

Styremøte i styret for Sykehuset Telemark HF

Tid: 22. mai 2019, kl. 0930 – 1530

Sted: Notodden sykehus, møterom Psyk 2 høyre side Bygg N6-2.etg.

Møteleder: Styreleder Per Anders Oksum

Saksliste:

Tentativ plan	Saksnr.	Sakstittel	Sakstype
0930 – 0935	024 - 2019	Godkjenning av innkalling og saksliste v/Styreleder	Beslutning
0935 – 0940	025 - 2019	Godkjenning av protokoll og B-protokoll fra styremøte 10. april 2019 v/Styreleder	Beslutning
0940 – 1000	026 - 2019	Driftsorienteringer fra administrerende direktør	Orientering
1000 – 1100	027 - 2019	Virksomhetsrapport per 1. tertial v/Administrerende direktør	Orientering
1100 – 1130	028 - 2019	Årsrapport overordnet HMS-handlingsplan STHF 2018 v/Fagdirektør og spesialrådgiver HMS Liv Carlsen	Orientering
1130 – 1200	029 - 2019	Sluttrapport og evaluering HELIKS v/Fagdirektør og prosjektleder Elisabeth Hessen	Orientering
1200 – 1230		Lunsj	
1230 – 1300	030 - 2019	Bierverv v/Administrerende direktør	Beslutning
1300 – 1305	031- 2019	Møteplan for styret 2020 v/Administrerende direktør	Beslutning
1300 – 1305	032 - 2019	Årsplan styresaker v/Styreleder	Orientering
1305 – 1310	033 - 2019	Protokoll fra foretaksmøte 20. mai v/Styreleder	Beslutning
1310 – 1315		Andre orienteringer 1) Styreleder orienterer 2) Foreløpig protokoll fra møte i brukerutvalget 11. april 2019 3) Protokoll fra styremøte i HSØ 4. april 2019 4) Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 25. april 2019	Orientering

Tentativ plan	Saksnr.	Sakstittel	Sakstype
1315 – 1515		TEMASAK: <ul style="list-style-type: none">Innspill fra Notodden kommune. utfordringer i den kommunale tjenesten. Samhandling og forventninger til helseforetaketBeredskap ved Notodden sykehus v/klinikkjef Frank Hvaal	
1515 – 1530		TEMASAK: <ul style="list-style-type: none">Styrets egnevaluering – lukket møte v/Styreleder	

Vararepresentanter møter kun etter særskilt innkalling.

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

Med vennlig hilsen

Per Anders Oksum
Styreleder

Vedlegg: Saksdokumenter

Elektronisk kopi er sendt til:

Helse Sør-Øst RHF

Revisor Hans Christian Berger, PWC

Varamedlemmer

Direktørens stabs- og klinikkjefer

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak nr.	Saksansvarlig og saksaksbehandler	Sakstype	Møtedato
024-2019	Tone Pedersen, spesialrådgiver direktørens stab	Beslutning	22.05.2019

Trykte vedlegg: Saksliste

Utrykte vedlegg:

Ingress:

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

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Skien, den 8. mai 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Godkjenning av protokoll og B-protokoll fra styremøte 10. april 2019

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
025-2019	Tone Pedersen, spesialrådgiver direktørens stab	Beslutning	22.05.2019

Trykte vedlegg: Protokoll fra styremøte 10.04.2019
B-protokoll til sak 017-2019 som er unntatt offentlighet

Utrykte vedlegg:

Forslag til vedtak:

Protokoll og B-protokoll fra styremøte 10. april 2019 godkjennes.

Skien, den 8. mai 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

PROTOKOLL FRA STYREMØTE I SYKEHUSET TELEMAR HF

Tid: 10. april 2019 kl. 09.30 – 16.30

Sted: Direktørens møterom, bygg 54 i Skien

Følgende medlemmer møtte

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

Fra brukerutvalget møtte

Idar Grotle, leder
Birte Helene Moen, nestleder

Fra administrasjonen deltok

Tom Helge Rønning, administrerende direktør
Halfrid Waage, fagdirektør
Dana Tønnessen, konst. økonomidirektør
Tone Pedersen, styresekretær/spesialrådgiver stab (referent)

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

Gunnar Gausel, klinikkssjef Barne- og ungdomsklinikken
Henrik Høyvik, klinikkssjef Medisinsk serviceklinikk
Per Urdahl, klinikkssjef Medisinsk klinikk
Kjetil Christensen, klinikkssjef Kirurgisk klinikk
Elin Skei, klinikkssjef Service og systemledelse
Annette Fure, utviklingsdirektør
Lars Kittilsen, kommunikasjonssjef

Presentasjon av saker:

Sak 013-2019 Resultater per mars v/Tom Helge Rønning, administrerende direktør
sak 014-2019 Forbedringsarbeid i Kirurgisk klinikk v/Kjetil Christensen, klinikkssjef Kirurgisk klinikk
sak 015-2019 Økonomisk langtidsplan 2020-2023 v/konst. økonomidirektør Dana Tønnessen
sak 016-2019 Styrets beretning og årsregnskap 2018 v/konst. økonomidirektør Dana Tønnessen og revisor
sak 017-2019 Anskaffelse av MR maskiner ved Sykehuset Telemark v/Henrik Høyvik, klinikkssjef Medisinsk serviceklinikk
sak 018-2019 Mandat for konseptfase Utbygging somatikk v/Annette Fure, utviklingsdirektør
sak 019-2019 Status måloppnåelse STHFs strategi 2016 - 2019 v/Annette Fure, utviklingsdirektør
Styreleder ledet møtet

Saker som ble behandlet:

010-2019	Godkjenning av innkalling og saksliste
-----------------	---

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

011-2019	Godkjenning av protokoll fra styremøte 12. februar 2019
-----------------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 12. februar 2019 godkjennes.

012-2019	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
-----------------	---

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

013-2018	Resultater per mars 2019
-----------------	---------------------------------

Oppsummering

Administrerende direktør presenterte saken og orienterte om at det har vært et krevende første kvartal, blant annet med høyt belegg på somatiske sengeposter og høy aktivitet på inneliggende i Rus/TSB.

Det registreres en liten økning i antall pasienter på venteliste og en økning i gjennomsnitt ventetid for ventende pasienter. Samlet ventetid (påstartet) er 56 dager, 5 dager høyere enn i mars 2018. Gjennomsnittlig ventetid for påstartet pasienter i somatikken er økt til 58 dager mars, og ligger fortsatt over målsettingen. BUP og TSB har fortsatt god utvikling i ventetid påstartet, og ligger under målsettingen om 35 dager.

Andel fristbrudd påstartet pasienter er på nivå med tidligere måneder, og andel fristbrudd ventende er redusert siste måned til 0,4 %. Dette er tilbake til et mer vanlig nivå etter høye tall for februar.

Prioriteringsregelen for poliklinisk aktivitet og ventetider er oppfylt.

Sykehuset Telemark rapporterer et positivt driftsresultat på 1,4 millioner kroner per mars, som er 6,1 millioner kroner svakere enn periodisert styringsmål. Det negative budsjettavviket er relatert til resultatene i klinikkene. Det vurderes at usikre DRG-tall kan forklare noe av budsjettavviket i mars også.

Arbeidet med å implementering av årets tiltaksplan er i gang og det jobbes med å identifisere nye forbedringstiltak. Oppfølgingsopplegget av tiltaksarbeidet i klinikkene fra 2018 videreføres og vil justeres i løpet av året etter behov.

Administrerende direktør orienterte om pågående prosjekter (MAT og ORT), nytt prosjekt (operasjon KIR) og plan for dette arbeidet våren 2019. Prosjektene er en del av Utviklingsprogrammet og drives med støtte fra E&Y. Noen av funnene ble presentert for styret i møtet.

Kommentarer i møtet

Styret er bekymret for om sykehuset vil innfri kravet i oppdrag og bestilling 2019 om at helseforetaket skal overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2018 (passert planlagt tid). I 2019 skal helseforetaket overholde minst 93 % av avtalene.

Styret reiste også spørsmål om årsaken til at sykehuset har lavere aktivitetsbaserte inntekter enn budsjettet, til tross for at døgnaktiviteten har vært høyere enn budsjettet per 1. kvartal 2019.

Det er positivt at prioriteringsregelen er oppfylt og at antall langtidsventere har gått ytterligere ned.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar saken til orientering.

014-2019**Forbedringsarbeid i Kirurgisk klinikk****Oppsummering**

Kirurgisk klinikk har de siste årene hatt et årlig merforbruk på 25 millioner kroner. I løpet av 2018 har klinikken fått bedre styring på kostnadssiden og merforbruket ble redusert til 13,6 millioner kroner. I 2019 har klinikken et merverdikrav på 15 millioner kroner hvor nær 2/3 fortsatt står uløst. Klinikken vil løse en større del av merverdikravet på kostnadssiden, da det historisk har vist seg vanskelig å øke inntektene. Parallelt arbeides det med å optimalisere arbeidsprosesser og pasientlogistikk.

I 2019 fortsetter arbeidet med å styrke ledelsen i klinikken for å få større gjennomføringskraft i endringsprosessene.

Plan for forbedringsarbeidet ble presentert i møtet.

Kommentarer i møtet

Styret takket for en god presentasjon av forbedringsarbeidet. Det ble reist spørsmål om hvordan den store omorganiseringsprosessen på ledersiden går/har gått. Mange av endringene på seksjonsledersiden er allerede gjennomført og det har vært gode og ryddige prosesser. Det er imidlertid noe mer krevende å gjennomføre omorganiseringsprosessen på avdelingsledernivå. Styret var positive til at klinikken foretar også effektivisering på ledersiden og klinikkens økonomiske forbedring, til tross for at klinikken fortsatt leverer negativt økonomisk resultat.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar saken til orientering.

015-2018**Økonomisk langtidsplan 2020-2023****Oppsummering**

I saken presenteres et utdrag av planforutsetninger og oppdaterte rammebetingelser fra Helse Sør-Øst RHF for perioden 2020-2023, samt konsekvensvurderinger for virksomhetsstyringen og budsjettutfordringen. Sykehusets innspill til ØLP skal leveres til eier 23. april. Virksomhetsstyringen forutsetter at alle målsettingene om kvalitet, aktivitet, tilgjengelighet og økonomi oppnås samtidig.

Eier legger til grunn at de resultatmål for 2020, som helseforetakene nå gir som innspill til økonomisk langtidsplan, i stor grad vil være førende for de resultatkrav som vil bli vedtatt av styret i det regionale helseforetaket og tatt inn i Oppdrag og bestilling for 2020.

Helseforetakenes økonomiske langtidsplaner vil være innspill til den regionale økonomiske langtidsplanen som behandles 20. juni 2019. Det er et krav at disse innspillene behandles i helseforetaksstyrene, noe som innebærer en formalisert forankring av de vurderinger som gjøres i det enkelte helseforetak.

Helseforetakenes økonomiske langtidsplaner skal baseres på realistiske forutsetninger om kostnads- og inntektsutvikling. Tiltak for å oppnå det planlagte resultatet skal i størst mulig grad beskrives og tallfestes.

Budsjettet for Sykehuset Telemark har ambisiøse målsettinger, som vil utfordre hele organisasjonen. Videre arbeid med realisering av virksomhetsplanene innarbeidet i ØLP fortsetter som en viktig del av budsjettprosessen 2020.

Kopi av drøftingsprotokoll fra avholdt drøftingsmøte 2. april 2019 om ØLP ble utdelt i møtet.

Kommentarer i møte

Det ble reist spørsmål om ikke ØLP skulle inneholde områder som lederutvikling og hel- og deltidsstillinger. Imidlertid er helseforetakenes økonomiske langtidsplaner innspill til den regionale økonomiske langtidsplanen og innspilte områder bør heller tas inn som separate saker eller som del av saker.

Styret diskuterte administrasjonens forslag til endring av resultatbane på 30, 70, 80 og 80 millioner kroner i ØLP-perioden 2020-2023. Det ble også reist spørsmål om konkrete tiltak for innfrielse av ØLP.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret godkjenner økonomisk langtidsplan og endret budsjettert resultatbane på 30, 70, 80 og 80 millioner kroner i årene 2020-2023, samt investeringsprofil som beskrevet i saken.
2. Styret ber administrerende direktør legge ØLP til grunn for neste års budsjettarbeid.

016-2018	Styrets beretning og årsregnskap 2018
-----------------	--

Oppsummering

I følge Regnskapsloven og Helseforetaksloven skal styret for foretaket behandle og vedta årsberetning og årsregnskap med noter før det godkjennes av foretaksmøtet.

Årsregnskapet for 2018 bestående av resultatregnskap, balanse, kontantstrøm, noter og styrets beretning sammen med revisors beretning skal sendes til regnskapsregisteret.

Sykehuset Telemark sitt regnskap konsolideres inn i Helse Sør-Øst sitt årsregnskap.

Revisor deltok i møtet under behandlingen av denne saken.

I oppdragsdokumentet gis det føringer om økte positive resultater i foretakene for å sikre finansiering til helsefaglige prioriteringer og fremtidige investeringer. Resultatet i 2018 viser god utvikling, dog noe svakere enn lagt til grunn i budsjettet. Arbeidet med interne driftsforbedringer vil fortsette i organisasjonen fremover og realisering av kostnadsinnsparinger får høy prioritering i 2019.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styrets beretning for 2018 godkjennes.
2. Styret vedtar årsregnskap for 2018 med noter.
3. Styret vil rette en stor takk til sykehusets ledelse og ansatte for godt arbeid i 2018.

017-2019	Anskaffelse av MR maskiner ved Sykehuset Telemark
-----------------	--

Saken ble behandlet i lukket møte, jfr. offentleglova § 23, første ledd og protokollføres i B-protokoll.

018-2019	Mandat for konseptfase Utbygging somatikk
-----------------	--

Oppsummering

Sykehuset Telemark har mottatt mandat for konseptfase for prosjekt Utbygging somatikk Skien. Dette er godkjent og signert av administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF.

Helse Sør-Øst RHF er prosjekteier, og Aud Kamilla Sivertsen i Sykehusbygg HF vil være prosjektsjef.

Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF har oppnevnt følgende styringsgruppe for prosjektet:

- Hanne Gaaserød, økonomidirektør, Helse Sør-Øst RHF (leder)
- Jan Frich, direktør medisin og helsefag, Helse Sør-Øst RHF
- Tore Robertsen, eierdirektør, Helse Sør-Øst RHF
- Steinar Frydenlund, direktør bygg og eiendom, Helse Sør-Øst RHF
- Tom Helge Rønning, administrerende direktør, Sykehuset Telemark HF

- Halfrid Waage, fagdirektør, Sykehuset Telemark HF
- Annette Fure, direktør utviklingsavdelingen, Sykehuset Telemark HF
- Stein Kinserdal, administrerende direktør, Sykehuset i Vestfold HF

I tillegg er Sykehuset Telemark HF bedt om å komme med forslag til navn på to tillitsvalgte, ett verneombud og en brukerrepresentant til styringsgruppen.

Prosjektets tidsplan og prosjektets tre alternativer ble gjennomgått.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar saken til orientering.

019-2019	Status måloppnåelse STHFs strategi 2016 - 2019
-----------------	---

Oppsummering

I 2015 utarbeidet Sykehuset Telemark strategien for perioden 2016-2019. Strategien ble lagt for å bidra til realiseringen av sykehusets Utviklingsplan. Sykehuset har i tre år jobbet målrettet med de definerte handlingsplanene i strategien, og vi er nå inne i siste året i denne strategiperioden.

Sykehuset har jobbet svært målrettet med de medisinske strategiske områdene og er på god vei til å oppnå de definerte målene innenfor hvert område.

Når det gjelder suksessfaktorene er det flere planlagte tiltak som ikke er gjennomført. Dette skyldes flere årsaker, blant annet er mange tiltak stoppet på grunn av den økonomiske situasjonen, mange tiltak har vært vanskelige å gjennomføre grunnet interne motsetninger og tiltak som går på tvers av seksjoner, avdelinger eller klinikker har uteblitt grunnet mangel på koordinerende krefter eller en «driver».

2019 er siste året i inneværende strategiperiode. Flere av de identifiserte problemområdene som hittil ikke er løst er adressert med tiltak i blant annet Utviklingsprogrammet. Flere av tiltakene her vil trolig strekke ut over 2019 og må derfor videreføres inn i neste strategiperiode. Arbeidet med å definere strategiske områder og mål for neste strategiperiode (2020-2022) er startet, og forventes være ferdigstilt til vedtak i oktober 2019.

Kommentarer i møtet

Styrets gav tilbakemelding om at presentasjonen var god og informativ. Det ble reflektert over at interne motsetninger og manglende koordinering er årsak til at mål ikke oppnås.

Styret ba sykehuset se til innholdet i regional utviklingsplan 2030 i arbeidet med rullering av strategien.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar saken til orientering.

020-2019	Protokoll fra foretaksmøte og oppdragsdokument 2019
-----------------	--

Oppsummering

Foretaksmøtet ble gjennomført som felles møte for alle helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF med overlevering av dokumentet *Oppdrag og bestilling 2019* fra eier. Dokumentet sammenstiller Helse Sør-Øst RHF (HSØ) *Oppdrag og bestilling 2019* til STHF med utgangspunkt i regjeringens overordnede mål, samt økonomiske og faglige prioriteringer i HSØ. Det var en kort og generell gjennomgang av dokumentet i foretaksmøtet.

Oppdrag og bestilling 2019 til Sykehuset Telemark inneholder tydelige forventninger og rammeforutsetninger for Sykehuset Telemarks drift og oppfølging. Styringsignalene er i henhold til STHFs planer og budsjett for 2019. Sykehuset har et oppfølgings- og rapporteringsregime, som gjør det mulig å følge opp resultater og eventuelle avvik, samt igangsette tiltak der dette er nødvendig.

Helse Sør-Øst RHF vil følge opp styringsbudskap under *Mål 2019* i de faste oppfølgingsmøtene med Sykehuset Telemark HF. I årlig melding 2019 skal det rapporteres på alle styringsbudskap under overskriftene *Mål 2019* og *Annen oppgave 2019*.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar *protokoll* fra foretaksmøte i Sykehuset Telemark HF 13. februar 2019 og *Oppdrag og bestilling 2019* for Sykehuset Telemark HF til etterretning.
2. Styret ber om å bli orientert om gjennomføringen av oppdraget i Sykehuset Telemarks ordinære rapportering til styret og i Årlig melding 2019.

021-2019	Revisjon av intern delegering av fullmakter ved STHF
----------	--

Oppsummering

I saken presenteres revidert Intern delegering av fullmakter. Dokumentet skal revideres årlig. Det er kun gjort mindre endringer i dokumentet med mål om å tydeliggjøre gjeldende forståelse av tildelte fullmakter, herunder presisering av administrerende direktørs fullmakter innenfor «daglig ledelse», i henhold til helseforetaksloven § 37.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret vedtar revidert versjon av Intern delegering av fullmakter, herunder presiseringene av administrerende direktørs fullmakter innenfor «daglig ledelse», i henhold til helseforetaksloven § 37.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til på vegne av Sykehuset Telemark HF å:

I straffesaker:

- Anmelde straffbar handling, begjære offentlig påtale for straffbare handling og begjære pådømt sivile krav i straffesak
- Ivareta partsrettigheter i straffesaker, herunder anvende rettsmidler (erklære anke og begjære ny behandling av sivile krav)

I sivile saker:

- Opptre som lovlig stedfortreder.
- Inngå forlik, reise sak, herunder forliksklage og søksmål.
- Anvende rettsmidler mot rettslige avgjørelser (herunder erklære anke)

022-2019	Styrende dokumenter for Sykehuset Telemark HF i 2019
----------	--

Oppsummering

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

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar til etterretning oversikten over styrende dokumenter.

023-2019	Årsplan styresaker
-----------------	---------------------------

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Årsplan styresaker tas til orientering.

Andre orienteringer

- 1) Styreleder orienterer
- 2) Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 7. mars 2019
- 3) Protokoll fra ekstraordinært styremøte i HSØ 1. mars 2019
- 4) Foreløpig protokoll fra styret i HSØ 14. mars 2019
- 5) Foreløpig protokoll fra ungdomsrådet 19. mars 2019

Temasak

- Styrets egevaluering

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

Møtet hevet kl. 16.30

Førstkommende styremøte og styreseminar

- Styremøte onsdag 22. mai 2019 kl. 09.30-15.30 på Notodden sykehus, møterom Psyk 2 høyre side Bygg N6-2.etg.
- Styreseminar onsdag 22. mai etter styremøte til kl. 20.00 på Notodden sykehus, møterom Psyk 2 høyre side Bygg N6-2.etg.

Skien, 10. april 2019

Per Anders Oksum
Styreleder

Marit Kasin
Nestleder (*sett*)

Folke Sundelin

Nils Kristian Bogen

Ann Iserid Vik-Johansen

Kari Dalen

Kristine S. Sunde

Kristian Wiig

Tone Pedersen
Styresekretær

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Driftsorienteringer fra administrerende direktør

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
026 -2019	Administrerende direktør Tom Helge Rønning	Orientering	22.05.2019

Trykte vedlegg:

1. Omdømmeundersøkelsen 2019 – Telemark
2. Omdømmeundersøkelsen 2019 - HSØ

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

Ingress:

Orienteringer ligger vedlagt

Forslag til vedtak:

Saken tas til orientering

Skien, den 13. mai 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Driftsorienteringer fra administrerende direktør

1. Status innføring av Metavision

Metavision innføres i Klinik for psykisk helsevern og rusbehandling 14. mai. Med dette vil innføringen av elektronisk kurve ved sykehuset være ferdigstilt. Innføringen har stort sett gått bra, men det er en utfordring med treghet i systemet. Noe løses lokalt, men noe forventer vi ikke bedring på før ved versjons oppgradering i oktober 2019. Prosjektet planlegges avsluttet før sommeren og det vil bli utarbeidet en sluttrapport som vil bli tilgjengelig i løpet av tredje kvartal.

2. Oppslaget i Varden om gjenglemte klips

Avisa Varden skrev 10. mai at Sykehuset Telemark har fått kritikk fra Fylkesmannen etter at to kirurger glemte å fjerne klips på en pulsåre etter en nyreoperasjon. Sykehuset har gjort en feil og fått kritikk av Fylkesmannen, men ikke for forglemmelse av fjerning av klips. Kritikken gjelder feilplassering av klipp. Denne skulle sitte på permanent, men den ble satt på feil blodåre. Klipsen hindret dermed blodforsyningen til pasientens tarmsystem. Det var dette som førte til dødsfallet, og det ble ikke oppdaget før under obduksjonen. Hendelsen skjedde i 2016 og saksbehandlingen hos Fylkesmannen har tatt lang tid fordi man «av uforklarlige grunner ikke fant brevet i arkivsystemet»

3. Kompetansesenter for helse og miljø

Det er igangsatt et prosjekt for å se på etablering av et kompetansesenter i Grenland som vil bidra til et helhetlig helsetilbud innenfor miljø og helse, gjennom folkehelsearbeid, forskning og næringsutvikling. Det vil være et samarbeid med alle Arbeidsmedisinske avdelinger i landet, Folkehelseinstituttet, academia, kommuner m.fl.

Senteret vil:

- Drive poliklinisk rettet arbeid mot pasienter med helseplager relatert til miljø faktorer (STHF – arbeidsmedisin)
- Bidra til folkehelsearbeid gjennom formidling og utdanning
- Generere ny kunnskap gjennom pasient nær og tverrfaglig forskning
- Bygge kunnskapsgrunnlag og nettverk for næringsutvikling

Bakgrunnen for at STHF er med i planleggingen er hovedsakelig:

- For å styrke den framtidige faglige og økonomiske plattformen for arbeidsmedisinsk avdeling
- Miljø og helse er et fremtidsrettet område med betydelig vekstpotensial
- For å bidra til utvikling og nye arbeidsplasser i Grenland

Status for helse og miljø i Norge:

- Hvert år dør ca. 8.000 mennesker i Norge grunnet negativ miljøpåvirkning
- Mangler 2.linje tilbud ved sykehusene
- Forskning og kunnskapsgenerering er minimal
- Kompetansen er lite tilgjengelig og koordinert
- Kommunene mangler støtte i komplekse saker

Igang satt prosjektet er et samarbeid mellom de seks Grenlandskommunene, Telemark Fylkeskommune, STHF, Universitetet i Sørøst-Norge, Vekst i Grenland og Herøya Industripark.

Prosjektet er i første fase finansiert via prosjektdeltagerne (STHF via at fagpersonell har bidratt som ressurspersoner), men prosjektet arbeider for å få bevilgning over statsbudsjettet på ca. 30 millioner fra 2020. Det ligger allerede en note om prosjektet i statsbudsjettet for 2019.

Styringsgruppen for prosjektet anbefaler å organisere kompetansesenteret som et AS med ideelt formål hvor hver eier skyter inn 50 000,- i aksjekapital. Dette er imidlertid en utfordring for oss som helseforetak. Vi kan bl.a. ikke eie hele eller deler av et selskap som yter spesialisthelsetjenester og som er organisert med begrenset ansvar. Dette innebærer i praksis at kompetansesenteret må skille ut den polikliniske spesialisthelsetjenesten og at denne eventuelt legges til arbeidsmedisin på STHF. Den resterende delen av kompetansesenteret kan vi gå inn på eiersiden i.

4. Informasjon om statens undersøkelseskommissjon for helse og omsorgstjenesten og meldeordningen

Ny varslingsplikt til Statens undersøkelseskommissjon trer i kraft 1. mai.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-56>

Det er opprettet en nettside for statens undersøkelseskommissjon <https://www.ukom.no/> og det var offisiell åpning av UKOM den 2. mai 2019. I henhold til UKOM's nettside vil UKOM fra 2. mai være klar til å ta imot varsler. Varslingsplikten til statens undersøkelseskommissjon kommer i tillegg til varslingsplikten til Statens Helsetilsyn.

Stortinget har også vedtatt endringer i spesialisthelsetjenesteloven paragraf 3-3 som innebærer at Meldeordningen i spesialisthelsetjenesten avvikles. Avviklingen trer i kraft 15. mai 2019. Stortingets vedtak om avvikling innebærer at Helsedirektoratets oppgaver knyttet til forvaltningen av selve Meldeordningen opphører. Meldesystemet ble stengt 14. mai kl. 23.59.

5. Omdømmeundersøkelsen 2019

Omdømmet til Sykehuset Telemark ligger stort sett på samme nivå som i 2018. I fjor hadde vi en god framgang fra årene før.

Undersøkelsen viser at 66 prosent av innbyggerne i Telemark er «svært fornøyd» eller «ganske fornøyd» med det samlede sykehustilbudet i fylket. Andelen «svært fornøyd» er høyere enn året før.

Sykehusenes omdømme som interessant arbeidsplass har blitt svekket fra 2018 til 2019. Også i Telemark har utviklingen vært noe negativ, men vi skårer likevel best på dette området sammen med Sykehuset i Vestfold og Sørlandet Sykehus.

6. Konferanser

Sykehuset har kompetanse som blir lagt merke til, og den siste måneden har vi arrangert to store konferanser.

I april arrangerte sykehuset en stor nasjonal konferanse om medisinsk simulering (MedSim Norge 2019) i Porsgrunn. Konferansen ble arrangert i tett samarbeid med Universitetet i Sørøst-Norge og konferansen hadde rekordstor påmelding med 250 deltakere fra hele landet.

8. og 9. mai arrangerte Sykehuset Telemark regional blodbankkonferanse i Skien med om lag 160 deltakere. Deltakere var ledere og ansatte fra alle blodbankene, Helsedirektoratet, Statens Legemiddelverk og andre fagfolk.

Under begge konferansene var det ansatte ved Sykehuset Telemark som bidro med faglig innhold.

7. Dialysetilbud på Rjukan i sommer

De siste årene har dialysetilbudet vært stengt i de syv ukene ferieavviklingen har vært avvirket. Dermed har pasientene som normalt sogner til Rjukan, vært henvist til å få de ukentlige timene i dialyse på Notodden. Denne sommeren reiser dialysesykepleierne som arbeider på Notodden til Rjukan for å sikre driften - i samarbeid med sine kolleger der.

I praksis betyr det at dialysepasientene blir spart for en times reisevei fram og tilbake flere ganger i uka. – Takket være sykepleierne på Rjukan og Notodden, har vi funnet fram til en løsning som gjør at vi kan holde fire til fem dialyseplasser på Rjukan i drift hele sommeren, noe som gjør at det blir betydelig mindre reising for pasientene. Vi håper å løse det med bare noen få Notodden-dager i løpet av sommeren for hver av våre pasienter.

Øvrige orienteringer kan gis muntlig i styremøtet.

OMDØMMEUNDERSØKELSE FOR HELSE SØR-ØST RHF

OMRÅDERAPPORT – TELEMARK

2019

HELSE  SØR-ØST



OM UNDERSØKELSEN – PROSJEKTINFORMASJON

Oppdragsgiver	Helse Sør-Øst RHF
Formål	Formålet med denne undersøkelsen er å kartlegge befolkningens oppfatning av sykehustilbudet i det enkelte helseforetaks opptaksområde, samt av Helse Sør-Øst RHF som eier av sykehusene. I undersøkelsen kartlegges også befolkningens vurdering av fire omdømmerelaterte påstander om sykehuset i området der de bor. Resultatene skal brukes i videreutvikling av kommunikasjonsarbeidet. Resultat per spørsmål fra undersøkelsen i sin helhet er levert i en aggregert rapport til Helse Sør-Øst. Denne områderapporten fremviser resultat per spørsmål for området Telemark, med sammenligning mot totalt for Helse Sør-Øst. Epinion har gjennomført undersøkelsen på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF.
Utvalg og datainnsamling	Totalt er det gjennomført 7000 telefonintervju med befolkningen over 18 år som er bosatt i Helse Sør-Øst RHF sitt nedslagsområde. Undersøkelsen består av et kvotert utvalg hvor Helse Sør-Øst RHF sitt totale nedslagsområde er inndelt i ulike områder. Det er intervjuet 1000 personer per område, med unntak av områdene Telemark og Vestfold hvor det er gjennomført 500 intervju per fylke. Datainnsamlingen for omdømmeundersøkelsene er gjennomført som telefonintervju (CATI) i perioden fra 1. mars - 22. mars, 2019. Denne områderapporten fremviser resultat per spørsmål for området Telemark, hvor det er gjennomført 500 telefonintervju.
Sammenligning av årets resultat mot resultat fra tidligere målinger	Helse Sør-Øst RHF har gjennomført omdømmemålinger i befolkningen i en lengre årrekke. Årets resultat er i denne rapporten sammenlignet med resultat fra samme spørsmål benyttet de to foregående årene, samt fra tidligere undersøkelser gjennomført hvor aktuelt og mulig. Det er derimot av betydning å påpeke at det fra i 2017 ble gjennomført en større endring i utvalgsstørrelse og antall målepunkter som er med i undersøkelsen. Dette er viktig å ha med i tankene ved fortolkningen av sammenligning per resultat med undersøkelsene gjennomført før 2017. Helse Sør-Øst RHF har i perioden 2011 til 2015 gjennomført to halvårslige omdømmeundersøkelser med et utvalg på ca. 4900 intervju per måling. I 2016 ble det kun gjennomført én halvårlig måling (vår 2016). Fra og med 2017 ble det foretatt en endring for gjennomføringen av denne målingen, hvorpå omdømmeundersøkelsen nå gjennomføres én gang per år, med et utvalg per måling på ca. 7000 intervju. Dette vil si at resultat fra målingene fra 2017 og utover er sammenlignet med tidligere målinger som har benyttet samme spørreskjema, men ikke samme antall intervju per måling. Antall intervju per måling framkommer på alle plansjer hvor resultat sammenlignes. Alle tall fra tidligere målinger gjennomført før 2017 som er benyttet for sammenligning mot årets- og fjorårets resultat i denne rapporten er hentet fra rapporter overlevert fra Helse Sør-Øst RHF, og alle henvisninger til baser refererer til totale baser fra de tidligere rapportene. Videre ble det i 2017 også foretatt en revidering i utvalgssammensetningen av nedslagsområdet per kvotene «Akershus» og «Oslo», som kan påvirke sammenlignbarheten av resultatene. Fra og med 2017 er intervju gjennomført med befolkningen i de tre bydelene i Oslo; Alna, Grorud og Stovner, inkludert i kvoten «Akershus», mens de tidligere var inkludert i kvoten «Oslo».
Vekt	Alle resultater som presenteres for Helse Sør-Øst RHF totalt er vektet i forhold til tilsvarende fordeling i kjønn, alder og bosted i befolkningen. Resultater som omhandler det enkelte området er vektet i forhold til befolkningens fordeling i det enkelte området.
Feilmarginer	Resultatene må tolkes innenfor feilmarginer på +/- 1,2 prosentpoeng for de totale resultatene og innenfor feilmarginer på +/- 4,4 prosentpoeng for resultatene per område. Feilmarginene per ytterligere nedbrytning er større, siden utvalget er mindre.

OM UNDERSØKELSEN – FEILMARGINER

Alle utvalgsundersøkelser inneholder noe usikkerhet når resultatene skal generaliseres til den totale brukergruppen. Gitt at utvalget er representativt for populasjonen kan denne usikkerheten betegnes i form av feilmarginer. Tabellen viser aktuelle feilmarginer for årets undersøkelse, både totalt og for Telemark.

	ANTALL SVAR	FEILMARGIN
TOTALT	7000	1,2 prosentpoeng
Telemark	500	4,4 prosentpoeng

Resultatene må tolkes innenfor feilmarginer på +/- 1,2 prosentpoeng for de totale resultatene og innenfor feilmarginer på +/- 4,4 prosentpoeng for område resultatene. Feilmarginene per nedbrytning og eventuelle krysstabuleringer er større, siden utvalget er mindre.

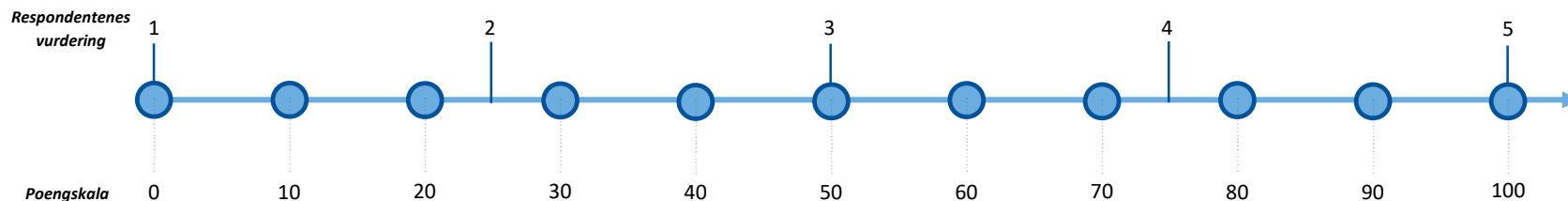
Feilmarginene (den statistiske usikkerheten) for resultatene er en funksjon av antall respondenter, den totale populasjonen i nedslagsområdet, samt svarfordelingen på de enkelte spørsmålene.

Feilmarginene er størst der svarfordelingen er 50/50, og lavest der svarfordeling er 5/95. En standard for betegnelsen er at feilmarginene angir hvor vi (basert på resultatet) kan være 95% sikker på at den «sanne» verdien i populasjonen ligger.

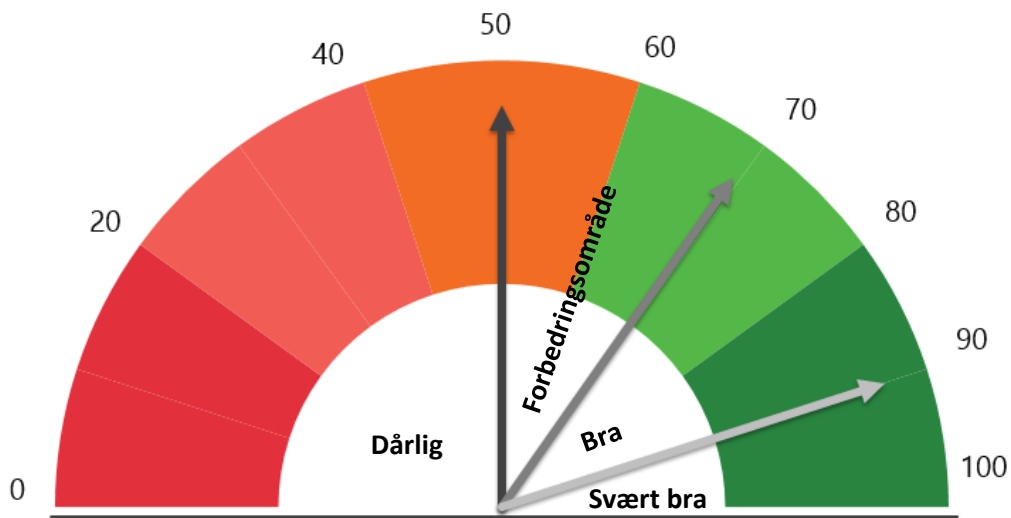
FORKLARING AV RAPPORT

– 100 SCORE?

I undersøkelsen ber vi respondentene ta stilling til ulike spørsmål eller påstander, enten på en skala fra 1 til 5, eller på en skala fra 1 til 4. I figuren under framkommer det en illustrasjon av hvordan respondentenes besvarelse på en 5-punktsskala omregnes til 100 score som et standardisert gjennomsnitt. På spørsmål om tilfredshet vil det standardiserte gjennomsnittet representere: 0 = Svært misfornøyd og 100 = Svært fornøyd. «Ikke sikker / Umulig å svare på» besvarelser er utelatt i alle beregninger av 100 score.



HVA ER EN GOD 100 SCORE?



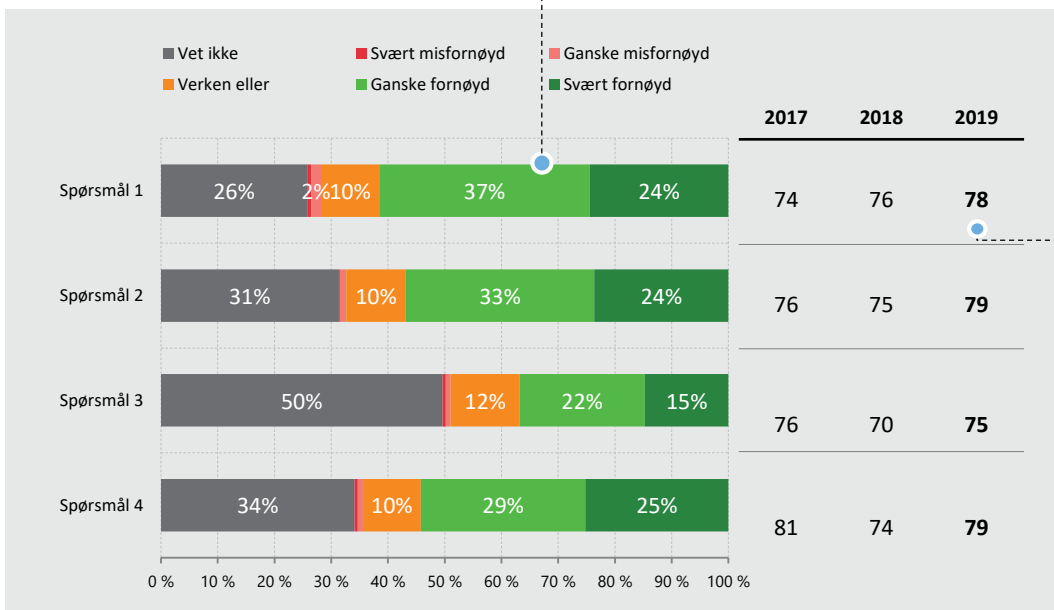
Dette er et veiledende barometer for å vurdere oppnådd snitt på spørsmål og påstander som er omgjort til 100 score.

I undersøkelsen ber vi respondentene ta stilling til ulike spørsmål eller påstander, enten på en skala fra 1 til 5, eller på en skala fra 1 til 4. Barometeret til venstre indikerer hvordan dette snittet kan tolkes i 100 score.

Barometeret foreslår at en 100 score på 50 eller lavere er dårlig, mens en 100 score mellom 50 og 70 ikke er dårlig, men heller ikke godt. En 100 score mellom 70 og 90 er bra, og når det kommer over 90 er det svært bra.

FORKLARING AV RAPPORT – HOVEDFREKVENSER

I undersøkelsen ber vi respondentene ta stilling til ulike spørsmål eller påstander, enten på en skala fra 1 til 5, eller på en skala fra 1 til 4. Her fremvist med et eksempel på en skala fra 1 til 5. Svarfordelingen på disse spørsmålene rapporteres grafisk med frekvenser. Tallene i grafen viser hvor stor %-andel som har svart de ulike alternativene. F. eks. har en andel på 37% av respondentene svart "Ganske fornøyd" på spørsmål 1 fremvist som et eksempel her.

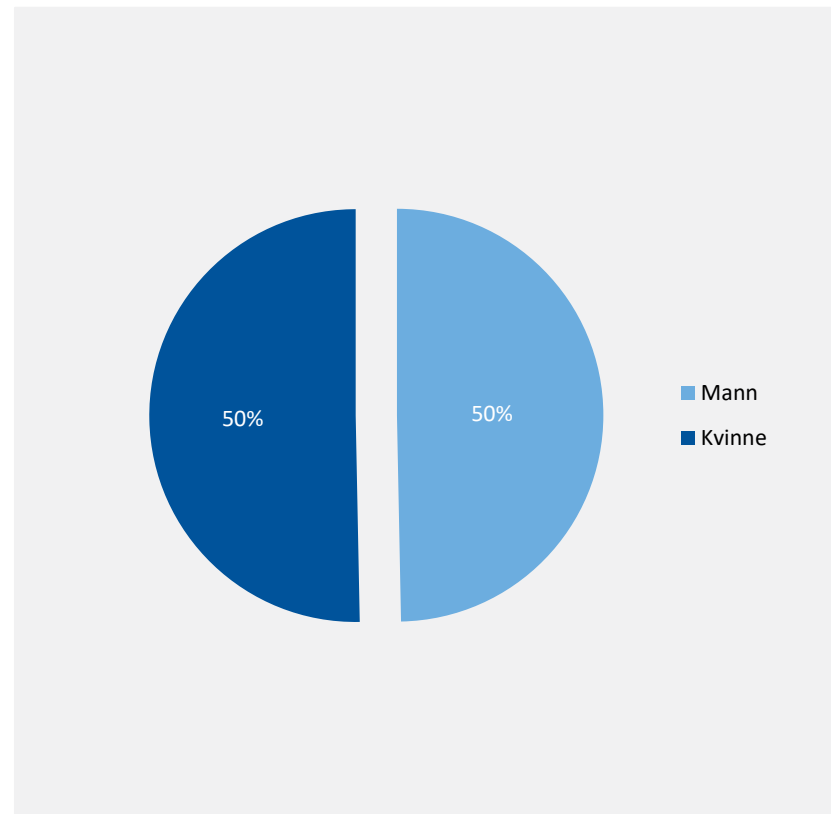
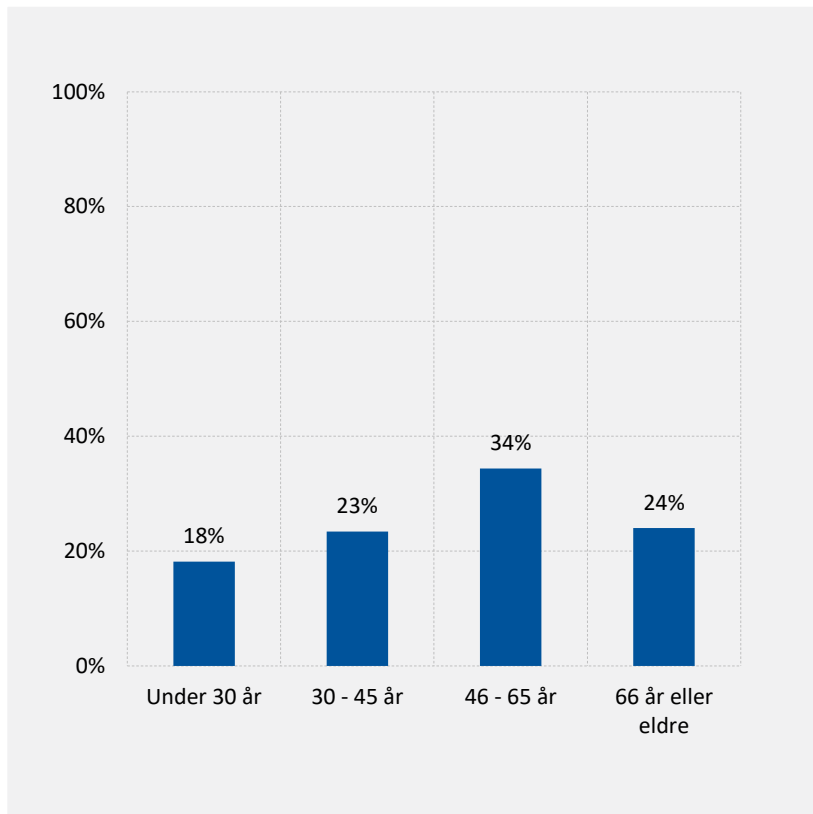


Tallet til høyre for frekvensene viser snittverdi per spørsmål i 100 score. Denne snittverdien vises både for årets resultat, samt for de tidligere målingene for å kunne se utvikling over tid. «Ikke sikker / Umulig å svare» svar er utelatt i beregningen av 100 score.

**BAKGRUNNS-
INFORMASJON**

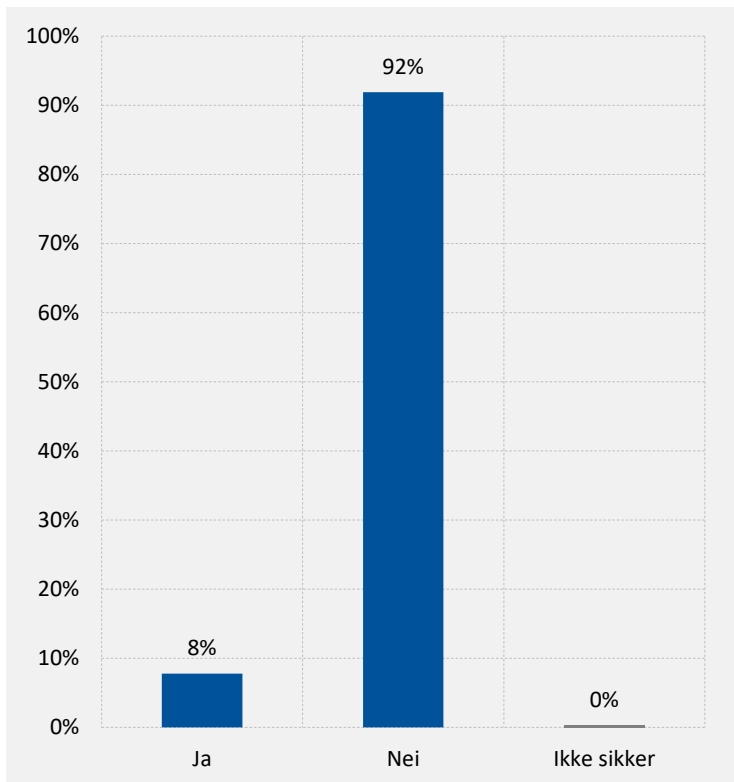
ALDER OG KJØNN

Alder og kjønn (N=500)

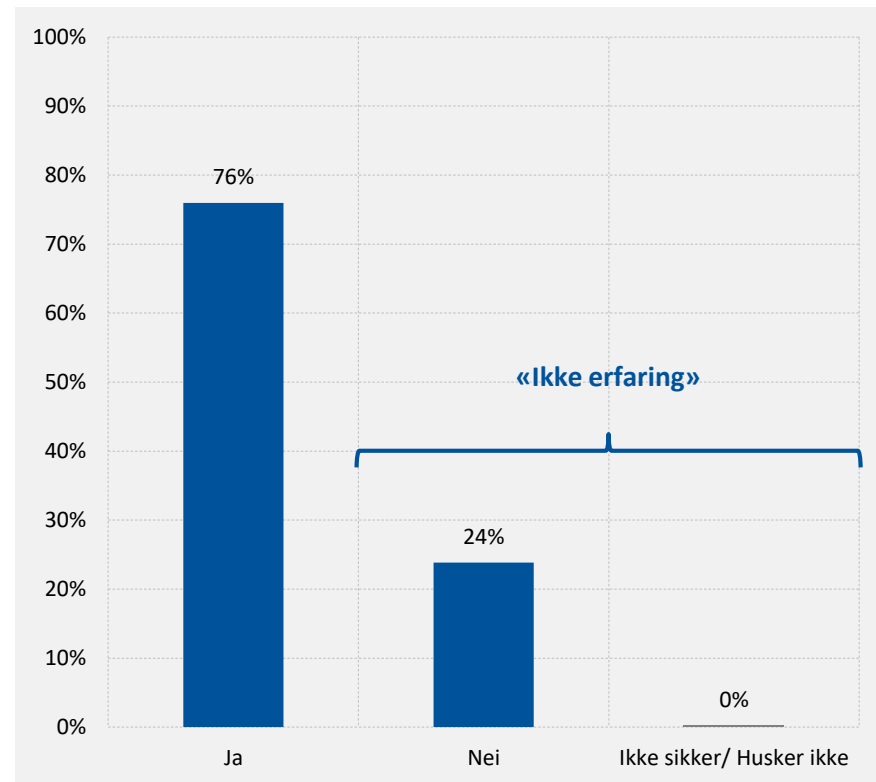


RELASJON TIL HELSEFORETAKENE I REGIONEN

Er du ansatt i et av helseforetakene i regionen?
(N=500)



Har du selv eller en av dine nærmeste vært pasient på sykehus de siste tre årene? (N=500)



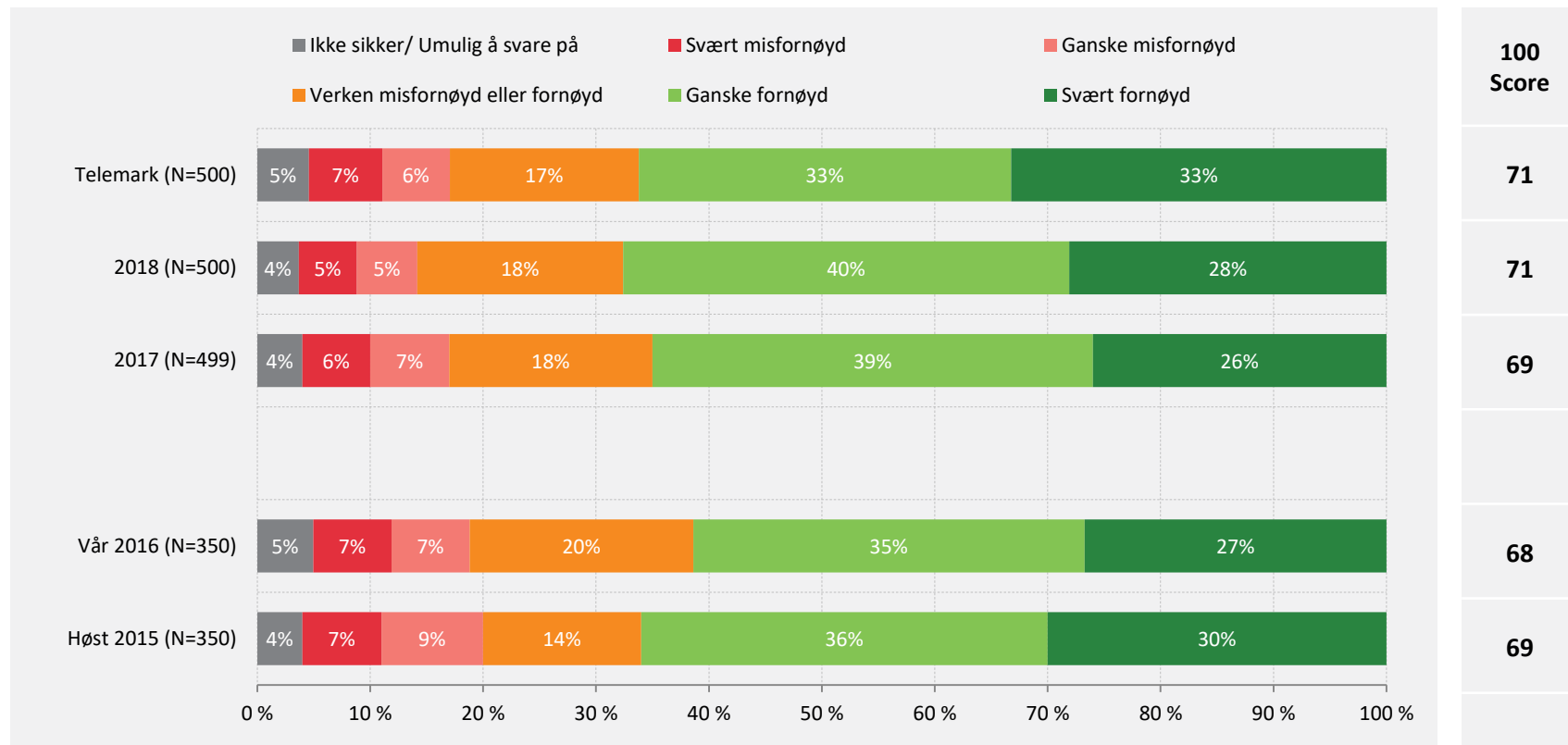
*Ved nedbrytning på spørsmålet om de selv eller en av deres nærmeste har vært pasient på sykehus de siste tre årene har svaralternativene blitt gruppert. Svaralternativene «Nei» og «Ikke sikker / Husker ikke» betegnes i den videre rapporten som «Ikke erfaring» ved nedbrytning per spørsmål.

TILFREDSHET MED DET SAMLEDE SYKEHUSTILBUDET



TILFREDSHET MED DET SAMLEDE SYKEHUSTILBUDET I NÆROMRÅDET

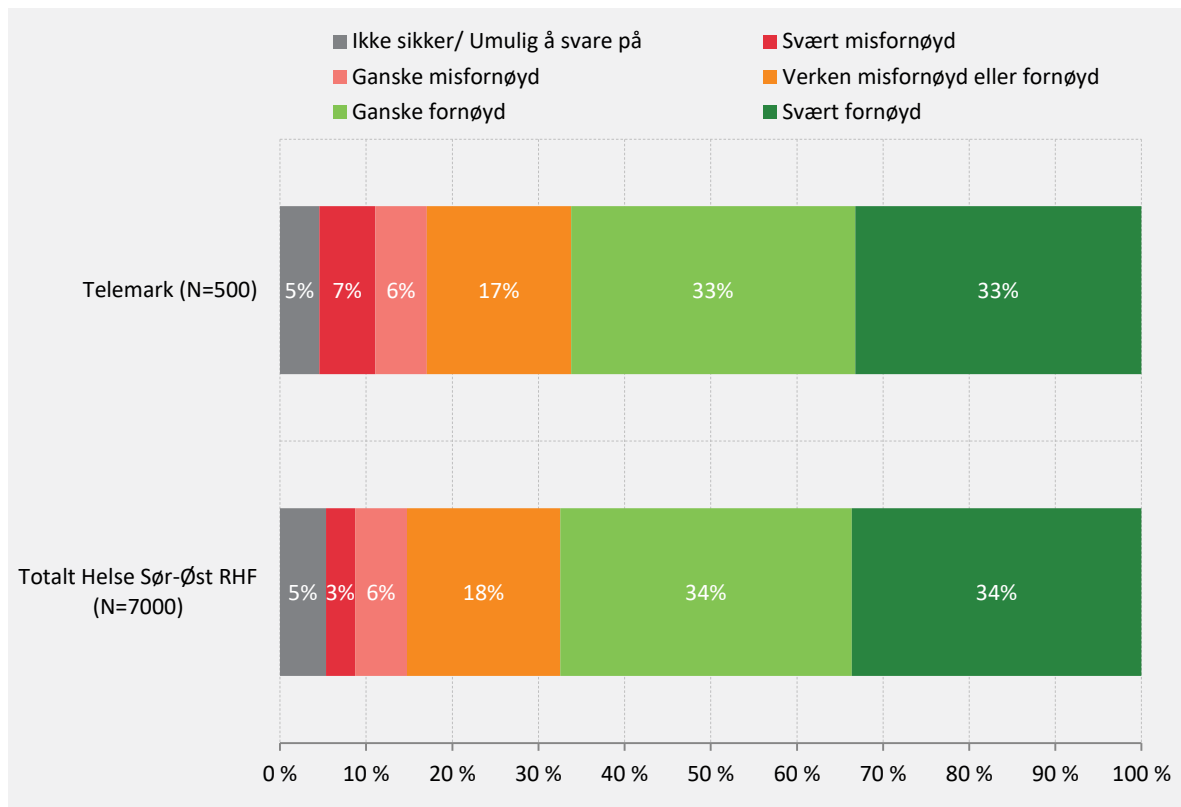
Hvor fornøyd er du med det samlede sykehusstilbudet der du bor? Er du...



*Endring i gjennomføring og utvalg per måling som er inkludert i resultatene på denne plansjen: Fra 2017 er målingen gjennomført som en årlig undersøkelse med et utvalg på ca. 500 intervju. I 2016 ble det kun gjennomført én måling, med et utvalg på ca. 350 intervju (vår 2016). Før 2016 har det blitt gjennomført målinger på halvårlig basis med ca. 350 intervju per halvårlige måling.

TILFREDSHET MED DET SAMLEDE SYKEHUSTILBUDET I NÆROMRÅDET – SAMMENLIGNET MED TOTALT FOR HELSE SØR-ØST RHF

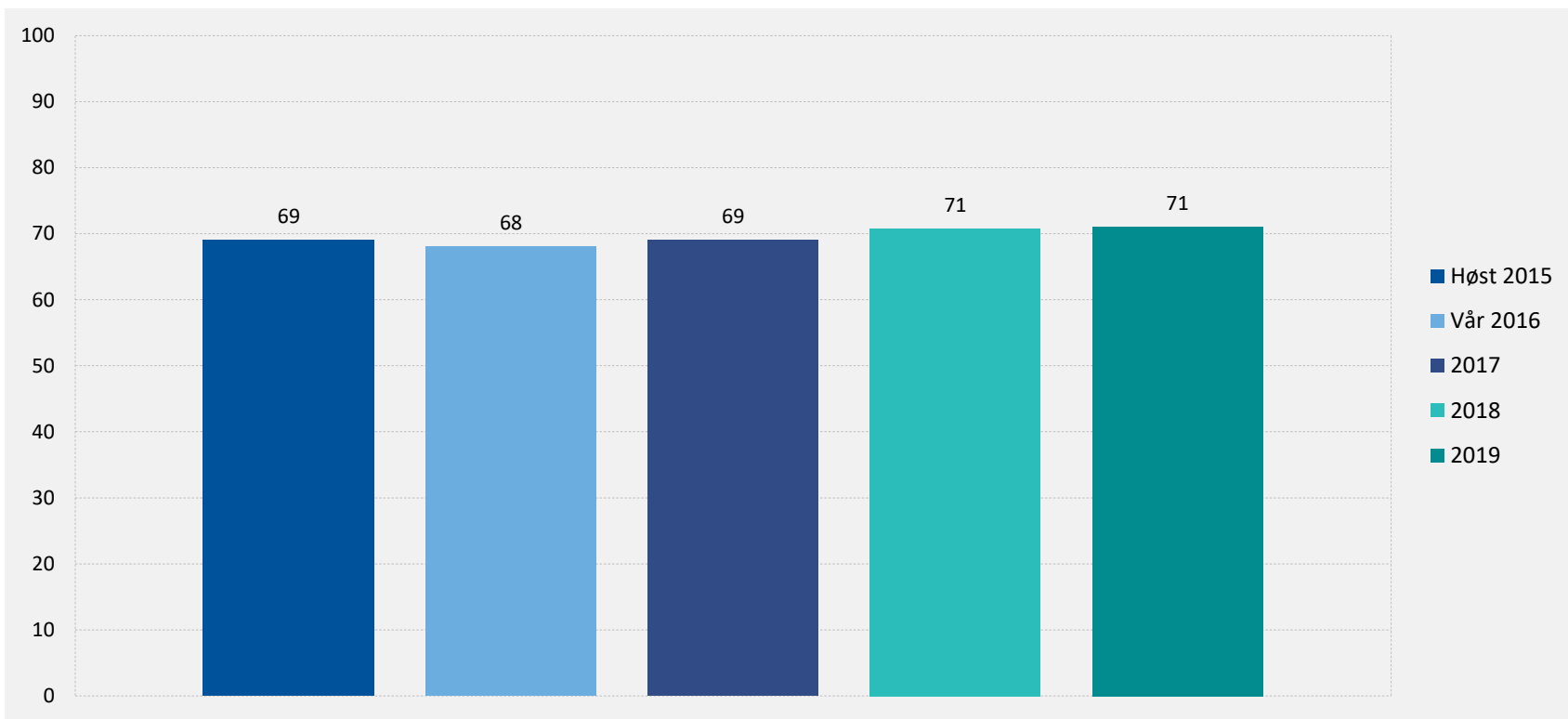
Hvor fornøyd er du med det samlede sykehusstilbudet der du bor? Er du...



