK	5,76	5,12	4,90	5,29	4,17	3,94	5,38	4,26	2,87	3,47	3,88	3,16	4,50	
KIR	0,95	1,19	1,27	1,04	1,08	1,71	1,08	1,02	1,08	1,25	0,89	1,05	1,43	
KPR	4,08	4,25	4,04	4,64	4,75	3,64	3,41	3,60	3,69	3,54	3,12	2,61	2,32	
MED	2,25	2,66	2,64	3,91	6,72	2,20	3,89	2,56	2,32	2,37	2,32	2,46	3,01	
MSK	1,54	1,58	1,80	1,48	1,51	1,79	1,57	1,31	2,47	0,88	2,49	4,85	1,11	
STHF	1,79	2,16	2,20	2,55	3,71	2,15	2,59	1,96	1,84	1,91	1,77	1,91	2,16	

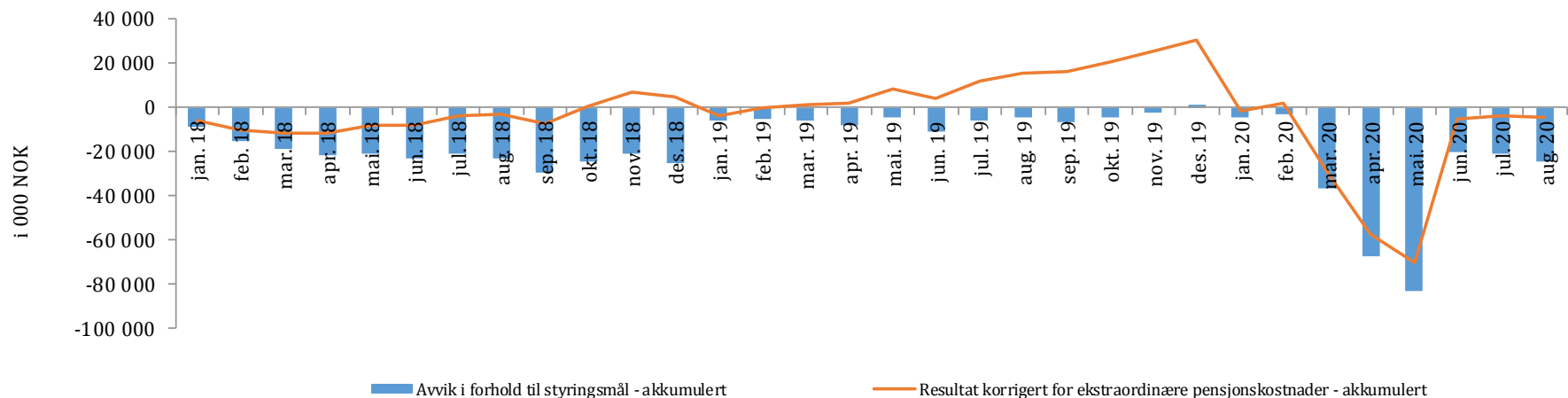
Antall henvisninger vurdert.	aug.19	sep.19	okt.19	nov.19	des.19	jan.20	feb.20	mar.20	apr.20	mai.20	jun.20	jul.20	aug.20
ABK	78	69	75	53	63	70	72	36	15	44	39	35	61
BUK	220	341	388	323	326	330	402	267	171	219	316	245	236
KIR	2911	3036	3178	3 193	2 382	3016	2767	2211	1907	2339	2962	2191	2727
KPR	300	377	429	367	356	454	395	310	250	301	370	321	339
MED	2168	2482	2744	2 569	2 038	2333	2281	1830	1458	1891	2195	1778	2002
MSK	258	263	287	276	172	262	275	234	136	237	285	116	300
STHF	5 935	6 568	7 101	6 781	5 337	6 465	6 192	4 888	3 937	5 031	6 167	4 686	5 665
Antall henvisninger vurdert innen 10 virkedager	5 902	6 522	7 040	6 718	5 285	6 404	6 145	4 842	3 901	4 992	6 133	4 619	5 563
Andel vurdert innen 10 virkedager	99,4 %	99,3 %	99,1 %	99,1 %	99,0 %	99,1 %	99,2 %	99,1 %	99,1 %	99,2 %	99,4 %	98,6 %	98,2 %

8b - Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle		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
Totalt antall dokumenter som er mer enn 14 dager gamle (uansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	3 293	3 743	3 390	3 585	3 951	3 613	3 754	3 107	2 806	3 046	2 885	2 831	2 724
	ABK	4	6	4	11	5	9	2	7	4	8	10	13	4
	BUK	614	694	625	650	683	584	630	408	351	499	474	463	343
	KIR	1 169	1 224	1 110	1 095	1 208	1 174	1 101	1 092	1 097	1 131	1 120	1 169	1 125
	KPR	613	819	774	836	908	705	795	651	520	496	460	383	417
	MED	874	979	846	943	1 098	1 119	1 205	923	810	886	805	789	811
	MSK	19	21	31	50	49	22	21	26	24	26	16	14	24
Herav: antall legedokumenter som er mer enn 14 dager gamle (uansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	1 304	1 598	1 472	1 540	1 796	1 807	1 848	1 505	1 403	1 531	1 448	1 428	1 428
Herav: antall sykepleiedokumenter som er mer enn 14 dager gamle (uansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	1 039	1 029	899	977	953	839	833	759	726	764	768	727	738
Antall dokumenter som det normalt tar mer enn 14 dager å få ferdigstilt	STHF	39	43	39	40	42	44	49	59	63	70	74	105	78
	BUK	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	KIR	37	41	37	38	40	42	46	56	61	68	72	102	75
	KPR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	MED	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	3	3
	MSK	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8c - Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt.		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
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	STHF	1 711	1 170	1 062	2 088	1 068	916	876	926	740	1 060	1 102	1 313	1 346
	ABK	7	13	9	11	13	16	-	10	11	10	22	18	26
	BUK	78	94	53	48	47	33	55	27	42	49	64	79	76
	KIR	104	129	53	108	51	90	71	79	106	95	93	211	194
	KPR	139	141	178	116	154	103	25	-	-	48	-	12	25
	MED	157	222	221	477	203	168	141	187	142	225	176	982	1 022
	MSK	1 226	571	548	1 328	600	506	584	623	439	633	747	11	3
Hvorav pasienter registrert på avdelinger som er omorganisert og lukket.	ååMEDKIR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
	ååPRE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ååAKP	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
	ååKIR	-	-	-	301	-	-	-	-	-	1	-	-	-
	ååNYHO	-	1	-	1	-	-	-	-	4	5	-	-	-
	ååMED\$	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-
	ååMED	-	1	-	808	-	-	-	1	1	6	-	-	-

Økonomi

STHF:August 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	187 829	189 623	-1 795	1 533 484	1 577 984	-44 500	2 424 871	2 367 271	-57 600
Kvalitetsbasert finansiering	1 414	1 414	-	11 314	11 314	-	16 971	16 971	-
ISF - refusjon dag- og døgnbehandling	60 442	62 565	-2 123	483 189	544 619	-61 430	822 500	753 788	-68 712
ISF - refusjon somatisk poliklinisk aktivitet	13 789	14 131	-341	105 049	117 603	-12 553	182 824	171 372	-11 452
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	5 054	4 599	455	33 143	39 676	-6 532	60 798	55 293	-5 505
ISF - refusjon fritt behandlingsvalg	86	-	86	910	-	910	-	1 374	1 374
ISF refusjon pasientadministrerte legemiddel (H-re)	5 189	5 344	-155	45 706	42 754	2 952	64 131	64 131	-0
Utskrivningsklare pasienter	500	1 661	-1 160	10 528	13 287	-2 759	19 931	13 381	-6 550
Gjestepasienter	1 726	1 176	550	12 380	12 077	303	17 832	17 832	0
Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasie)	6 377	7 693	-1 316	53 871	59 250	-5 379	88 592	83 192	-5 400
Polikliniske inntekter	7 119	7 769	-650	61 120	65 559	-4 440	100 394	95 394	-5 000
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andre øremerkede tilskudd	1 383	1 381	2	11 600	11 048	552	16 572	16 572	0
Andre driftsinntekter	18 477	21 617	-3 140	218 967	171 539	47 427	267 138	317 138	50 000
SUM DRIFTSINNTEKTER	309 386	318 973	-9 587	2 581 261	2 666 709	-85 448	4 082 555	3 973 710	-108 845
Kjøp av offentlige helsetjenester	2 848	3 390	-542	26 664	27 004	-341	40 497	40 497	0
Kjøp av private helsetjenester	10 410	9 101	1 310	79 562	71 399	8 163	107 785	120 785	13 000
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgr	35 666	39 242	-3 575	317 179	318 137	-957	479 829	479 829	0
Innleid arbeidskraft	2 996	1 088	1 908	12 369	9 512	2 857	13 760	18 760	5 000
Kjøp av konserninterne helsetjenester	24 052	22 568	1 484	177 632	189 604	-11 973	286 747	273 747	-13 000
Lønn til fast ansatte	139 092	138 816	275	1 240 846	1 223 287	17 559	1 872 025	1 892 025	20 000
Overtid og ekstrahjelp	10 699	7 842	2 857	75 887	56 751	19 136	88 332	108 332	20 000
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	16 763	25 612	-8 849	147 724	225 702	-77 977	345 396	226 066	-119 331
Off. tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-8 885	-8 845	-41	-81 653	-70 441	-11 213	-105 088	-118 088	-13 000
Annen lønn	26 858	27 503	-645	174 147	188 331	-14 184	297 781	282 781	-15 000
Avskrivninger	8 086	8 498	-412	65 671	67 672	-2 001	102 595	99 095	-3 500
Nedskrivninger	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andre driftskostnader	42 310	42 874	-565	359 819	351 483	8 336	539 511	550 597	11 086
SUM DRIFTSKOSTNADER	310 895	317 690	-6 796	2 595 847	2 658 442	-62 595	4 069 171	3 974 425	-94 745
DRIFTSRESULTAT	-1 508	1 283	-2 791	-14 586	8 267	-22 853	13 384	-716	-14 100
Finansinntekter	589	1 517	-929	11 743	13 578	-1 836	19 647	13 747	-5 900
Finanskostnader	177	301	-123	1 732	1 845	-113	3 032	3 032	-
FINANSRESULTAT	411	1 217	-805	10 010	11 733	-1 723	16 616	10 716	-5 900
ORDINÆRT RESULTAT	-1 097	2 500	-3 597	-4 576	20 000	-24 576	30 000	10 000	-20 000
Pensjonskostnader	-	-	-	-0	-	-0	-	-	-
Korrigert resultat	-1 097	2 500	-3 597	-4 576	20 000	-24 576	30 000	10 000	-20 000

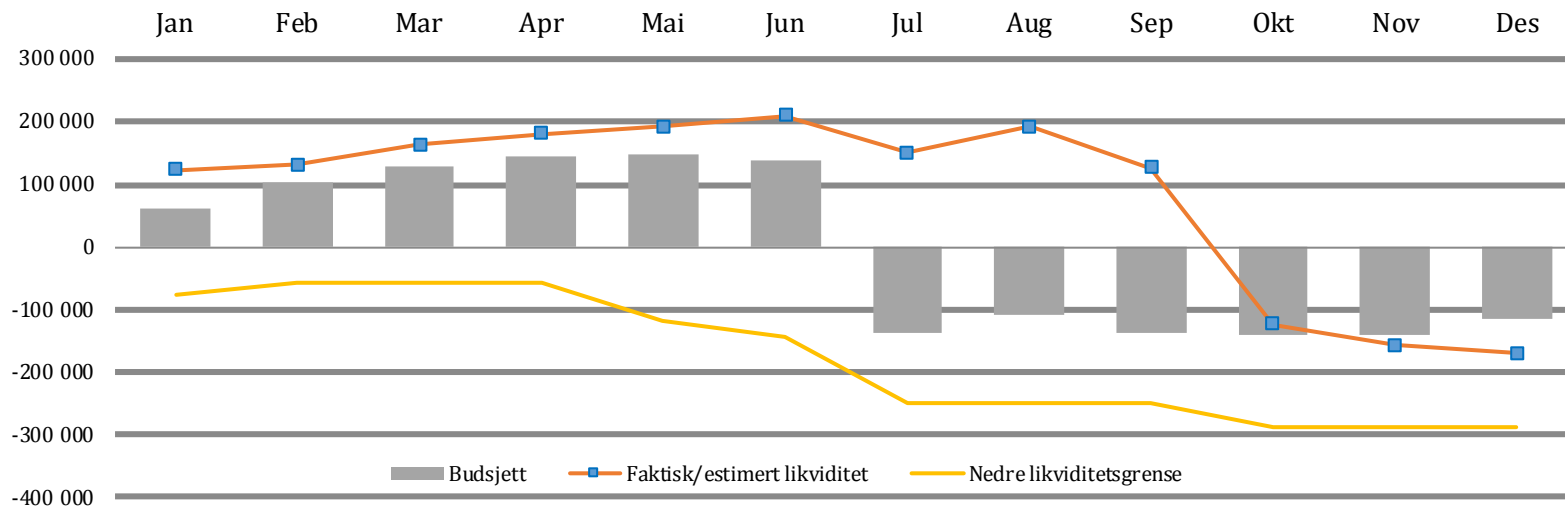
Driftsresultat og budsjettavvik 2018 til 2020 - foretak og klinikker



2020, tall i 1000	Hitil i år	Hitil i år	Denne periode, resultat.											
Resultat	Resultat	Budsjettavvik	Aug. 20	Jul. 20	Jun. 20	Mai. 20	Apr. 20	Mar. 20	Feb. 20	Jan. 20	Des. 19	Nov. 19	Okt. 19	Sep. 19
Kirurgisk klinikk	(47 967)	(47 967)	(882)	(4 822)	(8 121)	(6 940)	(14 603)	(10 697)	389	(2 290)	(4 087)	(3 010)	(1 808)	(3 998)
Medisinsk klinikk	(50 612)	(50 612)	(6 071)	(5 109)	(6 595)	(7 111)	(10 423)	(9 797)	(540)	(4 966)	(3 180)	(3 650)	(3 201)	(2 025)
Barne- og ungdomsklinikken	(7 950)	(7 950)	578	452	(1 257)	(550)	(3 171)	(2 255)	(200)	(1 548)	557	(461)	565	(35)
Akutt og beredskap	(23 954)	(23 954)	(2 357)	(3 632)	(1 663)	(3 143)	(7 115)	(5 061)	(362)	(622)	(793)	(1 608)	(2 245)	(1 265)
Medisinsk Serviceklinikk	(2 412)	(2 412)	556	824	775	(1 866)	(1 884)	(1 559)	(21)	763	2 633	1 122	802	2 270
Psykatri og rus	(2 004)	(2 004)	(802)	222	557	(215)	(894)	(1 262)	174	216	(1 469)	(755)	469	(1 379)
Service og systemledelse	(1 331)	(1 331)	(39)	(95)	(1 614)	(138)	3 662	(2 038)	(53)	(1 016)	665	(3 144)	(637)	265
Administrasjonen	1 910	1 910	661	(48)	312	1 081	185	(217)	303	(366)	669	(72)	798	(102)
Felles - øvrig	129 743	109 743	7 260	13 623	83 149	5 375	6 590	1 759	3 782	8 206	22 380	16 644	9 350	6 813
Totalt STHF	(4 576)	(24 576)	(1 097)	1 416	65 544	(13 508)	(27 653)	(31 127)	3 471	(1 623)	17 375	5 066	4 092	543

Likviditet og investeringer.

Tall i tusen



Investeringer - tall i 1000	Regn. 2020	Est. 2020	Bud. 2020
Bygg & anlegg	9 635	20 570	36 000
MTU	40 559	130 302	120 000
Annet utstyr, biler m.m.	5 443	12 018	14 000
IKT-investeringer - lån til Sykehuspartner	2 140	5 700	5 700
Tilbakebetalt lån fra Sykehuspartner	-2 466	-3 524	-3 524
SUM august 2020	55 311	165 066	172 176

Risikovurdering per 2. tertial 2020

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

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

Koronasituasjonen preger risikobildet for hele sykehuset, og særlig risikoområdene for kvalitet, økonomi og aktivitet og bemanning påvirkes sterkt negativt. Sykehuset er tilbake i normaldrift fra uke 34, og det pågår tiltak for å jobbe ned ventelister og fristbrudd fra tidligere i år. Smitterisikoen blant pasienter og ansatte vurderes som lav.

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

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

1. Kvalitet og tilgjengelighet – Redusert sannsynlighet. Ventetid for ventende og påstartet er hhv. 74,8 og 65 dager. Ventetider og fristbrudd har økt kraftig som følge av beredskap og omstillinger i driften i mars og april. Sykehuset er tilbake til normalisert driftsnivå fra uke 34, og det vil pågå ekstraordinære tiltak for blant annet poliklinikk og operasjon ut året for å jobbe ned ventelistene og redusere fristbrudd. Andelen korridorpasienter er lav grunnet lavere belegg. Sykehuset har per andre tertial 2020 ikke nådd målsettingen om at gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenlignet med 2019.

2. Økonomi – Redusert sannsynlighet. Sykehuset rapporterer et driftsresultat på -4,6 millioner per august, som er 24,6 millioner under budsjett. Samlet koronaeffekt utgjør -115,1 millioner. Sykehuset har fått kompensert 125 millioner fra HSØ, hvordav 97 millioner er bokført per august. Sykehuset har gått tilbake til normaldrift fra uke 34, og det pågår ekstraordinære tiltak for å øke inntektene fra poliklinikk og operasjon.

3. Aktivitet og bemanning – Redusert sannsynlighet. Koronasituasjonen og tilhørende omstillinger har ført til et midlertidig økt behov for bemanning i 2020. Fra uke 34 er sykehuset tilbake til normaldrift, og ekstraordinær ressursbruk og dedikerte koronarelaterte vaktlinjer er avsluttet. Det vil fremdeles være noe økt ressursbruk ut året i forbindelse med pågående aktivitetstiltak for å jobbe ned ventelister og fristbrudd for poliklinikk og operasjon. Situasjonen fører til at flere av målene for bemanning og aktivitet ikke vil bli innfridd i 2020. Klinikken jobber med god ressursstyring i henhold til beredskapsnivået, samt økende normalisering av driften. Parallelt med den pågående koronasituasjonen jobbes det med å forbedre produktiviteten for å etablere en bærekraftig drift og skape handlingsrom til egen utvikling.

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

5. Prioriteringsregelen – Redusert sannsynlighet. Målet om høyere vekst innen PHV og TSB for poliklinisk aktivitet er oppfylt for BUP og TSB, men ikke for VOP. Prioriteringsregelen er oppfylt målt i ventetid for alle fagområdene, med en ventetid for VOP på 31 dager, BUP med 37 dager og TSB med 29 dager. 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.

6. Informasjonssikkerhet og GDPR - Ingen endring. Koronasituasjonen bidrar til risiko i forbindelse med utvidede tilganger, hjemmekontor, fjernaksess for leverandører og risiko for at leverandører går konkurs. Det er etablert videokonsultasjon med pasienter for å redusere risiko for smitte. Denne løsningen er risikovurdert og tiltak er iverksatt, og er derfor tatt ut av risikovurdering da løsningen nå inngår i ordinær pasientbehandling og ikke vurderes som særskilt risikabel.

Når det gjelder det løpende arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern kan nevnes at arbeidet med protokoll etter Artikkel 30 er ferdigstilt i første versjon. Det videre arbeidet er avhengig av at den regionale IT-løsningen for protokoll leveres. Det er forhøyet risiko ved overføring av personopplysninger til 3. land (land utenfor EU/EØS) ved at EU-domstolen i juli 2020 avsa en dom (Schrems II) som stiller økte krav til at databehandler sørger for tilfredsstillende sikkerhetsnivå ved overføring inkl. ved fjernaksess. Det er behov for å kartlegge i hvilket omfang det foreligger databehandlinger som omfattes av endringen og vurdere hvordan det skal håndteres.

Fokus på datasikkerhet og risikoene rundt dette er aktualisert ved datainnbruddet på Sykehuset Innlandet. Det legges nå planer for et prosjekt som i steg 1 skal gjennomføre et kartleggingsarbeid innenfor flere sentrale områder. Dette gjelder bl.a. hvilke sikkerhetskrav som stilles ved anskaffelser av systemer/utstyr, løsningsdesign for leverandøraksess; hvordan er dette dokumentert, er løsningsdesign risikovurdert og hvilke rutiner finnes for internkontrolldatabehandleravtaler, samt vurdering av ansvarsforhold der det i dag er utfordringer med roller og ansvar med lokalt HF som databehandler men RHF som ansvarlig for regionale løsninger.

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

Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 2. tertial 2020

	K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist	
1 Kvalitet og tilgjengelighet									
	K	4	→	Økte ventetider reduserer sykehusets attraktivitet, og kan være et tegn på lav lønnsomhet. Kraftig økning ifm Koronavirus	<ul style="list-style-type: none"> • Overgang til normalisert drift fra uke 34 • Pågående prosjekt med EY gjennomgår pasientflyt til operasjon (Operasjon 2020). Startet opp igjen i slutten av august • Ekstra poliklinikk for fagområder med lange ventelister • Åpning av dagoperasjoner på fredager i Porsgrunn, 3 team • Økt bruk av telefonkonsultasjoner for å opprettholde elektiv aktivitet der det er mulig 	Redusere unødig ventetid og administrative feil. Bidrar til økt kompetanse og felles praksis.	Klinikksjefer og ledere	Sommer 2020 Løpende	
	S	4	↓						Ventetid
	K	4	→	Pasienter får ikke oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp. Spesialisthelsetjenesten overholder ikke juridisk bindende forpliktelse til å oppfylle pasientens rettighet, og pasientens rettslig krav på behandling innen den fristen som er fastsatt.	<ul style="list-style-type: none"> • Fokus på lengre planleggingshorisont. Sekretærstyrt timebok. • Kontinuerlig rydding i ventelister for å unngå fristbrudd, langventere, unødig ventetid og løftebrudd. • Det er planlagt økt poliklinisk aktivitet og dagbehandling med sikte på å redusere ventelister og unngå fristbrudd. 	Pasientene skal ikke oppleve fristbrudd	Klinikksjefer og ledere	Løpende	
	S	3	↓						Fristbrudd
	K	2	→	Lav grad av direkte time kan føre til økt administrativt arbeid og fristbrudd. Det kan også være et tegn på mangelfull planlegging og struktur.	Fokus på langtidsplanlegging av legenes arbeidsplaner. Ferier, permisjoner og kurs legges inn i planene.	Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning. Reduserer fristbrudd og løftebrudd.	Klinikksjefer og ledere	Løpende	
	S	2	→						Direkte time
	K	2	→	Høy andel korridorpasienter gir dårligere kvalitet i pasientbehandling og kan øke risiko for infeksjoner. Utviklingen har vist en økning i Medisinsk klinikk i 2019.	En del medisinske pasienter har hatt ønske om å slippe å ligge på 4-mannsrom. Avdelingslederne forsøker å motivere de ansatte om at pasienter i minst mulig grad bør ligge på korridor. Klinikken intensiverer arbeidet med å praktisere sammendagsinnleggelse for pasienter som skal ha pacemaker. Klinikken har uttalt god nytte av en velfungerende og aktiv AK 2 og ser at høy bruk av den gir betydelig færre korridorpasienter. Dette innlemmes i sengeprosjektet	Ingen korridorpasienter	Klinikksjefer og ledere	Løpende	
	S	2	→						Korridorpasienter
2 Økonomi									
	K	5	→	Økonomisk handlingsrom	• STHF må skape økonomisk handlingsrom for å sikre nødvendige	Det jobbes kontinuerlig med gjennomgang av egen drift og identifisering av tiltak både på inntekt- og	Sikre økonomisk handlingsrom i henhold	Klinikksjefer og stab	Løpende

Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 2. tertial 2020

K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
S	3 →		investeringer. • Styring og kontroll med ressursbruken er viktig for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen • Akkumulert resultatet pr august er - 4,6 millioner, som er 24,6 millioner lavere enn budsjettet.	kostnadssiden. Prosjektet Operasjon 2020 pågår, og har som formål å effektivisere operasjonsaktiviteten. Arbeid med sykehusovergripende tiltak pågår. Klinikkene følger opp sine respektive tiltaksplaner jevnlig, og det er et kontinuerlig fokus på kostnadseffektivisering.	til budsjettet resultatbane og investerings-program.		
K	5 →		Redusert aktivitet og høye kostnader ifm Koronavirus har en sterk negativ effekt på sykehusets økonomi. Netto koronaeffekt pr august utgjør 115,1 millioner. Sykehuset har mottatt 125 millioner fra HSØ hvorav 97 millioner er bokført pr. august.	• God kostnadskontroll og ressursplanlegging i klinikkene • Det holdes løpende oversikt over kostnadseffekten av koronatiltakene • Følge opp at overgang til normaldrift fører til reduserte koronakostnader og årsverk • Normaldrift med ekstraordinære tiltak fra uke 34.	Opprettholde aktivitet i så stor grad som mulig gjennom pandemien. Jobbe ned oppsamlinger i ventelistene.	Kliniksjefer og stab	Løpende
S	4 ↓	Koronaeffekt					
3 Aktivitet og bemanning							
K	4 →		Økte årsverk, variabel lønn og innleie utover budsjett er kostnadsdrivende, og et mulig tegn på ineffektiv planlegging og drift. Lønnskostnader er sykehusets største kostnadspost. God kostnadskontroll og planlegging på dette området kan derfor forbedre økonomien betydelig.	• Det arbeides med omstilling, nedbemanning og bedre ressursutnyttelse. • Aktivitetsstyrt bemanning på sengeposter • Læringseffekt fra tidligere perioder vil bidra til mer effektiv håndtering av eventuell ny smitte	Sikre økonomisk bæreevne og effektiv drift.	Kliniksjefer og ledere	Løpende
S	4 ↓	Årsverk, variabel lønn og innleie	Stor økning i årsverk og lønnskostnader ifm Koronavirus. Høy beredskap øker årsverk og kostnader.	• Følge opp at overgang til normaldrift fører til reduserte koronakostnader og årsverk			
K	2 →		Høyt sykefravær er kostnadsdrivende, en belastning for kontinuerlig drift på de ulike seksjonene, og kan være et tegn på et problematisk arbeidsmiljø.	• Spesielt fokus på avdelinger i omstilling og tiltak for å redusere sykefraværet. • Samarbeid med NAV for å redusere sykefraværet • Prosjekt "Tett på" i HR 2020	Redusert sykefravær og tilhørende kostnader.	HR-enhet / ledere	Løpende
S	2 →	Sykefravær	Koronaeffekten på sykefravær økte i mars blant annet på grunn av karantener, men igjen på et normalt nivå i april. Offisielle tall foreligger per juli på 7,72 %.	• Forbedre arbeidet med tjenesteplaner og vaktplaner, som i minst mulig grad gir rom for AML-brudd.	Bemanningsplanlegging og drift skal utføres iht arbeidsmiljøloven.	HR-enhet / ledere	Løpende
K	4 →		AML-brudd er lovbrudd. Det er gjerne overtidsarbeid som fører til AML-brudd hos STHF. En høy andel AML-brudd kan				
S	3 ↓						

Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 2. tertial 2020

K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
		AML-brudd	derfor ses i sammenheng med en juridisk, økonomisk og arbeidsmiljørelatert risiko.	<ul style="list-style-type: none"> • Prosjekt "bemanningsplanlegging og ressursstyring". • Pågående oppryddingsarbeid for å fjerne feilregistreringer 			
K 2 →	S 2 →	Kompetanse og rekruttering	Kompetansemangel vil ha en negativ effekt på pasienttilbud og kvalitet.	<ul style="list-style-type: none"> • Følge opp STHFs vedtatte strategi for å rekruttere og beholde spesialistkompetanse ved STHF. • Ulike kanaler benyttes og tiltak iverksettes for å skaffe spesialister (blant annet deltakelse på messer, annonsering, rekrutteringsbyrå). Spesielt fokus på spesialiteter med rekrutteringsutfordring (overleger til radiologi og PHV / TSB) • Langsiktig mål om å utdanne egne skopører på grunn av rekrutteringsvansker (MATA) 	Riktig kompetanse på rett sted og til rett tid	HR-enhet / ledere	Løpende
K 4 →	S 4 →	Ressursplanlegging	Mangelfull ressursplanlegging kan føre til dårlig ressursutnyttelse, manglende kompetanse, høyere variable lønnskostnader og lavere aktivitet. Pasienten vil kunne oppleve lengre ventetider og flere fristbrudd. Særlig viktig i forbindelse med beredskap for Koronavirus og gradvis normalisering av drift	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivitetsstyrt bemanning pågår • Riktig effektivitetsnivå ved tverrfaglig arbeid, for eksempel tidsbruk på møter, antall deltagere etc. • Riktig bruk av bemanningsssenteret 	Mer kostnadseffektiv drift, økt planleggingshorisont	HR-enhet / analyse / klinikker	Løpende
K 2 →	S 3 →	Svingninger i pasientgrunnlag ØH	ØH-tilbudet må opprettholdes, men er kostnadskrevende.	<ul style="list-style-type: none"> • Bedre utnyttelse av tilgjengelig arbeidstid i operasjonsplanlegging (operasjon 2020) • Kartlegge muligheter for mer dynamisk styring 	Mer effektiv pasientbehandling. Kostnadsreduksjoner Effektiv ressursutnyttelse	Kliniksjeff/ledere KIR/ABK Kliniksjeff / ledere	Løpende
K 3 ↓	S 2 ↓	Covid-19 aktivitetsnivå	Omstilling og beredskap knyttet til koronavirus fører til betydelig redusert aktivitet, særlig elektivt. Normalsituasjon med ekstraordinære smitteverntiltak fra uke 34.	<ul style="list-style-type: none"> • Tele- / videokonsultasjoner • Kveldspoliklinikk • Økt elektiv aktivitet på Notodden • Åpning av dagkirurgi i Porsgrunn på fredager fra september • Bemanningsplanlegging skal sikre kapasitet for gradvis øking av elektiv aktivitet mot sommeren og høsten. 	Normalisere aktivitetsnivået i så stor grad som mulig.	Kliniksjeffer	Løpende
K 3 →	S 2 →	Covid-19 smitterisiko	Det er fare for at pasienter og ansatte kan bli smittet av koronavirus på sykehuset. Smitte kan få helsemessige	<ul style="list-style-type: none"> • God tilgang på smittevernustyr • Ansatte får god opplæring i smittevernprosedyrer 	Redusere sannsynlighet for spredning av viruset. Redusere kostnader for	Kliniksjeffer	Løpende

Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 2. tertial 2020

K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
			konsekvenser for den smittede, og vil være en belastning for sykehuspersonellet.		sykehuset. Opprettholde sykehusets behandlingsskapasitet.		
4 Strategi - attraktivitet og konkurransesituasjon							
K 3 →	S 2 →	Strategi - attraktivitet og konkurranse-situasjon	Sykehuset må jobbe aktivt og mer bevisst med å tilpasse seg konkurransesituasjonen som er styrt av pasientrettighetene, for å holde kostnadene knyttet til FBV og gjestepasienter på et lavt nivå.	Det er et kontinuerlig fokus på å innfri kvalitetskravene og redusere ventetider. Opprettholde dialogen med lokale fastleger.	STHF skal fremstå som attraktivt for pasienten	Klinikker	Løpende
K 3 →	S 3 →	Fritt behandlingsvalg	FBV-ordningen gir pasienten rett til å velge behandlingssted, og sykehuset er pliktig til å opplyse om alternativer. Kostnadsøkningen avtok noe i 2019, men har økt innenfor TSB i 2020.	<ul style="list-style-type: none"> Sykehuset er pliktig til å informere om alternative behandlingstilbud, men henviser ikke selv pasienter unødige. Opprettholde dialog med fastleger for å påvirke henvisningspraksis. Sykehuset må kunne vise til et godt behandlingsforløp for å fremstå som attraktive hos pasientene. 	Redusere gjestepasientkostnader	Klinikkjefer og ledere	Løpende
5 Prioriteringsregelen							
K 2 →	S 2 →	Aktivitet og ventetider	<ul style="list-style-type: none"> Målet om høyere vekst innen PHV og TSB for poliklinisk aktivitet er oppfylt for BUP og TSB, men ikke for VOP. Aktiviteten hittil i år har vært lav innen PHV grunnet store rekrutteringsutfordringer i terapeutstaben, samt driftsendringer ifm Koronavirus Prioriteringsregelen målt i ventetider er oppfylt innen PHV/TSB. 	<ul style="list-style-type: none"> Økt aktivitet og reduserte ventetider innen PHV/TSB krever økt produktivitet og alle behandlerstillinger besatt: Rekruttere og beholde medarbeidere Oppfølging medarbeidere Planlegging – logistikk Effektivisere teamsamarbeid – flerfaglig arbeidsform Økt bruk av telefon- og videokonsultasjoner når mulig Samarbeid med 1. linje og avtalespesialister <ul style="list-style-type: none"> Riktige/riktigere henvisninger Spesialist ut til fastlegekontor Samarbeid med avtalespesialister 	Større vekst i aktivitet og reduserte ventetider: Flere pasienter får behandling. Mer intensive behandlingsforløp og pasientene unngår unødig venting. Reduserte ventetider	Klinikkjefer og ledere	Løpende
K 3 →	S 3 →	Kostnader per tjenesteområde	Prioriteringsregelen er ikke oppfylt med mindre kostnadsvekst i PHV/TSB er større enn i somatikken. Prioriteringsregelen er oppfylt innenfor BUP og TSB med en vekst på hhv 6,2 %	Bedre kostnadskontroll innen somatikken vil muliggjøre oppfyllelse av prioriteringsregelen.	Oppfylt prioriteringsregel	Klinikkjefer og ledere	Løpende

Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 2. tertial 2020

K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
			og 13,8 %. Somatikken har en kostnadsvekst på 1,9 %, mens VOP viser en kostnadsreduksjon. Rekrutteringsvansker og turnover gir reduserte lønnskostnader.				
6 Informasjonssikkerhet							
K 3 →	S 5 →	Covid-19 Forhøyet risikonivå	Konfidensialitet, tilgjengelighet og integritet	Strengt fokus på etterlevelse av sikkerhetskrav.		Systemeiere	Løpende
K 3 →	S 5 →	Covid-19 Forsinkelse i ordinære prosjekter og STIM	Gamle løsninger blir ikke oppgradert eller skiftet ut	Strengere endringskontroll i Sykehuspartner Strengt fokus på etterlevelse av sikkerhetskrav. Streng prioritering av prosjekter.		Systemeiere	Løpende
K 3 →	S 5 →	Covid-19 Endring i tilganger til behandlingsrettede helseregistre (DIPS)	Konfidensialitet	Behandlet i EPJ-rådet. Det er gitt videre tilganger til DIPS for å sikre at ansatte har tilgang ved behov ved organisasjonsendringer (Flyttet til Notodden, Corona-telt mv.) Tilbakestilles ved normalsituasjon.	Tilbakestille til normalsituasjon.	Systemeier DIPS	Oppfølging etter endt beredskapssituasjon
K 2 →	S 2 →	Risikoområde: overføring av opplysninger til 3. land	EU-domstolens dom Schrems II tydeliggjør dataansvarliges ansvar ved overføring av personopplysninger til 3. land (land utenfor EU/EØS). Det er ikke overgangsregler. Potensielt kan dommen innebære omfattende endringer.	Systemeier må kartlegge hvor databehandling skjer og vurdere tiltak. Kartleggingen må innebære en vurdering av om det foreligger gyldig databehandleravtale, oversikt over hvor dataene overføres til og hvor det gis tilgang fra, underleverandører og hvor de opererer fra mv. Kartlegging må inngå i protokoll etter artikkel 30.		Systemeiere	

Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 2. tertial 2020

K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
K 3 → S 1 →		Covid 19 Hjemmekontor	Konfidensialitet	Streaming fra underholdningstjenester er stengt for å sikre tilstrekkelig kapasitet i nettverket. Tiltak for å sikre konfidensialitet beskrevet på Pulsen.		Utført.	
K 2 ↑ S 3 ↑		Covid-19 Utvidede tilganger til underleverandører	Konfidensialitet Brudd på tilgjengelighet	For å etablere nødvendig support i samsvar med smittevernråd er det etablert fjernaksess. Gjelder primært MTU og noe BTU. Tilbakestilles ved normalsituasjon.	Tilbakestille til normalsituasjon	Systemeiere	Oppfølging etter endt beredskapssituasjon
K 4 → S 2 →		Risiko for datainnbrudd	Risiko for pasientsikkerhet og personvern. Det er et kontinuerlig risikoområde. Fokus på risikoen er aktualisert ved datainnbruddet på Sykehuset Innlandet.	Behov for å kartlegge ytterlige oversikt over hvilken risiko som foreligger. Etablering av prosjekt.		Utviklingsavdelingen	
K 3 ↑ S 3 ↑		Covid-19 Risiko for at underleverandører går konkurs	Mister data Risiko for manglende leverandøroppfølging pga uklare ansvarsforhold	Det forutsettes at Sykehuspartner har leverandørstyring der de er databehandler. Det er derfor viktig at IKT-avtaler overføres til Sykehuspartner i tråd med OBD Sykehuset må ha kontroll på egne avtaler. At leverandør går konkurs en risiko som alltid foreligger. Ved økt risiko for konkurser er risikoen nå økt. Påpekt fra Nasjonal sikkerhetsmyndighet. System og ansvar for oppfølging av leverandører må kartlegges.		Økonomidirektør	

Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 2. tertial 2020

K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
K 2	→	Ikke tilstrekkelig oversikt over all behandling av personopplysninger	Venter på regional IT-løsning	Protokoll versjon 1.0 er ferdigstilt. Kartlegging av behandlingsaktiviteter foretatt. Det som er kartlagt er til dels veldig detaljert. Det som var for detaljert er slettet og fjernet og oppdatert. Det er fortsatt behov for ytterligere kvalitetssikring av protokollen for å sikre at den er fullstendig. Det arbeidet fortsetter når IT-løsning er levert. Den regionale IT-løsningen er avgjørende for å forbedre protokollen. Det regionale prosjektet er forsinket og det foreligger ikke dato for leveranse.		Utviklingsdirektør	Avhengig av regional leveranse
S 3	→						
K 1	→	Ledelsessystem for informasjonssikkerhet og personvern	Sykehuset Telemark bidrar i RSR til å revidere felles regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet og personvern i henhold til de krav og endringer som ligger i innføringen av EUs personvernforordning (GDPR) og effektivere endringene i eget styringssystem for informasjonssikkerhet.	STHF har i tråd med krav fra HSØ implementert de regionalt utarbeidede styrende dokumentene ved å lenke direkte til dem i HELIKS.		Økonomidirektør / Utviklingsavdelingen	Løpende
S 1	→			Risikonivå anses akseptabelt. Kontinuerlig arbeid.		Utførere: PVO og ISL	
7 Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring							
K 3	→		Pasientskader er et stort samfunnsproblem og medfører store konsekvenser for pasienter, pårørende og involvert helsepersonell- Det kan i verste tilfelle føre til varige skader eller tap av liv. Samtidig er pasientskader samfunnsøkonomisk kostbart.	Gjennomføre tiltak innen innsatsområder pasientsikkerhet i alle relevante enheter. Redusere antall pasientskader målt med metoden GTT - Global Trgger Tool	Færre pasientskader	Kliniksjefer, koordinator: Kvalitetsavdelingen	2020
S 2	→	Pasientskader					
K 2	→		God meldekultur er en forutsetning for at avvik blir registrert og bidrar til forbedring.	Opplæring i avvik og meldekultur Registrere grad av samsvar mellom meldte avvik og NPE-saker der pasienten har fått medhold. .	God meldekultur sikrer at avvik blir registrert og bidrar til forbedring	Kliniksjefer, koordinator: Kvalitetsavdelingen	2020
S 2	→	Pasientsikkerhetskultur		Høy andel enheter med modent teamarbeidsklima	God		

Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 2. tertial 2020

K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
			God pasientsikkerhetskulturen er en forutsetning for åpenhet og læring etter uønskede hendelser	Høy andel enheter med modent sikkerhetsklima Høy svarprosent på den årlige medarbeiderundersøkelsen Forbedring i spesialisthelsetjenesten.	pasientsikkerhetskultur sikrer åpenhet og læring etter uønskede hendelser		
K 3 →	S 2 →	System og struktur for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring	Utrangerte systemer hemmer registrering av data og tilgang til styringsinformasjon om pasientskader og forbedringsarbeid	Anskaffelse og implementering av nytt avvikssystem	Informasjon om avvik og data i sanntid er tilgjengelig og brukes aktivt i foretakets forbedringsarbeid.	Prosjektleder / fagdirektør	2020
K 3 →	S 2 →	Infeksjoner	Helsetjenesterelaterte infeksjoner er blant de hyppigste pasientskadene målt med GTT.	Redusere «postoperative infeksjoner etter innsetting av totalprotese (hofte)» med 25 prosent, fra 0,6 prosent (2017) til 0,5 prosent (2023) (Insidens) Redusere «postoperative infeksjoner etter utført keisersnitt» med 25 prosent, fra 0 prosent (2017) til 0 prosent (2023) (Insidens) Redusere «postoperative infeksjoner etter fjerning av galleblære (kolecystektomi)» med 25 prosent, fra 0,7 prosent (2017) til 0,5 prosent (2023) (Insidens) Redusere «andel pasienter som har fått urinveisinfeksjon på sykehus» med 25 prosent, fra 0,8 prosent (2017) til 0,6 prosent (2023) (Prevalens) Kilde: Nasjonal kvalitetsindikator – Folkehelseinstituttet	Redusert antall infeksjoner	Kliniksjefer: Koordinator: Smittevern/fagdirektør	2020

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	16.09.2020

Type sak (sett kryss)							
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema	

Sak: 054-2020

Plan for budsjett 2021

Hensikten med saken

Hensikt med denne saken er å presenterer plan og prosess for arbeid med budsjett 2021, samt å gi styret innblikk i rammer for arbeidet som følger av sykehusets strategi, ØLP, føringer fra HSØ og de utfordringer administrasjonen ser knyttet til den pågående Koronapandemien. Videre blir plan for arbeidet skissert.