100 Score – Utvikling over tid				
Høst 2015	Vår 2016	2017	2018	2019
69	68	69	71	71
75	74	74	74	73

TILFREDSHET MED DET SAMLEDE SYKEHUSTILBUDET I NÆROMRÅDET – UTVIKLING OVER TID I 100 SCORE

Hvor fornøyd er du med det samlede sykehusstilbudet der du bor? Er du... / Resultat i 100 Score
/ Utvikling over tid

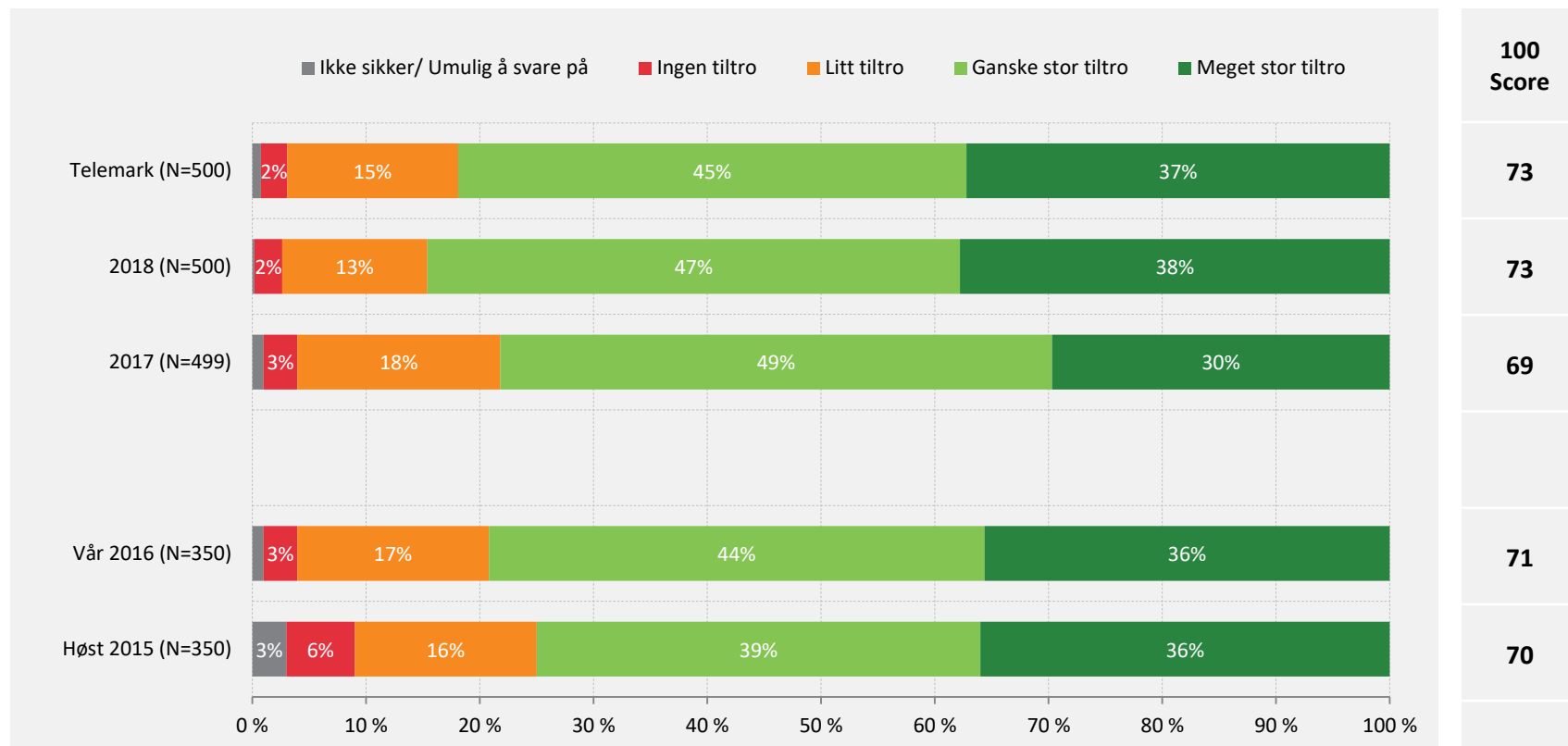


*100 Score er i likhet med tidligere målinger beregnet uten svaralternativet «Ikke sikker / Umulig å svare».

**TILTRO TIL Å FÅ
NØDVENDIG
BEHANDLING**

TILTRO TIL Å FÅ NØDVENDIG BEHANDLING

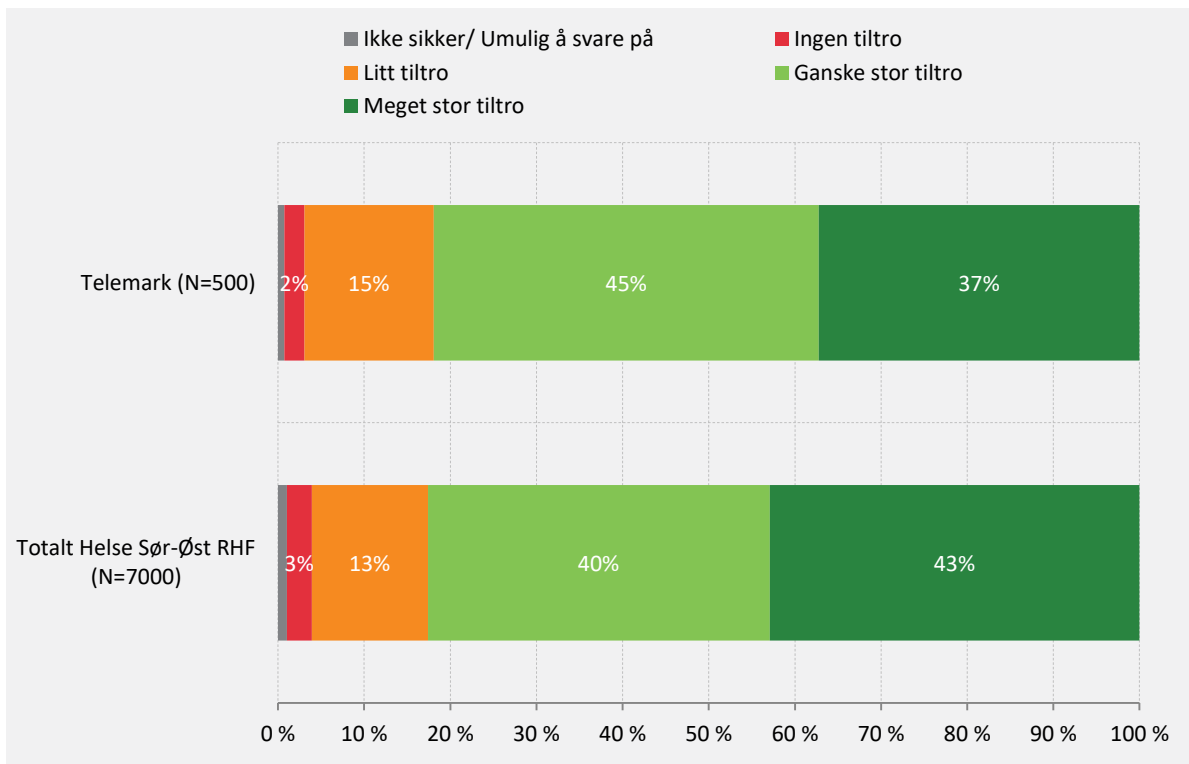
Hvor stor tiltro har du til at du vil få den behandlingen du trenger hvis du skulle bli syk eller skadet og få behov for sykehusbehandling? Har du...



*Endring i gjennomføring og utvalg per måling som er inkludert i resultatene på denne plansjen: Fra 2017 er målingen gjennomført som en årlig undersøkelse med et utvalg på ca. 500 intervju. I 2016 ble det kun gjennomført én måling, med et utvalg på ca. 350 intervju (vår 2016). Før 2016 har det blitt gjennomført målinger på halvårlig basis med ca. 350 intervju per halvårlige måling.

TILTRO TIL Å FÅ NØDVENDIG BEHANDLING – SAMMENLIGNET MED TOTALT FOR HELSE SØR-ØST RHF

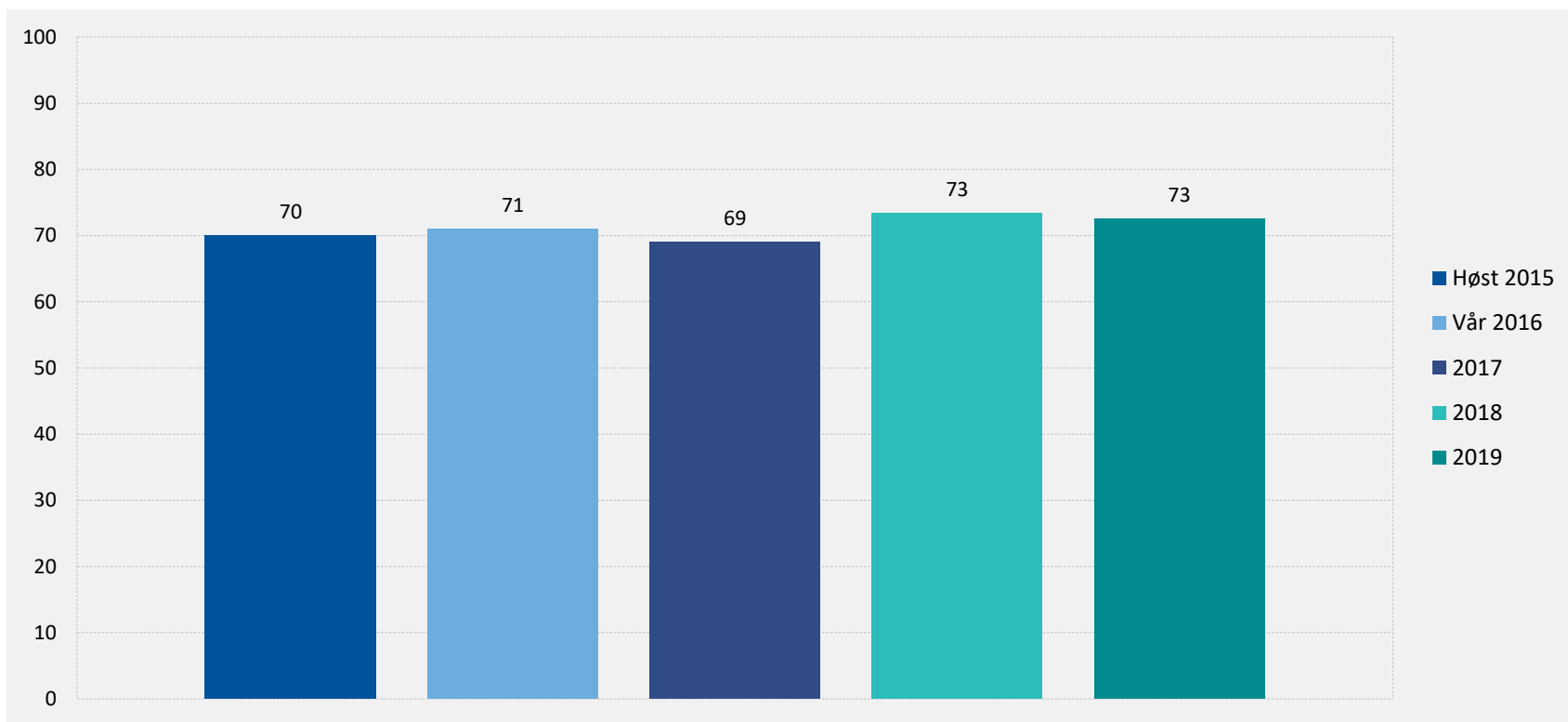
Hvor stor tiltro har du til at du vil få den behandlingen du trenger hvis du skulle bli syk eller skadet og få behov for sykehusbehandling? Har du...



100 Score – Utvikling over tid				
Høst 2015	Vår 2016	2017	2018	2019
70	71	69	73	73
75	75	73	74	75

TILTRO TIL Å FÅ NØDVENDIG BEHANDLING – UTVIKLING OVER TID I 100 SCORE

Hvor stor tiltro har du til at du vil få den behandling du trenger hvis du skulle bli syk eller skadet og få behov for sykehusbehandling? Har du... / Resultat i 100 Score / Utvikling over tid

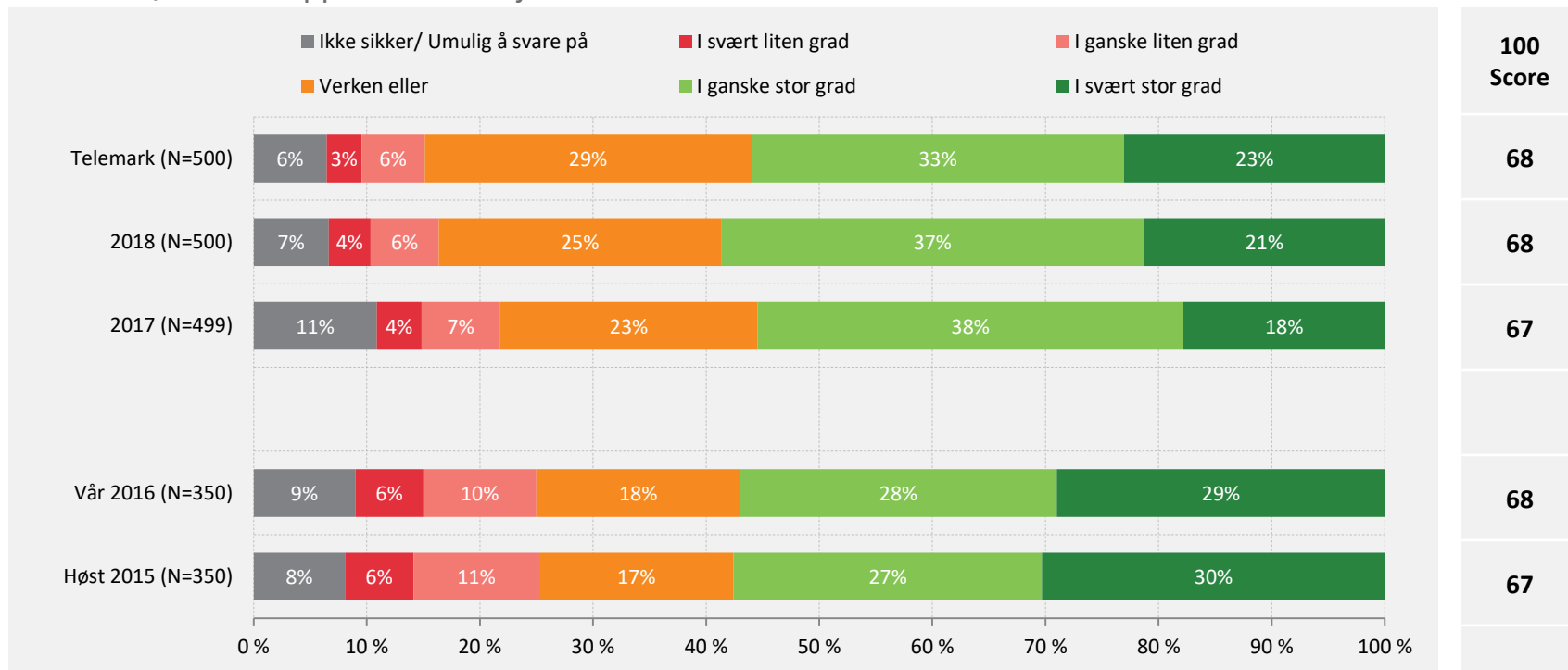


*100 Score er i likhet med tidligere målinger beregnet uten svaralternativet «Ikke sikker / Umulig å svare».

LEVER OPP TIL VISJON

LEVER OPP TIL VISJON

Sykehusene i Helse Sør-Øst skal gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk tilhørighet, kjønn og økonomi. I hvilken grad synes du sykehusene i Helse Sør-Øst lever opp til denne visjonen?



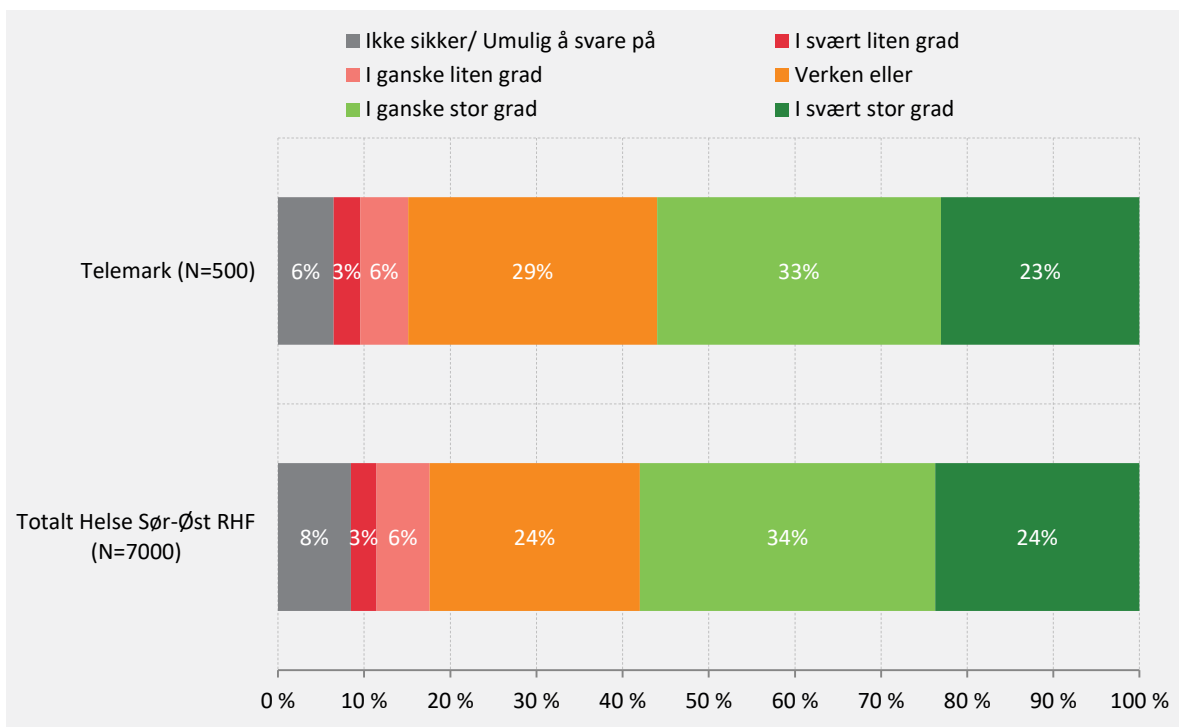
*Endring i gjennomføring og utvalg per måling som er inkludert i resultatene på denne plansjen: Fra 2017 er målingen gjennomført som en årlig undersøkelse med et utvalg på ca. 500 intervju. I 2016 ble det kun gjennomført én måling, med et utvalg på ca. 350 intervju (vår 2016). Før 2016 har det blitt gjennomført målinger på halvårlig basis med ca. 350 intervju per halvårlige måling.

**Spørsmålsformulering og svarkategorier ble endret i 2017. Før 2017 var selve spørsmålsformuleringen formulert: «Syns du sykehusene i Helse Sør-Øst lever opp til denne visjonen?» med følgende svarkategorier: «Umulig å svare», «Helt uenig», «Delvis uenig», «Verken enig eller uenig», «Delvis enig», og «Helt enig».

LEVER OPP TIL VISJON

– SAMMENLIGNET MED TOTALT FOR HELSE SØR-ØST RHF

Sykehusene i Helse Sør-Øst skal gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk tilhørighet, kjønn og økonomi. I hvilken grad synes du sykehusene i Helse Sør-Øst lever opp til denne visjonen? Har du...

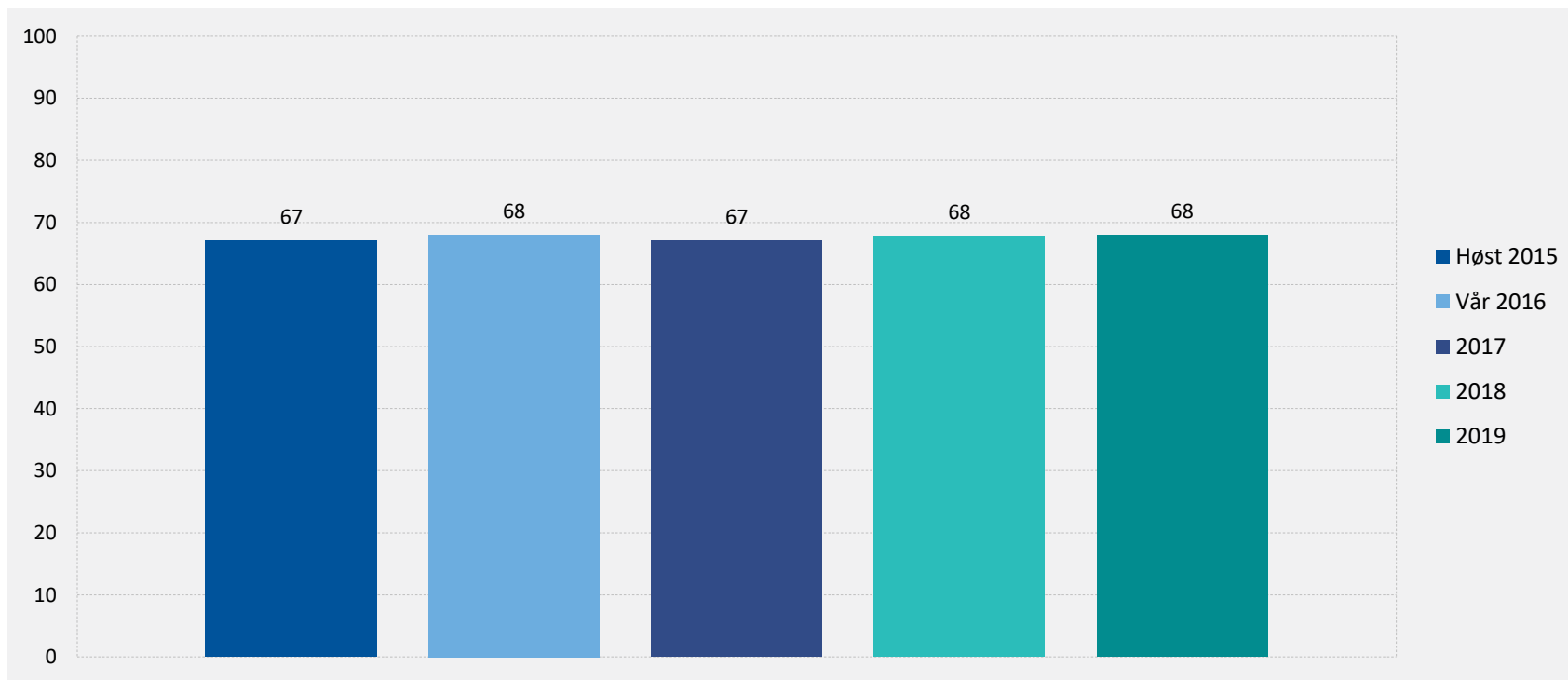


100 Score – Utvikling over tid				
Høst 2015	Vår 2016	2017	2018	2019
67	68	67	68	68
72	73	70	70	69

*Spørsmålsformulering og svarkategorier ble endret i 2017. Før 2017 var selve spørsmålsformuleringen formulert: «Syns du sykehusene i Helse Sør-Øst lever opp til denne visjonen?» med følgende svarkategorier: «Umulig å svare», «Helt uenig», «Delvis uenig», «Verken enig eller uenig», «Delvis enig», og «Helt enig».

LEVER OPP TIL VISJON – UTVIKLING OVER TID I 100 SCORE

Sykehusene i Helse Sør-Øst skal gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk tilhørighet, kjønn og økonomi. I hvilken grad synes du sykehusene i Helse Sør-Øst lever opp til denne visjonen? / Resultat i 100 Score / Utvikling over tid



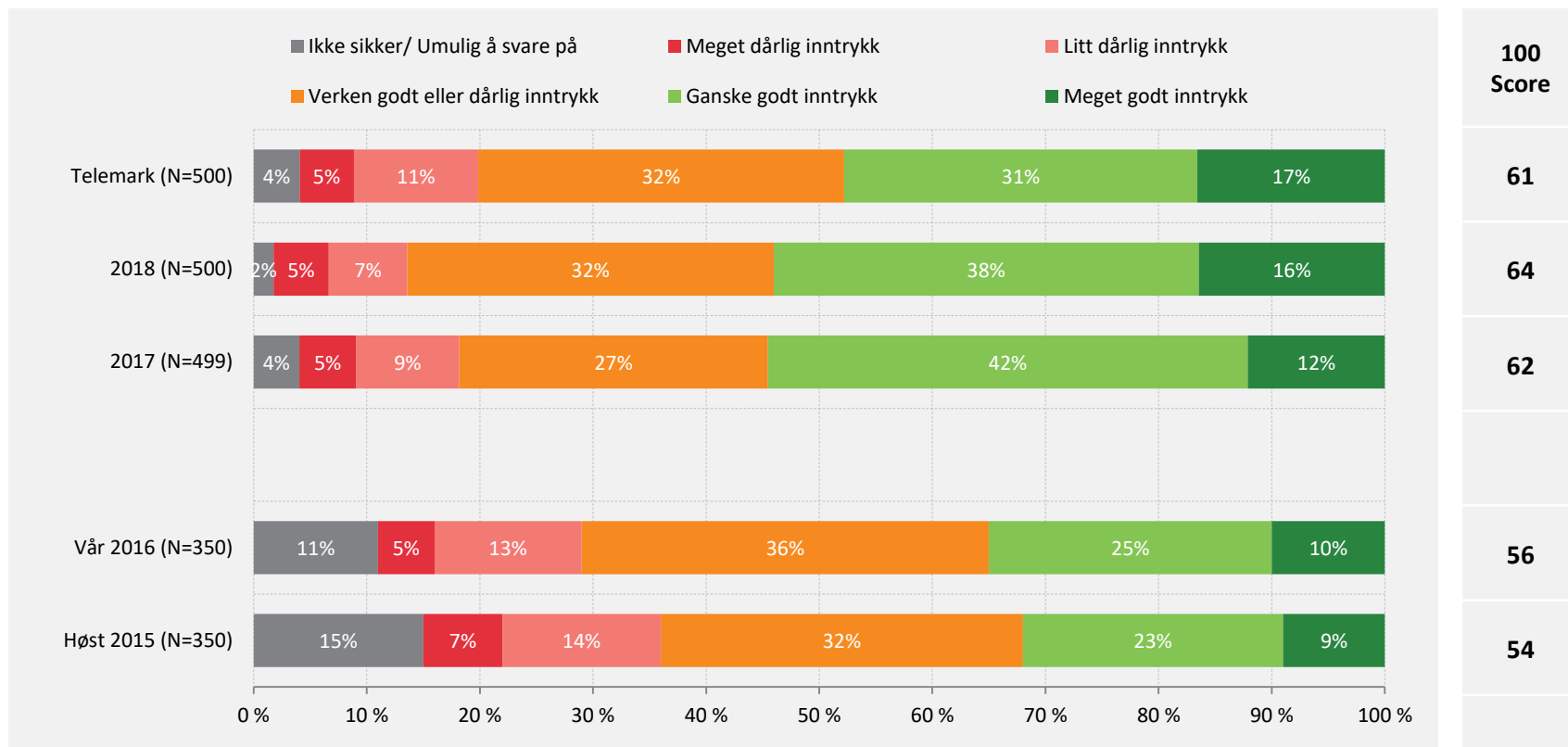
*100 Score er i likhet med tidligere målinger beregnet uten svaralternativet «Ikke sikker / Umulig å svare».

INNTRYKK AV HELSE SØR-ØST RHF



INNTRYKK AV HELSE SØR-ØST RHF

Alt i alt hvor godt eller dårlig inntrykk har du av det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst RHF som eier sykehusene i Sør Øst-Norge?

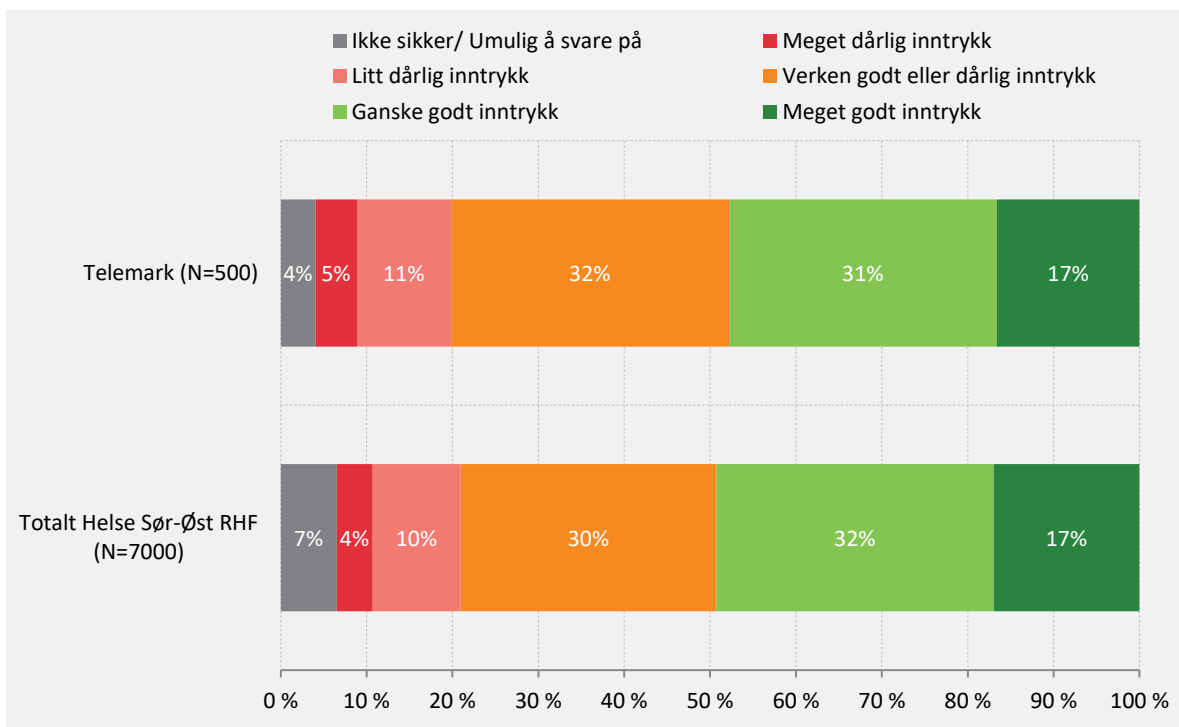


*Endring i gjennomføring og utvalg per måling som er inkludert i resultatene på denne plansjen: Fra 2017 er målingen gjennomført som en årlig undersøkelse med et utvalg på ca. 500 intervju. I 2016 ble det kun gjennomført én måling, med et utvalg på ca. 350 intervju (vår 2016). Før 2016 har det blitt gjennomført målinger på halvårlig basis med ca. 350 intervju per halvårlige måling.

INNTRYKK AV HELSE SØR-ØST RHF

– SAMMENLIGNET MED TOTALT FOR HELSE SØR-ØST RHF

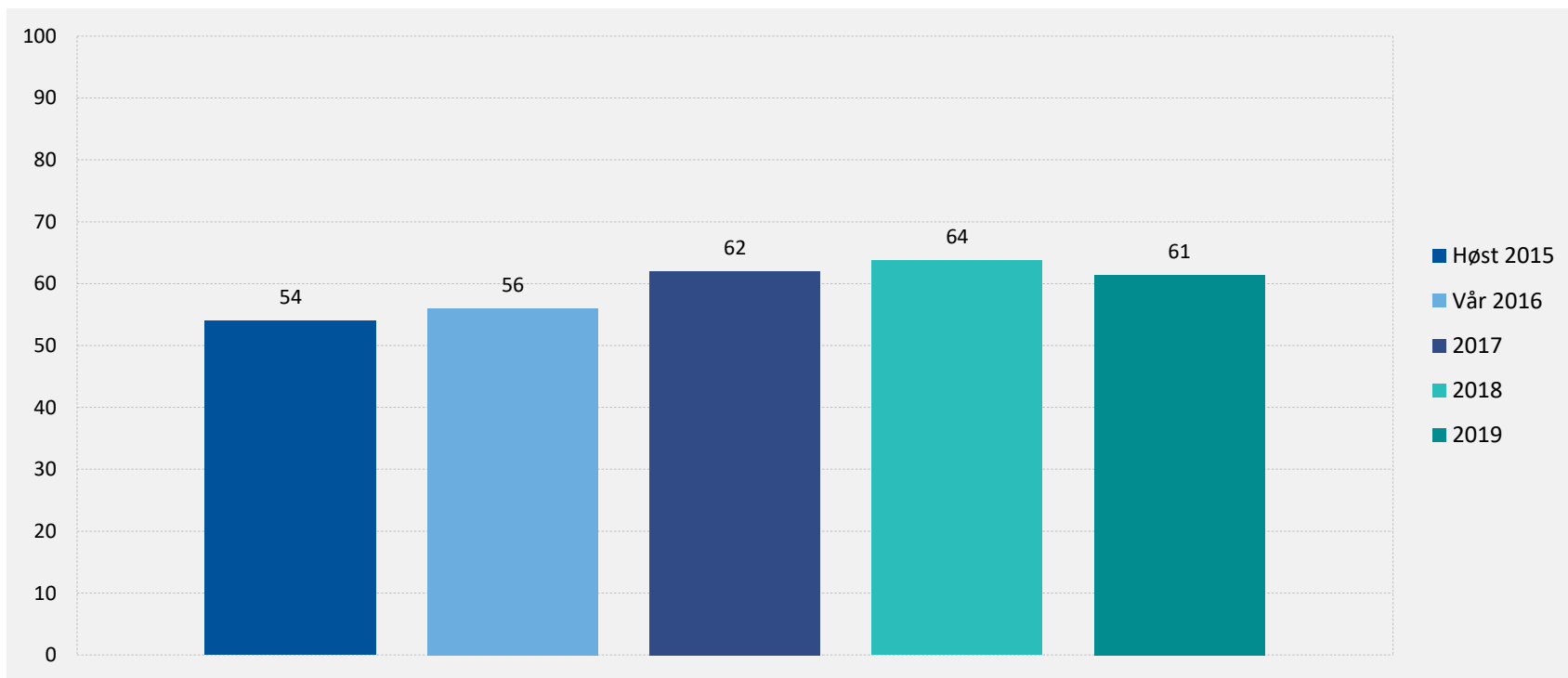
Alt i alt hvor godt eller dårlig inntrykk har du av det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst RHF som eier sykehusene i Sør Øst-Norge?



100 Score – Utvikling over tid				
Høst 2015	Vår 2016	2017	2018	2019
54	56	62	64	61
59	60	64	64	63

INNTRYKK AV HELSE SØR-ØST RHF – UTVIKLING OVER TID I 100 SCORE

Alt i alt hvor godt eller dårlig inntrykk har du av det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst RHF som eier sykehusene i Sør Øst-Norge? / Resultat i 100 Score / Utvikling over tid



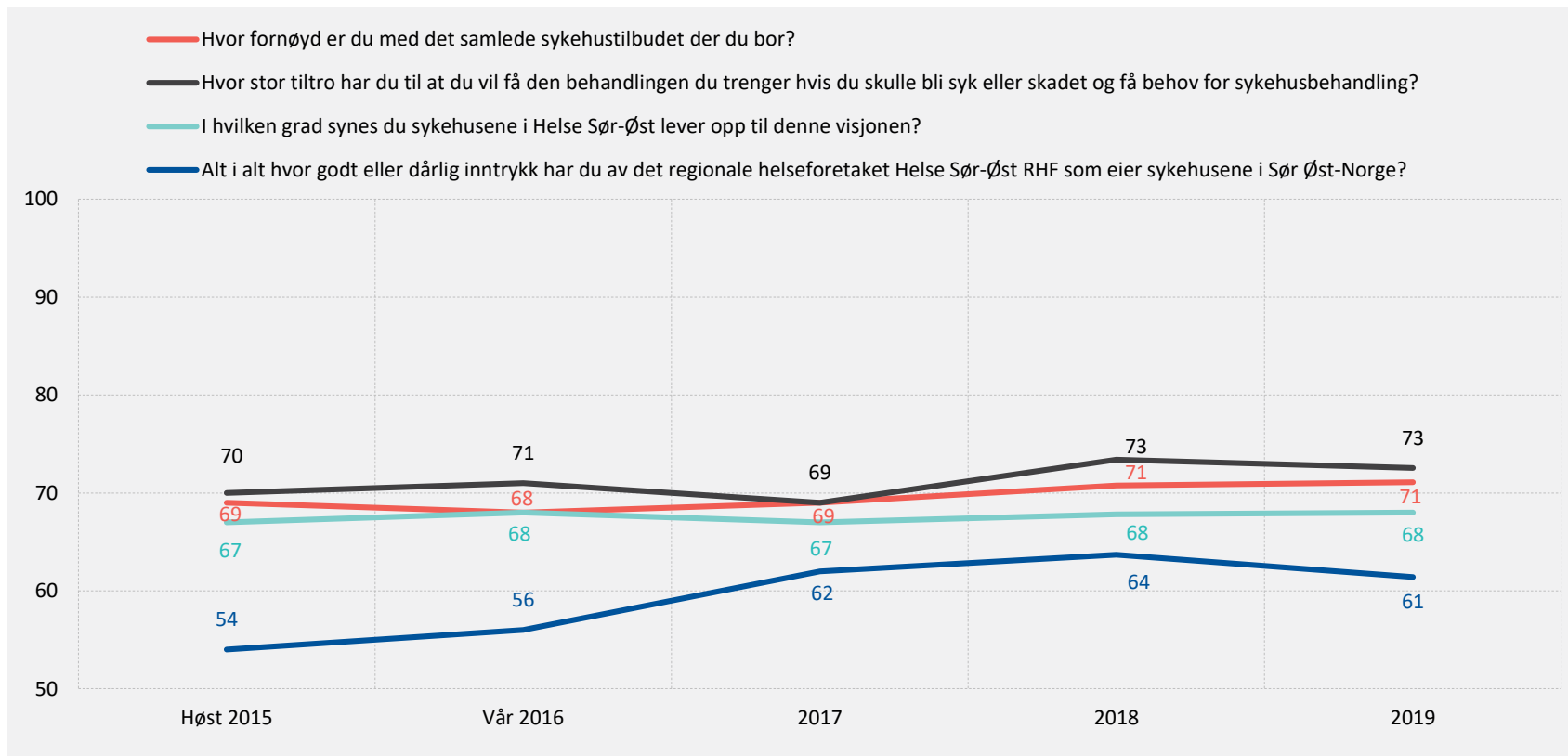
*100 Score er i likhet med tidligere målinger beregnet uten svaralternativet «Ikke sikker / Umulig å svare».

GRAFISK OPPSUMMERING DEL 1



SAMMENLIGNING AV SPØRSMÅL I 100 SCORE – UTVIKLING OVER TID

Tilfredshet med det samlede sykehusstilbudet, tiltro til å få nødvendig behandling, i hvilken grad Helse Sør-Øst lever opp til visjon og alt i alt inntrykk av Helse Sør-Øst RHF / Resultat i 100 Score / Utvikling over tid



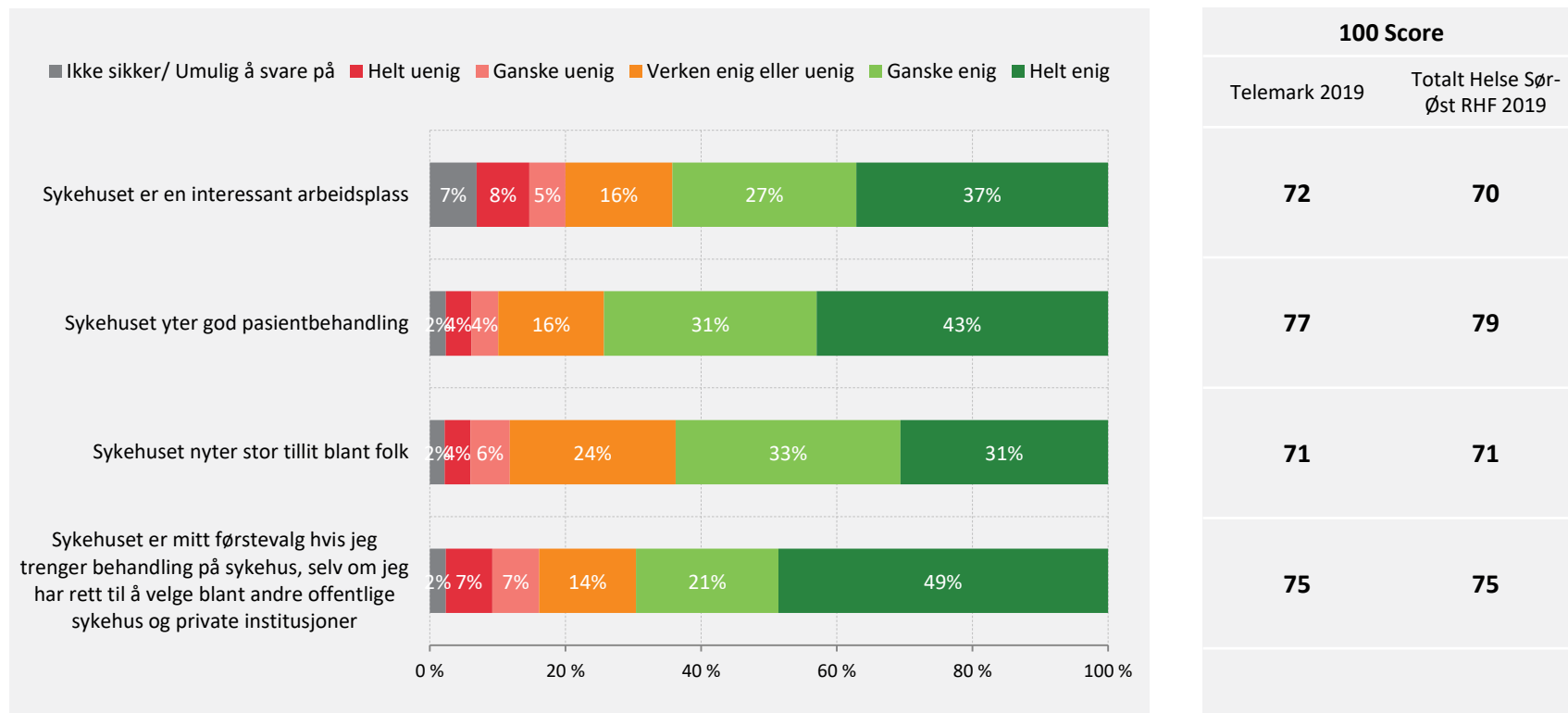
*100 Score er i likhet med tidligere målinger beregnet uten svaralternativet «Ikke sikker / Umulig å svare».

**RESPONDENTENES
VURDERING AV
ULIKE PÅSTANDER
OM SYKEHUSET
DER DE BOR**



RESPONDENTENES VURDERING AV ULIKE PÅSTANDER OM SYKEHUSET DER DE BOR – FRAMSTILLING AV DE 4 MÅLTE PÅSTANDER

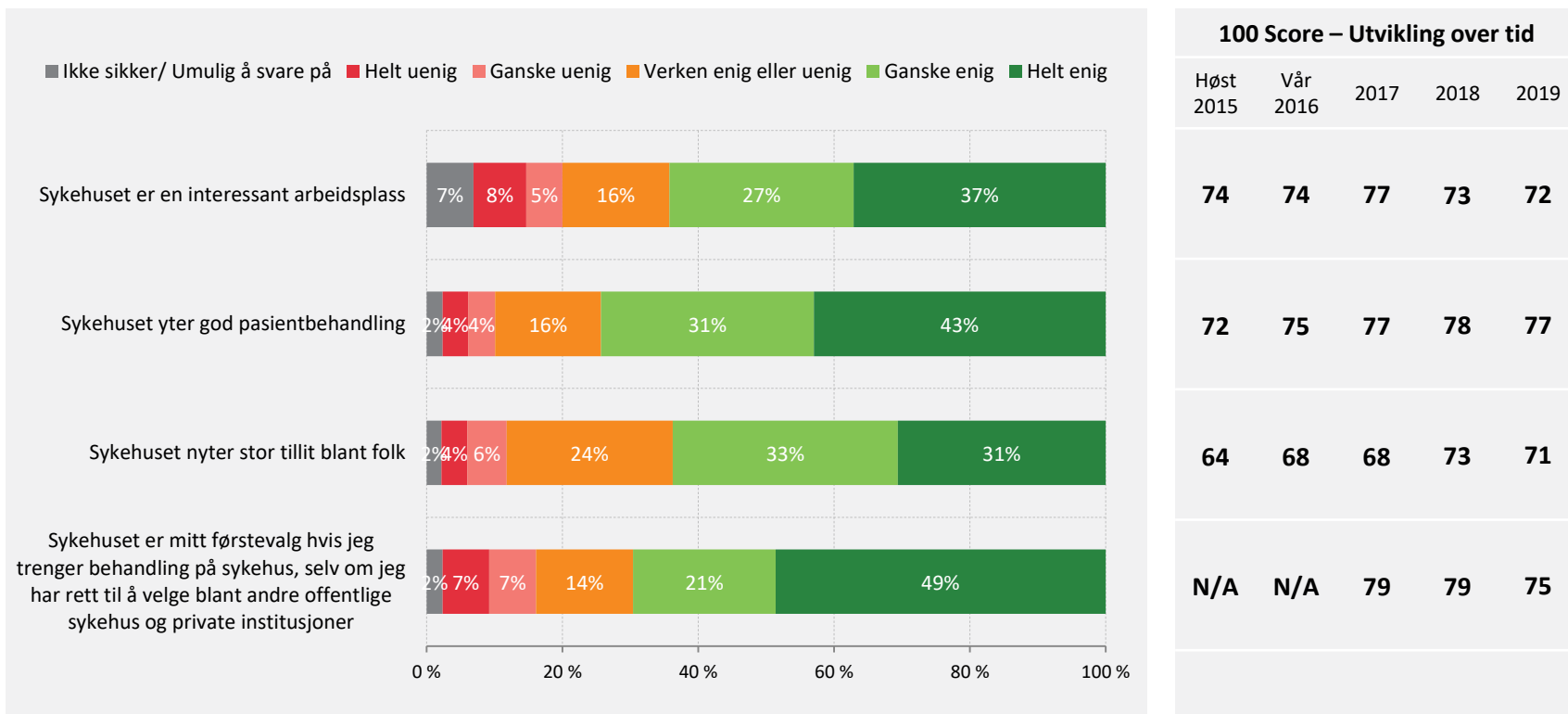
Vennligst ta stilling til følgende påstander om sykehuset i området der du bor ved å svare på følgende skala: helt enig, ganske enig, verken enig eller uenig, ganske uenig og helt uenig ... (N=500)



Påstanden «Sykehuset er mitt førstevalg hvis jeg trenger behandling på sykehus, selv om jeg har rett til å velge blant andre offentlige sykehus og private institusjoner» ble for første gang målt i 2017.

RESPONDENTENES VURDERING AV ULIKE PÅSTANDER OM SYKEHUSET DER DE BOR – FRAMSTILLING AV DE 4 MÅLTE PÅSTANDER

Vennligst ta stilling til følgende påstander om sykehuset i området der du bor ved å svare på følgende skala: helt enig, ganske enig, verken enig eller uenig, ganske uenig og helt uenig ... / Utvikling over tid

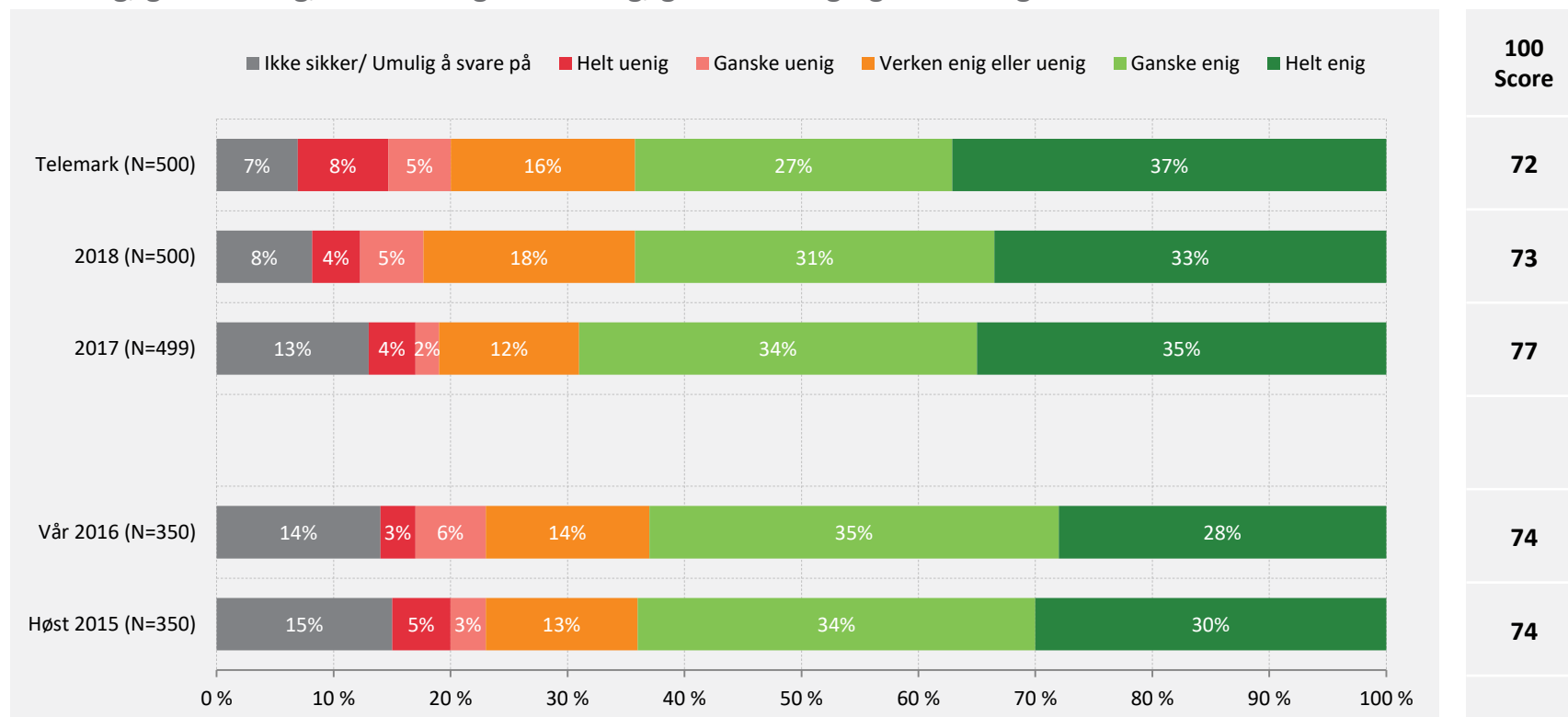


*Endring i gjennomføring og utvalg per måling som er inkludert i resultatene på denne plansjen: Fra 2017 er målingen gjennomført som en årlig undersøkelse med et utvalg på ca. 500 intervju. I 2016 ble det kun gjennomført én måling, med et utvalg på ca. 350 intervju (vår 2016). Før 2016 har det blitt gjennomført målinger på halvårlig basis med ca. 350 intervju per halvårlige måling.

PÅSTAND: SYKEHUSET ER EN INTERESSANT ARBEIDSPASS

– UTVIKLING OVER TID

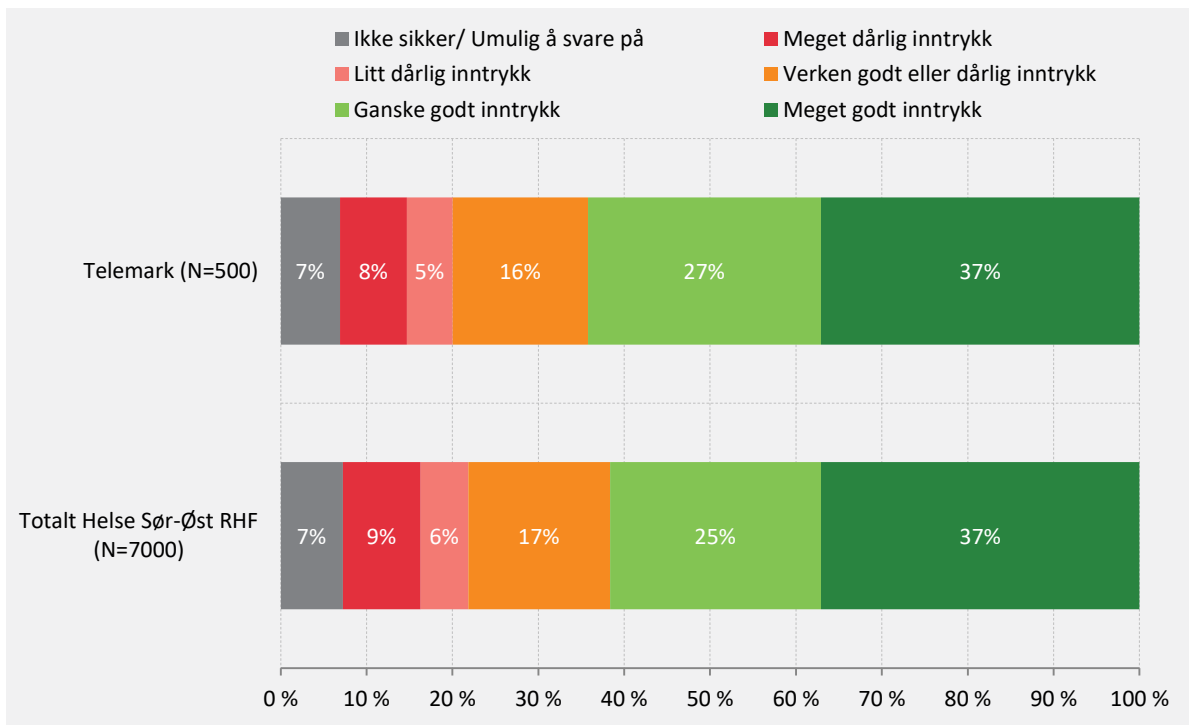
Vennligst ta stilling til følgende påstander om sykehuset i området der du bor ved å svare på følgende skala: helt enig, ganske enig, verken enig eller uenig, ganske uenig og helt uenig ...



*Endring i gjennomføring og utvalg per måling som er inkludert i resultatene på denne plansjen: Fra 2017 er målingen gjennomført som en årlig undersøkelse med et utvalg på ca. 500 intervju. I 2016 ble det kun gjennomført én måling, med et utvalg på ca. 350 intervju (vår 2016). Før 2016 har det blitt gjennomført målinger på halvårlig basis med ca. 350 intervju per halvårlige måling.

PÅSTAND: SYKEHUSET ER EN INTERESSANT ARBEIDSPASS – SAMMENLIGNET MED TOTALT FOR HELSE SØR-ØST RHF

Vennligst ta stilling til følgende påstander om sykehuset i området der du bor ved å svare på følgende skala: helt enig, ganske enig, verken enig eller uenig, ganske uenig og helt uenig ...



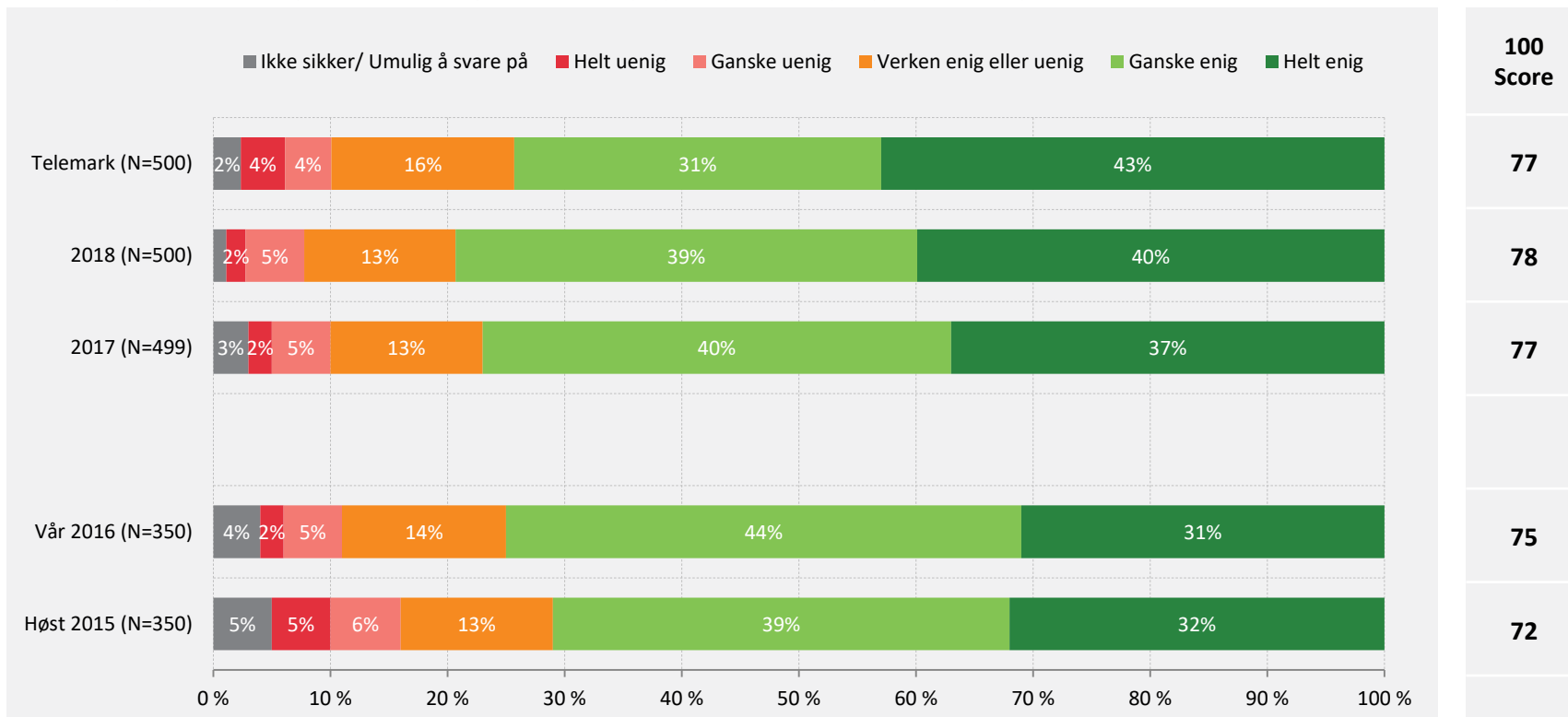
100 Score – Utvikling over tid				
Høst 2015	Vår 2016	2017	2018	2019
74	74	77	73	72
76	75	75	73	70

*Endring i gjennomføring og utvalg per måling som er inkludert i resultatene på denne plansjen: Fra 2017 er målingen gjennomført som en årlig undersøkelse med et utvalg på ca. 500 intervju. I 2016 ble det kun gjennomført én måling, med et utvalg på ca. 350 intervju (vår 2016). Før 2016 har det blitt gjennomført målinger på halvårlig basis med ca. 350 intervju per halvårlige måling.

PÅSTAND: SYKEHUSET YTER GOD PASIENTBEHANDLING

– UTVIKLING OVER TID

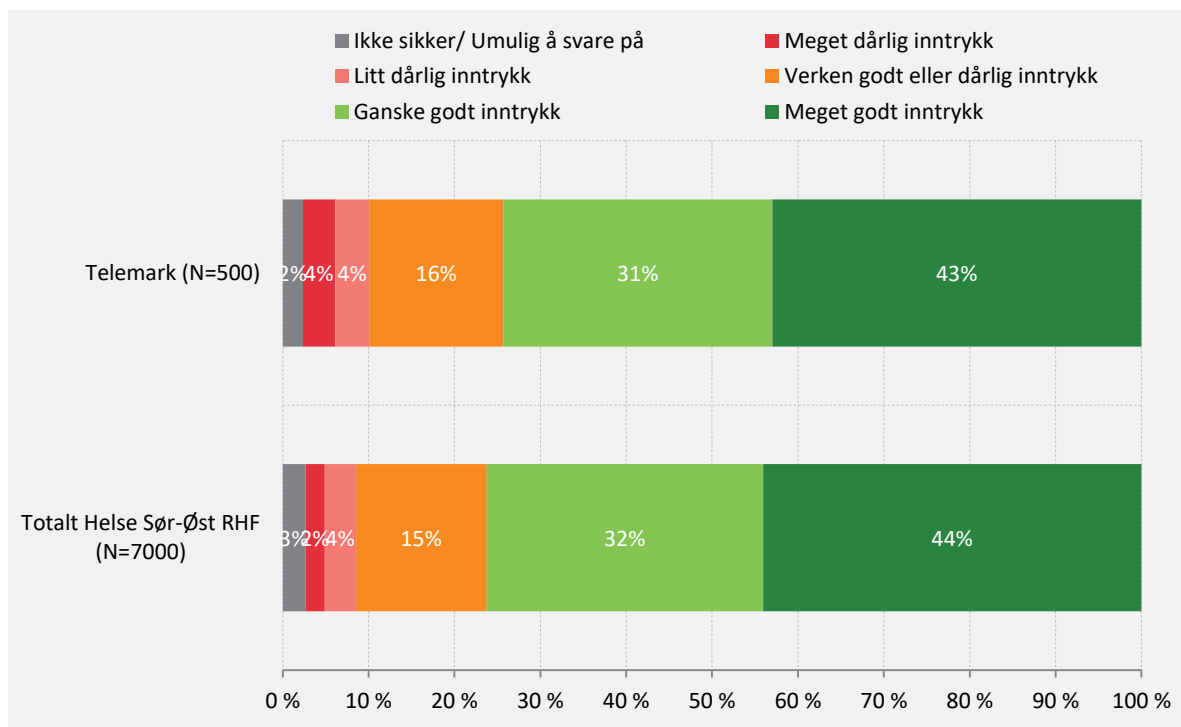
Vennligst ta stilling til følgende påstander om sykehuset i området der du bor ved å svare på følgende skala: helt enig, ganske enig, verken enig eller uenig, ganske uenig og helt uenig ...



*Endring i gjennomføring og utvalg per måling som er inkludert i resultatene på denne plansjen: Fra 2017 er målingen gjennomført som en årlig undersøkelse med et utvalg på ca. 500 intervju. I 2016 ble det kun gjennomført én måling, med et utvalg på ca. 350 intervju (vår 2016). Før 2016 har det blitt gjennomført målinger på halvårlig basis med ca. 350 intervju per halvårlige måling.

PÅSTAND: SYKEHUSET YTER GOD PASIENTBEHANDLING – SAMMENLIGNET MED TOTALT FOR HELSE SØR-ØST RHF

Vennligst ta stilling til følgende påstander om sykehuset i området der du bor ved å svare på følgende skala: helt enig, ganske enig, verken enig eller uenig, ganske uenig og helt uenig ...



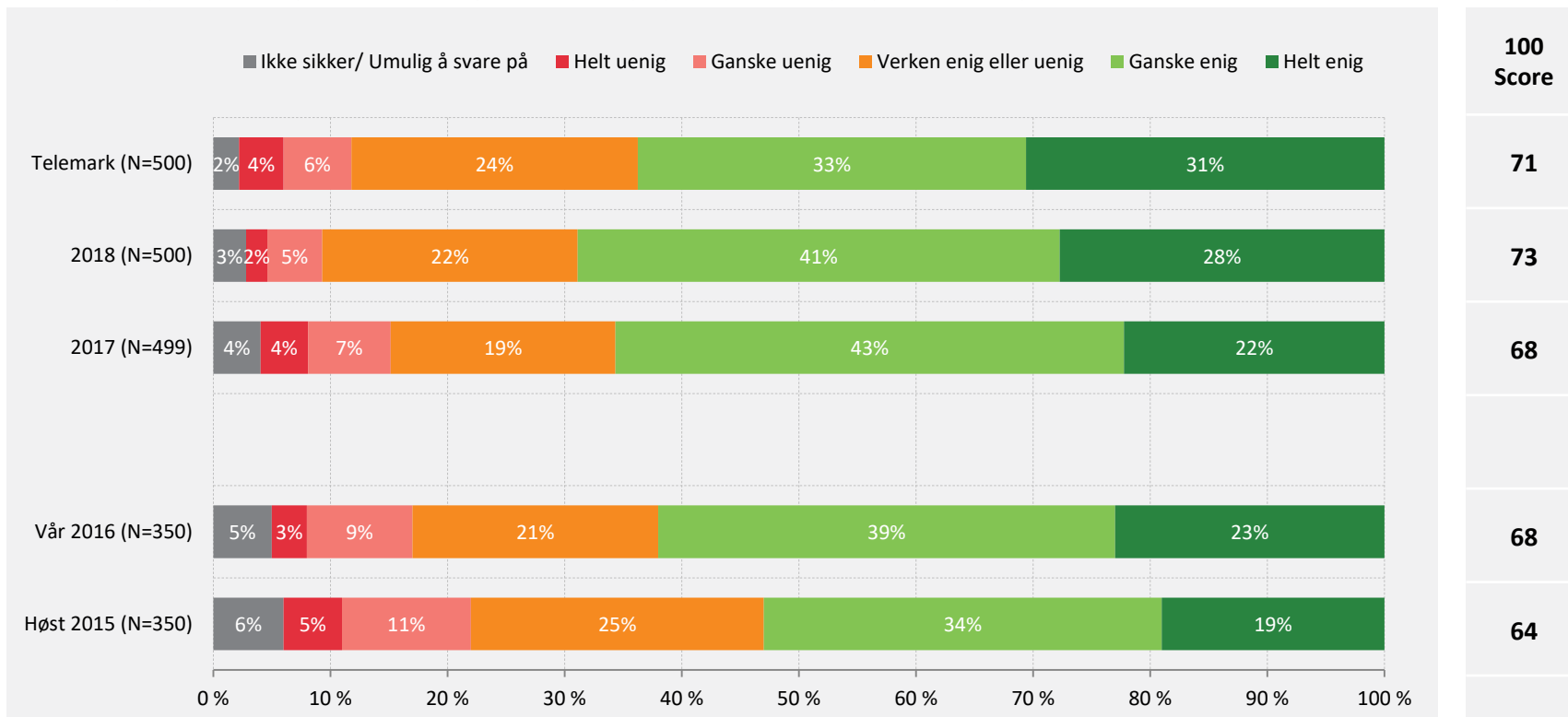
100 Score – Utvikling over tid				
Høst 2015	Vår 2016	2017	2018	2019
72	75	77	78	77
76	76	79	78	79

*Endring i gjennomføring og utvalg per måling som er inkludert i resultatene på denne plansjen: Fra 2017 er målingen gjennomført som en årlig undersøkelse med et utvalg på ca. 500 intervju. I 2016 ble det kun gjennomført én måling, med et utvalg på ca. 350 intervju (vår 2016). Før 2016 har det blitt gjennomført målinger på halvårlig basis med ca. 350 intervju per halvårige måling.

PÅSTAND: SYKEHUSET NYTER STOR TILLIT BLANT FOLK

– UTVIKLING OVER TID

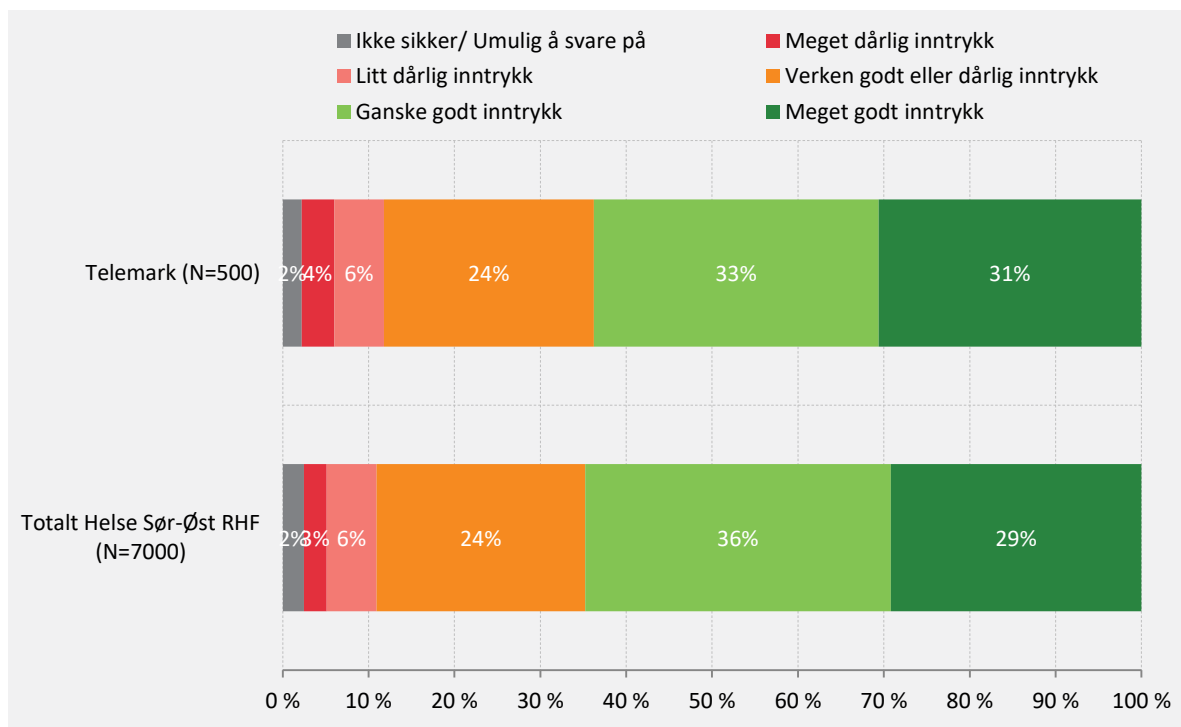
Vennligst ta stilling til følgende påstander om sykehuset i området der du bor ved å svare på følgende skala: helt enig, ganske enig, verken enig eller uenig, ganske uenig og helt uenig ...



*Endring i gjennomføring og utvalg per måling som er inkludert i resultatene på denne plansjen: Fra 2017 er målingen gjennomført som en årlig undersøkelse med et utvalg på ca. 500 intervju. I 2016 ble det kun gjennomført én måling, med et utvalg på ca. 350 intervju (vår 2016). Før 2016 har det blitt gjennomført målinger på halvårlig basis med ca. 350 intervju per halvårlige måling.

PÅSTAND: SYKEHUSET NYTER STOR TILLIT BLANT FOLK – SAMMENLIGNET MED TOTALT FOR HELSE SØR-ØST RHF

Vennligst ta stilling til følgende påstander om sykehuset i området der du bor ved å svare på følgende skala: helt enig, ganske enig, verken enig eller uenig, ganske uenig og helt uenig ...

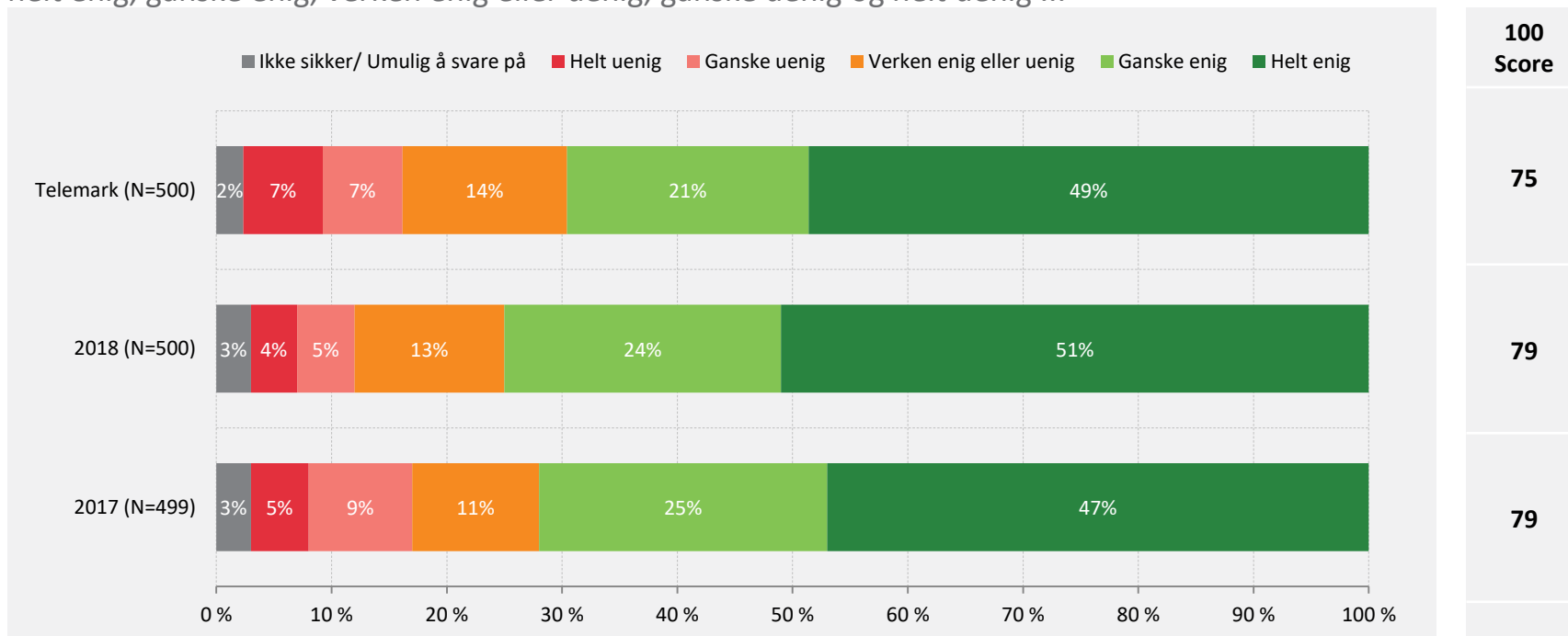


100 Score – Utvikling over tid				
Høst 2015	Vår 2016	2017	2018	2019
64	68	68	73	71
67	68	72	72	71

*Endring i gjennomføring og utvalg per måling som er inkludert i resultatene på denne plansjen: Fra 2017 er målingen gjennomført som en årlig undersøkelse med et utvalg på ca. 500 intervju. I 2016 ble det kun gjennomført én måling, med et utvalg på ca. 350 intervju (vår 2016). Før 2016 har det blitt gjennomført målinger på halvårlig basis med ca. 350 intervju per halvårige måling.

PÅSTAND: SYKEHUSET ER MITT FØRSTEVALG HVIS JEG TRENGER BEHANDLING PÅ SYKEHUS, SELV OM JEG HAR RETT TIL Å VELGE BLANT ANDRE OFFENTLIGE SYKEHUS OG OFFENTLIGE INSTITUSJONER – UTVIKLING OVER TID

Vennligst ta stilling til følgende påstander om sykehuset i området der du bor ved å svare på følgende skala: helt enig, ganske enig, verken enig eller uenig, ganske uenig og helt uenig ...

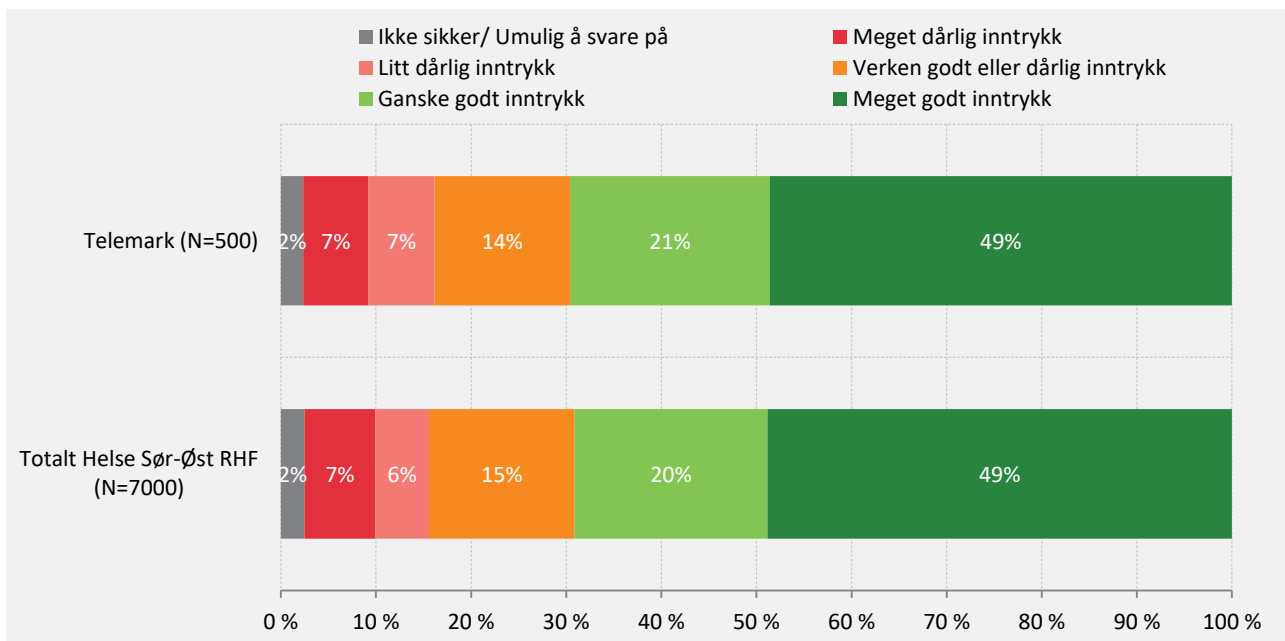


*Endring i gjennomføring og utvalg per måling som er inkludert i resultatene på denne plansjen: Fra 2017 er målingen gjennomført som en årlig undersøkelse med et utvalg på ca. 500 intervju. I 2016 ble det kun gjennomført én måling, med et utvalg på ca. 350 intervju (vår 2016). Før 2016 har det blitt gjennomført målinger på halvårlig basis med ca. 350 intervju per halvårlige måling.

**Denne påstanden var ny i 2017 og er dermed kun sammenlignet med disse års resultat.

PÅSTAND: SYKEHUSET ER MITT FØRSTEVALG HVIS JEG TRENGER BEHANDLING PÅ SYKEHUS, SELV OM JEG HAR RETT TIL Å VELGE BLANT ANDRE OFFENTLIGE SYKEHUS OG OFFENTLIGE INSTITUSJONER – SAMMENLIGNET MED TOTALT FOR HELSE SØR-ØST RHF

Vennligst ta stilling til følgende påstander om sykehuset i området der du bor ved å svare på følgende skala: helt enig, ganske enig, verken enig eller uenig, ganske uenig og helt uenig ...



100 Score – Utvikling over tid		
2017	2018	2019
79	79	75
77	77	75

Denne påstanden var ny i 2017 og er dermed kun sammenlignet med disse års resultat.

**EPINION OSLO**

Biskop Gunnerus Gate 14
0185 Oslo, Norway
T: +47 90 17 18 99
E: oslo@epinion.no

EPINION STAVANGER

Klubbgaten 4
4006 Stavanger, Norway
T: +47 90 17 18 99
E: stavanger@epinion.no

www.epinionglobal.com

OMDØMMEUNDERSØKELSE FOR HELSE SØR-ØST RHF

2019

HELSE  SØR-ØST



OM UNDERSØKELSEN – PROSJEKTINFORMASJON

Oppdragsgiver	Helse Sør-Øst RHF
Formål	Formålet med denne undersøkelsen er å kartlegge befolkningens oppfatning av sykehustilbudet i det enkelte helseforetaks opptaksområde, samt av Helse Sør-Øst RHF som eier av sykehusene. I undersøkelsen kartlegges også befolkningens vurdering av fire omdømmerelaterte påstander om sykehuset i området der de bor. Resultatene skal brukes i videreutvikling av kommunikasjonsarbeidet. Resultat per spørsmål fra undersøkelsen er framstilt i denne rapporten. Det er Epinion som har gjennomført undersøkelsen på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF.
Utvalg og datainnsamling	Totalt er det gjennomført 7000 telefonintervju med befolkningen over 18 år som er bosatt i Helse Sør-Øst RHF sitt nedslagsområde. Undersøkelsen består av et kvotert utvalg hvor Helse Sør-Øst RHF sitt totale nedslagsområde er inndelt i ulike områder. Det er intervjuet 1000 personer per område, med unntak av områdene Telemark og Vestfold hvor det er gjennomført 500 intervju per fylke. Datainnsamlingen for omdømmeundersøkelsene er gjennomført som telefonintervju (CATI) i perioden fra 1. mars - 22. mars, 2019.
Sammenligning av årets resultat mot resultat fra tidligere målinger	Helse Sør-Øst RHF har gjennomført omdømmemålinger i befolkningen i en lengre årrekke. Årets resultat er i denne rapporten sammenlignet med resultat fra samme spørsmål benyttet de to foregående årene, samt fra tidligere undersøkelser gjennomført hvor aktuelt og mulig. Det er derimot av betydning å påpeke at det fra i 2017 ble gjennomført en større endring i utvalgsstørrelse og antall målepunkter som er med i undersøkelsen. Dette er viktig å ha med i tankene ved fortolkningen av sammenligning per resultat med undersøkelsene gjennomført før 2017. Helse Sør-Øst RHF har i perioden 2011 til 2015 gjennomført to halvårslige omdømmeundersøkelser med et utvalg på ca. 4900 intervju per måling. I 2016 ble det kun gjennomført én halvårlig måling (vår 2016). Fra og med 2017 ble det foretatt en endring for gjennomføringen av denne målingen, hvorpå omdømmeundersøkelsen nå gjennomføres én gang per år, med et utvalg per måling på ca. 7000 intervju. Dette vil si at resultat fra målingene fra 2017 og utover er sammenlignet med tidligere målinger som har benyttet samme spørreskjema, men ikke samme antall intervju per måling. Antall intervju per måling framkommer på alle planser hvor resultat sammenlignes. Alle tall fra tidligere målinger gjennomført før 2017 som er benyttet for sammenligning mot årets- og fjorårets resultat i denne rapporten er hentet fra rapporter overlevert fra Helse Sør-Øst RHF, og alle henvisninger til baser refererer til totale baser fra de tidligere rapportene. Videre ble det i 2017 også foretatt en revidering i utvalgssammensetningen av nedslagsområdet per kvotene «Akershus» og «Oslo», som kan påvirke sammenlignbarheten av resultatene. Fra og med 2017 er intervju gjennomført med befolkningen i de tre bydelene i Oslo; Alna, Grorud og Stovner, inkludert i kvoten «Akershus», mens de tidligere var inkludert i kvoten «Oslo».
Vekt	Alle resultater som presenteres for Helse Sør-Øst RHF totalt er vektet i forhold til tilsvarende fordeling i kjønn, alder og bosted i befolkningen. Resultater som omhandler det enkelte området er vektet i forhold til befolkningens fordeling i det enkelte området.
Feilmarginer	Resultatene må tolkes innenfor feilmarginer på +/- 1,2 prosentpoeng for de totale hoved frekvensene. Feilmarginer per sykehusområde og eventuelle krystabuleringer er større.

OM UNDERSØKELSEN – FEILMARGINER

Alle utvalgsundersøkelser inneholder noe usikkerhet når resultatene skal generaliseres til den totale brukergruppen. Gitt at utvalget er representativt for populasjonen kan denne usikkerheten betegnes i form av feilmarginer. Tabellen viser aktuelle feilmarginer for årets undersøkelse, både totalt og per område.

	ANTALL SVAR	FEILMARGIN
TOTALT	7000	+/- 1,2 prosentpoeng
Østfold	1000	+/- 3,1 prosentpoeng
Innlandet	1000	+/- 3,1 prosentpoeng
Sørlandet	1000	+/- 3,1 prosentpoeng
Oslo	1000	+/- 3,1 prosentpoeng
Akershus	1000	+/- 3,1 prosentpoeng
Vestre Viken	1000	+/- 3,1 prosentpoeng
Telemark	500	+/- 4,4 prosentpoeng
Vestfold	500	+/- 4,4 prosentpoeng

Resultatene må tolkes innenfor feilmarginer på +/- 1,2 prosentpoeng for de totale hoved frekvensene. Feilmarginene per område og eventuelle krysstabuleringer er større, siden utvalget er mindre.

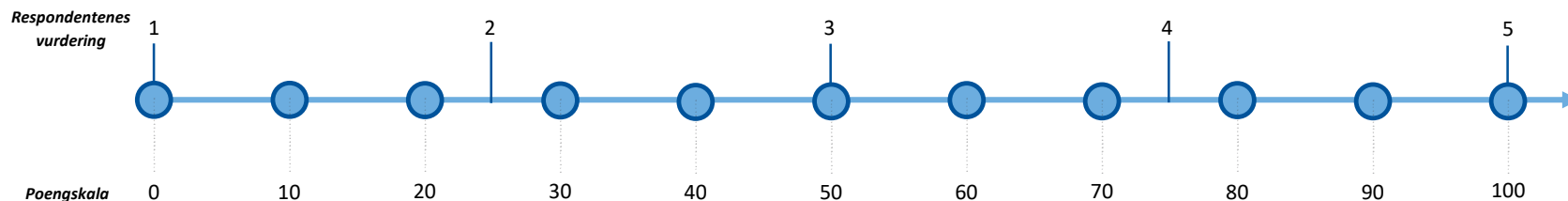
Feilmarginene (den statistiske usikkerheten) for resultatene er en funksjon av antall respondenter, den totale populasjonen i nedslagsområdet, samt svarfordelingen på de enkelte spørsmålene.

Feilmarginene er størst der svarfordelingen er 50/50, og lavest der svarfordeling er 5/95. En standard for betegnelsen er at feilmarginene angir hvor vi (basert på resultatet) kan være 95% sikker på at den «sanne» verdien i populasjonen ligger.

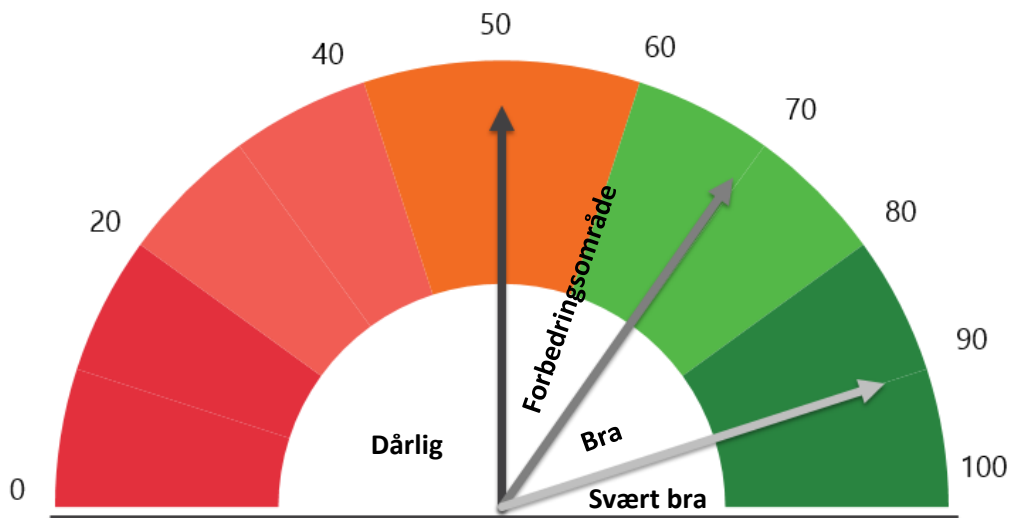
FORKLARING AV RAPPORT

– 100 SCORE?

I undersøkelsen ber vi respondentene ta stilling til ulike spørsmål eller påstander, enten på en skala fra 1 til 5, eller på en skala fra 1 til 4. I figuren under framkommer det en illustrasjon av hvordan respondentenes besvarelse på en 5-punktsskala omregnes til 100 score som et standardisert gjennomsnitt. På spørsmål om tilfredshet vil det standardiserte gjennomsnittet representere: 0 = Svært misfornøyd og 100 = Svært fornøyd. «Ikke sikker / Umulig å svare på» besvarelser er utelatt i alle beregninger av 100 score.



HVA ER EN GOD 100 SCORE?



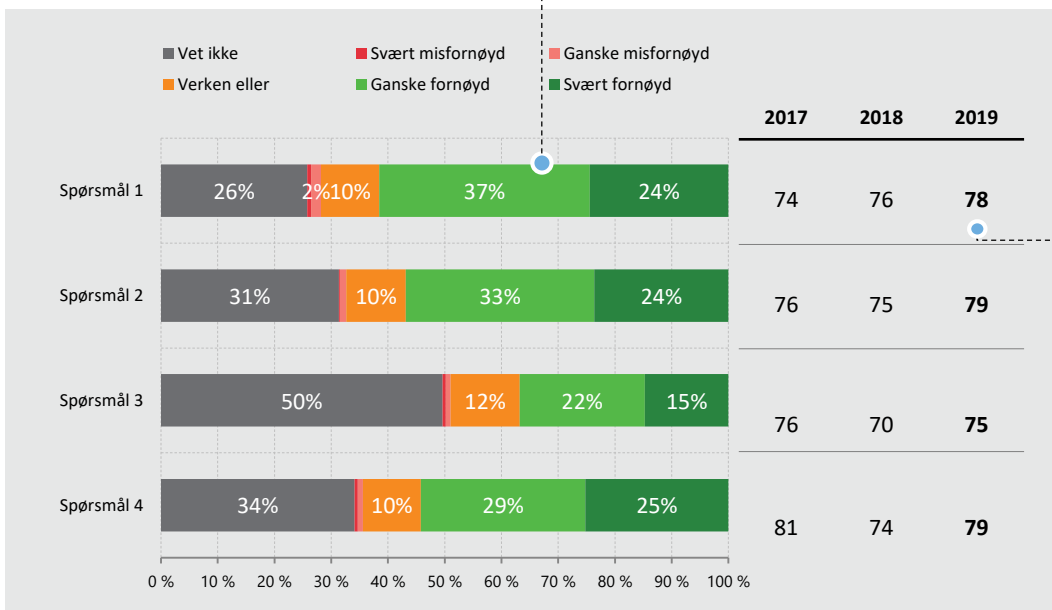
Dette er et veiledende barometer for å vurdere oppnådd snitt på spørsmål og påstander som er omgjort til 100 score.

I undersøkelsen ber vi respondentene ta stilling til ulike spørsmål eller påstander, enten på en skala fra 1 til 5, eller på en skala fra 1 til 4. Barometeret til venstre indikerer hvordan dette snittet kan tolkes i 100 score.

Barometeret foreslår at en 100 score på 50 eller lavere er dårlig, mens en 100 score mellom 50 og 70 ikke er dårlig, men heller ikke godt. En 100 score mellom 70 og 90 er bra, og når det kommer over 90 er det svært bra.

FORKLARING AV RAPPORT – HOVEDFREKVENSER

I undersøkelsen ber vi respondentene ta stilling til ulike spørsmål eller påstander, enten på en skala fra 1 til 5, eller på en skala fra 1 til 4. Her fremvist med et eksempel på en skala fra 1 til 5. Svarfordelingen på disse spørsmålene rapporteres grafisk med frekvenser. Tallene i grafen viser hvor stor %-andel som har svart de ulike alternativene. F. eks. har en andel på 37% av respondentene svart "Ganske fornøyd" på spørsmål 1 fremvist som et eksempel her.

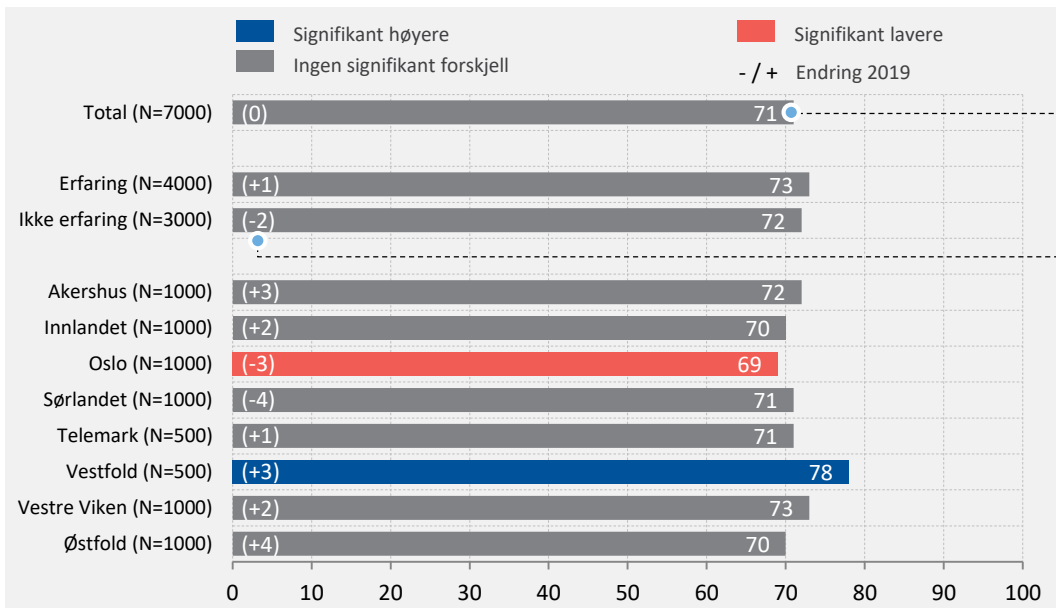


Tallet til høyre for frekvensene viser snittverdi per spørsmål i 100 score. Denne snittverdien vises både for årets resultat, samt for de tidligere målingene for å kunne se utvikling over tid. «Ikke sikker / Umulig å svare» svar er utelatt i beregningen av 100 score.

FORKLARING AV RAPPORT

– SIGNIFIKANSTEST PER NEDBRYTNING PÅ SPØRSMÅL

På denne plansje fremvises signifikanstest av spørsmålet eller påstanden brutt ned på utvalgte bakgrunnsvariabler, samt +/- endring fra forrige måling (fremvist i parentes). Signifikanstesten utføres mot total score og fargen blå markerer at de nedbrutte resultatet er signifikant høyere enn totalt (Vestfold fremvist som eksempel), mens fargen rød markerer at de nedbrutte resultatet er signifikant lavere enn totalt (Oslo fremvist som eksempel).



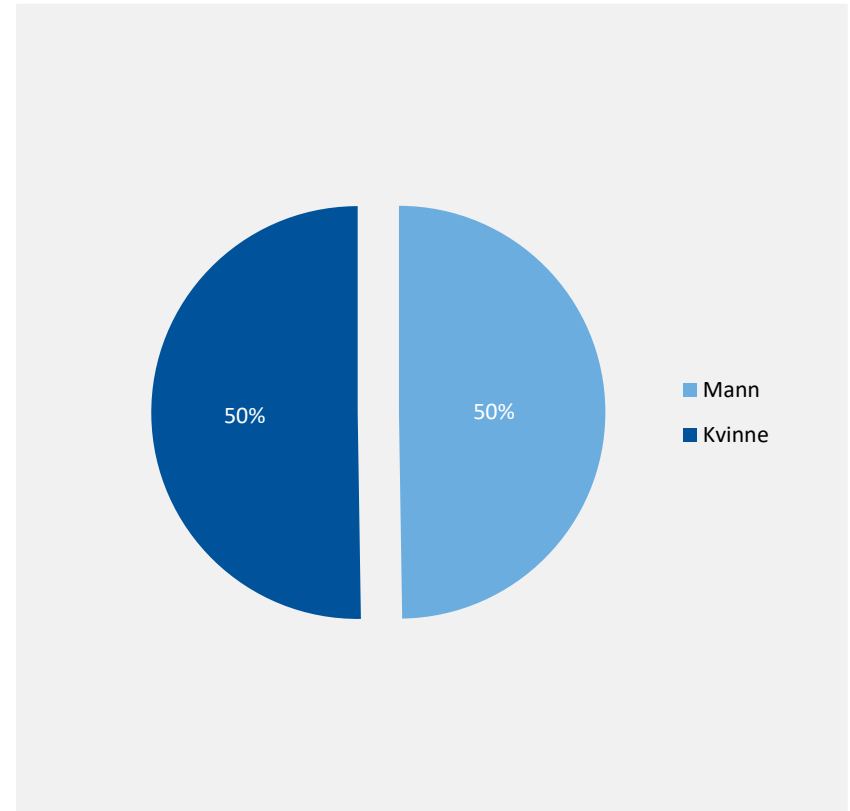
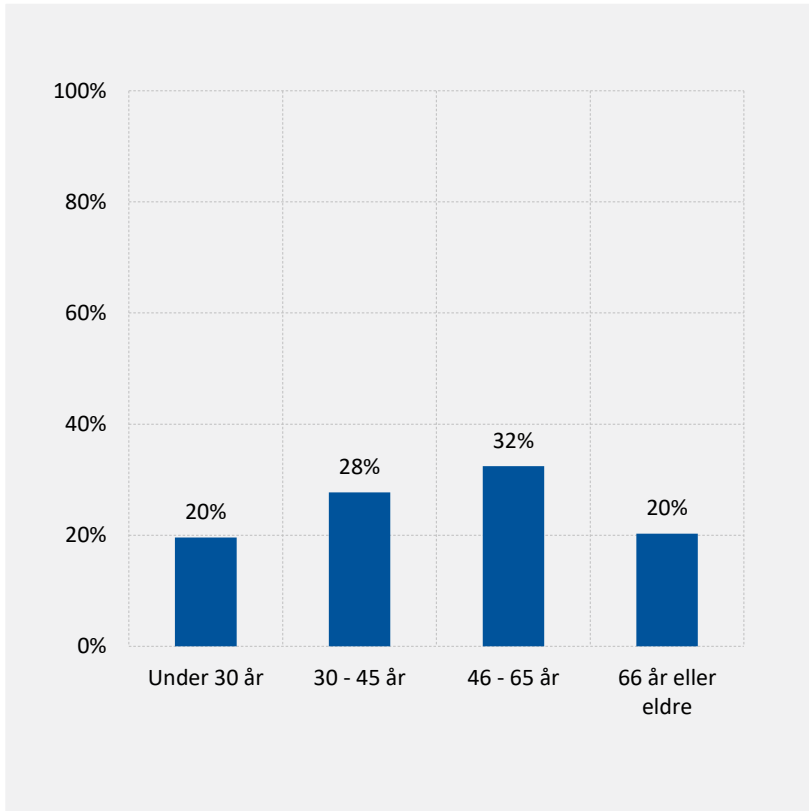
I likhet med tabellen til høyre for frekvensene fremvises det på denne plansje resultatene i 100 score per spørsmål eller påstand.

Tallene i parentes med - / + fortegn indikerer endringen i 100 score fra forrige måling. Eksempelet med (-2) innebærer at 100 score for dette spørsmålet brutt ned på «Ikke erfaring» var 74 ved forrige måling.

**BAKGRUNNS-
INFORMASJON**

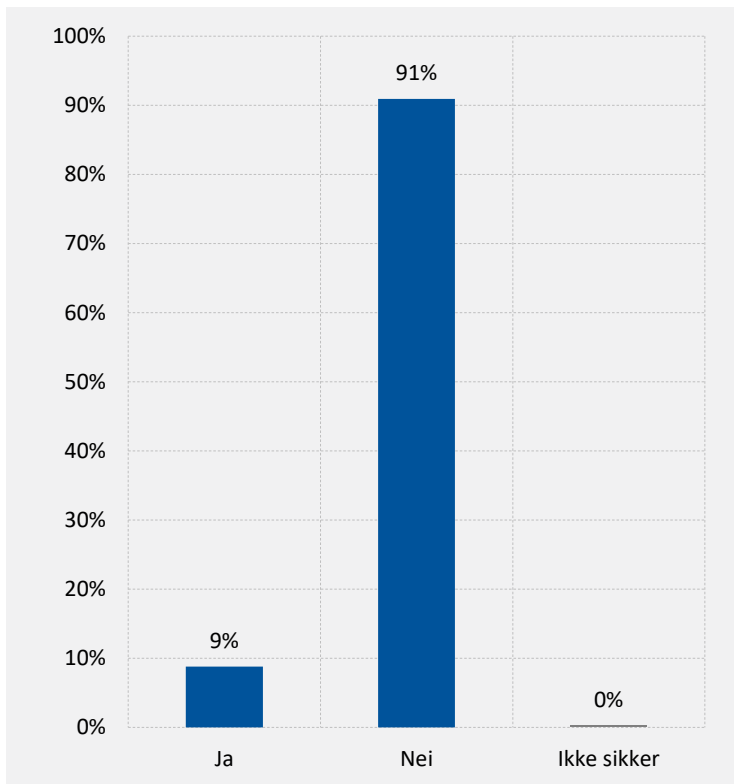
ALDER OG KJØNN

Alder og kjønn (N=7000)

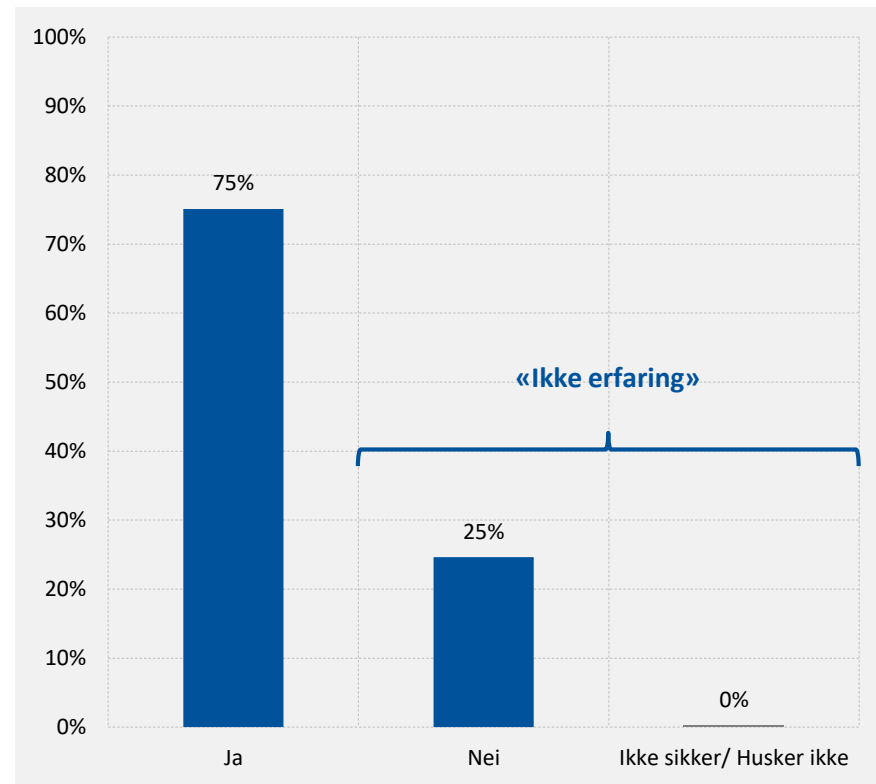


RELASJON TIL HELSEFORETAKENE I REGIONEN

Er du ansatt i et av helseforetakene i regionen?
(N=7000)



Har du selv eller en av dine nærmeste vært pasient på sykehus de siste tre årene? (N=7000)



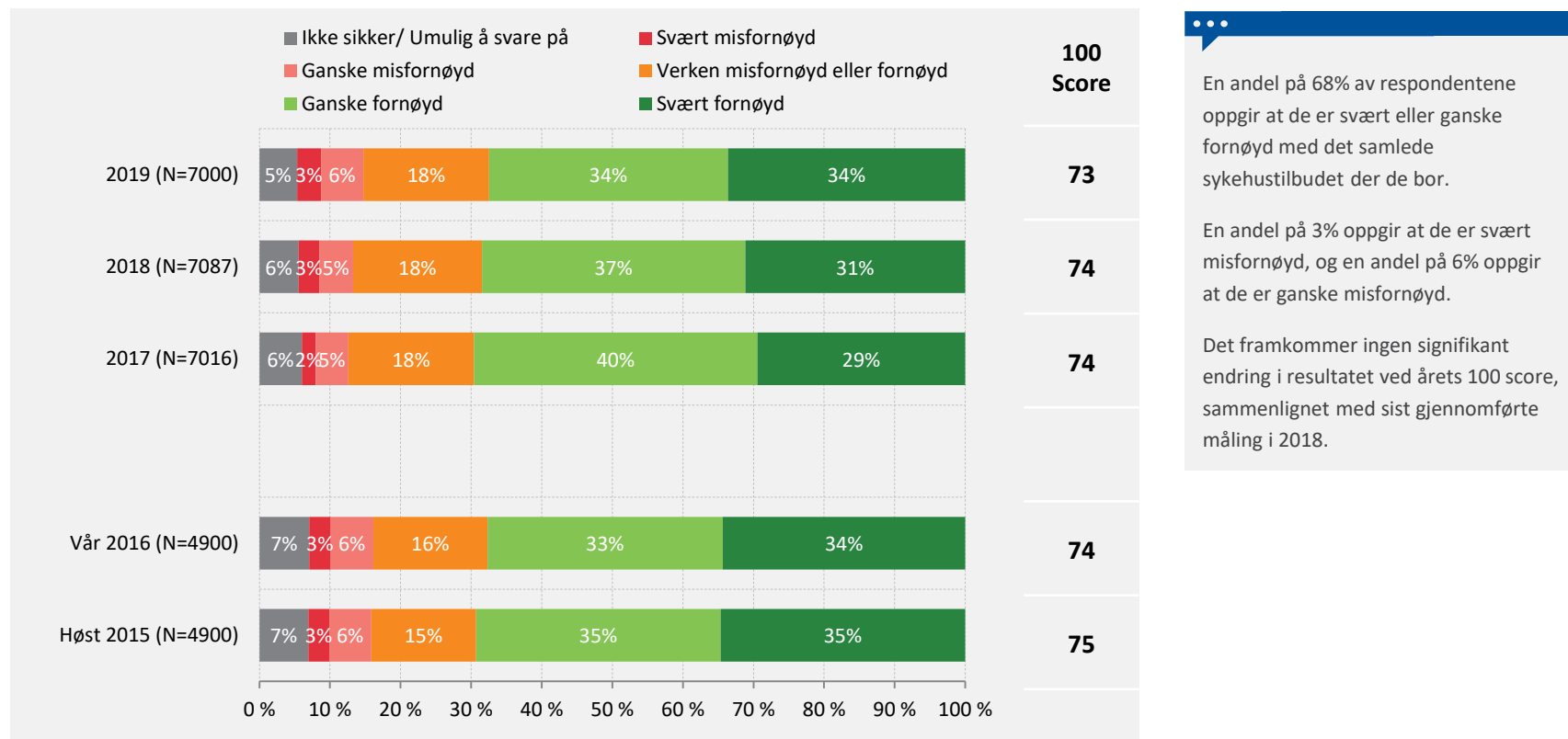
*Ved nedbrytning på spørsmålet om de selv eller en av deres nærmeste har vært pasient på sykehus de siste tre årene har svaralternativene blitt gruppert. Svaralternativene «Nei» og «Ikke sikker/ Husker ikke» betegnes i den videre rapporten som «Ikke erfaring» ved nedbrytning per spørsmål.

TILFREDSHET MED DET SAMLEDE SYKEHUSTILBUDET



TILFREDSHET MED DET SAMLEDE SYKEHUSTILBUDET I NÆROMRÅDET

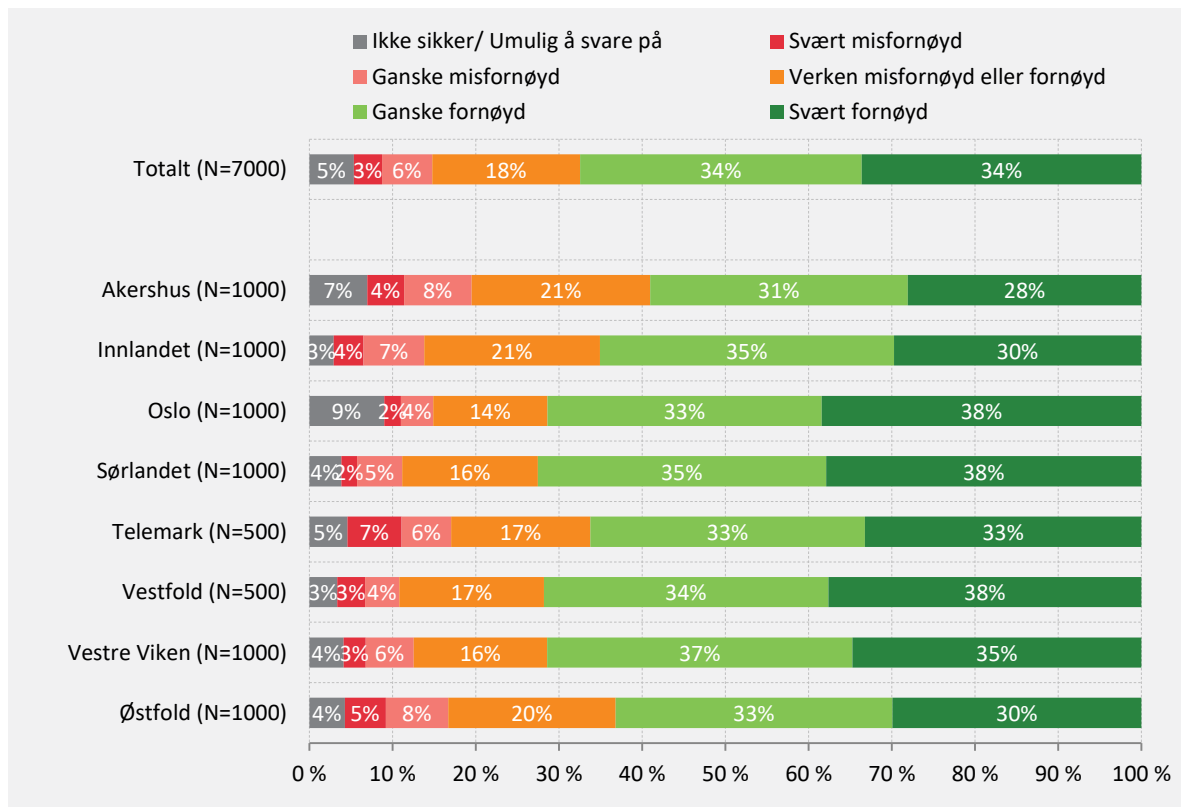
Hvor fornøyd er du med det samlede sykehusstilbudet der du bor? Er du...



*Endring i gjennomføring og utvalg per måling som er inkludert i resultatene på denne plansjen: Fra 2017 er målingen gjennomført som en årlig undersøkelse med et utvalg på ca. 7000 intervju. I 2016 ble det kun gjennomført én måling, med et utvalg på ca. 4900 intervju (vår 2016). Før 2016 har det blitt gjennomført målinger på halvårlig basis med ca. 4900 intervju per halvårlige måling.

TILFREDSHET MED DET SAMLEDE SYKEHUSTILBUDET I NÆROMRÅDET – SPLITTET PER OMRÅDE

Hvor fornøyd er du med det samlede sykehusstilbudet der du bor? Er du... / Område (N=7000)



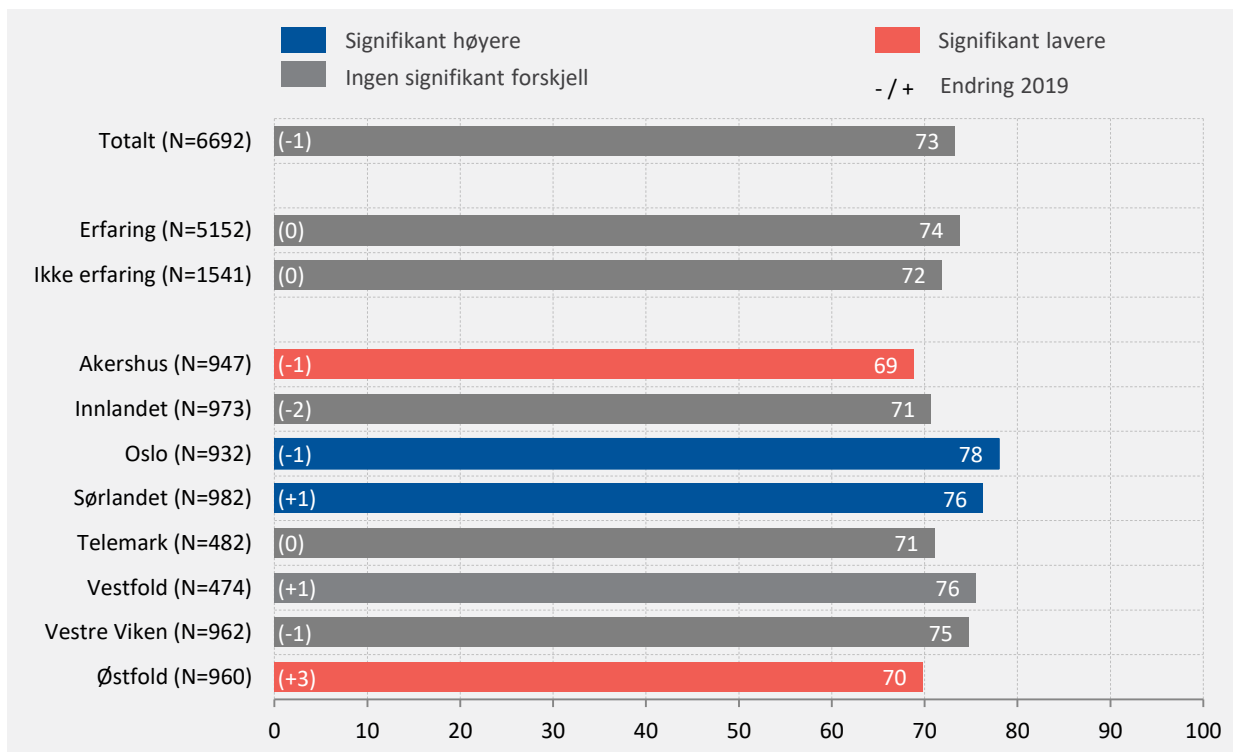
100 Score – Utvikling over tid				
Høst 2015	Vår 2016	2017	2018	2019
75	74	74	74	73
70	71	68	70	69
76	73	75	73	71
78	77	78	79	78
77	78	77	75	76
69	68	69	71	71
77	76	74	75	76
77	74	77	76	75
70	71	70	67	70

*Fra 2017 inngår bydelene Alna, Grorud og Stovner i kvoten for «Akershus». Ved sammenligning av årets resultat mot målingene før 2017 er det derfor viktig å ta høyde for dette.

TILFREDSHET MED DET SAMLEDE SYKEHUSTILBUDET I NÆROMRÅDET

– RESULTAT I 100 SCORE MED SIGNIFIKANSTEST

Hvor fornøyd er du med det samlede sykehusstilbudet der du bor? Er du...
/ Område / Erfaring med sykehus de siste tre årene



Respondentene i Oslo oppgir å være mest fornøyd med det samlede sykehusstilbudet der de bor. Respondentene i Oslo og Sørlandet har en signifikant høyere 100 score enn gjennomsnittet.

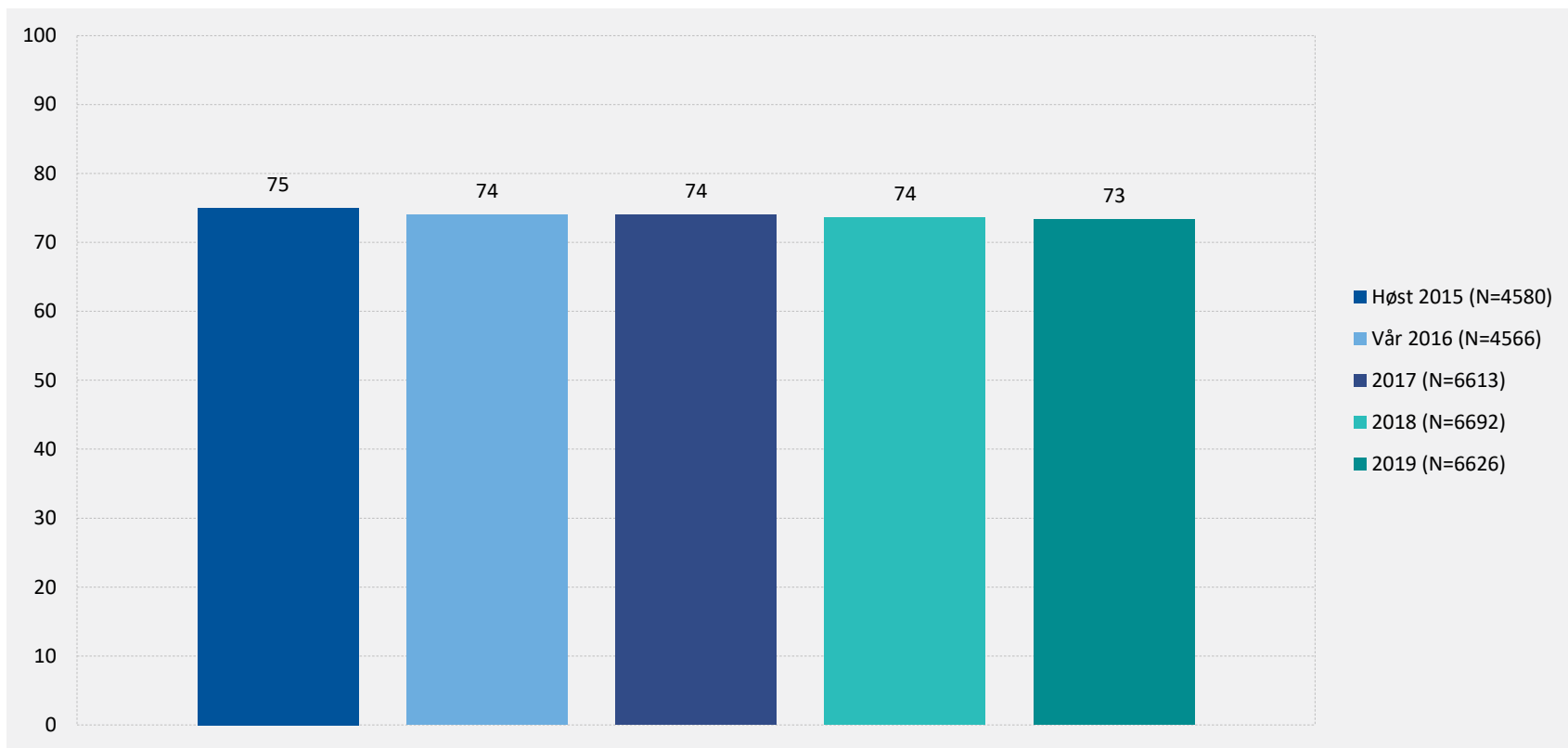
Respondentene i Akershus, og Østfold oppgir å være minst fornøyd med det samlede sykehusstilbudet der de bor. Disse områdene har en signifikant lavere 100 score enn gjennomsnittet totalt.

Ved nedbrytning av resultat per aldersgrupper ser vi at aldersgruppen 66 år eller eldre har enn signifikant høyere 100 score enn de yngre aldersgruppene på dette spørsmålet. Dette er tilsvarende tendens som ved forrige måling.

*Alle baser fremvist er uten svaralternativet «Ikke sikker / Umulig å svare», ettersom dette ikke er med i beregningen av 100 score.

TILFREDSHET MED DET SAMLEDE SYKEHUSTILBUDET I NÆROMRÅDET – UTVIKLING OVER TID I 100 SCORE

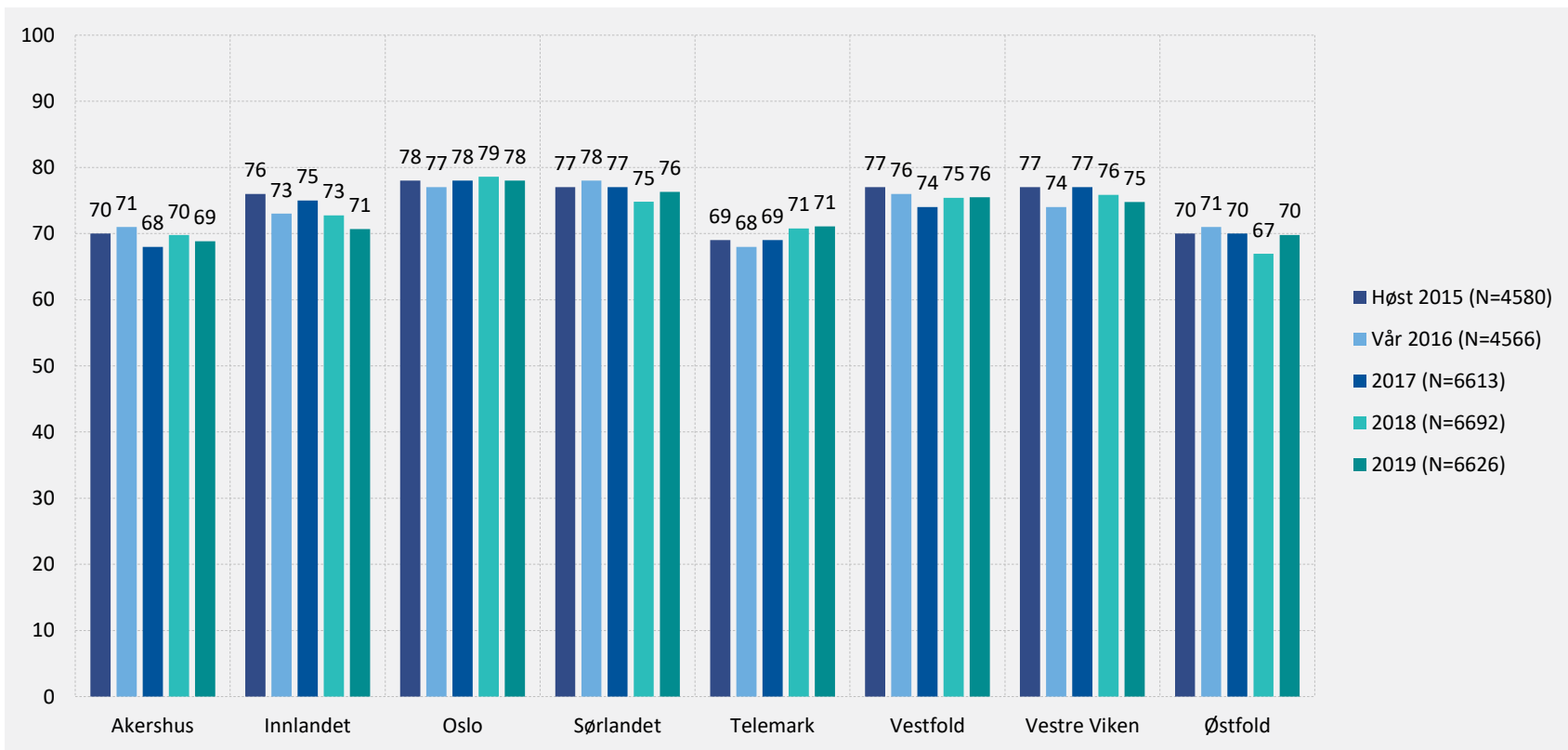
Hvor fornøyd er du med det samlede sykehusstilbudet der du bor? Er du... / Utvikling over tid i 100 Score



*Alle baser fremvist er uten svaralternativet «Ikke sikker / Umulig å svare», ettersom dette ikke er med i beregningen av 100 score.