Forslag til vedtak

Styret tar sak 056-2020 Plan for budsjett 2021 til orientering.

Skien, 09.09.2020

Tom Helge Rønning

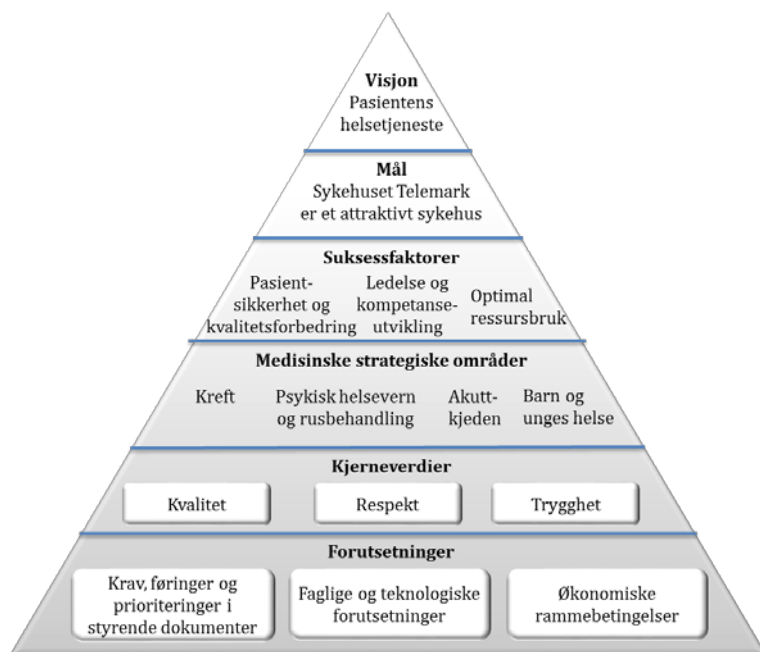
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Denne saken presenterer plan og prosess for arbeid med budsjett 2021. Den oppsummerer rammer for arbeidet som følger av sykehusets strategi, ØLP, føringer fra HSØ og de utfordringer administrasjonen ser knyttet til den pågående Koronapandemien. Videre blir plan for arbeidet og skissert.

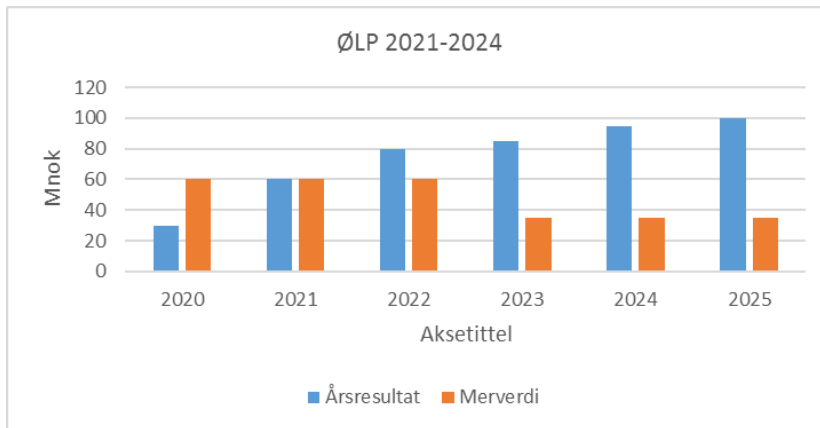
2. Bakgrunn og rammer for budsjettprosessen

Sykehuset Telemark har i sin strategi 2021-2023 pekt ut visjon, mål, suksessfaktorer og strategiske områder for virksomheten. I arbeidet med budsjettet er strategien førende for retning og prioriteringer innen f eks investeringer, forbedringsarbeid og organisasjonsutviklingsarbeid.



Figur 1 Strategi 2020-2022

I økonomisk langtidsplan (ØLP) 2021-2024 har sykehuset lagt opp til en resultatbane med tilhørende merverdikrav som skal sikre at foretaket har evne til å bære økte kostnader (avskrivninger og finans) knyttet til USS-prosjektet fra 2026. Resultatbanen i ØLP legges normalt til grunn som resultatmål for budsjettet og denne viser et årsresultat i 2021 på 60 mnok, opp fra 30 mnok i budsjett 2020. ØLP 2021-2024 ble utarbeidet under forutsetning av at sykehuset var tilbake i «normal drift» fra 2021.



Figur 2: Resultatbane (årsresultat) og årlig merverdikrav i ØLP 2021-2024*

(*2025 er inkludert for å dekke inn hele perioden fram til ferdigstilling USS)

Den pågående Koronapandemien gjør budsjettarbeidet for 2021 mer krevende enn normalt. Fra HSØ har foretaket blitt instruert om å utarbeide et budsjett som reflekterer en normalsituasjon og hvor effektene av Korona er isolert ut. Denne forutsetningen er trolig ikke realistisk men gjenspeiler hvor krevende det er å forutsi fremtidig utvikling for øyeblikket.

3. Vurdering av nåsituasjon (august 2020)

Sykehuset Telemark rapporterer et resultat ved utgangen av juli på -3,5 mnok. Korrigert for effekter av korona er resultatet anslått til å være 11,4 mnok mot et budsjett på 17,5 mnok. Koronaeffektene består av alle beregnede ekstra kostnader og tapte inntekter, samt alle bokførte ekstra bevilgninger tilført sykehuset per utgangen av juli. Korreksjonen viser at bokført kompensasjon for sykehuset på dette tidspunktet er 14,9 mnok mindre enn beregnede ekstra kostnader og tapte inntekter. Det negative budsjettavviket korrigert for effekter av korona er i hovedsak knyttet til fritt behandlingsvalg, kostnader til kreftlegemidler (cytostatika) og forsinket oppstart av forbedringsarbeid i klinikkene.

Koronapandemien påvirker sykehusets økonomi i svært stor grad og påvirker de fleste deler av virksomheten. Dette gjør det mer krevende enn normalt å styre økonomien og å forstå den normaliserte underliggende drift. Sammen med en betydelig usikkerhet omkring varighet og når/hvor eventuelle lokale smitteutbrudd oppstår fremover, er det derfor mer krevende enn normalt å lage årsestimater for 2020 og å beregne styringsfarten for sykehuset inn i 2021.

Sykehuset ser flere nye forhold som vil utfordre styringsfarten/resultatet inn i 2021:

- Forsinket fremdrift i forbedringsprosjekter (sykehusovergrepene prosjekter og klinikkens arbeid med merverdikrav 2020)
- Fortsatt sterk vekst i FBV
- Reduserte finansinntekter grunnet lavt rentenivå
- Vridning fra døgn til dagbehandling generelt og redusert volum døgnbehandling innen medisin under Koronapandemien, som begge påvirker sykehusets inntekter (ISF)

ØLP forutsatte 60 mnok i merverditiltak for 2021. Sammen med et årsresultat på 30 mnok i 2020 og netto effekt av andre forhold var dette nødvendig for å oppnå resultatbanen. Merverdikravet fordeler seg på klinikkene og de sykehusovergrepene prosjekter og kravet for 2021 fremstod allerede i utgangspunktet som krevende. De nye forholdene pekt på overforsterker dette

ytterligere. For sykehuset blir det avgjørende å re-starte og akselerere forbedringsarbeid og sikre best mulig styringsfart for foretaket gjennom høsten 2020. På denne måten legges et best mulig grunnlag for å realisere resultatbanen for 2021.

4. Videre prosess

Budsjettprosessen for 2021 følger i store trekk den samme plan som tidligere år. Tabellen under viser aktiviteter og fremdrift i budsjettprosessen:

BUDSJETTPROSESS 2021		
Dato	Milepæl – leveranser	Ansvar
31.aug	Budsjettseminar STHF	Ledergruppa
16. sept.	Styremøte STHF – Plan for budsjett 2021	Økonomidirektør
29. sept.	Ledergruppemøte – Status budsjett 2021 og sykehusovergrepene prosjekter	Klinikkene
Primo okt.	Eventuell tilleggsinformasjon om Prop1S til foretakene/sykehusene	HSØ
Medio okt	Prioriteringsdiskusjon investeringer	Ledergruppa
28. okt.	Styremøte STHF – Status budsjett 2021	Økonomidirektør
3. nov.	Ledergruppemøte – Status budsjett 2021 og sykehusovergrepene prosjekter	Klinikkene
Primo nov.	Utsendelse av foreløpige inntektsrammer og budsjettforutsetninger fra HSØ	HSØ
Senest 1. nov.	Ferdigstillelse av internt budsjett	Klinikkene
	Aktivitets- og driftsbudsjett - kvalitetssikring, sammenheng bemanning – aktivitet	Økonomiavdelingen
	Merverdiltak 2021 teknisk innarbeidet i budsjettmodul	Økonomiavdelingen
Nov.	Oppfølgingsmøter - budsjettprosess i klinikkene	Klinikkensjef og controller
Nov.	Klinikkvise budsjettmøter – budsjettprosess og sykehusovergrepene prosjekter	Økonomidirektør
Okt./nov.	Kvalitetssikring av drifts-, investerings- og likviditetsbudsjett	Økonomiavdelingen
17. nov.	Ledergruppemøte – Budsjett 2021 og sykehusovergrepene prosjekter	Klinikkene
Ultimo nov./primo des.	Oppfølgingsmøter med foretakene	HSØ
Ultimo nov./primo des.	Styremøte RHF – fastsettelse av resultatkrav og øvrige budsjettmålsettinger	HSØ
16. des.	Styremøte STHF – Budsjett 2021 - vedtak	Økonomidirektør
Januar	Komplett budsjettleveranse til HSØ	Økonomiavdelingen
Januar	Administrerende direktør inngår lederavtaler med klinikkensjefer	Økonomiavdelingen

5. Administrerende direktørs anbefaling

Budsjettprosessen 2021 skjer med større grad av usikkerhet enn normalt og det er forhold som peker i retning av at det vil bli krevende å oppnå resultatbanen fra ØLP. Under forutsetning om normal driftssituasjon uten stor økning i koronasmitte i vår region, restarter og akselererer sykehuset nå forbedringsarbeid i de sykehusovergrepene prosjektene og i klinikkene, med sikte på å hurtig realisere merverdier og sikre styringsfart inn 2021.

Administrerende direktør anbefaler at styret tar saken til orientering.

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	16.09.2020

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

Sak: 055-2020

Utbygging somatikk Skien – Prosjektinnhold til konseptrapport (B3) og økning av ramme

Hensikten med saken

Utbygging somatikk Skien omhandler strålesenter, sengeområder samt akuttsenter og gjennom konseptfasen steg 2 er prosjektet videreutviklet og detaljert ytterligere. Prosjektet har gjennomført et omfattende arbeid for å skalere ned prosjektoomfang og innhold for å komme innenfor styringsrammen på 950 millioner kroner (2020-kroner). Basert på arbeidet i denne fasen, ble estimatene oppdatert og viste at det ikke er mulig å finne løsninger innenfor mandatets ramme, uten å redusere kapasitet eller fjerne funksjonalitet. Den løsning som er mulig innenfor opprinnelige styringsrammen har betydelig mindre gevinstpotensial, samtidig som det legger dårligere til rette for gode pasientløsninger og fremtidige utviklingsmuligheter.

Prosjektet har derfor utarbeidet et løsningsforslag med en utvidet investeringsramme (1 082 millioner kroner) som sikrer realisering av gevinstpotensialet og bedre ivaretar foretakets bærekraft. Løsningen ivaretar foretakets prioriterte områder; 1. Kreft, 2. Sengeområder og 3. Akuttsenter med avklaringsenhet.

I saken ber Administrerende direktør om at styret i Sykehuset Telemark slutter seg til at det anbefalte prosjektinnholdet legges til grunn i ferdigstilling av Konseptrapport (til B3-beslutning). Dette vil danne grunnlag for å anmode Helse Sør-Øst om justert styringsramme til 1 082 millioner kroner.

Forslag til vedtak

- Styret støtter at løsning til 1 082 millioner kroner fremlegges som «Anbefalt konsept» til B3 beslutning i Helse Sør-Øst.
- Styret støtter at rammen for prosjektet økes til maksimalt 1 082 millioner kroner
- Styret fremlegges Konseptrapport (B3) den 28.10.2020 for endelig godkjenning av konseptrapport før behandling i Helse Sør-Øst

Skien, 11. september 2020

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Saken gjelder utbygging og ombygging ved Sykehuset Telemark HF, Skien. Prosjektet innebærer etablering av stråleterapi med støttefunksjoner og nytt bygg for sengeområder og utvidet akuttmottak. Prosjekt Utbygging somatikk Skien er en sentral del i å realisere Sykehuset Telemark sin utviklingsplan. Målet med foretakets utviklingsplan er å skape trygge, likeverdige og gode tilbud til pasientene, god tilgjengelighet, god faglig og organisasjonsmessig robusthet, samt god ressursutnyttelse og bærekraftig økonomi for Sykehuset Telemark.

Styret i Sykehuset Telemark HF behandlet konseptfasens steg 1 i styresak 014-2020 *Endelig innstilling til B3A konseptplan – utbygging Somatikk Skien (USS)*. Prosjektet er i henhold til vedtaket bearbeidet videre i steg 2 i konseptfasen og en endelig konseptrapport er under utarbeidelse. Rapporten vil legges frem for styret til behandling før oversendelse til Helse Sør-Øst med anmodning om endelig godkjenning.

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

2.1 Kort historikk av prosjektet

Idéfasearbeidet for prosjekt Utbygging somatikk Skien ved Sykehuset Telemark HF startet våren 2017¹. Prosjektet utarbeidet 3 utbyggingsalternativer som skulle ivareta framskrevet behov for pasientbehandlingen i 2035. Disse løsningene viste et totalt investeringsbehov på 1,6-1,8 mrd. kr².

Dette investeringsnivået ble av sykehuset vurdert til ikke å være forenelig med sykehusets økonomiske bæreevne. Det ble tatt et initiativ ovenfor Helse Sør-Øst RHF og i dialogmøter den 23. mars og 11. april 2018 ble videre prosess i planarbeidet, samt mandatet for en konseptfase, diskutert. Anmodning om oppstart av konseptfase ble oversendt fra Sykehuset Telemark til Helse Sør-Øst i brev av 31.05.2018. Her anmoder Sykehuset Telemark om å få starte opp et konseptfasearbeid med en lavere investeringsramme på 900 millioner kroner. Rammen for prosjektet tok utgangspunkt i foretakets langsiktige fordring (basisfordring) mot Helse Sør-Øst RHF, som ved utgangen av 2017 utgjorde 909 millioner kroner.

For å redusere omfang på prosjektet ble det gjennomført en prioritering i en grundig prosess med bred involvering internt i Sykehuset Telemark, med utgangspunkt i sykehusets strategi og Utviklingsplan. Dette arbeidet resulterte i dokumentet «Vedlegg til idéfase – Endring av prosjektomfang»³. De prioriterte områdene for best å ivareta foretakets overordnede mål var 1. Kreft, 2. Sengeområde, 3. Akuttsenter.

Reduksjonen av omfanget ble lagt frem for styret i Sykehuset Telemark HF i sak 094-2018 *Andre orienteringer – vedlegg 3 tillegg til idéfasen*.

Basert på «Vedlegg til idéfase» ble det den 27.03.2019 gitt et mandat for konseptfasen som skulle ta «utgangspunkt i en styringsramme på 900 millioner kroner (2018-kroner), inklusive bygnær IKT og

¹ Idéfase startet etter godkjenning av AD Cathrine Lofthus 15.02.2017, basert på fullmakt gitt av styret i Helse Sør-Øst RHF i møte 15.12.2016 (sak 099-2016)

² «Idéfaserapport 1.0» vedtatt av STHF styre 07.02.2018 (sak 008-2018)

³ «Vedlegg til Idéfasen» vedtatt i STHF styre 19.12.2018 (sak 094-2018)

ikke-byggnær IKT»⁴. Ved utredning av de nedskalerte alternativene skulle prioriteringene beskrevet i dokumentet «Vedlegg til idéfasen - Endring av projektomfang» legges til grunn.

I konseptfasens steg 1 anbefalte prosjektet et hovedalternativ der kreftsenters etableres i tilslutning til B53-Moflata/B51-Tidligere vaskeri og at det bygges et nybygg med 101 senger med akuttsenter på plan 1. På dette tidspunktet var det fremdeles ikke utarbeidet nøyaktige kalkyler av de ulike alternativene, men det anbefalte hovedalternativet ble estimert til å ligge innenfor rammen på 950 millioner kroner (2020-koner) og dermed anbefalt til B3A beslutning i styret i Sykehuset Telemark⁵ og styret i Helse Sør-Øst⁶.

Styret i Sykehuset Telemark HF behandlet konseptfasens steg 1 i styresak 014-2020 *Endelig innstilling til B3A konseptplan – utbygging Somatikk Skien (USS)*, og fattet følgende enstemmige vedtak:

1. *STHF styre innstiller hovedspor 3 til videre utredning i Konseptfase, steg 2. Styret støtter at «pasientnytte» er tillagt særlig vekt i vurderingen. Hovedspor 3 inkluderer ett nybygg med akuttsenter og sengeområder i 4 etasjer, samt et strålesenter etablert i tilslutning til Moflata.*
2. *For å kunne realisere identifiserte driftsgevinster og redusere risiko for driftsavbrudd i Porsgrunn ønsker styret at modulbygg utredes videre i Konseptfase, steg 2.*
3. *Styret presiserer at forbedringsarbeidet må fortsette for å sikre at foretaket har tilstrekkelig bæreevne også etter gjennomført investering.*

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet konseptfasen steg 1 i styresak 047-2020 *Sykehuset Telemark HF – utbygging somatikk Skien, konseptfase steg 1*, og fattet følgende enstemmige vedtak:

1. *Styret godkjenner fremlagt hovedprogram og ber om at dette legges til grunn for det videre arbeidet i steg 2 av konseptfasen.*
2. *Styret godkjenner at alternativ 3 for utbygging av somatikk ved Sykehuset Telemark HF Skien, bestående av et kreftsenters med enhet for stråleterapi og nytt sengebygg med akuttsenter, bearbeides videre i steg 2 av konseptfasen.*

I konseptfasens steg 2, basert på et videreutviklet og mer detaljert prosjekt, ble basiskostnad (før usikkerhet) beregnet av eksterne rådgivere til 1,4 milliarder kroner (2020-kroner). Avviket versus tidligestimaten var betydelige og skyldtes i hovedsak:

1. Økt areal i sengebyggetbygget (200 kvm per etasje og kjeller, ambulanseshall, større tekniske arealer enn beregnet)
2. Ikke inkludert tilstrekkelige koblinger (broer og kulverter) til eksisterende bygg og uteområder
3. Underestimert kostnader til utstyr i strålesenteret
4. Behov for større ombygging i B53 Moflata enn lagt til grunn i tidligestimat

Prosjektet måtte derfor reduseres ytterligere i hht vedtatt prioritering for å komme innenfor mandatets ramme på 950 millioner kroner (2020-kroner) og et arbeid ble startet for å se på muligheter for å skalere og tilpasse prosjektet

⁴ Støtte til Sykehuset Telemarks forslag om begrensning til 900 millioner kroner som investeringsnivå gis av styret i Helse Sør-Øst RHF (sak 055-2018). Redusert ramme gjenfinnes i mandat for Konseptfase, kap. 7.1.

⁵ Endelig innstilling til B3A konseptplan – utbygging Somatikk Skien (USS) (sak 014-2020)

⁶ «Sykehuset Telemark – godkjenning Hovedprogram» vedtatt i Helse Sør-Øst styre 12.05.2020 (sak 047-2020)

2.2 Prosjektilpasning

I styresak 055-2018 i Helse Sør-Øst RHF ble det vist til at Sykehuset Telemark HF ønsket å sette en begrensning for investeringsnivået på 900 millioner kroner på grunn av den økonomiske situasjonen og fremtidige økonomiske bæreevnen for helseforetaket. Administrerende direktør og styret i Helse Sør-Øst RHF støttet denne vurderingen, noe som fremgår av vedtakspunkt 2:

- 2. De beskrevne alternativene i rapporten må bearbejdes med hensyn på omfang og med angivelse av trinnvis utbygging som tilpasses utviklingen av helseforetakets økonomiske bæreevne.*

En styringsramme på 900 millioner kroner (2018-kroner, P50 estimat), hvor både bygnær IKT og ikke-bygnær IKT skal inngå, vil medføre at anbefalte prosjekter som skal tas videre fra idefasen, må gjennomgås og tilpasses økonomisk handlingsrom og helseforetakets bæreevne. Vurderingene skal skje i samarbeid mellom Sykehuset Telemark HF og Helse Sør-Øst RHF.

Etter at helseforetaket hadde svært utfordrende økonomiske resultater i perioden 2014-2016, og til dels i 2017, er resultatene bedret de senere årene. Foretakets valg om å avgrense investeringsrammen til 900 millioner kroner (2018-kroner) ble tatt med utgangspunkt i foretakets økonomiske situasjon og langsiktige fordring (basisfordring) mot Helse Sør-Øst på dette tidspunktet (31.12.2017). Fordringens størrelse er siden vokst og passerte i 2019 1 milliard kroner. Ved utgangen av 2022 er fordringen beregnet til å være 1,1 milliarder kroner og vil, selv med planlagt investeringsnivå så vidt falle under 1 milliard kroner midt på 2020-tallet. I følge den økonomiske langtidspanen vil fordringen være på ca 1,5 milliarder kroner i 2032.

Basert på utviklingen i basisfordringen og konsekvensene av å tilpasse prosjektet innenfor rammen på 950 millioner kroner (2020-kroner), ønsker Sykehuset Telemark HF å fremme en løsning med ramme på 1 082 millioner kroner (2020-kroner) som ligger innenfor nivået på den langsiktige fordringen (basisfordringen) når prosjektet startes opp, og som samtidig ivaretar behovet for funksjonalitet og kapasitet. Et slikt «fullskalaløsning» vil legge til rette for god gevinstrealisering, god pasientsikkerhet og ikke minst ivareta fremtidige utviklingsmuligheter. Denne løsningen beskrives som «Anbefalt løsning» nedenfor. «Nedskalert løsning» 2 er nedskalert med hensyn på sengekapasitet for å komme innenfor mandatets definerte styringsramme (950 millioner kroner)

Sammenligning av beskrevne løsninger:

	Anbefalt løsning	Nedskalert løsning
Estimert projektkostnad (P50)	1 082 millioner kroner	943 millioner kroner
Antall senger	101 senger	67 senger
Antall sengeposter	3 sengeposter i nybygg	2 sengeposter i nybygg + 2 sengeposter i Nordfløy
Forbindelse mellom bygg	Kobling til Bygg 53, 54 og 58	Kobling til Bygg 58
Avklaringsenhet i akuttsenter	Likt i begge løsninger, 15 senger i plan 2 i tilbygg	
Akuttsenter øvrig	Likt i begge løsninger	
Kreftsenter	Likt i begge løsninger	

2.3 Gevinstrealisering

Driftsgevinster:

Basert på et prosjektomfang på 943 millioner kroner vil potensialet for gevinstrealisering reduseres med 10,7 millioner kroner per år sammenlignet med løsning til 1 082 millioner kroner.

Reduksjonen i driftsgevinster skyldes i hovedsak at to relativt små sengeposter blir værende i gamle Nordfløy i stedet for å fylle en tredje etasje i nytt sengebygg. Dette medfører en differanse på ca 11 årsverk, i tillegg til 4 i stedet for 3 postverter (kokker som tilbereder mat på sengepost). I sum utgjør dette 9,7 millioner kroner.

Oppsummering av beregningene fremkommer i tabellen nedenfor:

Årskost sengepost - snitt	Beregnet gj. Snitt lønnskostnad 2019	775 889	
Beregnet EFO* pr stilling iht 2018 faktisk kost		28 %	
Estimert reduksjon i EFO i nybygg (store sengeposter)		5 %	
Beregnet EFO kost pr stilling		23 %	
		Årsverk	NOK
Løsning til 1 082 mill kr:			
Beregnet årsverk nytt bygg , 3 etg (33 + 34 + 34 senger), eks. EFO		134,16	
Beregnet EFO pr stilling		23 %	
Beregnet årsverk nytt bygg , 3 etg (33 + 34 + 34 senger), inkl. EFO		165,02	128 034 720
Kostnad 3 postverter			3 189 236
Totalt alternativ 1			131 223 956
Løsning til 943 mill kr:			
Beregnet årsverkt nytt bygg, 2 etg (33 + 34 senger), eks. EFO		89,00	
Beregnet EFO pr stilling		23 %	
Beregnet årsverk nytt bygg , 2 etg (33 + 34 senger), inkl. EFO		109,47	84 936 569
To sengeposter blir igjen i Nordfly, brutto årsverk 2019		66,64	51 705 243
Kostnad 4 postverter			4 252 314
Totalt alternativ 2			140 894 126
Diff 943 mill kr vs 1 082 mill kr			-9 670 170

* = EFO står for Ekstravakt, Forskjøvet vakt, Overtid.

Årsverk inkludert EFO (=brutto årsverk) inkluderer også ferievikarutgifter, kostnader for innleie av sykevikarer, ekstrahjelp, osv.

I B3A var driftsgevinst for sengeposter beregnet til totalt 18 millioner kroner. Hovedsakelig er gevinsten knyttet til antall årsverk som kreves for å drifte 5 sengeposter av varierende størrelse i dagens Nordfløy versus tre store sengeposter i nybygg. I løsningen til 943 millioner kroner vil tre av dagens sengeposter samles på to etasjer i nybygg. Ved investering på 1 082 millioner kroner vil de siste to sengepostene samles i en etasje. Ved løsning til 943 millioner kroner bortfaller dermed over halve gevinstpotensialet.

I tillegg til driftsgevinst for sengeposter vil bortfall av planlagte forbindelser (kulvert og heis) mellom sengebygg og Bygg 53 Moflata/Bygg 54 reduserer mulighet for effektiv logistikk til nytt sengebygg. Merkostnad for portørtjeneste og varetransport er beregnet til ca 1 million kroner.

Sum bortfall av årlige driftsgevinster ved løsning til 943 millioner kroner = 10,7 millioner kroner

Investeringer og fremtidig utvikling:

Et valg av nedskalert løsning vil medføre et høyere fremtidig investeringsbehov for foretaket i perioden etter USS enn den anbefalte løsningen.

Dersom den tredje etasjen utelates, må ytterligere ett bygg etableres på et senere tidspunkt for å kunne flytte resterende senger fra Nordfløy. Nordfløy må tømmes i sin helhet for at bygget skal kunne rehabiliteres og senere fylles med poliklinisk aktivitet og dagbehandling.

Dette vil også begrense fremtidig ekspansjonsmuligheter på tomten, noe som vil gjøre det vanskelig å finne gode løsninger for en nødvendig økning av operasjonskapasiteten i Skien. Evakuering av Porsgrunn og samlokalisering av poliklinikker og operasjonsaktivitet i Skien er et sentralt element i den langsiktige utviklingsplanen for Sykehuset Telemark. En nedskalert løsning vil medføre en senere utflytting av Nordfløy med en tilhørende forsinket realisering av fremtidige gevinster (driftsgevinster, salg av bygningsmasse i Porsgrunn, m.m.) som er identifisert ved en samling av den somatiske aktiviteten i Skien, sammenliknet med anbefalt løsning.

Kvalitet og pasientopplevelse:

I nedskalert løsning med kun to sengeetasjer vil flere pasienter måtte ligge på flersengsrom i gammel sengefløy med dusj og toalett på gang. Dette øker risiko for sykehuspåførte infeksjoner og brudd på konfidensialitet. Lokalene har dårlig inneklima.

Nedskalert løsning har ikke ny forbindelse (kulvert og heis) mellom sengebygg og Bygg 53 Moflata/Bygg 54. Dette vil bety fortsatt lang pasienttransport i seng i gamle, trafikkerte transportkulverter hvor det også transporteres avfall, mat og forsyningsvarer. I nytt kreftsenter vil all sengetransport av pasient og øvrig logistikktransport (avfall/mat/forsyningsvarer) passere gjennom inngangsparti/publikumsareal.

2.4 Økonomiske vurderinger

Økt kapitalkostnad og kvalitetssikrede gevinstberegninger

Sykehuset har i konseptfasen steg 2 beregnet økonomiske konsekvenser av en økt ramme for prosjektet. Økningen er beregnet å gi en årlig merkostnad (avskrivninger og finans) på 7 millioner kroner.

Det er videre gjort kvalitetssikring av gevinstberegningene for de ulike delene av utbyggingen. Strålesenteret bidrar isolert sett med en negativ gevinst (økt årlig kostnad) for foretaket. Sykehuset har kvalitetssikret denne kostnaden sammen med ressurser i HSØ og ser at den negative gevinsten er 3 millioner kroner lavere enn forutsatt ved B3A beslutningen. Øvrige gevinster knyttet til akuttsenter og sengebygg er ikke endret gjennom arbeidet i konseptfasens steg 2.

Redusert årlig kostnad ved strålesenteret gir positiv effekt på sykehuset økonomi og dermed bæreevne i både anbefalt og nedskalert løsning. Den økte rammen med tilhørende avskrivninger og rentekostnader i anbefalt løsning gir isolert sett en svekket økonomi og bæreevne for sykehuset. Netto effekt av å gjennomføre prosjektet med ny ramme (1 082 millioner kroner) betyr en årlig kostnadsøkning på 4 millioner kroner sammenliknet med prosjektet slik det fremstod i B3A beslutningen.

Bæreevne for foretaket

Sykehuset har i økonomisk langtidspan lagt til grunn en resultatbane som skulle sikre bæreevne for foretaket inklusiv de økte kostnadene som følger av USS slik det var beregnet i B3A. Som en følge av de endringer som er gjort i investeringsramme og beregnede (negative) gevinster ved strålesenteret har sykehuset gjort en ny vurdering av bæreevne og behov for driftseffektiviseringer som følger av de nye forutsetningene. Beregninger viser at sykehuset vil kunne absorbere den årlige kostnadsøkningen (4 millioner kroner) innenfor den buffer som er lagt i ØLP 2021-2024 og at sykehuset har bæreevne også for prosjektet med utvidet ramme.

Det er imidlertid klart at buffer med utvidet ramme vil bli redusert og at risiko i ØLP følgelig øker noe. Dette understreker betydningen av at sykehuset gjennomfører planlagt forbedringsarbeid og også ser etter ytterligere muligheter og områder for forbedring fremover, for å sikre bærekraft etter gjennomføring av USS.

Anbefalt løsning har årlige driftsgevinster som er 10,7 millioner kroner høyere enn nedskalert og vil følgelig ha bedre bærekraft også etter at konsekvensene av økt kapitalkostnad (7 millioner kroner) er inkludert.

3. Administrerende direktørs anbefaling

For å optimalisere foretakets bærekraft og samtidig legge til rette for god gevinstrealisering, god pasientsikkerhet og ikke minst ivareta fremtidige utviklingsmuligheter anbefaler administrerende direktør at løsningsforslag til 1 082 millioner kroner fremlegges som «Anbefalt konsept» til B3 beslutning i Helse Sør-Øst.

Dette innebærer at Sykehuset Telemark vil be styret i Helse Sør-Øst om en økning av rammen for prosjekt Utbygging somatikk Skien til 1 082 millioner kroner (P50). Rammen vil fortsatt være innenfor foretakets langsiktige fordring på Helse Sør-Øst.

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	16.09.2020

Type sak (sett kryss)							
Beslutning		Etterretning	X	Orientering		Tema	

Sak: 056 – 2020

Reviderte krav og oppdrag for 2020 fra Helse Sør-Øst RHF

Hensikten med saken

Det ble avholdt foretaksmøte for Sykehuset Telemark HF 25. juni 2020.

Saken legges frem for styret i Sykehuset Telemark HF for å gjøre styret kjent med nye styringsbudskap fra eier.

Forslag til vedtak

Styret tar reviderte og nye styringsbudskap for 2020, slik disse fremgå i *protokoll fra foretaksmøte i Sykehuset Telemark HF 25. juni 2020*, til etterretning.

Skien, 3. september 2020

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

I protokoll fra foretaksmøte 25. juni 2020, sak 3 Reviderte krav og oppdrag for 2020, har Helse Sør-Øst RHF gjort endringer i styringsbudskap for 2020 med bakgrunn i koronapandemien.

Sykehuset Telemark HF har tatt nye og endrede styringsbudskap gitt i foretaksmøte inn virksomhetsplanleggingen for 2020.

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Styringsbudskapene inngår i det helhetlige oppdraget Sykehuset Telemark HF har ansvar for å gjennomføre. Protokoll fra foretaksmøtet er lagt ved som vedlegg til denne saken.

Alle styringskrav vurderes av Sykehuset Telemarks HF og operasjonaliseres i virksomhetsplanleggingen for 2020. Dette gjelder også de styringsbudskapene som kommer i løpet av året. Det forutsettes at tilsvarende prosesser med operasjonalisering av styringskrav gjøres i klinikkene og stabene.

I Oppdrag og bestilling 2020 fra Helse Sør-Øst RHF til helseforetakene og de private ideelle sykehusene er det meldt at det vil bli utarbeidet et tilleggsdokument til oppdrag og bestilling for 2020, som gir oversikt over nye styringsbudskap fra Helse Sør-Øst RHF, og at dette vil bli oversendt helseforetakene og de private ideelle sykehusene i august. Som følge av den ekstraordinære situasjonen, har Helse Sør-Øst RHF vurdert det som mer hensiktsmessig å gjennomføre foretaksmøter i juni med helseforetakene, for å formidle endringer i Oppdrag og bestilling 2020.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Saken legges frem for styret i sykehuset Telemark HF for å gjøre styret kjent med endrede og nye styringsbudskap fra eier. Med henvisning til protokoll fra foretaksmøtet i Sykehuset Telemark HF 25. juni 2020 anbefaler administrerende direktør at styret tar reviderte styringsbudskap for 2020 for Sykehuset Telemark HF etterretning.

Vedlegg:

Protokoll fra foretaksmøte 25. juni 2020

**PROTOKOLL
FRA
FORETAKSMØTE I SYKEHUSET TELEMARKE HF**

Torsdag 25. juni 2020 klokken 17:00 ble det avholdt foretaksmøte i Sykehuset Telemark HF. Møtet ble gjennomført digitalt som felles foretaksmøte for helseforetakene i Helse Sør-Øst.