TILFREDSHET MED DET SAMLEDE SYKEHUSTILBUDET I NÆROMRÅDET – SPLITTET PER OMRÅDE MED UTVIKLING OVER TID I 100 SCORE

Hvor fornøyd er du med det samlede sykehusstilbudet der du bor? Er du... / Område / Utvikling over tid



*Alle baser fremvist er uten svaralternativet «Ikke sikker / Umulig å svare», ettersom dette ikke er med i beregningen av 100 score.

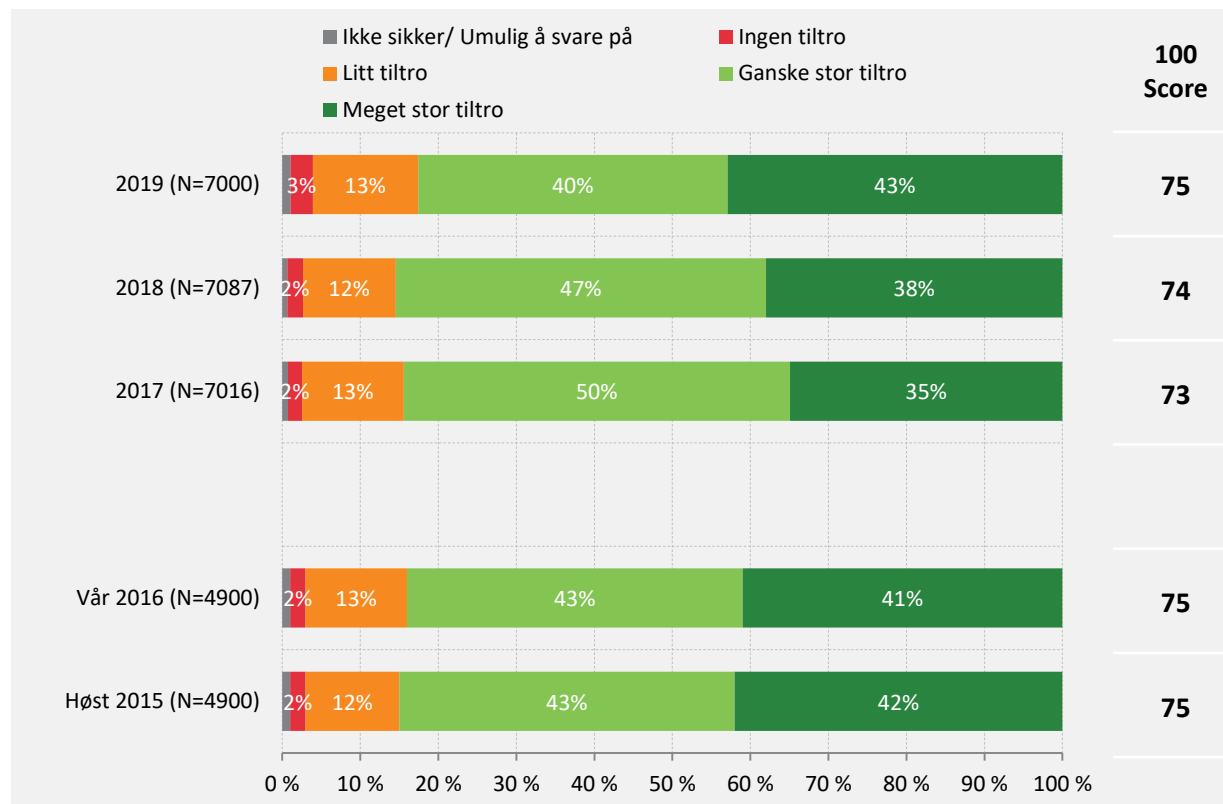
**Fra 2017 inngår bydelene Alna, Grorud og Stovner i Oslo i kvoten for «Akershus». Ved sammenligning av årets resultat mot målingene før 2017 er det derfor viktig å ta høyde for dette.

**TILTRO TIL Å FÅ
NØDVENDIG
BEHANDLING**



TILTRO TIL Å FÅ NØDVENDIG BEHANDLING

Hvor stor tiltro har du til at du vil få den behandlingen du trenger hvis du skulle bli syk eller skadet og få behov for sykehusbehandling? Har du...



En andel på 83% av respondentene oppgir at de har meget stor eller ganske stor tiltro til at de vil få den behandlingen de trenger hvis de skulle bli syk eller skadet og få behov for sykehusbehandling.

En andel på 3% av respondentene oppgir at de har ingen tiltro til at de vil få den behandlingen de trenger hvis de skulle bli syk eller skadet, mens en andel på 13% oppgir at de har litt tiltro til dette.

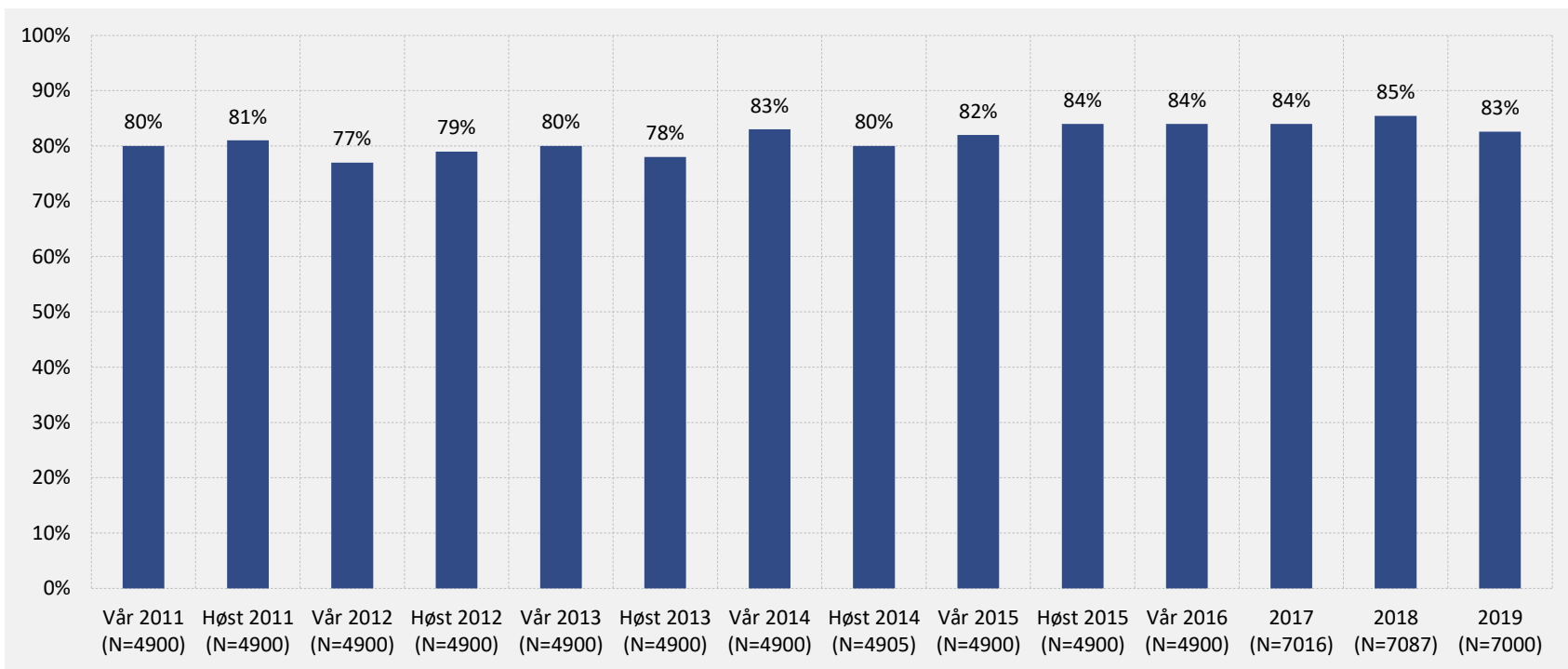
Generelt har flertallet i befolkningen stor tiltro til at de vil få den behandlingen de trenger. Tidsserien på neste side viser utvikling i andelen som har meget stor eller ganske stor tiltro over tid.

*Endring i gjennomføring og utvalg per måling som er inkludert i resultatene på denne plansjen: Fra 2017 er målingen gjennomført som en årlig undersøkelse med et utvalg på ca. 7000 intervju. I 2016 ble det kun gjennomført én måling, med et utvalg på ca. 4900 intervju (vår 2016). Før 2016 har det blitt gjennomført målinger på halvårlig basis med ca. 4900 intervju per halvårlige måling.

TILTRO TIL Å FÅ NØDVENDIG BEHANDLING

– UTVIKLING OVER TID

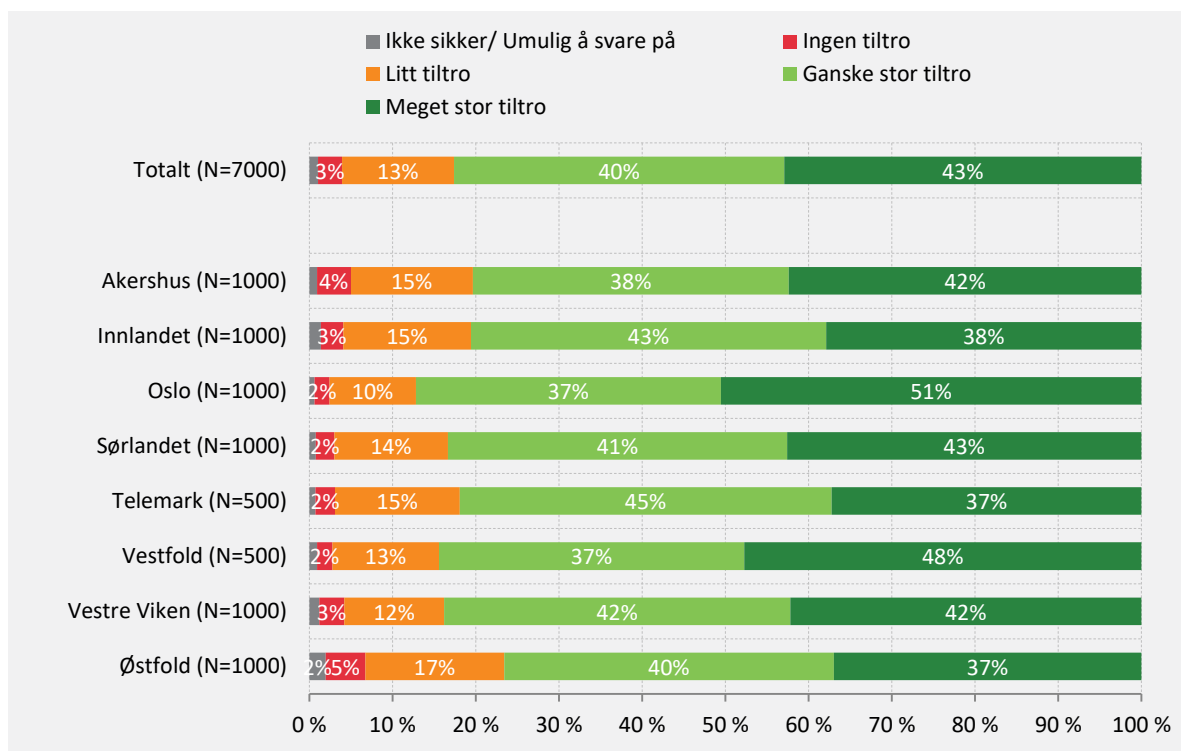
Hvor stor tiltro har du til at du vil få den behandlingen du trenger hvis du skulle bli syk eller skadet og få behov for sykehusbehandling? Har du... / Andel som har meget stor eller ganske stor tiltro til at de får den nødvendige sykehusbehandlingen dersom de skulle bli syk eller skadet / Utvikling over tid



TILTRO TIL Å FÅ NØDVENDIG BEHANDLING

– SPLITTET PER OMRÅDE

Hvor stor tiltro har du til at du vil få den behandlingen du trenger hvis du skulle bli syk eller skadet og få behov for sykehusbehandling? Har du... / Område

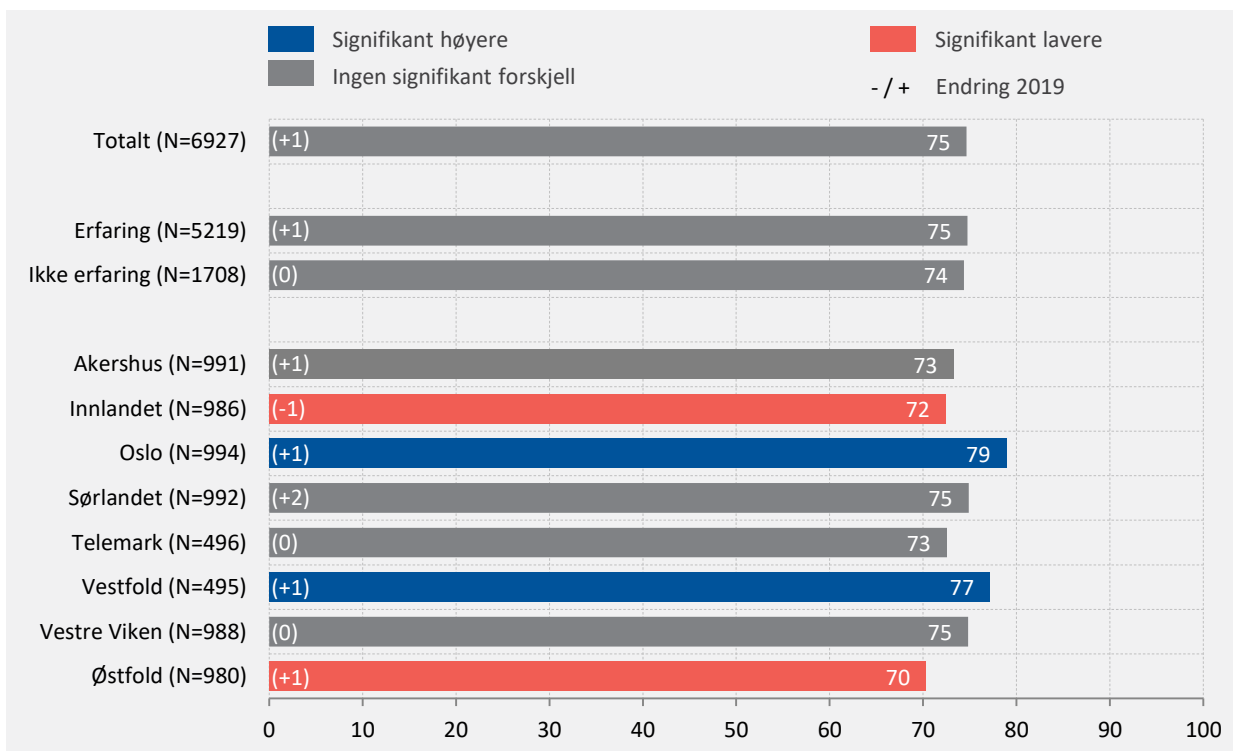


100 Score – Utvikling over tid				
Høst 2015	Vår 2016	2017	2018	2019
75	75	73	74	75
73	74	71	72	73
77	76	72	73	72
79	77	77	78	79
75	76	74	73	75
70	71	69	73	73
75	76	71	76	77
76	75	74	75	75
70	69	70	69	70

*Fra 2017 inngår bydelene Alna, Grorud og Stovner i kvoten for «Akershus». Ved sammenligning av årets resultat mot målingene før 2017 er det derfor viktig å ta høyde for dette.

TILTRO TIL Å FÅ NØDVENDIG BEHANDLING – RESULTAT I 100 SCORE MED SIGNIFIKANSTEST

Hvor stor tiltro har du til at du vil få den behandlingen du trenger hvis du skulle bli syk eller skadet og få behov for sykehusbehandling? Har du... / Område / Erfaring med sykehus de siste tre årene



I de målte områdene er det respondentene i Oslo som oppgir størst tiltro til å få den behandlingen de trenger dersom de skulle ha behov for det. Respondentene i Oslo og Vestfold scorer signifikant høyere enn gjennomsnittet totalt.

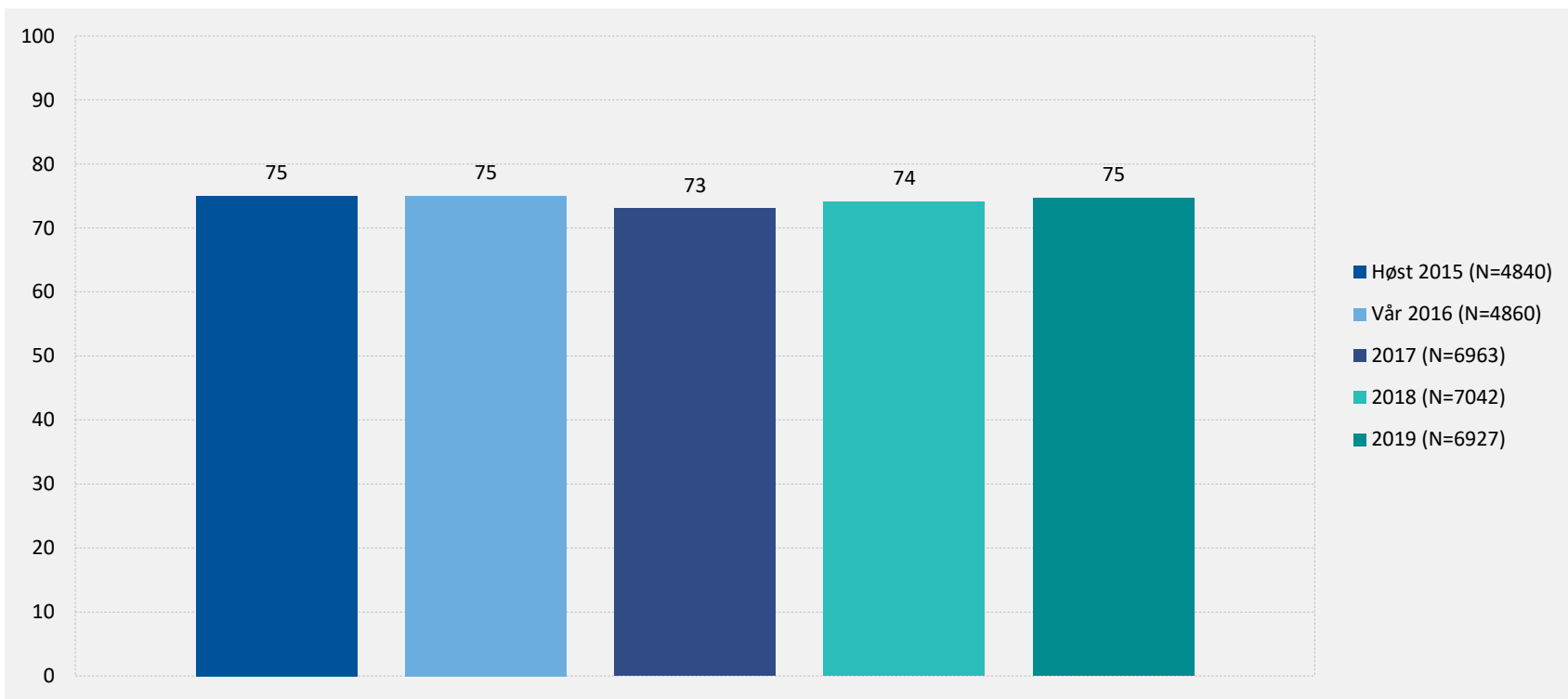
Respondentene i Innlandet og Østfold scorer signifikant lavere enn gjennomsnittet på dette spørsmålet.

Fra tidligere målinger kan vi se at Østfold har ligget signifikant lavere enn gjennomsnittet ved de siste fire målingene, selv om de har gått 1 prosentpoeng opp fra fjoråret.

*Alle baser fremvist er uten svaralternativet «Ikke sikker / Umulig å svare», ettersom dette ikke er med i beregningen av 100 score.

TILTRO TIL Å FÅ NØDVENDIG BEHANDLING – UTVIKLING OVER TID I 100 SCORE

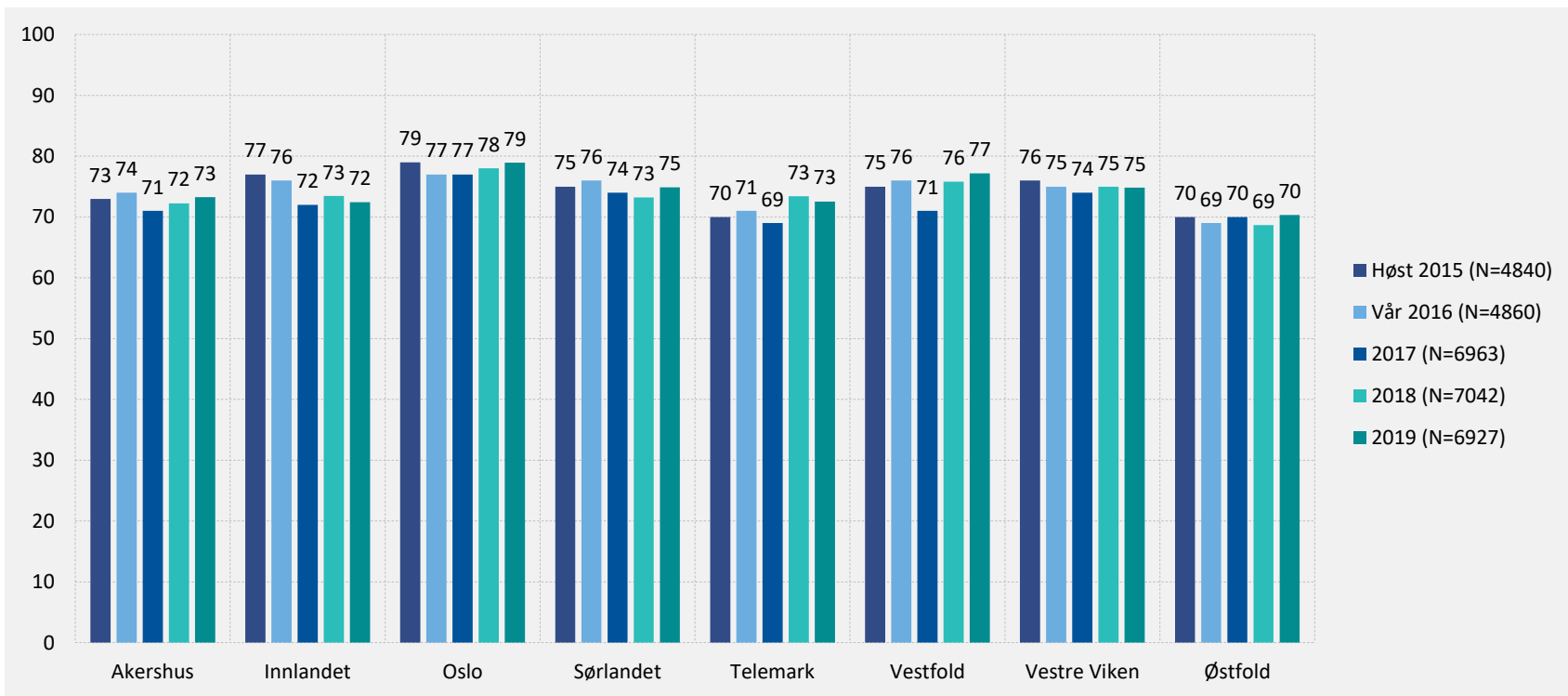
Hvor stor tiltro har du til at du vil få den behandling du trenger hvis du skulle bli syk eller skadet og få behov for sykehusbehandling? Har du... / Utvikling over tid i 100 Score



*Alle baser fremvist er uten svaralternativet «Ikke sikker / Umulig å svare», ettersom dette ikke er med i beregningen av 100 score.

TILTRO TIL Å FÅ NØDVENDIG BEHANDLING – SPLITTET PER OMRÅDE MED UTVIKLING OVER TID I 100 SCORE

Hvor stor tiltro har du til at du vil få den behandlingen du trenger hvis du skulle bli syk eller skadet og få behov for sykehusbehandling? Har du... / Område / Utvikling over tid



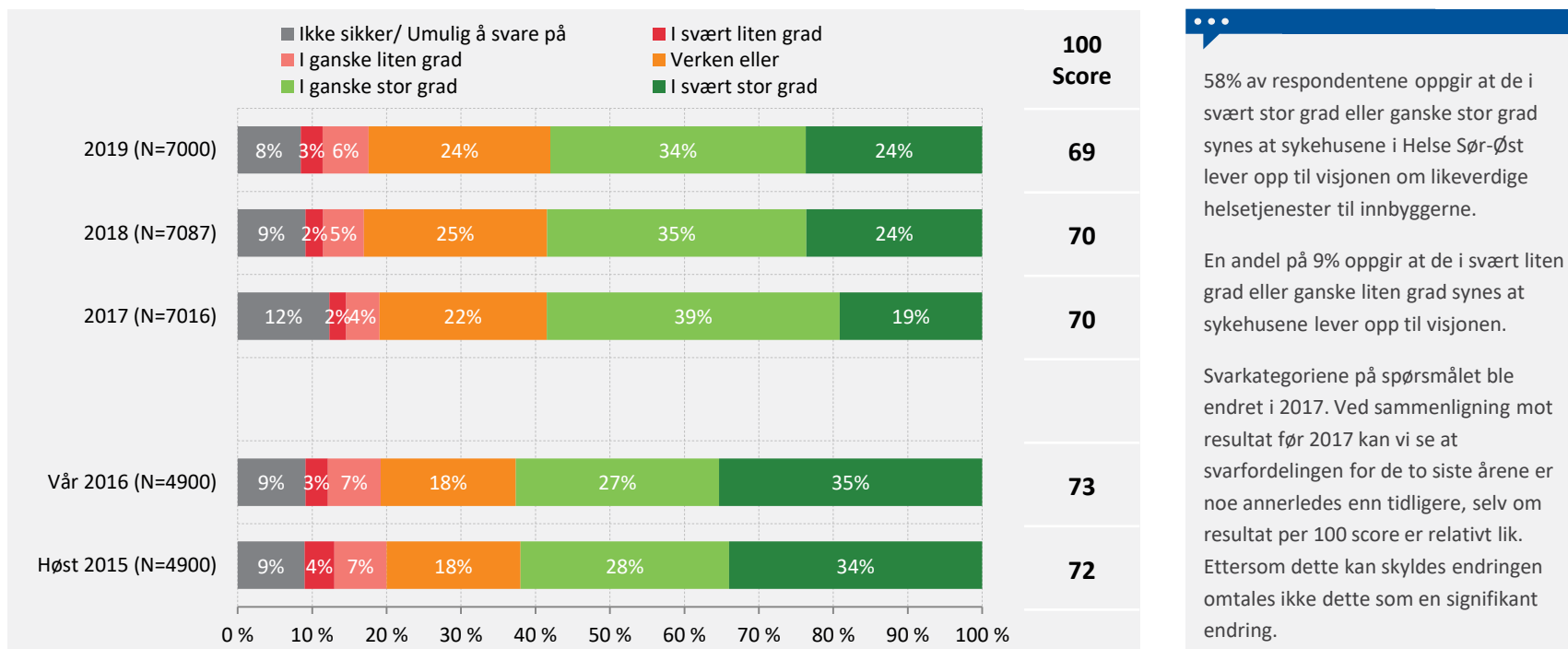
*Alle baser fremvist er uten svaralternativet «Ikke sikker / Umulig å svare», ettersom dette ikke er med i beregningen av 100 score.

**Fra 2017 inngår bydelene Alna, Grorud og Stovner i Oslo i kvoten for «Akershus». Ved sammenligning av årets resultat mot målingene for 2017 er det derfor viktig å ta høyde for dette.

LEVER OPP TIL VISJON

LEVER OPP TIL VISJON

Sykehusene i Helse Sør-Øst skal gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk tilhørighet, kjønn og økonomi. I hvilken grad synes du sykehusene i Helse Sør-Øst lever opp til denne visjonen?

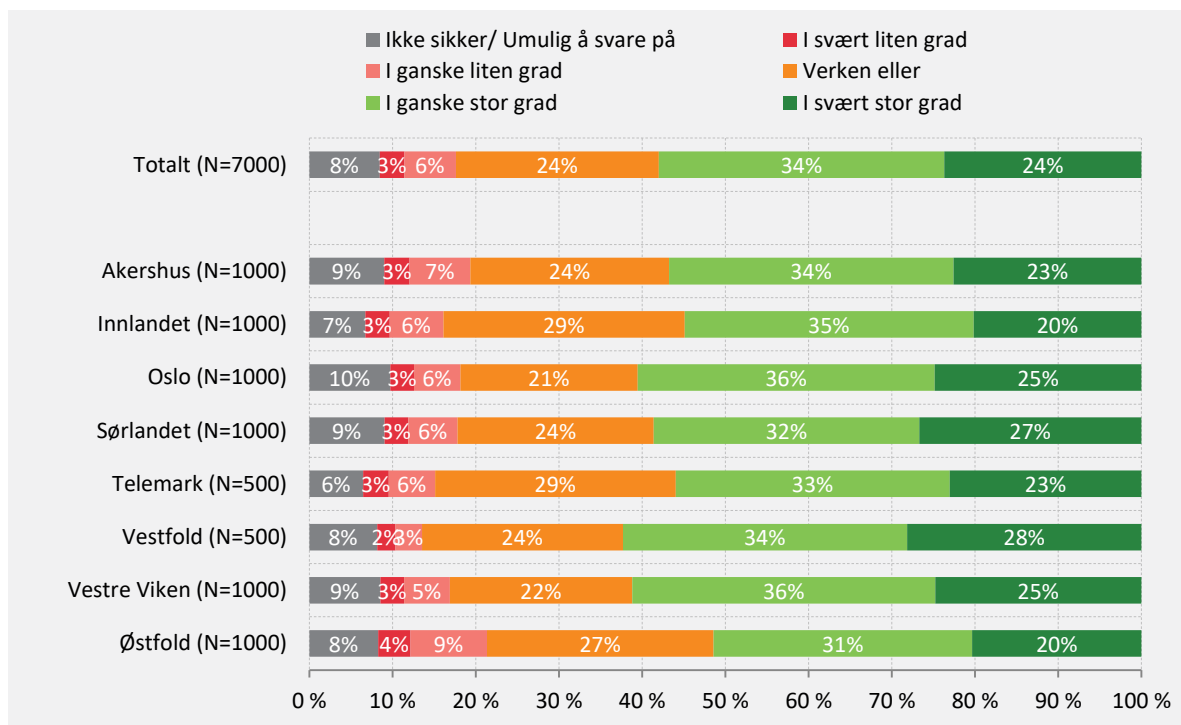


*Endring i gjennomføring og utvalg per måling som er inkludert i resultatene på denne plansjen: Fra 2017 er målingen gjennomført som en årlig undersøkelse med et utvalg på ca. 7000 intervju. I 2016 ble det kun gjennomført én måling, med et utvalg på ca. 4900 intervju (vår 2016). Før 2016 har det blitt gjennomført målinger på halvårlig basis med ca. 4900 intervju per halvårlige måling.

**Svarkategorier ble endret i 2017. Før 2017 var svarkategoriene: «Umulig å svare», «Helt uenig», «Delvis uenig», «Verken enig eller uenig», «Delvis enig», og «Helt enig».

LEVER OPP TIL VISJON – SPLITTET PER OMRÅDE

Sykehusene i Helse Sør-Øst skal gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk tilhørighet, kjønn og økonomi. I hvilken grad synes du sykehusene i Helse Sør-Øst lever opp til denne visjonen? / Område (N=7000)



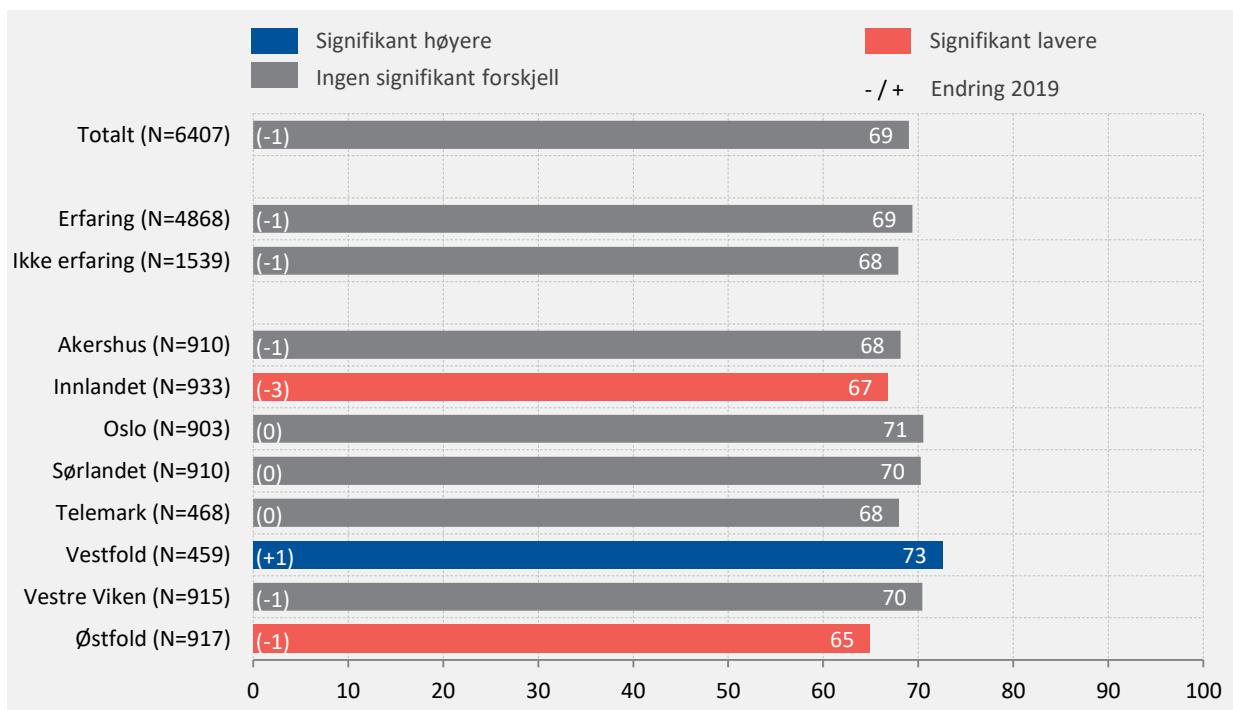
100 Score – Utvikling over tid				
Høst 2015	Vår 2016	2017	2018	2019
72	73	70	70	69
70	73	67	69	68
73	72	70	70	67
74	74	72	71	71
73	76	71	70	70
67	68	67	68	68
74	74	70	72	73
73	73	70	71	70
70	71	68	66	65

*Spørsmålsformulering og svarkategorier ble endret i 2017. Før 2017 var selve spørsmålsformuleringen formulert: «Syns du sykehusene i Helse Sør-Øst lever opp til denne visjonen?» med følgende svarkategorier: «Umulig å svare», «Helt uenig», «Delvis uenig», «Verken enig eller uenig», «Delvis enig», og «Helt enig».

LEVER OPP TIL VISJON

– RESULTAT I 100 SCORE MED SIGNIFIKANSTEST

Sykehusene i Helse Sør-Øst skal gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk tilhørighet, kjønn og økonomi. I hvilken grad synes du sykehusene i Helse Sør-Øst lever opp til denne visjonen? / Område / Erfaring med sykehus de siste tre årene



I de målte områdene er det respondentene i Oslo som i størst grad er enig i at sykehusene i Helse Sør-Øst lever opp til visjonen, og det er også det eneste området som scorer signifikant høyere enn gjennomsnittet.

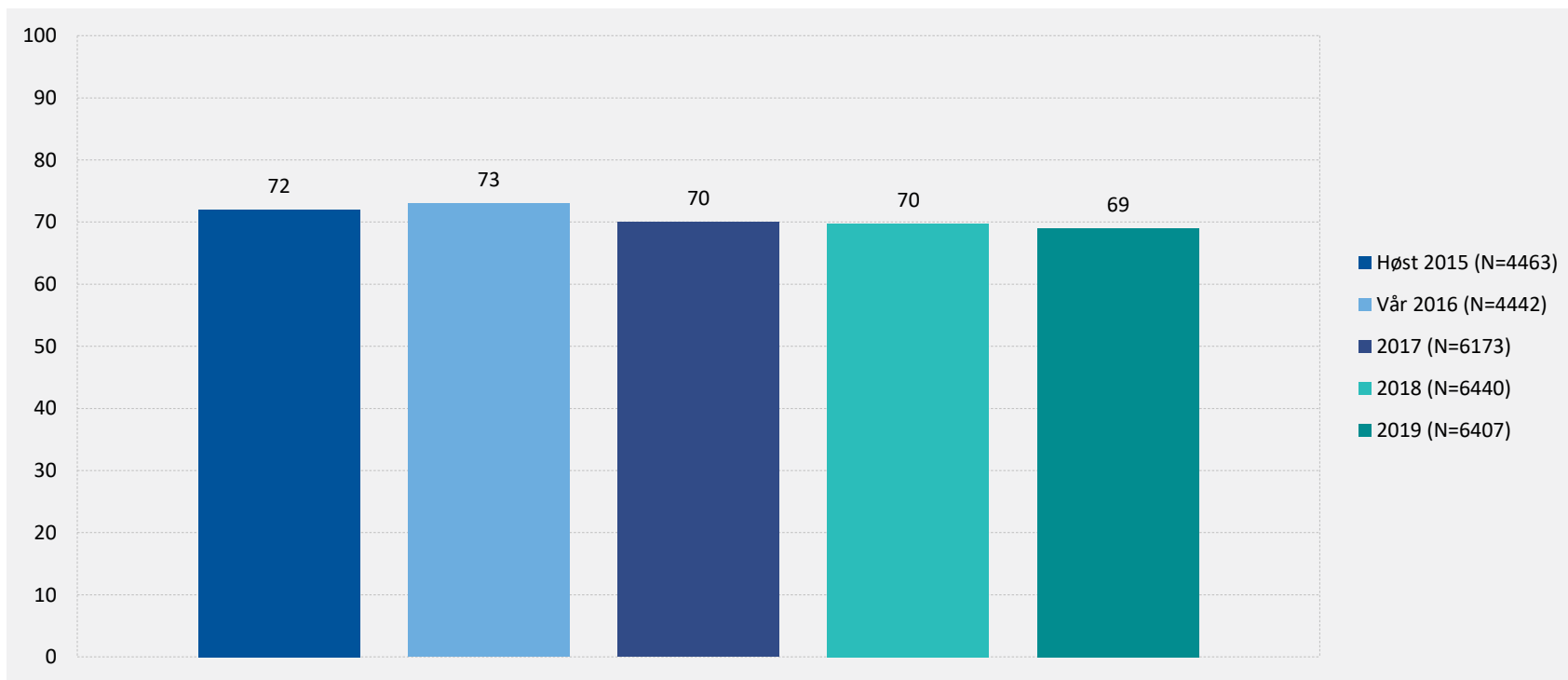
Respondentene i Østfold og Innlandet scorer signifikant lavere enn gjennomsnittet på dette spørsmålet.

Ved videre nedbrytning ser vi at den yngste aldersgruppen, «under 30 år», har enn signifikant høyere 100 score enn de eldre aldersgruppene på dette spørsmålet.

*Alle baser fremvist er uten svaralternativet «Ikke sikker / Umulig å svare», ettersom dette ikke er med i beregningen av 100 score.

LEVER OPP TIL VISJON – UTVIKLING OVER TID I 100 SCORE

Sykehusene i Helse Sør-Øst skal gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk tilhørighet, kjønn og økonomi. I hvilken grad synes du sykehusene i Helse Sør-Øst lever opp til denne visjonen? / Utvikling over tid i 100 Score

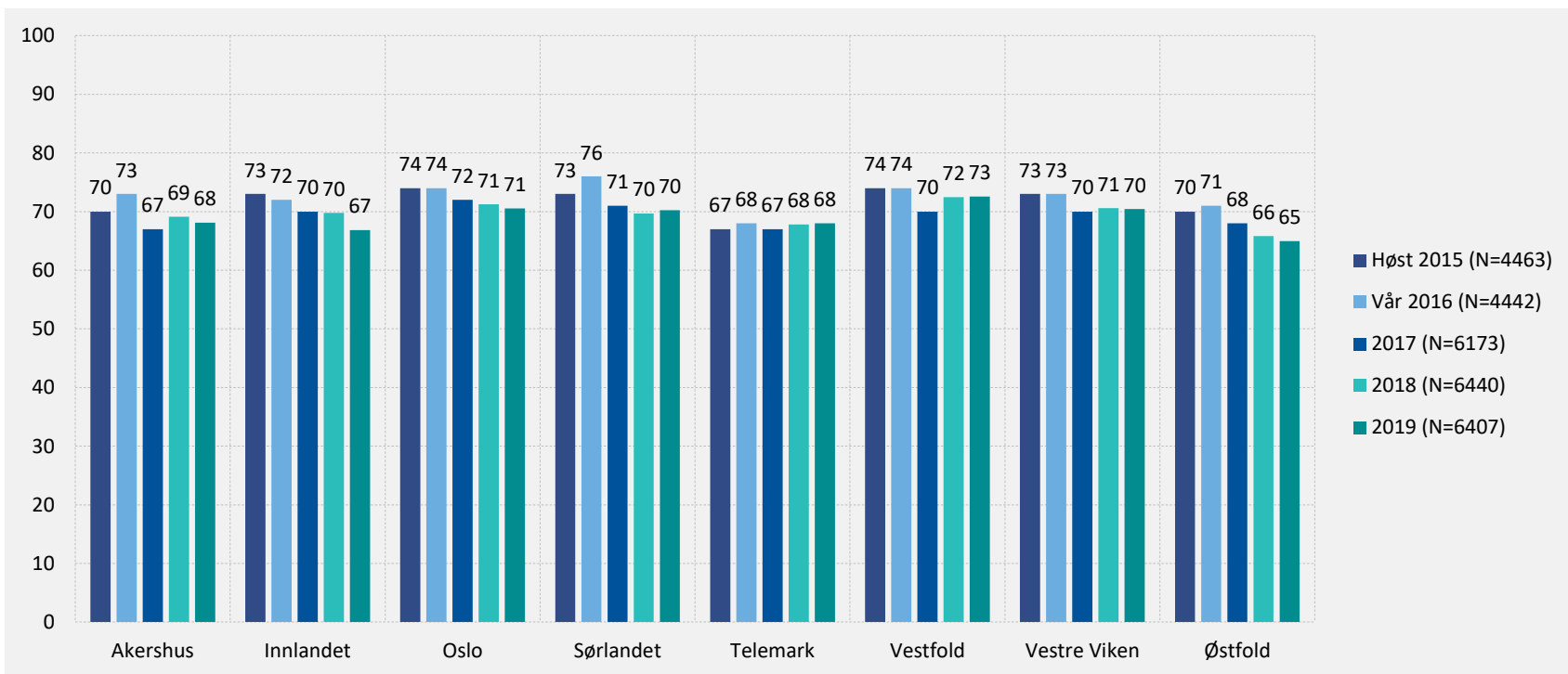


*Alle baser fremvist er uten svaralternativet «Ikke sikker / Umulig å svare», ettersom dette ikke er med i beregningen av 100 score.

LEVER OPP TIL VISJON

– SPLITTET PER OMRÅDE MED UTVIKLING OVER TID I 100 SCORE

Sykehusene i Helse Sør-Øst skal gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk tilhørighet, kjønn og økonomi. I hvilken grad synes du sykehusene i Helse Sør-Øst lever opp til denne visjonen? / Område / Utvikling over tid



*Alle baser fremvist er uten svaralternativet «Ikke sikker / Umulig å svare», ettersom dette ikke er med i beregningen av 100 score.

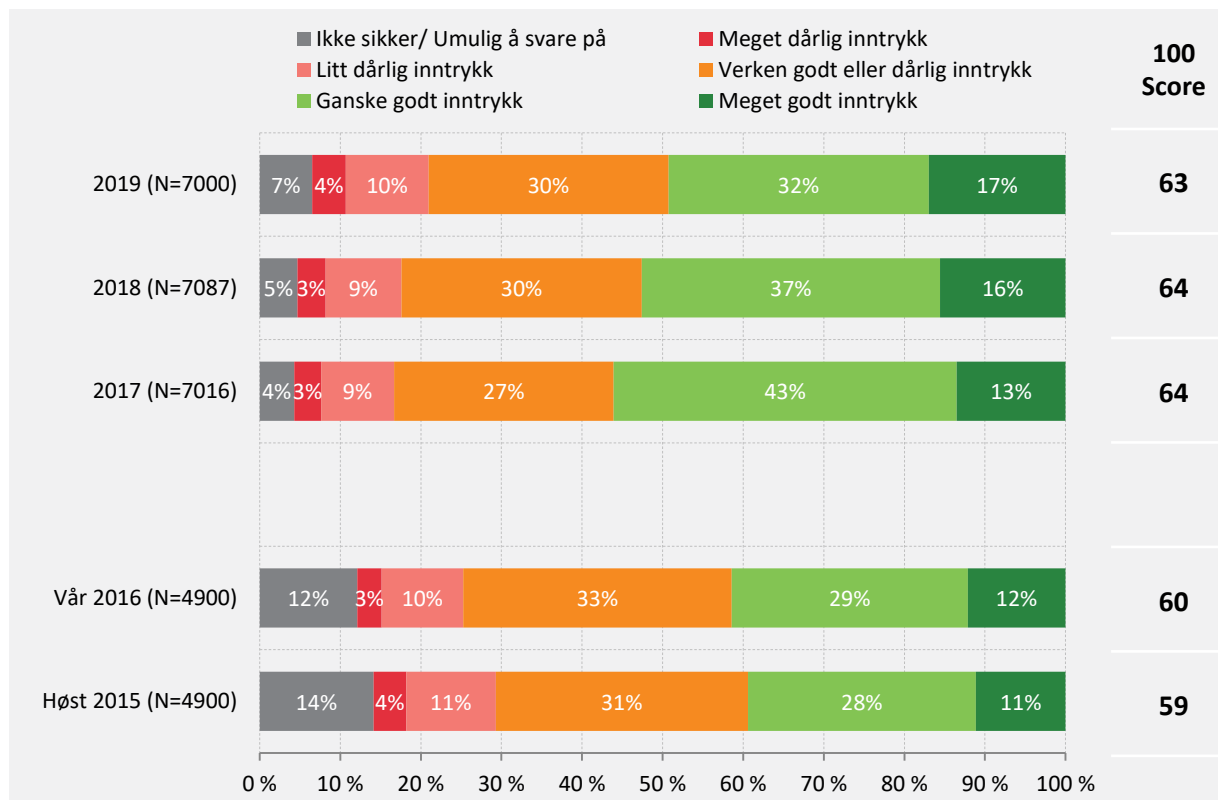
**Fra 2017 inngår bydelene Alna, Grorud og Stovner i Oslo i kvoten for «Akershus». Ved sammenligning av årets resultat mot målingene før 2017 er det derfor viktig å ta høyde for dette.

INNTRYKK AV HELSE SØR-ØST RHF



INNTRYKK AV HELSE SØR-ØST RHF

Alt i alt hvor godt eller dårlig inntrykk har du av det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst RHF som eier sykehusene i Sør Øst-Norge?



En andel på 49% av respondentene oppgir å ha et meget godt eller ganske godt inntrykk av det regionale helseforetaket.

En andel på 4% av respondentene oppgir at de har et meget dårlig inntrykk av Helse Sør-Øst RHF, mens en andel på 10% oppgir at de har et litt dårlig inntrykk.

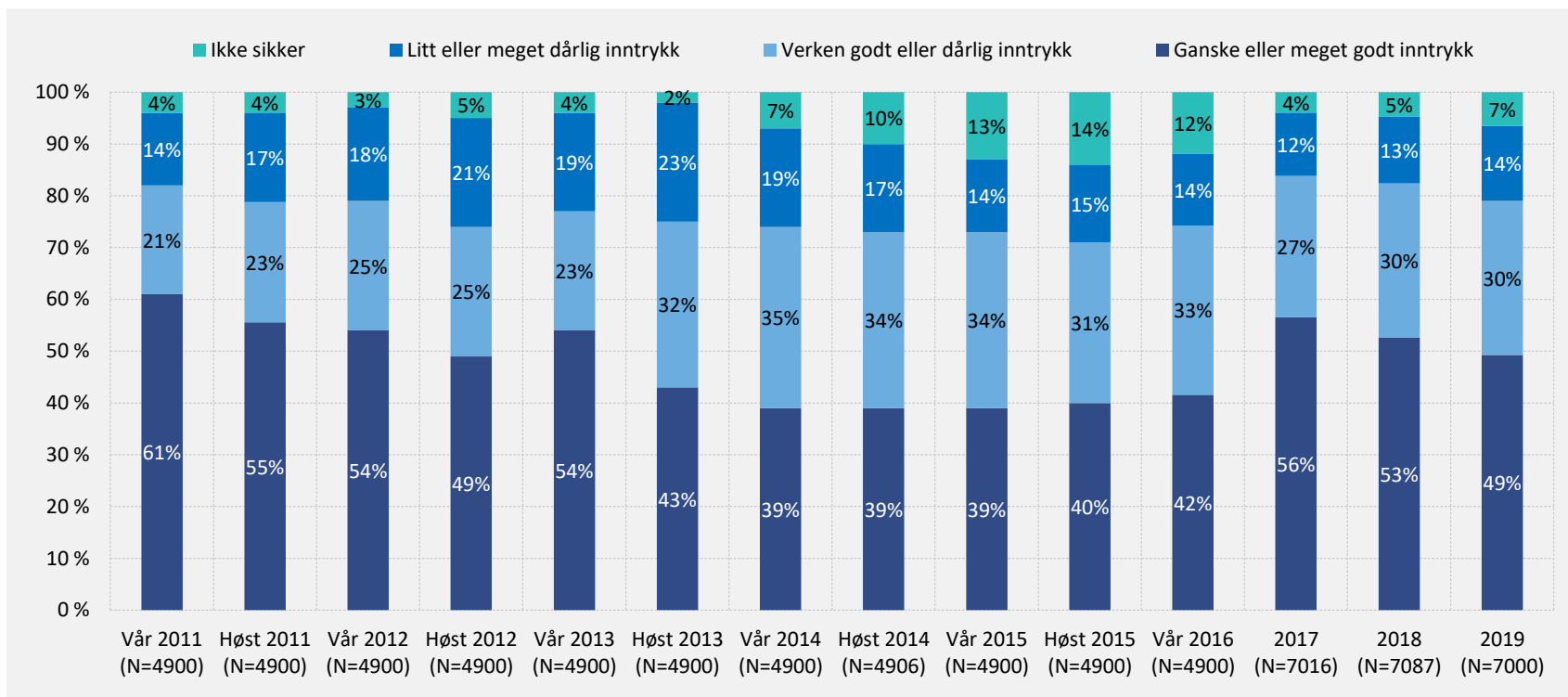
Tidsserien på neste side viser historisk utvikling i befolkningens inntrykk av det regionale helseforetaket over tid.

*Endring i gjennomføring og utvalg per måling som er inkludert i resultatene på denne plansjen: Fra 2017 er målingen gjennomført som en årlig undersøkelse med et utvalg på ca. 7000 intervju. I 2016 ble det kun gjennomført én måling, med et utvalg på ca. 4900 intervju (vår 2016). Før 2016 har det blitt gjennomført målinger på halvårlig basis med ca. 4900 intervju per halvårige måling.

INNTRYKK AV HELSE SØR-ØST RHF

– UTVIKLING OVER TID

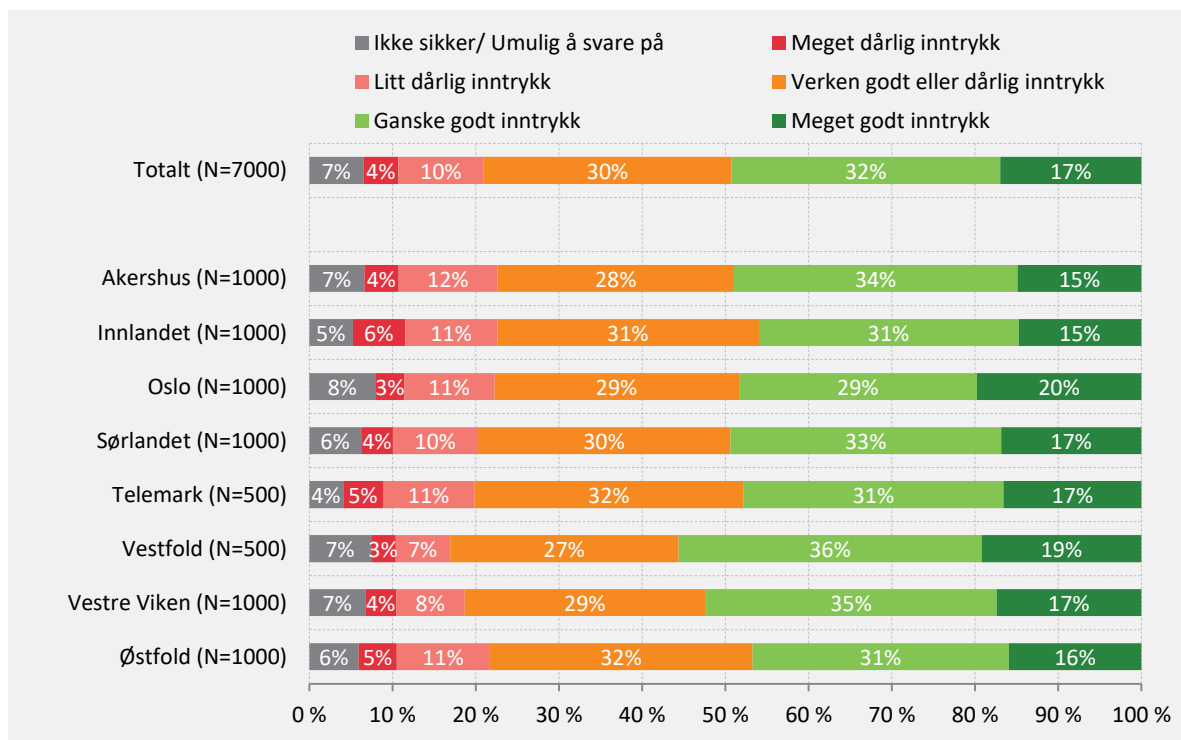
Alt i alt hvor godt eller dårlig inntrykk har du av det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst RHF som eier sykehusene i Sør Øst-Norge? / Utvikling over tid



INNTRYKK AV HELSE SØR-ØST RHF

– SPLITTET PER OMRÅDE

Alt i alt hvor godt eller dårlig inntrykk har du av det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst RHF som eier sykehusene i Sør Øst-Norge? / Område



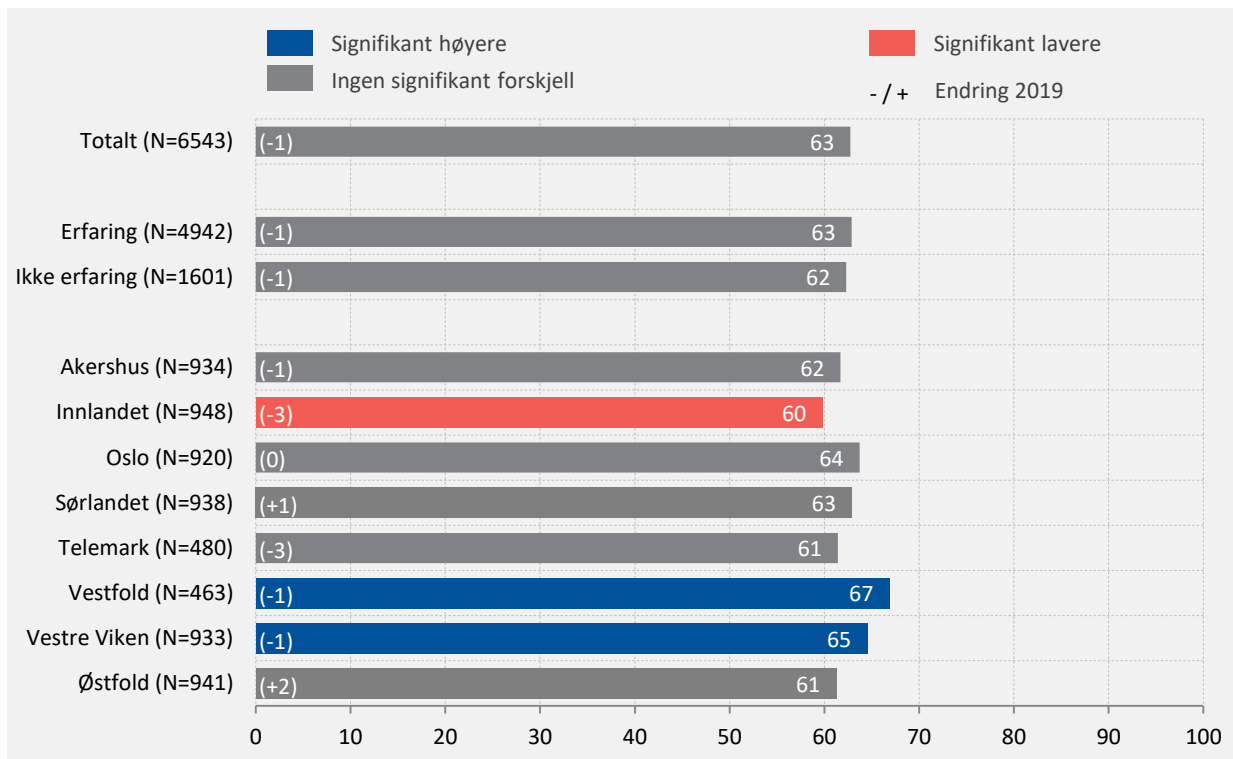
100 Score – Utvikling over tid				
Høst 2015	Vår 2016	2017	2018	2019
59	60	64	64	63
58	60	63	63	62
59	59	60	63	60
60	61	66	64	64
58	63	65	62	63
54	56	62	64	61
63	64	68	68	67
61	59	65	66	65
60	61	63	59	61

*Fra 2017 inngår bydelene Alna, Grorud og Stovner i Oslo i kvoten for «Akershus». Ved sammenligning av årets resultat mot målingene før 2017 er det derfor viktig å ta høyde for dette.

INNTRYKK AV HELSE SØR-ØST RHF

– RESULTAT I 100 SCORE MED SIGNIFIKANSTEST

Alt i alt hvor godt eller dårlig inntrykk har du av det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst RHF som eier sykehusene i Sør Øst-Norge? / Område / Erfaring med sykehus de siste tre årene



Respondentene i området Vestfold og Vestre Viken oppgir i størst grad at de har et godt inntrykk av det regionale helseforetaket. Disse områdene scorer signifikant høyere enn gjennomsnittet totalt.

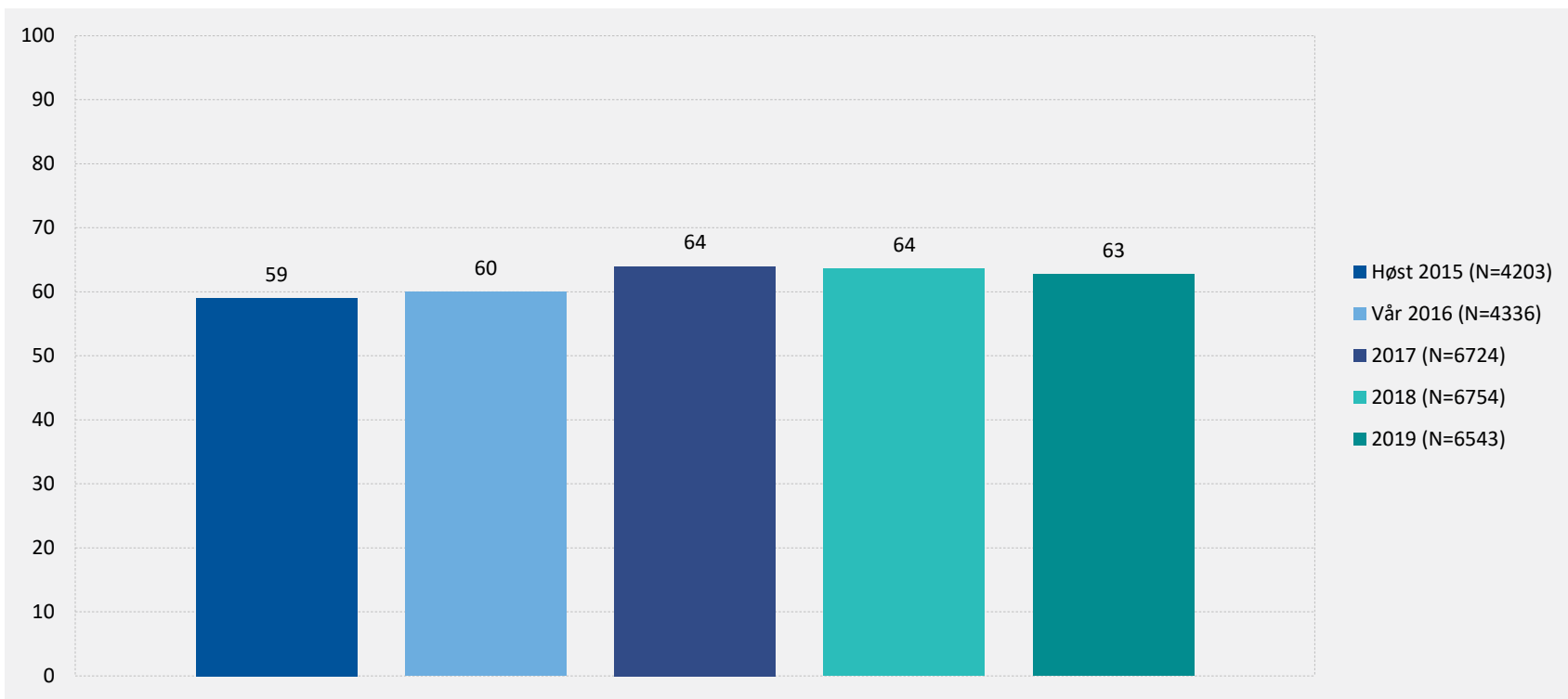
Respondentene i Innlandet scorer signifikant lavere enn gjennomsnittet totalt på dette spørsmålet.

Ved videre nedbrytning ser vi at den yngste aldersgruppen, «under 30 år», har enn signifikant høyere 100 score enn de eldre aldersgruppene på dette spørsmålet.

*Alle baser fremvist er uten svaralternativet «Ikke sikker / Umulig å svare», ettersom dette ikke er med i beregningen av 100 score.

INNTRYKK AV HELSE SØR-ØST RHF – UTVIKLING OVER TID I 100 SCORE

Alt i alt hvor godt eller dårlig inntrykk har du av det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst RHF som eier sykehusene i Sør Øst-Norge? / Utvikling over tid i 100 Score

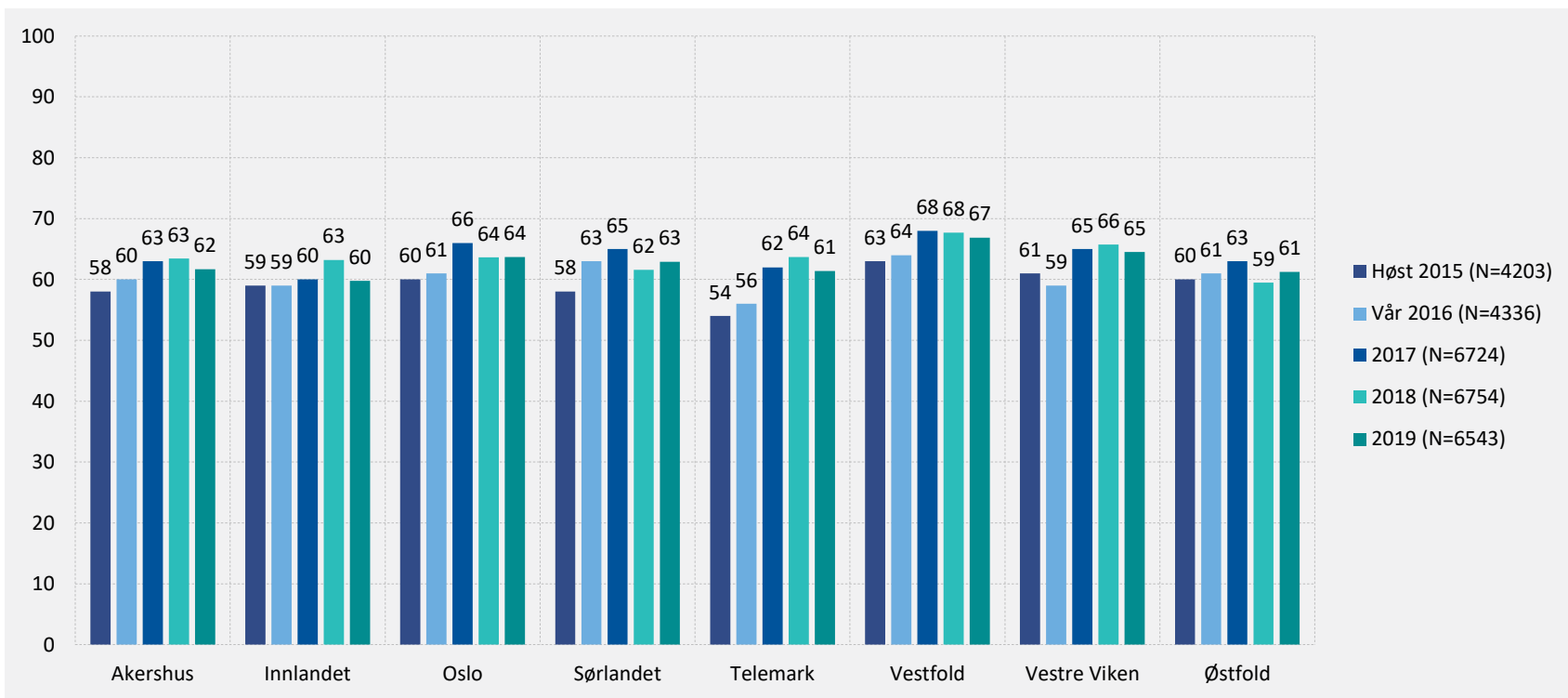


*Alle baser fremvist er uten svaralternativet «Ikke sikker / Umulig å svare», ettersom dette ikke er med i beregningen av 100 score.

INNTRYKK AV HELSE SØR-ØST RHF

– SPLITTET PER OMRÅDE MED UTVIKLING OVER TID I 100 SCORE

Alt i alt hvor godt eller dårlig inntrykk har du av det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst RHF som eier sykehusene i Sør Øst-Norge? / Område / Utvikling over tid



*Alle baser fremvist er uten svaralternativet «Ikke sikker / Umulig å svare», ettersom dette ikke er med i beregningen av 100 score.

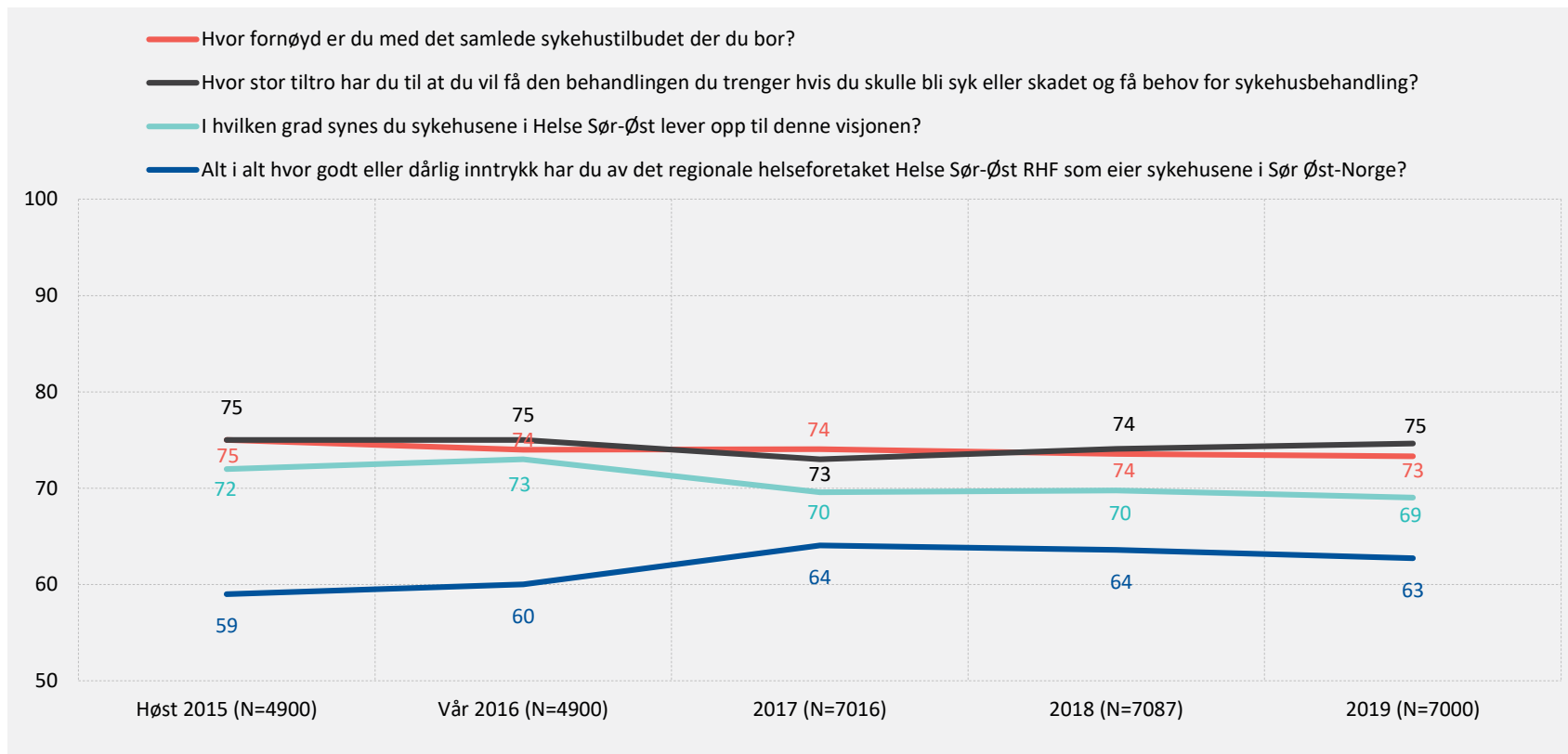
**Fra 2017 inngår bydelene Alna, Grorud og Stovner i Oslo i kvoten for «Akershus». Ved sammenligning av årets resultat mot målingene for 2017 er det derfor viktig å ta høyde for dette.

GRAFISK OPPSUMMERING DEL 1



SAMMENLIGNING AV SPØRSMÅL I 100 SCORE – UTVIKLING OVER TID

Tilfredshet med det samlede sykehusstilbudet, tiltro til å få nødvendig behandling, i hvilken grad Helse Sør-Øst lever opp til visjon og alt i alt inntrykk av Helse Sør-Øst RHF / Resultat i 100 Score / Utvikling over tid



*Alle baser fremvist er totale baser.

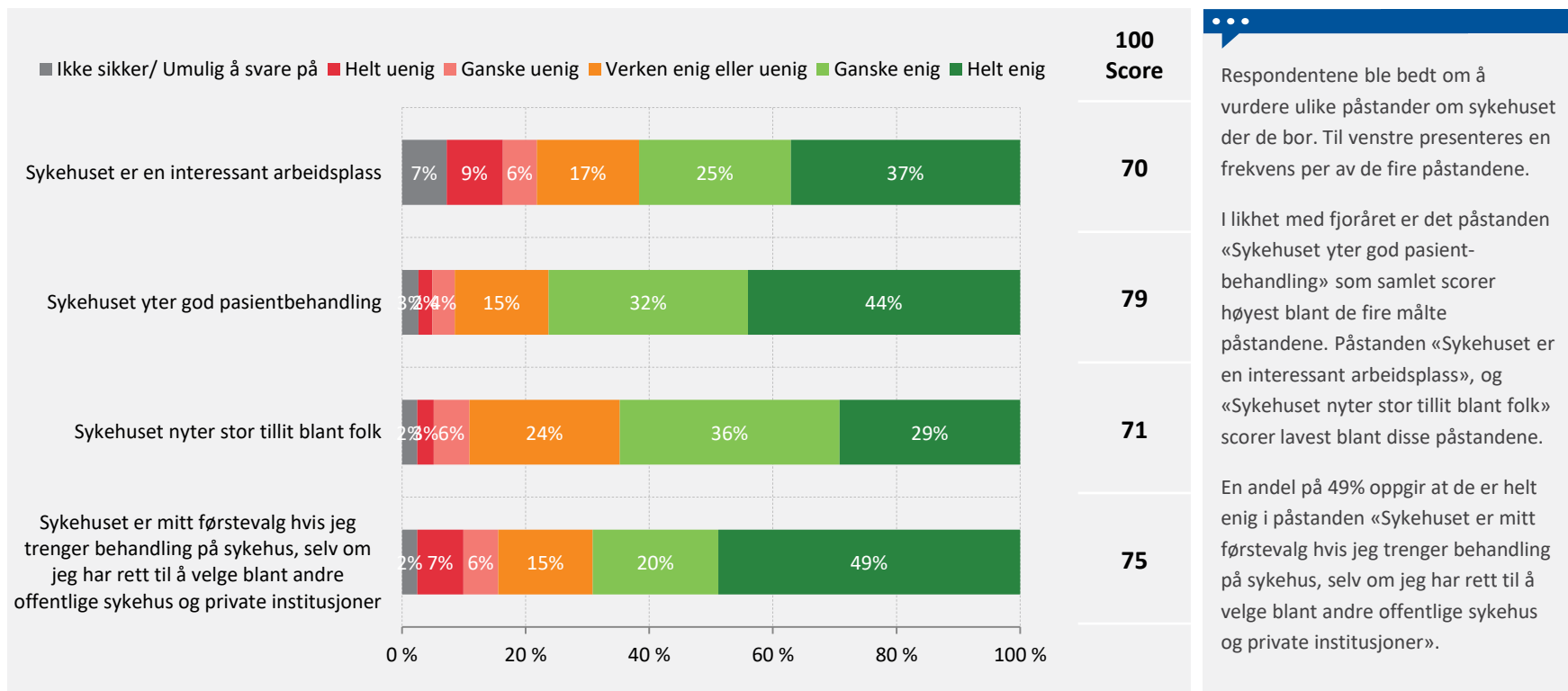
Score er i likhet med tidligere målinger beregnet uten svaralternativet «Ikke sikker/Umulig å svare».

**RESPONDENTENES
VURDERING AV
ULIKE PÅSTANDER
OM SYKEHUSET
DER DE BOR**



RESPONDENTENES VURDERING AV ULIKE PÅSTANDER OM SYKEHUSET DER DE BOR – FRAMSTILLING AV DE 4 MÅLTE PÅSTANDER

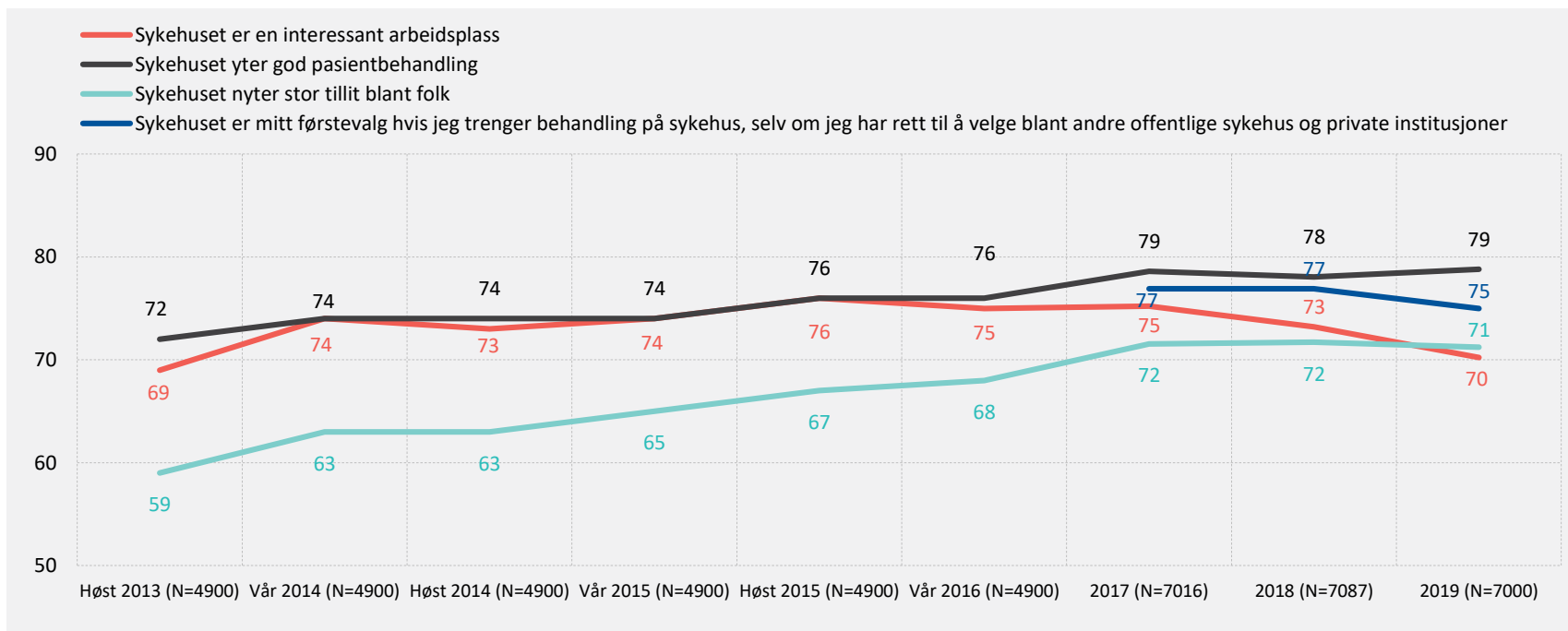
Vennligst ta stilling til følgende påstander om sykehuset i området der du bor ved å svare på følgende skala: helt enig, ganske enig, verken enig eller uenig, ganske uenig og helt uenig ... (N=7000)



Påstanden «Sykehuset er mitt førstevalg hvis jeg trenger behandling på sykehus, selv om jeg har rett til å velge blant andre offentlige sykehus og private institusjoner» ble for første gang målt i 2017. 40

RESPONDENTENES VURDERING AV ULIKE PÅSTANDER OM SYKEHUSET DER DE BOR – FRAMSTILLING AV DE 4 MÅLTE PÅSTANDER – UTVIKLING OVER TID

Vennligst ta stilling til følgende påstander om sykehuset i området der du bor ved å svare på følgende skala: helt enig, ganske enig, verken enig eller uenig, ganske uenig og helt uenig ... / Utvikling over tid



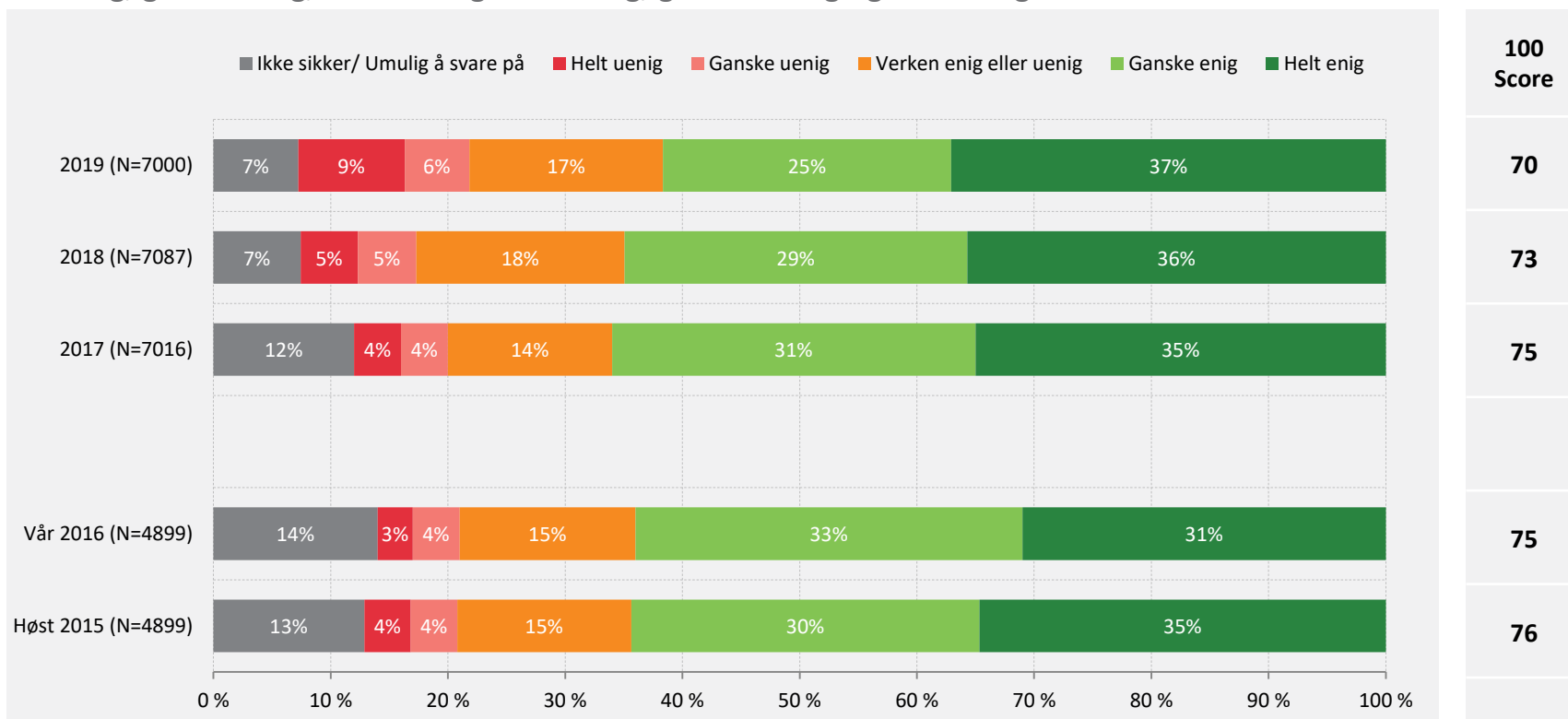
*Alle baser fremvist er totale baser ettersom reelle 100 score baser varierer fra spørsmål til spørsmål.
Score er i likhet med tidligere målinger beregnet uten svaralternativet «Ikke sikker/Umulig å svare».

Påstanden «Sykehuset er mitt førstevalg hvis jeg trenger behandling på sykehus, selv om jeg har rett til å velge blant andre offentlige sykehus og private institusjoner» ble for første gang målt i 2017

PÅSTAND: SYKEHUSET ER EN INTERESSANT ARBEIDSPASS

– UTVIKLING OVER TID

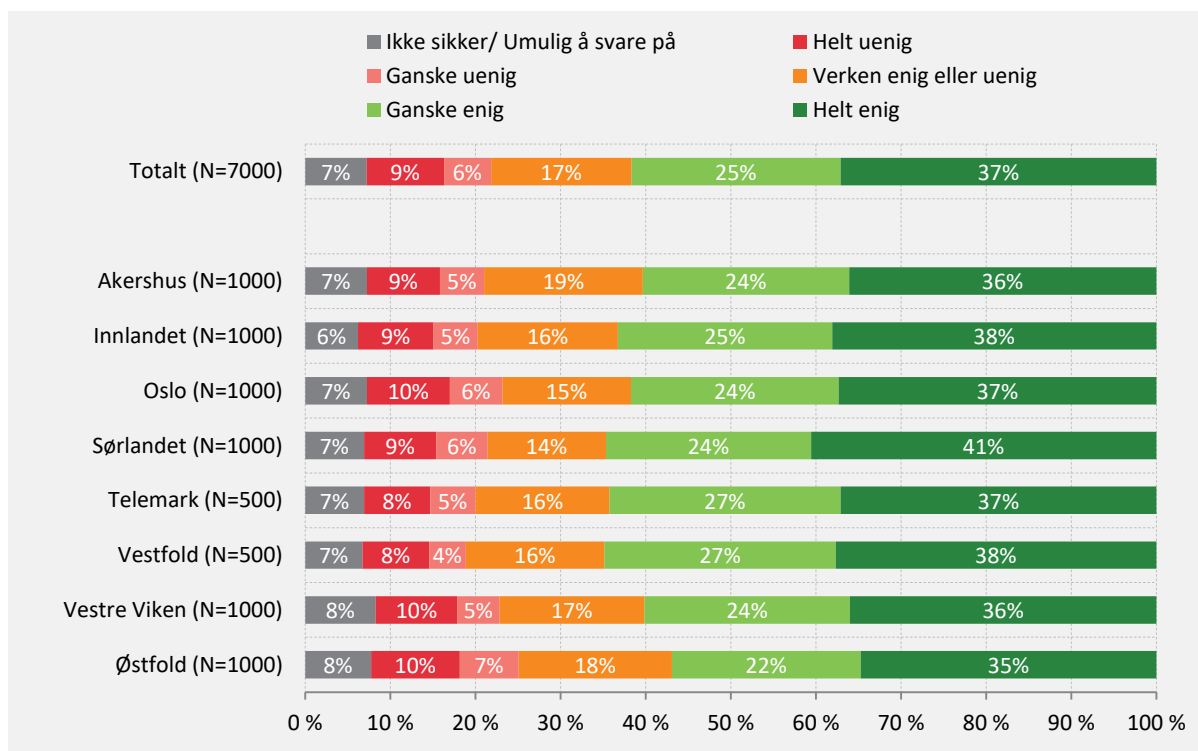
Vennligst ta stilling til følgende påstander om sykehuset i området der du bor ved å svare på følgende skala: helt enig, ganske enig, verken enig eller uenig, ganske uenig og helt uenig ...



*Endring i gjennomføring og utvalg per måling som er inkludert i resultatene på denne plansjen: Fra 2017 er målingen gjennomført som en årlig undersøkelse med et utvalg på ca. 7000 intervju. I 2016 ble det kun gjennomført én måling, med et utvalg på ca. 4900 intervju (vår 2016). Før 2016 har det blitt gjennomført målinger på halvårlig basis med ca. 4900 intervju per halvårlige måling.

PÅSTAND: SYKEHUSET ER EN INTERESSANT ARBEIDSPASS – SPLITTET PER OMRÅDE

Vennligst ta stilling til følgende påstander om sykehuset i området der du bor ved å svare på følgende skala: helt enig, ganske enig, verken enig eller uenig, ganske uenig og helt uenig ... / Område

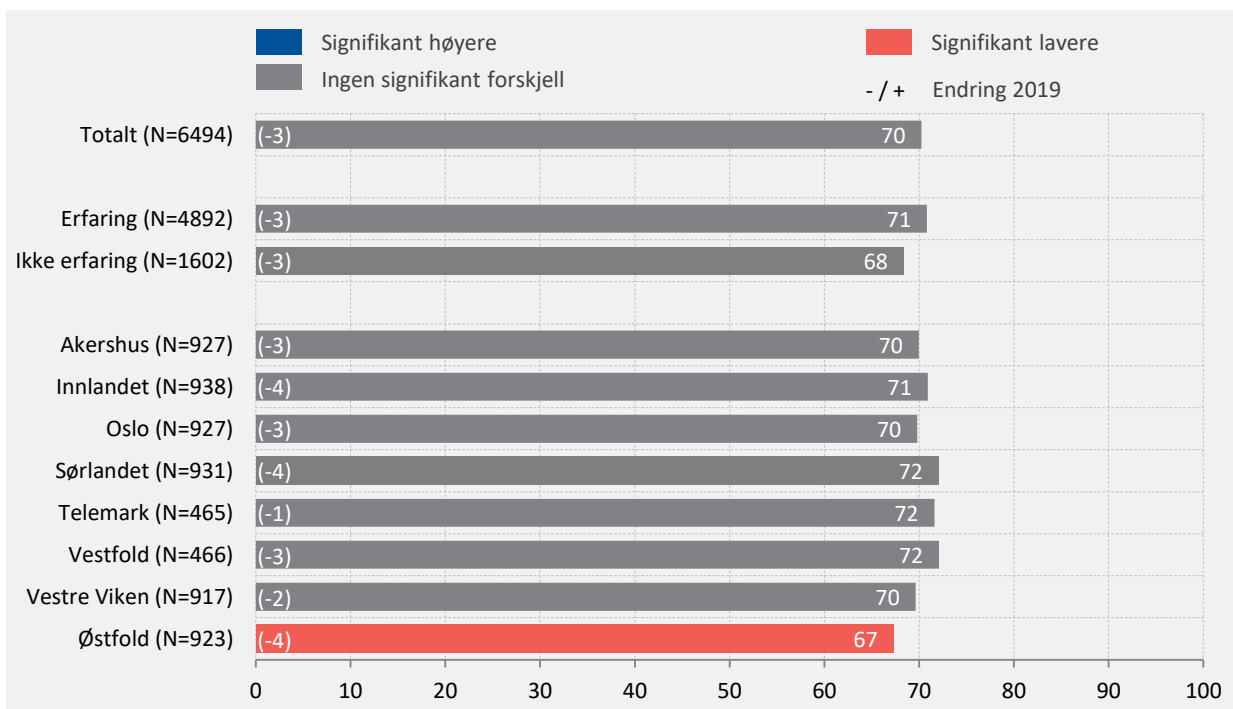


100 Score – Utvikling over tid				
Høst 2015	Vår 2016	2017	2018	2019
76	75	75	73	70
72	73	75	73	70
77	75	75	75	71
78	76	75	73	70
76	76	77	76	72
74	74	77	73	72
76	76	76	75	72
75	74	75	72	70
76	74	73	71	67

*Fra 2017 inngår bydelene Alna, Grorud og Stovner i kvoten for «Akershus». Ved sammenligning av årets resultat mot målingene før 2017 er det derfor viktig å ta høyde for dette.

PÅSTAND: SYKEHUSET ER EN INTERESSANT ARBEIDSPASS – RESULTAT I 100 SCORE MED SIGNIFIKANSTEST

Vennligst ta stilling til følgende påstander om sykehuset i området der du bor ved å svare på følgende skala: helt enig, ganske enig, verken enig eller uenig, ganske uenig og helt uenig ... Påstand: «*Sykehuset er en interessant arbeidsplass*» Er du... / Område / Erfaring med sykehus de siste tre årene



Ingen av de målte områdene scorer signifikant høyere enn gjennomsnittet på spørsmålet om sykehuset er en interessant arbeidsplass.

Respondentene i området Østfold scorer signifikant lavere enn gjennomsnittet totalt på dette spørsmålet.

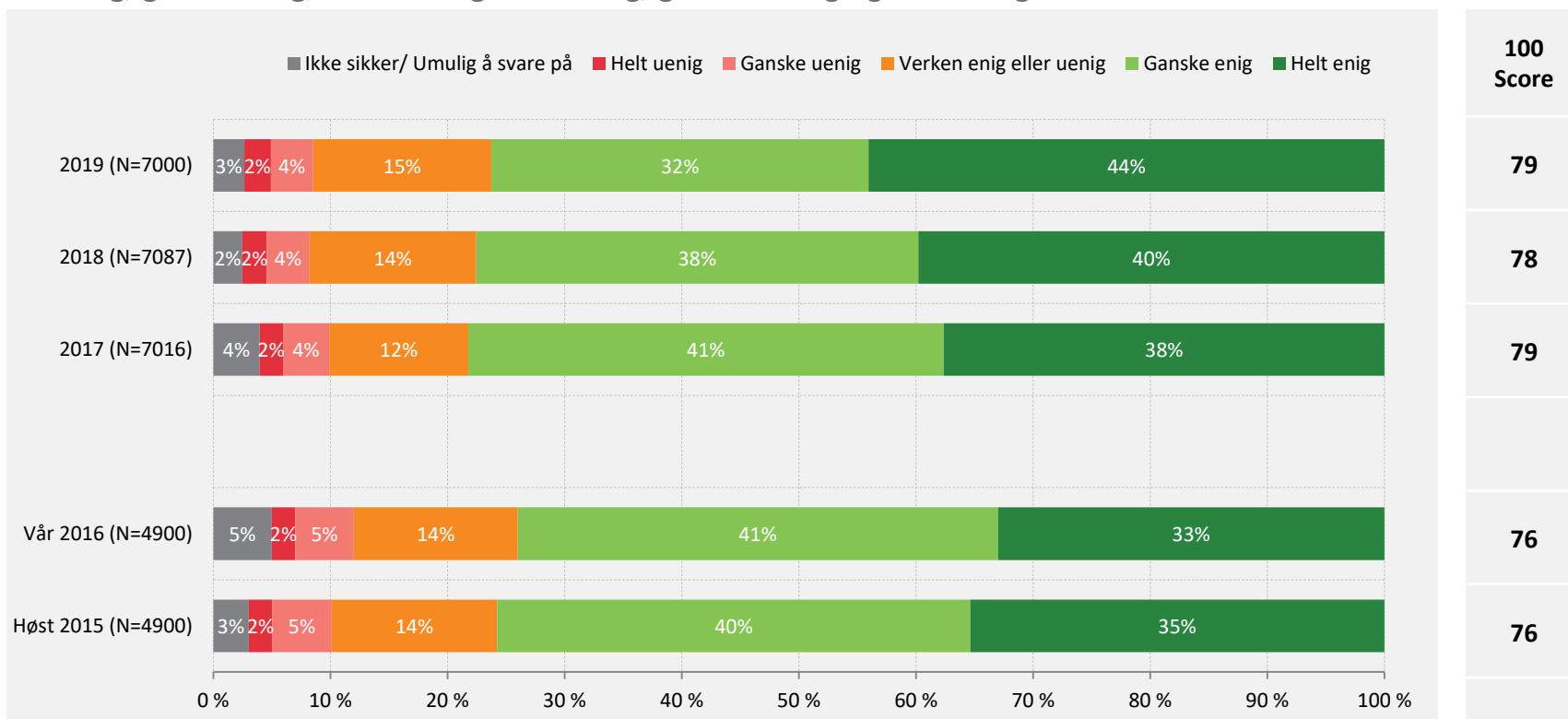
Ved nedbrytninger på demografi ser vi at det er den eldste (66 år eller eldre) og yngste (under 30 år) aldersgruppen som i størst grad sier seg enig i denne påstanden. Samtidig ser vi at kvinner i større grad enn menn sier seg enig i denne påstanden.

*Alle baser fremvist er uten svaralternativet «Ikke sikker / Umulig å svare», ettersom dette ikke er med i beregningen av 100 score.

PÅSTAND: SYKEHUSET YTER GOD PASIENTBEHANDLING

– UTVIKLING OVER TID

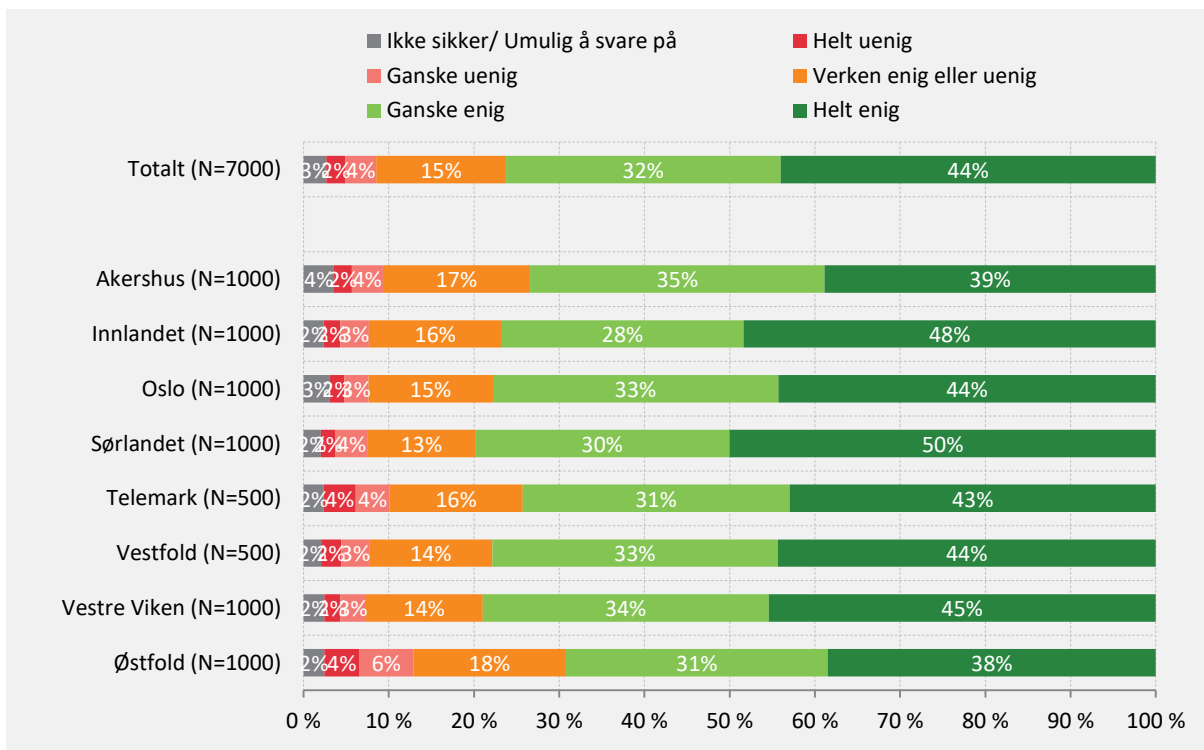
Vennligst ta stilling til følgende påstander om sykehuset i området der du bor ved å svare på følgende skala: helt enig, ganske enig, verken enig eller uenig, ganske uenig og helt uenig ...



*Endring i gjennomføring og utvalg per måling som er inkludert i resultatene på denne plansjen: Fra 2017 er målingen gjennomført som en årlig undersøkelse med et utvalg på ca. 7000 intervju. I 2016 ble det kun gjennomført én måling, med et utvalg på ca. 4900 intervju (vår 2016). Før 2016 har det blitt gjennomført målinger på halvårlig basis med ca. 4900 intervju per halvårlige måling.

PÅSTAND: SYKEHUSET YTER GOD PASIENTBEHANDLING – SPLITTET PER OMRÅDE

Vennligst ta stilling til følgende påstander om sykehuset i området der du bor ved å svare på følgende skala: helt enig, ganske enig, verken enig eller uenig, ganske uenig og helt uenig ... / Område



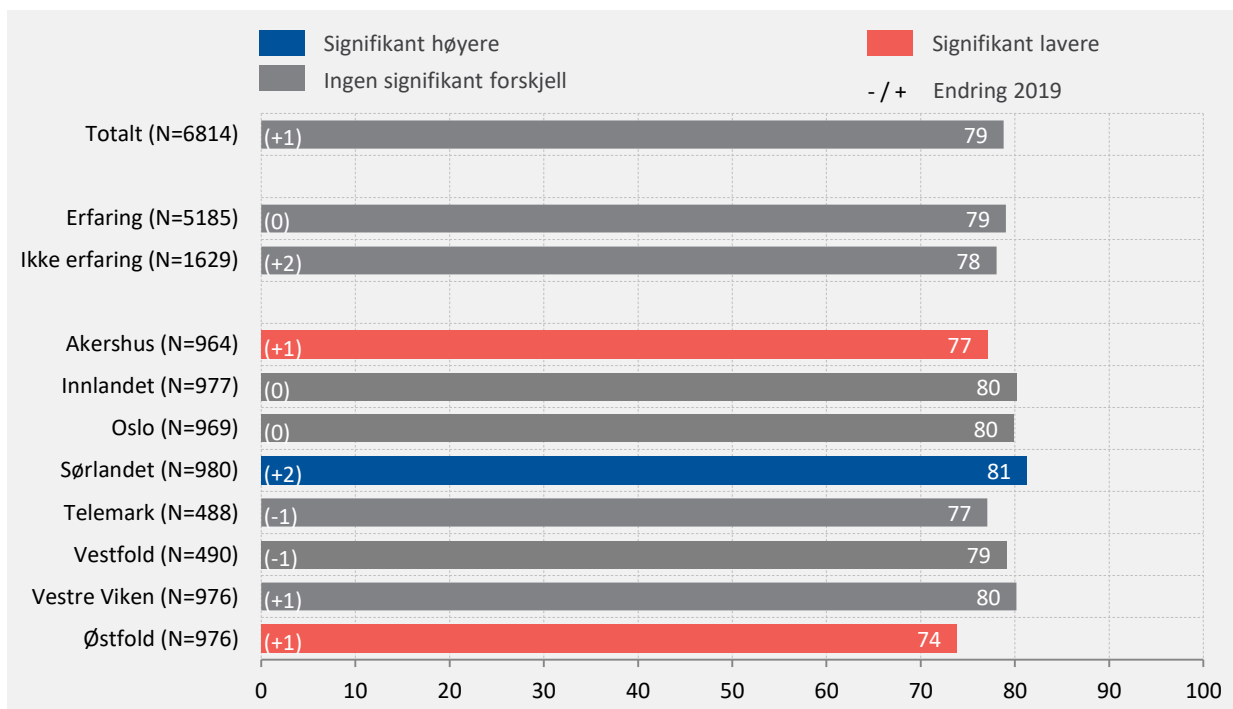
100 Score – Utvikling over tid				
Høst 2015	Vår 2016	2017	2018	2019
76	76	79	78	79
72	71	76	76	77
77	76	78	80	80
79	79	80	80	80
77	79	82	79	81
72	75	77	78	77
77	78	78	80	79
77	75	80	79	80
71	71	75	73	74

*Fra 2017 inngår bydelene Alna, Grorud og Stovner i kvoten for «Akershus».

Ved sammenligning av årets resultat mot målingene før 2017 er det derfor viktig å ta høyde for dette.

PÅSTAND: SYKEHUSET YTER GOD PASIENTBEHANDLING – RESULTAT I 100 SCORE MED SIGNIFIKANSTEST

Vennligst ta stilling til følgende påstander om sykehuset i området der du bor ved å svare på følgende skala: helt enig, ganske enig, verken enig eller uenig, ganske uenig og helt uenig ... Påstand: «*Sykehuset yter god pasientbehandling*» Er du... / Område / Erfaring med sykehus de siste tre årene



*Alle baser fremvist er uten svaralternativet «Ikke sikker / Umulig å svare», ettersom dette ikke er med i beregningen av 100 score.



Respondentene i området Sørlandet oppgir i størst grad å være enig i påstanden om at sykehuset yter god pasientbehandling. Dette området scorer signifikant høyere på påstanden enn gjennomsnittet totalt.

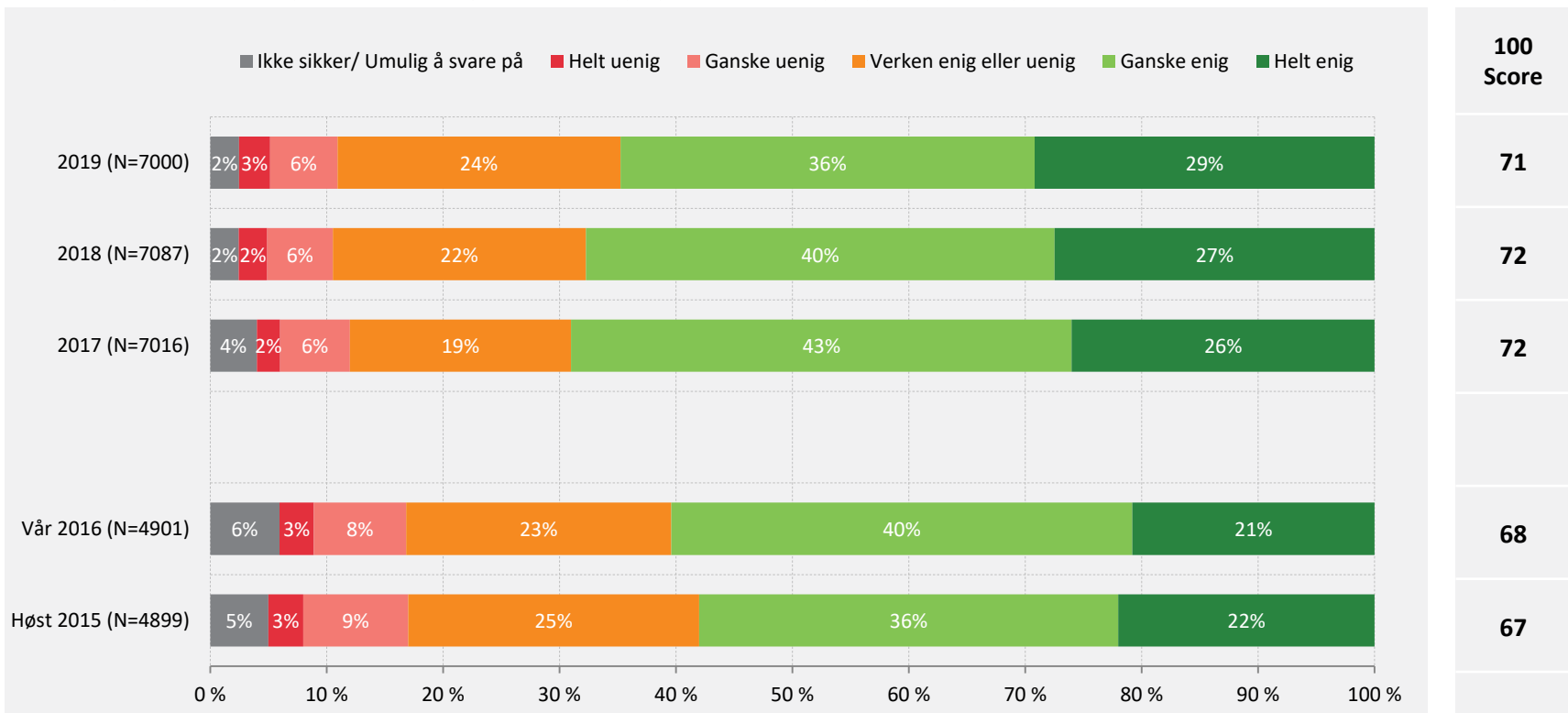
Respondentene i områdene Akershus og Østfold oppgir i minst grad å være enig i påstanden om at sykehuset yter god pasientbehandling, og scorer signifikant lavere enn gjennomsnittet totalt på denne påstanden.

Det er en signifikant større andel blant respondentene i den eldste alderskategorien (66 år eller eldre) som oppgir at de er helt enig i denne påstanden, sammenlignet med de andre alderskategoriene.

PÅSTAND: SYKEHUSET NYTER STOR TILLIT BLANT FOLK

– UTVIKLING OVER TID

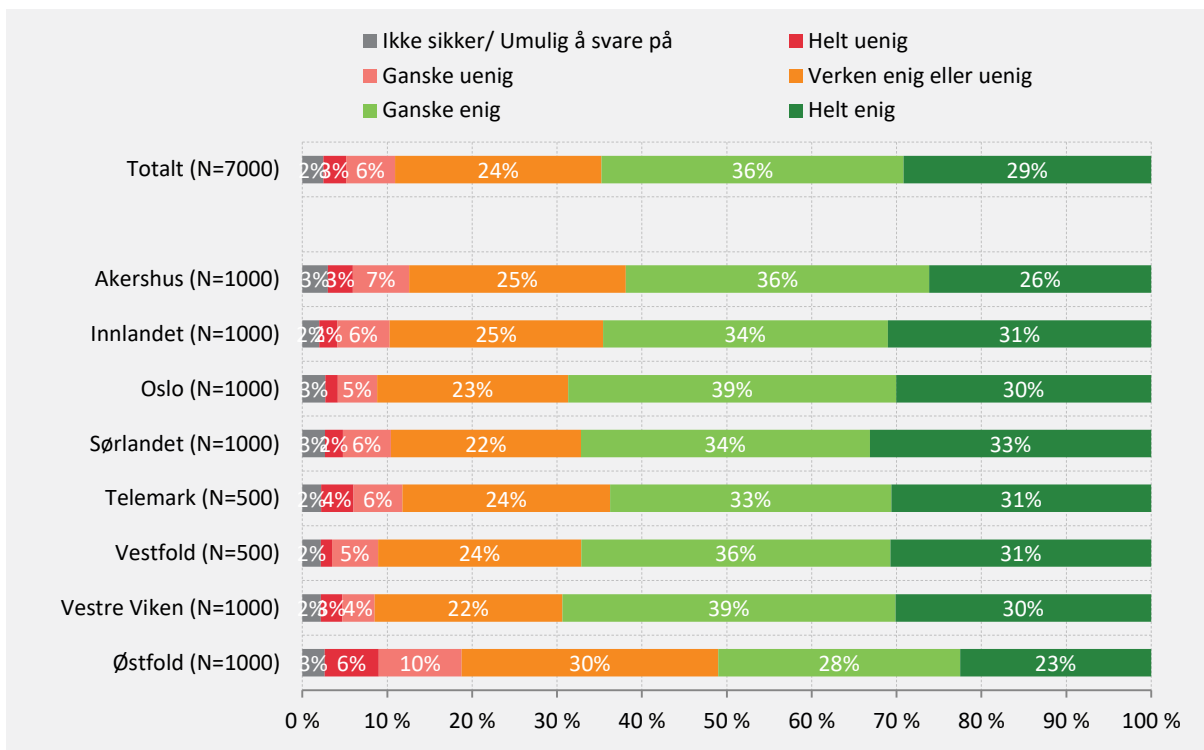
Vennligst ta stilling til følgende påstander om sykehuset i området der du bor ved å svare på følgende skala: helt enig, ganske enig, verken enig eller uenig, ganske uenig og helt uenig ...



*Endring i gjennomføring og utvalg per måling som er inkludert i resultatene på denne plansen: Fra 2017 er målingen gjennomført som en årlig undersøkelse med et utvalg på ca. 7000 intervju. I 2016 ble det kun gjennomført én måling, med et utvalg på ca. 4900 intervju (vår 2016). Før 2016 har det blitt gjennomført målinger på halvårlig basis med ca. 4900 intervju per halvårlige måling.

PÅSTAND: SYKEHUSET NYTER STOR TILLIT BLANT FOLK – SPLITTET PER OMRÅDE

Vennligst ta stilling til følgende påstander om sykehuset i området der du bor ved å svare på følgende skala: helt enig, ganske enig, verken enig eller uenig, ganske uenig og helt uenig ... / Område

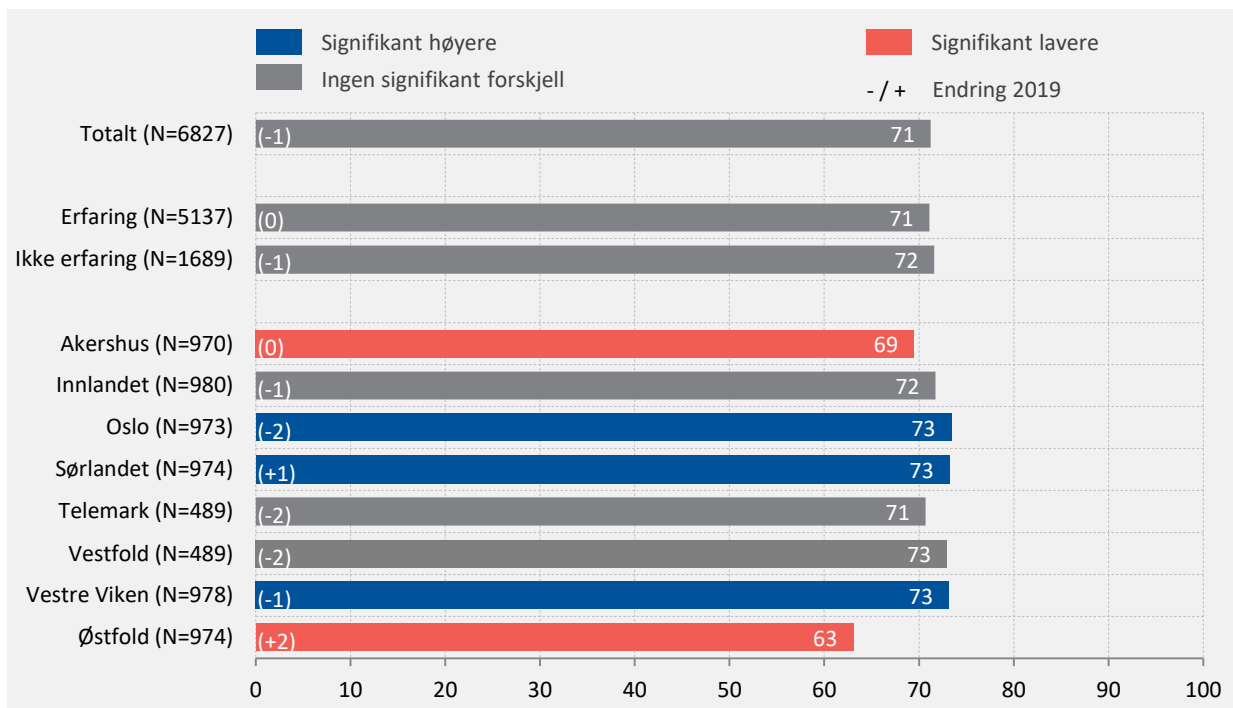


100 Score – Utvikling over tid				
Høst 2015	Vår 2016	2017	2018	2019
67	68	72	72	71
59	62	66	69	69
71	69	73	73	72
72	73	74	75	73
67	70	75	72	73
64	68	68	73	71
69	70	73	75	73
70	69	74	74	73
62	62	66	61	63

*Fra 2017 inngår bydelene Alna, Grorud og Stovner i kvoten for «Akershus». Ved sammenligning av årets resultat mot målingene før 2017 er det derfor viktig å ta høyde for dette.

PÅSTAND: SYKEHUSET NYTER STOR TILLIT BLANT FOLK – RESULTAT I 100 SCORE MED SIGNIFIKANSTEST

Vennligst ta stilling til følgende påstander om sykehuset i området der du bor ved å svare på følgende skala: helt enig, ganske enig, verken enig eller uenig, ganske uenig og helt uenig ... Påstand: «*Sykehuset nyter stor tillit blant folk*» Er du... / Område / Erfaring med sykehus de siste tre årene



Respondentene i områdene Oslo, Sørlandet, Vestfold og Vestre Viken oppgir i størst grad å være enig i påstanden om at sykehuset nyter stor tillit blant folk. Områdene Oslo, Sørlandet og Vestre Viken scorer signifikant høyere på denne påstanden enn gjennomsnittet totalt.

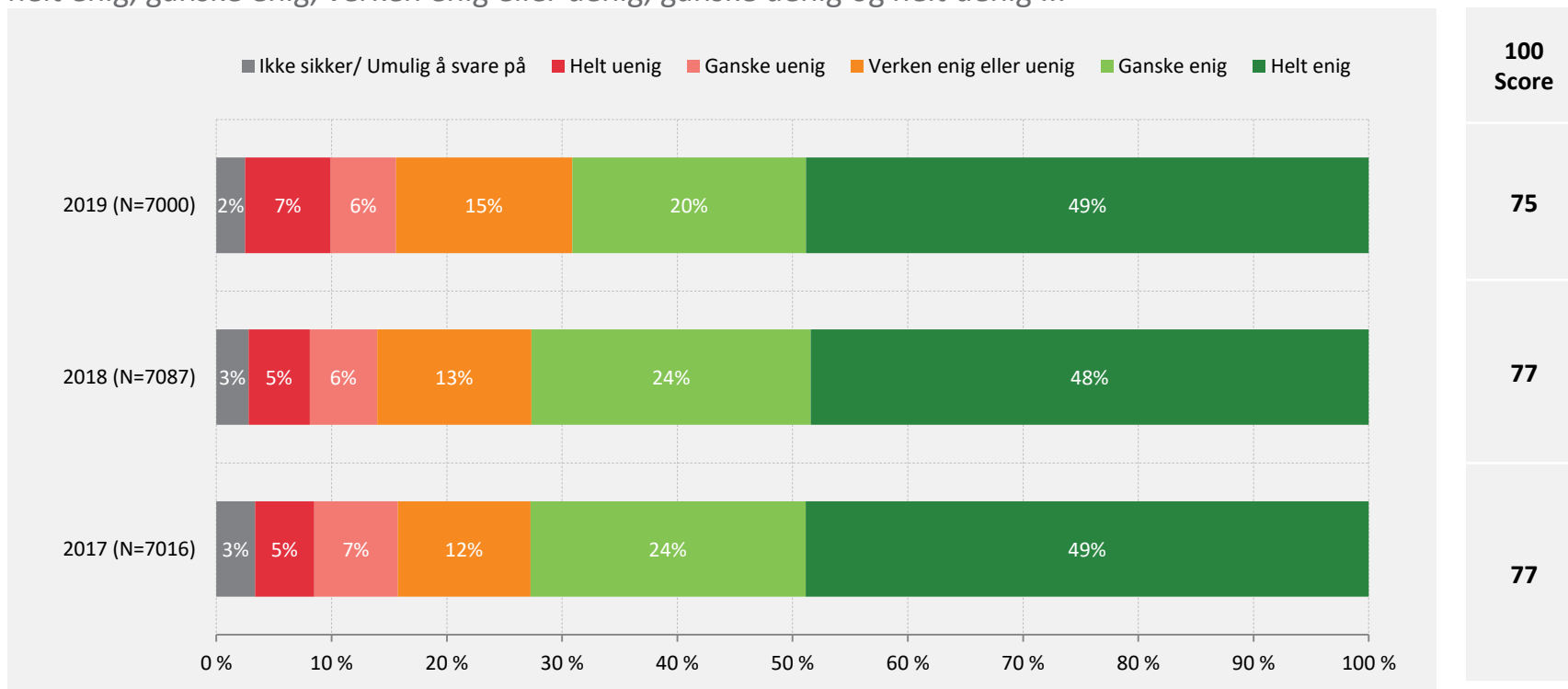
Respondentene i områdene Østfold og Akershus scorer signifikant lavere enn gjennomsnittet på denne påstanden.

Ved nedbrytning av resultat per aldersgrupper ser vi at det er respondentene i den eldste (66 år eller eldre) og yngste (under 30 år) aldersgruppen som i størst grad sier seg enig i denne påstanden.

*Alle baser fremvist er uten svaralternativet «Ikke sikker / Umulig å svare», ettersom dette ikke er med i beregningen av 100 score.

PÅSTAND: SYKEHUSET ER MITT FØRSTEVALG HVIS JEG TRENGER BEHANDLING PÅ SYKEHUS, SELV OM JEG HAR RETT TIL Å VELGE BLANT ANDRE OFFENTLIGE SYKEHUS OG OFFENTLIGE INSTITUSJONER – UTVIKLING OVER TID

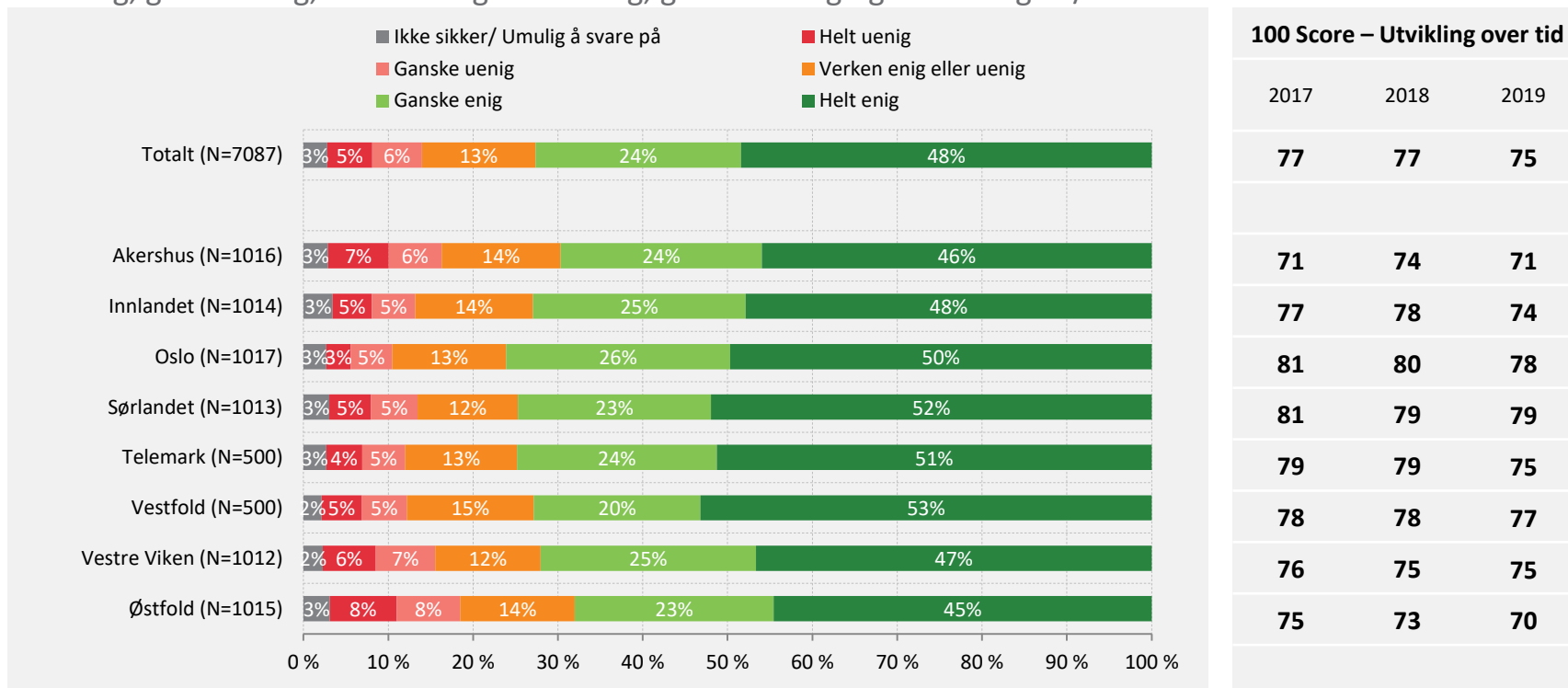
Vennligst ta stilling til følgende påstander om sykehuset i området der du bor ved å svare på følgende skala: helt enig, ganske enig, verken enig eller uenig, ganske uenig og helt uenig ...



Denne påstanden var ny i 2017 og er dermed kun sammenlignet med fjorårets resultat.