Dagsorden:

1. Foretaksmøtet konstitueres
2. Dagsorden
3. Reviderte krav og oppdrag for 2020

Til stede var:

Helse Sør-Øst RHF, 100 % eier av foretaket, representert ved styreleder Svein Gjedrem, som også ledet møtet.

I tillegg møtte fra administrasjonen i Helse Sør-Øst RHF:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus

Eierdirektør Tore Robertsen, som også førte protokollen

Fra styret i Sykehuset Telemark HF møtte:

Styreleder Per Anders Oksum

I tillegg møtte fra administrasjonen i Sykehuset Telemark HF:

Administrerende direktør Tom Helge Rønning

Foretakets revisor var varslet i samsvar med helseforetaksloven.

Riksrevisjonen var varslet i samsvar med riksrevisjonsloven.

Sak 1: Foretaksmøtet konstitueres

Som øverste eiermyndighet og møteleder ønsket styreleder Svein Gjedrem velkommen og spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Styreleder Per Anders Oksum ble valgt til å godkjenne protokollen sammen med møteleder.

Foretaksmøtet vedtok:

Innkallingen godkjennes. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Sak 2: Dagsorden

Styreleder Svein Gjedrem spurte om noen hadde merknader til den utsendte dagsorden. Det var ingen merknader til dagsorden.

Foretaksmøtet vedtok:

Dagsorden godkjennes.

Sak 3: Reviderte krav og oppdrag for 2020

Med bakgrunn i reviderte krav og oppdrag for 2020 gitt i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 10. juni 2020, gjøres korrigeringer og presiseringer i Oppdrag og bestilling 2020 for Sykehuset Telemark HF.

Det vises til tidligere foretaksmøter som er holdt etter utbruddet av covid-19. På grunn av utbruddet av covid-19 har helseforetakene vært nødt til å prioritere beredskap og håndtering av den aktuelle situasjonen. Selv om situasjonen nå er under kontroll, og alle helseforetakene har planer for å håndtere utbruddet av covid-19 videre, er helseforetakene fortsatt i en beredskapssituasjon.

Det legges til grunn at håndteringen av covid-19 utbruddet vil påvirke helseforetakenes evne til å nå mål og gjennomføre oppdrag for 2020. Helse Sør-Øst RHF anerkjenner at håndteringen av covid-19 utbruddet vil kunne påvirke måloppnåelse og gjennomføring også for styringsbudskap som ikke er endret.

Det understrekes at de overordnede målene for spesialisthelsetjenesten gjelder, selv om enkelte konkrete mål for 2020 endres. Målet om å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen er særlig viktig i en situasjon der aktiviteten har gått ned grunnet covid-19 utbruddet. Det vises til foretaksmøtet 28. april 2020, der helseforetakene ble bedt om å starte opptrapping til mer normalt drift i helseforetakene i tråd med etablerte prioriteringskriterier.

Økonomiske krav og rammer

I Oppdrag og bestilling 2020 stilles krav om å innrette virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som gjelder for 2020. Helse Sør-Øst RHF har merket seg den økonomisk utviklingen i helseforetakene hittil i år. Det vises til revidert nasjonalbudsjett (jf. Prop. 117 S (2019-2020)) som styrker sykehusene med midler knyttet til virusutbruddet.

Tildelingen skal bidra til at helseregionene kan håndtere de økonomiske konsekvensene som følge av virusutbruddet og trappe opp igjen til mer normal pasientbehandling samtidig som beredskapsplanlegging, bemanningssituasjonen og smittevern hensyn ivaretas. I styremøte 1. juli 2020 vil styret i Helse Sør-Øst RHF ta stilling til fordelingen av midler til det enkelte helseforetak.

Situasjonen er fremdeles usikker og Helse Sør-Øst RHF vil følge utviklingen fremover.

Korrigeringer og presiseringer av styringsbudskap i Oppdrag og bestilling 2020

I foretaksmøte 10. juni 2020 for Helse Sør-Øst RHF ble det gjort en del endringer og presiseringer i styringsbudskapene til det regionale helseforetaket. Noen av disse er også relevante for krav til helseforetaket fra Helse Sør-Øst RHF gitt i Oppdrag og bestilling 2020:

- Mål 2020 om at gjennomsnittlig ventetid i 2020 skal reduseres sammenliknet med 2019 bortfaller.
- Mål 2020 om å overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2019 (passert planlagt tid) bortfaller.
- Mål 2020 om å øke andelen planlagte episoder med tildelt time, målt ved indikatoren planleggingshorisont, avgrenses til å gjelde andre halvår 2020 sammenliknet med andre halvår 2019. Tidligere stilt krav om at det skal være planleggingshorisont for bemanning og timetildeling på poliklinikker på minst 6 måneder gjelder fortsatt.
- Mål 2020 om at andel enheter med godt sikkerhetsklima i et helseforetak skal være minst 75 prosent opprettholdes som et langsiktig mål, men krav om rapportering til Helse Sør-Øst RHF utgår for 2020.
- Det vises til oppdrag om å utarbeide en plan for ParkinsonNet og starte en nasjonal iverksetting i 2020. Arbeidet videreføres i Oslo og Rogaland. Plan for ytterligere innføring av ParkinsonNet i de fire helseregionene skal utarbeides innen utgangen av 2020. Det skal tas sikte på å innføre modellen i flere helseforetak innen 30. juni 2021.
- Det vises til at Helse Sør-Øst RHF er bedt om å utarbeide regional utviklingsplan innen utgangen av 2022 og at arbeidene med de lokale utviklingsplanene må tilpasses dette. Slik det fremgår av Oppdrag og bestilling 2020, skal de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Midt-Norge RHF, gjennomføre en revisjon av veilederen for arbeidet med utviklingsplaner. Fristen for revisjon av veilederen for utviklingsplaner er nå satt til 1. november 2020.

Følgende styringsbudskap fra Oppdrag og bestilling 2020 får nye rapporteringsfrister:

- Inkluderingsdugnaden – helseforetakene skal rapportere på status for sitt arbeid med inkluderende rekruttering i årlig melding 2020, mens ny frist for sluttrapportering for lokale forsøk/piloter settes til 1. mai 2021.
- Oppfølging av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring – ny rapporteringsfrist settes til 1. september 2020.

Nye styringsbudskap

Pakkeforløp psykisk helsevern og TSB

Annen oppgave 2020

- Det vises til SINTEFs første rapport for evaluering av pakkeforløpene i psykisk helse og rus. Helseforetakene skal legge funnene i rapporten til grunn for videreutvikling av arbeidet med registrering og tekniske løsninger knyttet til pakkeforløpene. Helseforetakene skal også sørge for at brukerrepresentanter og erfaringskonsulenter involveres i forbedringsarbeidet og implementeringen av pakkeforløpene.

Tjenestetilbud til fødende

Annen oppgave 2020

- Helseforetaket skal følge opp kompetanse- og ressursbehov dokumentert i rapporten «*Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem*» i utvikling av fødetilbudet.

IKT-utvikling og digitalisering

Det er viktig at de regionale helseforetakenes planer for strukturert journal understøtter målbildet for helhetlig samhandling, jf. målene i *Én innbygger – én journal*. Det foreligger ulike planer for overgang til strukturert journal og det er derfor behov for å utarbeide en felles strategi for strukturert journal, herunder anbefaling om nivå på strukturering, bruk av felles standardisert språk og prioriterte fagområder. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helse Midt-Norge i oppgave å lede dette arbeidet.

Annen oppgave 2020

- Helseforetakene skal gjennomføre tiltak som har dokumentert effekt på kapasitetsutnyttelse og unødvendig venting innen poliklinisk behandling. Det legges til grunn at disse tiltakene gjennomføres for all poliklinisk behandling, med mindre særskilte forhold tilsier noe annet. Det tas et generelt forbehold om at beredskapsarbeidet kan forsinke eller forstyrre gjennomføringen av tiltakene. Sykehuspartner HF skal understøtte helseforetakenes arbeid med implementering av tiltakene. Tiltakene skal bl.a. inkludere:
 - Innføring og bruk av digitale skjemaer og verktøy for å innhente nødvendig informasjon fra pasientene før oppmøte til time.

- Ta i bruk video- og telefonkonsultasjoner med sikte på opprettholde omfanget av slike konsultasjoner etter hvert som aktiviteten normaliseres.
- Fastsettelse av måltall ved det enkelte helseforetak for bruk av digitale skjemaer, video- og telefonkonsultasjon og digital hjemmeoppfølging.

Håndtering av covid-19

De regionale helseforetakene skal i samarbeid utarbeide et harmonisert nasjonalt internopplæringsprogram for sykepleie i intensivbehandling av covid-19 pasienter. Internopplæringsprogrammet skal bestå av læringsmål for denne typen intensivbehandling. Frist for ferdigstilling er 1. oktober 2020. Helseforetakene skal tilpasse sine opplæringsprogrammer i forhold til dette når det foreligger.

Det vil bli lagt fram en beredskapsplan for smitteverntiltak ved økt smittespredning under covid-19-pandemien. Beredskapsplanen er nasjonal, men skal som beslutningsverktøy også kunne anvendes lokalt og regionalt for å sikre riktige tiltak på rett nivå og til rett tid. I beredskapsplanen inngår en omtale av ansvarsforhold og beslutningsnivå, overvåking av smittesituasjonen og aktuelle tiltak.

Helseforetakene skal bidra i arbeidet med å følge opp beredskapsplanen for smitteverntiltak ved økt smittespredning under covid-19-pandemien.

Møtet ble hevet klokken 17:13.

Hamar, 25. juni 2020.

styreleder Svein Gjedrem
Helse Sør-Øst RHF

styreleder Per Anders Oksum
Sykehuset Telemark HF

Protokollen er elektronisk godkjent og har derfor ikke håndskrevne signaturer

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	16. september 2020

Type sak (sett kryss)							
Beslutning		Etterretning	X	Orientering		Tema	

Sak: 057 - 2020

Presentasjon av sluttrapport etter konsernrevisjon av varsling ved STHF

Hensikten med saken

HSØ har i løpet av våren 2020 gjennomført en konsernrevisjon for å undersøke om helseforetaket har etablert en hensiktsmessig ordning for å varsle om kritikkverdige forhold, som ivaretar lovkrav og legger til rette for god håndtering av varsling.

Konsernrevisjonen vil presentere sluttrapporten for styret i STHF den 16.09.20. Etter konsernrevisjonen sin vurdering vil verdien av varslingsordningen øke dersom Sykehuset Telemark HF forenkler varslingsrutinen og sørger for at arbeidstakerne er gjort kjent med rutinen. En forutsetning er sterkere forankring av ordningen. Basert på konsernrevisjonens undersøkelse presenteres sykehuset for følgende konklusjonen:

- Varslingsordningen er ikke godt nok forankret og integrert i det samlede styringssystemet
- Skriftlig varslingsrutine gir god støtte til varslingsprosessen, men rutinen bør forenkles med avklarte roller
- Tekniske løsninger legger ikke godt nok til rette for å varsle og saksbehandle et varsel
- Økt bevissthet og kompetanse vil gjøre det tryggere å varsle og bidra til at flere sier fra om kritikkverdige forhold

Administrerende direktørs anbefaling

Sluttrapporten ble presentert for ledergruppen 01.09.20. Ledergruppens anbefaling er å prioritere følgende områder for forbedring:

- Rapporteringssløyfer som bidrar til forankring og god implementering.
- Forenkling av prosedyrer og policy
- Rolleavklaring
- Tekniske løsninger som legger til rette for varsling og saksbehandling
- Opplæring knyttet til de ulike rollene i varslingsarbeidet

Det igangsettes et forbedringsarbeidet som ledes av HR avdelingen. Tidligere i år ble det gjort endringer både når det gjelder varslingsutvalgets leder og dets medlemmer for å unngå habilitetskonflikter i forhold til HR sin rolle i vanskelige personalsaker.

Forslag til vedtak

Styret tar saken til etterretning.

Skien, 8. september 2020

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg:

- Konsernrevisjonen - Rapport 4/20
- Revisjonsrapport 4/2020 Varsling - system for å håndtere varsler og kritikkverdige forhold

Sykehuset Telemark HF

Att. Styret v/styreleder
Administrerende direktør

Vår referanse:

15/00276-22

Deres referanse:

Dato:

10.07.2020

Saksbehandler:

Signe Sagabraaten, + 47 416 90 503

Oversendelse av revisjonsrapport

Vedlagt følger rapport 4/2020 fra revisjon *Varsling – system for å håndtere varsler om kritiskeverdige forhold* ved Sykehuset Telemark HF. Rapporten sendes styret som overordnet ansvarlig for helseforetakets styring og kontroll og til administrerende direktør som har det utøvende ansvaret.

Vi ber med dette om at rapporten legges frem som sak i helseforetakets styre. Styret tar stilling til når administrerende direktør skal legge frem handlingsplan for å følge opp revisjonen.

Det anbefales at administrerende direktør benytter revisjonsrapporten i helseforetakets forbedringsarbeid, og forsikrer seg om at tiltaksarbeidet blir iverksatt og gjennomført i tråd med føringer gitt av eier i oppdrag- og bestillingsdokumentet.

Det forventes at helseforetaket i forbindelse med utarbeidelse av tiltak til forbedring sikrer involvering av medarbeidere i tråd med vedtatte prinsipper i foretaksgruppen.

Dersom noe er uklart, vennligst ta kontakt med Signe Sagabraaten på tlf 416 90 503 eller på e-post signe.sagabraaten@helse-sorost.no.

Med vennlig hilsen

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst



Espen Anderssen

konsernrevisor



Signe Sagabraaten

interrevisor

Vedlegg: Revisjonsrapport 4/2020

Kopi: Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF

● **Konsernrevisjonen**

● **Rapport 4/2020**

● **Varsling – system for å håndtere varsler om
kritikkverdige forhold**

● **Sykehuset Telemark HF**

● 10. juli 2020



Introduksjon

Varsling i arbeidslivet er at en arbeidstaker sier ifra om et kritikkverdige forhold på egen arbeidsplass. For å kunne forebygge, avdekke og håndtere kritikkverdige forhold må helseforetaket ha etablert en god varslingsordning. Ordningen må gi trygghet for å kunne varsle. Undersøkelser indikerer at halvparten av alle arbeidstakere som opplever kritikkverdige forhold velger å ikke varsle. En av fire som varsler opplever negative reaksjoner etter å ha varslet.

Målet for revisjonen har vært å undersøke om helseforetaket har etablert en hensiktsmessig ordning for å varsle om kritikkverdige forhold, som ivaretar lovkrav og legger til rette for god håndtering av varsling.

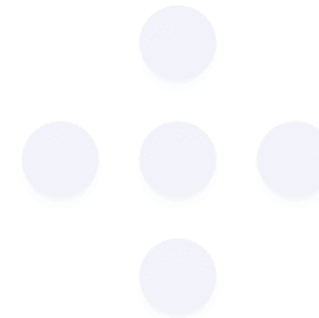
For å undersøke dette har vi definert følgende problemstillinger:

- Har helseforetaket lagt til rette for en god håndtering av kritikkverdige forhold i tråd med arbeidsmiljølovens bestemmelser og grunnleggende prinsipper for god saksbehandling?
- Har helseforetaket lagt til rette for en varslingsprosess som ivaretar de berørte i tråd med arbeidsmiljølovens bestemmelser og grunnleggende prinsipper for god saksbehandling?
- Har helseforetaket etablert en varslingsordning med en hensiktsmessig fordeling av ansvar og oppgaver som sikrer nødvendig kompetanse ved håndtering av varsling?
- Har helseforetaket utarbeidet varslingsrutiner tilpasset virksomheten og som beskriver en formålstjenlig varslingsprosess?

Revisjonen er gjennomført ved Sykehuset Telemark HF i tidsrommet februar – juni 2020. Gjennomføringsperioden ble utvidet i dialog med helseforetaket som følge av koronasituasjonen.

Innhold

1. Konklusjoner og anbefalinger	4
2. Kontekst	8
3. Tilnærming og omfang	9
4. Varslingsordningen - del av det samlede styringssystemet	12
5. Skriftlige varslingsrutiner	16
6. Tekniske løsninger for å varsle og håndtere varsel	23
7. Kompetanse og bevisstgjøring	26
8. Modenhetsvurdering	29
Vedlegg 1	32
Vedlegg 2	33
Vedlegg 3	35
Vedlegg 4	36



1. Konklusjoner og anbefalinger

1.1 En bedre kjent varslingsordning med forenklete rutiner vil øke verdien for helseforetaket

Varslingsordningen skal bidra til å skape trygghet slik at ansatte kan varsle om kritikkverdige forhold. Ved å se på varsling som en verdi skal helseforetaket legge til rette for et godt ytringsklima på arbeidsplassen, utarbeide rutiner for varsling og undersøke og følge opp varselet innen rimelig tid. Helseforetaket har også ansvar for å verne varslernes identitet, og sørge for at den som varsler og den/de det varsles om har et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Den som varsler skal ikke bli utsatt for gjengjeldelse.

Sykehuset Telemark HF har etablert en varslingsordning og utarbeidet skriftlige rutiner for varsling. De styrende dokumentene beskriver på en god måte viktigheten av åpenhet og et godt ytringsklima. Helseforetaket synes å ta tak i ytringer om påståtte kritikkverdige forhold innen rimelig tid, og håndtere sakene på lavest mulig nivå. Det er god bevissthet om kompleksiteten knyttet til undersøkelser av varslingsaker.

Varslingsutvalget i helseforetaket har behandlet fire saker etter at det ble etablert høsten 2018. Alle sakene er knyttet til arbeidsmiljøutfordringer. Konsernrevisjonen vurderer at dette antallet er relativt lavt tatt i betraktning antall ansatte i helseforetaket. Helseforetaket har ikke samlet oversikt hvor mange varslingsaker som er behandlet av linjen. Det fremkommer i intervjuer at mange er usikre på «hva det skal varsles om» og «hva er et varsel». Fra helseforetaket stilles det også spørsmål ved om terskelen for å varsle saker er for høy og om kompetansen for å forstå hva som er en varslings sak er for lav i organisasjonen. Det pekes på at det trolig er «mørketall» ved varslingen. Varslingsutvalget opplever at det er krevende å definere hva som er kritikkverdige forhold. Helseforetaket stiller selv spørsmål om det kan finnes saker innen eksempelvis miljøkriminalitet,

økonomisk kriminalitet og kritikkverdig yrkesutøvelse som burde vært meldt inn.

I denne revisjonen har vi undersøkt om helseforetaket har etablert en hensiktsmessig ordning for å varsle om kritikkverdige forhold, som ivaretar lovkrav og legger til rette for god håndtering av varsling. Revisjonen har omfattet styret, linjeledelse, varslingsutvalg, ulike støtte- og rådgivningsfunksjoner, samt verneombud og tillitsvalgte.

Revisjonen viser at helseforetaket har igangsatt et arbeid med å oppdatere de interne varslingsrutinene i tråd med endringene i arbeidsmiljøloven. De nye bestemmelsene om varsling trådte i kraft den 1. januar 2020. Helseforetaket er også i ferd med å utvikle et helhetlig HMS-system.

Etter vår vurdering vil verdien av varslingsordningen øke dersom helseforetaket forenkler varslingsrutinen og sørger for at arbeidstakerne er gjort kjent med rutinen. En forutsetning er sterkere forankring av ordningen. Basert på våre undersøkelser begrunnes konklusjonen med følgende:

- Varslingsordningen er ikke godt nok forankret og integrert i det samlede styringssystemet
- Skriftlig varslingsrutine gir god støtte til varslingsprosessen, men rutinen bør forenkles med avklarte roller
- Tekniske løsninger legger ikke godt nok til rette for å varsle og saksbehandle et varsel
- Økt bevissthet og kompetanse vil gjøre det tryggere å varsle og bidra til at flere sier fra om kritikkverdige forhold

Varslingsordningen er ikke godt nok forankret og integrert i det samlede styringssystemet

Oppmerksomhet og eierskap til varslingsordningen fra øverste nivå i organisasjonen er en viktig erklæring om helseforetakets verdigrunnlag. Konsernrevisjonens vurdering er at helseforetaket har behov for et tydeligere eierskap til ordningen, og at det bør etableres rutiner som bidrar til at varsling inngår i grunnlaget for systematisk rapportering og oppfølging av virksomheten.

I tråd med god praksis bør varslingsordningen godkjennes av helseforetakets administrerende direktør, og styret bør være orientert om ordningen. Varsling bør inngå i helseforetakets helhetlige HMS-system med planer, systematiske risikovurderinger og jevnlig rapportering. Informasjon bør tilflyte ledelsen og styret, og inngå i helseforetakets plan- og oppfølgingsprosesser. Varslingsordningen vil på denne måten være en informasjonskilde i arbeidet med kontinuerlig forbedring.

Skriftlig varslingsrutine gir god støtte til varslingsprosessen, men rutinen bør forenkles med avklarte roller

Helseforetakets varslingsrutine omhandler de viktigste prinsippene for å motta, behandle og følge opp varsling. Minimumskravene i varslingsbestemmelsene er ivaretatt. For å bidra til en mer forutsigbar prosess og sikre likebehandling og sporbarhet, er det behov for noe mer veiledning innen enkelte områder, samt å forenkle beskrivelsen av rutinen. Varslingsrutinen er i dag beskrevet på tvers av flere dokumenter. Dette omfatter en veileder om åpenhetskultur og yringsklima, en retningslinje om varsling, en prosedyre for saksbehandling og et varslings skjema. Helseforetaket bør vurdere å slå sammen dokumentene og sørge for en mer strukturert fremstilling slik at arbeidstakerne enklere kan sette seg inn i rutinen. I tillegg vil en nærmere beskrivelse av enkelte aktiviteter, herunder forventninger til dokumentasjon av saksbehandlingen, styrke tilliten til ordningen.

Roller og ansvar beskrives ikke eksplisitt i rutinen, men som en del av saksgangen. Det er etter vår vurdering behov for å formalisere og tydeliggjøre roller og ansvar for de ulike funksjonene i varslingsordningen. Alle sentrale roller bør beskrives, herunder støtte- og rådgivningsfunksjoner samt styret og ledelsens rolle. For å bidra til at varslingsordningen kan representere en verdi, bør helseforetaket vurdere om organisasjonen selv kan tilby en potensiell varslers en objektiv og uavhengig part for å søke råd og veiledning, eller om dette er en funksjon som best kan ivaretas av en ekstern aktør.

Tekniske løsninger legger ikke godt nok til rette for å varsle og saksbehandle et varsel

Gode tekniske løsninger er viktig for en sikker, trygg og effektiv håndtering av yringer om påståtte kritikkverdige forhold. Det er avgjørende for tilliten til ordningen. Etter konsernrevisjonens samlede vurdering legger de tekniske løsningene i helseforetaket ikke godt nok til rette for å varsle og håndtere varsel. Løsninger for dokumenthåndtering, tilgangsstyring og sletting av personopplysninger skaper usikkerhet om rettssikkerheten og personvernet er tilfredsstillende ivaretatt.

Det er behov for å konkretisere hvor og hvordan saksbehandlingen skal dokumenteres ved hjelp av tekniske løsninger, også for å sikre etterprøvbare. Tilgangsstyringen må sikre at varslers identitet ikke blir kjent i større grad enn nødvendig, samtidig som helseforetaket må kunne fremskaffe en helhetlig oversikt over varslings sakene. Helseforetaket bør vurdere å legge til rette for kryptert dialog med de som ønsker å varsle anonymt. Videre bør helseforetaket også vurdere om det skal etableres en løsning for varsling fra eksterne.

Økt bevissthet og kompetanse vil gjøre det tryggere å varsle og bidra til at flere sier fra om kritikkverdige forhold

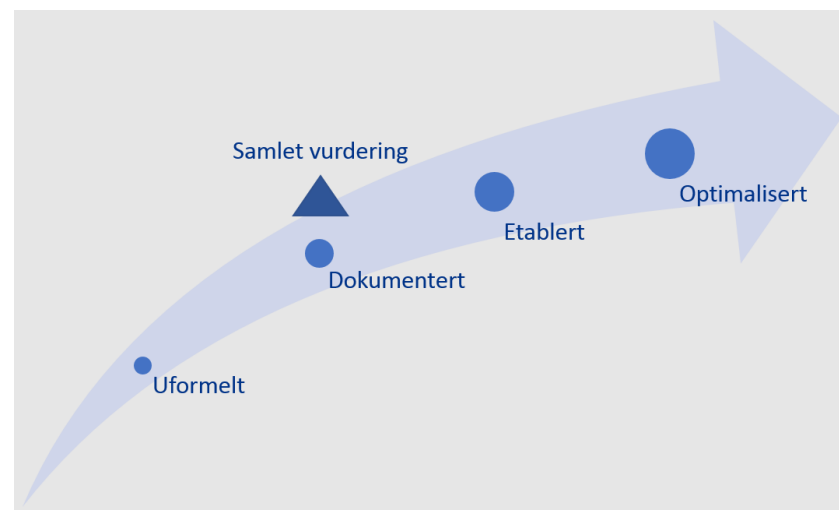
Troverdig håndtering av yringer om påståtte kritikkverdige forhold forutsetter tilstrekkelig kompetanse. Opplæringen innen varsling er i Sykehuset Telemark HF i hovedsak begrenset til grunnkurs i HMS for verneombud, tillitsvalgte og

ledere. Opplæringen er rettet mot arbeidsmiljøloven og varsling generelt. Etter vår vurdering er det behov for å definere kompetansebehovet for ulike roller, slik at opplæringen kan tilpasses de ulike målgruppene. Opplæring innen varsling bør i større grad relateres til helseforetakets varslingsordning og knyttes mot opplæring i etiske retningslinjer og HMS-området. Endringer i den etablerte ordningen bør løpende formidles i faste møtearenaer.

Varslingsordningen er ikke godt nok kjent blant de ansatte og innleide i helseforetaket. Dette øker den iboende risikoen for at kritikkverdige forhold ikke blir avdekket og utbedret. I tillegg til mer organisert opplæring og informasjon, er det etter vår vurdering behov for å gjøre det enklere å finne informasjon om ordningen og de styrende dokumentene på intranettet. En lett synlig «knapp» på intranettet og en varslingsplakat oppslått på steder der arbeidstakerne oppholder seg, vil gi tydelige signaler om at helseforetaket ønsker at ansatte og innleide skal varsle om kritikkverdige forhold.

1.2 Modenhet

Konsernrevisjonen vurderer at den samlede modenheten av ordningen i dag ligger på nivå 2 av 4 nivåer. De styrende dokumentene dekker i dag de grunnleggende forventningene i arbeidsmiljølovens bestemmelser. Enkelte deler holder et nivå i tråd med beste praksis. Konsernrevisjonen vurderer at alle helseforetak bør være på nivå 3 eller 4.



Figur 1: Modenhet i utforming av varslingsordningen

1.3 Anbefalinger

For å bidra til at varslingsordningen blir et verktøy for å avdekke og rette opp i kritikkverdige forhold så tidlig som mulig, har konsernrevisjonen følgende anbefalinger:

- Varslingsordningen bør forankres i styret og ledelsen og integreres i det samlede styringssystemet i helseforetaket. Målet vil være et tydelig eierskap til en varslingsordning som blir sett på som en verdi i organisasjonen. Ordningen er en del av helseforetakets jevnlige rapportering, risikostyring og systematiske HMS-arbeid.
- Varslingsrutinen bør forenkles slik at den gir trygghet og forutsigbarhet for en potensiell varsler, og samtidig nødvendig støtte ved saksbehandling av mottak, behandling og oppfølging av varslings. Målet vil være en beskrivelse med avklarte roller og ansvar, og med en struktur og fremstilling som gir råd og veiledning for å kunne ivareta både aktivitets- og omsorgsplikten.
- Helseforetaket bør vurdere å etablere tekniske løsninger slik at grunnleggende prinsipper for saksbehandling, herunder arkivering, oppbevaring og sletting av personopplysninger, blir tilfredsstillende ivaretatt. Målet vil være å sikre etterprøvnbarhet i saksbehandlingen og et system som ivaretar rettssikkerheten og personvernet til de berørte.
- Opplæring og kommunikasjon bør styrkes slik at varslingsordningen er godt kjent blant de ansatte og innleide, og at helseforetaket har tilstrekkelig kompetanse til å håndtere varslings på en god måte. Målet vil være at varslingsordningen er lett tilgjengelig og at systematisk opplæring og informasjon er tilpasset ulike roller.

2. Kontekst

2.1 Åpenhet og ytringsfrihet

Helseforetakene har ansvaret for å levere gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det. Det er viktig at arbeidstakernes ytringer kan bidra til innsyn og åpenhet om pasientbehandling, arbeidsmiljø og drift av helseforetakene. Gode varslingsordninger bidrar til en åpen ytringskultur og gir muligheter til å håndtere og følge opp kritikkverdige forhold. Vissheten om en troverdig håndtering av varslingssaker har en forebyggende virkning og øker samtidig sannsynligheten for at kritikkverdige forhold blir rapportert.

2.2 NOU 2018:6 Varsling – verdier og vern

Varslingsutvalgets utredning om varsling i arbeidslivet konkluderer med at varsling er en verdi, ikke et problem. Varslere som er tilstede i virksomheten kan lettere få kjennskap til kritikkverdige forhold, enn hva revisjoner og tilsyn kan. Utvalgets hovedfunn er at varsling har størst verdi der varselet blir tatt på alvor, varsleren blir tatt vare på, og hvor det iverksettes adekvate prosesser umiddelbart. Prosessene må avklare om det foreligger kritikkverdige forhold, og eventuelle kritikkverdige forhold må bringes til opphør.

En god håndtering av en varslingssak bør ha som mål at både varsleren og den omvarslede fortsetter i virksomheten i etterkant. Det blir derfor svært viktig at sakene løses på lavest mulig nivå. Særlig gjelder det varsel som omhandler organisatoriske prosesser og som kan ramme det psykososiale arbeidsmiljøet. Det er dette det varsles mest om, ifølge NOU-en.

2.3 Nytt varslingsregelverk legger mer ansvar på arbeidsgiver

1. januar 2020 trådte endringer i regelverket for varsling i arbeidslivet i kraft. Endringer i arbeidsmiljøloven § 2 A legger mer ansvar på arbeidsgiveren, blant annet om hva arbeidsgiver har plikt til å foreta seg i forbindelse med varsling.

Arbeidsgiver har ikke bare plikt til å motta og registrere varsel, men også til å undersøke og følge opp varselet. Det er et krav at dette skal gjøres «innen rimelig tid» (arbeidsgivers «aktivitetsplikt»). Samtidig har arbeidsgiver en særlig plikt til å påse at den som har varslet har et fullt forsvarlig arbeidsmiljø (arbeidsgivers «omsorgsplikt»). Arbeidsgiver har ansvar for at virksomheten har rutiner for intern varsling. Arbeidstakerne skal oppfordres til å varsle om kritikkverdige forhold. Rutinene skal også beskrive fremgangsmåten både for hvordan arbeidstakere kan varsle, og for hvordan arbeidsgiver skal håndtere og saksbehandle et varsel.

2.4 Varslingsordningen i Sykehuset Telemark HF

Varslingsordningen er forankret i sykehusets verdier og etiske retningslinjer i *Arbeidsreglement for Sykehuset Telemark*.

Ordningen og rutiner fremgår av flere styrende dokumenter: en retningslinje om varsling av kritikkverdige forhold, en prosedyre om saksbehandling, en veileder om åpenhetskultur og ytringsklima, og et skjema for varsling.

Intensjonen er at varslingssaker skal håndteres innen rimelig tid etter grunnleggende prinsipper og på lavest mulig nivå i organisasjonen. Et varslingsutvalg er etablert for å støtte linjen og for å håndtere de mest kompliserte sakene og de saker hvor linjeledelsen er inhabile.

3. Tilnærming og omfang

3.1 Metodikk og gjennomføring

Konsernrevisjonen har gjennom en systematisk og strukturert metode i tråd med anerkjente standarder, undersøkt og vurdert varslingsordningen ved Sykehuset Telemark HF. Objektivitet og uavhengighet er grunnleggende prinsipper i vårt arbeid.

For å belyse problemstillingene i revisjonen har vi gjennomgått relevant dokumentasjon som grunnlag for å kunne velge ut og gjennomføre intervjuer med aktuelle aktører. Vi har gjennomgått styrende dokumenter og beskrivelser relatert til prosessen, eksempelvis overordnede føringer, rutinebeskrivelser, saksdokumenter, interne kartlegginger og opplæringsmateriell. Se ytterligere detaljer i vedlegg 2.

Vi har gjennomført elleve intervjuer med ledere og ansatte i Sykehuset Telemark HF. De intervjuede har representert både arbeidsgiver- og arbeidstakersiden i helseforetaket. Vi har hatt samtaler med ledere på ulike nivå, stabsfunksjoner, medlemmer av varslingsutvalg, bedriftshelsetjenesten, verneombud og tillitsvalgte. Styreleder i helseforetaket er også blitt intervjuet. Intervjuene er gjennomført ved hjelp av Skype som følge av koronasituasjonen. Oversikt over de intervjuede fremgår i vedlegg 3.

Basert på våre observasjoner og vurderinger har vi utarbeidet en modell som illustrerer helseforetakets modenhet innen varsling. Modenhetsanalysen er utformet etter kriterier gitt i bestemmelser og god praksis. Metoden og resultatet av analysen fremgår i kapittel 8. Selve modellen for modenhetsanalyse av varslingsordningen er beskrevet i vedlegg 4.

Fremstillingen av faktaopplysninger og observasjoner er verifisert av helseforetaket før utarbeidelse av endelig konklusjon og rapport.

3.2 Omfang

Målet for revisjonen har vært å undersøke om helseforetaket har etablert en hensiktsmessig ordning for å varsle om kritikkverdige forhold, som ivaretar lovkrav og legger til rette for god håndtering av varsling.

Revisjonen omfatter varsling av kritikkverdige forhold etter arbeidsmiljølovens bestemmelser. Kritikkverdige forhold defineres i bestemmelsene som forhold som er i strid med rettsregler, skriftlige etiske retningslinjer i virksomheten eller etiske normer som det er bred tilslutning til i samfunnet.

Tilgjengelighet og kompetanse

For at varslingsordningen skal fungere etter sin hensikt og i tråd med bestemmelser og god praksis, er det avgjørende at varslingskanalene er kjent og lett tilgjengelig for alle arbeidstakerne i helseforetaket. Dessuten må helseforetaket ha tilstrekkelig kompetanse til å kunne håndtere ulike typer varslings saker. Vi har undersøkt hva helseforetaket har gjort for å gjøre ordningen kjent og tilgjengelig for ansatte og innleide. Videre har vi undersøkt om det er etablert et system slik at de som er involvert i håndtering av varslings saker har nødvendig kompetanse om lovkrav, interne føringer og god praksis.

Organisering

En viktig forutsetning for at en varslingsordning skal være egnet til å skape tillit er at prosessen er forutberegnelig med avklarte roller og ansvar som sikrer en habil og upartisk håndtering. Vi har kartlagt og vurdert om helseforetaket har etablert en formålstjenlig organisering med avklarte roller og ansvar for alle aktører og aktiviteter. Organiseringen må ta hensyn til potensielle rollekonflikter.

Rutiner for intern varsling

Figur 2 under illustrerer en generisk varslingsprosess i to faser med tydelige beslutningspunkter og etterfølgende oppfølging. Vi har undersøkt hvordan helseforetakets interne rutine støtter prosessen med en trygg og god saksbehandling som ivaretar helseforetakets aktivitets- og omsorgsplikt. Dokumentert rutine er vurdert opp mot krav og forventninger i bestemmelsene og god praksis på området. I tillegg har vi vurdert om rutinen i tilstrekkelig grad ivaretar grunnleggende prinsipper som konfidensialitet, objektivitet, habilitet, kontradiksjon og personvern.

Varslingsmottak

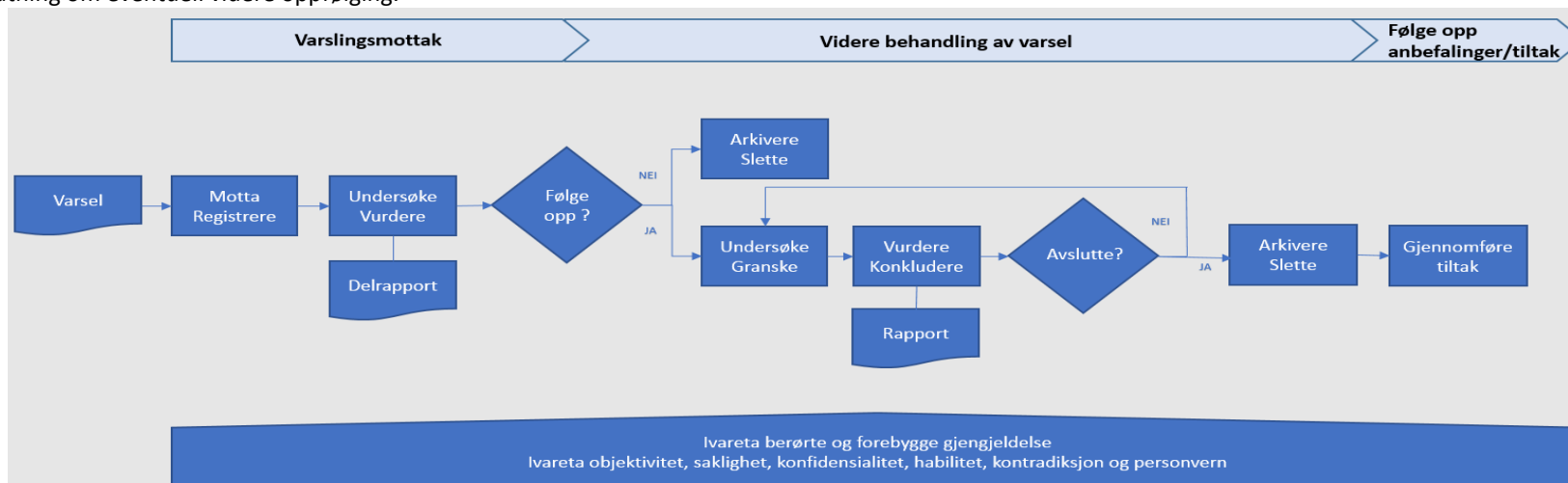
Vi har undersøkt om det er avklart hvordan og til hvem en arbeidstaker kan varsle om kritikkverdige forhold. Videre har vi sett nærmere på hvilke forventninger som stilles til selve mottaket, forundersøkelser og vurderinger, samt dokumentasjons- og faktagrunnlag før det blir fattet en beslutning om eventuell videre oppfølging.