PÅSTAND: SYKEHUSET ER MITT FØRSTEVALG HVIS JEG TRENGER BEHANDLING PÅ SYKEHUS, SELV OM JEG HAR RETT TIL Å VELGE BLANT ANDRE OFFENTLIGE SYKEHUS OG OFFENTLIGE INSTITUSJONER – SPLITTET PER OMRÅDE

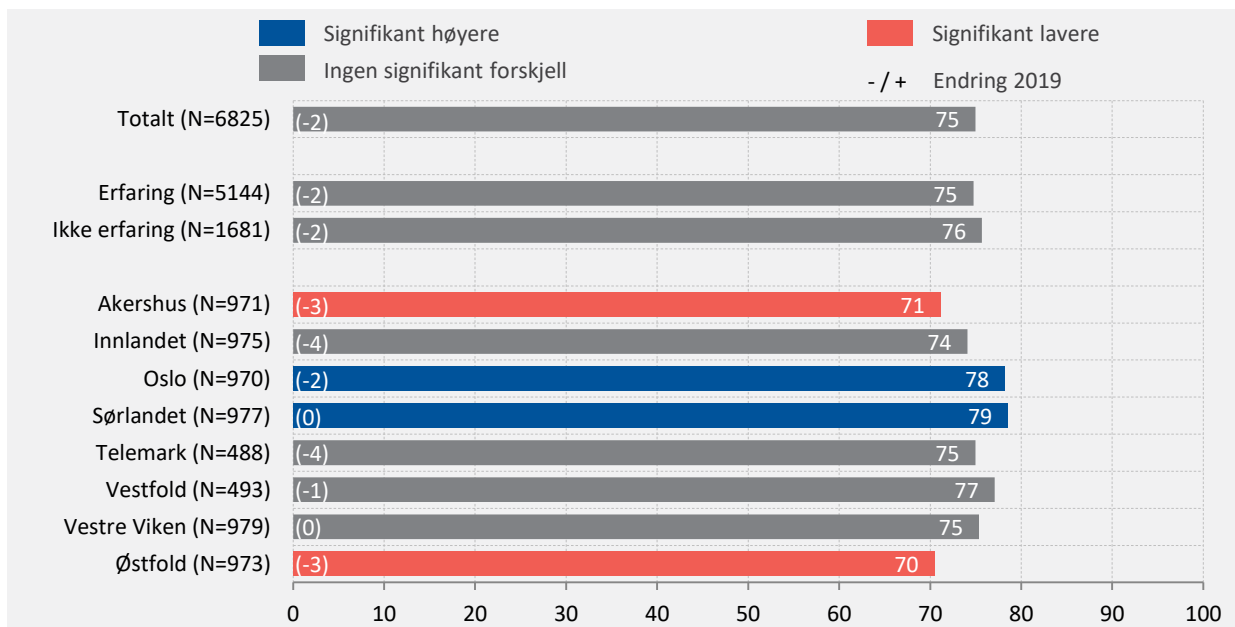
Vennligst ta stilling til følgende påstander om sykehuset i området der du bor ved å svare på følgende skala: helt enig, ganske enig, verken enig eller uenig, ganske uenig og helt uenig ... / Område



Denne påstanden var ny i 2017 og er dermed kun sammenlignet med de to foregående års resultat.

PÅSTAND: SYKEHUSET ER MITT FØRSTEVALG HVIS JEG TRENGER BEHANDLING PÅ SYKEHUS, SELV OM JEG HAR RETT TIL Å VELGE BLANT ANDRE OFFENTLIGE SYKEHUS OG OFFENTLIGE INSTITUSJONER – RESULTAT I 100 SCORE MED SIGNIFIKANSTEST

Vennligst ta stilling til følgende påstander om sykehuset i området der du bor ved å svare på følgende skala: helt enig, ganske enig, verken enig eller uenig, ganske uenig og helt uenig ... Påstand: «*Sykehuset er mitt førstevalg hvis jeg trenger behandling på sykehus, selv om jeg har rett til å velge blant andre offentlige sykehus og offentlige institusjoner*» Er du... / Område / Erfaring med sykehus de siste tre årene



Respondentene i området Sørlandet og Oslo scorer signifikant høyere på påstanden enn gjennomsnittet totalt, mens respondentene i områdene Østfold og Akershus scorer signifikant lavere enn gjennomsnittet på denne påstanden.

Respondentene i den eldste alderskategorien (66 år eller eldre) sier seg i størst grad enig i denne påstanden.

*Alle baser fremvist er uten svaralternativet «Ikke sikker / Umulig å svare», ettersom dette ikke er med i beregningen av 100 score.

**EPINION OSLO**

Biskop Gunnerus Gate 14
0185 Oslo, Norway
T: +47 90 17 18 99
E: oslo@epinion.no

EPINION STAVANGER

Klubbgaten 4
4006 Stavanger, Norway
T: +47 90 17 18 99
E: stavanger@epinion.no

www.epinionglobal.com

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Virksomhetsrapport per 1. tertial 2019

Sak nr.	Saksansvarlig/saksbehandler	Sakstype	Møtedato
027-2019	Konst. økonomidirektør Dana Tønnessen og controller Marte Helen Helland	Orientering	22.05.2019

Trykte vedlegg: Virksomhetsrapport per april 2019

Utrykte vedlegg: Ingen

Har saken betydning for pasientsikkerheten?

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

Forslag til vedtak:

Styret tar virksomhetsrapport per 1. tertial 2019 til orientering.

Skien, den 14. mai 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Sammendrag

Det er utarbeidet **risikovurdering** per første tertial. Den overordnede vurderingen er at det er middels risiko for manglende måloppnåelse innfor flere av indikatorene, men det vurderes at det ikke foreligger økt risiko for redusert kvalitet og pasientsikkerhet.

Risikobildet er omtrent uendret siden forrige rapportering, men med redusert risiko for manglende måloppnåelse for prioriteringsregelen.

I utarbeidelsen av risikovurderingen inngår vurdering av måloppnåelse for mål/krav i **oppdrag og bestilling**, samt sykehusets **strategi**.

Resultatene for **de fleste medisinske parameterne** er uendret siste år. Gjennomsnittstall per 4 måneder i år viser 76 % andel nye pasienter inkludert i pakkeforløp, dette er noe lavere enn i tilsvarende periode i fjor (86 %). 72 % av pasientene i pakkeforløp behandles innen standard forløpstid, som er tilnærmet likt som ved tilsvarende periode i fjor (75 %), og innfrir dermed målet om 70 %. Sykehuset Telemark HF scorer nest høyest på andel behandlet innen standard forløpstid innen foretaksgruppen.

Antall pasienter på venteliste har vært stabilt gjennom siste året med kun små variasjoner.

Samlet **ventetid** (påstartet) i 1. tertial er 54 dager, uendret sammenlignet med 1. tertial 2018. Gjennomsnittlig ventetid for påstartet pasienter i somatikken har økt, mens de andre tjenesteområdene har god utvikling i ventetid påstartet, med betydelig nedgang sammenlignet med 1. tertial 2018. Andel fristbrudd påstartet pasienter er uendret på 1,2 % fra 1. tertial 2018, mens andel fristbrudd ventende er økt fra 0,5 % i 1. tertial 2018 til 2,1 % i 1. tertial 2019.

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

Aktivitet i somatikken, målt i antall «sørge for» ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk, legemidler), er 450 poeng lavere enn budsjettert per 4 måneder. Avviket er i all hovedsak relatert til døgnaktiviteten (en kombinasjon av færre opphold og lavere DRG-indeks («pleietyngde»)). Kvalitetssikring av kodekvalitet pågår frem til tertiallukkingen 24. mai.

Sykehuset Telemark rapporterer et positivt **driftsresultat** på 2,4 millioner kr. per april, som er 7,6 millioner kr. svakere enn periodisert styringsmål. Regnskapsresultatet forbedres med 1 mill. kr. og budsjettavviket forverres med 1,5 mill. kr. i april.

Det negative budsjettavviket er relatert til resultatene i klinikkene, som oppnår noe svakere DRG-resultater enn budsjettert i perioden. Dette skyldes færre innleggelser i perioden. Det registreres en forsinket effekt av planlagte forbedringstiltak i klinikkene, som vil kompenseres senere i året.

Kjøp og salg av helsetjenester bidrar positivt til driftsresultatet, men risikoen for større variasjoner i kostnadsnivå ut året er stor. Det er usikkerhet knyttet til sammenhengen av periodiseringen på kostnads- og inntektssiden for H-resepter samt effekten av TFG aktiviteten.

Ledelse av **pasientsikkerhet** har vært et fokusområde for sykehuset og det er gjennomført totalt tre pasientsikkerhetsvisitter i første tertial.

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. Derfor presenteres tilsyn og revisjoner, som anses å ha relevans utover aktuell enhet, for ledergruppen.

Det jobbes med kartlegging og rutiner for å etterleve ny personvernlovgivning og skjerping av kravene til informasjonssikkerhet og personvern. Det gjenstår oppdatering av ledelsessystemet for informasjonssikkerhet i tråd med regionale føringer og endringene i **GDPR**.

Innhold

Sammendrag.....	2
Risikovurdering per 1. tertial 2019.....	5
Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD 2019.....	7
Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	7
Prioritere psykisk helsevern og TSB	8
Bedre kvalitet og pasientsikkerhet.....	9
Aktivitet.....	9
Somatikk.....	9
Psykisk helsevern og TSB	11
Prioriteringsregelen	13
Ventetider (i forhold til både samme periode forrige år og gjennomsnitt for hele forrige år).....	13
Polikliniske konsultasjoner.....	13
Kostnader per tjenesteområde (tertiarvis rapportering).....	13
Bemanning	14
Økonomi.....	14
Klinikkene	15
Tertiarvis forhold	18
Forskning.....	18
Pasientsikkerhetsprogrammet.....	18
Eksterne tilsyn og revisjoner	19
Uønskede hendelser og klagesaker.....	22
GDPR (General Data Protection Regulation).....	23

Risikovurdering per 1. tertial 2019

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 konsekvens beskrivelse.

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

Den overordnede vurderingen er at det er middels risiko for manglende måloppnåelse innfor flere av indikatorene, men det vurderes at det ikke foreligger økt risiko for redusert kvalitet og pasientsikkerhet. Risikobildet er noe endret siden forrige rapportering, begrunnet i en bedre reell utvikling av økonomireultatet og prioriteringsregelen.

Risikomatrix 1. tertial 2019 STHF						
		Konsekvens				
		1	2	3	4	5
Sannsynlighet	5					
	4			8,2		
	3			4, 6	1	
	2		3,7	5		
	1					

Risikoområder	Sannsynlighet					Konsekvens								
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	T1-18	T2-18	T3-18	T1-19
1 Kvalitet og tilgjengelighet			x						x					
2 Økonomi			x						x					
3 Bemanning		x					x							
4 Aktivitet somatikk og psykiatri			x					x						
5 Strategi - attraktivitet og konkurransesituasjon		x						x						
6 Prioriteringsregelen			x				x							
7 Informasjonssikkerhet - personvern - ny EU direktiv		x						x						
8 Fritt behandlingsvalg				x				x						

1. Kvalitet og tilgjengelighet – Uendret. Ventetid for ventede pasienter går ned og utviklingen viser at pasienter med lengst ventetid prioriteres, noe som vil sikre en god utvikling på sikt. Gjennomsnittlig ventetid for påstartet pasienter i somatikken er relativt stabil, og ligger litt over målsettingen. Psykiatrien / TSB har god utvikling i ventetid påstartet som ligger under målsettingen. Det er ingen vesentlige endringer i resultatene av de medisinske parameterne.

2. Økonomi – Endret / redusert sannsynlighet. Sykehuset har pr april et driftsresultat på +2,3 millioner, som er 7,5 millioner under budsjett, grunnet lavere aktivitet enn budsjettet mot slutten av perioden, kombinert med forsinkelser i effektiviseringsarbeidet. Det jobbes med forbedringstiltak i klinikkene og en større gjennomgang av operasjonsaktiviteten er igangsatt. Driftsresultatet viser bra utvikling, men ligger fortsatt under årets budsjett som legger opp til raskere resultatforbedring.

3. og 4. Produktivitet - aktivitet og bemanning – Uendret. Sykehuset må forbedre produktiviteten på nivå med de beste helseforetakene i regionen, for å etablere en bærekraftig drift og skape handlingsrom til egen utvikling. Ressursbruken må reduseres og aktivitetsnivået må øke for å nå årets budsjettmålsetting. Organisasjonen må jobbe med omstillinger og ha spesielt fokus på løpende helsetjenester og håndtering av ressurskrevende pasienter. Innføringen av forløpsfinansiering og TFG er et risikomoment, men behandlingsvolumet for de aktuelle pasientgruppene er lavt og begrenser effekten av eventuelle negative avvik.

5. Strategi – 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.

6. Prioriteringsregelen – Redusert konsekvens fra forrige rapportering. Prioriteringsregelen for poliklinisk aktivitet er oppfylt for BUP, men ikke for VOP og TSB. Aktiviteten i april har vært lav i april innen PHV og TSB, grunnet rekrutteringsutfordring i terapeutstaben. Prioriteringsregelen er oppfylt for ventetider. Prioriteringsregelen for kostnadsvekst er oppfylt for BUP og TSB, men ikke for VOP. Årsaken til lavere vekst i VOP er vakante stillinger i poliklinikkene samt noe reduserte kostnader på kjøp av helsetjenester.

7. Informasjonssikkerhet og GDPR – Uendret. Det jobbes med kartlegging og rutiner for å etterleve ny personvernlovgivning og skjerpning av kravene til informasjonssikkerhet og personvern. Protokoll over behandlingsaktiviteter er under arbeid og forventes ferdigstilt i løpet av 2.tertial. Det gjenstår oppdatering av ledelsessystemet for informasjonssikkerhet i tråd med regionale føringer og endringene i GDPR. Konsernrevisjonen hadde en gjennomgang i oktober 2018 på sykehusets arbeid med GDPR, en såkalt rådgivningsrevisjon. Det jobbes med en plan for oppfølging av revisjonen. For å styrke arbeidet med personvern ved sykehuset er rollen som Personvernombud skilt fra rollen som informasjonssikkerhetsleder.

8. Fritt behandlingsvalg – Uendret. FBV-ordningen medfører merkostnader i psykiatri og TSB. Kostnadsnivået har stabilisert seg, men risikobildet er uendret: mens enkelte institusjoner viser nedgang i behandlingsvolum, registreres det nye etableringer.

Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD 2019

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

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Redusere unødvendig ventetid	mål 2019	des.16	des.17	des.18	feb.19	mar.19	apr.19	Kirurgi	Medisin	MSK	Smertepo	BUK (som.)	BUK (psyk.)	VOP/TSB
Gjennomsnitt ventetid i dager	50 dager somatikk 35 dager VOP/TSB 30 dager BUP	61	56,2	53,4	54,7	56,1	55,0	67	41	32	69	36	31	36/29
Fristbrudd avviklede, antall pr mnd	0	56	30	34	40	46	27							
Antall som venter	reduksjon	7 819	7 665	7 266	7 014	7 027	6 959							
Antall med ventetid over 1 år	reduksjon	332	89	53	25	24	24							
Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp (OA1)	70 %	69 %	79 %	81 %	78 %	76 %	74 %							
Andel innen definert forløpstid	70 %	71 %	69 %	77 %	70 %	72 %	77 %							
Antall passert tentativ tid	reduksjon	4 969	3 537	4 577	3 831	3 828	4 115	2 386	1 607	-	4	70	20	28

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

Tabellen ovenfor reflekterer de interne målsettingene for ventetid i 2019.

Gjennomsnittlig ventetid for påstartet pasienter i somatikken er redusert til 57 dager i april. De andre tjenesteområdene har en liten økning i ventetider i april: Psykiatri voksen 37 dager, TSB 30 dager og barne- og ungdomspsykiatri 32 dager.

Andel fristbrudd påstartet pasienter ble redusert, mens andel fristbrudd ventende er på samme nivå siste måned. Andel fristbrudd påstartet pasienter er 0,9 % i april. Andel fristbrudd ventende er 0,4 %, på nivå med mars-april 2018.

Pakkeforløp

Urologi generelt har en svært god utvikling. Blærekreft, testikkelkreft og nyrekreft har for perioden jan-april 94 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid, mens prostata har 64 % (samme tidsrom i fjor 62 %). På bryst har man oppnådd andel behandlet innen standard forløpstid over 70 %. Tall per 4 måneder 2019 viser 78 %.

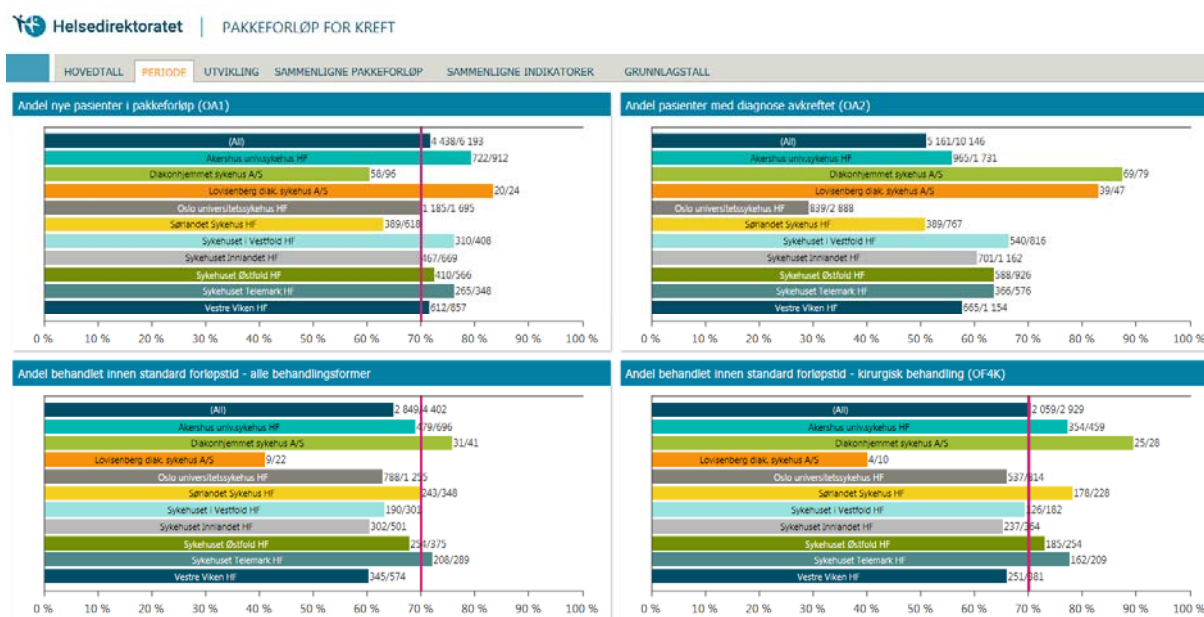
Innen gynekologisk kreft har vi relativt små tall, få pasienter; eggstokkreft 36 %, livmorhalskreft 17 %, livmorkreft 83 %. Her foregår behandling sentralt og vi har relativt liten påvirkning på tempo. Føflekkreft oppnår 92 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid, hele forløpet utføres ved STHF.

For lunge er 49 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid hittil i år. PET lunge er overført fra Radiumhospitalet til Ullevål sykehus. Dette har medført at forløpstiden har økt. Innen hematologi har lymfomer 75 %, myelomatose 100 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid.

Innen tykk- og endetarmkreft er 75 % av pasientene inkludert i pakkeforløp. Ut fra Helsedirektoratets statistikk er kun 56 % av pasientene er behandlet innen standard forløpstid – noe som er svakere enn i samme periode i fjor (78 %). Beklageligvis ble det pga. julen mange forsinkelser i utredning (coloskopi) dette har vi hatt problemer med å ta igjen. Etter svake tall i begynnelsen av året, ser vi imidlertid betydelig forbedring de to siste månedene.

Generelt er den største utfordringen når pasientforløpet er avhengig av flere institusjoner. Her har man i HSØ fortsatt en stor jobb å gjøre.

Figuren nedenfor viser resultater for 4 måneder 2019:



Gjennomsnittstall per 4 måneder i år viser 76 % andel nye pasienter inkludert i pakkeforløp, dette er noe lavere enn i tilsvarende periode i fjor (86 %). 72 % av pasientene i pakkeforløp behandles innen standard forløpstid, som er tilnærmet likt som ved tilsvarende periode i fjor (75 %), og innfrir dermed målet om 70 %. Sykehuset Telemark HF scorer nest høyest på andel behandlet innen standard forløpstid innen foretaksgruppen.

Prioritere psykisk helsevern og TSB

Prioriteringsregelen kommenteres under avsnittet om aktivitet.

Prioritere psyk.helsevern og TSB	mål 2019	jan.17	jan.18	feb.18	mar.18	apr.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19	Hittil 2019
Antall tvangsinnleggelses psyk./1000 innbyggere	lavere enn 2018	0,15	0,14	0,12	0,14	0,16	0,24	0,12	0,21	0,10	0,17
Andel tvangsinnleggelses	lavere enn 2018	15,0%	15,3%	13,3%	13,7%	14,6%	20,1%	13,5%	18,9%	10,2%	16,1%
Antall pasienter i døgnbehandling som har minst ett tvangsmiddelvedtak	reduseres		9	8	9	4	11	11	11	10	11

Antall tvangsinnlagte hittil i år er 115. Dette tilsvarer et snitt på 0,17 per 1000 innbyggere. Det er hele 20 % - poeng høyere antall tvangsinnlagt i år enn i samme periode i fjor (fra 96 til 115). Antall

tvangsinnlagte falt fra sommeren 2018 og inn mot nyttår, men har økt i årets tre første måneder. April var riktignok veldig lav.

Hittil i 2019 er det er det 716 innleggelser og 115 av disse er tvangsinnlagte, noe som gir en andel tvangsinnlagte på 16,1 %. Det har vært høy aktivitet og økt antall innleggelser i år målt mot fjoråret, og andelen tvangsinnlagte har økt med 1,9 % - poeng fra i fjor. Som nevnt var antall tvangsinnlagte lav i april, og andelen var nede på 10,2 %.

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	mål 2019	des.16	des.17	des.18	feb.19	mar.19	apr.19	Kirurgi	Medisin	MSK	ABK	BUK	VOP/ TSB
Sykehusinfeksjoner %	<3%	4,5 %		3,8 %	4,3 %			6,6 %	4,3 %			0,0 %	
Korridorpasienter - antall	0	85	50	51	158	166	116	6	110				
Korridorpasienter %	0,0 %	0,9 %	0,6 %	0,7 %	1,9 %	2,1 %	1,8 %						
Direkte time i %	100 %		84 %	78 %	83 %	83 %	84 %	84 %	81 %	98 %	100 %	92 %	89 %
Antall åpne dokumenter > 14 dager		4 550	4 920	4 669	3 679	3 606	3 786	1 054	925	62	4	878	863
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode og uten ny kontakt	1000	1 861	1 445	1 734	1 827	1 800	2 021	250	1 146	335	10	210	70
Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse	>30%		28 %	30 %	31 %	30 %	29 %		29 %				

Det har vært kun små variasjoner i kvalitetsindikatorene siste året. Antall og andel korridorpasienter er oppsiktsvekkende høyt i første tertial. En årsak kan være at økte smitteutfordringer i sengeposter med få enerom medfører at pasienter uten smitte i større grad kan risikere å måtte ligge på korridor fordi smittepasienter beslaglegger flersengsrom.

Sykehusinfeksjoner

Prevalensmålingen for februar viste 4,3 %. Dette er svakere enn gjennomsnittet for 2018 som var 3,5 %. Tallet for målingen i februar var 2,9 %, i mai 3,4 %, september 4,0 % og november 3,8 %.

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

Det er også fokus på innsatsområde "blodbaneinfeksjoner" på sengeposter. Tavlemøter er under innføring på intensivavdelingen og på sengepostene.

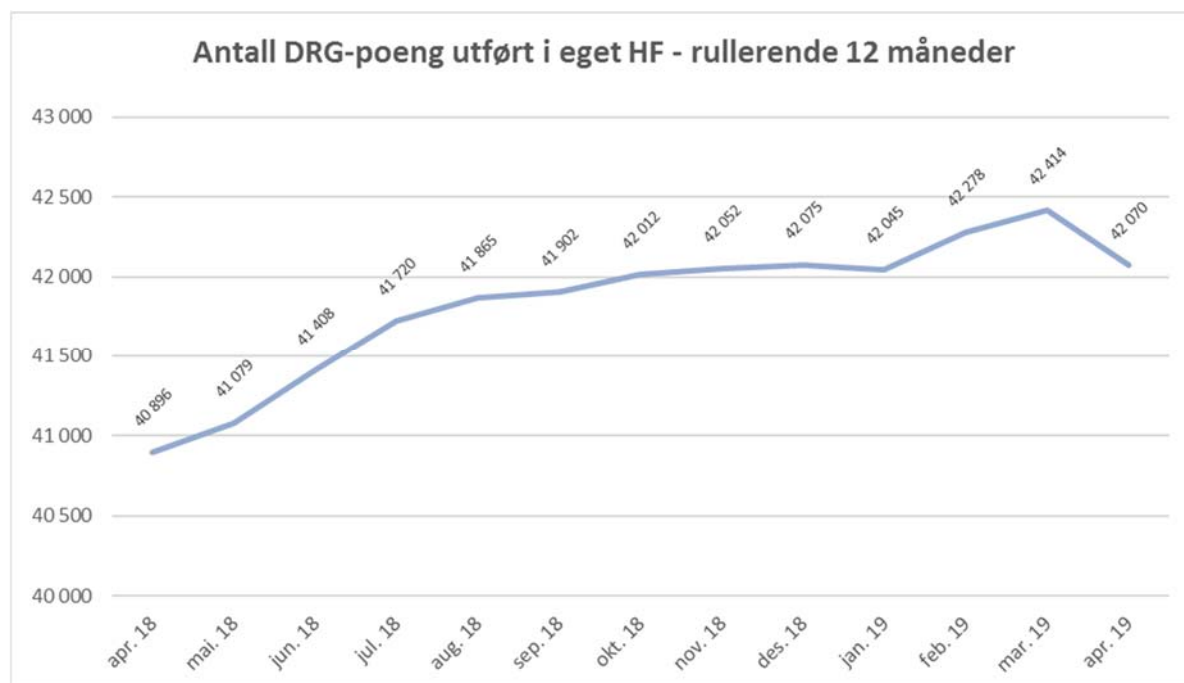
Aktivitet

Somatikk

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

Antall «sørge for» ISF-poeng per 4 måneder (døgn, dag, poliklinikk, legemidler) var 448 poeng svakere enn budsjettet. Avviket er i all hovedsak relatert til døgnaktiviteten (en kombinasjon av færre opphold og lavere DRG-indeks («pleietyngde»). Kvalitetssikring av kodekvalitet pågår frem til tertiallukkingen 24. mai.

Det har vært høyt pasientbelegg både i januar (100 %), i februar (99 %), i mars (99 %) og i april (98%).



Trenden «rullerende DRG-poeng siste 12 måneder» fortsetter å vise en moderat stigende tendens. Kurven har en «knekk» i april pga. «påskeeffekt» i mars 2018/april 2019.

DRG-poeng	faktisk 4 m 19	bud. 4 m 19	avvik 4 m 19	faktisk 4 m 18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Faktisk 2018
Kirurgisk klinikk	6 664	6 931	-266	6 637	0 %	27	20 132	19 257
Medisinsk klinikk	6 698	6 752	-54	6 635	1 %	63	19 924	19 570
Barne og ungdomsklinikken	977	1 069	-92	961	2 %	16	3 010	2 700
ABK	38	29	9	34	12 %	4	80	99
Medisinsk serviceklinikk	171	176	-5	153	12 %	18	500	464
Sum DRG-poeng behandlet i eget HF	14 548	14 957	-408	14 420	1 %	128	43 646	42 090
- døgn	10 190	10 623	-433	10 229	0 %	-39	30 906	29 754
- dagbehandling	1 804	1 687	117	1 621	11 %	183	4 904	4 618
- poliklinikk	2 552	2 647	-95	2 570	-1 %	-18	7 836	7 718
Sum DRG-poeng behandlet i eget HF	14 546	14 957	-411	14 420	1 %	126	43 646	42 090
DRG-poeng pasienter fra andre regioner beh. i eget HF	60	104	-44	63	-5 %	-3	300	259
DRG egne pasienter behandlet ved andre regioner/private	90	133	-43	102	-12 %	-12	400	420
DRG kreftmidler og dyre biologiske legemidler (H-resepter)	1 161	1 200	-39	1 266	-8 %	-105	3 000	3 164
Sum DRG-poeng i h.h.t. "sørge for"-ansvaret	15 739	16 186	-446	15 725	0 %	14	46 746	45 415

Sykehusopphold	faktisk 4 m 19	bud. 4 m 19	avvik 4 m 19	faktisk 4 m 18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Faktisk 2018
Opphold behandlet i eget HF								
- døgn - inkl. Nordagutu	9 276	9 677	-401	9 503	-2 %	-227	28 200	27 833
- dagbehandling	7 471	7 391	80	7 083	5 %	388	21 800	20 999
- poliklinikk	57 734	57 088	646	56 956	1 %	778	169 400	165 846

Antall sykehusopphold i april er 10 % lavere enn budsjettet og 11 % lavere enn i fjor. I april ble det utført tilnærmet like mange dagbehandlinger som budsjettet og i fjor. Samtidig ble det utført 13.700

polikliniske konsultasjoner. Dette er 6 % flere enn budsjettet og 5 % færre enn i fjor. April har 1 arbeidsdag (5 %) færre enn i fjor.

Antall sykehusopphold hittil i år er 4 % lavere enn budsjettet og 2 % færre enn i fjor. Det har vært høyt pasientbelegg i januar (100 %), februar (99 %), mars (99 %) og april (98 %).

Polikliniske konsultasjoner	faktisk 4 m 19	bud. 4 m 19	avvik 4 m 19	faktisk 4 m 18	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Faktisk 2018
Kirurgi	27 037	27 960	(923)	27 151	(114)	83 000	79 777
Medisin	24 573	22 796	1 777	23 995	578	68 650	69 124
BUK	3 146	3 430	(284)	3 014	132	9 550	8 705
ABK	440	433	7	458	(18)	1 200	1 280
MSK	2 538	2 469	69	2 338	200	7 000	6 960
STHF	57 734	57 088	646	56 956	778	169 400	165 846

Per 4 måneder ble det utført tilnærmet like mange dagbehandlinger som budsjettet og 5 % flere enn i fjor. Samtidig ble det utført om lag 57.700 polikliniske konsultasjoner. Dette er 1 % flere enn budsjettet og i fjor.

Kirurgisk klinikk har et budsjettavvik på – 11,2 millioner kroner per april, som er en forverring på – 3,3 millioner kroner siden forrige periode. Avviket skyldes hovedsakelig lav aktivitet (-3 millioner), samt uløst budsjettutfordring for perioden (1,3 millioner). Klinikken jobber aktivt med å identifisere tiltak for å løse årets totale uløste utfordring på 14,6 millioner. Det er foreløpig identifisert tiltak for 6,5 millioner.

Aktiviteten i **Medisinsk klinikk**, målt i DRG, har vært 64 poeng (-1 %) svakere enn budsjettet per 4 måneder. Antall avdelingsopphold ved Medisinsk klinikk per 1. tertial var 3 % flere enn budsjettet og 3 % høyere enn i fjor. Den polikliniske aktiviteten har vært 6 % høyere enn budsjettet og tilnærmet likt med i fjor. DRG-indeksen (som er en indikasjon på kompleksiteten blant pasientene) var per 4 måneder noe svakere enn plan, og også moderat svakere enn fjoråret. Pasientdataene for 1. tertial lukkes 24. mai, og klinikken jobber aktivt med kvalitetskontroll av den medisinske kodingen frem til denne dato.

Medisinsk serviceklinik har aktivitet høyere enn budsjettet målt i konsultasjoner, men lavere DRG-vekter gir lavere uttelling. Det har også vært en økning i avbestilte timer i Fertilitetsavdelingen, hvor det ikke alltid er mulig å fylle ledige timer på kort varsel. Ny inkubator gir muligheter for økt grad av overbooking, og dette har gitt positiv effekt på antall DRG-poeng.

I **Barne- og ungdomsklinikken** er årsaken til færre DRG-poeng enn budsjettet, færre opphold på barneavdelingen og færre friske nyfødte, samt lavere DRG-indeks på nyfødt intensiv. I tillegg er antall konsultasjoner på barnepoliklinikken 11 % lavere enn budsjettet hittil i år.

Psykisk helsevern og TSB

Antall sykehusopphold er hittil per april 17,6 % lavere enn budsjettet innenfor TSB, og er ikke sammenlignbart med fjoråret pga etablering av den nye avrusningsposten. Antall liggedager er 10,9 % høyere enn budsjettet. Antall sykehusopphold innenfor VOP ligger 3,9 % lavere enn budsjettet, mens antall liggedager ligger 3,4 % over budsjettet nivå. Både antall liggedøgn og antall sykehusopphold er høyere enn i fjor.

Det har vært høy aktivitet innenfor BUP hittil i år, og antall liggedøgn i per april ligger 37,9 % høyere enn budsjettet. Aktiviteten var lav pr april i fjor, så økningen fra i fjor er på hele 33 %. Antall sykehusopphold er 40,6 % over budsjett og ligger 36 % høyere enn i fjor.

Døgnaktivitet liggedøgn	faktisk apr.19	bud. apr.19	avvik apr.19	faktisk apr.18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Estimat 2019	Faktisk 2018
Voksenpsykiatri	11 115	10 746	369	11 050	1 %	65	32 500	33 500	33 119
Barne- og ungdomspsykiatri	1 110	805	305	832	33 %	278	2 100	2 500	2 197
TSB / RUS	1 266	1 142	124	423	199 %	843	3 200	3 300	2 798
STHF	13 491	12 693	798	12 305	10 %	1 186	37 800	39 300	38 114

Døgnaktivitet Utskrevne	faktisk apr.19	bud. apr.19	avvik apr.19	faktisk apr.18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Estimat 2019	Faktisk 2018
Voksenpsykiatri	544	566	-22	546	0 %	-2	1 650	1 650	1 627
Barne- og ungdomspsykiatri	45	32	13	33	36 %	12	95	100	97
TSB / RUS	112	136	-24	65	72 %	47	400	350	330
STHF	701	734	(33)	644	9 %	57	2 145	2 100	2 054

Poliklinikk psykiatri	faktisk apr.19	bud. apr.19	avvik apr.19	faktisk apr.18	endring 2018-2019	endring 2018-2019	Budsjett 2019	Estimat 2019	Faktisk 2018
Antall ISF-konsultasjoner									
BUP	10 961	10 242	719	9 553	14,7 %	1 408	28 100	29 300	27 451
VOP	18 515	18 365	150	18 524	0,0 %	-9	52 650	53 000	51 405
- herav Helse og arbeid	35	351	-316	497	-93,0 %	-462	1 000	350	497
TSB	4 005	4 412	-407	4 223	-5,2 %	-218	12 650	12 000	12 349
SUM	33 481	33 019	462	32 300	4 %	1 181	93 400	94 300	91 205
ISF-poeng	18 480	18 014	466	2,6 %					
BUP	3 625	3 334	291	3 122	16 %	503	9 150	9 562	8 984
VOP	2 680	2 615	65	2 734	-2 %	-55	7 502	7 580	7 538
- herav Helse og arbeid	5	28	-23	76	-93 %	-71	84	25	76
TSB	527	550	-23	494	7 %	33	1 575	1 520	1 515
SUM	6 832	6 499	333	6 350	8 %	482	18 227	18 662	18 037

Antall ISF-berettigede polikliniske konsultasjoner innenfor PHV og TSB er samlet sett 1,4 % høyere enn budsjettet. BUP viser 7 % høyere enn budsjett, og VOP 0,8 % over budsjettet nivå. Trekker vi ut Helse og arbeid (tidligere raskere tilbake), så ligger VOP 2,6 % over budsjett. TSB ligger 9,2 % lavere enn budsjettet.

Prioriteringsregelen

Ventetid	2018	2019	Endring
Somatikk	54,2	55,4	2,3 %
BUP	47,5	28,9	-39,1 %
VOP	48,4	37,8	-21,9 %
TSB	32,9	25,6	-22,3 %

Aktivitet	2018	2019	Endring
Somatikk	56 956	57 734	1,4 %
BUP	9 553	10 961	14,7 %
VOP	18 524	18 515	0,0 %
TSB	4 223	4 005	-5,2 %

Kostnader (i antall 1000)	2018	2019	Endring
Somatikk	723 310	779 049	7,7 %
BUP	36 452	41 775	14,6 %
VOP	160 578	168 211	4,8 %
TSB	20 732	24 439	17,9 %

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

Prioriteringsregelen for ventetider er oppfylt innenfor alle tjenesteområdene.

Gjennomsnittlig ventetid for somatikken er redusert med 1,2 dager i år målt mot fjoråret.

Voksenpsykiatrien har redusert ventetiden med 10,6 dager, barne- og ungdomspsykiatrien har redusert sin ventetid med 18,6 dager og TSB har redusert sin ventetid med hele 7,3 dager. De relative endringene viser at ventetidene i voksenpsykiatri og TSB har gått ned med 22 %, barne- og ungdomspsykiatrien har redusert med 39 %, mens nedgangen i somatikken er på 2 %.

Polikliniske konsultasjoner

Prioriteringsregelen for poliklinisk aktivitet er oppfylt for BUP, men ikke for de andre tjenesteområdene. VOP viser ingen vekst fra i fjor, men trekker vi ut Helse og arbeid både i fjor og i år, så er veksten i 2019 på 2,5 %. Da ville prioriteringsregelen vært oppfylt for VOP.

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

Kostnader per tjenesteområde (tertialvis rapportering)

Kostnadene i somatikken øker med 7,7 % hittil per 1. tertial 2019 sammenlignet med samme periode i 2018. Dersom prioriteringsregelen skal oppfylles må hvert av tjenesteområdene BUP, VOP og TSB ha en større økning.

Kostnadene knyttet til BUP øker med 14,6 %. Det er nå færre vakante behandlerstillinger enn i 2018, og det er høy aktivitet på den ungdomspsykiatriske sengeposten som krever økte ressurser.

For VOP øker kostnadene med 4,8 %. I tillegg til lønns- og prisvekst, så er det økt ressursbruk på de akuttpsykiatriske sengepostene som står for kostnadsveksten. Kostnadene til kjøp av helsetjenester (FBV) er redusert med 6 % sammenlignet med fjoråret.

Den store veksten innenfor TSB skyldes helårseffekten av avrusningstilbudet. Tilbudet ble etablert i mars 2018.

Prioriteringsregelen målt i kostnader per tjenesteområde er oppfylt for BUP og TSB, men ikke innenfor VOP.

Bemanning

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

Reduksjonen i sykefravær fra 2018 til 2019 kan ha en sammenheng med sykefraværet var spesielt høyt ved inngangen til 2018, i tillegg til at ledere har jobbet målbevisst med å redusere sykefravær.

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

STHF rapporterer 2.949 brutto månedsværk per april. Det er 9 månedsværk høyere enn i fjor. Tallene i 2019 er ikke sammenlignbare med fjoråret, da bemanningen på den nye avrusningsenheten var fulltallig først i mars måned 2018. Trekker vi ut avrusningen begge årene så er forbruket redusert fra 2925 til 2922 månedsværk. Sett opp mot budsjetterte antall årsværk, så er det per april et overforbruk på 2,7 %. Eksternt finansierte og ikke budsjetterte årsværk utgjør 12 av disse.

Andelen variabellønnede per april 2019 er 7,3 %, og det er 0,4 % - poeng lavere enn i fjor.

Økonomi

Sykehuset Telemark rapporterer et positivt driftsresultat på 2,4 millioner kr. per april, som er 7,6 millioner kr. svakere enn periodisert styringsmål. Regnskapsresultatet forbedres med 1 mill. kr. og budsjettavviket forverres med 1,5 mill. kr. i april.

Det negative budsjettavviket er relatert til resultatene i klinikkene, som oppnår noe svakere DRG-resultater enn budsjettert i perioden. Dette skyldes færre innleggelser i perioden. Det registreres en forsinket effekt av planlagte forbedringstiltak i klinikkene, som vil kompenseres senere i året.

Kjøp og salg av helsetjenester bidrar positivt til driftsresultatet, men risikoen for større variasjoner i kostnadsnivå ut året er stor. Det er usikkerhet knyttet til sammenhengen av periodiseringen på kostnads- og inntektssiden for H-reseptor samt effekten av TFG aktiviteten.

Lønnskostnadene er høyere enn budsjettert. Dette kan til en viss grad forklares med uløste innsparingskrav i klinikkene som er budsjettert som reduksjon i fast lønn (og årsværk) – det er vurdert

at mulighetsrommet for effektivisering og innsparing er knyttet til reduserte personellkostnader. Det er også høyt forbruk av overtid og ekstrahjelp på enkelte sengeposter, knyttet til høyt belegg og til dels svært tunge pasienter.

Regnskapsresultat pr. april 2019	regnskap	budsjett	avvik	Budsjett	Prognose	avvik
	april	april	april	2019	2019	2019
Basisramme	812 794	812 794	0	2 366 779	2 366 779	-
Kvalitetsbasert finansiering	5 580	5 580	-	16 741	16 741	-
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	268 912	276 063	-7 151	803 331	803 331	-
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	56 579	58 538	-1 959	173 385	173 385	-
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	18 768	17 829	939	49 997	51 265	1 268
ISF fritt behandlingsvalg	-	-	-	-	-	-
ISF refusjon pasientadministrerte legemiddel (H-resepter)	25 900	26 792	-892	66 981	66 981	-
Utskrivningsklare pasienter	4 902	4 520	383	13 559	13 559	-
Gjestepasienter	6 059	7 220	-1 161	21 352	21 352	-
Konserninterne gjestepasientinntekter	27 133	25 908	1 225	76 853	76 853	-
Polikliniske inntekter	32 511	29 389	3 122	86 386	93 386	7 000
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	-	-	-	-	-	-
Andre øremerkede tilskudd	3 987	3 936	52	11 807	11 807	-
Andre driftsinntekter	92 186	90 179	2 006	274 988	278 988	4 000
SUM DRIFTSINTEKTER	1 355 311	1 358 749	-3 437	3 962 159	3 974 427	12 268
Kjøp av offentlige helsetjenester	10 793	14 583	3 791	43 750	38 750	5 000
Kjøp av private helsetjenester	32 186	32 285	98	100 027	100 027	-
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	157 100	165 851	8 751	497 261	483 261	14 000
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	8 493	4 749	-3 743	11 688	16 688	-5 000
Konserninterne gjestepasientkostnader	91 084	91 357	273	271 267	271 267	-
Lønn til fast ansatte	628 165	618 942	-9 222	1 778 611	1 788 611	-10 000
Overtid og ekstrahjelp	34 403	25 506	-8 897	76 692	92 692	-16 000
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	119 946	111 927	-8 020	321 647	344 693	-23 046
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-35 399	-34 177	1 222	-101 723	-101 723	-
Annen lønn	100 798	103 700	2 902	293 276	293 276	-
Avskrivninger	32 599	33 111	512	101 668	101 668	-
Nedskrivninger	-	-	-	-	-	-
Andre driftskostnader	185 782	185 401	-381	551 202	551 469	-268
SUM DRIFTSKOSTNADER	1 365 949	1 353 234	-12 715	3 945 364	3 980 678	-35 314
DRIFTSRESULTAT	-10 638	5 514	-16 152	16 795	-6 252	-23 046
Finansinntekter	5 732	5 254	478	15 490	15 490	-
Finanskostnader	753	768	16	2 285	2 285	-
FINANSRESULTAT	4 979	4 486	493	13 205	13 205	-
(ÅRS)RESULTAT	-5 659	10 000	-15 659	30 000	6 954	-23 046
Pensjonskostnader	8 020	-	8 020	-	23 046	23 046
RESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER	2 361	10 000	-7 639	-	30 000	-

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

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

Klinikkene

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

Kirurgisk klinikk har et budsjettavvik på – 11,2 millioner kroner per april, som er en forverring på – 3,3 millioner kroner siden forrige periode. Avviket skyldes hovedsakelig lav aktivitet (-3 millioner), samt uløst budsjettutfordring for perioden (1,3 millioner). Klinikken jobber aktivt med å identifisere

tiltak for å løse årets totale uløste utfordring på 14,6 millioner. Det er foreløpig identifisert tiltak for 6,5 millioner.

Resultater pr. klinikk vises i tabellen under:

BUDSJETTAVVIK per april 2019	lønn	andre driftskostnader	driftsinntekter	Sum	herav effekt forbedringstiltak	herav øvrig drift
Kirurgi	-5 024	-642	-5 581	-11 247	-3 239	-8 009
Medisin	-7 660	1 268	643	-5 749	-1 037	-4 712
Barne- og ungdomsklinikken	11	-757	726	-21	-235	214
Akutt og beredskap	-3 779	-3 198	676	-6 301	-908	-5 392
Medisinsk serviceklinikk	3 748	-2 126	1 718	3 341	-250	3 591
Psykiatri og rus	-2 243	-230	1 919	-555	538	-1 093
Service og systemledelse	-340	-898	1 254	16	-179	195
SUM klinikker	-15 287	-6 583	1 355	-20 516	-5 311	-15 205
Administrasjon	1 956	-836	647	1 767	-	1 767
Kjøp og salg av helsetjenester		12 311	-9 803	2 509		2 509
- biol.legemidler og kreftmidler		12 609	-9 664	2 946		2 946
- somatikk		991	821	1 812		1 812
- psykiatri og TSB		-1 289	-960	-2 249		-2 249
Felles poster	-666	4 905	4 362	8 601	0	8 601
Budsjettavvik per april	-13 997	9 796	-3 438	-7 639	-5 311	-2 328

Medisinsk klinikk har et negativt avvik på -5,7 millioner kroner per 4 måneder som i all hovedsak er knyttet til lønnskostnader. Noe av lønns-merkostnadene er knyttet til klinikkens uløste utfordringer i 2019-budsjettet. Klinikken jobber med å identifisere tiltak for å løse årets uløste utfordring på 4,6 millioner kroner, men foreløpig foreligger ingen konkrete løsninger. Klinikken har for tiden et høyere antall leger enn budsjettet. Klinikken jobber med å tilstrebe samsvar mellom faktiske og budsjetterte legeårsværk. Det har i vinter vært et høyt pasientbelegg på de fleste sengepostene, noe som har gitt merkostnader utover budsjettet nivå. Vanligvis har pasientbelegget avtatt noe fra april, men i år har belegget i april vært hele 98 %. Varekostnadene, deriblant forbruk av dyre legemidler innen kreftbehandling, har per 4 måneder vært noe lavere enn budsjettet. Den polikliniske aktiviteten har vært høyere enn budsjettet; noe som har resultert i høyere inntekter fra egenandeler enn budsjettet.

Driftsresultatet per april i **Barne- og ungdomsklinikken** viser om lag balanse. Høye ISF-inntekter og innsparinger grunnet vakanser i barne- og ungdomspsykiatrien oppveier for innleie av behandlere, samt lavere inntekter og merforbruk på lønn i barne- og ungdomsmedisin.

Akutt og beredskapsklinikken har et resultat per april på -6,3 millioner kroner. Det er avvik på både lønn, innleie, medikamenter og varer. Hovedårsaken til dette er svært høy aktivitet på intensiv første kvartal. Aktivitet og resultat på intensiv i april er som planlagt.

Planlagte endringer på FOVA/Mottak på Notodden er under arbeid og krever ombygging- tidligst fullt implementert 3.kvartal. Samdrift av 1.og 2.etg i helger er startet.

Prehospital avdeling har varierende resultat fra måned til måned, med stort avvik i januar, der noe skyldes etterslep av variabel lønn fra desember.

Sykefraværet i klinikken er nå på 7,16 % (per mars fra HR-kuben). En bedring i april; GAT-tallene i april viser 5,32 %. Målet er 5% i løpet av året.

Medisinsk serviceklinikk har et overskudd per april på 3,3 millioner kroner. Inntektene er høyere enn budsjett pga høy aktivitet innen medisinsk genetikk og medisinsk biokjemi som mer enn oppveier for negativt budsjettavvik innen radiologi. Innsparinger på lønnskostnader grunnet vakanser i flere av avdelingene mer enn dekker opp for innleie av radiologer.

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling leverer et negativt budsjettavvik på 0,6 millioner kroner per april. Klinikken har hatt høy aktivitet hittil i år sammenlignet med fjoråret ISF-inntektene ligger 0,2 millioner bedre enn budsjettet. Andre pasientrettede inntekter er 0,6 millioner høyere enn budsjettet.

Driften på Psykiatrisk sykehusavdeling er fremdeles utfordrende, da spesielt på akuttposten 19A og på UPS. Pasienttrykket har vært, og er fremdeles veldig høyt. Det er særdeles ressurskrevende enkeltpasienter innlagt. Avdelingen viser per april et negativt resultat på 2,6 millioner. I tillegg er det i klinikken fire innleide leger som gir store økonomiske utfordringer. Både DPS øvre og nedre Telemark leverer positive budsjettavvik, noe som reduserer det negative avviket betraktelig.

Service- og Systemledelse avsluttet første tertial 2019 nærmest i balanse, med et resultat på 15.000kr i pluss. Det er til dels store svingninger mellom avdelingene, noen av dem forårsaket av periodiseringseffekter mens noen andre kan fortsette utviklingen framover, noe som betyr at SSL kan snu til minus i andre tertial. Spesielt BHM og insulin er viktig å nevne her. Klinikken har fortsatt en del uløste merverdikrav 2019 (nedbemanning lageret, effektivisering ernæring) som kanskje ikke kommer til å bli innfridd med helårseffekt. Pasientreiser holder balanse, noe som er svært positiv gitt usikkerheten rundt nye kontrakter. Der jobbes det aktivt med til å holde balanse ut året. Eiendomsdrift må forholde seg til økte kostnader pga. større vann- og gassforbruk. Siden dette primært er en økning av mengde og ikke pris foregår dypere analyser for å finne årsaken til dette. SSL bruker 9 årsverk over budsjett, som kommer pga sykefravær og manglende nedbemanning i forhold til planlagt budsjett. Estimat for året er et budsjett i balanse med usikkerhetsfaktorene pasientreiser og BHM/insulin som kan påvirke dette målet i negativ retning.

Administrasjonen har et positivt budsjettavvik på 1,8 millioner kroner per april grunnet lavere kostnader og høyere inntekter enn budsjettet.

Felles: Positivt avvik har sammenheng med risikobufferen i budsjettet.

Tertialvise forhold

Forskning

Interne midler

De interne forskningsmidlene ble fordelt til 4 nye PhD-prosjekter som igangsettes i 2019. 3 prosjekter fikk forskningsmidler til videre planlegging av PhD-prosjekter med oppstart i 2020. 3 nye postdok/PhD-prosjekter gjennomføres med forskningsmidler som er testamentert til STHF. Vi har derfor nådd målsetningen med å rekruttere nye forskere til nye PhD-prosjekter. Det planlegges en egen utlysning av forskningsmidler for etablering av forskningsgrupper i 2019. Målet er at alle forskningsprosjekter skal være tilknyttet en forskningsgruppe i løpet av 2019. Som et resultat av flere vitenskapelige artikler og flere avlagte doktorgrader de siste årene, har de interne søkbare forskningsmidlene økt med 500 000.

Utlysningen av interne forskningsmidler for 2020 er økt til 5,5 millioner. Femten søknader fordelt på de tre kategoriene: PhD-stipend, forskerstipend (tilsvarer postdoktorstipend) og åpen prosjektstøtte behandles nå av forskningsutvalget og ekstern bedømmelseskomite. Prosjektene bedømmes etter samme kriterier som benyttes i HSØ og det er innført nytt krav om forankring av prosjektene i klinikk.

Eksterne midler:

Vi har mottatt 500 000 i strategiske forskningsmidler fra HSØ, 0,4 millioner kroner fra ALS-Norge og 1,3 millioner kroner fra regionale midler til tjenesteinnovasjonstiltak.

Det er nedfelt en arbeidsgruppe som jobber med å tilpasse infrastruktur og prosedyrer for forskning til ny personvernforordning.

Vi har inngått brukeravtale med regionalt redelighetsutvalg for forskning.

Pasientsikkerhetsprogrammet

Pasientsikkerhetsprogrammet 2015-2018 videreføres i 2019 med en nasjonal overbygning for pasientsikkerhet i regi av Helsedirektoratet under navnet I trygge hender 24/7. Sykehuset Telemark viderefører innsatsen av de allerede etablerte innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet, og følger samtidig de føringene som er lagt til grunn i den overordnede planen; Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

Alle innsatsområder i pasientsikkerhetsprogrammet relevante for Sykehuset Telemark er nå implementert. Deltagelse i Læringsnettverket «tidlig oppdagelse og behandling av sepsis på sengepost» fortsetter med siste samling i september 2019. Kartlegging av innsatsområdet trygg utskrivning er gjennomført ved sykehuset, og det er rettet et økt fokus rundt utskrivingsprosessen og pasienten som likeverdig part. Ledelse av pasientsikkerhet er et kontinuerlig fokusområde, og det er gjennomført 3 pasientsikkerhetsvisitter i første tertial. Oppfølgingen av pasientsikkerhetsvisittene vil bli gjennomgått og diskutert i foretakets Kvalitet og pasientsikkerhetsutvalg (KPU).

Sykehuset opplever fortsatt et utfordringsbilde ved opprettholdelse av fokus på alle de ulike innsatsområdene i en travel klinisk, og økonomisk utfordrende hverdag. Det er derfor knyttet spenning

til de nye innsatsområdene som er planlagt annonsert for 2019, og det planlegges en fagdag for hele sykehuset på høsten 2019 med tema og fokus på pasientsikkerhet og smittevern.

Sykehuset fortsetter sin målrettede innsats for å kontinuerlig bedre pasientsikkerheten på de tjenestene som leveres, og sykehuset vil derfor videreføre sitt store fokus på pasientsikkerhet.

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.

Nedenfor følger en tabell som kortfattet viser status for tilsyn første tertial 2019 med status for oppfølging.

	Tilsyns-organ	Enhet i organisasjonen	Tema	Funn	Handlingsplan/tiltak	Status	Sak
Okt 2017 – jan 2018	Konsern-revisjon	STHF	Om det er etablert en hensiktsmessig, overordnet styrings- og forvaltningsmodell for GAT i hele foretaksgruppen, og om denne fungerer etter hensikten.	3 anbefalinger	Presentert i egen styresak 23.05.2018	Oppfølging pågår. Oppfølging i samarbeid med HSØ for å se i sammenheng med felles regional standard.	
Vår 2018	Arbeids-tilsynet	Avd. for pre-hospitale tjenester, ambulanse tjenesten	Temaet for tilsynet var følgende: <ul style="list-style-type: none"> - Risikovurderinger - Smittevern og hygiene - Ergonomi (løft, hjelpemidler etc.) - Vold og trusler - Stasjonene (utforming, innhold, hvilerom, garderober, oppholdsrom etc.) - Bruk av BHT 	Det er gitt pålegg på 5 områder: <ol style="list-style-type: none"> 1) Ergonomi/manuelt arbeid 2) Vold og trusler 3) Smitte og smittevern 4) Plan for bruk av BHT 5) Arbeidsbelastning (Skien) 	Plan for gjennomføring er sendt innen frist 01.03.19 og tiltak er gjennomført.	Arbeidstilsynet har godkjent gjennomføring av tiltak og lukket tilsynet i april 2019.	18/00479

	Tilsynsorgan	Enhet i organisasjonen	Tema	Funn	Handlingsplan/tiltak	Status	Sak
Mars 2018	Skagerak Energi	STHF	Tilsyn med EX-anlegg i fyrhus i B51	4 avvik vedr dokumentasjon og rutiner knyttet til eksplosjonsområder i fyrrommet	Det jobbes med lukking av avvikene.	Det er avklart ny lukkefrist med Skagerak Energi innen juni mnd.	
Sept 2018	DNV	ST	ISO 14001: 2015 Miljøledelse - resertifisering	Funn: Kategori 1 avvik: 1 Kategori 2 avvik: 5 Observasjoner: 17 Forbedringsmuligheter: 12	Handlingsplan oversendt DNV. Kategori 1 avviket lukket. Oppdater handlingsplan for resterende avvik sendt DNV.	Avventer tilbakemelding fra DNV.	
Sept 2018	Luftfartstilsynet		Skien helikopterplass	5 funn/avvik	Samtlige funn lukket	Tilsyn avsluttet	
Okt. 2018	Fylkesmannen i Telemark	Medisinsk klinikk, Avdeling Øvre Telemark Avdeling B	Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A – Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen	1 avvik: Manglende system for vurdering av samtykkekompetanse		Tiltak for lukking av avvik er gjennomført og rapport er sendt til fylkesmannen for godkjenning.	18/02 106
Okt. 2018	Fylkesmannen i Telemark	Medisinsk klinikk, Avdeling B	Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A – Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen	2 avvik: 1) Manglende system for vurdering av samtykkekompetanse 2) Det sikres ikke at det blir fattet vedtak når det gis tvungen somatisk helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse		Tiltak for lukking av avvik er gjennomført og rapport er sendt til fylkesmannen for godkjenning.	18/02103
Des 2018	Brannvesenet	Skien	Brannsikkerhet	To avvik: 1) Internkontroll 2) Rutinesvikt ved utskiftning av låssylindere		Begge avvik er lukket og tilsynet er avsluttet.	

	Tilsynsorgan	Enhet i organisasjonen	Tema	Funn	Handlingsplan/tiltak	Status	Sak
				og blokkering av branddør			
Jan 2019	DSB	STHF	Tilsyn innen elektromedisinsk utstyr, behandlingshjelpemidler og elektriske anlegg og utstyr	2 avvik	Tiltaksplan igangsatt og oversendt DSB.	Frist for tilbakemelding om tiltak til DSB er 2/5/19.	18/03705
Jan-mars 2019	Konsernrevisjonen	BUP	Likeverdige og forutsigbare helsetjenester – innføring av pakkeforløp	Det er i rapporten gitt 3 anbefalinger.	Handlingsplan er under utarbeidelse. Rapport vil presenteres i STHF's styre 19.6.19	Konsernrevisjonen følger forbedringsarbeidet gjennom møter med sykehusledelsen.	
Mars 2019	Juster vesenet	Kantiner Skien og Porsgrunn	Tilsyn med måleredskap og målinger.	Ingen avvik.		Tilsynet er lukket.	
Mars 2019	Arbeidstilsynet	Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling, avdeling 19A og 19B	Vold og trusler		Tiltak igangsatt.	Venter på tilsynsrapport	19/00779
April 2019	Arbeidstilsynet	Medisinsk klinikk, Seksjon Moflata 3. etg.	Arbeidsmiljølovens krav om å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade.		Tiltak igangsatt.	Venter på tilsynsrapport.	

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.

Hendelser som har ført til eller kunne ført til betydelig pasientskade skal etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 meldes til Meldeordningen i Helsedirektoratet. Det er vedtatt at meldeordningen for §3-3 hendelser vil opphøre fra 15.mai 2019. Alvorlige pasientrelaterte hendelser skal som tidligere varsles til Statens helsetilsyn etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a. Det er i tillegg innført en ny varselordning til statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) for alvorlige hendelser som skal gjelde fra 1. mai 2019. Inntil videre sendes varsel om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn som videresender opplysningene til Ukom. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.

Sykehuset har i flere år arbeidet systematisk med hendelsesanalyse etter alvorlige hendelser.

Frem til at sykehuset har et nytt og mer funksjonelt forbedringssystem på plass vil det være behov for manuell oppfølging av uønskede hendelser og klagesaker for å statistikk, analyse og rapportering. Fra 2019 er det derfor igangsatt et arbeid for å klassifisere uønskede hendelser etter det nasjonale klassifikasjonssystemet for uønskede hendelser. Dette vil gi sykehuset et bedre grunnlag for å få oversikt over hva de uønskede hendelsene gjelder og slik gi bedre oppfølgingsmulighet.

	Pasient-hendelser	Pasienthendelser meldt til Helsedirektoratet (§ 3-3)	Pasienthendelser varslet til Statens helsetilsyn (§ 3-3a)
Resultat 2016	1039	462	25
Resultat 2017	923	347	19
Resultat 2018	934	403	22
1. tertial 2019	346	141	8

Det er mottatt totalt 121 pasientklager i 1. tertial 2019. I denne sammenheng omfatter klagesaker klage fra pasient/pårørende (inkl. Pasient- og brukerombudet), hendelsesbaserte tilsynssaker og krav om erstatning til Norsk pasientskadeerstatning.

Klagesaker er en viktig kilde til informasjon om kvaliteten på tjenestene som ytes. Informasjon om og fra klagesaker skal benyttes som ledd i planlegging, gjennomføring og evaluering av aktivitetene ved helseforetaket.

	Klage fra pasient /pårørende inkl. pasient- og brukerombudet	Hendelsesbaserte tilsyns-saker	Krav om erstatning til NPE	Annet	Sum total
Resultat 2016	157	51	121	12	333
Resultat 2017	133	29	122	13	280
Resultat 2018	138	45	131	16	330
1. tertial 2019	71	12	36	2	121

GDPR (General Data Protection Regulation)

Sykehuset Telemark samarbeider med foretaksgruppen for å etterleve ny personvernlovgivning gjennom ny EU-forordning GDPR (General Data Protection Regulation), som trådte i kraft 20. juli 2018. Nytt lovverk innebærer en skjerping av kravene til informasjonssikkerhet og personvern. Det er et krav at behandlingsansvarlig skal ha oversikt over all behandling av personopplysninger. STHF holder fortsatt på å kartlegge dette. Protokoll over behandlingsaktiviteter er under arbeid, og forventes ferdigstilt innen 15. juni.

Det regionale ledelsessystemet for informasjonssikkerhet er oppdatert og i samsvar med endringene i GDPR. Dokumentene er imidlertid ikke implementert i sykehusets kvalitetssystem.

Konsernrevisjonen hadde en gjennomgang i oktober på sykehusets arbeid med GDPR, en såkalt rådgivningsrevisjon. Rapport på status ble overlevert 13. februar 2019. Plan for oppfølging av revisjonen vil fremlegges for ledergruppen før sommerferien.

For å styrke arbeidet med personvern ved sykehuset er rollen som Personvernombud skilt fra rollen som informasjonssikkerhetsleder med virkning fra april.

Virksomhetsrapport

April 2019

Innhold

1. Hovedmål

2. Pasient

3. Bemanning

4. Aktivitet

5. Kvalitetsindikatorer

6. Økonomi

7. Klinikker

1. Oppsummering

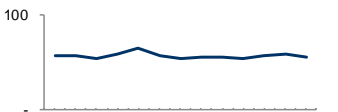
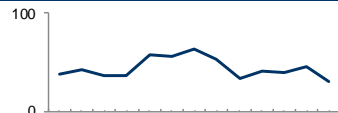
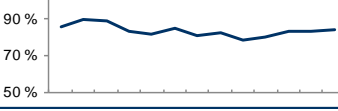



Oppsummering

april 2019

Sykehuset Telemark	Faktisk HIÅ	Budsjett HIÅ	Avvik HIÅ	HIÅ 2018	Årsestimat	Årsbudsjett	Avvik
Kvalitet per måned							
Ventetid påstartet, denne periode	55			53			
Ventetid ventende, denne periode	59			61			
Antall fristbrudd påstartet, denne periode	27			42		0	
Antall fristbrudd venter, denne periode	31			30		0	
Aktivitet							
ISF-poeng somatikk							
"Sørge for" (døgn, dag og polkl.)	14 578	14 986	-408	14 459	43 746	43 746	-
Legemidler	1 160	1 200	-40	1 308	3 000	3 000	-
Totalt antall ISF poeng "sørge for"	15 738	16 186	-448	15 725	46 746	46 746	-
Utført eget HF/Sykehus	14 546	14 956	-410	14 420	43 646	43 646	-
ISF-poeng Psyk							
Voksenpsykiatri og TSB	3 207	3 165	42	3 228	9 100	9 077	23
Barne- og ungdomspsykiatri	3 624	3 335	289	3 122	9 562	9 150	412
Polikliniske konsultasjoner							
Somatikk	57 734	57 088	646	56 956	169 400	169 400	-
VOP	18 515	18 365	150	18 524	53 000	52 650	350
BUP	10 961	10 242	719	9 553	29 300	28 100	1 200
TSB	4 005	4 412	-407	4 223	12 000	12 650	-650
Bemanning							
Brutto månedverk	2 949	2 867	-82	2 940	2 974	2 920	54
Innleie helsepersonell	7 244	4 749	-2 495	5 112	14 147	14 147	-
Lønn til fast ansatte	626 375	618 942	-7 433	602 107	1 720 521	1 720 521	-
Overtid og ekstrahjelp	35 047	25 506	-9 541	31 996	91 701	91 701	-
Sykefravær (forrige måned)	7,48			8,02			
Økonomi (hele tusen)							
Driftsinntekter	1 355 311	1 358 749	-3 437	1 280 678	3 974 427	3 962 159	12 268
Driftskostnader	1 365 949	1 353 234	-12 715	1 279 077	3 980 678	3 945 364	-35 314
Netto finansresultat	4 979	4 486	493	3 334	13 205	13 205	-
Pensjon	8 020	-	8 020	-16 518	23 046	-	23 046
Årsresultat	2 361	10 000	-7 639	-11 583	30 000	30 000	-0

Regionale hovedmål

Hovedmål	Mål 2019	Utvikling siste	Status	Resultat	Resultat
		12 mnd	2017	2018	apr.19
Gjennomsnitt ventetid somatikk redusert til 60 dager. Ordinært avviklede pasienter.	50		57	55	55
Pasienten opplever ikke fristbrudd (påstartet)	Antall brudd		30	34	31
	Andel av med frist		1,0 %	1,3 %	1,0 %
Pasienten får bekreftelse og tidspunkt for behandling i samme brev	100%		84 %	78 %	84 %
Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer	Årsresultat		-12,9 mill	8,9 mill	2,4 mill
	Budsjettavvik		12,1 mill	-21,1 mill	-7,6 mill
Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3%	3%	Siste måling februar 2019	2,8 %	3,8 %	4,3 %
Alle medarbeider involveres i oppfølging av medarbeider-undersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet	100%	Siste måling vår 2019	87 %	86 %	86 %
Korridorpasienter	0 %		0,6 %	0,7 %	1,4 %

1. Oppsummering



Ventetider avviklet i april måned er noe usikre tall da DIPS har gjort enkelte feil i rapportene sine som ikke blir korrigert før i slutten av mai måned.

Prioriteringsregelen - status hittil i år	Antall dager		% endring hittil i år 2018-2019						
	Ventetider påstartet		Ventetider påstartet		Polikliniske konsultasjoner		Bemanning		
	April 2019	hittil '19	hittil '18	Somatikk	Psykiatri/TSB	Somatikk	Psykiatri/TSB	Somatikk	Psykiatri/TSB
STHF	54	54						0,3 %	
SOMATIKK	55	54	2 %		1 %			0 %	
BUP	29	48		-39 %		15 %			10 %
VOP	38	48		-22 %		0 %			-1 %
TSB	26	33		-22 %		-5 %			12 %
Endring pr klinikk	0	0							
(01) Kirurgisk klinikk	68	61	11 %		2 %			0 %	
(02) Medisinsk klinikk	41	44	-7 %		0 %			0 %	
(03) Barne- og ungdomsklinikken, somatikk	34	51	-34 %		4 %			-2 %	
(303) Avdeling for barn og unges psykiske helse	29	48		-39 %		15 %			4 %
(06) Akutt og beredskap	58	72	-19 %		-4 %			0 %	
(07) Medisinsk Serviceklinikk	40	88	-54 %		8 %			2 %	
(09) Klinikk for psykisk helsevern, VOP	38	48		-22 %		0 %			-1 %
(09) Klinikk for psykisk helsevern, TSB	26	33		-22 %		-5 %			12 %
(13) Service og systemledelse								-1 %	
(15) Administrasjon								1 %	

Fotnote: Påstartet = Avviklet

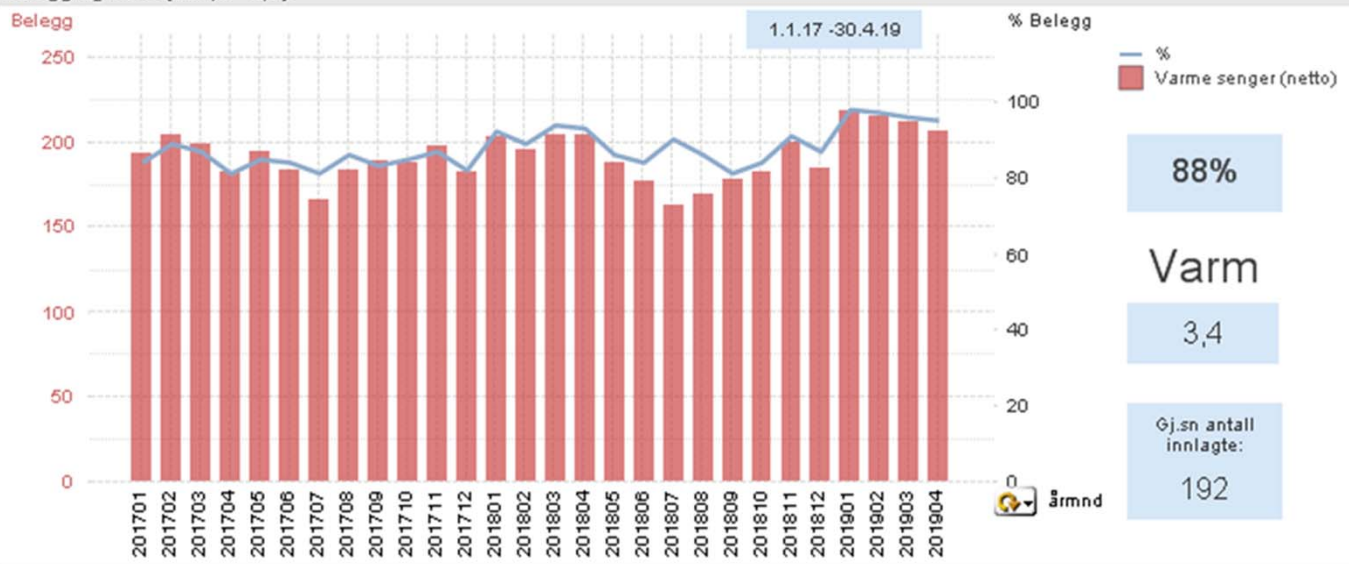
Fotnote: Kostnadene er eks. avskrivninger, legemidler og pensjon

Senger i bruk per somatisk sengepost.
Tekniske poster utelatt.
Tatt ut 5/5-19.

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

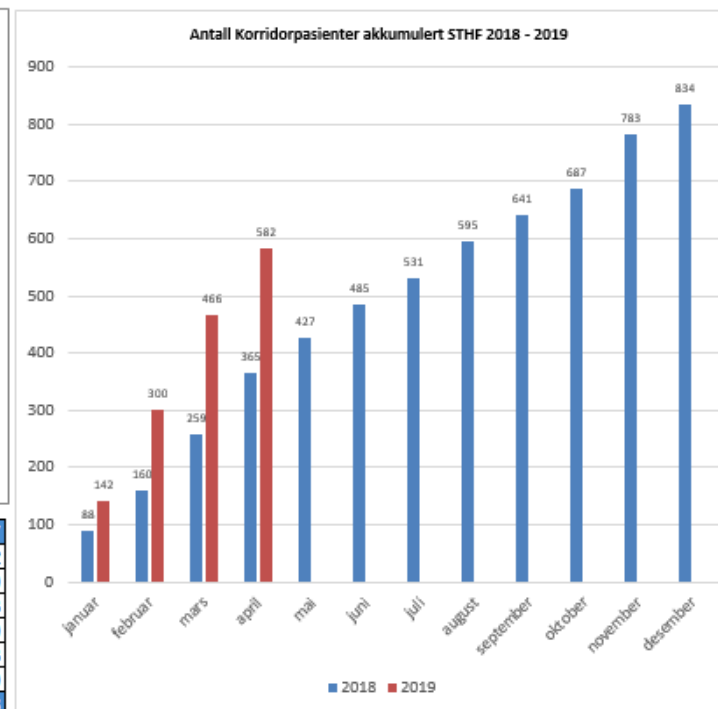
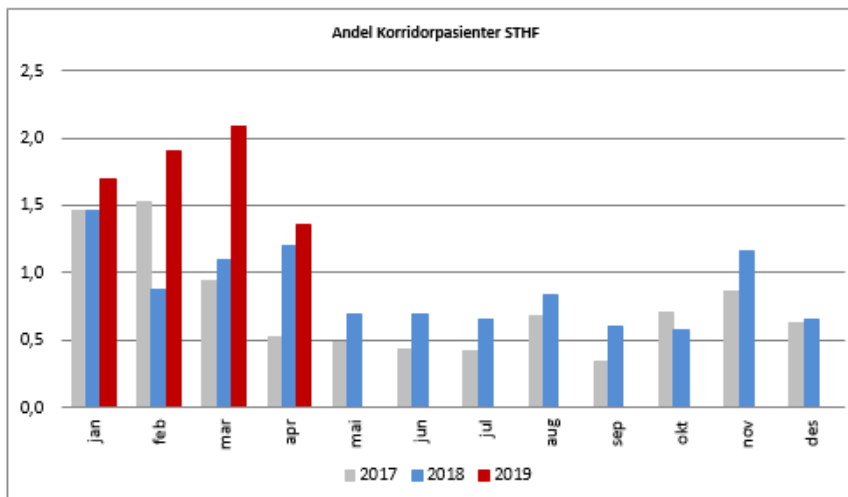
Senger i bruk per post						
1.4.19 -30.4.19						
Post	Postopphold	Varme senger 2016	Varme senger (netto)	Senger	%	/Vakt
	2992			218	95%	
Kirurgisk post Notodden	238			13	107%	0,0
Ortopedisk post Skien	318			21	107%	0,0
Mage-Tarm post Skien	136			10	104%	0,0
Neurologi-slag-rehab Skien	227			21	102%	0,0
Infeksjon post Skien	89			10	100%	0,0
Lunge-geriatri Skien	165			20	99%	0,0
Hjerte-nyre-hormon Skien	315			26	98%	0,0
Kirurgen 1 - 1. etg Skien	582			22	96%	0,0
Blod-kreft post Skien	175			18	91%	0,0
Medisinsk post Notodden	305			26	90%	0,0
Gastro post Skien	322			25	88%	0,0
Kirurgen 1 - 3. etg Skien	120			10	10%	0,0

Belegg og vakt (191,6 - 0,0)

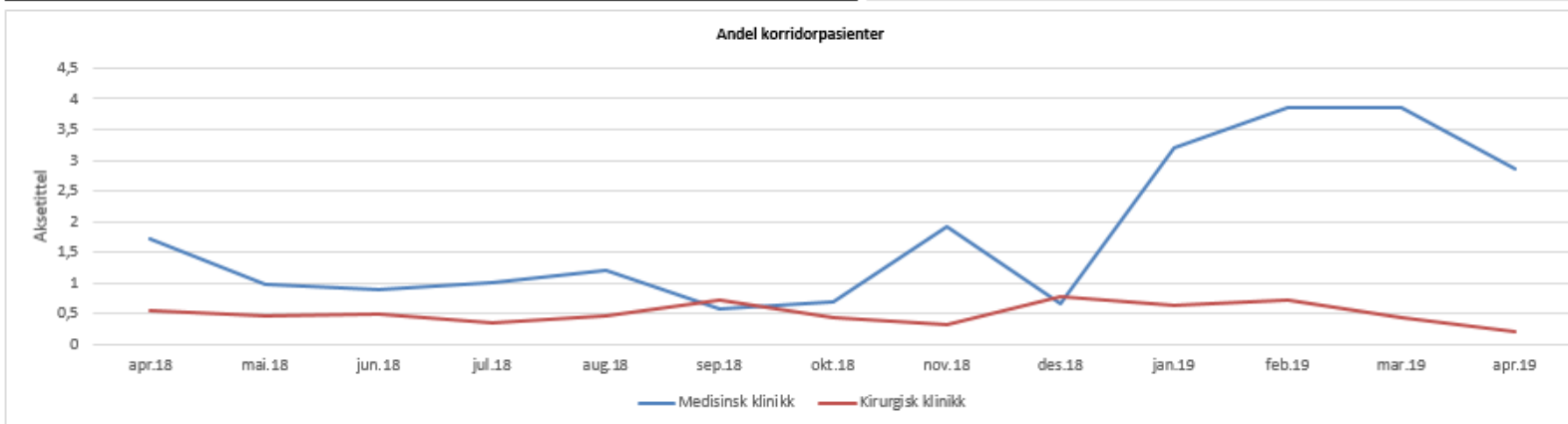


Senger i bruk for
somatiske sengeposter.
Tekniske poster utelatt.

Korridorpasienter



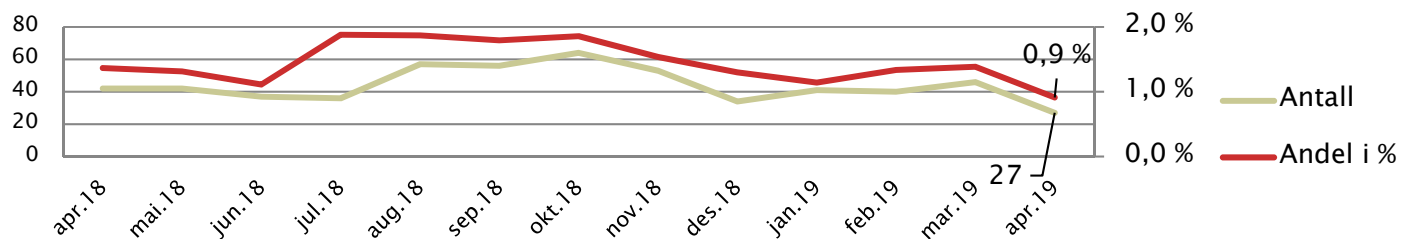
Antall korridorpasienter - somatik	Mars	April	HiÅ 2019	HiÅ 2018	HiÅ 2017
Kirurgisk klinikk	15	6	66	103	92
Medisinsk klinikk	150	110	515	258	300
Barne og ungdomsklinikk	0	0	0	4	3
Akutt og beredskaps klinikk	1	0	1	0	0
Medisinsk teknisk klinikk	0	0	0	0	3
Psykiatrisk klinikk	0	0	0	0	0
Sykehuset Telemark	166	116	582	365	398



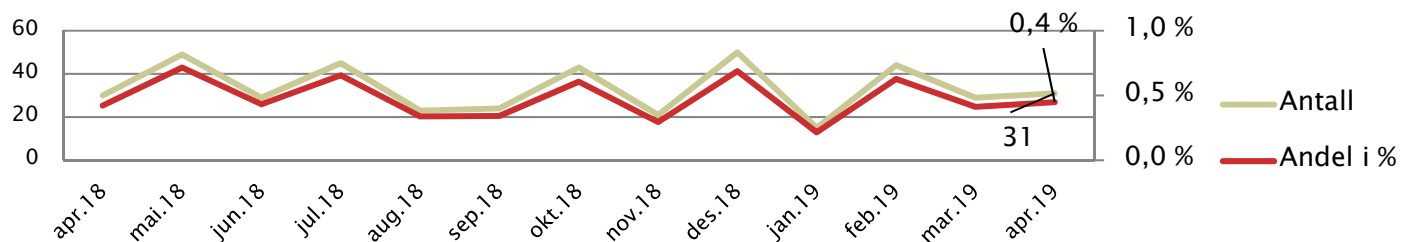
Pasient

Utvikling over tid for aktivitet i hele STHF alle omsorgsnivåer

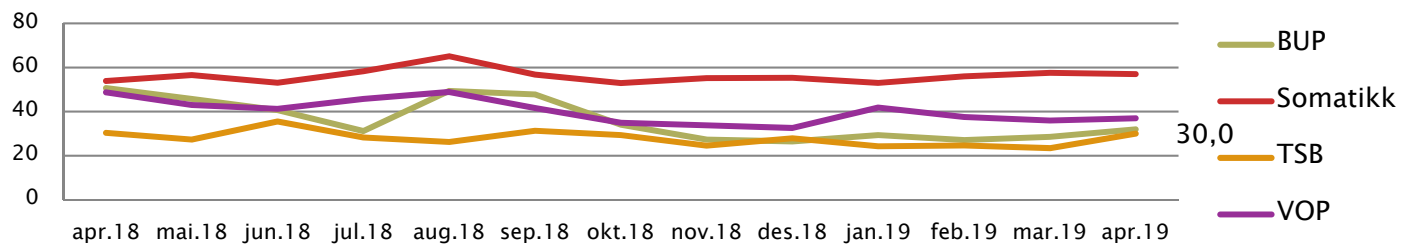
1. Antall/andel fristbrudd påstartet STHF.



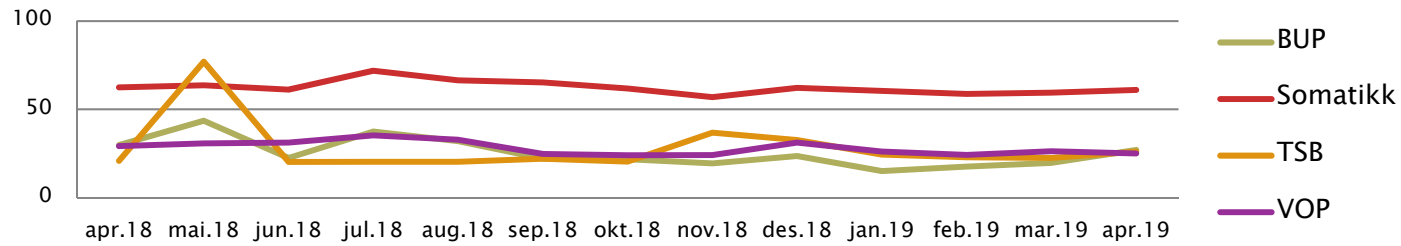
2. Antall/andel fristbrudd ventende STHF.



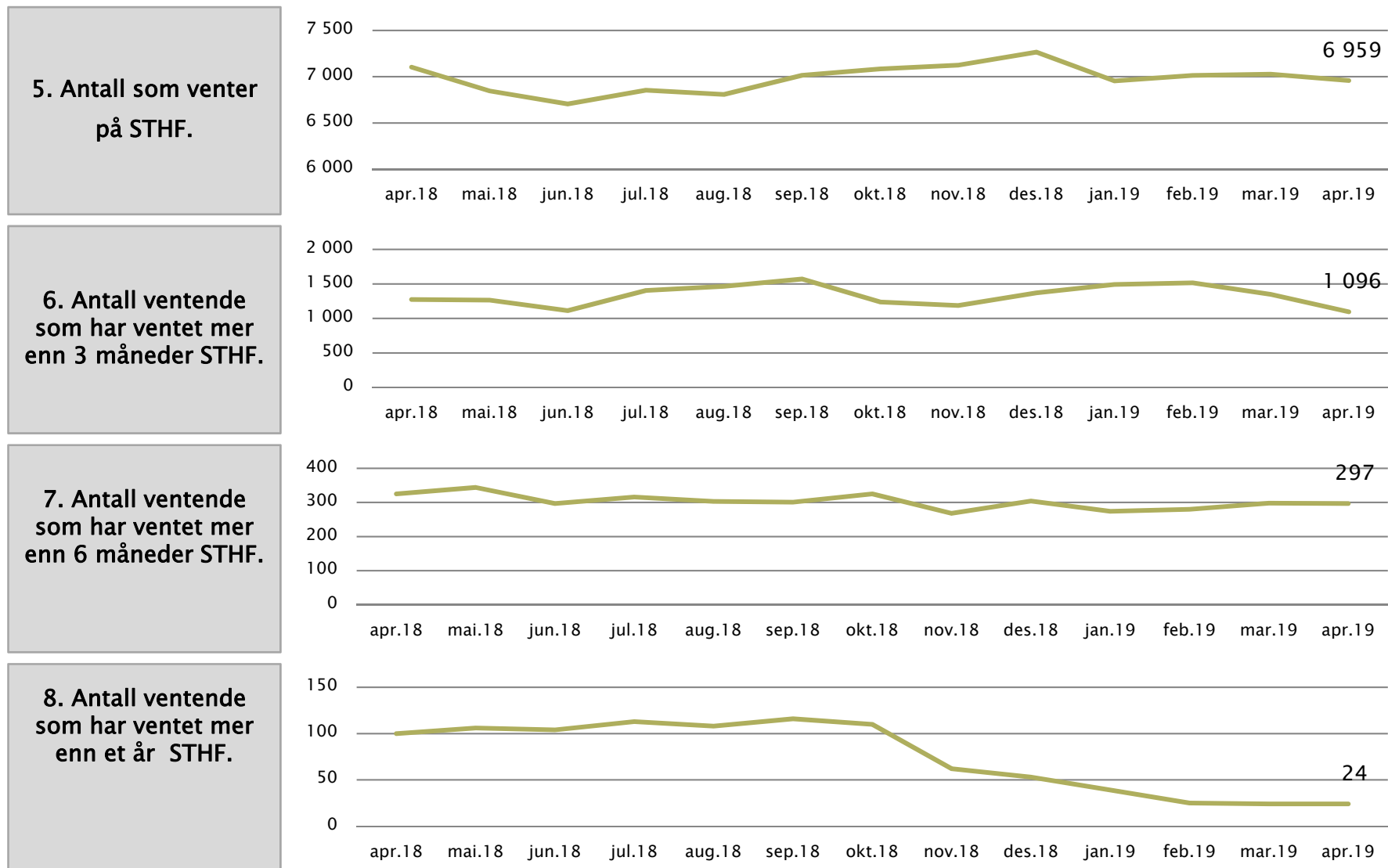
3. Gjennomsnittlig ventetid påstartet STHF



4. Gjennomsnittlig ventetid ventende STHF.

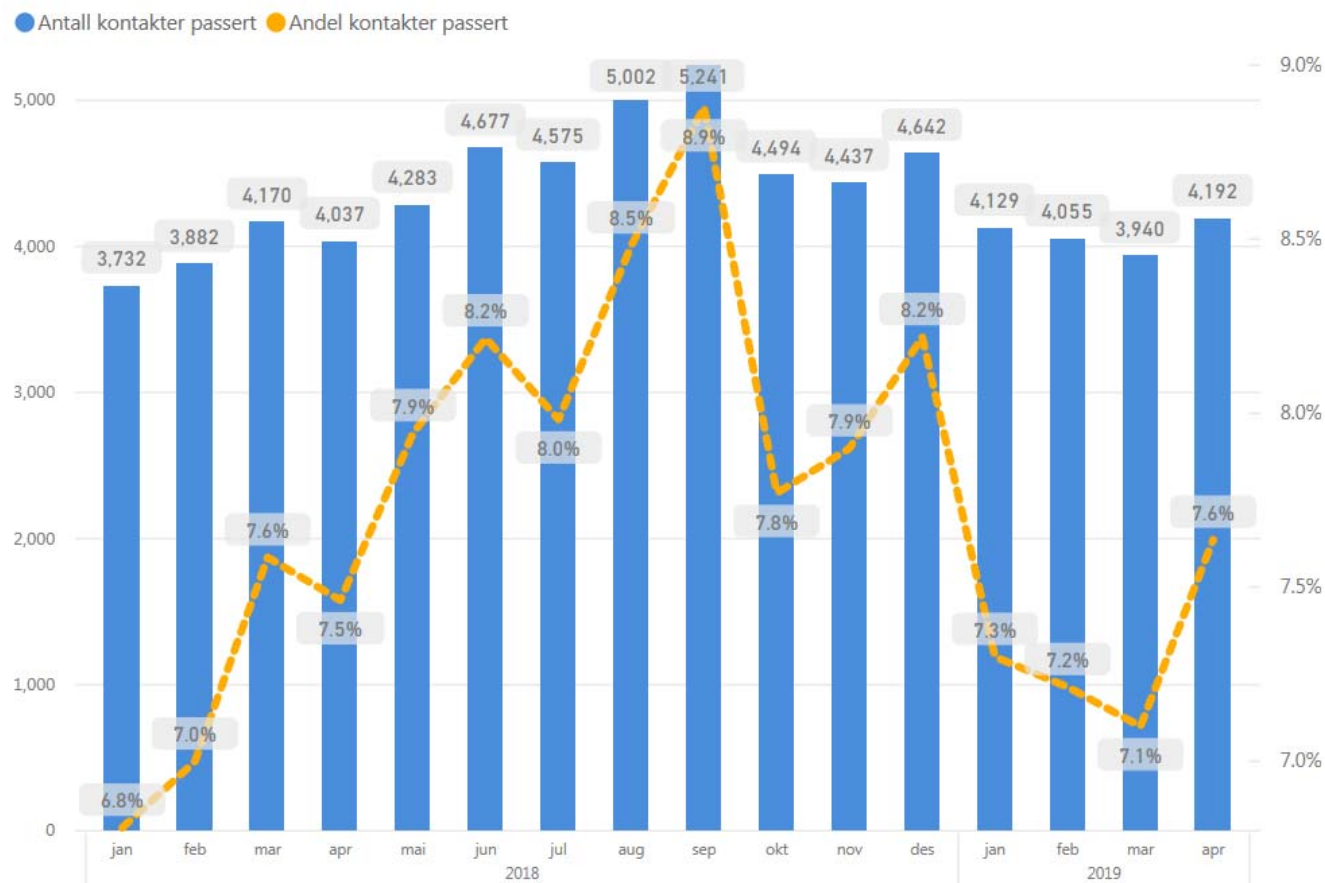


Paul Husmo, husp@sthf.no tlf:35 08 03 02

Utvikling over tid for aktivitet i hele STHF alle omsorgsnivåer


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

Utvikling «Passert planlagt tid»



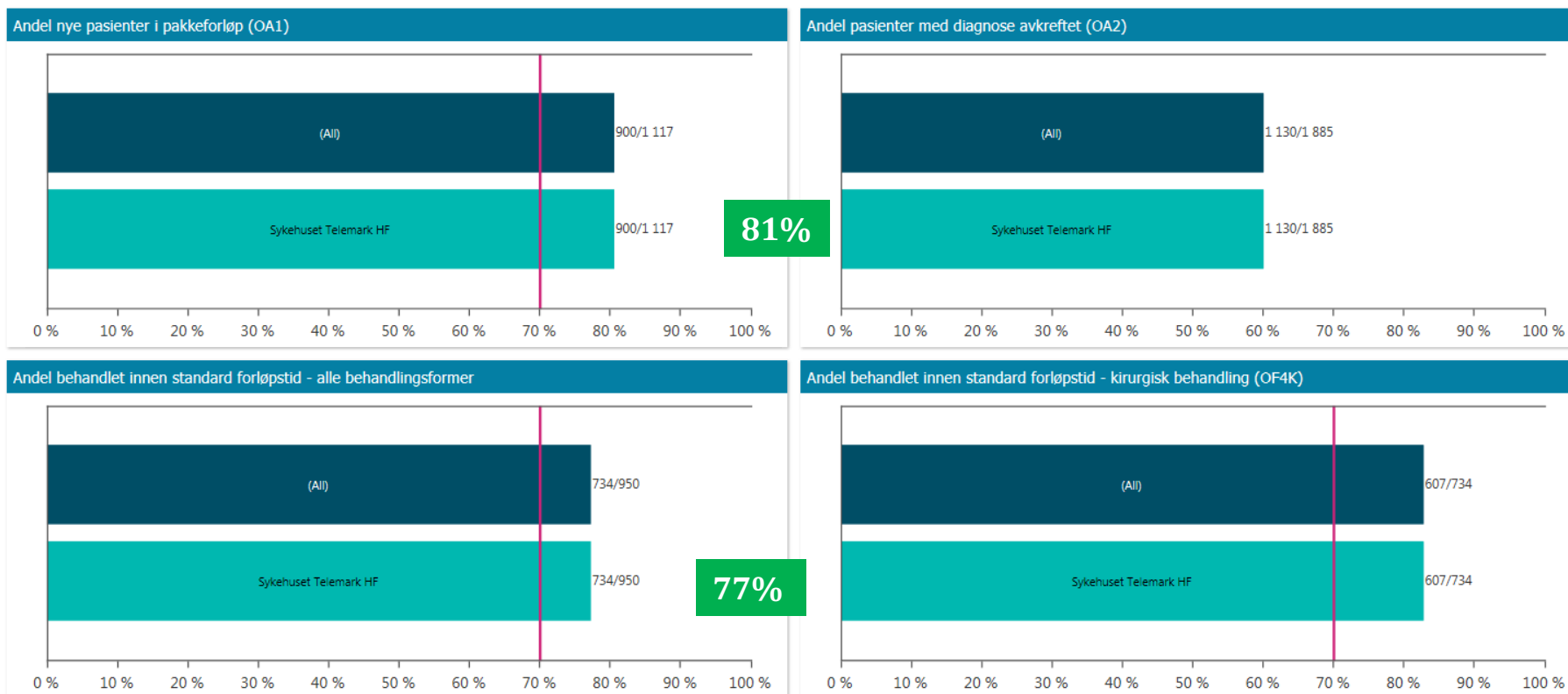
Fra Helse Sør-Øst's nettside <http://bit.ly/passertplanlagttid>
[Link](#)

Sammenligning pr April

Helseforetaksnavn	Antall planlagte kontakter	Kontakter ikke passert planlagt tid	Kontakter med passert planlagt tid	Andel passert planlagt tid
Akershus Universitetssykehus	142,941	127,202	15,739	11.0 %
Oslo Universitetssykehus	245,775	233,158	12,617	5.1 %
Sykehuset Innlandet	102,303	95,227	7,076	6.9 %
Sykehuset i Vestfold	90,266	83,877	6,389	7.1 %
Sørlandet Sykehus	112,136	101,660	10,476	9.3 %
Sykehuset Telemark	54,894	50,702	4,192	7.6 %
Sykehuset Østfold	107,288	92,178	15,110	14.1 %
Vestre Viken	152,456	139,274	13,182	8.6 %
Sunnaas Sykehus	4,870	4,397	473	9.7 %
Diakonhjemmet Sykehus	34,624	29,441	5,183	15.0 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	35,864	33,115	2,749	7.7 %
Betanien Hospital	9,190	7,676	1,514	16.5 %
Martina Hansen Hospital	14,782	13,859	923	6.2 %
Revmatismesykehuset Lillehammer	4,924	3,676	1,248	25.3 %
Totalt	1,112,313	1,015,442	96,871	8.7 %

Pakkeforløp Kreft

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



Kilde: NPR

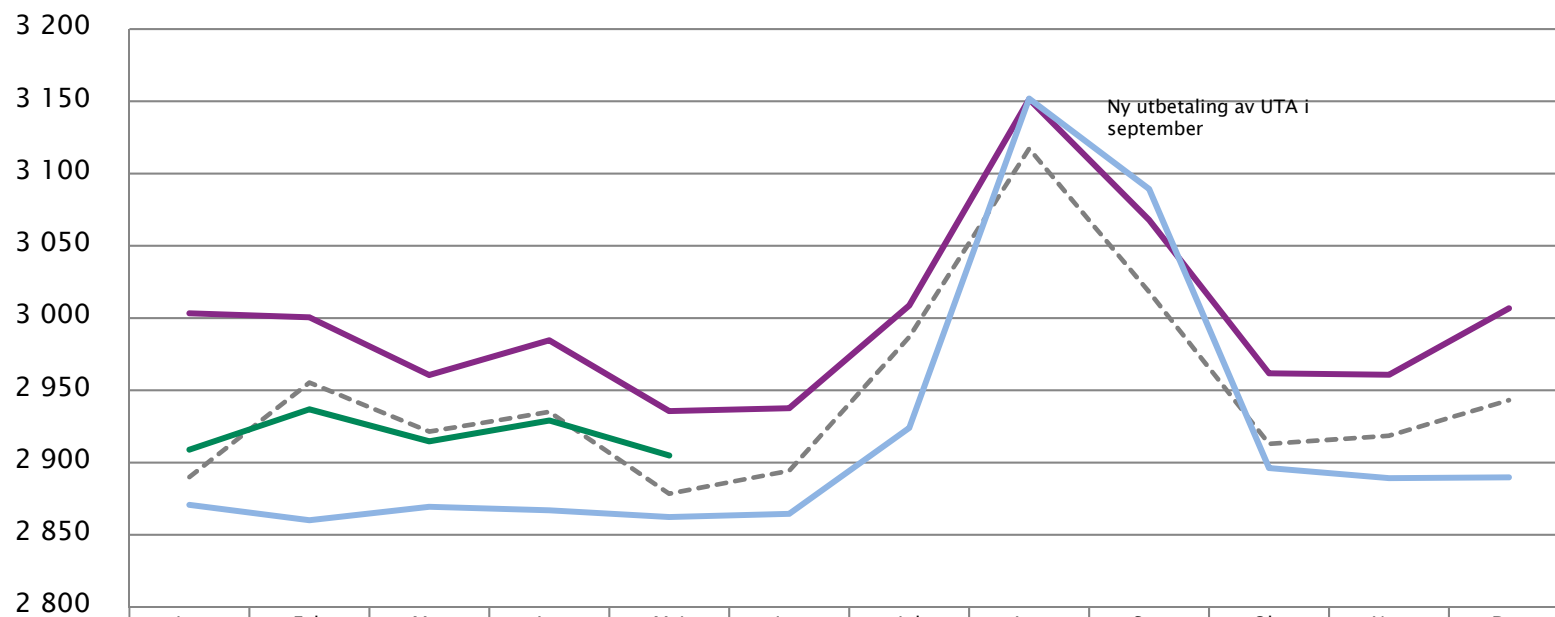
Periode: april-18 til mars-19





Oppdaterte tall finnes på :

<https://statistikk.helsedirektoratet.no>

Bemanning

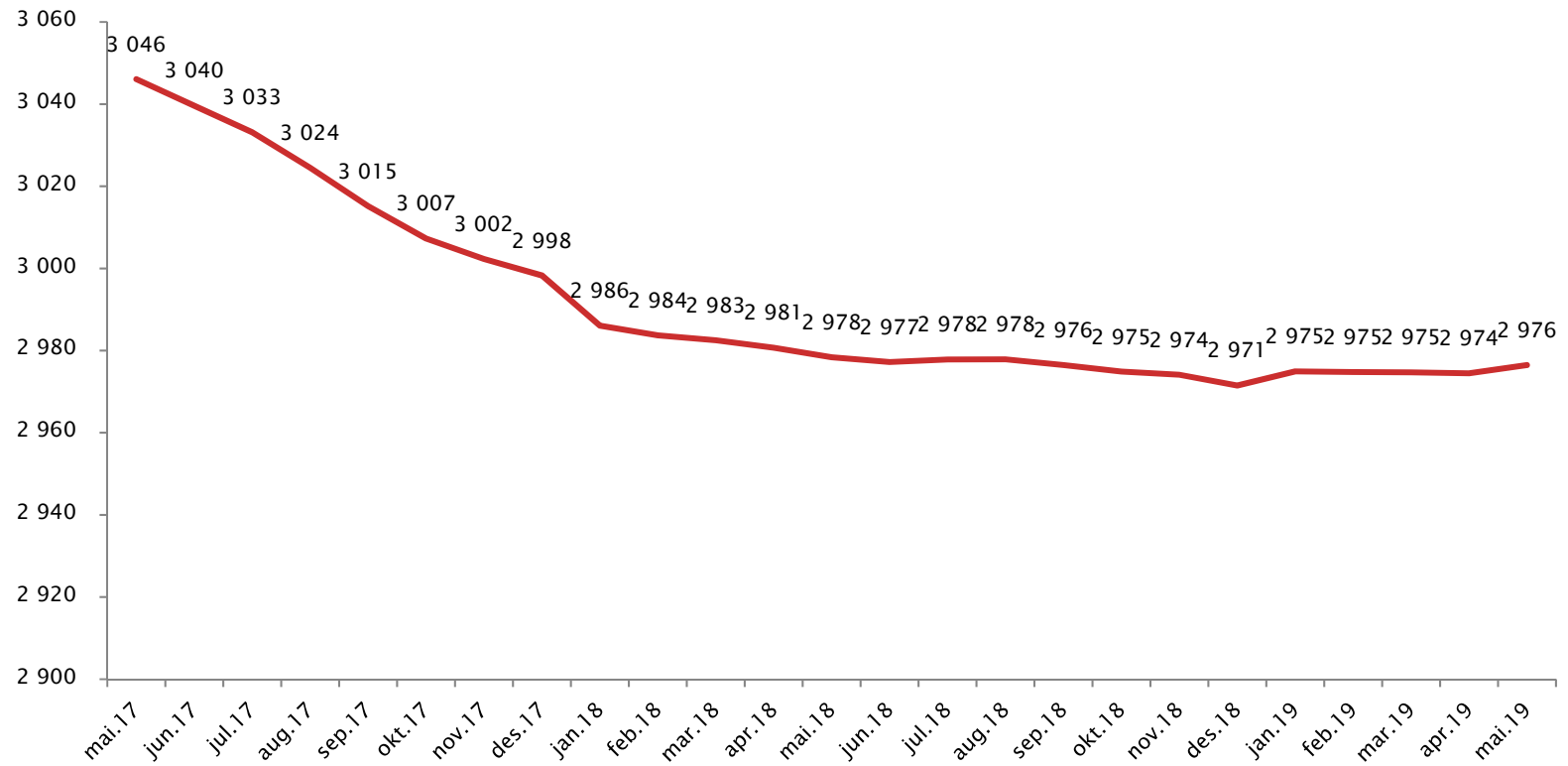
Antall årsverk



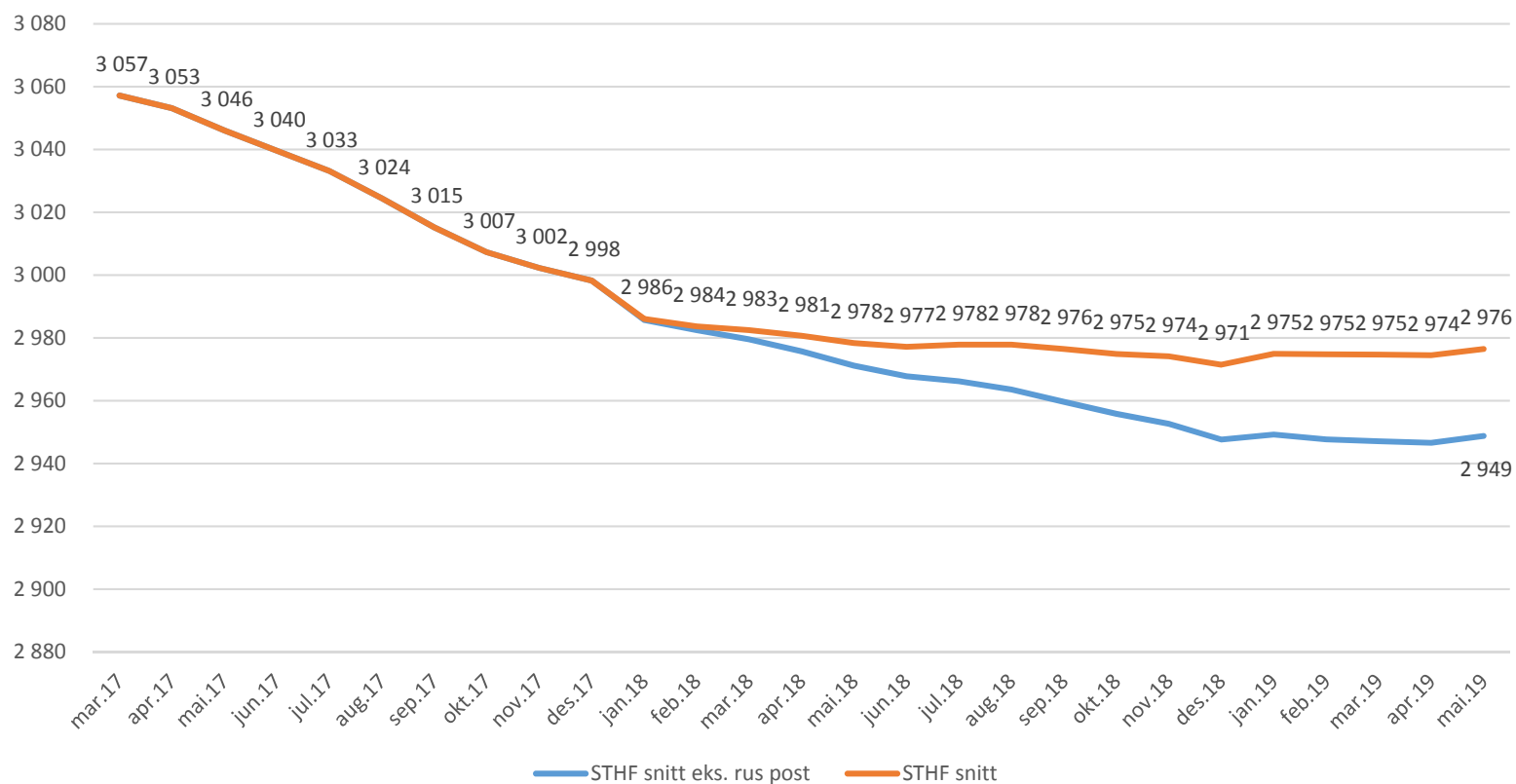
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
 Faktisk 2017	3 003	3 001	2 961	2 985	2 936	2 938	3 009	3 151	3 068	2 962	2 961	3 007
 Faktisk 2018 eks avrusning	2 890	2 955	2 921	2 935	2 878	2 894	2 987	3 117	3 018	2 913	2 919	2 943
 Faktisk 2019 eks avrusning	2 909	2 937	2 915	2 929	2 905							
 STHF budsjett 2019	2 871	2 860	2 869	2 867	2 862	2 865	2 924	3 152	3 089	2 896	2 889	2 890

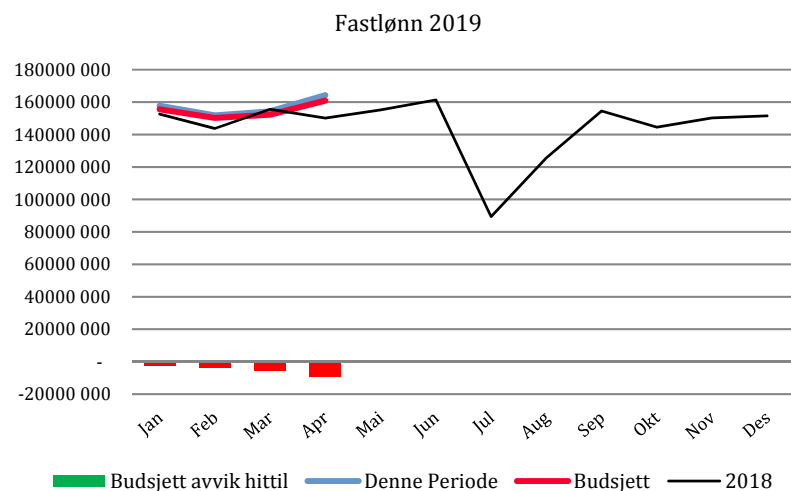
Brutto månedsverk

Glidende 12 mnd

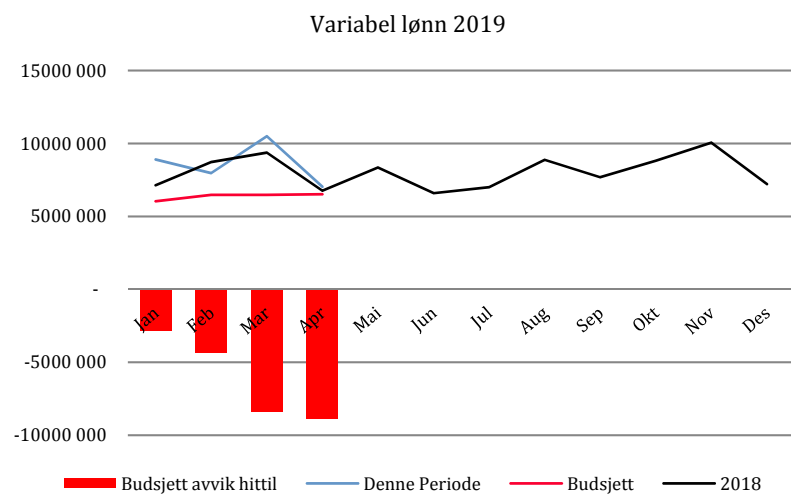


Brutto månedsverk 12 mnd snitt

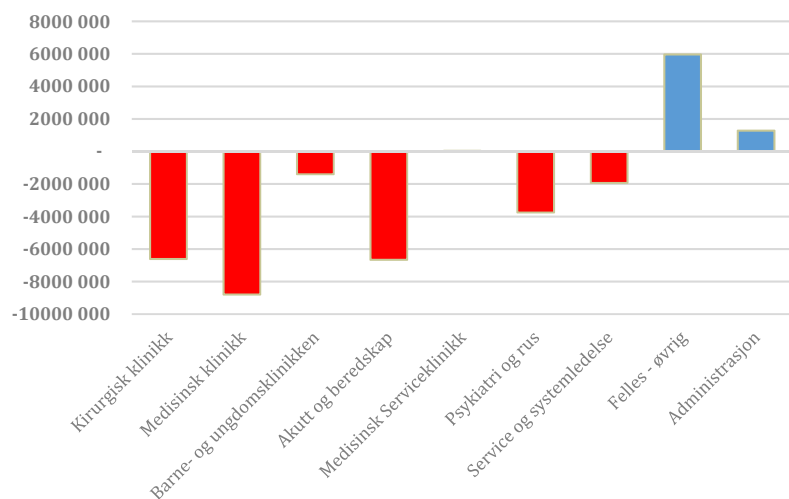
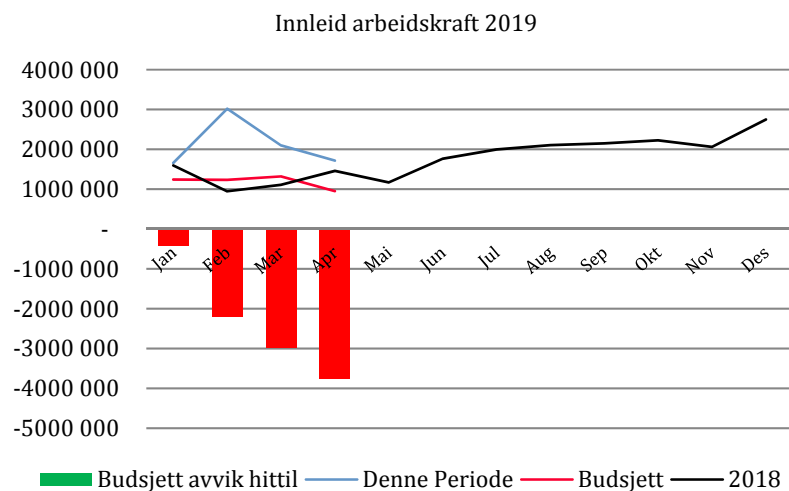




201904	Fastlønn hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
STHF totalt	628 164 529	618 942 479	-9 222 051	-1 %
Kirurgisk klinikk	106 124 767	100 413 245	-5 711 521	-6 %
Medisinsk klinikk	124 272 761	118 883 420	-5 389 340	-5 %
Barne- og ungdomsklinikken	48 637 958	49 803 758	1 165 799	2 %
Akutt og beredskap	97 806 425	93 680 596	-4 125 829	-4 %
Medisinsk Serviceklinikk	62 363 275	65 894 831	3 531 556	5 %
Psykatri og rus	122 030 148	122 292 551	262 403	0 %
Service og systemledelse	51 482 737	50 489 648	-993 090	-2 %
Felles - øvrig	-14 383 041	-14 118 206	264 835	-2 %
Administrasjon	29 829 499	31 602 636	1 773 137	6 %

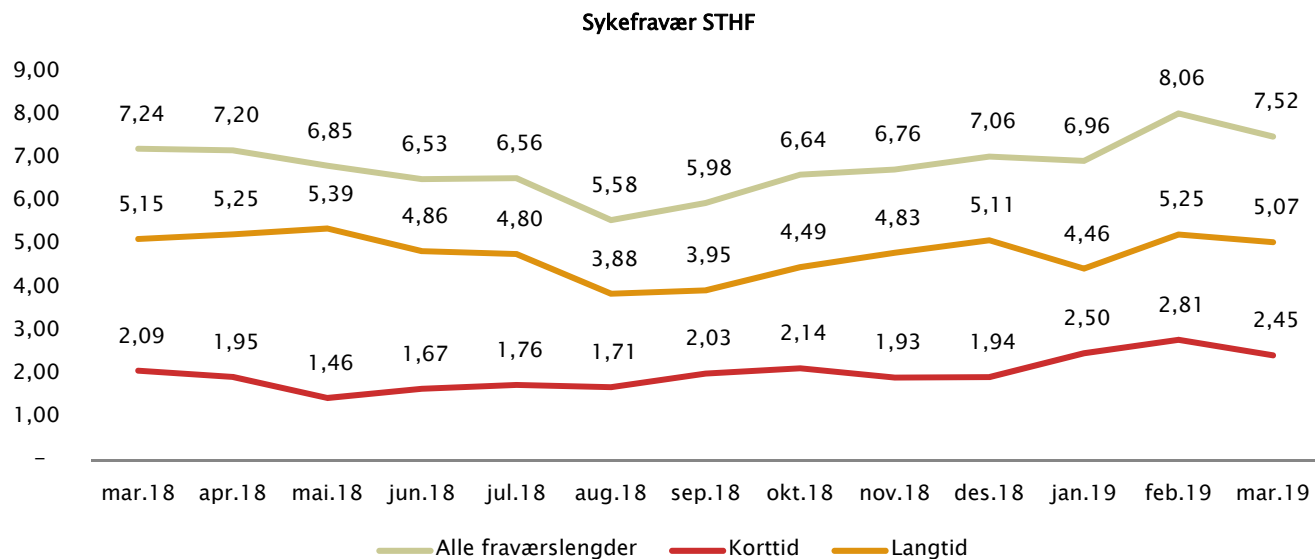


201904	Variabel lønn hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	34 402 846	25 505 929	-8 896 917	-35 %
Kirurgisk klinikk	6 490 765	5 789 709	-701 056	-12 %
Medisinsk klinikk	7 967 663	4 562 085	-3 405 578	-75 %
Barne- og ungdomsklinikken	2 004 045	255 689	-1 748 356	-684 %
Akutt og beredskap	4 180 377	2 535 992	-1 644 385	-65 %
Medisinsk Serviceklinikk	3 353 615	1 547 666	-1 805 950	-117 %
Psykatri og rus	4 891 617	1 025 455	-3 866 162	-377 %
Service og systemledelse	1 942 990	1 005 382	-937 608	-93 %
Felles - øvrig	1 033 831	6 736 655	5 702 824	85 %
Administrasjon	2 537 943	2 047 297	-490 646	-24 %

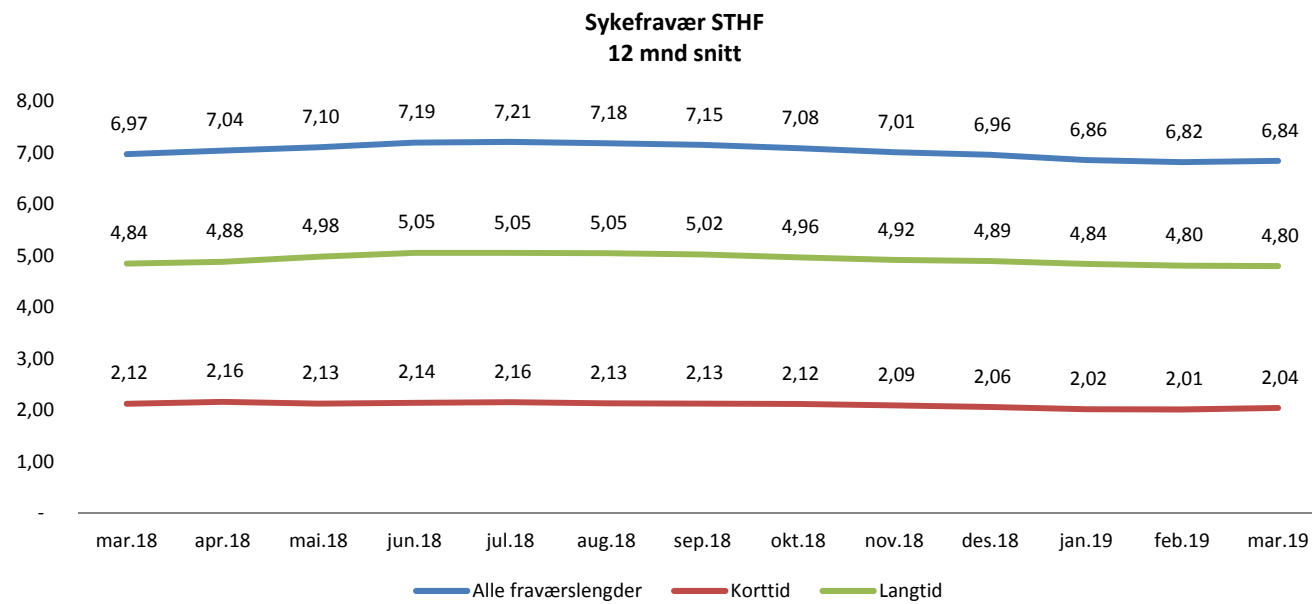


201904	Innleid arbeidskraft hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	8 492 678	4 749 468	-3 743 211	-79 %
Kirurgisk klinikk	968 284	769 301	-198 983	-26 %
Medisinsk klinikk	-	-	-	0 %
Barne- og ungdomsklinikken	1 478 630	660 000	-818 630	-124 %
Akutt og beredskap	893 251	-	-893 251	0 %
Medisinsk Serviceklinikk	2 404 510	720 167	-1 684 343	-234 %
Psykiatri og rus	2 748 003	2 600 000	-148 003	-6 %
Service og systemledelse	-	-	-	0 %
Felles - øvrig	-	-	-	0 %
Administrasjon	-	-	-	-

201904	Sum fastlønn, variabel lønn og innleid arbeidskraft hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Avvik i %
Alle Ansvarssteder	671 060 054	649 197 876	-21 862 178	-3 %
Kirurgisk klinikk	113 583 815	106 972 255	-6 611 560	-6 %
Medisinsk klinikk	132 240 424	123 445 505	-8 794 919	-7 %
Barne- og ungdomsklinikken	52 120 634	50 719 447	-1 401 187	-3 %
Akutt og beredskap	102 880 053	96 216 587	-6 663 466	-7 %
Medisinsk Serviceklinikk	68 121 401	68 162 664	41 263	0 %
Psykiatri og rus	129 669 768	125 918 006	-3 751 762	-3 %
Service og systemledelse	53 425 727	51 495 029	-1 930 698	-4 %
Felles - øvrig	-13 349 210	-7 381 551	5 967 659	-81 %
Administrasjon	32 367 442	33 649 932	1 282 491	4 %

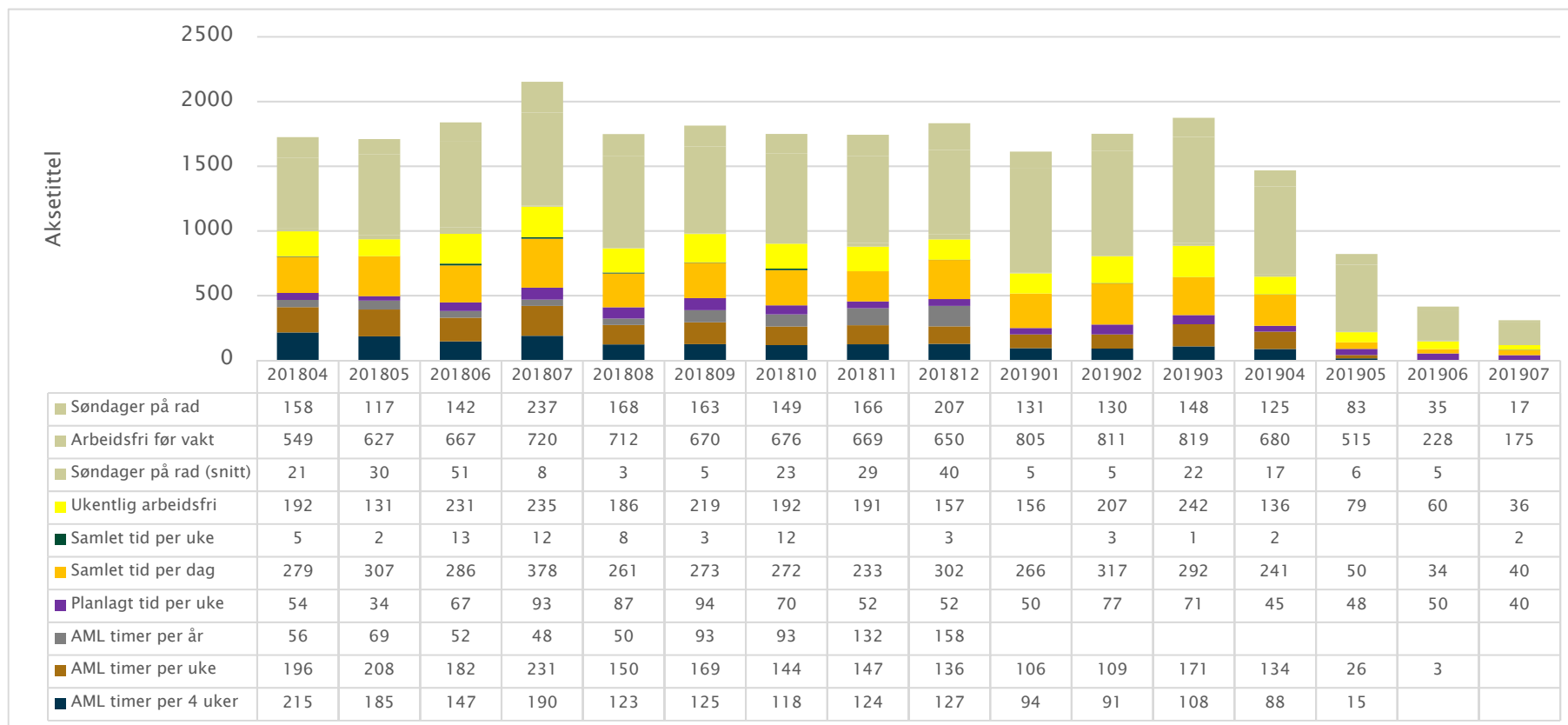


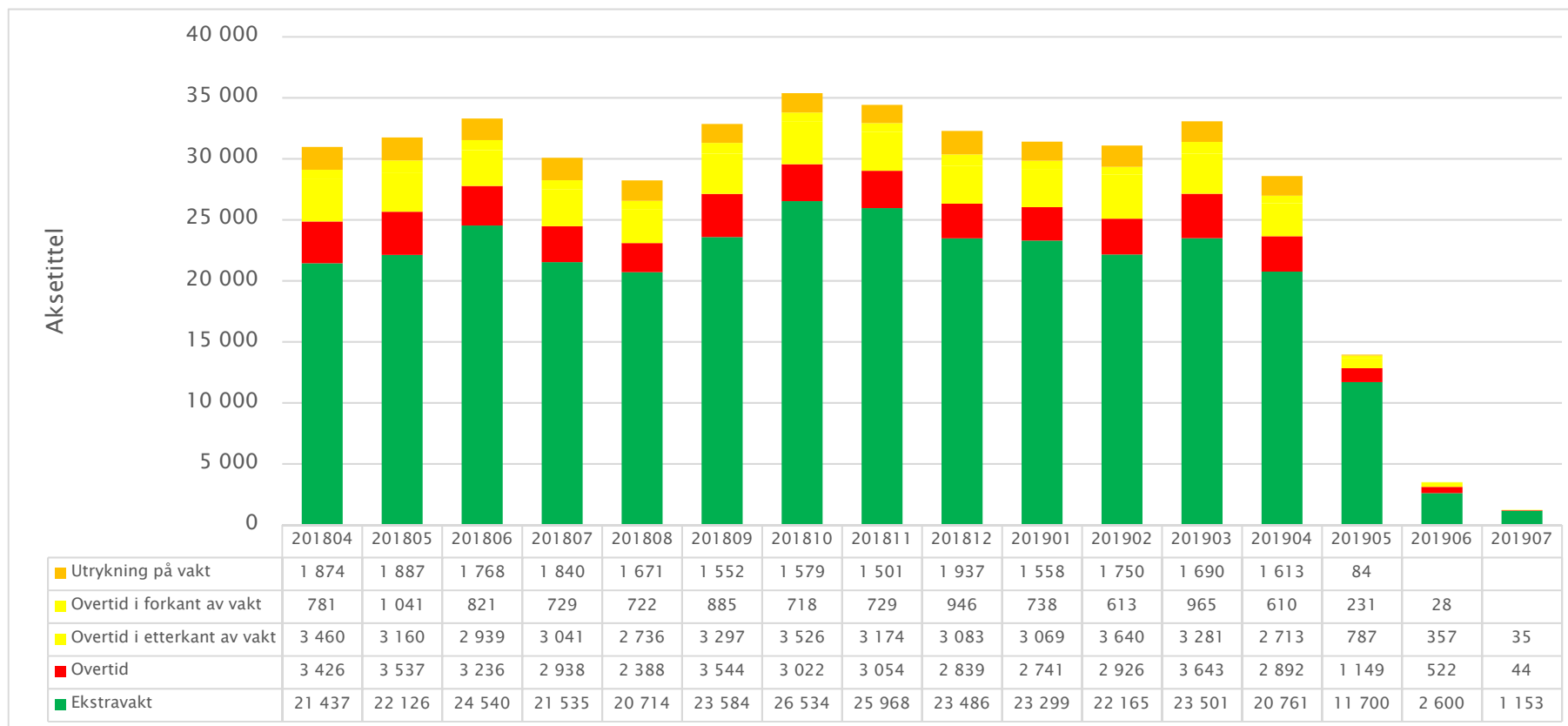
Sykefraværspersent	jan.18	feb.18	mar.18	apr.18	mai.18	jun.18	jul.18	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19
Alle ansvarssteder	8,28	8,56	7,24	7,20	6,85	6,53	6,56	5,58	5,98	6,64	6,76	7,06	6,96	8,06	7,52
(01) Kirurgisk klinikk	9,08	7,45	7,00	7,76	6,80	5,70	6,19	6,50	6,07	7,03	6,64	7,78	7,81	7,50	7,89
(02) Medisinsk klinikk	6,91	7,51	6,35	6,46	6,00	5,15	5,07	3,67	4,20	5,83	6,32	6,58	7,25	6,87	6,20
(03) Barne- og ungdomsklinikken	8,71	10,73	6,79	6,52	6,47	6,22	6,76	6,62	4,92	5,35	5,75	5,08	4,62	7,64	6,95
(06) Akutt og beredskap	7,67	8,59	7,39	7,54	7,80	7,24	7,20	4,85	5,96	6,92	6,31	7,32	6,59	7,36	7,16
(07) Medisinsk Serviceklinikk	7,72	7,76	5,81	6,07	5,16	5,56	5,32	3,68	5,12	5,93	7,22	6,77	6,34	8,06	8,09
(09) Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling	9,32	9,49	8,12	8,05	7,78	7,79	7,47	7,08	6,92	6,95	7,32	8,03	8,33	9,97	8,99
(13) Service og systemledelse	10,46	11,20	10,13	8,27	8,58	8,88	8,29	7,49	9,23	8,86	8,79	8,65	7,38	11,13	9,29
(15) Administrasjon	4,68	4,40	4,08	4,62	3,43	4,16	4,95	4,28	4,84	4,19	3,41	1,32	2,81	2,78	2,29



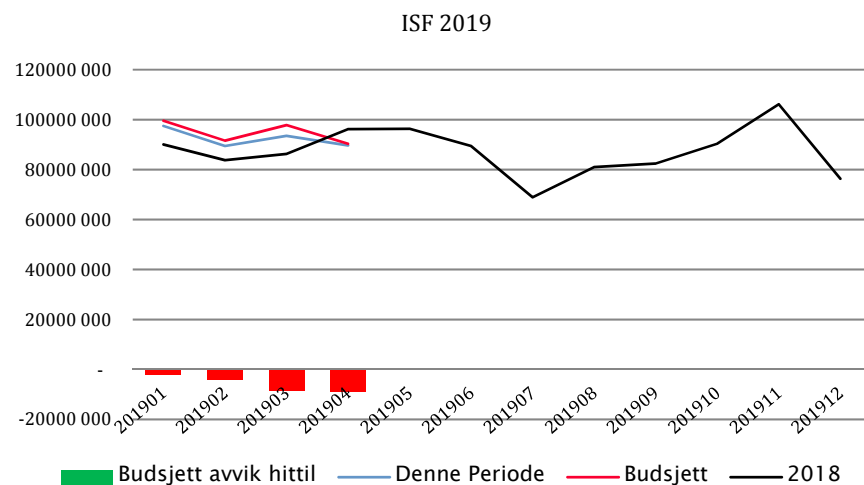


Virksomhetsrapporter
Omstilling 2016-2018





Aktivitet



Graf og tabell viser summen av følgende linjer.