Videre behandling av varsel

Ved videre behandling av en varslingssak må rutinebeskrivelsen angi fremgangsmåte for nærmere undersøkelser med valg og gjennomføring av ulike metoder, samt vurderinger og dokumentasjon av saksbehandlingen. Vi har undersøkt og vurdert hvilken veiledning og støtte som er gitt i rutinebeskrivelsen, og om den er tilpasset ulike typer varslingssaker. Vi har sett på om rutinen legger opp til en konkret vurdering av hvem som skal involveres i den enkelte sak og hvem som beslutter om en sak skal avsluttes. Krav og forventninger til konklusjonsgrunnlag og videre oppfølging er også vurdert.

Omsorgsplikt

Parallelt med aktivitetsplikten skal helseforetakets omsorgsplikt ivaretas. Gjennom revisjonen er det kartlagt og vurdert hvordan arbeidsgiver skal beskytte den som varsler mot gjengjeldelse, og hvordan varsleren, den/de omvarselede og andre involverte skal informeres underveis i prosessen.



Figur 2: Varslingsprosessen

Involvering og forankring

En varslingsordning som bidrar til kontinuerlig forbedring, og slik representerer en verdi for organisasjonen, må være godt forankret på alle nivå. For å gi trygghet for å kunne varsle er det sentralt at de ansatte er involvert i arbeidet med utforming av ordningen. Revisjonen har derfor omfattet undersøkelser av hvordan arbeidstakere og tillitsvalgte blir involvert i arbeidet med å utvikle og vedlikeholde varslingsrutinen. Videre har vi sett på hvordan dette inngår i helseforetakets arbeid med risikovurderinger og systematisk HMS-arbeid. Vi har også undersøkt hvordan varslingsordningen som helhet er forankret i organisasjonen.

3.3 Avgrensning

Revisjonen har omfattet undersøkelser av hvordan varslingsordningen er utformet i samsvar med krav og forventninger i bestemmelser og god praksis.

Følgende er ikke omfattet av revisjonen:

- undersøkelser av om det er etablert en kultur for åpenhet og diskusjon av kritikkverdige forhold i organisasjonen
- kartlegging av i hvilken grad varslingsordningen faktisk er kjent blant de ansatte
- revisjonshandlinger for å verifisere i hvilken utstrekning helseforetaket etterlever interne rutiner for håndtering av varselet og de berørte i hver enkelt sak

Meldeplikt og varsling om alvorlige pasienthendelser etter spesialist-helsetjenesteloven inngår ikke i revisjonen, herunder undersøkelser av helseforetakets system og saksbehandling ved uønskede hendelser. Heller ikke plikten til å informere tilsynsmyndighetene etter helsepersonelloven inngår i revisjonen.

3.4 Revisjonsgrunnlag

Revisjonsgrunnlaget fremgår av lover, forskrifter og gjennom spesifikke krav til helseforetaket:

- arbeidsmiljøloven kapittel 2 A
- personopplysningsloven
- offentlighetsloven
- forvaltningsloven
- forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll i Helse Sør-Øst
- etiske retningslinjer i Helse Sør-Øst

Revisjonskriterier er utledet fra overnevnte kilder. Se vedlegg 1.

4. Varslingsordningen som del av det samlede styringssystemet

For at varslingsordningen skal fungere optimalt må den være godt forankret i organisasjonen og inngå som en del av virksomhetens risikostyring. Ordningen må settes på dagsordenen i styret og ledelse, og ansatte må involveres i utforming og evaluering.

4.1 Eierskap til varslingsordningen

Godkjenning av ordningen og styrende dokumenter

Gjeldende varslingsordning ble behandlet i ledergruppen 14. august 2018, delvis som en orienteringssak og delvis som en beslutningssak. Mandatet for varslingsutvalget, som inngår i prosedyren for saksbehandling, ble formelt fremlagt til beslutning. Det fremkommer av prosedyren at deltagerne i varslingsutvalget oppnevnes for to år av gangen av henholdsvis HR-direktør, økonomidirektør og fagdirektør. Leder av utvalget skal oppnevnes av administrerende direktør.

Ordningen og rutiner er beskrevet på tvers av flere dokumenter. Noen av dokumentene inngår i helseforetakets kvalitetssystem, HELIKS, med egen dokument-ID. Dette gjelder ikke sentrale dokumenter som arbeidsreglementet, veilederen om åpenhetskultur og ytringsklima, og varslings skjemaet. Retningslinjen og prosedyren er ifølge HELIKS utarbeidet og godkjent av en avdelingsleder i HR-avdelingen. Av saksfremlegg, ulike beskrivelser og intervjuer fremkommer det at det er HR-direktør som godkjenner styrende dokumenter relatert til varslingsordningen, og at HR-direktøren er eier av varslingsprosessen.

Varslingsordningen er ikke behandlet i styret i helseforetaket. Sammensetningen av det nye varslingsutvalget ble presentert for styret høsten 2018. Våren 2020 endret varslingsutvalget sammensetning,

herunder ny leder av utvalget, men dette er per dags dato ikke presentert for styret.

Involvering av ansatte

I forbindelsen med gjennomgangen av varslingsordningen i 2017/2018 ble det satt ned en partssammensatt arbeidsgruppe for å gå gjennom og utarbeide ny retningslinje for varslings. Arbeidsgruppen besto av hovedtillitsvalgt NSF, hovedverneombud og en spesialrådgiver/jurist fra HR-avdelingen. Drøftingsmøte ble gjennomført. Det er en felles oppfatning blant de intervjuede i helseforetaket at de på en god måte ble involvert i arbeidet med oppdatering av varslingsordningen.

4.2 Risikoområder og kritikkverdige forhold

Helhetlig HMS system

Varslingsrutinen skal utarbeides i tilknytning til virksomhetens systematiske helse-, miljø og sikkerhetsarbeid. *Overordnet HMS handlingsplan 2020 og helhetlig HMS system ved Sykehuset Telemark HF* ble behandlet til orientering i ledergruppen i desember 2019. En del av det systematiske HMS-arbeidet innebærer å kartlegge risikoområder for deretter å fastsette mål og prosesser. Den overordnede handlingsplanen bygger på vedtatt plan og evaluering av resultater innen HMS i 2019. Det fremgår av saksdokumentet at arbeidet med et helhetlig HMS-system er under oppbygging.

Revisjonen viser at varslings tema ikke inngår i beskrivelsen av det helhetlige HMS-systemet, den overordnede handlingsplanen for 2020 eller årsrapport HMS 2019. Ifølge felles aktivitetsplan for HR og HMS 2020 er det opprettet et varslingsutvalg og prosedyrer. Årsrapport HMS 2019 beskriver at

det er etablert et varslingsutvalg og at det er avholdt noen få møter, samt at prosedyre er utarbeidet.

Risiko for økonomiske misligheter og brudd på personopplysningssikkerheten

Helseforetaket har ikke etablert systematisk rapportering fra enhetene til ledelse og styret av risiko innen korrupsjon eller annen økonomisk kriminalitet. Blant de intervjuede er det ulik oppfatning av risiko knyttet til økonomisk kriminalitet. Revisjonen er opplyst om at det har vært saker knyttet til tyveri av legemidler, men ikke saker med påstander om korrupsjon. Det er en gjennomgående og felles oppfatning at det foreligger risiko innen personopplysningssikkerhet.

Overordnede risikovurderinger og ledelsens gjennomgang (LGG)

Det pågår et arbeid i helseforetaket med å innarbeide LGG som en del av virksomhetsstyringen. Fra og med 2019 gjennomfører ledergruppen LGG en gang hvert år i henhold til definert mal.

I forbindelse med revisjonen har vi ikke mottatt dokumentasjon av risikovurderinger hvor varsling inngår. Det er opplyst at det ikke foreligger slike vurderinger ut over det som blir fanget opp gjennom ForBedring-undersøkelsen. Varsling inngår ikke i overordnede risikovurderinger eller i LGG.

4.3 Systematisk rapportering

Forventninger om rapportering

Ifølge prosedyre for saksbehandling rapporterer varslingsutvalget til administrerende direktør. Nærmere angivelser av når informasjon skal deles, til hvem og om hvilke forhold, er ikke gitt. Det er imidlertid opplyst at det skal rapporteres etter behandling av den enkelte sak. Forventninger til rapportering fra linjen fremkommer ikke. Heller ikke

rapportering til styret eller andre relevante aktører er beskrevet. Det er ikke vurdert å la varslingsutvalget rapportere parallelt til styret.

Praksis for rapportering

Helseforetaket har ikke etablert systematisk rapportering med oversikt over antall og type saker, hverken fra linjen til administrerende direktør eller fra administrerende direktør til styret. Rapportering til styret har ikke vært etterspurt eller vurdert.

Formell rapportering på status i varslingsaker fra linjen til administrerende direktør er ikke etablert. Varslingsutvalget oppsummerer enkeltsaker skriftlig, men det varierer hvordan og til hvem dette blir kommunisert.

Det er ingen systematisk rapportering om hvordan ordningen fungerer.

ForBedring

Helseforetaket gjennomfører årlig medarbeiderundersøkelsen ForBedring. Det fremkommer av intervjuene at resultatene fra denne blir brukt i forbedringsarbeid i enhetene. Spørsmål relatert til sikkerhetsklimate kartlegger varslingskulturen, og hvor trygg og åpne den er. Undersøkelsen belyser forhold som virker inn på kvalitet og pasientsikkerhet.

På spørsmålet om det er trygt å si ifra om kritikkverdige forhold gir undersøkelsen i år et resultat på 78, mens resultatet i fjor var på 76. Fjorårets resultat for helseregionen samlet var 77. Svarprosenten på undersøkelsen i Sykehuset Telemark HF var på 86% (utsendt til 3096 medarbeidere).

4.4 Vurderinger

Oppmerksomhet og eierskap til varslingsordningen fra øverste nivå i organisasjonen er en viktig erklæring om helseforetakets verdigrunnlag. Konsernrevisjonens vurdering er at helseforetaket har behov for et tydeligere eierskap til ordningen, og at det bør etableres rutiner som bidrar til at varsling inngår i grunnlaget for systematisk rapportering og oppfølging av virksomheten.

Varslingsordningen er ikke godt nok forankret og integrert i det samlede styringssystemet

Hvordan virksomheten har lagt til rette for en god åpenhets- og ytringskultur er av stor betydning for ansatte og innleides trygghet til å varsle om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen. Et viktig spørsmål som kan stilles er om toppledelsen verdsetter ytringer om påståtte kritikkverdige forhold, og ser på ytringene som en verdi som gir muligheter til å avdekke og forbedre kritikkverdige forhold i helseforetaket.

Eierskapet til varslingsordningen gir et signal om fokus og forankring hos ledelsen og styret. I Sykehuset Telemark HF er varslingsordning beskrevet i flere styrende dokumenter. Noen av dokumentene er registrert og godkjent i helseforetakets kvalitetssystem (HELIKS), andre ikke. Ordningen som helhet har vært til behandling i ledergruppen, men den er ikke formelt besluttet og godkjent av ledelsen. Prosesseier fremkommer ikke av de styrende dokumentene, og saksbehandling og håndtering av dokumentene skaper usikkerhet om hvem som er eier av varslingsordningen.

Etter konsernrevisjonens vurdering er det behov for et tydeligere eierskap til ordningen. Nytteverdien av en god varslingsordning og god praksis tilsier at ordningen bør forankres på øverste nivå i organisasjonen. Varslingsordningen bør godkjennes av helseforetakets administrerende

direktør. Videre bør styret være orientert om ordningen ved at den er presentert som egen sak for styret.

Dokumentstyringen i helseforetaket må sikre at styrende dokumenter godkjennes på ønsket nivå. Tilsvarende bør dokumentforvaltningen sørge for at dokumentene inngår i helseforetakets helhetlige kvalitetssystem. Tydelig eierskap og god dokumentstyring gir autoritet og legitimitet som er viktig for tilliten til ordningen.

Det er viktig å forstå varsling som en mekanisme for å avdekke og forebygge alvorlig risikoer i et styringsperspektiv. Styret og ledelsen må se på behandling av varsler som en del av virksomhetens overordnede risikostyring. Antall og type varslingsaker vil være en indikator på risiko for ytterligere kritikkverdige forhold. Et lavt antall varslingsaker kan også være en indikator på at varslingsordningen ikke er godt nok kjent og/eller at arbeidstakere har en høy terskel for å si ifra om kritikkverdige saker. En velfungerende varslingsordning vil i seg selv ha en preventiv effekt ved at arbeidstakere vet at det vil få konsekvenser dersom man opptrer på en kritikkverdig måte. Dersom varsling blir et risikopotensiale som ikke vurderes systematisk, kan det medføre brudd på gjeldende bestemmelser og grunnleggende prinsipper for saksbehandling. Dette kan igjen få alvorlige konsekvenser for varsleren, den omvarslede, arbeidsmiljøet og helseforetakets omdømme.

Helseforetaket er i ferd med å etablere et helhetlig HMS-system. Varsling vil være en naturlig del av et slikt system, med planer, systematiske risikovurderinger og jevnlig rapportering. Slik vil varslingsrutinene i helseforetaket på en god måte kunne knyttes til helseforetakets HMS-arbeid, i tråd med varslingsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven, og dessuten inngå som en del av helseforetakets overordnede risikovurderinger og LGG.

Medarbeiderundersøkelsen ForBedring benyttes aktivt som et forbedringsverktøy i helseforetaket. Det er viktig å merke seg at rapporten er ment å være en av flere datakilder til det systematiske arbeidet med å

redusere risiko for uønskede hendelser både i pasientbehandling og arbeidsmiljø. I tillegg er det viktig å være oppmerksom på at andre områder hvor varslingsordningen kommer til anvendelse, ikke er dekket av denne kartleggingen. Det gjelder eksempelvis brudd på personopplysningssikkerheten og ulike former for økonomisk kriminalitet.

En varslingsordning som er godt forankret hos ledelsen og styret forutsetter jevnlig informasjon om status på området, relevante varslingsaker og hvordan ordningen som sådan fungerer. Rapportering om varsling vil også være innspill til risikoanalyser i helseforetakets plan- og oppfølgingsprosesser. Etter vår vurdering bør helseforetaket derfor definere hva som skal rapporteres på gitte tidspunkt, og til hvem. Behovet bør vurderes ut fra at varslingsordningen er en del av det samlede styringssystemet.



5. Skriftlige varslingsrutiner

Varslingsrutiner på arbeidsplassen er en viktig suksessfaktor for et godt varslingsklima. Skriftlige varslingsrutiner bidrar til økt bevissthet om varsling og forutsigbarhet i varslingsprosessen. Dette skaper trygghet for å kunne varsle om kritikkverdige forhold, og reduserer samtidig risikoen for at forholdene utvikler seg til å bli store kompliserte saker som vil være en belastning for de involverte, arbeidsmiljøet og helseforetakets omdømme.

5.1 Styrende dokumenter

Varslingsrutinen i Sykehuset Telemark HF er i hovedsak beskrevet i retningslinjen *Varsling om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen* og prosedyren *Saksbehandling av varslingssaker*. I tillegg er viktige prinsipper for håndtering av varslingssaker beskrevet i *Veileder om åpenhetskultur og ytringsklima*. Sammen med varslingsskjemaet er dette dokumentene som til sammen beskriver varslingsordningen som helhet.

Retningslinjen skal bidra til å klargjøre hva som menes med kritikkverdige forhold, arbeidstakers rett og plikt, og hvordan og til hvem arbeidstakere kan varsle. Prosedyren skal sikre forsvarlig saksgang, herunder rettssikkerhet og personvern, og at arbeidstaker ikke blir utsatt for gjengjeldelse. Prosedyren skal også klargjøre fremgangsmåten ved tvil om en sak er et varsel, en personalsak, arbeidsmiljøsak, avvik eller annet, samt sikre evaluering av prosedyren.

Dokumentene tar samlet for seg de viktigste prinsippene for mottak og saksbehandling av varslingssaker. Basert på et utvalg intervjuer opplever de ansatte imidlertid fremstillingen som uryddig og omfattende på tvers av flere dokumenter. Dette påvirker tilgjengelighet og mulighet for å etterleve de interne rutinene.

De styrende dokumentene er ikke oppdatert i samsvar med endringene i arbeidsmiljøloven som trådte i kraft den 1. januar 2020.

5.2 Roller og ansvar

Beskrivelser av roller og ansvar

Roller og ansvar for linjeledere, tillitsvalgte, verneombud og varslingsutvalg fremkommer i de styrende dokumentene. Varslingsutvalgets mandat fremgår i eget kapittel i prosedyren. Ansvar og oppgaver er ellers beskrevet som en del av saksgangen. Administrerende direktør og styrets rolle og ansvar knyttet til varsling fremgår i liten grad. Relevante aktører som HR-avdelingen, bedriftshelsetjenesten og arbeidsmiljøutvalget (AMU) er ikke omtalt.

Linjeledelsen

Det er en gjennomgående og felles oppfatning at linjeledelsen er ansvarlig for å håndtere ytringer om påståtte kritikkverdige forhold på lavest mulig nivå. Tilsvarende gjelder ansvaret for å sikre varsleren mot gjengjeldelse, og at ansatte har tilstrekkelig kjennskap til varslingsordningen til å kunne varsle om kritikkverdige forhold.

Varslingsutvalget

Varslingsutvalgets ansvar og oppgaver oppleves mer uklart for flere av de som er intervjuet. Intensjonen er at varslingsutvalget skal være et overordnet kompetanseorgan som skal bistå og hjelpe linjen slik at de selv kan håndtere aktuelle saker og problemstillinger. Varslingsutvalget skal også overta saksbehandlingen i mer komplekse saker, herunder saker som omhandler linjeledelsen.

I intervjuer fremkommer ulike svar om når og i hvilken grad varslingsutvalget skal involveres. Dette gjelder både beslutninger og behandling av ytringer om påståtte kritikkverdige forhold. Det er gitt uttrykk for et ønske om større grad av veiledning fra utvalget. Videre er det i intervjuene gitt uttrykk for at det er behov for en klarere avgrensning av roller og ansvar mellom linjen og varslingsutvalget, og mellom varslingsutvalget og HR-avdelingen.

Mange av oppgavene i varslingsutvalget er lagt til utvalgets leder. Blant annet gjelder dette vurderingen av om hele utvalget skal samles. Utvalget skal tre sammen «ved behov», men nærmere kriterier er ikke gitt.

Det tidligere varslingsutvalget som ble satt sammen høsten 2018 opplyser at habilitet ble drøftet i alle de fire sakene som utvalget har behandlet, og at de fant habilitetsutfordringer i ett av tilfellene. Utvalget besto, ifølge orienteringssaken til styret, av leder for HR, leder for økonomi, konstituert kvalitetssjef (foretaksjurist) og hovedverneombudet, med HR-direktør som leder av utvalget. Det nye varslingsutvalget fra våren 2020 er satt sammen for å unngå rollekonflikter.

Støtte- og rådgivningsfunksjoner

Det er flere aktører som fremstår med en viktig rolle i arbeidet med ytringer om påståtte kritikkverdige forhold. Spesielt HR-avdelingen blir av flere nevnt som et naturlig sted å gå for å søke råd. I tillegg til å gi veiledning til å behandle konkrete saker, bidrar de blant annet med å kartlegge hva som faktisk har skjedd. De gjør undersøkelser av om forhold det er ytret om faller inn under arbeidsmiljølovens definisjon av kritikkverdige forhold og skal håndteres som et varsel. Bedriftshelsetjenesten opplever å ha en lignende rolle. Begge enhetene oppfatter at de blir kontaktet som en nøytral uavhengig instans. Videre mener de begge at de ofte burde vært involvert på et tidligere tidspunkt.

AMU blir i dag ikke orientert om antall og type varslingssaker som er behandlet, og hvordan disse er håndtert og løst. Flere av de intervjuede etterlyser en mer proaktiv rolle enn hva dagens AMU representerer.

Intervjuer indikerer at det er ulike oppfatninger om egne og andres roller i arbeidet med varslingssaker. Dette gjelder også ansvaret for den som varsler, den/de det er varslet om og andre berørte.

5.3 Aktivitets- og omsorgsplikt – parallelle prosesser

Undersøkelser innen rimelig tid

Etablert rutine legger opp til at ytringer om påståtte kritikkverdige forhold skal følges opp innen rimelig tid. Eksempler og redegjørelser i intervjuer indikerer at ledere på alle nivå normalt i løpet av kort tid tar tak i saken for nærmere undersøkelser.

Proseduren gir få føringer om hva som forventes av arbeidet med å klargjøre varslets innhold. Lederne opplyser at de ved behov etablerer dialog med tillitsvalgte, verneombud, bedriftshelsetjenesten, HR-avdelingen og varslingsutvalget. Det opplyses at mange av ytringene om påståtte kritikkverdige forhold har vært av mindre alvorlig art, og at disse er løst lokalt i samarbeid med nærmeste leder og ulike støtte- og rådgivende funksjoner.

Vern mot gjengjeldelse

Samtidig som mulige kritikkverdige forhold blir undersøkt og fulgt opp skal arbeidsgiver ivareta varsleren, den/de omvarslede og andre involverte i saken. Denne plikten er gjennomgående godt beskrevet i prosedyren og veilederen. Blant annet skal leder av varslingsutvalget bistå og være rådgiver ved vurdering av risiko for gjengjeldelse og etablering av eventuelle tiltak.

Omsorgsplikten omtales og fremstår imidlertid ulikt ivaretatt i organisasjonen. En av de reviderte klinikkene synes å ha spesielt oppmerksomhet om å skape trygghet og ta hensyn til varslers ønsker for videre prosess. Dette omfatter også en vurdering av risiko for gjengjeldelse som en del av innledende samtaler.

Revisjonen viser at helseforetaket ikke har etablert rutiner for å gjennomføre og dokumentere systematiske risikovurderinger for gjengjeldelse. Det blir heller ikke gjort undersøkelser i ettertid av om en varsler er blitt utsatt for gjengjeldelse. Flere har gitt uttrykk for at det er behov for en mer nøytral part

enn tillitsvalgte og HR-avdelingen til å bistå i varslingssaker og å sikre et reelt varslervern.

5.4 Fremgangsmåte for varsling

Hva det kan varsles om

Helseforetakets retningslinje gir en fyldig og god beskrivelse av hva det kan varsles om. Likevel er det en felles oppfatning i helseforetaket at det stadig oppstår usikkerhet om en bekymringsmelding innebærer et varsel etter arbeidsmiljølovens bestemmelser.

I prosedyrene fremgår det at ved tvil eller uenighet om en sak skal håndteres som et varsel, skal det fremlegges for leder av varslingsutvalget til endelig avklaring.

Rutinen omfatter ikke varsel om kritikkverdige forhold fra innleide.

Hvordan og til hvem det kan varsles

Varsling skal fortrinnsvis skje ved hjelp av et varslingsskjema. Rutinen beskriver derimot ikke hvordan skjemaet skal håndteres videre.

I retningslinjen er det satt en tidsfrist på 14 dager for når en bekymringsmelding automatisk omgjøres til et varsel. Flere av de som er intervjuet uttaler imidlertid at den ansatte selv må fylle ut varslingsskjemaet, eller at vedkommende selv eller via tillitsvalgt, må gi muntlig beskjed om at «dette er et varsel» for å sikre videre oppfølging. Samtidig fremgår det av retningslinjen at det ikke er et krav å angi at henvendelsen er et varsel, men at det er hvem som har ytret seg og innholdet i ytringen som avgjør. Så langt skal ingen bekymringsmeldinger være omgjort til varsel.

Arbeidstaker skal primært varsle i linjen, og verneombud og/eller tillitsvalgte vil alltid være en aktuell varslingskanal. I de tilfeller det ikke varsles i linjen, eller saken ikke løses i linjen, kan arbeidstaker varsle til varslingsutvalget. Det er ikke synliggjort hvor en potensiell varsler kan søke råd og veiledning.

Kritikkverdige forhold som gjelder administrerende direktør skal varsles til styrets leder eller til konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst. Varsling knyttet til medlemmer av varslingsutvalget og styret er ikke omtalt.

5.5 Fremgangsmåte for saksbehandling

Beskrivelse av prosessen

Sykehuset Telemark HF har ingen overordnet beskrivelse som tydelig illustrerer varslingsprosessen i helseforetaket. Retningslinjen omhandler i hovedsak varslingsmottaket, mens prosedyren hovedsakelig dreier seg om videre behandling av varsel. Det skisseres to saksbehandlingssløp, med mottak hos linjeledelsen eller leder av varslingsutvalget.

Proseduren er innrettet mot at det er aktuell linjeleder som mottar varselet, og hva som er forventet av lederen. Håndtering ved mottak i andre kanaler er ikke beskrevet. Fremstillingen skaper usikkerhet om andre aktørers inntreden og rolle. Spesielt gjelder dette når, på hvilken måte og i hvilken grad varslingsutvalget kommer inn i prosessen. Videre blir sentrale beslutningspunkter utdelte, eksempelvis er det blant de intervjuede ulike oppfatninger om hvem som kan beslutte å engasjere eksterne ressurser underveis i saksbehandlingen. Det er også ulike oppfatninger om hvem som avslutter varslingssaker, spesielt de komplekse sakene som blir håndtert av varslingsutvalget.

Saksbehandling og dokumentasjon i praksis

Revisjonen viser at det er store forskjeller i håndtering og saksbehandling av ytringer om påståtte kritikkverdige forhold på tvers av klinikker/enheter. I

intervjuer fremkommer usikkerhet om hvor godt varslingssaker blir dokumentert i linjen. Det er ingen tydelige føringer om at varslingssaker skal registreres, og hva som forventes av undersøkelser og dokumentasjon relatert til å klargjøre varslets innhold. Ifølge prosedyren er det kun i særlige tilfeller at leder i samråd med leder av varslingsutvalget skal gjøre forundersøkelser i dialog med varsler. Vurderinger av om en henvendelse er en varslingssak og skal håndteres etter varslingsbestemmelsene eller ikke, blir ikke dokumentert hverken i linjen eller av varslingsutvalget.

Metoden knyttet til intervjureferater er ikke beskrevet i prosedyren. Mange opplyser at det blir skrevet intervjureferater og at innholdet verifiseres med deltagerne. Ulike svar om den praktiske håndteringen og oppbevaring av dokumentene indikerer varierende kunnskap og forståelse for fortrolige dokumenter.

Anonymitet

Anonymitet og konfidensialitet i varslingsprosessen er omtalt både i retningslinjen og prosedyren. Rutinen legger opp til to grader av anonymitet. I samtlige intervjuer fremkommer det at varslers identitet vil bli holdt skjult dersom dette er et ønske. De fleste vil imidlertid informere om utfordringer og begrensninger ved videre håndtering av anonyme varsler, og derfor søke et mer åpent varsler.

Habilitet og kontradiksjon

Helseforetaket har god bevissthet om habilitet og bruk av ekstern kompetanse. Vårt inntrykk er at det er etablert rutinemessige vurderinger relatert til habilitet, og om det i den enkelte sak er behov for å innhente ekstern juridisk eller nøytral bistand. Vurderingskriterier eller forventninger til dokumentasjon av disse vurderingene er imidlertid ikke formalisert.

Rett til innsyn og kontradiksjon er omtalt og beskrevet ved hjelp av eksempler i prosedyren. Mottatte eksempler på rapporter etter varslingssaker behandlet i varslingsutvalget, viser at kontradiksjon er gjennomført, men at habilitetsvurderinger ikke er dokumentert i rapportene.

5.6 Evaluering av sak og rutine

Arbeidsgiver skal sørge for at prosedyren for saksbehandling av varslingssaker evalueres jevnlig. Dette fremgår av prosedyren. Det er ikke beskrevet hvem som har ansvaret for at evalueringen av prosedyren gjennomføres, og når dette skal gjøres. Evalueringen skal gjennomføres i samarbeid med foretakstillitsvalgte og hovedverneombudet. Videre fremgår det at i etterkant av en varslingsprosess skal det foretas en evaluering av saken og hvordan den ble håndtert. Evalueringen skal gjennomføres av leder med nødvendig bistand og rådgivning fra varslingsutvalgets leder.

I samtaler fremkommer at helseforetaket ikke har praksis for å evaluere hverken den enkelte sak eller ordningen. Det er usikkerhet om hvem som har ansvaret for at evalueringer gjennomføres. Intervjuer og protokoll fra drøftingsmøte da varslingsordningen ble gjennomgått i 2018 viser at det var et ønske om tydeligere forventninger knyttet til evalueringer.

5.7 Vurderinger

Gode varslingsrutiner skal være et resultat av skreddersøm. De må tilpasses situasjonen og behovet i hver enkelt virksomhet. Arbeidsmiljøloven § 2 A fastsetter enkelte minimumskrav til interne rutiner. Utover dette er det «god praksis» i henhold til blant annet lovforarbeider, Arbeidstilsynets nettsider, samt veiledere og retningslinjer for sammenlignbare virksomheter som er førende.

Konsernrevisjonens samlede vurdering er at den interne varslingsrutinen omhandler de viktigste prinsippene for å motta, behandle og følge opp varsling. Minimumskravene i varslingsbestemmelsene er ivaretatt, men det er

behov for noe mer veiledning innen enkelte områder, samt å forenkle beskrivelsen av rutinen. Roller og ansvar bør fremgå på en tydeligere måte.

Roller og ansvar er ikke tilstrekkelig avklart og formalisert

Flere stillinger og funksjoner kan ha en rolle i varslingsaker og i de interne varslingsrutinene. Arbeidstilsynet anbefaler at man beskriver disse rollene i varslingsrutinen, slik at ingen er i tvil om hvilken rolle den enkelte har i en varslings sak. Eksempler på slike stillinger og funksjoner kan være administrerende direktør, styreleder, tillitsvalgte, HR-avdelingen/HR-ansatte, varslingsutvalget i virksomheten, bedriftshelsetjenesten og andre eksterne konsulenter. Særlig viktig er det å klargjøre roller og ansvar mellom de ulike funksjonene.

Sykehuset Telemark HF beskriver ikke eksplisitt roller og ansvar i sine styrende dokumenter. Ansvar og oppgaver beskrives som en del av saksgangen. Rutinen omhandler varslingsutvalget, men ikke andre sentrale støtte- og rådgivningsfunksjoner. Spesielt HR-avdelingen, men også bedriftshelsetjenesten, har i praksis stor betydning for arbeidet med yrtringer om påståtte kritikkverdige forhold. Dette gjelder både i rollen som rådgivere overfor varslere, omvarslede og andre berørte samt ledere, men også for opplæring innen varslings sak. AMU har vanligvis ikke en rolle i konkrete varslings saker, men kan delta i arbeidet med varslingsrutiner. Arbeidstilsynet anbefaler at AMU blir orientert om antall varslings saker, hvilke kritikkverdige forhold disse sakene gjelder og hvordan sakene blir håndtert og løst.

For at varslingsutvalget skal være et overordnet kompetanseorgan i helseforetaket er det behov for å klargjøre og styrke utvalgets rolle. Slik varslingsprosessen for de intervjuede oppleves og beskrives i dag er det uklart når og på hvilken måte varslingsutvalget bør og skal involveres. Blant annet gjelder dette undersøkelser av varslings saker, men særlig i hvilken grad varslingsutvalget skal ha en veiledende rolle overfor ansatte,

innleide og ledere. Varslingsutvalget bør også ha en funksjon med å sikre at håndteringen av yrtringer om påståtte kritikkverdige forhold på tvers av enhetene er konsistent og i henhold til styrende dokumenter. For å ivareta utvalgets uavhengige rolle er det behov for å klargjøre hvilken myndighet som skal ligge til lederen av utvalget alene versus et samlet utvalg. Mangler ved rolleavklaringen kan ha sammenheng med at varslingsutvalget har hatt få saker til behandling. Få behandlede saker kan også indikere at det er en opplevelse av en høy terskel for å kontakte varslingsutvalget, og/eller at utvalgets rolle er lite kjent blant arbeidstakerne.

Etter konsernrevisjonens vurdering er det behov for å formalisere og tydeliggjøre roller og ansvar for de ulike funksjonene i varslingsordningen. Dette gjelder også administrerende direktør og styrets rolle og ansvar som i liten grad fremgår av de styrende dokumentene. Helseforetaket bør som en del av dette arbeidet ta stilling til om organisasjonen selv kan tilby en potensiell varslings sak en objektiv og uavhengig part for å søke råd og veiledning, eller om dette er en funksjon som best kan ivaretas av en ekstern aktør. Et eksternt varslingsmottak vil for øvrig ha taushetsplikt, og slik være et alternativ for 100% anonym varslings sak, forutsatt at helseforetaket har etablert en slik varslingsløsning.

Skriftlig varslingsrutine gir i hovedsak tilfredsstillende støtte for å varsle og saksbehandle ved mottak, behandling og oppfølging av varsel

Sykehuset Telemark HF oppfordrer i sine rutiner til å varsle om kritikkverdige forhold. Styrende dokumenter presiserer at åpenhetskultur og et godt yrtringsklima bidrar til et godt arbeidsmiljø, god pasientsikkerhet og god drift. Beskrivelser av varslingsrutinen er imidlertid fordelt på flere dokumenter. Dette påvirker tilgjengelighet og mulighet for å etterleve de interne rutinene. Selv om varslingsrutinen oppfordrer til å varsle, og er skrevet med formålet om å skape trygghet, medfører svakheter ved struktur og fremstilling risiko for at prosessen fremstår som lite forutberegnelig.

Basert på intervjuer er det en gjennomgående og felles opplevelse i helseforetaket at innholdet i de styrende dokumentene er vanskelig tilgjengelig. Språket er klart og enkelt, men det er generelt mye tekst i dokumentene. Enkelte temaer er beskrevet flere steder i dokumentene, og på tvers av flere dokumenter. Det er mye å sette seg inn i og vanskelig å få oversikt og finne frem for de ansatte og innleide. Mye tekst og til dels uryddig fremstilling medfører at det oppstår usikkerhet om hvordan ordningen er ment å fungere, blant annet når det gjelder hva det kan varsles om og hvor den ansatte/innleide kan søke råd og veiledning.

I varslingsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven som trådte i kraft 1. januar 2020 er begrepet «kritikkverdige forhold» definert gjennom en ikke-uttømmende liste med eksempler. Hva det kan varsles om er fylldig og godt beskrevet i helseforetakets varslingsrutiner, med eksempler og avgrensninger, men beskrivelsen må oppdateres i tråd med gjeldende regler. På tross av god støtte til vurderingene er det likevel stor usikkerhet i organisasjonen om hva det kan varsles om. Erfaringsmessig er det i ulike virksomheter en stor utfordring at få har klare forestillinger om hva som er en varslings sak og hva som er noe annet, eksempelvis klage i egen personalsak. Vår forståelse er at usikkerheten i Sykehuset Telemark HF først og fremst skyldes manglende oppmerksomhet om opplæring og dilemmatrening. Større grad av bevisstgjøring og opplæring vil bidra til en omforent forståelse av hva som er kritikkverdige forhold etter arbeidsmiljølovens bestemmelser.

Det er viktig å ha gode rutiner for å håndtere det som eventuelt sorteres vekk fra en varslings sak. Dette kan også være alvorlige problemer som må håndteres på en annen måte enn selve varslings saken. Dette er ikke beskrevet i de styrende dokumenter.

Hvordan og til hvem det kan varsles i helseforetaket er imidlertid noe mer uklart og til dels motstridene beskrevet. Rutinen legger opp til en lite brukervennlig fremgangsmåte for å kunne varsle, ved at varsler må

signere et varslings skjema som deretter skal leveres til leder av varslingsutvalget. Samtidig oppfordrer rutinen til å benytte nærmeste leder først, og at det ikke er noen formkrav til ytringen. Praxis i helseforetaket indikerer at det er innholdet i ytringen som er avgjørende for videre behandling. Avgrensning av revisjonen innebærer at vi ikke har vurdert om eventuelle ytringer gjennom helseforetakets avvikssystem, TQM, systematisk blir vurdert som mulige ytringer om påståtte kritikkverdige forhold etter arbeidsmiljøloven.

Skriftlige varslingsrutiner skal bidra til forutberegnelighet i prosessen og sikre likebehandling og sporbarhet. Revisjonen viser at det er store forskjeller på tvers av enhetene ved håndtering og saksbehandling av ytringer om påståtte kritikkverdige forhold. Vår vurdering er at dette blant annet henger sammen med enkelte mangler i beskrivelsen av fremgangsmåte for saksbehandling. Det vil si nærmere beskrivelse av hvilke aktiviteter som skal utføres, når og hvordan oppgavene forventes utført, samt hvilke krav som stilles til dokumentasjon. En overordnet beskrivelse av prosessen vil også være til hjelp for brukerne.

Arbeidsgivers aktivitetsplikt synes i hovedsak å være ivaretatt ved at nærmeste leder sørger for at varselet blir undersøkt innen rimelig tid. Rutinebeskrivelsen angir imidlertid ikke hva som forventes av arbeidet med å klargjøre varselets innhold eller videre undersøkelser. Rutinen beskriver for eksempel ikke hvilken metode som skal benyttes for å gjennomføre intervjuer, herunder om intervjureferater i utgangspunktet skal behandles som fortrolige dokumenter. Dette er for mange varslere et viktig element i vurderingen av om han/hun tør å varsle.

Omsorgsplikten er på den annen side godt beskrevet i rutinen, men helseforetaket har ikke systematisk praksis for å gjennomføre og dokumentere vurdering av risiko for gjengjeldelse underveis i prosessen. God praksis tilsier at en varsler også i etterkant bør følges opp med tanke på mulig gjengjeldelse.

Grunnleggende prinsipper for saksbehandling fremstår for konsernrevisjonen som tilstrekkelig ivaretatt i de skriftlige rutinene. Vi opplever også god bevissthet i helseforetaket knyttet til konfidensialitet, habilitet og kontradiksjon. Det er likevel et potensiale å i større grad støtte saksbehandlerne med vurderingskriterier og klare forventninger til dokumentasjon. Eksempelvis gjelder dette vurderinger av habilitet og behov for ekstern kompetanse.

I tråd med anbefalinger fra Arbeidstilsynet bør helseforetaket ved oppdatering av varslingsrutinen beskrive hvilke konsekvenser lovbrudd og andre kritikkverdige forhold kan få for personene som begår dem. God praksis vil være å beskrive at helseforetaket vil iverksette disiplinære tiltak dersom en arbeidstaker bryter de etiske retningslinjene eller gjeldende lovgivning. Det samme gjelder for ledere som ser bort fra eller tolererer slike brudd, enten de opptre uaktsomt eller har faktisk kjennskap til forholdet. Dette kan også innebære oppsigelse av arbeidsavtalen og rapportering til relevante myndigheter.

Varslingsrutinen i helseforetaket beskriver både prosess for evaluering av enkeltsaker og ordningen som helhet. Rutinen bør også angi hvem som er ansvarlig for gjennomføring og hvilke frister som gjelder for arbeidet, slik at eventuelle innspill kan inngå i helseforetakets øvrige risiko- og forbedringsarbeid.

Konsernrevisjonens samlede vurdering er at minimumskravene i varslingsbestemmelsene er ivaretatt i de skriftlige rutinene. For å sikre en forutsigbar prosess som oppfordrer til å varsle om kritikkverdige forhold, og samtidig bidrar til god en håndtering av selve varselet og ivaretar varsleren, den omvarslede og andre berørte på en tilfredsstillende måte, er det behov for å forenkle fremstillingen av dagens rutine. Enkelte av beskrivelsene er i tråd med beste praksis, mens andre deler av rutinen har behov for noe mer støtte og veiledning for å sikre likebehandling og at rettsikkerheten og personvernet blir godt nok ivaretatt.



6. Tekniske løsninger for å varsle og håndtere varsel

Helseforetaket må legge til rette for å kunne varsle og håndtere ytringer om påståtte kritikkverdige forhold på en sikker, trygg og effektiv måte, og slik at grunnleggende prinsipper for saksbehandling blir ivaretatt. Dette er avgjørende for tilliten til ordningen, og at kritikkverdige forhold blir rapportert.

6.1 Mulighet for å varsle

Muligheten til å kunne varsle om kritikkverdige forhold er hverken lett tilgjengelig fra helseforetakets intranettsider, eller eventuelt internettsider, jf. kapittel 7. Varslingsordningen legger opp til at den som ønsker å varsle må signere en utskrift av varslings skjemaet, og levere det til leder av varslingsutvalget. Samtaler indikerer imidlertid stor variasjon om og eventuelt når skjemaet blir benyttet. Brev om varsel fremstår som en mer normal fremgangsmåte ved varslings.

Varslingsutvalget har ikke egen e-postadresse som ansatte og innleide kan benytte for å få veiledning i varslingsordningen, eller til å sende krypterte vedlegg med varsel om kritikkverdige forhold. Det er ikke lagt til rette for bruk av elektronisk varslings skjema eller en løsning med mulighet for kryptert dialog med en anonym varslings.

Revisjonen viser at varsel ofte er utformet som brev og at det blir sendt eller overlevert til nærmeste leder. Noen varslings også muntlig til sin leder, eller ved å kontakte HR-avdelingen, bedriftshelsetjenesten, tillitsvalgte eller verneombudet.

6.2 Felles saksbehandlingsløsning

Forventninger om arkivering

Prosedyren for saksbehandling av varslingsaker, punkt 4.12, omhandler arkivering av dokumenter. Ifølge prosedyren skal alle dokumenter i saken arkiveres løpende i saksarkivsystemet, med adgangsbegrensning. Alle

opplysninger som innhentes i forbindelse med saken (ved samtale e.l.) skal nedtegnes og arkiveres. Det fremkommer ikke hvem som er ansvarlig for arkiveringen.

I forbindelse med revisjonen har vi mottatt en brukerveiledning for registrering av personalpost i Public 360. Dette er et regneark med veiledning til valg og bruk av de ulike feltene i saks- og arkivsystemet. Nærmere beskrivelser av et system for saksbehandling og dokumenthåndtering er ikke gitt. Det er opplyst at Public 360 benyttes som et arkivsystem og ikke som et saksbehandlingssystem.

Bruk av Public 360

Ved oppstart av revisjonen ble det opplyst at varslingsutvalget har mottatt fire varslings til behandling siden begynnelsen av 2018. En demonstrasjon i Public 360 viser at det er registrert varslingsaker på to sakstitler, «Varslingsutvalget» og «Varsel av kritikkverdige forhold». Førstnevnte sak inneholder dokumentasjon fra flere varslingsaker. Praksis skal imidlertid ha blitt endret slik at hver sak nå tildeles eget saksnummer. Oppslag på de to sakstitlene viser at selve varselet, intervju referater og rapport/notat etter avsluttet sak er blant dokumentene som er arkivert. Det varierer om tilbakemelding om mottatt varsel, referater fra interne møter i varslingsutvalget og andre relevante dokumenter er arkivert. Demonstrasjonen viste at sakene som er håndtert i linjen ikke er tilgjengelige som varslingsaker i Public 360.

Klinikkjefene opplyser at det blir opprettet sak i Public 360 ved mottak av varsel og i de tilfeller det har vært samtaler med ansatte basert på bekymringsmeldinger. Det skal ha vært en praksis med økende bruk av Public 360 de siste to årene.

6.3 Tilgang, oppbevaring og sletting av personopplysninger

Tilgangsstyring

Alle ledere har tilgang til Public 360. I varslingsutvalget er det leder og en av de øvrige representantene som har hatt tilgang til den enkelte sak.

Det er opplyst at tilganger tildeles på dokumentnivå, og at tilgangsgruppen *Ad hoc* skal benyttes for varslingssaker. Tilgangene er knyttet til navn, og ikke roller. Dette innebærer at ny leder av varslingsutvalget ikke vil kunne se saker som er håndtert av tidligere varslingsutvalg. Hovedverneombudet, som representerer kontinuiteten i varslingsutvalget, har ikke tilgang til Public 360. Videre er det opplyst at det kun er arkivet som har rettigheter til å kunne hente ut statistikk/historikk, og som kan fremskaffe en helhetlig oversikt over varslingssakene.

Oppbevaring og sletting

Ifølge prosedyren for saksbehandling av varslingssaker skal alle personopplysninger i saken slettes når opplysningene ikke lenger er nødvendige ut fra formålet med behandlingen. Hovedregelen er at opplysningene skal slettes to måneder etter at saken er avsluttet. Dersom varselet ikke kan følges opp, eksempelvis ved anonym varsling, skal alle personopplysningene i saken slettes umiddelbart. Opplysninger som ikke er personopplysninger kan som hovedregel lagres i helseforetakets livsløp. Det er ikke angitt hvem som er ansvarlig for å slette personopplysninger.

I intervjuer fremkommer usikkerhet om prosedyren er korrekt i henhold til gjeldene lovverk. Videre er det et uttrykk for usikkerhet om prosedyren etterleves, og hvem som eventuelt sletter personopplysninger. Det fremkommer også at ved ønske om fortrolig behandling av et varsel vil

det være aktuelt å lagre intervjureferater lokalt på egen PC, og at videre håndtering vil skje i samråd med den det gjelder.

6.4 Vurderinger

Gode tekniske løsninger er viktig for en sikker, trygg og effektiv håndtering av ytringer om påståtte kritikkverdige forhold. Det er avgjørende for tillitten til ordningen. Etter konsernrevisjonens samlede vurdering legger ikke de tekniske løsningene i helseforetaket godt nok til rette for å varsle og håndtere varsel. Dokumenthåndtering, tilganger og sletting av personopplysninger skaper usikkerhet om rettssikkerheten og personvernet er tilfredsstillende ivaretatt.

Tekniske løsninger legger ikke godt nok til rette for å varsle og saksbehandle et varsel

Aktivitetsplikten innebærer en plikt til «å sørge for at varselet innen rimelig tid blir tilstrekkelig undersøkt», noe som nødvendiggjør behandling av personopplysninger. De tekniske løsningene og rutiner for innhenting, oppbevaring og sletting av personopplysninger må derfor være i tråd med norsk personvernlovgivning og EU's personvernforordning (GDPR). Løsningene må være robuste med hensyn til IT- og informasjonssikkerhet.

Sykehuset Telemark HF har i dag ikke elektroniske løsninger som legger til rette for kryptert dialog med en anonym varslers. Dette vil kunne oppleves som en begrensning i muligheten til å varsle. Både forskning og praksis viser at tilstrekkelig konfidensialitet om varslers identitet har betydning for å søke råd og om arbeidstakere våger å varsle. Tekniske løsninger gjør det mulig å kommunisere kryptert med varslere som ønsker å være 100% anonyme. Dette vil ofte være «etappe 1» i å skape tillit hos en varslers som er bekymret for represalier. En slik dialog vil dessuten være av stor betydning for å få svar på oppklarende spørsmål og innhente ytterligere dokumentasjon.

Samtidig som de tekniske løsningene må støtte en trygg og sikker måte å varsle på, er det viktig for motivasjonen til å varsle at det er enkelt å melde fra, og at

den videre håndteringen oppleves som effektiv. Dette forutsetter større grad av elektronisk mottak og håndtering av ytringer om påståtte kritikkverdige forhold enn hva helseforetaket kan tilby i dag. Et varsel bør kunne registreres i et elektronisk skjema eller ved hjelp av kryptert vedlegg i en e-postadresse som er satt opp for formålet.

Helseforetaket har per i dag ikke lagt til rette for varsling fra eksterne, for eksempel for ansatte hos leverandører til helseforetaket. Mange virksomheter har i dag lagt til rette for varsler fra utenforstående ved å gjøre elektronisk skjema for varsling tilgjengelig på virksomhetens eksterne web-side.

For å ivareta rettssikkerheten for alle berørte i en varslings sak er det avgjørende at helseforetaket har tekniske løsninger som sikrer at saksbehandlingen er etterprøvbart. Mangelfull struktur for dokumentasjon har betydning for sporbarhet og håndtering av den enkelte sak. I tillegg til at Sykehuset Telemark HF i sine interne rutinebeskrivelser har behov for å beskrive hva som skal dokumenteres, jf. vurderingene i kapittel 5, må det også fremgå klart hvor og hvordan saksbehandlingen skal dokumenteres. Videre må ansvaret være tydelig plassert.

Rutinebeskrivelsen må bidra til at all dokumentasjon relatert til varslings saker blir registrert og oppbevart samlet, uavhengig av hvem som er saksbehandler. Tilgangsstyring må sikre at varslers identitet ikke røpes i større grad enn nødvendig, samtidig må helseforetaket kunne fremskaffe en helhetlig oversikt over varslings sakene. Kunnskapen fra tidligere varslings saker bør benyttes for å forebygge tilsvarende hendelser og som en del av det systematiske forbedringsarbeidet.

I tillegg til at helseforetaket har et bevisst forhold til å registrere og oppbevare personopplysninger og dokumentasjon av saksbehandlingen, må de interne rutinene med definerte roller og ansvar, og de tekniske

løsningene, sørge for at personopplysninger slettes i tråd med personvernlovgivningen.



7. Kompetanse og bevisstgjøring

En forutsetning for at varslingsordningen skal kunne fungere etter sin hensikt og i tråd med bestemmelser og god praksis, er at varslingskanalene og hva det kan og skal varsles om er kjent og lett tilgjengelig for alle arbeidstakerne, både ansatte og innleide, i helseforetaket. Dessuten må helseforetaket ha tilstrekkelig kompetanse til å kunne håndtere ulike typer varslingsaker.

7.1 Opplæring

Informasjon ved nyetablering av ordningen

Da varslingsordningen ble revidert i 2018 ble det gitt informasjon om ordningen i nyhetsoppslag på intranettet, og ut i organisasjonen via ledermøter. Det er ikke gitt annen felles informasjon om varslingsordningen i Sykehuset Telemark HF.

Intern kompetanse

Helseforetaket har ikke definere behovet for kompetanse innen varsling, og ut fra dette kunne planlegge opplæring tilpasset ulike roller. Generelt er linjelederne ansvarlig for at de ansatte har nødvendig kompetanse. Samtidig har HR-avdelingen et ansvar for læringsportal (e-læring), og å planlegge og gjennomføre opplæring. Innholdet i opplæringen blir utformet i samarbeid med andre relevante aktører, og instruktører hentes inn etter behov.

Den interne opplæringen innen varsling er i hovedsak knyttet til HMS-grunnkurs for verneombud, tillitsvalgte og ledere. Opplæringsmaterialet er relatert til arbeidsmiljøloven og varsling generelt, og i liten grad ordningen og rutinen ved Sykehuset Telemark HF. Kursene er ikke obligatoriske, og det er varierende deltagelse spesielt blant lederne. Enkelte av ansattrepresentantene og støttefunksjonene opplyser å ha deltatt på eksterne kurs og samlinger hvor varsling har vært et tema.

Styret har ikke mottatt opplæring eller annen bevisstgjøring om varslingsordningen.

Ekstern kompetanse

Ved håndtering av konkrete varslingsaker er det etablert rutiner for å vurdere behovet for å hente inn ekstern kompetanse, men uten at vurderinger og beslutninger blir dokumentert. Et advokatfirma er benyttet ved flere anledninger.

7.2 Kommunikasjon

Tilgang til informasjon på nett

Ut fra våre undersøkelser er det en felles oppfatning i helseforetaket at varslingsordningen og den interne varslingsrutinen ikke er godt nok kjent blant de ansatte og innleide. Informasjon om ordningen og styrende dokumenter er ikke tilgjengelig via egen meny eller lenke på helseforetakets intranettsider. Eksempelvis er det vanskelig å finne ut hvem som deltar i varslingsutvalget.

Søk via helseforetakets internettsider gir ingen informasjon om varsling ved Sykehuset Telemark HF.

Personalhåndboken og kvalitetssystemet

Søk i personalhåndboken og i HELIKS gir i varierende grad tilgang til styrende dokumenter og informasjon om varsling generelt. Et søk på «varsling» i personalhåndboken gir kun treff på retningslinjen. Andre treff går til nettsidene til Compendia Spekter, som gir felles informasjon for hele foretaksgruppen. Søk i HELIKS på ord som «varsel», «varsling» og «kritikkverdige forhold» gir flere ulike treff, blant annet til prosedyren, men ikke til retningslinjen eller varslings skjemaet.

I intervjuer fremkommer det at det er svært ulike opplevelser av hvor enkelt det er å finne frem til informasjon i kvalitetssystemet. Flere har uttrykt et

ønske om en «knapp» på intranett og lett tilgjengelig informasjon i form av en enkel varslingsplakat.

7.3 Vurderinger

Varslingskanalene og hva det kan og skal varsles om må være kjent og lett tilgjengelig for arbeidstakerne for at de skal kunne benytte seg av muligheten for å varsle internt. Videre må helseforetaket ha tilstrekkelig kompetanse til å håndtere mottatte varsel. Vår vurdering er at helseforetaket må gjøre varslingsordningen og rutinen lettere tilgjengelig og bedre kjent i organisasjonen, og kompetansen innen varsling bør styrkes.

Økt bevissthet og kompetanse vil gjøre det tryggere å varsle og bidra til at flere sier fra om kritikkverdige forhold

Kjennskap til varslingsordningen, og at det er et system på arbeidsplassen som legger til rette for varsling, er viktige premisser for et reelt varslervern. Brukerundersøkelser viser generelt at kompetanse, nødvendig informasjon, samt veiledning og råd, er blant de faktorene som har mest å si for tillit og tilfredshet med etablerte ordninger.

Håndtering av ytringer om påståtte kritikkverdige forhold forutsetter kunnskap om varslingsregelverket og varslingsordningen i helseforetaket. Ledere og medarbeidere i sentrale roller vil også ha behov for kompetanse innen tilgrensende temaer som personopplysningssikkerhet og konflikthåndtering. Manglende kompetanse kan medføre feil anvendelse og behandling etter gjeldende lover og bestemmelser, samt grunnleggende prinsipper for god saksbehandling.

Den interne opplæringen innen varsling i Sykehuset Telemark HF er i hovedsak knyttet til HMS-grunnkurs for verneombud, tillitsvalgte og ledere. Opplæringen er rettet mot arbeidsmiljøloven og varsling generelt.

Revisjonen viser at helseforetaket ikke har identifisert behovet for ulike typer kompetanse knyttet til håndtering av varsling, og at planer og tiltak ikke sikrer tilstrekkelig kompetanse på ulike nivå og i ulike deler av saksbehandlingen. Det fremstår som uklart for konsernrevisjonen om det er HR-avdelingen eller linjen som har ansvaret for dette i dag. Opplæringen av ledere innen varsling er ikke obligatorisk. Dette kan være en medvirkende årsak til ulik håndtering og saksbehandling av ytringer om påståtte kritikkverdige forhold.

For å sikre tilstrekkelig kompetanse er det konsernrevisjonens vurdering at temaet varsling bør inngå i helseforetakets helhetlige kompetanseutvikling. Ved å definere opplæringsbehovet for ulike roller og aktiviteter vil også planer og innhold i opplæringen kunne tilpasses ulike målgrupper. Alle ansatte og innleide bør ha grunnleggende kunnskaper om helseforetakets varslingsordning, mens ledere og støttefunksjoner bør få mer inngående opplæring i rutiner og forståelsen av disse, eksempelvis ved hjelp av case og dilemmatrening. Opplæring innen varsling bør i større grad relateres til helseforetakets egen varslingsordning, og knyttes til opplæring i etiske retningslinjer og HMS-området. Ved endringer i den etablerte ordningen bør oppdatert informasjon gis i faste arenaer som allmøter, ledermøter, klinikkksamlinger og personalmøter.

De interne rutinene skal ifølge arbeidsmiljøloven være lett tilgjengelig for alle arbeidstakere i virksomheten. En lite kjent varslingsordning vil eksempelvis kunne medføre at potensielle varslere henvender seg direkte til media eller andre eksterne instanser. I så tilfelle vil dette ofte berøre omdømmet til helseforetaket negativt, og det vil kunne innebære en tapt mulighet til å se på varslet som en verdi i helseforetakets arbeid med å forebygge og forhindre kritikkverdige forhold. Det er eier av ordningen som må sørge for at varslingsordningen er tilstrekkelig kommunisert i helseforetaket.

Revisjonen viser at varslingsordningen og den interne varslingsrutinen ikke er godt nok kjent blant de ansatte og innleide i helseforetaket. Vår vurdering er at dette henger sammen med manglende organisert opplæring og informasjon. I

tillegg er informasjon om ordningen og de styrende dokumentene vanskelig tilgjengelig for den som på eget initiativ forsøker å finne ut hva det kan varsles om, hvordan og til hvem det kan varsles. Det er ikke etablert en «knapp» som gir kortfattet informasjon om ordningen og prosessen. Informasjon om hvor en potensiell varsler kan søke råd og veiledning, samt tilgang til en trygg varslingskanal, bør være spesielt lett tilgjengelig fra helseforetakets intranettside. Sammen med en enkel varslingsplakat oppslått på steder der arbeidstakerne oppholder seg, vil dette være tiltak som gir tydelige signaler om at helseforetaket ønsker at ansatte og innleide skal varsle om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen.



8. Modenhetsvurdering

En modenhetsvurdering er et nyttig verktøy som ledd i en kontinuerlig forbedringsprosess. Resultatet av analysen forteller hvor virksomheten står i dag i forhold til kriteriene gitt i bestemmelser, offentlige retningslinjer og utredninger samt god praksis. Rammeverket gir virksomheten konkret veiledning til forbedringstiltak for å kunne løfte modenheten på et høyere nivå.

8.1 Innledning

I dette kapitlet beskriver vi resultatet av modenhetsanalysen av varslingsordningen i helseforetaket. Modellen er utarbeidet av konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst med bistand fra KPMG og er beskrevet i vedlegg 4. Figur 3 nedenfor viser de fire definerte modenhetsnivåene. Rammeverket er basert på bestemmelser, offentlige retningslinjer, utredninger samt god praksis:

- Arbeidsmiljøloven kapittel 2 A. Virksomheter må etterleve minimumskravene i arbeidsmiljøloven. Da endringene som trådte i kraft 1. januar 2020 har vært kjent siden juni 2019 legger vi gjeldende regelverk til grunn for modenhetsanalysen av helseforetaket.
- Arbeidstilsynets temaside hvor varslingsreglene beskrives.
- NOU 2018:6 Varsling – verdi og vern.
- Med «god praksis» mener vi innføring av praksis utover minimumskrav i lovverk og retningslinjer som fageksperter regner som god.

Både bestemmelser, offentlige retningslinjer og utredninger samt god praksis er i stadig utvikling. Rammeverket må jevnlig oppdateres. EU arbeider med et nytt «direktiv for varslere». Det er fremdeles til vurdering hvordan direktivet skal innføres, blant annet vurderes EØS-relevansen og forholdet til norsk rett. Direktivet stiller mer konkrete krav til saksbehandlingen av varslingssaker enn det som følger av den norske

arbeidsmiljøloven i dag, og har også en annen personkrets for hvem som har rett til å varsle. Hva som er å regne som «god praksis» endres også. Det som var «god praksis» for noen år tilbake kan i dag være noe mangelfullt.

8.2 Forankring og styring

Fokus og forankring hos ledelsen og styret

Varslingsordningen er ikke formelt besluttet og godkjent av ledelsen og har ikke vært formelt presentert til styret som egen sak. Ledelsen kommuniserer ikke aktivt om varsling som en verdi. Ledelsen og styret involveres ikke i jevnlig evaluering av ordningen og heller ikke i evaluering av håndteringen av saker. Vi vurderer at modenheten i dag er mellom nivå 1 og 2.

Involvering av ansatte

Varslingsrutinene er utarbeidet i samarbeid med de ansatte. Det er dokumentert prosesser for systematisk evaluering av rutinen med ansatte. AMU blir per i dag ikke orientert om antall og type varslingssaker som er behandlet, og hvordan disse er håndtert og løst. Vi vurderer at modenheten i dag er mellom nivå 2 og 3.

Risikoarbeid

Varsling er adressert i virksomhetens risikoarbeid, men inngår ikke som et fast element i et helhetlig HMS-system. Det er ikke etablert rapportering av antall og typer varslingssaker til ledelsen og styret. Vi vurderer at modenheten i dag er mellom nivå 1 og 2.

8.3 Varslingsrutinen – aktivitets- og omsorgsplikt

Formål-hensikt-omfang

Veilederen beskriver varsling som en tydelig verdi i tråd med beste praksis på nivå 4. Retningslinjen gir overordnet informasjon og veiledning, men det er

vanskelig å få oversikt over den samlede varslingsprosessen. Vi vurderer at modenheten i dag er mellom nivå 2 og 3.

Roller og ansvar

Retningslinjen mangler beskrivelse av flere sentrale roller. Det er etablert et varslingsutvalg, men det fremgår ikke tydelig i hvilken grad utvalget i tillegg til å undersøke saker og bistå leder, også skal ha en rolle som veileder overfor varslere. Vi vurderer at modenheten i dag er på nivå 2.

Hva det kan og skal varsles om

Retningslinjen inneholder definisjon av hva det kan varsles om i samsvar med arbeidsmiljøloven, men er ikke oppdatert med endringene som trådte i kraft 1. januar 2020. Det er gitt konkrete eksempler på hva som ikke faller under begrepet varsel, og det er beskrevet hvordan det som eventuelt sorteres vekk fra varslingssaken skal håndteres. Hva det kan og skal varsles om er ikke godt kjent i organisasjonen. Vi vurderer at modenheten i dag er mellom nivå 2 og 3.

Varslingskanaler og fremgangsmåte

Retningslinjen beskriver hvordan og til hvem arbeidstaker kan varsle internt og eksternt, men fremstillingen er noe utydelig. Det er beskrevet hva varselet bør inneholde. Det er ikke tilrettelagt for elektronisk varsling. Varslingskanaler og fremgangsmåte er ikke godt kjent i organisasjonen. Vi vurderer at modenheten i dag er mellom nivå 2 og 3.

Saksbehandling av varselet

Prosedyren beskriver saksbehandling for mottak, forundersøkelse og videre behandling. De viktigste prinsippene objektivitet, konfidensialitet, habilitet, kontradiksjon og personvern er beskrevet. Rutiner for bruk av eksternt kompetanse er etablert. Forventninger til dokumentasjon av saksbehandlingen er ikke tilstrekkelig beskrevet. Rutinen er imidlertid ikke godt kjent i organisasjonen. Vi vurderer at modenheten i dag er mellom nivå 2 og 3.

Konklusjon, rapportering og evaluering

Prosedyren beskriver arbeidet med konklusjon, rapportering og evaluering og hvilken informasjon som skal gis de involverte. Den beskriver ikke konsekvenser ved brudd. Det gjennomføres ikke systematisk evaluering av håndteringen av hver enkelt sak. Vi vurderer at modenheten i dag er på nivå 2.

Ivareta berørte og forebygge gjengjeldelse

Veilederen og prosedyren beskriver på en god måte ivaretagelse av de berørte og forebygging mot gjengjeldelse i tråd med beste praksis på nivå 4. Det er beskrevet rutine for vurderinger av om de berørte har et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, men det gjennomføres ikke systematisk vurderinger i samsvar med denne. Vår vurdering er at modenheten i dag er mellom nivå 2 og 3.

Tekniske løsninger for varsling og saksbehandling

Tekniske løsninger legger ikke godt nok til rette for å varsle og saksbehandle et varsel. Det er for eksempel ikke tilrettelagt for elektronisk varsling. Vi vurderer at modenheten i dag er mellom nivå 1 og 2.

8.4 Kompetanse og bevisstgjøring

Opplæring

Det gjennomføres begrenset opplæring av ansatte og innleide i helseforetakets varslingsordning, og innen temaet varsling. Kompetansebehovet for de ulike rollene er ikke kartlagt. Vi vurderer at modenheten i dag er mellom nivå 1 og 2.

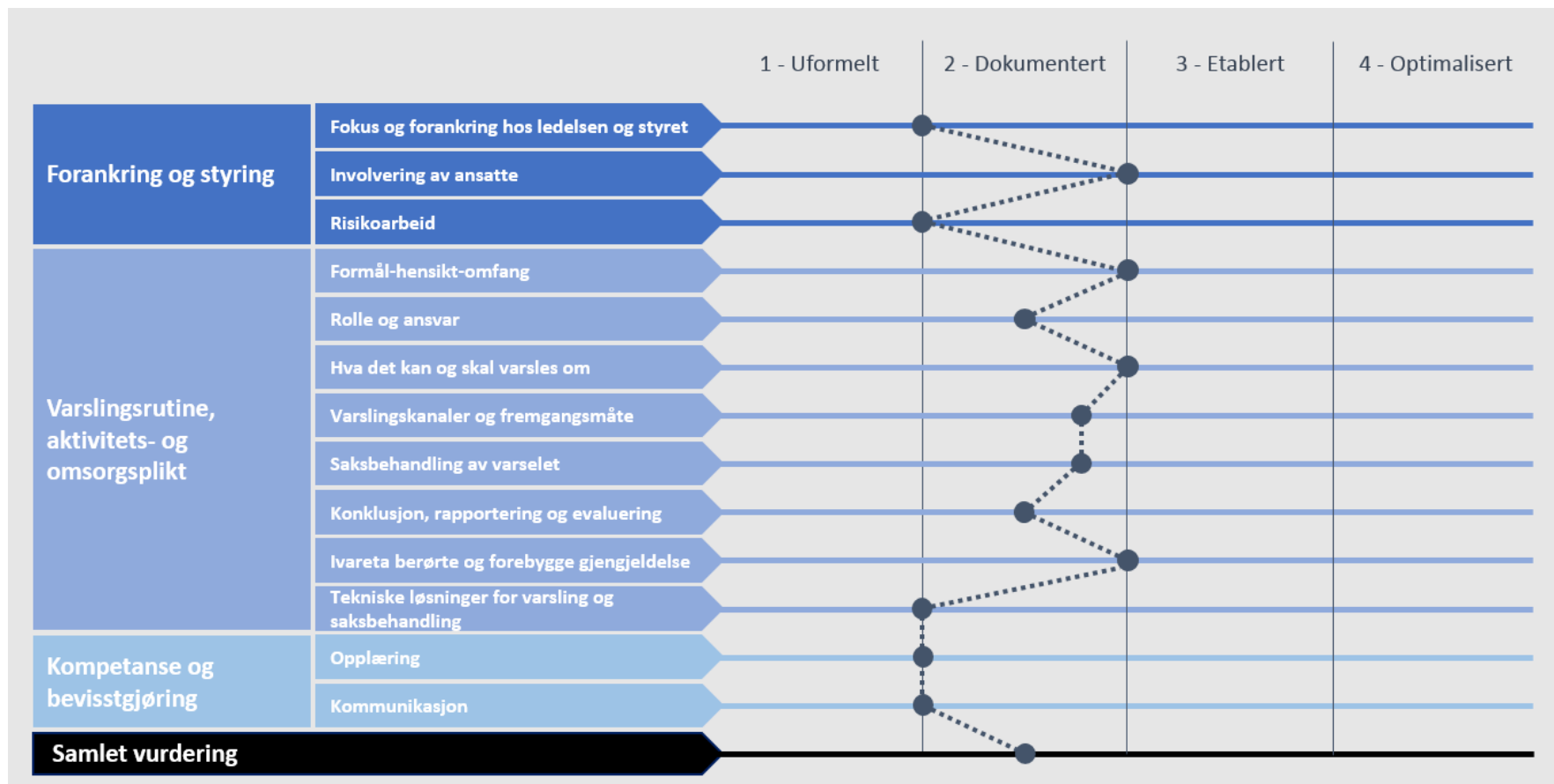
Kommunikasjon

Ledere kommuniserer i noen grad om varsling. Det er begrenset med informasjon om helseforetakets varslingsordning på digitale flater. Materialet er ikke lett tilgjengelig for ansatte og innleide. Vi vurderer at modenheten i dag er mellom nivå 1 og 2.

8.5 Samlet modenhetsvurdering

Konsernrevisjonen vurderer at den samlede modenheten av ordningen i dag ligger på nivå 2 av 4 nivåer. De styrende dokumentene dekker i dag de grunnleggende forventningene i arbeidsmiljølovens bestemmelser og

enkelte deler holder et nivå i tråd med beste praksis. Konsernrevisjonen vurderer at alle helseforetak bør være på nivå 3 eller 4.



Figur 3: Modenhetsanalyse av varslingsordningen i Sykehuset Telemark HF

Vedlegg 1

Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er utledet fra revisjonsgrunnlaget beskrevet i kapittel 3.4. Følgende revisjonskriterier er lagt til grunn:

- Helseforetaket har forankret et systemet for å håndtere varsler om kritikkverdige forhold på overordnet nivå.
- Helseforetaket har etablert parallelle prosesser for å undersøke og saksbehandle det mulige kritikkverdige forholdet, og samtidig ivaretar varsleren, den det varsles om samt andre involverte.
- Konfidensialitet, objektivitet, habilitet, kontradiksjon og personvern er grunnleggende prinsipper som ligger til grunn for organisering og håndtering av varsling.
- Varslingsrutinen er lett tilgjengelig for de ansatte og innleide, og tiltak er etablert for å gjøre ordningen kjent.
- Varslingsordningen er organisert med tydelige roller og ansvar for mottak, behandling og oppfølging av varsling.
- Et etablert system sikrer at aktørene har tilstrekkelig kompetanse til å håndtere varsling i tråd med lovkrav, intern rutine og god praksis.
- Varslingsrutinen er utarbeidet i tilknytning til virksomhetens systematiske HMS-arbeid, og i samarbeid med arbeidstakerne og deres tillitsvalgte.
- Skriftlig varslingsrutine oppfordrer til å varsle og angir fremgangsmåte for varsling og saksbehandling i tråd med bestemmelser og god praksis.

Vedlegg 2

Tabell 1: Informasjonsgrunnlag

Etiske retningslinjer i Helse Sør-Øst
Arbeidsreglement for Sykehuset Telemark
Veileder om åpenhetskultur og ytringsklima
Varsling om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen (Retningslinje)
Saksbehandling av varslingsaker (Prosedyre)
Varsling av kritikkverdige forhold (Skjema)
Bruerveiledning for registrering av personalpost i Public 360 (et regneark)
Saksfremlegg (med vedlegg) til styret om <ul style="list-style-type: none">- administrerende direktør sin orientering (Sak nr. 062-2018)- overordnet HMS handlingsplan 2020 og helhetlig HMS system (Sak nr. 073-2019)
Saksfremlegg (med vedlegg) til ledergruppen om <ul style="list-style-type: none">- antikorrupsjonsprogram (Sak nr. 32-2015)- retningslinje for varsling, prosedyre for saksbehandling av varslingsaker, varslingsutvalgets mandat og sammensetning (Sak nr. 105-2018)- ledelsens gjennomgang (LGG) 2019 (Sak nr. 098-2019)
Saksliste og referater fra AMU
Resultater fra medarbeiderundersøkelsen ForBedring 2019
Årsrapport helse, miljø og sikkerhet 2019 – Sykehuset Telemark HF
Overordnet HMS-handlingsplan STHF 2019 Del 2
Felles aktivitetsplan for HR og HMS 2020

Rapport/Internt notat/Brev fra varslingsutvalget etter behandling av varslingssaker

Skjermdump fra intranett og fra personalhåndboken

Presentasjoner fra opplæring/kurs

Vedlegg 3

Tabell 2: Gjennomførte samtaler

Dato	Navn og stilling/funksjon
14.05.2020	Maria Aasland, HR-rådgiver, HR-avdelingen
15.05.2020	Mai Torill Hoel, HR-direktør, avtroppende leder av varslingsutvalget
15.05.2020	Unn V. Ståland, leder Innkjøp og logistikk
20.05.2020	Øystein Boklund, hovedverneombud, medlem av varslingsutvalget
20.05.2020	Ann Iserid Vik-Johansen, avtroppende foretakstillitsvalgt NSF, styremedlem Kristoffer Ask, foretakstillitsvalgt Yngre Legers Forening
20.05.2020	Helle Devik Haugseter, foretaksjurist, avtroppende medlem av varslingsutvalget, personvernombud Åsne Dingsør-Dehlin, foretaksjurist, påtroppende leder av varslingsutvalget (OBSERVATØR)
27.05.2020	Tom helge Rønning, administrerende direktør
27.05.2020	Siri Stangeland, rådgiver Bedriftshelsetjenesten
28.05.2020	Liv H. Carlsen, spesialrådgiver HMS, Kvalitetsavdelingen
29.05.2020	Per Urdahl, klinikkssjef Medisinsk klinikk
29.05.2020	Kjetil Christensen, klinikkssjef Kirurgisk klinikk
03.06.2020	Per Anders Oksum, styreleder

Vedlegg 4

Modenhetsanalyse varslingsordning

Matrisen under viser vår vurdering av modenhet av varslingsordningen basert på kriteriene gitt i bestemmelser og god praksis.

		1 - Uformelt	2 - Dokumentert	3 - Etablert	4 - Optimalisert
Forankring og styring	Fokus og forankring hos ledelsen og styret				
	Involvering av ansatte				
	Risikoarbeid				
Varslingsrutine, aktivitets- og omsorgsplikt	Formål-hensikt-omfang				
	Rolle og ansvar				
	Hva det kan og skal varsles om				
	Varslingskanaler og fremgangsmåte				
	Saksbehandling av varselet				
	Konklusjon, rapportering og evaluering				
	Ivareta berørte og forebygge gjengjeldelse				
	Tekniske løsninger for varsling og saksbehandling				
Kompetanse og bevisstgjøring	Opplæring				
	Kommunikasjon				
Samlet vurdering					

Kriteriene for nivåene «1 - Uformelt, 2 - Dokumentert, 3 - Etablert og 4 - Optimalisert» er beskrevet på de neste sidene.

Overordnet: Har helseforetaket etablert en hensiktsmessig ordning for å varsle om kritikkverdige forhold som ivaretar lovkrav og legger til rette for god håndtering av varsling? Varslingsordningen må være egnet til å skape tillit til at varselet blir tilstrekkelig undersøkt innen rimelig tid, og at de berørte blir ivaretatt på en god måte. Varslingsrutinen må sikre en habil og forsvarlig saksbehandling med nødvendig forutberegnelighet og som ivaretar rettssikkerheten til alle berørte parter i en varslings sak. I tillegg til å ivareta arbeidsmiljølovens bestemmelser og grunnleggende prinsipper for god saksbehandling bør rutinene være i tråd med god praksis for håndtering av varslings saker.

1 = Uformelt - Varslingsordningen er mangelfull og varslings saker håndteres på en tilfeldig og ikke formalisert måte.

2 = Dokumentert - Varslingsordningen er formalisert med rutine på plass, tilgjengelig for de ansatte. Oppfyller krav i arbeidsmiljøloven.

3 = Etablert - Varslingsordningen er godt forankret, dokumentert og innført, god kompetanse. Oppfyller krav i arbeidsmiljøloven og hovedelementer av god praksis.

4 = Optimalisert - Virksomheten søker aktivt å følge ledende praksis. Oppfyller krav i arbeidsmiljøloven og ledende praksis.

Elementer	Nivå 1: Uformelt	Nivå 2: Dokumentert	Nivå 3: Etablert	Nivå 4: Optimalisert
Fokus og forankring hos ledelsen og styret	<p>Varslingsordningen er ikke formelt godkjent av ledelsen.</p> <p>Ledelsen kommuniserer ikke aktivt om varsling som verdi.</p> <p>Ikke egnet til å skape tillit.</p>	<p>Varslingsordningen er formelt godkjent av ledelsen (evt. av styret).</p> <p>Styret er orientert om ordningen.</p> <p>Ledelsen kommuniserer aktivt om varsling som verdi.</p>	<p>Varslingsordningen er formelt godkjent av ledelsen (evt. av styret).</p> <p>Styret er godt kjent med ordningen.</p> <p>Ledelsen kommuniserer aktivt og tydelig om varsling som verdi.</p> <p>Ledelsen og styret involveres i evaluering av ordningen.</p>	<p>Varslingsordningen er formelt godkjent av ledelsen (evt. av styret).</p> <p>Styret er godt kjent med ordningen</p> <p>Ledelsen kommuniserer aktivt og tydelig om varsling som verdi.</p> <p>Ledelsen og styret involveres i evaluering av ordningen.</p> <p>Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.</p>
Involvering av ansatte	<p>Varslingsordningen er utarbeidet, men med uformell involvering av ansatte.</p> <p>Ikke egnet til å skape tillit.</p>	<p>Varslingsordningen er utarbeidet i samarbeid med ansatte.</p> <p>Det er dokumentert prosesser for systematisk evaluering av ordningen med ansatte.</p>	<p>Varslingsordningen er utarbeidet i samarbeid med ansatte.</p> <p>Det er dokumentert og innført prosesser for systematisk evaluering av ordningen med ansatte.</p> <p>AMU blir orientert om antall og type varslingssaker som er behandlet, og hvordan disse er håndtert og løst.</p>	<p>Varslingsordningen er utarbeidet i samarbeid med ansatte.</p> <p>Det er dokumentert og innført prosesser for systematisk evaluering av ordningen med ansatte.</p> <p>AMU blir orientert om antall og type varslingssaker som er behandlet, og hvordan disse er håndtert og løst.</p> <p>Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.</p>
Risikoarbeid	<p>Varsling inngår i liten grad i virksomhetens risikoarbeid, arbeidet er i liten grad formalisert og dokumentert.</p> <p>Det er ikke etablert et helhetlig HMS-system der varsling er en del av systemet</p> <p>Ikke egnet til å skape tillit.</p>	<p>Varsling er adressert i virksomhetens risikoarbeid, men inngår ikke som et fast element i et helhetlig HMS-system.</p> <p>Det er etablert rapportering av antall og typer varslingssaker til ledelsen og styret.</p>	<p>Det er etablert et helhetlig HMS-system der varsling inngår som et fast element.</p> <p>Det er etablert rapportering av antall og typer varslingssaker til ledelsen og styret.</p> <p>Det gjennomføres undersøkelser for å kartlegge tillit til varslingsordningen som innspill til risikostyring og kontinuerlig forbedring.</p>	<p>Det er etablert et helhetlig HMS-system der varsling inngår som et fast element.</p> <p>Det er etablert rapportering av antall og typer varslingssaker til ledelsen og styret.</p> <p>Det gjennomføres undersøkelser for å kartlegge tillit til varslingsordningen som innspill til risikostyring og kontinuerlig forbedring.</p> <p>Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.</p>

Elementer	Nivå 1: Uformelt	Nivå 2: Dokumentert	Nivå 3: Etablert	Nivå 4: Optimalisert
Formål-hensikt-omfang	Formål, hensikt og omfang er i liten grad formalisert og dokumentert. Ikke egnet til å skape tillit.	Formål, hensikt og omfang er formalisert og dokumentert.	Formål, hensikt og omfang er formalisert og dokumentert. Språket er enkelt og klart. Arbeidstakerne er godt kjent med formål, hensikt og omfang.	Formål, hensikt og omfang er formalisert og dokumentert. Språket er enkelt og klart. Arbeidstakerne er godt kjent med formål, hensikt og omfang. Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.
Roller og ansvar	Roller og ansvar er i liten grad formalisert og dokumentert. Ikke egnet til å skape tillit.	Roller og ansvar er formalisert og dokumentert. Alle sentrale roller er beskrevet.	Roller og ansvar er formalisert og dokumentert Alle sentrale roller er tydelig beskrevet. Det er etablert en objektiv og uavhengig person/part der en potensiell varsler kan søke råd. Roller og ansvar er godt kjent og innført i organisasjonen.	Roller og ansvar er formalisert og dokumentert. Alle sentrale roller er tydelig beskrevet. Det er etablert en objektiv og uavhengig person/part der en potensiell varsler kan søke råd. Roller og ansvar er godt kjent og innført i organisasjonen. Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.
Hva det kan og skal varsles om	Hva det kan varsles om er i liten grad formalisert og dokumentert. Ikke egnet til å skape tillit.	Hva det kan varsles om er dokumentert og i samsvar med beskrivelsene i arbeidsmiljøloven. Det er gitt konkrete eksempler på hva som ikke faller under begrepet varsel.	Hva det kan varsles om er godt dokumentert og i samsvar med beskrivelsene i arbeidsmiljøloven. Det er gitt konkrete eksempler på hva som ikke faller under begrepet varsel. Det er beskrevet hvordan det som eventuelt sorteres vekk fra varslingsaken skal håndteres. Hva det kan og skal varsles om er godt kjent i organisasjonen.	Hva det kan varsles om er godt dokumentert og i samsvar med beskrivelsene i arbeidsmiljøloven. Det er gitt konkrete eksempler på hva som ikke faller under begrepet varsel. Det er beskrevet hvordan det som eventuelt sorteres vekk fra varslingsaken skal håndteres. Hva det kan og skal varsles om er godt kjent i organisasjonen. Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.

Elementer	Nivå 1: Uformelt	Nivå 2: Dokumentert	Nivå 3: Etablert	Nivå 4: Optimalisert
Varslingskanaler og fremgangsmåte	Varslingskanaler og fremgangsmåte er i liten grad formalisert og dokumentert. Ikke egnet til å skape tillit.	Varslingskanaler og fremgangsmåte er beskrevet og i samsvar med arbeidsmiljøloven, herunder beskrivelse av anonym varsling. Det er beskrevet hva varselet bør inneholde.	Varslingskanaler og fremgangsmåte er tydelig beskrevet og i samsvar med arbeidsmiljøloven, herunder beskrivelse av anonym varsling. Det er beskrevet hva varselet bør inneholde. Det er tilrettelagt for elektronisk varsling. Varslingskanaler og fremgangsmåte er godt kjent.	Varslingskanaler og fremgangsmåte er tydelig beskrevet og i samsvar med arbeidsmiljøloven, herunder beskrivelse av anonym varsling. Det er beskrevet hva varselet bør inneholde. Det er tilrettelagt for elektronisk varsling og kryptert dialog med anonym varslar. Varslingskanaler og fremgangsmåte er godt kjent. Det er tilrettelagt for varsling til ekstern enhet som alternativ til interne kanaler. Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.
Saksbehandling av varselet	Saksbehandling er i liten grad formalisert og dokumentert. Ikke egnet til å skape tillit.	Saksbehandling er formalisert og dokumentert. Beslutningspunkter, tidsfrister og forventninger til dokumentasjon er beskrevet. Objektivitet, konfidensialitet, habilitet, kontradiksjon og personvern er beskrevet.	Saksbehandling er formalisert og dokumentert. Beslutningspunkter, tidsfrister og forventninger til dokumentasjon er beskrevet. Objektivitet, konfidensialitet, habilitet, kontradiksjon og personvern er beskrevet. Rutiner for bruk av ekstern kompetanse er etablert og godt kjent. Rutine for saksbehandling av varsel er godt kjent.	Saksbehandling er formalisert og dokumentert. Beslutningspunkter, tidsfrister og forventninger til dokumentasjon er beskrevet. Objektivitet, konfidensialitet, habilitet, kontradiksjon og personvern er beskrevet. Rutiner for bruk av ekstern kompetanse er etablert og godt kjent. Rutine for saksbehandling av varsel er godt kjent. Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.

Elementer	Nivå 1: Uformelt	Nivå 2: Dokumentert	Nivå 3: Etablert	Nivå 4: Optimalisert
Konklusjon, rapportering og evaluering	<p>Konklusjon, rapportering og evaluering er i liten grad formalisert og dokumentert.</p> <p>Ikke egnet til å skape tillit.</p>	<p>Konklusjon, rapportering og evaluering er formalisert og dokumentert.</p> <p>Beskriver hvilken informasjon som skal gis de involverte.</p> <p>Beskriver konsekvenser ved brudd.</p>	<p>Konklusjon, rapportering og evaluering er formalisert og dokumentert.</p> <p>Beskriver hvilken informasjon som skal gis de involverte.</p> <p>Beskriver konsekvenser ved brudd.</p> <p>Det gjennomføres systematisk evaluering av håndtering av hver enkelt sak.</p> <p>Rutiner for konklusjon, rapportering og evaluering er godt kjent.</p>	<p>Konklusjon, rapportering og evaluering er formalisert og dokumentert.</p> <p>Rapportmater er etablert.</p> <p>Beskriver hvilken informasjon som skal gis de involverte.</p> <p>Beskriver konsekvenser ved brudd.</p> <p>Det gjennomføres systematisk evaluering av håndtering av hver enkelt sak.</p> <p>Rutiner for konklusjon, rapportering og evaluering er godt kjent.</p> <p>Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.</p>
Ivareta berørte og forebygge gjengjeldelse	<p>Ivaretagelse av berørte og forebygging av gjengjeldelse er i liten grad formalisert og beskrevet.</p> <p>Ikke egnet til å skape tillit.</p>	<p>Ivaretagelse av berørte og forebygging av gjengjeldelse er formalisert og beskrevet.</p> <p>Det er dokumentert rutine for vurderinger av om de berørte har et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, inkludert risiko for gjengjeldelse overfor varslere(e).</p>	<p>Ivaretagelse av berørte og forebygging av gjengjeldelse er formalisert og beskrevet.</p> <p>Det er dokumentert og gjennomføres systematisk vurderinger av om de berørte har et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, inkludert risiko for gjengjeldelse overfor varslere(e).</p> <p>Varsler følges opp i etterkant med tanke på mulig gjengjeldelse</p> <p>Rutiner for å ivareta berørte og forebygge gjengjeldelse er godt kjent.</p>	<p>Ivaretagelse av berørte og forebygging av gjengjeldelse er formalisert og beskrevet.</p> <p>Det er dokumentert og gjennomføres systematisk vurderinger av om de berørte har et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, inkludert risiko for gjengjeldelse overfor varslere(e).</p> <p>Varsler følges opp i etterkant med tanke på mulig gjengjeldelse.</p> <p>Rutiner for å ivareta berørte og forebygge gjengjeldelse er godt kjent.</p> <p>Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.</p>
Tekniske løsninger for varsling og saksbehandling	<p>Tekniske løsninger legger i liten grad til rette for å varsle og saksbehandle et varsel.</p> <p>Ikke egnet til å skape tillit.</p>	<p>Tekniske løsninger legger til rette for å varsle og saksbehandle et varsel.</p> <p>Ivaretar krav til personvern og sikkerhet.</p>	<p>Tekniske løsninger legger til rette for å varsle og saksbehandle et varsel.</p> <p>Ivaretar krav til personvern og sikkerhet.</p> <p>Løsningene er brukervennlige.</p>	<p>Tekniske løsninger legger godt til rette for å varsle og saksbehandle et varsel.</p> <p>Ivaretar krav til personvern og sikkerhet.</p> <p>Løsningene er brukervennlige.</p> <p>Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.</p>

Elementer	Nivå 1: Uformelt	Nivå 2: Dokumentert	Nivå 3: Etablert	Nivå 4: Optimalisert
Opplæring	<p>Det gjennomføres begrenset opplæring innen varsling og i virksomhetens varslingsordning.</p> <p>Ikke egnet til å skape tillit.</p>	<p>Det gjennomføres opplæring innen varsling og i virksomhetens varslingsordning.</p>	<p>Det gjennomføres opplæring innen varsling og i virksomhetens varslingsordning.</p> <p>Kompetansebehovet for de ulike rollene er definert og kartlagt og opplæringen er tilpasset de enkelte rollene.</p>	<p>Det gjennomføres opplæring innen varsling og i virksomhetens varslingsordning.</p> <p>Kompetansebehovet for de ulike rollene er definert og kartlagt og opplæringen er tilpasset de enkelte rollene.</p> <p>Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.</p>
Kommunikasjon	<p>Lederes kommunikasjon om varsling er lite synlig for de ansatte.</p> <p>Ikke egnet til å skape tillit.</p>	<p>Ledere på alle nivåer kommuniserer om varsling til sine ansatte på allmøter, ledermøter etc.</p> <p>Virksomheten bruker digitale flater til å kommunisere om varsling, men begrenset med informasjon.</p>	<p>Ledere på alle nivåer kommuniserer tydelig om varsling som verdi og kommunikasjonen er godt synlig for de ansatte.</p> <p>Virksomheten bruker aktivt digitale flater til å kommunisere om varsling. Materialet er lett tilgjengelig for ansatte og innleide.</p>	<p>Ledere på alle nivåer kommuniserer tydelig om varsling som verdi og kommunikasjonen er godt synlig for de ansatte. .</p> <p>Virksomheten bruker aktivt digitale flater til å kommunisere om varsling. Materialet er lett tilgjengelig for ansatte og innleide.</p> <p>Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.</p>

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. januar 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.

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: Februar-Juni 2020

Virksomhet: Sykehuset Telemark HF

Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisorer:

- Espen Anderssen (oppdragseier)
- Signe Sagabraaten (oppdragsleder)
- Beate Hvam-Axelsen (innleide konsulent fra KPMG)

Rapporten er oversendt til:

- styret i Sykehuset Telemark HF
- administrerende direktør i Sykehuset Telemark HF
- revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst RHF
- administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF

Konsernrevisjonens rapporter

Rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:

<https://www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen>

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	16.09.2020

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

Sak: 058 – 2020

Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan for 2021

Hensikten med saken

Det legges fram mulige tema som utgangspunkt for diskusjon om hva som skal spilles inn til konsernrevisjonen som tema for 2021. Målet er å prioritere inntil tre tema som videregives til konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF.

Forslag til vedtak

Ønskede tema for konsernrevisjon 2021, som det enes om i møtet, oversendes konsernrevisjonen innen fristen 1. oktober 2020.

Skien, 7. september 2020

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF anmoder helseforetakene om inntil tre styrebehandlete innspill til tema innen 1. oktober 2020. Konsernrevisjonens formål er å bistå styret og ledelsen med å utøve god virksomhetsstyring. Dette gjøres ved å vurdere foretakenes virksomhetsstyring, risikostyring og interne styring og kontroll. Formålet med det enkelte tema kan variere, avhengig av situasjonen og behovet:

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

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Nedenfor foreslås noen mulige områder for konsernrevisjon 2021. Disse er forankret i ledergruppesak 097-2020 (01.09.2020).

Tema	Hensikt	Begrunnelse
Kreftpakker	Kartlegge/Bekrefte	Området er prioritert, både i STHF strategiplan, og i regionalt innsatsteam for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. STHF mener å ha god kontroll på området, men vi ser at pandemien har medført reduksjon i måloppnåelse. Ønsker en kartlegging av flaskehalser, samt bekreftelse av styringsmodell.
Legemiddelfeil og legemiddelhåndtering	Kartlegge	Område hvor det er kjent at det er forbedringspotensial, jf GTT og uønskede hendelser. Behov for mer kunnskap om årsaker, kompetansehull, uhensiktsmessig praksis, etc.
Innkjøpsprosessen	Kartlegge	Behov for å vurdere effektivitet i innkjøpsprosessen ved STHF etter etablering av Sykehusinnkjøp. Dette bør inkludere bla aktører, samarbeid, roller, ansvar, myndighet osv.
Datasikkerhet/datainnbrudd	Kartlegge	I lys av skjerpede lovkrav og økt risikobilde er det behov for gjennomgang av datasikkerhet. Det er flere områder som kan belyses, bl.a. <ul style="list-style-type: none"> • hvilke sikkerhetskrav stilles ved anskaffelser av systemer/utstyr • løsningsdesign for leverandøraksess; hvordan er dette dokumentert, er løsningsdesign risikovurdert og hvilke rutiner finnes for internkontroll • databehandleravtaler

		<ul style="list-style-type: none"> • ansvarsforhold; utfordringer med roller og ansvar ved lokalt HF som databehandler men RHF som ansvarlig for regionale løsninger
Pasientskader og alvorlige avvik	Kartlegge	Gjennomgang og kartlegging av håndtering og oppfølging av pasientskader og alvorlige avvik. Jobber vi godt nok på disse områdene? Er tiltakene og forbedringsarbeidet tilstrekkelig? Evner vi å lære på tvers i organisasjonen.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Noen av områdene er videreført fra tilsvarende styresak i fjor. Det gjelder *innkjøpsprosessen, legemiddelfeil/legemiddelhåndtering, samt kreftpakker*. Nye områder som er tilføyet er *datasikkerhet, pasientskader og alvorlige avvik*.

Ledelsens gjennomgåelse avholdes 15. september. Dersom det kommer fram andre/nye aktuelle områder under gjennomgåelsen, vil disse bli spilt inn muntlig under saksbehandlingen i styret.

Vedlegg:

Brev fra Konsernrevisjonen 07.07.2020

Til styreledere
Kopi: Administrerende direktører

Helseforetakene i Helse Sør-Øst

Vår referanse:
20/00709-1

Saksbehandler:

Espen Anderssen

Deres referanse:

Dato:

07.07.2020

Innspill til revisjonsplan 2021 for konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst

Konsernrevisjonen gjennomfører årlig en prosess med å utarbeide et forslag til revisjonsplan for kommende år. Revisjonsutvalget fremlegger revisjonsplanen for godkjenning i styret i Helse Sør-Øst RHF. Planen består av revisjoner som skal gjennomføres i foretaksgruppen. Det planlegges med at revisjonsplanen for 2021 skal behandles i styret i Helse Sør-Øst RHF 17. desember 2020.

Konsernrevisjonens formål

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

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

Prosess for utarbeidelse av revisjonsplan

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

Revisjonsutvalget anmoder helseforetakene om å utforme styrebehandlete innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan for 2021. Frist for innspill er 1. oktober 2020.

Etter at innspillene er mottatt vil konsernrevisjonen innlede dialog med siktemål om at forslag fra det enkelte helseforetaket kan koordineres med forslag fra andre

helseforetak og med behov for hele foretaksgruppen. Konsernrevisjonen vil så langt som mulig følge opp de høyest prioriterte forslagene fra det enkelte helseforetaket.

Prosess og tilnærming vil bli gjennomgått i styreledermøte 8. september.

Innspill med risikobasert tilnærming

Konsernrevisjonens revisjonsplan skal være risikobasert. Innspill bør bygge på styrenes forståelse av risikobildet i helseforetaket sett opp mot målbildet og endringer i omgivelsene.

Revisjoner vil gi en uavhengig og objektiv vurdering av helseforetakets håndtering av risikoer eller risikoområder, gjennom vurderinger av foretakets styringssystem, risikostyring og internkontroll. Revisjoner kan utformes med ulike formål avhengig av situasjonen på det aktuelle området:

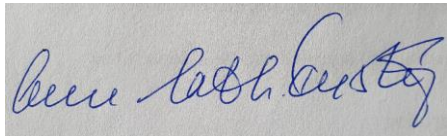
- *Bekreftelser* – bekrefte styring og kontroll på vesentlige områder med høy risiko, men med antatt god kontroll
- *Kartlegging* – kartlegge styring og kontroll ved usikkerhet om status på området
- *Årsaksanalyser* – undersøke områder med kjente problemstillinger for økt innsikt

Innspill til revisjonsplanen bør gi en kort beskrivelse av bakgrunn og mål, underliggende risiko, og formål med revisjonen. Under bakgrunn og mål beskrives revisjonsobjektets betydning for virksomheten og/eller måloppnåelsen. Revisjonsobjektet kan være fagområder, prosesser, systemer eller organisatoriske enheter. Prioritering av risikoer skjer ved å vurdere sannsynlighet og konsekvens før og etter iverksatte tiltak.

Som følge av Covid-19 har konsernrevisjonen måttet utsette flere revisjoner i år, og enkelte revisjonstemaer i årets revisjonsplan vil først bli gjennomført i 2021. Det er derfor redusert kapasitet for nye revisjonstemaer i 2021. Både av denne grunn og fordi kontinuerlig forbedringsarbeid med vekt på økt kvalitet er sentralt i alle helseforetak, ber vi om at helseforetakene samtidig vurderer i hvilken grad foretakets egen internrevisjon eller kvalitetsavdeling bør ivareta behov ved egne interne revisjoner.

Konsernrevisjonen ber om 1-2 forslag til konsernrevisjonens revisjonsplan. Innspill til revisjonsplanen kan sendes konsernrevisor Espen Anderssen (revisjonsutvalgets sekretær) på epost Espen.Anderssen@helse-sorost.no. Videre dialog og avklaringer gjøres med Espen Anderssen på epost eller telefon 945 076 18.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF

A handwritten signature in blue ink on a light-colored background. The signature is cursive and reads "Anne Cathrine Frøstrup".

Anne Cathrine Frøstrup
Leder styrets revisjonsutvalg

A handwritten signature in blue ink on a light-colored background. The signature is cursive and reads "Espen Anderssen".

Espen Anderssen
konsernrevisor

Vedlegg: Eksempel på beskrivelse av innspill til revisjonsplan

Vedlegg – Eksempel på innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2021

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

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	16.09.2020

Type sak (sett kryss)						
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema

Sak: 059-2020

Revisjon av virksomhetsrapport - prosess

Hensikten med saken

Økonomiavdelingen ved sykehuset har over noe tid jobbet med utvikling av foretakets virksomhetsrapport. Arbeidet har vært drevet av et ønske om å forbedre og effektivisere rapportering mot styre og eier, og samtidig å legge bedre til rette for løpende styring i sykehusets lederlinje og å sikre god beslutningsstøtte til den operative driften av sykehuset.

I denne saken presenteres status for arbeidet, med hovedfokus på de endringer som planlegges for sykehusets virksomhetsrapport. Basert på tilbakemeldinger i møtet vil det jobbes videre med sikte på å ha en revidert virksomhetsrapport klar fra januar 2021.

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering, med de innspill som fremkom i møtet.

Skien, 10.09.2020

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Økonomiavdelingen ved sykehuset har over noe tid jobbet med utvikling av foretakets virksomhetsrapport. Arbeidet har vært drevet av et ønske om å forbedre og effektivisere rapportering mot styre og eier (HSØ), og samtidig legge bedre til rette for løpende styring i sykehusets lederlinje og sikre god beslutningsstøtte til den operative driften av sykehuset. Arbeidet har i tillegg også blitt brukt som element i en organisasjonsutviklingsprosess med mål om å få bedre samarbeid mellom kontrollere og analyse internt i økonomiavdelingen og for å videreutvikle måten økonomiavdelingen jobber med klinikkene.

I denne saken presenteres status for arbeidet, med hovedfokus på de endringer som planlegges for sykehusets virksomhetsrapport. Basert på tilbakemeldinger i møtet vil det jobbes videre med sikte på å ha en revidert virksomhetsrapport klar fra januar 2021.

2. Hovedpunkter

Bakgrunn

Dagens virksomhetsrapport består av to dokumenter:

- Skriftlig rapport i word-format
- Power-Point presentasjon

Selve rapporten er normalt på om lag 12 sider (hver måned), men utvides til nærmere 30 sider ved tertial-rapportering. Presentasjonen er på om lag 35 sider i tillegg. Rapporteringspakken har blitt utviklet og tilpasset over lang tid. Det er flere år siden den var gjenstand for en helhetlig revisjon. Den bærer preg av å hente data og tekst fra ulike kilder og det er liten grad av samordning hva gjelder lay-out og presentasjonsform. Det er videre mye arbeidskrevende manuelle rutiner ved hver rapportering. Generelt oppleves det at rapportene i for stor grad presenterer og refererer tall og resultater, og i for liten grad inneholder mer kvalitative analyser og forklaringer knyttet til de viktigste områdene for sykehuset.

Målbilde for arbeidet med revisjon av virksomhetsrapporten

Økonomiavdelingen har definert følgende målbilde for revidert virksomhetsrapport

- Helhetlig – tabeller og figurer skal ha enhetlig og konsistent utforming
- Gjenkjennbar – mest mulig lik fra måned til måned og dessuten i størst mulig grad gjenspeile rapporter fra HSØ
- Så kort og fokusert som mulig – gitt krav til form og innhold
- Mer analytisk - mindre «refererende»

Økonomiavdelingen bruker mye tid og ressurser hver måned på å utarbeide virksomhetsrapporten. Det jobbes på kort sikt med å få på plass «semi-automatiske» løsninger for å generere tabeller og grafer som alternativ til dagens manuelle rutiner. Dette vil frigjøre tid til mer analyse, sikre en mer enhetlig lay-out og redusere risiko for feil.

Status for arbeidet

Arbeidet har så langt i hovedsak fokusert på å revidere Power-point presentasjonen som vedlegges den skriftlige virksomhetsrapporten. Innholdsmessig er det i stor grad tatt utgangspunkt i de rapporter som HSØ bruker i oppfølging av de ulike helseforetakene i

foretaksgruppen. Dette gjelder både mht tema og design/lay-out på tabeller og figurer. Videre er det lagt vekt på å redusere omfang av presentasjonen og dessuten at det skal være enhetlig bruk av tekst i tabeller, farge-koder i grafer osv. Til slutt legges det opp til å bruke overskrifter og tekst som forklarer og peker på hovedbudskap i de enkelte tabeller og figurer.

Eksempler på power-point presentasjon legges fram i styremøtet.

Revisjon av den skriftlige rapporten er i oppstartsfasen og vil ha som siktemål å redusere omfang (antall sider) og at det er mer kvalitative analyser og forklaringer enn i dagens rapportering.

Videre arbeid - prosess

Basert på tilbakemeldinger fra styret vil det jobbes videre med sikte på å ha en revidert virksomhetsrapport klar til rapportering for januar 2021.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Administrerende direktør anbefaler at styret gir eventuelle innspill i styremøtet, samt støtter at sykehuset ferdigstiller arbeidet med revisjon av virksomhetsrapporten.

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	16. september 2020

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

Sak: 060 – 2020

Status styringskrav 2020 for Sykehuset Telemark HF

Hensikten med saken

Saken omhandler informasjon om status for styringskrav fra oppdrag og bestilling 2020 og krav gitt i foretaksmøter til Sykehuset Telemark HF.

Forslag til vedtak

Styret tar status styringskrav 2020 for Sykehuset Telemark HF til orientering.

Skien, 7. september 2020

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

I foretaksmøte 26. februar 2020 ble oppdrag og bestilling 2020 gjort gjeldende for Sykehuset Telemark HF. Etter dette har Sykehuset Telemark fått styringskrav i foretaksmøte 26. mars, 28. april og 25. juni. Styret orienteres i saken om status for styringskrav gitt til Sykehuset Telemark i 2020.

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Alle styringskrav for 2020 er operasjonalisert i virksomhets-planleggingen for 2020. Dette gjelder også styringsbudskap mottatt i foretaksmøter løpet av året. Styringsbudskapene inngår i det helhetlige oppdraget Sykehuset Telemark HF har ansvar for å gjennomføre.

Koronapandemien

For 2020 har beredskapsarbeidet i forbindelse med koronaepidemien påvirket Sykehuset Telemarks muligheter til å nå målene og gjennomføre styringskravene.

De tre overordnede målene i oppdrag og bestilling 2020 (1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen, 2. Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, 3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet) har Helse Sør-Øst RHF besluttet ligger fast, men det vil innen mange områder ikke være mulig å nå de kvantitative målsetningene som er satt. Helse Sør-Øst RHF har også sett at det har vært nødvendig å skyve på tidsfrister for ulike oppdrag. Reviderte krav og oppdrag for 2020 fra Helse Sør-Øst RHF til Sykehuset Telemark ble gjort gjeldende i foretaksmøte 25. juni (ref. styresak 056-2020).

I foretaksmøtet 26. mars ble årets viktigste styringsbudskap formidlet til helseforetaket. Det ble i protokollen vist til foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 25. mars 2020 og Prop. 52 S (2019–2020) *Endringer i statsbudsjettet 2020* under Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Finansdepartementet (økonomiske tiltak i møte med virusutbruddet). Det heter her at Regjeringen vil sikre at helse- og omsorgssektoren gis mulighet til å iverksette de tiltak som er nødvendige gitt situasjonen. Det oppgis videre at Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget med forslag til tilleggsbevilgninger på et senere tidspunkt, for å sikre at aktiviteten kan opprettholdes ut året.

Med dette som utgangspunkt ble følgende vedtatt:

Foretaksmøtet ber helseforetakene om å:

- *legge konkrete planer for å møte en situasjon med behov som angitt i Folkehelseinstituttets risiko-, prognose- og responsanalyse datert 24. mars, inkludert det maksimale behovet som er angitt.*
- *klargjøre hva som må til for å realisere en økning av intensivkapasiteten ut over det som er meldt inn, hvor stor denne kan være, hvor lenge den kan opprettholdes og når en slik økning eventuelt kan være på plass. Dette omfatter blant annet personalressurser, medisinsk utstyr og lokaler.*
- *vurdere om ressurser som i dag finnes utenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten kan benyttes for å øke kapasiteten.*

Det ble bedt om status og rapportering på mulige tiltak innen 1. april og endelig rapportering innen 14. april.

Det ble utarbeidet en opptrappingsplan hvor man vurderte alternativ bruk av arealer og personell, samt vurderinger av opplærings- og utstyrsbehov, som gjør det mulig å etablere en behandlingsskapasitet i henhold til bestillingen i foretaksmøtet.

Planen ble oversendt Helse Sør-Øst i henhold til fristen 14. april 2020. Styret ble orientert om planen i ekstraordinært styremøte 3. april og sluttet seg til planen i styresak 026-2020 22. april 2020.

Status for styringskrav 2020

En rekke mål for 2020 er frafalt grunnet koronapandemien og det er styringskrav hvor arbeid og måloppnåelse er forsinket av samme grunn. Både klinikkjefer og stabsdirektører har informert om forsinkelse i måloppnåelse for styringskrav i sin halvårslige statusrapportering til administrerende direktør. Tilbakemeldingene viser imidlertid at risikoen for manglende måloppnåelse er lav for de fleste styringskravene, og at man forventer delvis eller full måloppnåelse. Dette gjelder blant annet enkelte kreftpakkeforløp, pakkeforløp psykiatri, effektiv ressursbruk (forsinkelser i forbedringsarbeid), epikriser sendt innen 1 dag, avvisningsrater i psykiatrien og prioriteringsregelen.

På ett område rapporteres det om høy risiko for manglende måloppnåelse. Dette gjelder styringskravet:

«Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i døgntilrettelagt psykiatri skal reduseres i 2020 sammenlignet med 2019»

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling har satt i verk risikoreduserende tiltak for redusere antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i døgntilrettelagt psykiatri. I planen inngår blant annet å ytterligere undersøkes årsaken til henvisninger og at inntaksteamet endrer inntakspraksis.

For øvrig blir flere pasienter "uten rett" tatt inn til vurdering, såfremt kommunene ikke har et behandlingstilbud. Praksiskonsulent og fagsjef har også kontakt med fastleger i Telemark med hensyn til henvisningskvalitet. Dette forventes å bedre mulighetene for måloppnåelse når det gjelder reduksjon i antall avviste pasienter.

Det er også høy risiko forbundet med styringskravet:

«Årsresultat 2020 for Sykehuset Telemark skal være på minst 30 millioner kroner».

Sykehuset har iverksatt forbedringsarbeid. Dette arbeidet i klinikkene og de sykehusovergripende forbedringsprosjektene er forsinket som følge av pandemien. Disse aktivitetene er startet opp igjen etter at sykehuset gikk tilbake igjen til normal drift med strenge smittevernstiltak fra og med uke 34. Det er så langt ikke overført tilstrekkelige midler fra RHF'et for å dekke det faktiske inntektstapet og de merkostnadene som covid-19 situasjonen har påført helseforetaket.

Rapporteringen på styringskrav gitt i foretaksmøtet 28. april viser god måloppnåelse, men noe risiko for manglende måloppnåelse for styringskravet:

«Ta i bruk digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling der det er mulig å melde behov for justeringer i nasjonale rammevilkår som raskt kan iverksettes til Helse Sør-Øst RHF. Dette gjelder blant annet ISF-ordningen, reguleringer, praktisk veiledning og nasjonale e-helsetiltak».

Sykehuset Telemark er i gjennomføring av pilotprosjekt for fjernoppfølging av hjemmedialysepasienter. Piloten blir trolig forlenget ut året grunnet korona-situasjonen. Dette er nødvendig for å få en riktig gevinstoppfølging. Det vurderes om løsningen kan breddes til andre pasientgrupper. Beslutning på dette tas til høsten.

Videokonsultasjoner for pasient-behandler er også etablert ved sykehuset. 350 virtuelle møterom er opprettet og det har vært gjennomført ca. 200 videokonsultasjoner per uke.

I foretaksmøtet ble det også gitt en bestilling på å starte opptrapping til normal drift. Driften har gjennom sommeren vært preget av en litt krevende driftsmodell, med omfordeling av pasienter mellom Skien og Notodden. Driften er fra og med uke 34 tilnærmet normal.

For øvrig vises det til Virksomhetsrapport per 2. tertial (styresak 053-2020) hvor status per 31. august 2020 for mange av styringskravene fremkommer. Her fremkommer også sykehusets oppdaterte risikovurdering.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Administrerende direktør anbefaler at styret tar status styringskrav 2020 for Sykehuset Telemark HF til orientering.

Vedlegg

- Ingen

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	16. september 2020

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

Sak: 061 – 2020

Årsplan styresaker

Hensikten med saken

I henhold til styrets instruks STHF punkt 5. Struktur for styrearbeidet, veilederen «Styrearbeid i regionale helseforetak» punkt. 4.4 utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet, samt forskriften «ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten» § 6 a), utarbeides det en plan for styrets arbeid for det enkelte år.

Hensikt med denne saken er å presenterer oppdatert årsplan for 2020, som arbeidstidfester styremøter og styreseminar, samt gir oversikt over de viktigste kjente sakene og hovedaktivitetene som skal behandles i hvert av styremøtene i løpet av året.

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

Forslag til vedtak

Årsplan styresaker tas til orientering.

Skien, 4. september 2020

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
Styremøte 28. oktober kl. 0930 – 1530 Møterom Notodden sykehus	<ul style="list-style-type: none"> • Innkalling og saksliste • Godkjenning av protokoll 	<ul style="list-style-type: none"> • Årsplan styresaker • ADs driftsorienteringer • Virksomhetsrapport per september 2020 • Status budsjett 2021 • Status pasientsikkerhet ved STHF • Sykehusets resultat og oppfølging av kvalitetsindikatoren 30-dagers overlevelse • Ledelsens gjennomgang (LGG) 2020 	<ul style="list-style-type: none"> • Styrets årlige evaluering av administrerende direktørs arbeid og resultater – lukket møte • Styrets egenevaluering – lukket møte
Styremøte 16. desember Kl. 0930 – 1530 Møterom Vrangfoss	<ul style="list-style-type: none"> • Innkalling og saksliste • Godkjenning av protokoll • Budsjett 2021 • Årsplan styresaker 2021 • Oppdatert rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst • Valg av ansattevalgte styremedlemmer - Oppnevning av valgstyre 	<ul style="list-style-type: none"> ADs driftsorienteringer • Virksomhetsrapport per november 2020 • Status Akuttkjede-prosjektet • Status Sykehuset Telemarks ambulanseplan • Forskning STHF • Rapport internrevisjon 2020 (inkl. systemrevisjon) • Nytt forbedringssystem • Plan internrevisjon 2021 • Overordnet handlingsplan for helse-, miljø- og sikkerhet (HMS) Sykehuset Telemark 2021 • Etablering av Helsefelleskap i Telemark • Styresaker i Sykehuset Telemark - status og oppfølging 	

Foretaksmøter og styreseminar:

<p>Foretaksmøte 26. februar med påfølgende felles styresamling regi av Helse Sør-Øst RHF, Clarion Hotel & Congress Oslo Airport, Gardermoen 26. mars, 28. april, 18. mai, 25. juni. HSØ har meldt om foretaksmøte i oktober. Dato er p.t. ikke lagt.</p>
<p>Styreseminar 17. juni 28. oktober 16. desember Tema: Årlig egevaluering av styrets arbeid og arbeidsform</p>

Saker til behandling hvor møtetidspunkt ikke er fastsatt:

- Oversikt kategorisering uønskede pasienthendelser (NOKUP) 1. halvår 2020 utgår til behandling i 2020. I første kvartal 2021 fremlegges en samsak for hele 2020 for styret
- Oversikt kategorisering av HMS-avvik 1. halvår 2020 utgår til behandling i 2020 og settes opp igjen i 2021 etter at nytt forbedringssystem er tatt i bruk

PROTOKOLL FRA BRUKERUTVALGET

11.06.2020 kl 10:00 til 11:30

Sted: Konferansesenteret Skien, bygg 54, møterom: Vrangfoss

Tilstede: Rita Andersen, Psoriasis og Eksemforbundet Telemark (PEF)
John Arne Rinde, Pensjonistforbundet Telemark
Olav Kristiansen, Prostatakreftforeningen (profo)
Sondre Otervik, A-larm
Gun Inger Heibø, Multippel sklerose (MS)
Vidar Bersvendsen, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL)
Anne Iversen, Norges Handikapforbund (NHF)
Hanne Kittilsen, Kreftforeningen

Per Urdahl, klinikkssjef medisinsk klinikk
Anne Borge Kallevig, koordinator for brukerutvalget ved STHF

Arbesa Berisha, seniorrådgiver Pasient- og brukerombudet i Telemark

Saker presentert av:

Annette Fure, utviklingsdirektør
Lars Ødegård, klinikkssjef klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling (KPR)
Per Urdahl, klinikkssjef medisinsk (MED)

Forfall:

Gunn Ingeborg Kval-Engstad, Ryggmarksbrokk- og Hydrocephalusforeningen
Egil Rye-Hyppen, regional brukerrepresentant
Tom Helge Rønning, administrerende direktør
Halfrid Waage, fagdirektør
Anne Brynjulfsen, rådgiver klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling (KPR)

Møtet ble ledet av Rita Andersen

Sak 00/20	Godkjenning av innkalling og saksliste <u>Vedtak:</u> Brukerutvalget godkjenner innkalling og saksliste.
Sak 17/20	Godkjenning av protokoll fra 23.04.2020 Protokollen fra 23.04.20 ble lagt frem for endelig godkjenning. <u>Vedtak:</u> Brukerutvalget godkjenner protokollen.
Sak 18/20	Status utbygging somatikk Skien (USS) Utviklingsdirektør Annette Fure orienterte om status på byggeprosjektet pr dags dato. Den planlagte utbyggingen av kreftsenter med stråleterapi og nytt sengebygg med akuttsenter viser seg å bli dyrere enn først antatt. Kalkyleberegning utført av Norconsult viser en total prosjektkostnad på ca 1,6 milliarder vs

	<p>tidligere estimat på 958 millioner kroner. Utbyggingen av det somatiske tilbudet i Skien skal være innenfor en rammen på 950 millioner kroner.</p> <p>Konsekvensen av dette vil være at man sannsynligvis må bygge et noe enklere sengebygg enn først antatt , og ikke inkludere et akuttsenter i bygget,.Akuttsenter videreutvikles i tilknytning til dagens akuttmottak og legevaktsarealene, som fraflyttes i 2021. Planene for kreftsenteret opprettholdes med samme plassering, funksjonalitet og kapasitet.</p> <p><u>Vedtak:</u> Brukerutvalget tar saken til orientering.</p>									
<p>Sak 19/20</p>	<p>Orientering fra klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling (KPR) v/klinikkssjef Lars Ødegård</p> <p>Tilbudet i psykiatri og rus har vært opprettholdt i hele koronatiden, men med noen omdisponeringer.</p> <p>Avrusningsenheten har hatt samdrift med akutten.</p> <p>Fra slutten av mars har antall henvisninger fra fastleger vært færre, men pr i dag er man nesten tilbake til normal drift både når det gjelder tilgjengelighet og kapasitet.</p> <p><u>Opplevd tilgjengelighet:</u> – ikke eksisterende - brukere tatt et steg tilbake</p> <p>Tilgjengelighet og kapasitet – viktig å få kommunisert ut. Informere leger, fastleger, kommuner om at det pr i dag er god kapasitet.</p> <p>Ve dr pakkeforløp – godt i gang. Tett på måltall.</p> <p><u>Vedtak:</u> Brukerutvalget tar saken til orientering.</p>									
<p>Sak 20/20</p>	<p>Resultater per mai 2020 Oppsummering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Korona-tilpasset» driftsmodell er videreført og beredskap opprettholdt <ul style="list-style-type: none"> ○ Antall operasjoner 77 % av budsjett • Poliklinisk aktivitet nærmer seg normalt nivå: <ul style="list-style-type: none"> ○ Somatikk ca. 85 % av normal aktivitet ○ Mindre fall for PHV/TSB grunnet sterk vridning til telefonkonsultasjoner (men lavt nivå generelt i 2020) ○ Fristbrudd og ventetider (somatikk) øker • Nye henvisninger på om lag 80 % av normalt nivå • Økonomisk resultat (inklusive Corona) <ul style="list-style-type: none"> ○ per mai = -70,4 mill. kr. (vs. budsjett = 12,5 mill. kr.) ○ mai = -13,5 mill. kr. (vs. budsjett = 2,5 mill. kr.) • Koronaeffekt <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: right;">Inntekter</th> <th style="text-align: right;">Netto kostnader</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>○ per mai = 81,0 mill. kr.</td> <td style="text-align: right;">73,7</td> <td style="text-align: right;">7,3</td> </tr> <tr> <td>○ mai = 16,0 mill. kr.</td> <td style="text-align: right;">18,9</td> <td style="text-align: right;">-3,0</td> </tr> </tbody> </table> • Økonomisk resultat ekskl. Covid-19 <ul style="list-style-type: none"> ○ per mai = 10,6 mill. kr. (vs. budsjett = 12,5 mill. kr.) 		Inntekter	Netto kostnader	○ per mai = 81,0 mill. kr.	73,7	7,3	○ mai = 16,0 mill. kr.	18,9	-3,0
	Inntekter	Netto kostnader								
○ per mai = 81,0 mill. kr.	73,7	7,3								
○ mai = 16,0 mill. kr.	18,9	-3,0								

	<ul style="list-style-type: none"> ○ mai = 2,5 mill. kr. (vs. budsjett = 2,5 mill.kr.) ● Pakkeforløp kreft <ul style="list-style-type: none"> ○ Andel nye pasienter i pakkeforløp er 80 % ○ Andel behandlet innen standard forløpstid er 72 % <p><u>Vedtak:</u> Brukerutvalget tar saken til orientering.</p>
Sak 21/20	Pasient- og brukerombudets orienteringer Ingen spesielle saker å melde
Sak 22/20	Status – prosjekter Brukerutvalget gjennomgikk listen. Nytt prosjekt: Smertelindring kreftpasienter – prosjektleder Ørnulf Paulsen. Deltaker fra brukerutvalget: Hanne Kittilsen.
Sak 23/20	Eventuelt <ul style="list-style-type: none"> ➤ Status screening – er i rute
	<p>Aktuelle orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gjennom sommeren opprettholdes funksjonsfordelingen mellom Skien og Notodden for øyeblikkelig hjelp. Men det blir endringer i helgene. Denne ordningen gjelder fra fredag 19. juni klokka 16.00 til mandag 17. august klokka 08.00. <p>Sykehuset i Skien skal fortsatt motta alle medisinske pasienter, alle barn, traumer og all øyeblikkelig hjelp innen gynekologi, fødsler, urologi, plastikkirurgi og øre/nese/hals.</p> <p>Sykehuset på Notodden skal på ukedager motta all øyeblikkelig hjelp innen ortopedi og gastrokirurgi.</p> <p>I helgene skal ortopediske og gastrokirurgiske pasienter fra nedre Telemark til Skien, mens pasienter fra øvre Telemark skal til Notodden. Dette gjelder i tidsrommet fredag klokka 16.00 til mandag klokka 08.00. (For ambulanseoppdrag gjelder dette fra fredag klokka 14.30 til mandag klokka 06.30.)</p> <p>Pasienter som kommer til sykehuset i Skien søndag kveld eller natt, kan bli overført til Notodden hvis det er forsvarlig. Dette skal vurderes ut fra pasientens totalsituasjon og ut fra operasjons- og sengekapasitet på Notodden og i Skien. Det vil være felles morgenmøter mellom ansatte i Skien og Notodden hvor ressursene blir avklart.</p> <p>Akuttpoliklinikkene er åpent alle dager på Notodden og i Skien. Hvis det er pasienter som har behov for operativt inngrep eller innleggelse, skal vakthavende lege innen gastro eller ortopedi vurdere behandlingssted.</p> <p>Det er ingen endringer i det radiologiske tilbudet, men så lenge sykehuset er i beredskap, vil radiologitilbudet på Rjukan fortsatt være stengt. Sykehuset Telemark vil ikke ha et radiologisk drop-in-tilbud i sommer.</p> <p>Alle pasienter med mistanke eller påvist covid-19 skal til Skien.</p> <p>Fra og med uke 34 går Sykehuset Telemark tilbake til normal driftsmodell. Da vil funksjonsfordelingen og pasientstrømmene være som før beredskapsperioden.</p>

	Inviteres til neste brukerutvalgsmøte 3.september 2020: <ul style="list-style-type: none">- Samhandlingskoordinator Hege Holmern: Samhandling Grenland
--	---

Skien, 11.juni 2020
Anne Borge Kallevig
Referent

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Helse Sør-Øst RHF, Hamar
Dato:	25. juni 2020
Tidspunkt:	Kl 0915-1630

Følgende styremedlemmer møtte:

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

Fra brukerutvalget møtte:

Nina Roland
Lilli-Ann Stensdal

Fra administrasjonen deltok:

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

Saker som ble behandlet:

055-2020	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste til styremøte 25. juni 2020.

056-2020	Godkjenning av protokoll fra styremøte 12. mai 2020 og B-protokoller til sak 041-2020 og 051-2020
-----------------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 12. mai 2020 og B-protokoller for sak 041-2020 Valg av revisor (*unntatt offentlighet iht offentlighetsloven §23 første ledd, jf. §12 litra c*) og sak 051-2020 Vestre Viken HF - nytt hovedkontor med samlokalisering av administrasjonen i Drammen (*unntatt offentlighet iht offentlighetsloven §23 første ledd*) godkjennes.

057-2020	Virksomhetsrapport per april og mai 2020
-----------------	---

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport for april og mai 2020.

Kommentarer i møtet

Styret er stolt av innsatsen som er lagt ned fra ansatte og ledere i hele regionen i den krevende perioden vi har lagt bak oss. Mange av de ansatte har hatt lange arbeidsdager, har tatt på seg nye oppgaver og vist en enorm innsats for å komme gjennom en krevende situasjon.

Styret viser til at Sykehuspartner HF har levert gode driftstjenester og nedlagt en særlig stor innsats med nye løsninger gjennom Covid-19-pandemien. Styret ønsker at det gjennomføres en særskilt evaluering av driften i Sykehuspartner HF i denne perioden.

Styret merker seg en positiv utvikling for pakkeforløp. Det må nå gjøres en forsterket innsats for å redusere ventetider. Dette gjelder særlig for barn og unge innen psykisk helsevern.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per april og mai 2020 til etterretning.

Styret takker de ansatte i regionen for innsatsen i denne krevende perioden.

058-2020	Reviderte krav og oppdrag for 2020 fra Helse- og omsorgsdepartementet
-----------------	--

Oppsummering

I protokoll fra foretaksmøte 10. juni 2020, sak 8 *Reviderte krav og oppdrag for 2020*, har Helse- og omsorgsdepartementet gjort endringer i styringsbudskap for 2020 med bakgrunn i koronapandemien. Som vedlegg til protokollen fra foretaksmøtet følger et eget dokument; *Justert oppdragsdokument for 2020*.

Denne saken legges frem for styret i Helse Sør-Øst RHF for å gjøre styret kjent med nye styringsbudskap fra eier og hvordan administrerende direktør følger opp disse.

Kommentarer i møtet

Styret støttet konklusjonen i saken.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar reviderte styringsbudskap for 2020 slik disse fremgår i *protokoll fra foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 10. juni 2020* og *justert oppdragsdokument for 2020*, til etterretning.
2. De reviderte styringsbudskapene formidles som endringer i Oppdrag og bestilling 2020 til helseforetakene i Helse Sør-Øst i felles foretaksmøte. Endringene oversendes de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst i eget brev.

059-2020	Revidert innspill til statsbudsjettet for 2021
-----------------	---

Oppsummering

Innspill til statsbudsjettet for 2021 ble behandlet i styresak 095-2019. I henhold til styrets protokoll ble innspillet oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 29.11.2019.

Helse- og omsorgsdepartementet har i lys av koronapandemien bedt om at det i juni gis oppdatert vurdering av aktivitetsvekst og kostnadsøkninger for 2021. Helse- og omsorgsdepartementet har i tillegg bedt om oppdatert informasjon innen 5. august.

Helse Nord RHF, Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF har i fellesskap vurdert aktivitetsbehovet og estimert kostnadsøkninger for 2021. Helse Midt-Norge RHF har foretatt egne vurderinger og har dermed sendt eget innspill til Helse- og omsorgsdepartementet.

Kommentarer i møtet

Styret ga uttrykk for at det er en fordel at det er godt samarbeid med øvrige regioner. Styret ber om at hensynet til opplæring og kompetanse legges til innspillet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret slutter seg til den foreliggende vurdering av aktivitetsforutsetninger for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, med en sannsynlig aktivitetsvekst på 1,4 prosentpoeng ut over innspillet vedtatt i styresak 095-2019; *Innspill til statsbudsjett 2021.*
2. Styret slutter seg til vurderingen av økte kostnader i forbindelse med koronapandemien, som tilsier en kostnadsøkning for spesialisthelsetjenesten nasjonalt på i størrelsesorden 8 til 10 milliarder kroner.
3. Styret ber om at revidert innspill til statsbudsjettet for 2021 oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

060-2020	Økonomisk langtidsplan 2021–2024
----------	----------------------------------

Oppsummering

Formålet med økonomisk langtidsplan er å legge til rette for effektiv ressursutnyttelse i foretaksgruppen. Foretaksgruppens økonomiske langtidsplan skal gi en samlet fremstilling av foretaksgruppens økonomiske bæreevne for investeringer. Som en del av dette skal planen vise forventet utvikling i pasientbehandling og medisinskfaglige prioriteringer, samt forventet utvikling i ressursbruk og økonomisk resultat. For de driftsrelaterte delene av planen er hovedvekten lagt på årene 2021–2024, for investeringsdelen går planen lenger fram.

I styresak 017-2020 *Økonomisk langtidsplan 2021–2024 - planforutsetninger*, la styret premisser for helseforetakenes arbeid med sine innspill til foretaksgruppens økonomiske langtidsplan. Saken er utarbeidet på grunnlag av helseforetakenes innspill til økonomiske langtidsplaner. Helseforetakene har styrebehandlet sine økonomiske langtidsplaner basert på inntektsforutsetninger og øvrige krav og føringer gitt av styret i styresak 017-2020.

Økonomisk langtidsplan for 2021–2024 er preget av mer usikkerhet enn tidligere år grunnet koronapandemien. Saken omtaler disse usikkerhetsmomentene.

I sakens vedlegg omtales innspillene fra hvert enkelt helseforetak i regionen og de nasjonale felleseide foretakene nærmere.

Kommentarer i møtet

Styret merket seg at den økonomiske situasjonen i Helse Sør-Øst RHF har bedret seg vesentlig de siste årene. Den økonomiske stillingen i regionen er nå ganske god og gir et godt grunnlag for å finansiere de planlagte investeringene.

Styret viser til at en eventuell sterkere vekst i bemanningen enn lagt til grunn, annet like, vil ha et motstykke i sterkere inntektsvekst.

I oppfølgingen av regional utviklingsplan ønsker styret at Helse Sør-Øst RHF skal understøtte arbeidet i helseforetakene.

Flertallet i styret slutter seg til den fremlagte økonomiske langtidsplanen.

Styrets

V E D T A K

1. Styret forutsetter at helseforetakene i planperioden planlegger og utvikler sin virksomhet i tråd med *Regional utviklingsplan 2035* og at det arbeides målrettet med tiltak innenfor de fem prioriterte satsningsområdene
 - Nye arbeidsformer – bedre bruk av teknologi og mer brukerstyring
 - Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte helsetjenester
 - Redusere uønsket variasjon
 - Mer tid til pasientrettet arbeid
 - Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste.

Styret ber om at Helse Sør-Øst RHF understøtter helseforetakenes arbeid med regional utviklingsplan.

2. Helseforetakenes arbeid med kvalitet i pasientbehandlingen og tilgjengelighet til tjenestene skal gis høy prioritet gjennom hele økonomiplanperioden, herunder skal kravene fra eier i de årlige oppdragsdokumentene ivaretas.
3. Helseforetakenes budsjetter for 2021 og senere år skal oppfylle prioriteringsregelen hvor kravet er høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling hver for seg enn innen somatikk.
4. Helseforetakene skal arbeide videre med analyser av bemanningsbehov og nødvendig kompetansetilpasning for å bedre ressursutnyttelsen og gi et best mulig tilbud til pasientene. Utdanningskapasitet og antall praksisplasser skal øke.
5. Styret konstaterer at det i økonomisk langtidsplan er tatt høyde for fullføring av store byggeprosjekter i gjennomføringsfase og økt satsing på regionale IKT-prosjekter. Styret understreker at oppstart av investeringsprosjekter skal fremmes for styrets behandling i henhold til etablert fullmaktsstruktur. Eventuelle ytterligere prioriteringer av investeringsprosjekter i økonomiplanperioden skal være begrunnet i kapasitetsbehov.
6. Helseforetakene må arbeide videre med realistiske og konkrete risikoreduserende tiltak som anses nødvendig for å oppnå tilstrekkelig resultatutvikling slik at

investeringsplanene kan realiseres som forutsatt. Dette innebærer effektivisering i forkant og gevinstrealisering i etterkant av en investering, samt at helseforetakene etablerer organisasjonsutviklingsprosjekter i tilknytning til investeringsprosjektene.

7. I tillegg til de årlige resultatkravene som fastsettes i oppdrag og bestilling for det enkelte helseforetak, skal Helse Sør-Øst RHF ha en særskilt oppfølging av utvikling i driftsresultat før avskrivninger slik at foretaksgruppens gjeldsbetjeningsevne styrkes i tråd med økonomiplanen.
8. Styret tar til etterretning at koronapandemien medfører usikkerhet i helseforetakenes planlegging for budsjett 2021 og dermed for resten av økonomiplanperioden. Endelige krav til aktivitets- og resultatutvikling som fastsettes i de årlige budsjettene vil måtte ta hensyn til dette.
9. Styret godkjenner økonomisk langtidsplan 2021–2024 for Helse Sør-Øst med de presiseringer og forutsetninger som fremgår av vedtaket.

Votering:

Forslaget vedtatt mot en stemme.

Stemmeforklaring fra styremedlem Grimsgaard:

Planen beskriver et vesentlig økt investeringsnivå. I figur 27 framstilles likviditetsutvikling i foretaksgruppen gitt videreføring av historisk bemanningsutvikling. Av figuren fremkommer det at regionen da vil havne under likviditetsgrensen i løpet av 2023. Dette medlemmet mener at det er sannsynlig at historisk bemanningsutvikling vil videreføres i perioden, og at det er sannsynlig at regionen ikke vil være i stand til å igangsette de prioriterte investeringsprosjektene som forutsatt, herunder Mjøssykehuset. Dette medlemmet mener at det samlede investeringsnivået i planen er for høyt, og at det bør gjøres en gjennomgang og prioritering av de fremlagte investeringsprosjektene slik at det samlede investeringsnivået blir lavere, og mulig å håndtere for sykehusene.

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Brubakk og Sølvberg:

Styremedlemmene Brubakk og Sølvberg viser til drøftingsprotokoll med de konserntillitsvalgte i denne saken og ba om at protokollen siteres:

«Tillitsvalgte er bekymret for risiko beskrevet i foretakenes økonomiske langtidsplaner, og akkumulert risiko i utkastet til regional plan.

Det fremkommer av planen at investeringer i bygg, utstyr og IKT løsninger vil øke betydelig i de kommende årene, til et nivå som er mer enn dobbelt av dagens nivå. Forventet vekst i pasientbehandlingen uten tilsvarende økt bemanning er lagt som forutsetning for at regionen ikke skal havne under likviditetsgrensen. I foretakenes innspill fremkommer det at situasjonen i flere foretak allerede er anstrengt. Dette samsvarer med tilbakemeldinger konserntillitsvalgte mottar fra mange foretak; det rapporteres om betydelig slitasje på ansatte, og en opplevelse av manglende samsvar mellom oppgaver og ressurser.

Situasjonen må ses opp mot at sektoren og det regionale helseforetaket har vært gjennom en lang periode med effektivisering, og at en rekke krav fra eier bidrar til økte kostnader. Etter tillitsvalgtes vurdering er de samlede rammene i sektoren trolig ikke tilstrekkelige til å nå alle de politiske målsetningene som oppstilles dersom man også skal kunne iverksette store investeringer i nybygg. Analysene i fremlegget avdekker betydelig finansiell risiko ved gjennomføring av foretaksgruppen prioriterte investeringsprosjekt omtalt i saken

I punkt 1 i vedtaksforslaget beskrives de fem prioriterte satsningsområdene i regional utviklingsplan. Arbeidet med å identifisere, konkretisere og implementere tiltak som kan bidra til mer hensiktsmessige og effektive arbeidsprosesser har etter KTVs syn ikke kommet langt, og det er ikke sannsynlig at vi kan vente

vesentlig effekt på flere områder i planperioden. På de fleste områder er det sannsynlig at ressursinnsatsen i pasientbehandlingen vil være om lag like stor de nærmeste årene.

Grunnet fravær av konkrete strategier for å effektivisere oppgaveløsning i sykehusene anser tillitsvalgte vurderer at det er sannsynlig at flere av foretakene ikke vil nå resultatene som legges til i saksfremlegget. Det bør gjøres en kritisk gjennomgang av hvilke tiltak som bør prioriteres ved et redusert resultat og svekket bæreevne. Dette gjelder også for planlagte byggeprosjekt. Videre bør kostnader til nye tiltak konkretiseres. Det må sikres tilstrekkelig kapasitet til å ivareta pasientbehandling, forskning og utdanning. Ved resultatsvikt og redusert handlingsrom bør prioritering av tiltak avgjøres i dialog med eier.»

061-2020	Tertialrapport 1. tertial 2020 for regionale byggeprosjekter
-----------------	---

Oppsummering

Styresaken har som formål å redegjøre for status per 1. 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.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status per første tertial 2020 for regionale byggeprosjekter til etterretning.

062-2020	Akershus universitetssykehus HF – hovedprogram og hovedalternativ for samling av sykehusbasert psykisk helsevern
-----------------	---

Oppsummering

Styret skal i tråd med gjeldende fullmaksstruktur for byggeinvesteringer (styresak 073-2019), godkjenne hovedprogram og hovedalternativ etter steg 1 av konseptfasen for alle prosjekter over 50 millioner kroner.

Styret ba i sak 054-2018 *Akershus universitetssykehus HF – prosjekt for samling av psykisk helsevern på Nordbyhagen, videreføring til konseptfase*, om en orientering om arbeidet etter at steg 1 i konseptfasen er fullført.

Denne styresaken gjør rede for arbeidet med steg 1 av konseptfasen for samling av sykehusbasert psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus HF og anbefaler valg av hovedalternativ og hovedprogram. Hovedprogrammet omhandler virksomhetsinnhold, grunnlag for dimensjonering, økonomiske beregninger og overordnede krav til bygg, teknikk, uteområder og infrastruktur.

Kommentarer i møtet

Styret støttet det fremlagte forslaget til vedtak. Styret viste til at det må etableres en dialog mellom Helse Sør-Øst RHF, Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF vedrørende pris for de plassene innen psykisk helsevern som Akershus universitetssykehus HF kjøper fra Oslo universitetssykehus HF.

Styret understreker at det skal fremlegges en plan for hvordan kapasitetsbehovet i mellomperioden skal dekkes og at planen drøfter muligheten for å skalere opp kapasiteten for eventuell senere utvidelse.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret i Akershus universitetssykehus HF har i sak 36/20 behandlet hovedprogram og hovedalternativ for samling av sykehusbasert psykisk helsevern og anbefalt hovedprogram steg 1 og hovedalternativ 1, samling på Nordbyhagen. Styret godkjenner på denne bakgrunn hovedprogram steg 1 for samling av sykehusbasert psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus HF, datert 30. januar 2020. Videre godkjenner styret at hovedalternativ 1, samling av sykehusbasert psykisk helsevern på Nordbyhagen, bearbeides videre i steg 2 av konseptfasen.
2. Styret tar til etterretning at beregnet kostnadsramme overstiger tidligere estimer og forutsetter at prosjektet i samarbeid med Akershus universitetssykehus HF arbeider videre med kostnadstilpasning og prioritering. Endelig styringsramme fastsettes ved godkjenning av konseptfasen.
3. Styret ber om at det utarbeides en plan for hvordan kapasitetsbehovet i perioden mellom ferdigstilling av prosjektet og overføring av spesialisthelsetjenestestansvaret for bydelene Alna, Grorud og Stovner til Oslo universitetssykehus HF, kan dekkes. Planen fremlegges for styret ved behandling av steg 2 av konseptfasen.

Protokolltilførsel fra medlemmene Brubakk, Grimsgaard og Sølvberg.

Det vises til konserntillitsvalgtes innspill i drøfting av saken.

063-2020	Oslo universitetssykehus HF - oppstart forprosjekt for Nye Aker og Nye Rikshospitalet
----------	---

Oppsummering

Denne saken er en oppfølging av styresak 050-2019; *Oslo universitetssykehus HF – oppfølging av konseptfase Aker og Gaustad.*

Styret orienteres om arbeidet som er gjort etter styrets vedtak i sak 050-2019 og styrebehandling i Oslo universitetssykehus HF (sak 55/2020). Det bes om at styret godkjenner at forprosjekt for Nye Aker og Nye Rikshospitalet ved Oslo universitetssykehus HF kan starte 1. november 2020 og at forberedende aktiviteter kan starte medio august.

Det gjennomføres utredninger og organisasjonsutvikling i Oslo universitetssykehus HF som blir vesentlige premisser for forprosjektet. Rapportene fra dette arbeidet vil forelegges styret i forbindelse med oppstart av forprosjektet. Det samme gjelder andre forberedende aktiviteter, hvor resultatet av arbeidet legges frem for styret før oppstart av forprosjekt.

Styret bes også om å etablere samlet økonomisk styringsmål for prosjektet.

Administrerende direktør presiserte i sin innledning at forslag til vedtakspunkt 1 skal være at styret godkjenner en *plan for* oppstart av forprosjekt.

Kommentarer i møtet

Flertallet i styret støtter forslaget til vedtak med de justeringer som ble foreslått av administrerende direktør i møtet. I tillegg endres siste setning i vedtakets punkt 3 slik at det forutsettes at det arbeidet som nå gjennomføres i forberedelsesfasen legges frem som sak til styret i Helse Sør-Øst RHF.

Styret understreker behovet for at det skapes tillitvekkende prosesser i det videre arbeidet og at det er et godt samarbeid med ansatte og tillitsvalgte.

Styrets

V E D T A K

1. Styret viser til vedtak i styret i Oslo universitetssykehus HF i sak 55/2020 og godkjenner plan for oppstart av forprosjektet for Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Forberedende aktiviteter kan starte medio august slik at oppstart av forprosjektet kan skje 1. november 2020.
2. Styret tar til etterretning at dialogfasen med Plan- og bygningsetaten i Oslo kommune angående reguleringsplanforslag for Nye Aker og Nye Rikshospitalet vil bli utvidet.
3. Styret ber om at følgende arbeid inngår i forberedende aktiviteter før oppstart av forprosjekt:
 - Konkretisering av løsning for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved Nye Aker, som følge av samlet overføring av spesialisthelsetjenesteansvaret for bydelene Alna, Grorud og Stovner i etappe 1
 - Konkretisering av løsninger for trykktank og høysmitteisolater
 - Videre arbeid med reguleringsplanforslaget for Nye Aker og Nye Rikshospitalet
 - Utredning av trinnvis utbygging hvor bygningsmassen tas i bruk stegvis

Styret ber om at det legges frem en sak om dette arbeidet ved oppstart av forprosjekt.

4. Styret konstaterer at følgende arbeid pågår i regi av Oslo universitetssykehus HF:
 - Utarbeidelse av rapport som konkretiserer hvordan akuttmedisinsk og akuttkirurgisk virksomhet, inkludert traumevirksomhet, planlegges organisert i Nye Aker og Nye Rikshospitalet

- Utarbeidelse av rapport med erfaringer fra Covid-19-pandemien som del av samlet konsept for smittevern ved Oslo universitetssykehus HF
- Organisasjonsutviklingsprosjekt – Nye Oslo universitetssykehus

På bakgrunn av anmodning fra Oslo universitetssykehus HF godkjenner styret at frist for levering av arbeidet angående akuttmedisinsk og akuttkirurgisk organisering settes til 1. november. Videre ber styret om at Oslo universitetssykehus HF leverer rapport med erfaringer fra Covid-19-pandemien og en plan for organisasjonsutviklingsprosjektet ved helseforetaket til samme frist. Leveransene fra Oslo universitetssykehus HF skal fremlegges styret i forbindelse med oppstart av forprosjekt.

5. Styret fastsetter et samlet økonomisk styringsmål for prosjektet på 32 022 millioner kroner (P50, prisnivå januar 2018), eksklusive kostnader til tomteerverv. Rammen inkluderer universitetsarealer på 1 715 millioner kroner og en øvre ramme for ikke-byggnær IKT. Kostnadsramme, inklusive kostnader til tomteerverv, opprettholdes lik 38 373 millioner kroner (P85, prisnivå januar 2018) i tråd med grunnlaget for godkjent lånesøknad.
6. Styret ber Oslo universitetssykehus HF om å avsette nødvendige ressurser i forprosjektet til medvirkning og forankring, videreutvikling av driftskonsepter og tilhørende bemanningsplanlegging i det videre arbeidet med blant annet gevinstrealiseringsplaner.
7. På bakgrunn av prosjektets størrelse og kompleksitet ber styret om at forprosjektet underlegges ekstern kvalitetssikring etter modell av kvalitetssikringen i konseptfasen.
8. Styret ber administrerende direktør utarbeide mandat for forprosjektet i tråd med de føringer som fremgår av denne styresaken, og fremme mandatet for styret sammen med forslag til et prosjektstyre for Nye Aker og Nye Rikshospitalet før oppstart av forprosjektet.
9. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå kontrakt for prosjekteringstjenester for Nye Aker og Nye Rikshospitalet.
10. Styret ber om at det fremmes egen sak om erverv av tomt.

Votering:

Forslaget ble vedtatt mot to stemmer.

Stemmeforklaringer fra styremedlemmene Sølvsberg og Grimsgaard:

Det vises til drøftingsinnspill fra Akademikerne og LO i saken. Regulerings-saken er ikke avklart. En rekke andre sentrale forhold er også stadig uavklart og det foreligger ennå ikke virksomhetsplan som beskriver driftsmodeller og detaljerte gevinster knyttet til disse. Prosjektet størrelse tilsier at hele foretaksgruppen vil rammes hvis gevinstene ikke lar seg realisere. Samlet sett fremstår det ikke forsvarlig å signalisere oppstart av forprosjekt og å starte kontrahering nå.

Protokolltilførsel fra styremedlem Brubakk:

Styremedlem Brubakk viser til drøftingsprotokoll i denne saken fra Unio, YS og SAN og fremmer dette som protokolltilførsel.

064-2020	Evaluering av nytt østfoldsykehus Kalnes
-----------------	---

Oppsummering

Helse Sør-Øst RHF og Sykehuset Østfold HF har gjennomført en evaluering av nytt østfoldsykehus Kalnes. Hensikten med evalueringen har vært å innhente erfaringer fra de tre første driftsårene ved det nye sykehuset, for å bruke kunnskapen i fremtidige planleggings- og byggeprosjekter.

Saken gir en orientering om vedlagte sluttrapport for evaluering av nytt østfoldsykehus Kalnes.

Kommentarer i møtet

Styret slutter seg til vedtakspunkt 1 og 2. I vedtakspunkt 3 presiseres det at styret tar rapporten til *foreløpig* orientering.

Styret ber om at det avholdes eget styreseminar om evalueringen.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret vil fremheve at evaluering av sykehusprosjekter er nødvendig for å bidra til kunnskapsbasert og fremtidsrettet utvikling av sykehus. Evalueringen av nytt østfoldsykehus Kalnes har gitt Helse Sør-Øst ny kunnskap som skal brukes i pågående og kommende regionale byggeprosjekter.
2. Styret tar til etterretning at Sykehuset Østfold HF arbeider med en plan for å styrke kapasiteten ved helseforetaket.
3. Styret tar sluttrapporten fra evalueringsprosjektet til foreløpig orientering.

065-2020	Status og rapportering for regional IKT-prosjektportefølje per første tertial 2020
-----------------	---

Oppsummering

Saken omfatter de styrevedtatte prosjektene i den regionale IKT-prosjektporteføljen. Det rapporteres på fremdrift, økonomi, kvalitet og risiko for hvert prosjekt. Rapporteringen per prosjekt avsluttes når den aktuelle IKT-løsningen er innført ved de helseforetak som omfattes av prosjektet.

Kommentarer i møtet

Styret støtter konklusjonen i saken.

Styret kommenterte at det synes å være en del sterke avhengigheter mellom ressursallokering til og fremdrift i prosjekter i Sykehuspartner HF og prosjekter i den regionale porteføljen, og at det er viktig å være klar over disse i porteføljestylingen. Ellers viste styret til at det er flere relevante observasjoner i kommentarene fra ekstern kvalitetssikrer (EY) som styret vil komme tilbake til.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status per første tertial 2020 for gjennomføringen av de styregodkjente prosjektene i regional IKT-prosjektportefølje til etterretning.

066-2020	Helseforetakstilknytning for Holmestrand kommune
----------	--

Oppsummering

Helse Sør-Øst RHF har ansvar for å vurdere eventuelle justeringer av helseforetakenes opptaksområder.

Som følge av kommune- og regionreformen ble Sande og Holmestrand kommuner slått sammen til nye Holmestrand kommune fra 1.1.2020. Befolkningen i Sande kommune har vært en del av opptaksområdet til Vestre Viken HF, mens befolkningen i Holmestrand kommune har vært en del av opptaksområdet til Sykehuset i Vestfold HF.

Den nye kommunen har i 2020 en delt løsning med tilhørighet til to helseforetak i påvente av en avklaring av helseforetakstilhørighet fra 2021.

Saken presenterer rapporten «Helseforetakstilhørighet for nye Holmestrand kommune» som er sendt på høring, mottatte høringssvar og forslag til løsning.

Kommentarer i møtet

Styret støtter forslaget til konklusjon i saken. I vedtakspunkt 4 presiseres det at det gjennomføres en *underveisevaluering* av den delte løsningen.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret slutter seg til at Holmestrand kommune kan ha delt helseforetakstilknytning, hvor befolkningen i tidligere Sande kommune og Holmestrand kommune har helseforetakstilknytning til henholdsvis Vestre Viken HF og Sykehuset i Vestfold HF.
2. Vestre Viken HF og Sykehuset i Vestfold HF bes etablere avtaler med Holmestrand kommune om roller, oppgaver og samhandling mellom helseforetak og kommune.

3. Løsningen med at akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) Vestfold Telemark håndterer nødmelde- og kommunikasjonstjeneste for Holmestrand kommune gjøres permanent.
4. Styret slutter seg til at det gjennomføres en underveisevaluering.

067-2020	Supplering og utvidelse av styrene i helseforetakene i Helse Sør-Øst og oppnevning av styret i PKH
-----------------	---

Oppsummering

I henhold til helseforetakslovens §9 er det styret i det regionale helseforetaket som oppnevner styrer i helseforetakene. Det er flere hensyn som skal balanseres 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 balanserer hensynet 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. Fordi sammensetning av styrene for Sørlandet sykehus HF og Sykehuset i Vestfold HF ikke ble slutført, er det behov for å supplere disse styrene med ett styremedlem hver. Det er også behov for å oppnevne nytt styre for Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH).

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 forslag til kriterier for sammensetning av styrene i helseforetakene i Helse Sør-Øst og plan for utvidelse av styrene.

Kommentarer i møtet

Styret viste til at det ved utvidelse av styrene må vurderes kompetanse innen virksomhetsstyring.

Det ble minnet om at det må gis informasjon til valgstyrene i helseforetakene om prosessen med utvidelse av styrene i helseforetakene med en ansattvalgt representant.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Prosessen med utvidelse av styrene i helseforetakene i Helse Sør-Øst med to eieroppnevnte styremedlemmer slutføres. Kriterier for kompetanse i styrene legges til grunn. Styret ber valgkomitéen fremme forslag til nye eieroppnevnte styremedlemmer.

2. Følgende oppnevnes som eieroppnevnte styremedlemmer i:
 - Sørlandet sykehus HF: Elisabeth Farbu
 - Sykehuset i Vestfold HF: Guro Winsvold
 Oppnevningen bekreftes i foretaksmøte

3. Følgende oppnevnes til styret for Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH):

Styreleder	Representerer
Nils Fredrik Wisløff	Helse Sør-Øst RHF
Nestleder	
Ida Espolin Johnson	Advokat, uavhengig styremedlem
Styremedlemmer	
Anne Thea Hval	Sykehuspartner HF
Åsulv Solstad	Akershus universitetssykehus HF
Morten Reymert	Oslo universitetssykehus HF
Mette Lise Lindblad	Vestre Viken HF
Eieroppnevnte varamedlemmer	
Ørjan Angel Sandvik	Oslo universitetssykehus HF
Jørn A Limi	Akershus universitetssykehus HF
Hilde Westlie	Sunnaas sykehus HF
Styremedlemmer fra hovedorganisasjonene	
<i>Aasmund Bredeli</i>	
<i>Mette Vilhelmsbaugen</i>	
<i>Svein Overland</i>	

068-2020	Årsplan styresaker
-----------------	---------------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

069-2020	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
-----------------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Orienteringer

1. Styreleder orienterte om møter han har deltatt i siden sist styremøte
2. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 29. mai 2020
3. Foreløpig protokoll fra møte i brukerutvalget 26. mai 2020
4. Uttalelse fra Stor-Elvdal kommune om målbildet for Sykehuset Innlandet og akuttsykehus i Elverum
5. Brev fra Gjøvik kommune med samfunnsanalyse av lokalisering av akuttsykehus i Innlandet
6. Brev fra Lillehammer Næringsforening om lokalisering innlandssykehus
7. Tilsvar Oslo kommune
8. Brev til Oslo kommune
9. Brev fra hovedverneombud Morten Grønlie ved Akershus universitetssykehus HF
10. Brev fra Næringslaget Invekst Gjøvik Toten
11. Brev fra Are Saastad, Stiftelsen Gaustadklubbens fond
12. Brev fra Redd Ullevål Sykehus
13. Brev fra Nicholas Wilkinson, Stortingsrepresentant, SV Akershus
14. Brev fra Oslo legeforening
15. Brev fra Oslo bystyre
16. Protokoll datert 24. juni 2020 fra drøftinger mellom Helse Sør-Øst RHF og de konserntillitsvalgte

Møtet hevet kl 15:45

Hamar, 25. juni 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: Skype/telefon
Dato: Onsdag 1. juli 2020
Tidspunkt: Kl 1500 – 1800

Følgende styremedlemmer møtte:

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

Fra brukerutvalget møtte:

Nina Roland
Lilli-Ann Stensdal

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Eierdirektør Tore Robertsen
Viseadministrerende direktør Jan Frich, økonomidirektør Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, enhetsleder IKT-prosjektportefølje Eli Stokke Rondeel og finansdirektør Line Alfarrustad

Saker som ble behandlet:

070-2020	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjente innkalling og sakliste til styremøte 1. juli 2020.

Sak 076-2020 utsettes.

071-2020	Godkjenning av protokoll fra styremøte 25. juni 2020
-----------------	---

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 25. juni 2020 ble godkjent, med de endringer som ble gjort i kommentarene til sak 062-2020.

072-2020	Status og rapportering første tertial 2020 for programmene STIM og ISOP, Sykehuspartner HF
-----------------	---

Oppsummering

Saken omhandler status og rapport per første 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 17. juni 2020, jf. styresak 040-2020 i Sykehuspartner HF. Virksomhetsrapporten omfatter status for programmene per 30. april 2020, inkludert status for oppnådde milepæler, planer, økonomi og risiko. Videre beskriver Sykehuspartner HF iverksatte og planlagte tiltak for å håndtere utfordringer i programmene, med vekt på programmet STIM.

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. Saken omtaler også de tiltak som Sykehuspartner HF arbeider med for å nå målene med programmene STIM og ISOP.

Kommentarer i møtet

Styret er kritisk til styringen av flere av programmene, herunder planlegging, fremdrift og økonomi. Det skal gis tidlig varsel om utfordringer i prosjektene. Budsjetter kan endres, men ikke overskrides.

Styret viser til viktigheten av at den informasjonen som fremlegges fra prosjektene er dekkende og fullstendig. Her har også konsernrevisjonen en viktig rolle. Revisjonen må settes opp med tilstrekkelig kompetanse og følge prosjektene nøye.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status og rapportering per første tertial 2020 for programmene STIM og ISOP som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF, til orientering.

Styret ber revisjonsutvalget se nærmere på oppdraget til konsernrevisjonen og tilgjengelige ressurser for følgerevisjonen, slik at det tilrettelegges for en dypere og løpende oppfølging fra revisjonens side. Revisjonsutvalget bes komme tilbake til styret i august med en sak som beskriver oppdraget nærmere, inkludert en avklaring av ressursbehovet.

073-2020	Sykehuspartner HF – behov for økt kostnadsramme for prosjektet Windows 10
----------	---

Oppsummering

Styret i Helse Sør-Øst RHF ga finansieringsfullmakt til Sykehuspartner HF for oppgradering til Microsoft Windows 10 med en anslått kostnadsramme på 190 millioner kroner ved behandling av styresak 063-2018. Kostnadsrammen var beheftet med usikkerhet, noe som var omtalt i saken.

Gjennom høsten 2019 og vinteren 2020 har Sykehuspartner HF gjennomført analyser av gjenstående omfang. Dette arbeidet har resultert i oppdatert gjennomføringsplan med tilhørende økt behov for finansiering. Denne saken omhandler dette økte behovet for finansiering hvor det foreslås en ramme frem til og med oktober 2020 med tilhørende fremdrift. Videre bes det om en plan fra Sykehuspartner HF for oppgradering av alle Windows 7-klientene, herunder hvordan applikasjoner som ikke er Windows 10-kompatible skal håndteres og hvordan prosess for sanering og standardisering av applikasjoner skal gjennomføres. Dette er nødvendig for å ivareta informasjonssikkerheten i foretaksgruppen.

Kommentarer i møtet

Styret gir sin tilslutning til forslag til vedtak. Det legges til grunn at videre planer må omfatte det samlede antallet klienter slik at informasjonssikkerheten ivaretas. Det vises ellers til merknadene fra styret i sak 072-2020.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret understreker viktigheten av at Sykehuspartner HF oppgraderer foretaksgruppens klienter fra Windows 7 til Windows 10. Dette er nødvendig for å ivareta informasjonssikkerheten i foretaksgruppen.
2. Styret har merket seg at Sykehuspartner HF har en plan for oppgradering til Windows 10 for 50 000 klienter av totalt 68 000 klienter. Sykehuspartner HF må komme tilbake med en plan for resterende 18 000 klienter innen oktober 2020. Planen skal være risikobasert og beskrive hvordan gjennomføring av tiltakene er basert på kost/nytte-vurderinger. Videre må Sykehuspartner HF beskrive hvordan applikasjoner som ikke er Windows 10-kompatible skal håndteres og hvordan prosessen for sanering og standardisering av applikasjoner skal gjennomføres.
3. Styret konstaterer at opprinnelig kostnadsramme på 190 millioner kroner er overskredet og ber om at det blir lagt frem styresak i oktober 2020 for behandling av ny kostnadsramme. Styret godkjenner at prosjektet videreføres ut oktober 2020 innenfor en samlet kostnadsramme på 303 millioner kroner. Det skal da være oppgradert minst 18 100 klienter, hvilket er i henhold til fremdriftsplan gitt i Sykehuspartner HF styresak 043-2020.
4. Likviditetsbehovet for 2020 forutsettes finansiert innenfor Sykehuspartner HF's budsjett for 2020.

074-2020	Avtale mellom Norsk Helsenett SF og Sykehuspartner HF om kryptert stamnett
----------	--

Oppsummering

Denne saken omhandler modernisering av IKT-nettverket mellom helseforetakene i Helse Sør-Øst til erstatning for dagens nettverkløsning for dette området (WAN; wide area network). Sykehuspartner HF er pålagt av Datatilsynet å etablere kryptering i kommunikasjonen mellom databehandlingsansvarlig og datasenter for helseforetakene i Helse Sør-Øst. Etablering av et kryptert og modernisert stamnett vil gi en robust, skalerbar og fleksibel infrastruktur som er i stand til å møte helseforetakenes behov for nye løsninger og tjenester over tid.

Norsk Helsenett SF er gitt i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å levere og videreutvikle en nasjonal IKT-infrastruktur for samhandling mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren. Dette mandatet omfatter et nasjonalt sambandsnett, stamnett for elektronisk samhandling og informasjonsutveksling mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren i Norge. Norsk Helsenett SF har alt etablert stamnett for de tre øvrige helseregionene i Norge. Saken omhandler avtale med Norsk Helsenett HF om etablering av kryptert stamnett i Helse Sør-Øst og tilhørende prosjekt i regi av Sykehuspartner HF.

Kommentarer i møtet

Styret gir sin tilslutning til forslag til vedtak. Styret ber om at det snarlig tas kontakt med Datatilsynet for dialog om avbøtende tiltak og de fristene som er satt.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret godkjenner at Sykehuspartner HF inngår en avtale med Norsk Helsenett SF om tjenestekjøp av et modernisert stamnett med kryptert kommunikasjon. Avtalen har en varighet på syv år og har en estimert verdi på 323 millioner kroner eksklusive mva.
2. Styret godkjenner etablering av et prosjekt i Sykehuspartner HF for innføring av kryptert stamnett, med en styringsramme (P50) på 43 millioner kroner og kostnadsramme (P85) på 49 millioner kroner inklusive mva.
3. Styret ber om en plan fra Sykehuspartner HF for hvordan Datatilsynets pålegg om kryptert datakommunikasjon skal svares ut.
4. Styret ber om å bli holdt orientert om fremdriften i prosjektet som del av løpende rapportering om programmet STIM i regi av Sykehuspartner HF.

075-2020	Anskaffelse av nasjonal IKT-løsning for AMK
-----------------	--

Saken er unntatt offentlighet jf. Offl. §23, 3. ledd Saken ble handlet i lukket møte jf helseforetakslovens § 26 a, annet ledd.

Oppsummering

Saken omhandler anskaffelse av nasjonal IKT-løsning for akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK) og kartløsning/geografisk informasjonssystem (GIS). Avtalene er forhandlet frem i regi av Helse Vest RHF på vegne av de fire helseregionene. De regionale helseforetakene fikk i 2015 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å gjøre en felles anskaffelse av ny AMK-løsning, og Nasjonal IKT HF ble bedt om å bistå regionene i dette arbeidet. Styret i Nasjonal IKT HF avsluttet anskaffelsesprosessen i 2017 som følge av omfang og kompleksitet. I 2018 ble de administrerende direktørene i de regionale helseforetakene enige om oppstart av en ny anskaffelsesprosess i regi av Helse Vest RHF. Anskaffelsen er gjennomført slik at Helse Sør-Øst RHF har opsjon på å tiltre avtalene.

Denne saken redegjør for resultatet av anskaffelseskonkurransen, og fremlegger resultatet for styrene i de regionale helseforetakene før signering av kontrakter.

Kommentarer i møtet

Styret ber om rapportering underveis i innføringen, i tråd med praksis for øvrige IKT-prosjekter.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå nasjonal avtale om IKT-løsning for akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK) og kartløsning/geografisk informasjonssystem (GIS).
2. Styret godkjenner innføring av IKT-løsning for AMK og GIS-løsning i Helse Sør-Øst med en styringsramme (P50) på 184 millioner kroner og kostnadsramme (P85) på 243 millioner kroner.

076-2020	Interregional utredning av organisering av pasientreiseområdet
-----------------	---

Saken ble utsatt.

077-2020	Oslo universitetssykehus HF – Nye Aker sykehus, erverv av Trondheimsveien 235, gnr. 85, bnr. 283 i Oslo kommune
-----------------	--

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

Oppsummering

Saken gjelder forespørsel fra Oslo universitetssykehus HF om fullmakt til kjøp av eiendommen Trondheimsveien 235, gnr. 85, bnr. 283 i Oslo kommune for Nye Aker. Kjøpet inngår i en helhet av tomteerverv for Nye Aker og saken fremmes derfor for styret. Sak om øvrig tomteerverv for Nye Aker vil bli fremmet i egen sak for styret.

Forhandlinger om kjøp av eiendommen har pågått siden 2016. Statsbyggs retningslinjer for salg av eiendom innebærer at Statsbygg skal selge eiendommer som ikke lenger skal brukes av statlige leietakere og at oppdatert takstverdi skal legges til grunn. Taksten som ligger til grunn for fremforhandlet kjøpesum er fra 2017, og Statsbygg har meddelt at tilbudet står ved lag til 1. juli 2020. Kjøp på et senere tidspunkt vil innebære at Statsbygg legger ny takst til grunn for salgssum.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret gir Oslo universitetssykehus HF fullmakt til å inngå kjøpekontrakt med Statsbygg for eiendommen Trondheimsveien 235, gnr. 85, bnr. 283 i Oslo kommune.

Stemmesforklaring fra styremedlemmene Sølvberg Grimsgaard:

Disse styremedlemmene vil bemerke at det er betydelig usikkerhet knyttet til reguleringssaken, og at administrasjonen derfor ikke bør foreta disposisjoner eller gå til anskaffelser som innebærer betydelige økonomiske utlegg eller forpliktelser som det kan være risiko at ikke kan komme til nytte.

078-2020	Revidert nasjonalbudsjett 2020 - økonomiske konsekvenser av Covid-19
----------	--

Oppsummering

Koronapandemien har gitt vesentlige negative økonomiske effekter for helseforetak og sykehus. Vridning av pasientbehandlingen, beredskapssituasjon og forsterkede krav til smittevern har medført vesentlige inntektsbortfall og økte kostnader, samt utløst behov for investeringer. Redusert elektiv aktivitet som følge av beredskapssituasjon med omdisponering av personell og arealer er hovedårsakene til inntektsbortfallet, men man ser også et lavere antall nyhenvisninger og at færre pasienter møter til planlagt time.

I denne saken forslår administrerende direktør fordeling av Stortingets bevilgninger i forbindelse med koronapandemien. I tillegg gis en kort orientering om konsekvenser for resultat og investeringer per utgangen av mai måned.

Kommentarer i møtet

Styret gir sin tilslutning til forslag til vedtak.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret viser til at bevilgninger gjennom Prop 117 S (2019-2020) og Prop. 127 S (2019-2020) setter helseregionen i stand til å håndtere økonomiske effekter av koronapandemien så langt. Videre tilrettelegger bevilgningene for opptrapping av pasientbehandlingen.
2. Styret viser til at regjeringen vil kompensere for tapte aktivitetsbaserte inntekter til og med mai måned. Styret forutsetter at dette omfatter samlet budsjettavvik for alle aktivitetsbaserte inntekter, dvs. ISF- og HELFO-refusjoner, som tildeles fra staten. Til sammen utgjør dette ca. 1 350 millioner kroner per mai måned. Helseforetak/sykehus kan inntektsføre sin andel per mai måned. Styret tar til etterretning at det er usikkerhet forbundet med nivået på kompensasjonen for tapte aktivitetsbaserte inntekter, og at eventuelle avvik vil måtte sees i sammenheng med økt basisbevilgning.
3. Styret slutter seg til at det foreløpig tildeles 1 165 millioner kroner av økt basisbevilgning til helseforetak/sykehus. Av denne tildelingen fordeles 800 millioner kroner gjennom den regionale inntektsmodellen, for opptrapping av aktivitetsnivået og til dekning av nødvendige investeringer. Videre kompenseres helseforetak/sykehus for bortfall av aktivitetsbaserte inntekter ut over ISF- og HELFO-refusjoner med til sammen 365 millioner kroner. Midlene tildeles helseforetak/sykehus basert på rapportert inntektstap. Gjenværende del av økt basisbevilgning holdes tilbake i det regionale

helseforetaket inntil videre og for nærmere vurdering av de totale økonomiske konsekvenser for 2020.

4. Styret legger til grunn følgende fordeling av bevilgningen på 270 millioner kroner i henhold til Prop. 127 S (2019-2020) til oppgradering av sykehusbygg og tilrettelegging for medisinsk teknologi og digitale løsninger i sykehus:

- Sørlandet sykehus HF, utskiftning av avløpsnett og ventilasjonsanlegg Arendal, Flekkefjord og Kristiansand; 45 millioner kroner
- Sykehuset Østfold HF, Fredrikstadklinikken; 35 millioner kroner
- Vestre Viken HF, oppgradering Bærum, Ringerike og Kongsberg sykehus; 50 millioner kroner
- Sykehuset Telemark HF, ombygging akuttmottak/felles oppvåkningsenhet Notodden; 12 millioner kroner
- Sykehuset Innlandet HF, vedlikeholdsprosjekter og bygnær IKT ved Lillehammer, Reinsvoll, Hamar og Elverum; 53 millioner kroner

Resterende 75 millioner kroner fordeles helseforetakene med pasientbehandling til investeringer i sykehusbygg, medisinsk teknologi og/eller digitale løsninger i sykehus.

Styret ber administrerende direktør følge opp at bruken av disse midlene er i tråd med føringene fra Helse- og omsorgsdepartementet.

5. Styret ber om å bli orientert om den økonomiske utviklingen som følge av koronapandemien.

079-2020	Årsplan styresaker
-----------------	---------------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

080-2020	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
-----------------	---

Brukerutvalgets observatører viste til punkt om rehabilitering av covid-19 pasienter. Dette opplegget bør kunne spres til øvrige regioner.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Møtet hevet kl 17:30

Oslo, 1. juli 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 20. august 2020
Tidspunkt: Kl 0915 – 1430

Følgende styremedlemmer møtte:

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

Fra brukerutvalget møtte:

Nina Roland
Lilli-Ann Stendal

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Eierdirektør Tore Robertsen
Økonomidirektør Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø, konserndirektør Atle Brynestad

Saker som ble behandlet:

081-2020	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Administrerende direktør trakk sak 085-2020 *Oppdatering av rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst* fra sakslisten. Saken blir behandlet på et senere møte.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjente innkalling og sakliste til styremøte 20. august 2020.

082-2020	Godkjenning av protokoll fra styremøte 1. juli 2020
-----------------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 1. juli 2020 godkjennes.

083-2020	Virksomhetsrapport per juni og juli 2020
-----------------	---

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport for juni og juli 2020.

Kommentarer i møtet

Styret ser positivt på hvordan det regionale helseforetaket har håndtert koronapandemien og hvordan helseforetakene/sykehusene har håndtert driften i denne krevende perioden. Styret viste særlig til utviklingen innen pakkeforløp for kreft som er positiv. Det ble også pekt på at økonomien er mindre krevende enn tidligere antatt.

Styret uttrykte bekymring for færre henvisninger til spesialisthelsetjenesten og ba administrasjonen ha oppmerksomhet rundt dette. Det samme gjelder aktiviteten innen psykisk helsevern.

Styret ber om å få en egen temasak om personalpolitikk og ledelse til diskusjon i styret.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar virksomhetsrapport per juni og juli 2020 til etterretning.

084-2020	Virksomhetsrapport for første tertial 2020
-----------------	---

Oppsummering

Virksomhetsrapporten per første tertial 2020 omhandler status for styringsmålene 2020 for drift. I tillegg inneholder rapporten risikovurdering med tilhørende tiltaksliste. Videre er temaene koronapandemien og samvalg omtalt i eget kapittel.

Kommentarer i møtet

Styret er godt fornøyd med tertialrapportens utforming og innhold og fremhevet særlig systematikken og fremstillingen av risikovurderingen.

Styret viste også til det gode samarbeidet som er utviklet med de tillitsvalgte.

Styret kommenterte den dokumenterte variasjon i behandlingen av hjerneslag og omfanget av tvangsbruk innen psykisk helsevern for voksne.

Styret ba om at det i senere tertialrapporter omtaler utviklingen innen samvalg.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar virksomhetsrapport for første tertial 2020 til etterretning.

085-2020	Oppdatering av rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst
-----------------	--

Saken ble trukket

086-2020	Vestre Viken HF – plan for gevinstrealisering i nytt sykehus i Drammen
----------	--

Oppsummering

Saken gjelder oppfølging av sak 017-2019 *Forprosjektrapport for nytt sykehus i Drammen, Vestre Viken HF*, vedtakspunkt 3, som omhandler videre arbeid med gevinstrealiseringsplan for prosjektet nytt sykehus i Drammen.

Vestre Viken HF har styrebehandlet gevinstrealiseringsplanen i flere omganger, og har oversendt plan for gevinstrealisering og etablering av økonomisk bærekraft for behandling i Helse Sør-Øst RHF.

Kommentarer i møtet

Styret ba om at det rapporteres på oppfølgingen av gevinstrealiseringsplanen basert på den rapporteringen som fremlegges for styret i Vestre Viken HF.

Styret ga sin tilslutning til forslaget til vedtak og understreket at det er viktig at de ansatte blir involvert i gjennomføringen av gevinstrealiseringsplanen.

SSB har nylig lagt frem nye befolkningsframskrivninger og styret ba om at administrasjonen ser på hvilken betydning dette får for vurdering av kapasitet i regionen.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar plan for etablering av økonomisk bærekraft i Vestre Viken HF og gevinstrealiseringsplan for nytt sykehus i Drammen, til orientering.
2. Styret forutsetter at Vestre Viken HF viderefører arbeidet med organisasjonsutvikling, kostnadstilpasning og gevinstrealisering og oppdaterer planene ved eventuelle endringer i prosjektet for nytt sykehus i Drammen eller øvrige rammebetingelser.

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Sølvberg, Kronkvist og Brubakk:

Gevinstrealiseringsplanen fremstår som svært ambisiøs. Særlig er det forventet stor økonomisk effekt ved innføring av ARP. ARP kan bidra til gode pasientforløp, effektiv drift og riktig bruk av kompetanse. Vi forutsetter at det ved innføring av ARP utarbeides en overordnet rammeavtale som sikrer jevn fordeling av arbeidstid og fritid, regulerer omfang av ubekvem arbeidstid og utarbeidelse av turnuser som ivaretar ansattes helse og involvering ved oppgavedeling.

087-2020	Oslo universitetssykehus HF – forlengelse av leieforhold i Gjerdrums vei 21, Oslo
-----------------	--

Oppsummering

Oslo universitetssykehus HF ønsker å inngå avtale om forlengelse av leieforhold i Gjerdrums vei 21, Nydalen i Oslo fra 1. desember 2020 til 30. november 2025, med opsjoner på ytterligere to femårs leieperioder. Hensikten med forlengelsen er å sikre forutsigbar drift innenfor psykisk helsevern for barn og unge frem til innflytting i nye lokaler på Aker sykehus.

Styret i Oslo universitetssykehus HF behandlet leieavtaler i Gjerdrums vei 16 og 21 i sak 16/2020. Leieavtalen i Gjerdrums vei 21 krever godkjenning fra styret i Helse Sør-Øst RHF da avtalens verdi er over 100 millioner kroner, jf. gjeldende finansstrategi (styresak 033-2019).

Kommentarer i møtet

Styret sluttet seg til forslaget til vedtak. Det ble understreket at dette er et tilbud til en sårbar pasientgruppe og at vi derfor må unngår flere flyttinger av tilbudet.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF gir Oslo universitetssykehus HF fullmakt til å inngå avtale med selskapet SKB Gjerdrums vei 21 AS om leie av lokaler i Gjerdrums vei 21 i Oslo, basert på utkast til leieavtale. Fullmakten gis under forutsetning av at betingelsene i den endelige leieavtalen ikke avviker vesentlig i forhold til opplysningene som fremgår utkast til leieavtale.
2. Styret i Helse Sør-Øst RHF forutsetter at Oslo universitetssykehus HF fremforhandler opsjoner på avtaleforlengelse som er tilstrekkelig fleksible med hensyn til flytting av virksomheten til Nye Aker.

088-2020	Oslo universitetssykehus HF - Salg av Nedre Vardåsen, Dikemark
-----------------	---

Oppsummering

Saken gjelder anmodning om samtykke til avhending av eiendom, Nedre Vardåsen på Dikemark sykehus, gnr. 89, del av bnr. 1 under fradeling i 3025 Asker kommune.

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

Kommentarer i møtet

Styret ga sin tilslutning til forslaget til vedtak og presiserte at det er viktig med en vurdering av om salget skal foretas før eller etter omregulering. Styret påpekte at helseforetakene må ha en god strategi for avhending av eiendom som ikke lenger skal brukes til sykehusformål.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF oversender Oslo universitetssykehus HFs anmodning om samtykke til salg av eiendom på Dikemark i Asker kommune til foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF for behandling. Salget omfatter Nedre Vardåsen på Dikemark sykehus, 1385 Asker, gnr. 89, del av bnr. 1 under fradeling i 3025 Asker kommune.
2. I tråd med intensjonene i samhandlingsreformen tilbys vertskommunen Asker å kjøpe eiendommen til markedsverdi. Dersom det ikke oppnås enighet, kan eiendommen legges ut for salg i det åpne markedet.
3. Styret i Helse Sør-Øst RHF legger til grunn av det innhentes ny verditakst utført av ekstern og uavhengig takstmann før eiendommen legges ut for salg. Det skal utarbeides ny verditakst for eiendommen slik den står i dag, og for ferdig regulert eiendom. Basert på dette skal Oslo universitetssykehus HF foreta en særskilt vurdering av om eiendommen skal selges før eller etter regulering.
4. Frigjort likviditet skal øremerkes for fremtidige bygginvesteringer i Oslo universitetssykehus HF.
5. Investeringer, herunder langsiktige leieavtaler, må behandles i henhold til gjeldende fullmaktstruktur.
6. Styret presiserer at Oslo universitetssykehus HF har ansvaret for at avhendingen gjennomføres korrekt og bærer all risiko knyttet til avhendingen.

089-2020	Sykehuset Østfold HF – investeringer i St. Joseph-bygget, Fredrikstad
----------	---

Oppsummering

Sykehuset Østfold HF ønsker å gjennomføre tiltak for vedlikehold og tilpasninger i bygget St. Joseph i Fredrikstad sentrum, slik at alle enheter ved Fredrikstadklinikken kan samlokaliseres.

Styret i Sykehuset Østfold har behandlet sak om samlokalisering og investeringer i St. Joseph-bygget i flere omganger. Samlet omfatter prosjektet tiltak for over 100 millioner kroner, og investeringen må således godkjennes av styret i Helse Sør-Øst RHF, jf. gjeldende finansstrategi (styresak 033-2019).

Kommentarer i møtet

Styret ga sin tilslutning til forslaget til vedtak.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF gir Sykehuset Østfold HF fullmakt til å gjennomføre tiltak i bygningsmassen ved St. Joseph for samlokalisering av enhetene i Fredrikstadklinikken, innenfor en samlet styringsramme på 131 millioner kroner (P50-estimat).
2. Tiltaket skal finansieres av helseforetakets midler, inkludert midler til oppgradering av sykehusbygg (35 millioner kroner) som tildelt gjennom styresak 078-2020 i Helse Sør-Øst RHF.

090-2020	Instruks for styret og administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF 2020-2022
----------	---

Oppsummering

I protokoll fra foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2011 er det presisert at styret for Helse Sør-Øst RHF og styrene for helseforetakene skal fastsette instruks for styret og instruks for daglig leder. I Helse Sør-Øst RHF ble instruks for styret og instruks for administrerende direktør sist fastsatt i styremøte 8. mars 2018 etter at nytt styre var oppnevnt i januar 2018.

Instruks for styret angir nærmere regler om styrets arbeid og saksbehandling. Styreinstruksen skal inneholde regler om struktur på styrearbeidet, krav til styredokumentasjon, styrets saksbehandling, styremedlemmenes plikter og rettigheter.

Instruks for administrerende direktør fastsetter regler for dennes oppgaver, plikter og rettigheter. Instruks for administrerende direktør gir også en overordnet rolleavklaring mellom styret og daglig leder.

Kommentarer i møtet

Styret godkjente de fremlagte instruks med de tillegg og endringer som ble påpekt. Styret ba også om at det i styreinstruksen beskrives at protokollen skal inneholde styrets kommentarer i møtet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styreinstruksen og instruks for administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF 2020-2022 godkjennes med de tillegg og endringer som ble gjort i møtet.

091-2020

Interregional utredning av organisering av pasientreiseområdet

Oppsummering

Helse Sør-Øst RHF fikk i foretaksmøte 15. januar 2019 i oppdrag å lede en gjennomgang av overordnet organiseringen av pasientreiseordningen, i samarbeid med de andre regionene og Pasientreiser HF. De administrerende direktørene i de regionale helseforetakene ga 30. april 2019 sin tilslutning til mandatet og fikk forelagt endelig rapport fra arbeidet 22. juni 2020. Rapporten legges nå frem til styrebehandling i de regionale helseforetakene. Fristen for oversendelse til Helse- og omsorgsdepartementet var 1. juni 2020. Det er søkt om utsettelse av fristen grunnet koronapandemien og behov for styrebehandling av rapporten i de fire regionale helseforetakene.

Kommentarer i møtet

Styret stilte seg bak forslag til organisering, men påpekte at det er viktig med en videreutvikling av pasientreiseområdet. Det må utvikles selvbetjeningsløsninger for pasienter, helsepersonell må kunne bruk mindre tid på rekvirering av pasientreiser, sjåførere må gjennomgå opplæring (gjerne gjennom e-læringsprogram), pasientreisene må være tilrettelagt (herunder for pasienter med kroniske lidelser) og den digitale utviklingen må fortsette. Dette skal påpekes i et oversendelsesbrev til Helse- og omsorgsdepartementet sammen med rapporten.

Styret pekte på at rapporten ikke omhandler vurdering av dagens tjenesteproduksjon.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret slutter seg til rapportens valg av modell for overordnet organisering av pasientreiseområdet, hvor pasientreisekontorene fortsatt er organisert i helseforetakene. Samtidig skal tjenesteområdet i større grad organiseres sammen med prehospitaltjenester.
2. Styret peker på at det fortsatt er behov for videreutvikling av pasientreiseområdet, herunder:
 - a. Selvbetjeningsløsninger for pasienter, herunder bestilling og avbestilling
 - b. Opplæring av sjåførere, gjerne gjennom e-læringsprogram
 - c. Tilrettelagt pasienttransport, herunder for pasienter med kroniske lidelser
 - d. Digital utvikling
3. Styret slutter seg til at rapporten oversendes Helse- og omsorgsdepartementet med de innspill som kom frem under behandling av saken i styremøtet.

092-2020	Gjennomgang av felles retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå
----------	--

Oppsummering

I forbindelse med behandling av sak 099-2019 *Brukerutvalg for Helse Sør Øst RHF - oppnevning av medlemmer*, ba styret om at de felles retningslinjene for brukerutvalg som ble vedtatt av styret i sak 043-2017 legges frem for gjennomgang i styret. Retningslinjene omfatter brukerutvalgenes mandat, oppnevning, konstituering og arbeidsform. Denne saken gjennomgår i korthet fakta og vesentlige forhold i tilknytning til gjeldende retningslinjer.

Kommentarer i møtet

Styret tok saken til orientering.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret i Helse Sør-Øst RHF tar gjennomgangen av felles retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå i helseforetak til orientering.

093-2020	Årsplan styresaker
----------	--------------------

Kommentarer i møtet

Møtelokalene ved hovedkontoret på Hamar er utleid i september og oktober. Styremøtene i denne perioden flyttes derfor til Møtesenteret i Oslo.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

094-2020	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Møtet hevet kl 13:50

Hamar, 20. august 2020

Svein I. Gjedrem
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
nestleder

Kirsten Brubakk

Olaf Qvale Dobloug

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Vibeke Limi

Einar Lunde

Lasse Sølvberg

Sigrun E. Vågeng

Tore Robertsen
styresekretær

Protokoll

Protokoll:	Brukerutvalg STHF	Dato:	3. september 2020
Møteleder:	Rita Andersen	Tid:	1000 – 1235
Referent:	Anne Borge Kallevig	Sted:	Møterom Vrangfoss
Deltakere:	Rita Andersen (RA) Psoriasis og Eksemforbundet Telemark (PEF), John Arne Rinde, Pensjonistforbundet Telemark, Olav Kristiansen Prostatakrefteforeningen (profo), Sondre Ottervik A-larm, Vidar Bersvendsen Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL), Hanne Kittilsen Kreftforeningen, Gunn Ingeborg Kval-Engstad Ryggmarksbrokk- og Hydrocephalusforeningen, Egil Rye-Hytten regional brukerrepresentant, Arbesa Berisha Pasient og brukerombud Telemark, Tom Helge Rønning (THR) administrerende direktør, Per Urdahl, klinikkssjef medisin, Hege Holmern (HH) samhandlingskoordinator, sak 26-2020, Geir Olav Ryntveit (GOR) økonomidirektør, sak 27-2020, Anne Borge Kallevig		
Fravær:	Gun Inger Heibø, Multippel sklerose (MS), Anne Iversen, Norges Handikapforbund (NHF), Anne Brynjulfsen, rådgiver klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling (KPR), Halfrid Waage, fagdirektør		

Saksnr.	Sak	Ansvar
00-2020	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedtak: Brukerutvalget godkjenner innkalling og saksliste	RA
24-2020	Godkjenning av protokoll Vedtak: Brukerutvalget godkjenner protokoll fra brukerutvalgsmøte 11. juni 2020.	RA
	Aktuelle orienteringer v/adm.dir Tom Helge Rønning <ul style="list-style-type: none"> • Sommerdriften ved STHF har forløpt rolig – kun 1 Covid-19 pasient en kort stund. Nå ingen ved STHF. • Dagens smittesituasjon annerledes enn ved starten av pandemien: gjennomsnittsalderen lav, færre sykehusinnleggelser, lokale smitteutbrudd. • Nesten ikke smitte i Telemark. • Myndigheten satt i gang ulike tiltak. • Tilgang på smittevernutstyr, respiratorer – Nasjonalt og regionalt er situasjonen god. Har utstyr for større utbrudd til ut i 2021. • Bygge opp testkapasiteten vår – analyseres i Vestfold. Tester mye – finner lite – hvor går grensen for bruk av ressurser ? En diskusjon som må tas nasjonalt. • Sykehuset har nå gått fra grønn beredskap til normal drift men med ekstraordinære smittetiltak. Målet er å redusere risiko for smitte blant pasienter, pårørende og ansatte. Dagens situasjon med strenge smitteverntiltak kommer til å være «normalen» i lang tid framover. 	THR

Saksnr.	Sak	Ansvar
	<p>Sykehuset Telemark vil fortsatt ha adgangs- og besøkskontroll, men prøver å være fleksible og legge til rette. Krav om å holde avstand og ha god håndhygiene stilles fremdeles. Fra og med uke 34 gikk Sykehuset Telemark tilbake til normal driftsmodell. Funksjonsfordelingen og pasientstrømmene er nå tilsvarende som før. Beredskapsnivået vurderes fortløpende.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gjennom våren/sommeren - klart å holde god aktivitet og kvalitet på tilbud akutt og kreft, men noen pasientgrupper har måttet vente • Fokus på etterslep utover høsten • Kirurgi – hatt 4 dagers uke i Porsgrunn, men fra 04.09.20 5 dagers kirurgi for å få maksimert aktiviteten. <p>Årets felles møte med styret utgår – eget møte med styreleder og administrerende direktør Nytt felles møte med styret satt opp i april 2021.</p>	
25-2020	<ul style="list-style-type: none"> • Pasient og brukerombudets orienteringer <p><i>Oppsummering:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Har vært bortimot normal drift • Nesten ingen koronarelaterte saker • Lite kontakt fra unge • Kirurgisk fagmiljø - Vaktjenester Skien/Notodden i sommer – hatt et par henvendelser vedr dette. Oppklarende samtaler med fagmiljøet. 	
26-2020	<p>Samhandling Grenland – Etablering av Helsefellesskap i Telemark Samhandlingskoordinator Hege Holmern presenterte Helsefellesskap i Telemark.</p> <p><i>Oppsummering:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Føringer i Nasjonal Helse og sykehusplan om etablering av Helsefellesskap innen utgangen av 2020 • Avtale inngått mellom regjeringen og KS oktober 2019 • Fire strategiske områder som må videreutvikles: <ul style="list-style-type: none"> - Større involvering av pasienter og pårørende – pasientens helsetjeneste - En mer sammenhengende helsetjeneste – samhandling og helsefellesskap - Teknologit utvikling – digitalisering, virtuelle samhandlingsløsninger, simulatorentrening - Kompetanseutvikling – behov, tilgang, innretning, utdanningsplaner • Sendt ut høringsnotat – høringsfrist 01.09.20 – frist forlenget til 07.09.20 • Omfatter Sykehuset Telemark HF og kommunene i sykehusets opptaksområde • Struktur/arbeidsdeling: <ul style="list-style-type: none"> - <u>Partnerskapsmøte</u>: Politisk og administrativ toppledelse i kommuner og helseforetak – erstatter overordna samarbeidsutvalg 	

Saksnr.	Sak	Ansvar
	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Strategisk samarbeidsutvalg</u>: Administrativ og faglig ledelse i kommuner og helseforetak – erstatter de regionvise samarbeidsutvalgene - <u>Faglige samarbeidsutvalg</u> <p><u>Disse skal prioriteres:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Personer med flere kroniske lidelser • Skrøpelige eldre • Barn og unge • Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer <p>Kommunene må samordne seg bedre Det skal planlegges bedre – sammen Myndighetene skal understøtte bedre</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 ulike modeller: <ul style="list-style-type: none"> - <u>Modell 1</u>: ett partnerskapsmøte, ett strategisk samarbeidsutvalg og fem faglige samarbeidsutvalg - <u>Modell 2</u>: ett partnerskap, to strategiske samarbeidsutvalg og fem faglige samarbeidsutvalg - <u>Modell 3</u>: ett partnerskap, tre strategiske samarbeidsutvalg og ti faglige samarbeidsutvalg • Brukere skal være representert på alle nivåer i helsefelleskap • Ønskes tilbakemelding på: <ul style="list-style-type: none"> - Hvilken modell bør velges - Utvelgelse av representasjon - Mandater - Antall møter - Hvem skal representere/utpeke representanter fra brukere/fastleger - Sekretariat - sammensetning - Skal andre være representert ? (fra organisasjoner, KS, Fylkesmannen, Universitetet i Sørøst-Norge, NAV) <p>Vedtak: Brukerutvalget besluttet å sende hørings svar. Sammenfattes av Rita Andersen</p>	
27-2020	<p>Virksomhetsrapport per juli</p> <p><i>Oppsummering:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Det legges frem et akkumulert resultat pr juli på minus 3,5 millioner kroner. Netto koronaeffekter er beregnet til 15 millioner og budsjettavviket (uten c-19) anslåes til å være minus 6 millioner kroner. • Pr. juli er det inntektsført ca. 90 millioner av de til sammen 125 millionene vi er tildelt ekstra som en følge av situasjonen. • Sommerdrift gjennomført uten store utfordringer • Poliklinisk aktivitet i somatikk og PHV/TSB er tilbake på normalt nivå 	GOR

Saksnr.	Sak	Ansvar
	<ul style="list-style-type: none"> • Telefonkonsultasjoner i somatikken er omtrent faset ut, og også lav andel innen PHV/TSB • Elektiv operasjonsaktivitet i juli er høyere enn budsjettert nivå • Antall døgnopphold er fortsatt lavere enn normalt • Nye elektive henvisninger er tilbake på normalt nivå • Antall ventende øker litt i juli, men ventetider og fristbrudd er fortsatt i bedring • Antall pasienter passert tentativ tid (løftebrudd) er redusert med ca. 3 % fra forrige periode, men fortsatt høyt antall og høy andel <p>Vedtak: Brukerutvalget tar virksomhetsrapport pr juli 2020 til orientering.</p>	
28-2020	<p>Møte med styreleder og administrerende direktør</p> <ul style="list-style-type: none"> • Som nevnt under pk andre orienteringer må det årlig møte mellom styret ved STHF og brukerutvalget utgå. <i>I stedet inviteres brukerutvalget til et eget møte med styreleder og administrerende direktør.</i> <i>Tid: 1.oktober 2020, kl 10.00-13.00</i> <i>Sted: Direktørens møterom</i> <p>Vedtak: Forslag til saker sendes leder innen 15.september</p>	RA
29-2020	<p>Status prosjekter Brukerutvalget gjennomgikk listen</p>	RA
30-2020	<p>Eventuelt</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Kort orientering fra møte mellom ledere og nestledere i brukerutvalg i Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvordan involveres brukerutvalgene i forbindelse med Covid-19 situasjonen ○ Helsefellesskap og samhandling ○ Brukerutvalgets tilgang til sykehusets intranett ○ Informasjon på nettsidene til brukerutvalgene i helseforetak/sykehus i Helse Sør-Øst ○ Psykisk helsevern barn og unge • Telefonhenvendelser til sykehuset – vanskelig å komme gjennom, ønske om å kunne sende mail <p>Anna Hammar – prosjekt digital timebestilling/timeføring Inviteres til neste møte i brukerutvalget</p>	RA
	<p>Andre orienteringer</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Innspill til hørings svar Helsefellesskap 2) Innspill til hørings svar serviceparametere for pasientreiser 	

Møtet ble avsluttet kl. 12.35

Skien, 3. september 2020 Anne Borge Kallevig