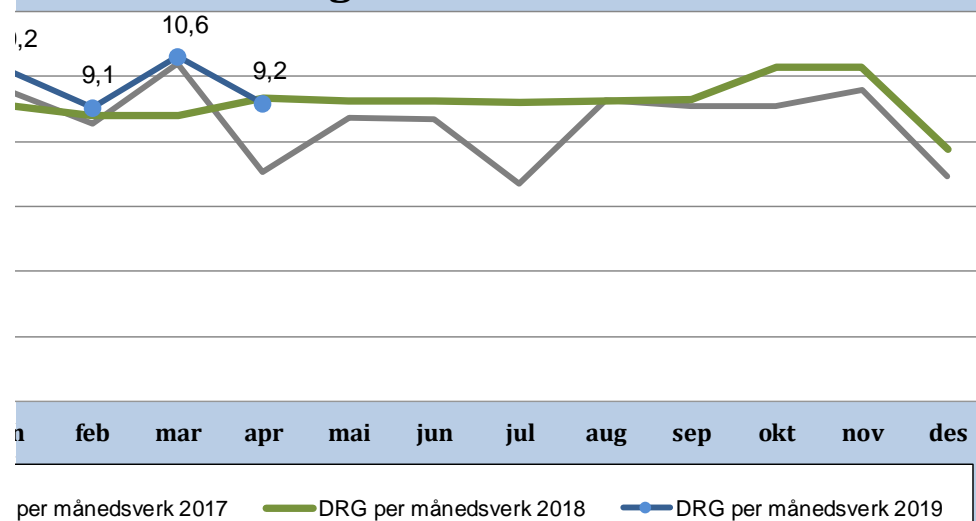
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	-7 151
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	-1 959
ISF-refusjon kommunal medfinansiering	-
ISF refusjon poliklinisk PHV/TSB	939
IFS - refusjon pasientadministrative kreftlegemidle	-892
	-9 064

	201904			201904		
	Denne Periode			Hittil		
	Faktisk	Budsjett	Avik Budsjett	Faktisk	Budsjett	Avik Budsjett
Alle Ansvarssteder	89 681 868	90 318 046	-636 178	370 158 462	379 222 240	-9 063 777
Kirurgisk klinikk	33 905 782	37 131 810	-3 226 028	148 793 826	154 737 943	-5 944 117
Medisinsk klinikk	35 186 226	35 772 062	-585 836	149 388 980	150 837 055	-1 448 075
Barne- og ungdomsklinikken	7 390 698	7 530 618	-139 920	32 513 820	33 013 332	-499 512
Akutt og beredskap	194 245	171 918	22 327	846 193	620 691	225 503
Medisinsk Serviceklinikk	544 779	808 800	-264 022	3 822 382	3 936 862	-114 479
Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling	2 091 780	2 015 405	76 375	8 797 243	8 604 323	192 920
Felles - øvrig	10 368 359	6 887 433	3 480 926	25 996 017	27 472 034	-1 476 017

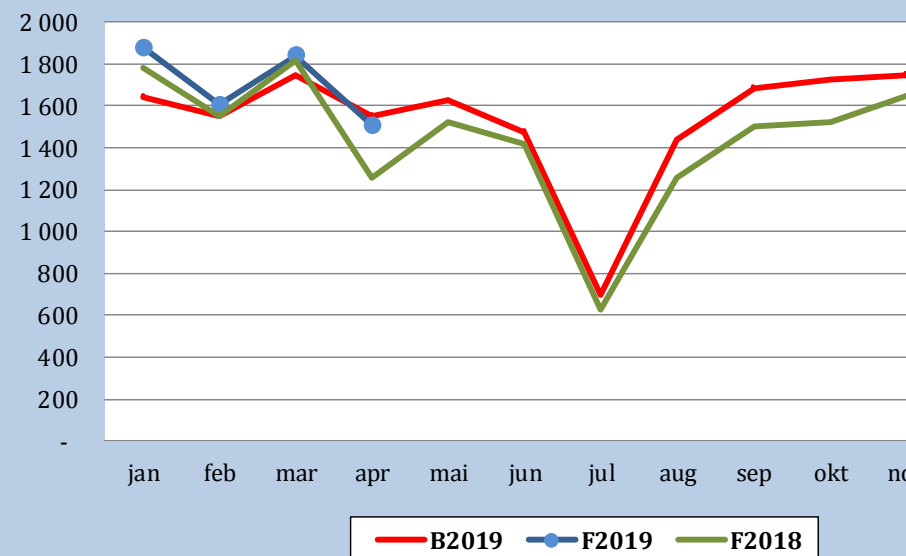
DRG-poeng PHV og TSB utført ved STHF

	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2018	Budsjett 2019
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%		
ark	591	565	26	5 %	2 437	2 412	26	1 %	6 858	6 924
k	156	150	7	4 %	682	639	42	7 %	1 870	1 835
isavdeling	14	19	(5)	-27 %	83	81	2	3 %	249	234
IV og TSB (underlagt Medisinsk klinikk)	4	7	(3)	-48 %	5	28	(23)	-81 %	76	84
IV og TSB + Raskere tilbake	765	741	24	3 %	3 208	3 160	48	2 %	9 053	9 077
og unges psykiske helse - ABUP	742	811	(69)	-9 %	3 624	3 330	294	8,8 %	8 984	9 150
oms-klinikken	742	811	(69)	-9 %	3 624	3 330	294	9 %	8 984	9 150
isk helsevern og TSB på STHF	1 507	1 552	(45)	-3 %	6 832	6 490	342	5 %	18 038	18 227

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



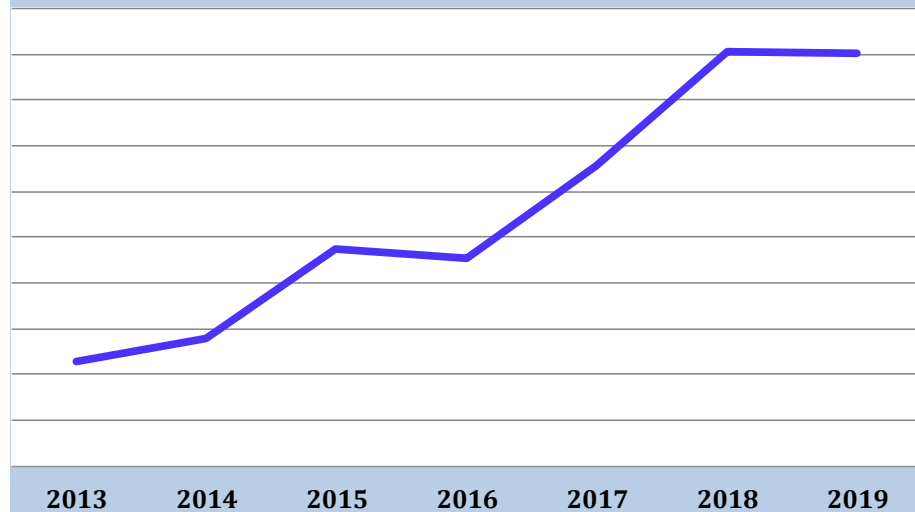
DRG-poeng PHV og TSB ved STHF



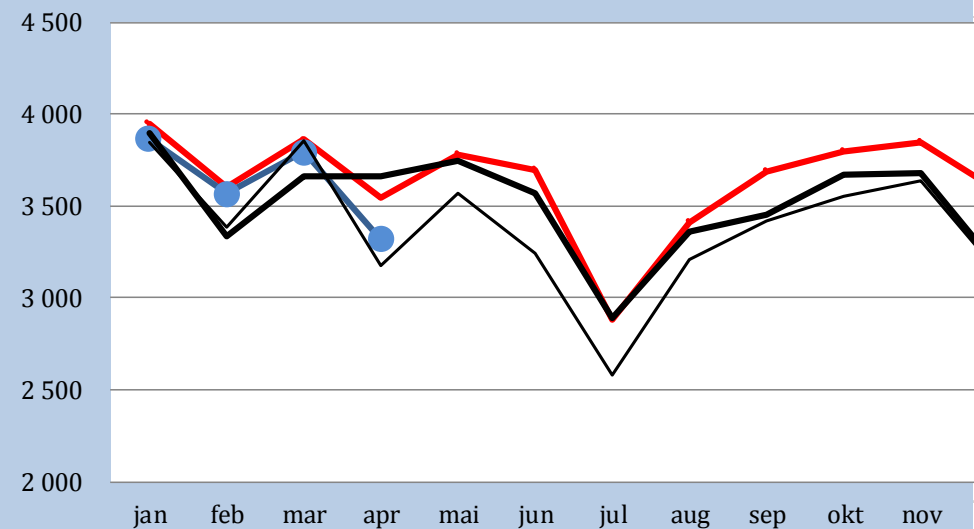
DRG-poeng, utført ved STHF

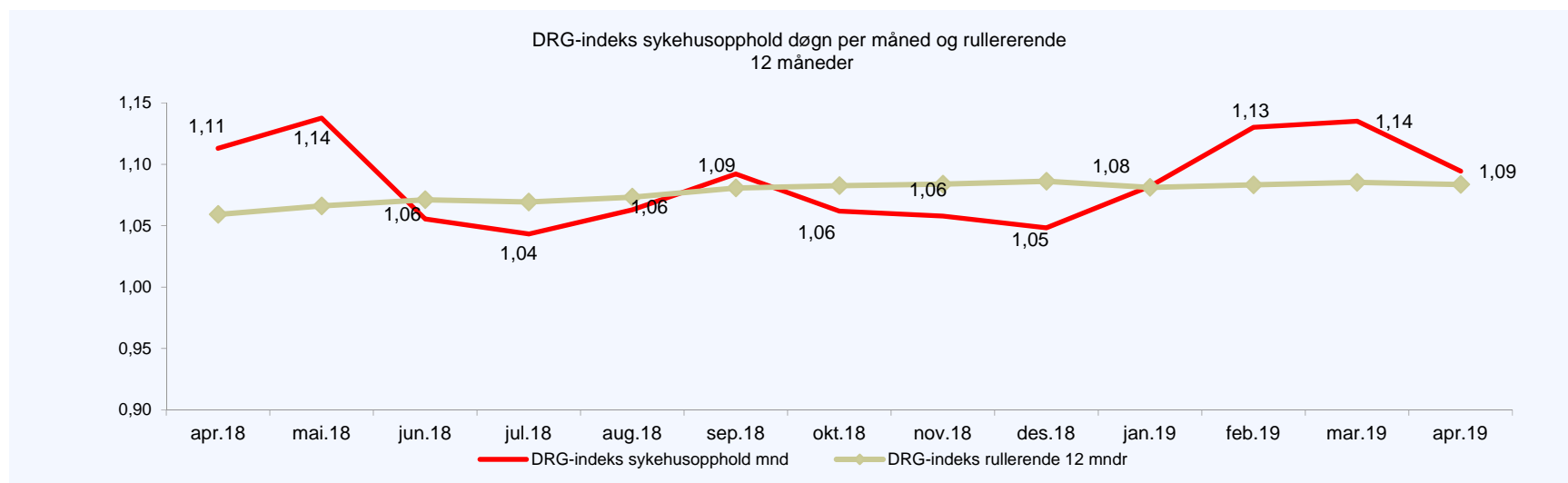
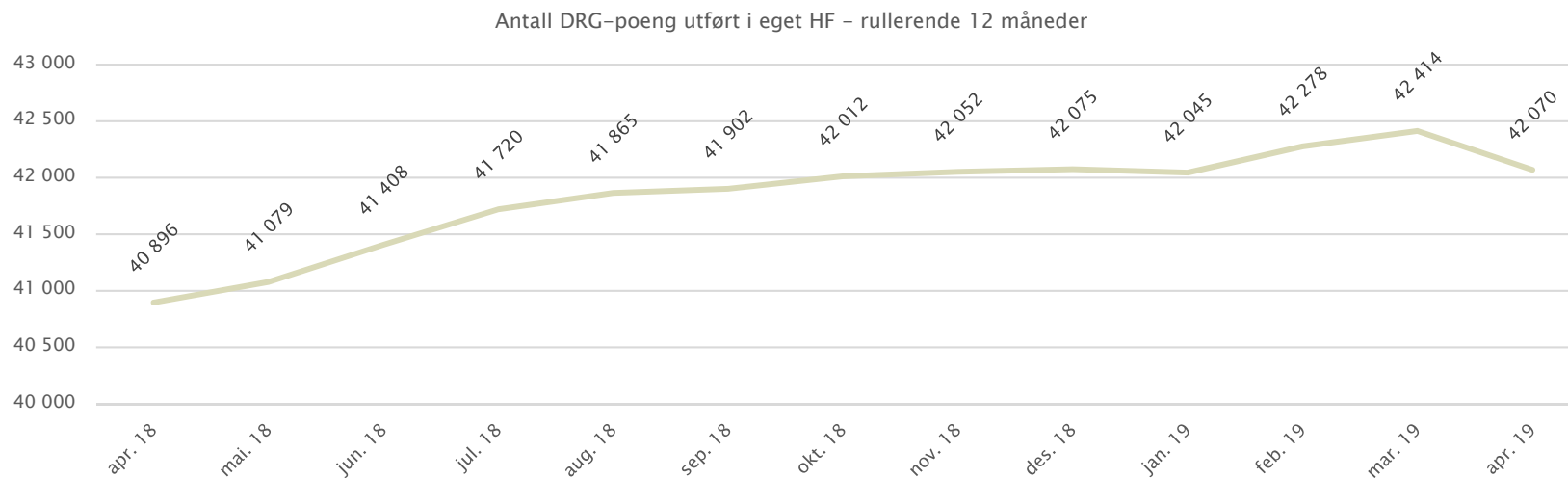
	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2018	Budsjett 2019	IS (1)
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%			
Klinikk	1 496	1663	-167	-10 %	6 664	6 931	-266	-4 %	6 637	20 132	
for endo/mamma, ortopedi og gastrokirurgi	638	687	-49	-7 %	2 907	2 888	19	1 %	2 840	8 585	
for ØNH, urologi og plastikkirurgi	396	468	-72	-15 %	1 868	1 990	-122	-6 %	1 906	5 762	
for fødselshjelp og kvinnesykdommer	259	271	-13	-5 %	1 039	1 082	-43	-4 %	1 006	3 169	
for Kirurgi, Notodden	202	237	-34	-14 %	851	971	-120	-12 %	886	2 615	
Klinikk	1 563	1601	-39	-2 %	6 690	6 752	-62	-1 %	6 698	19 924	
ledisin B (lunge, Kragerø, ger., mage/tarm)	422	461	-39	-9 %	1 884	1 926	-42	-2 %	1 972	5 625	
ledisin C (hud, kreftsykdommer og palliasjon)	238	245	-6	-3 %	961	1 028	-67	-7 %	993	3 075	
ledisin A (hjerte, nyre, hormon)	379	366	13	4 %	1 562	1 520	42	3 %	1 511	4 506	
for nevrologi og rehabilitering	238	240	-3	-1 %	1 026	1 048	-22	-2 %	970	3 099	
ledisin Øvre Telemark	286	289	-3	-1 %	1 257	1 229	27	2 %	1 251	3 619	
DRG utført ved STHF	227	237	-11	-5 %	978	1 069	-91	-9 %	961	3 010	
Beredskap	9	6	3	50 %	38	29	9	31 %	34	80	
Poliklinikk	24	36	-12	-33 %	171	176	-5	-3 %	153	500	
DRG utført ved STHF	4	-	4		7	-	7		-63	0	
DRG utført ved STHF	3 322	3 544	-222	-6 %	14 548	14 957	-409	-3 %	14 420	43 646	

DRG-poeng per brutto månedsverk somatikk



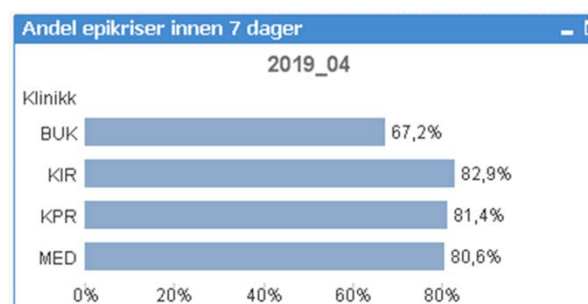
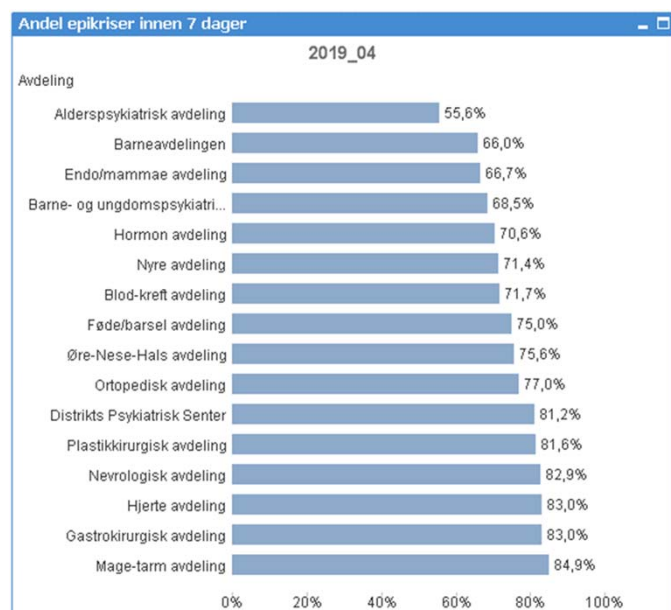
STHF - DRG-poeng utført ved STHF





Kvalitetsindikatorer

Andel epikriser sendt innen 7 dager	Måned											
	mai.18	jun.18	jul.18	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19
Klinikker												
BUK	61 %	70 %	80 %	74 %	74 %	70 %	71 %	75 %	69 %	69 %	79 %	67 %
Kir. K	85 %	86 %	85 %	82 %	84 %	84 %	82 %	86 %	82 %	83 %	84 %	83 %
KPR	80 %	81 %	82 %	79 %	81 %	77 %	81 %	84 %	84 %	81 %	79 %	81 %
Med. K	86 %	80 %	86 %	84 %	82 %	84 %	82 %	81 %	84 %	82 %	83 %	81 %
STHF	83 %	81 %	84 %	82 %	82 %	82 %	81 %	83 %	82 %	81 %	83 %	80 %
Andel epikriser sendt innen 1 dag	Måned											
	mai.18	jun.18	jul.18	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	apr.19
Klinikker												
BUK									45 %	41 %	41 %	37 %
Kir. K									62 %	62 %	62 %	65 %
KPR									42 %	41 %	41 %	44 %
Med. K									56 %	56 %	56 %	56 %
STHF									55 %	54 %	54 %	55 %



Direkte time	mar.18	apr.18	mai.18	jun.18	jul.18	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19
ABK	100 %	100 %	100 %	100 %	-	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	96 %	0 %	100 %
BUK	85 %	87 %	91 %	91 %	88 %	89 %	90 %	93 %	91 %	89 %	89 %	95 %	92 %
KIR	88 %	92 %	93 %	89 %	85 %	84 %	76 %	77 %	72 %	77 %	80 %	81 %	84 %
KPR	93 %	93 %	92 %	93 %	92 %	94 %	93 %	96 %	93 %	93 %	98 %	81 %	89 %
MED	80 %	85 %	81 %	72 %	73 %	81 %	81 %	82 %	79 %	78 %	82 %	83 %	81 %
MSK	92 %	87 %	93 %	88 %	71 %	100 %	88 %	96 %	96 %	95 %	98 %	95 %	98 %
STHF	85 %	89 %	88 %	83 %	81 %	84 %	80 %	82 %	78 %	79 %	83 %	83 %	84 %

Tid (dogn) fra mottak av henvisning til henvisning er fullført.														
	apr.18	mai.18	jun.18	jul.18	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	ap	
	45,61	0,98	1,16	3,25	21,52	4,07	4,01	17,93	2,46	12,06	2,16	4,68	2	
	4,07	4,24	4,71	3,40	3,15	4,73	4,21	4,76	4,82	3,63	5,65	5,25	5	
	1,60	2,77	1,45	1,31	1,36	1,36	1,33	1,50	1,53	1,81	1,36	2,46	1	
	4,51	5,61	11,46	5,91	4,25	6,72	9,27	4,80	5,58	4,65	6,20	5,77	7	
	6,09	7,10	7,88	14,13	7,58	8,06	5,77	6,98	8,32	6,34	9,05	7,04	10	
	1,77	3,86	2,75	9,93	4,69	1,78	2,07	2,20	2,06	2,18	4,60	17,98	2	
	4,14	4,60	4,60	6,63	4,34	4,43	3,73	4,34	4,57	3,88	4,88	5,15	5	
Sninger vurdert.	apr.18	mai.18	jun.18	jul.18	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	ap	
	72	55	75	21	85	58	78	85	81	94	84	82		
	317	326	300	190	199	336	338	355	314	328	328	315		
	2907	2829	3022	2 177	2 854	2845	3116	3009	2338	3077	2653	3009	2	
	322	292	327	279	271	361	397	407	323	340	378	360		
	2439	2158	2404	1 626	2 228	2321	2647	2565	1944	2642	2269	2548	2	
	197	225	203	84	223	240	242	264	167	220	243	241		
	6 254	5 885	6 331	4 377	5 860	6 161	6 818	6 685	5 167	6 701	5 955	6 555	5 9	
ninger vurdert innen 10 virkedager	6 170	5 782	6 257	4 254	5 773	6 102	6 752	6 609	5 094	6 633	5 881	6 481	5 8	
rt innen 10 virkedager	98,7 %	98,2 %	98,8 %	97,2 %	98,5 %	99,0 %	99,0 %	98,9 %	98,6 %	99,0 %	98,8 %	98,9 %	98,	

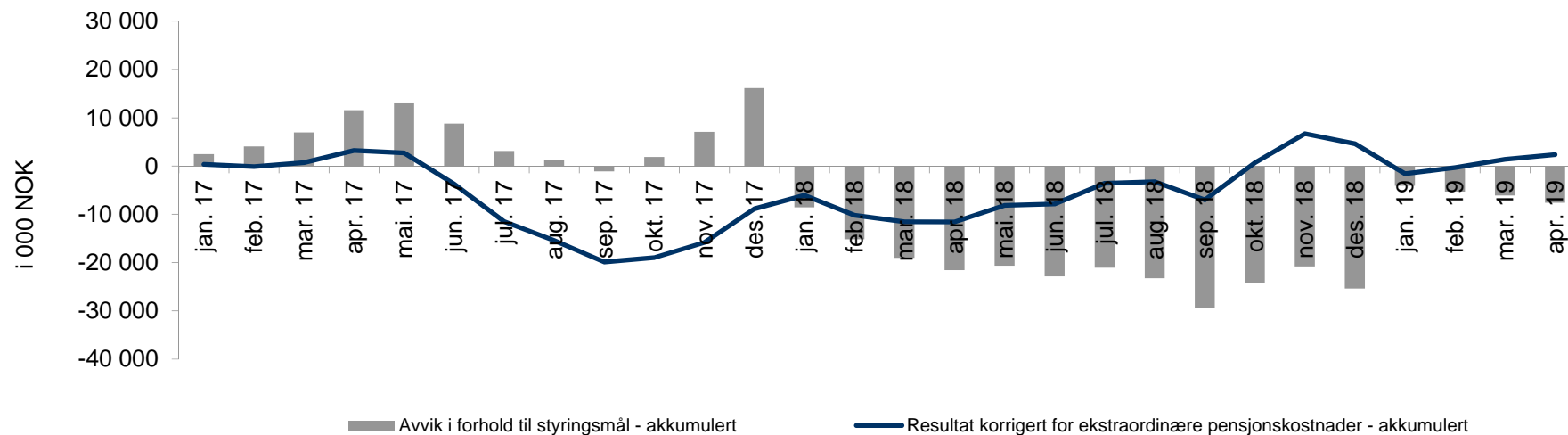
ne dokumenter i EPJ som er mer enn 14		apr.18	mai.18	jun.18	jul.18	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	ap
l dokumenter som er mer 14 dager gamle (ansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	5 200	4 920	4 527	3 945	3 755	4 297	4 540	4 303	4 669	4 037	3 679	3 606	3 7
	ABK	9	6	6	7	9	9	9	12	10	15	16	6	
	BUK	945	1 020	1 091	866	732	861	930	826	974	772	854	896	8
	KIR	1 977	1 586	1 318	1 112	1 023	1 128	914	1 028	1 059	1 020	1 073	975	1 0
	KPR	783	800	591	457	500	654	710	743	744	642	739	810	8
	MED	1 454	1 464	1 475	1 473	1 457	1 606	1 721	1 642	1 797	1 538	965	887	9
	MSK	32	44	46	30	34	39	40	52	85	50	32	32	
legedokumenter som er mer enn 14 dager (t tidspunkt for opprettelse)	STHF	2 146	1 794	1 532	1 343	1 448	1 763	1 901	1 800	1 881	1 689	1 406	1 320	1 4
sykepleiedokumenter som er mer enn 14 (uansett tidspunkt for opprettelse)	STHF	1 553	1 517	1 491	1 391	1 247	1 280	1 212	1 300	1 367	1 191	1 069	1 039	1 1
umenter som det normalt tar mer enn 14 dager å få ferdigstilt	STHF	173	105	52	86	176	204	206	268	258	51	44	41	
	BUK	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	
	KIR	135	67	14	49	137	159	161	217	209	30	32	33	
	KPR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	MED	38	38	38	38	39	44	45	51	49	21	12	8	
	MSK	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
sienter med åpen henvisningsperiode, uten		apr.18	mai.18	jun.18	jul.18	aug.18	sep.18	okt.18	nov.18	des.18	jan.19	feb.19	mar.19	ap
ter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	STHF	1 369	1 478	1 843	1 808	1 928	1 989	1 851	1 720	1 734	1 765	1 827	1 800	2 0
	ABK	9	10	35	7	6	6	8	26	6	17	6	6	
	KPR	110	121	154	81	30	31	41	46	20	54	41	24	
	BUK	186	238	364	304	81	151	114	140	111	102	142	162	2
	KIR	70	98	79	73	101	209	210	221	245	122	162	239	2
	MSK	699	743	991	1 080	300	218	285	233	267	315	341	258	3
	MED	295	268	220	263	1 410	1 374	1 193	1 054	1 085	1 155	1 135	1 111	1 1
asienter registrert på avdelinger som er omorganisert og lukket.	ååMEDKIR	1	4	12	12	1	-	-	-	-	-	-	-	
	ååPRE	17	14	17	17	3	2	-	-	-	-	-	-	
	ååAKP	20	46	61	62	9	-	-	-	-	-	-	-	
	ååKIR	1	1	1	1	17	-	-	-	-	-	-	-	
	ååNYHO	30	36	47	54	56	-	-	-	-	-	-	2	
ååMED	5	4	4	3	69	1	-	-	-	-	- 32	-		

Økonomi

Resultatregnskapen

April 2019	Denne periode faktisk	Denne periode budsjett	Denne periode Avvik	Hittil faktisk	Hittil budsjett	Hittil avvik	Hele året estimat november	Hele året budsjett	Avvik
Time	213 631	213 631	0	812 794	812 794	0	2 366 779	2 366 779	
basert finansiering	1 395	1 395	-	5 580	5 580	-	16 741	16 741	
og døgntilrettelagt	61 445	66 182	-4 736	268 912	276 063	-7 151	803 331	803 331	
medisinsk poliklinisk aktivitet	13 396	13 175	221	56 579	58 538	-1 959	173 385	173 385	
medisinsk PHV/TSB	4 140	4 263	-122	18 768	17 829	939	51 265	49 997	
behandlingssalg	-	-	-	-	-	-	-	-	
farmasøytisk. biologiske legemidler	10 700	6 698	4 002	25 900	26 792	-892	66 981	66 981	
medisinske pasienter	1 469	1 130	339	4 902	4 520	383	13 559	13 559	
pasienter andre regioner	1 782	1 774	8	6 059	7 220	-1 161	21 352	21 352	
pasienter konserninterne	8 443	6 963	1 480	27 133	25 908	1 225	76 853	76 853	
andre inntekter	8 108	6 697	1 411	32 511	29 389	3 122	93 386	86 386	
statstilskudd "Raskere tilbake"	-	-	-	-	-	-	-	-	
planlagte tilskudd	1 003	984	20	3 987	3 936	52	11 807	11 807	
driftsinntekter	21 948	21 497	450	92 186	90 179	2 006	278 988	274 988	
DRIFTSINNTEKTER	347 460	344 389	3 072	1 355 311	1 358 749	-3 437	3 974 427	3 962 159	
offentlige helsetjenester	1 835	3 646	1 811	10 793	14 583	3 791	38 750	43 750	
private helsetjenester	8 491	8 065	-426	32 186	32 285	98	100 027	100 027	
kostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	41 894	41 291	-603	157 100	165 851	8 751	483 261	497 261	
arbeidskraft - del av kto 468	1 716	951	-766	8 493	4 749	-3 743	16 688	11 688	
interne gjestepasientkostnader	22 327	21 977	-350	91 084	91 357	273	271 267	271 267	
fast ansatte	164 268	160 904	-3 364	628 165	618 942	-9 222	1 788 611	1 778 611	
og ekstrahjelp	7 035	6 519	-516	34 403	25 506	-8 897	92 692	76 692	
inkl arbeidsgiveravgift	31 181	29 096	-2 085	119 946	111 927	-8 020	344 693	321 647	
statstilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-8 006	-8 395	-389	-35 399	-34 177	1 222	-101 723	-101 723	
annet	26 065	26 787	722	100 798	103 700	2 902	293 276	293 276	
utgifter	8 102	8 433	332	32 599	33 111	512	101 668	101 668	
utgifter	-	-	-	-	-	-	-	-	
driftskostnader	44 859	43 774	-1 085	185 782	185 401	-381	551 469	551 202	
DRIFTSKOSTNADER	349 767	343 047	-6 720	1 365 949	1 353 234	-12 715	3 980 678	3 945 364	
DRIFTSRESULTAT	-2 306	1 342	-3 648	-10 638	5 514	-16 152	-6 252	16 795	
inntekter	1 390	1 350	41	5 732	5 254	478	15 490	15 490	
kostnader	181	191	-11	753	768	-16	2 285	2 285	
DRIFTSRESULTAT	1 209	1 158	51	4 979	4 486	493	13 205	13 205	
DRIFTSRESULTAT	-1 097	2 500	-3 597	-5 659	10 000	-15 659	6 954	30 000	
driftskostnader	2 085	-	2 085	8 020	-	8 020	23 046	-	

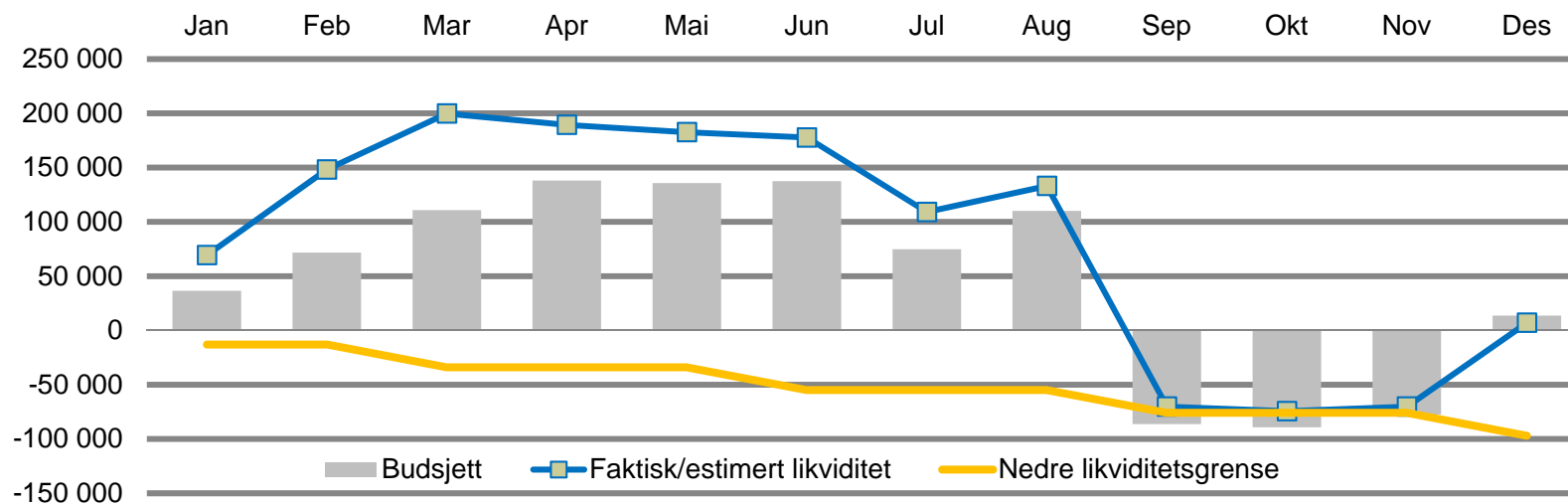
Driftsresultat og budsjettavvik 2017 til 2019 - foretak og klinikker



	Hittil i år	Hittil i år	Denne periode, resultat.										
	Resultat	Budsjettavvik	Apr. 19	Mar. 19	Feb. 19	Jan. 19	Des. 18	Nov. 18	Okt. 18	Sept. 18	August 18	Juli 18	Juni 18
klinikk	(11 247)	(11 247)	(3 361)	(2 003)	(2 054)	(3 764)	114	923	(1 633)	(2 200)	(2 263)	1 436	
	(5 749)	(5 749)	(3 464)	137	327	(2 748)	(454)	2 402	(2 379)	(3 457)	(49)	(956)	(3 456)
	(21)	(21)	(69)	13	(447)	483	(1 387)	588	(1 267)	(343)	(1 348)	102	(1 348)
klinikk	(6 301)	(6 301)	(882)	(1 395)	(2 261)	(1 763)	(1 923)	(2 329)	487	(396)	(394)	(787)	(1 763)
	3 341	3 341	1 844	505	(145)	1 136	(356)	1 147	4 483	(1 722)	(1 071)	576	(1 071)
	(555)	(555)	(454)	(508)	686	(279)	(2 912)	(1 043)	(439)	(459)	1 150	(490)	(1 043)
delse	16	16	347	(819)	578	42	(1 488)	3 237	136	1 089	(2 561)	(1 471)	(1 471)
	1 767	1 767	357	281	1 209	(277)	72	2 313	1 455	(943)	842	638	(943)
	21 110	3 090	4 586	3 509	3 391	5 568	6 246	(1 236)	6 860	4 683	6 014	5 236	(1 236)
	2 361	(7 639)	(1 097)	(281)	1 284	(1 602)	(2 087)	6 002	7 703	(3 749)	322	4 284	(3 749)

Likviditet og investeringer.

Tall i tusen



Investeringer - tall i 1000	Regn. 2019	Est. 2019	Bud. 2019
Bygg & anlegg	505	25 000	25 000
MTU	8 358	85 000	95 000
Annet utstyr, biler m.m.	9 182	15 000	15 000
IKT-investeringer - lån til Sykehuspartner	-1 316	2 500	5 000
Tilbakebetalt lån fra Sykehuspartner	-1 091	-3 700	-5 000
SUM	15 638	123 800	135 000

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Årsrapport overordnet HMS-handlingsplan STHF 2018

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
028-2019	Fagdirektør Halfrid Waage, spesialrådgiver HMS Liv Carlsen	Orientering	22.05.2019

Trykte vedlegg: Årsrapport overordnet HMS-handlingsplan STHF 2018
 Overordnet HMS-handlingsplan STHF 2018 – Del 2

Utrykte vedlegg:

Har saken betydning for pasientsikkerheten? HMS-arbeid har betydning for pasientsikkerheten.

Ingress:

Rapporteringen er en del av oppfølgingen av det systematiske HMS-arbeidet. Årsrapporten oppsummerer resultater / gjennomføring av de ulike tiltakene i overordnet HMS-handlingsplan for STHF 2018. Årsrapporten oppsummerer også HMS indikatorer som rapporteres til Helse Sør-Øst.

Forslag til vedtak:

Styret tar årsrapporten til orientering.

Skien, den 14. mai 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Bakgrunn for saken/fakta beskrivelse:

Årsrapporten gir en oversikt over STHF sitt arbeid og status innen helse, miljø og sikkerhet (HMS). I Overordnet HMS-handlingsplan for STHF 2018 beskrives mål og tiltak for de ulike HMS-områdene. Det er beskrevet hvordan gjennomføring og/eller status for målene/tiltakene kan dokumenteres. Etter årets slutt er det hentet ut dokumentasjon på overordnet nivå.

Vurdering:

Det er viktig å rapportere på gjennomføring og/eller status for de ulike punktene og tiltakene i planen for å kunne følge grad av måloppnåelse og bruke dette som grunnlag for videre planlegging og kontinuerlig forbedringsarbeid innen HMS.

Årsrapport helse, miljø og sikkerhet

2018



Introduksjon

Sykehuset Telemark skal være en helsefremmende arbeidsplass hvor ledere og medarbeidere kontinuerlig utvikler et arbeidsmiljø preget av trivsel, trygghet og arbeidsglede, hvor vi sammen tar ansvar og respekterer hverandre.

Årsrapporten gir informasjon om måloppnåelse og gjennomføring av tiltak på de HMS områder som inngår i Overordnet HMS-handlingsplan 2018 Del 1 og Del 2. Overordnet HMS handlingsplan Del 1 gir en oversikt over STHF sitt rammeverk for HMS og Del 2 gir en oversikt over de overordnede mål og tiltak som er satt for HMS området. Klinikksjefer, avdelingsledere og seksjonsledere er ansvarlig for at det utarbeides egne mål og tiltak på sitt nivå i sin respektive HMS-handlingsplan.

I årsrapporten er det lagt til en kolonne som viser graden av måloppnåelse. Grønn farge for oppnådde mål og gul farge på områder der det er behov for ytterligere innsats. Det er lagt til en kolonne med kommentarer på de ulike mål-områdene.

Data til årsrapporten er samlet inn og kommentarer er lagt til av HR og fagansvarlige på de ulike områdene.

HMS arbeidet vil framover i større grad også ses i sammenheng med kvalitet og pasientsikkerhetsarbeidet ved sykehuset.

Det er igangsatt et arbeid ved STHF for å se samlet på de ulike fagområdene innen HMS lovgivningen. Dette vil bidra til en mer systematisk tilnærming til HMS på foretaksnivå og gi bedre mulighet for å integrere oppfølging av HMS arbeidet i felles styringssystemer. Det vil kunne bidra til bedre koordinering og enhetlig satsning på tvers av HMS-fagområder og en mer enhetlig og oversiktlig satsning og oppfølging hos linjeledelsen på alle nivå.

Rapportens kapitler (kapittel 1-8) er inndelt etter inndeling og nummerering av mål og tiltak i overordnet HMS-handlingsplan 2018. I tillegg er det lagt til et kapittel (kapittel 9) som viser sykehusets HMS-indikatorer for 2018 som årlig rapporteres inn til Helse Sør Øst (HSØ) og en sammenstilling av disse HMS-indikatorene for alle HF-ene i HSØ.

Årsrapporten er oppdatert etter gjennomgang i AMU 02.04.19

Innholdsfortegnelse

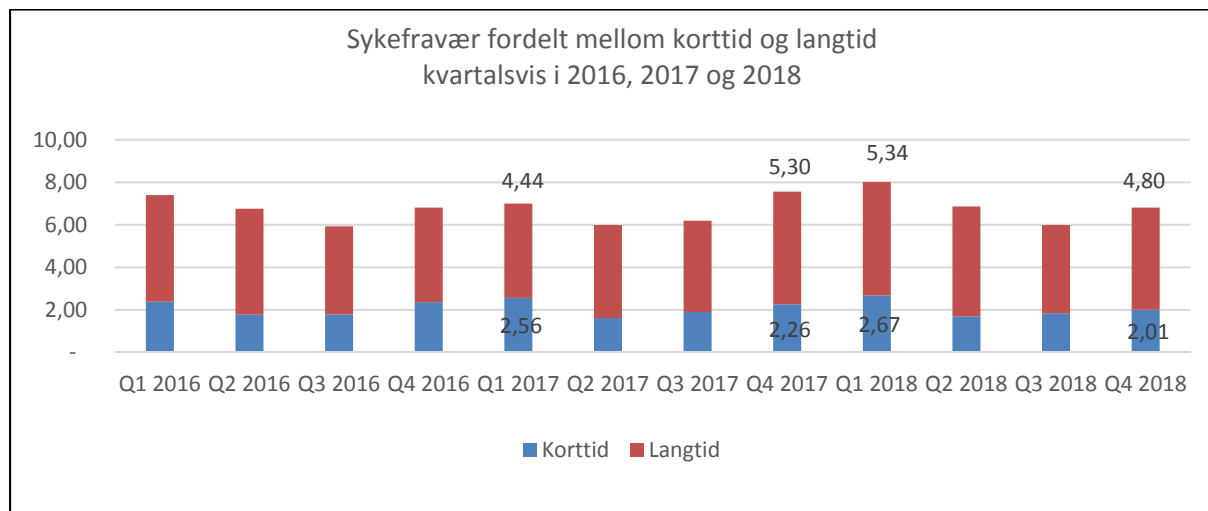
Introduksjon	2
Innholdsfortegnelse	3
Resultatrapportering	4
1. Ivareta IA-målene som omhandler sykefravær, ivaretagelse av personer med nedsatt funksjonsevne, bidra til å hindre frafall fra arbeidslivet og arbeide for økt avgangsalder.....	4
1.1. Oversikt sykefraværsutviklingen ved STHF kvartalsvis 2016 – 2018.....	5
1.2. Sykefravær klinikkvis 2016 – 2018.....	5
2. Etterleve Arbeidsmiljølovens bestemmelser	6
2.1. Oversikt antall AML brudd pr måned på ulike bruddårsaket 2018.....	6
3. Oppfølging av Forbedring – lokalt forbedringsarbeid	6
4. Aktiv bruk av HMS-handlingsplanen og oppfølging av tiltak	7
5. Ytre miljø – Grønt sykehus.....	8
6. Pasientsikkerhetskultur	9
7. Tiltak som gjelder hele foretaket.....	9
8. E-læringskurs knyttet til HMS – området	10
9. HMS indikatorer rapportert fra STHF til Helse Sør-Øst RHF for 2018	10
9.1 HMS indikatorer samlet for alle HF i HSØ.....	11
9.1.1. Fraværsskedefrekvens.....	11
9.1.2. HMS-hendelsesfrekvens.....	11
9.1.3. Lukkerate HMS-hendelser	12
9.1.4. Vold- og trusselfrekvens.....	12
9.1.5. HMS-handlingsplaner	14

Resultatrapportering

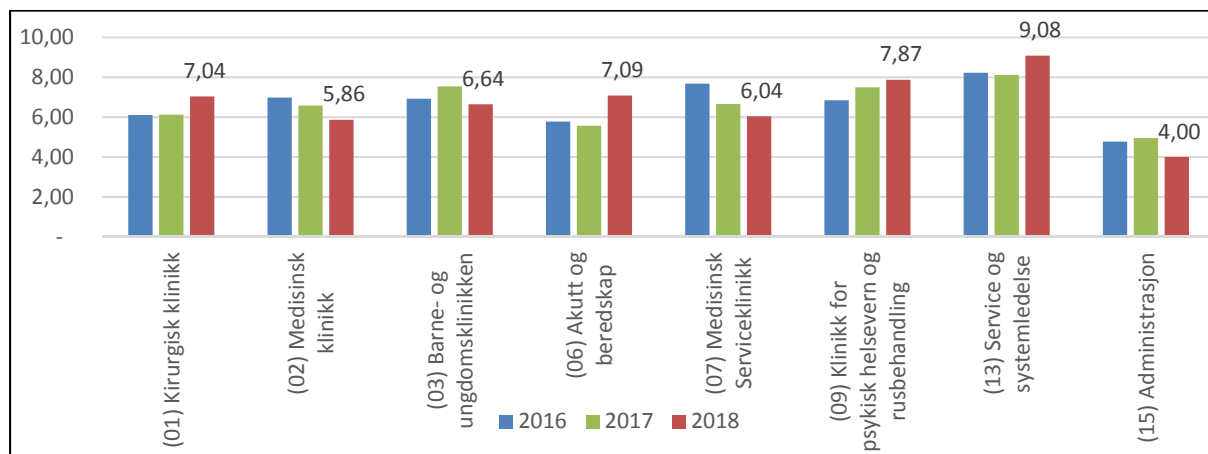
1. Ivareta IA-målene som omhandler sykefravær, ivaretagelse av personer med nedsatt funksjonsevne, bidra til å hindre frafall fra arbeidslivet og arbeide for økt avgangsalder.

Mål	Overordnet HMS mål 2018	Mål 2018	Resultat 2018	Resultat 2017	Status	Dokumentasjon/ Kommentarer
1.1.	Øke nærvær. Sykefravær – skal ikke overstige 6,4%	6,4%	6,96%	6,7%		Sykefravær 2018 var 0,3% høyere enn året før der langtidssykefraværet har økt fra 4,6 til 4,9% mens korttidsfraværet er redusert fra 2,10 til 2,06%. Det er en klar sesong-variasjon i sykefravær, hvor det er høyest i høst/vintermånedene og denne kurven er ganske lik fra år til år.
	Gravide: i gjennomsnitt stå i arbeid helt eller delvis til uke 33	Uke 33	32,38	Mål Uke 31		Resultat 2018 er gjennomsnittet for 21 ansatte hvor tidspunkt er registrert.
Mål	Overordnet HMS mål 2018				Status	Dokumentasjon/ Kommentarer
1.2	Forebygging, tilrettelegging og oppfølging av egne ansatte med nedsatt funksjonsevne					For egne ansatte, rapporter på avgangsalder fra KLP
	Hindre frafall fra arbeidslivet. Ta imot personer for utprøving av arbeids- og funksjonsevne i det ordinære arbeidsliv					For egne ansatte, rapporter på avgangsalder fra KLP
Mål	Overordnet HMS mål 2018	Mål 2018	Resultat 2018	Resultat 2017	Status	Dokumentasjon/ Kommentarer
	Redusere andel av ansatte som går over på passiv ytelse (uførepensjon/AFP/85-regel) Ha en gjennomsnittlig avgangsalder fra STHF (AFP/85-årsregel) på minimum 63,4 år	63,4	62,77	62,97		Uføre/AFP/85 årsregelen: 57,51 år AFP/85 årsregel (samlet) 62,81 år AFP: 63,16 år Tall fra 2017 opp mot 2018 viser at det har vært en negativ trend på uføre/AFP/85 årsregel og AFP/85 årsregel (samlet) mens tall for AFP viser en litt mer positiv økning.

1.1.Oversikt sykefraværsutviklingen ved STHF kvartalsvis 2016 – 2018



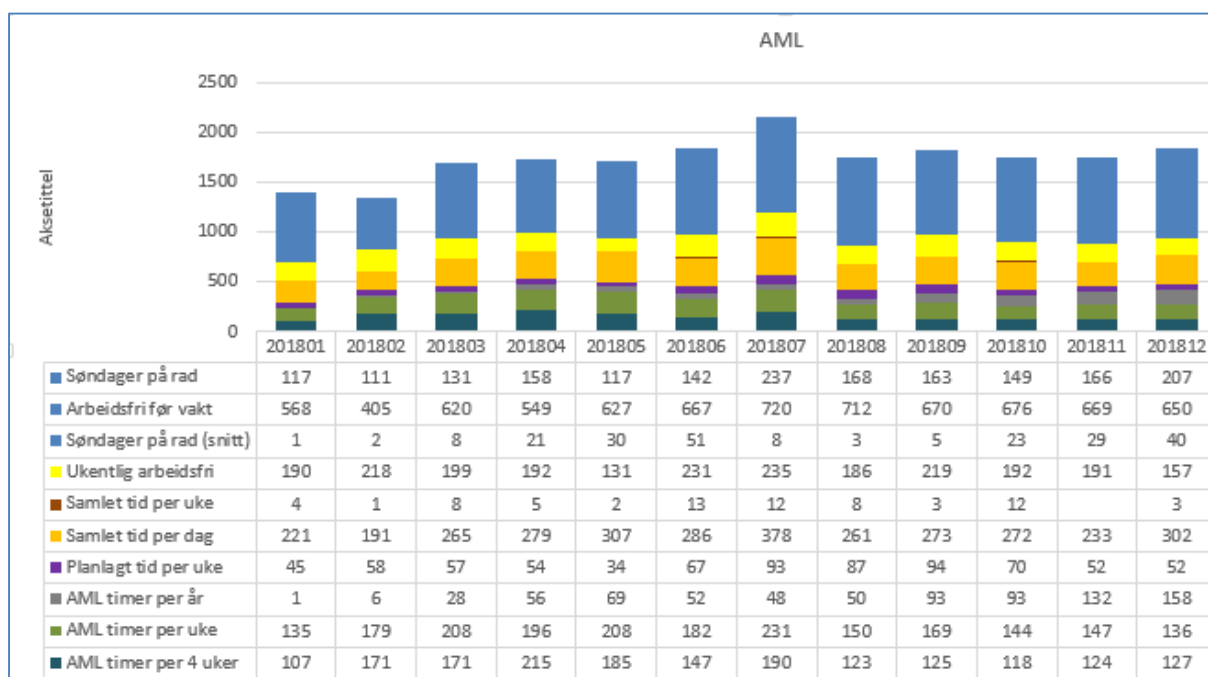
1.2.Sykefravær klinikkvis 2016 – 2018



2. Etterleve Arbeidsmiljølovens bestemmelser

Mål	Overordnet HMS mål	Status	Kommentarer
2.1	Ingen planlagte brudd i hht. Arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser.		Alle gjeldende arbeidsplaner er godkjent og eventuelle dispensasjoner fra arbeidstids-bestemmelser er avtalt i forkant. I praksis er det slik at ved behov for innleie ved sykefravær etc. vil det forekomme brudd på avtalte vernebestemmelser. Dette følges opp og rapporteres kvartalsvis i AMU.
2.2	Arbeidsplaner skal være risikovurdert før iverksetting.		I praksis gjøres det ofte en forenklet risikovurdering ved etablering av planer og ved godkjenning av plan ved tillitsvalgte. Det gjennomføres ikke risikovurdering ved iverksetting av alle arbeidsplaner og dette bør gjennomgås mht ansvar og bruk og dokumentasjon av ROS-analyser av arbeidsplaner.

2.1.Oversikt antall AML brudd pr måned på ulike bruddårsaket 2018



3. Oppfølging av Forbedring – lokalt forbedringsarbeid

Mål	Overordnet HMS mål	Mål 2018	Resultat 2018	Status	Kommentarer
3.1	Svarprosent for ForBedring - 87%	87%	86%		Mål fra HSØ er på 80% så STHF er godt over det. Det er

						igangsatt mye informasjons- og motivasjonsarbeid i organisasjonen for å få alle til å delta i ForBedring. Videre engasjement vil være avhengig av grad av involvering for de ansatte, oppfølging fra leder og effekt av forbedringstiltak som igangsettes.
3.2	Alle fast ansatte skal ha gjennomført utviklings-/ medarbeidersamtale med sin leder, inkludert ha utarbeidet en individuell kompetanseutviklingsplan - 100%	100%	Ikke målt 2018			Dette ble tidligere målt i medarbeiderundersøkelsen. Spørsmålet inngikk ikke i ForBedring 2018, men er tatt inn igjen i 2019.
3.3	Alle fast ansatte skal involveres i oppfølging av ForBedring – 100%	100%	Ikke målt 2018			Dette ble tidligere målt i medarbeiderundersøkelsen. Spørsmålet inngikk ikke i ForBedring 2018, men er tatt inn igjen i 2019. Det må ivaretas at leger og annet personell som ikke har svart på ForBedring der de har større del av sin arbeidshverdag også innvolveres i oppfølgingen.
Mål	Overordnet HMS mål	Mål 2018	Resultat 2018	Resultat 2017	Status	Kommentarer
3.4	Implementering av tiltak etter sikringsrisikoanalyse utført 2017	Tiltak i hht plan	Tiltak gj.ført etter plan	Risiko-analyse gj.ført.		Det er vedtatt plan og budsjett for tiltak etter sikringsrisikoanalysen. Planen følges opp i henhold til bevilgede tiltaksmidler og vil fortsette i 2019.

4. Aktiv bruk av HMS-handlingsplanen og oppfølging av tiltak

Mål	Overordnet HMS mål	Mål 2018	Resultat 2018	Resultat 2017	Status	Kommentarer
4.1	HMS handlingsplaner skal brukes aktivt og oppdateres gjennom året – 100%	100%	111/159	136/163		Oversikt over aktive HMS handlingsplaner for 2018 viser at ikke alle bruker HMS handlingsplanen som verktøy for oppfølging av forbedringstiltak etter undersøkelsen. Dette må

						følges opp videre i 2019 med krav til bruk av HMS handlingsplanen og aktiv tilbakemelding fra ledere på alle nivå for ansvarliggjøring og oppfølging.
--	--	--	--	--	--	---

5. Ytre miljø – Grønt sykehus

Mål	Overordnet HMS mål	Mål 2018	Resultat 2018	Resultat 2017	Status	Kommentarer
1	Redusere bruk av bredspektret antibiotika med 30% innen 2020 (fra 2012)	20%	18,4%	17,4%		Det er jobbet godt med tiltak for reduksjon i antibiotika-bruk og flere tiltak vil settes inn i 2019 som forventes å ha ytterligere effekt, bl.a. innføring av Metavision kurve og forbruksrapportering pr seksjon.
2	Øke ansattes kompetanse for energisparing som kan gi redusert energibruk.		43,3 GWh	43,9 GWh		Det er iverksatt flere lokale tiltak for energireduksjon som har gitt effekt i form av redusert energiforbruk tilsvarende 0,6 GWh fra 2017 til 2018.
3	Øke andel sortert avfall av total avfallsmengde relatert til sykehusets drift.	45%	49,2%	43,2%		Det er stor oppslutning om kildesortering ved sykehuset. Fokus framover vil være på farlig avfall og spesialavfall.
4	Sykehusets CO2 utslipp er redusert ved mer miljøvennlig transport	Redusere antall km m/fossilbil	890 000 km	897 000 Km		Ulike prosjekter er igangsatt for optimale transportløsninger for både pasientreiser og intern transport. STHF har i dag 3 el-biler og to hybridbiler. to nye el-biler kommer i 2019.
5	Papirforbruk reduseres fra 2018-2019 til samme nivå som 2012-2015	Forbruk A-4 papir Forbruk C5 konvolutt m/vindu	8215 pk. (9 mnd.) 186 862 (9 mnd.)	8049 pk. (9 mnd.) 165 500 (9 mnd.)		Forbruk ved målt innkjøp av papir, både A4 papir og konvolutter har økt fra 2018 til 2019. Det er satt i gang ulike tiltak med forventet effekt på papirforbruket der noen vil få effekt i 2019. Fortsatt bruk av papir ved økt digitalisering bør følges opp videre.

6. Pasientsikkerhetskultur

Mål	Overordnet HMS mål	Resultat 2018	Status	Kommentarer
6.1	Pasientsikkerhet integrert i ForBedring – tiltak i HMS handlingsplaner	Score 80 i ForBedring		Sikkerhetsklima kartlegger varslingskulturen, og hvor trygg og åpen denne er. Det belyser forhold som virker inn på kvaliteten og pasientsikkerheten. Høy skår indikerer en god varslingskultur og åpenhet.

7. Tiltak som gjelder hele foretaket

Kurs er tilgjengelige via læringsportalen. Noen av kursene er obligatoriske og deltakelse følges opp via linjeledelsen.

Mål	Felles tiltak på HMS området	Kommentarer/ gjennomføring
7.1	Grunnopplæring HMS for verneombud, AMU-medlemmer ved nyvalg av verneombud og AMU. 3-dagers kurs i kombinasjon med gjennomført e-læring.	Læringsportalen: 21 deltakere
7.2	Grunnopplæring HMS for nye ledere. Klasseromskurs (HMS-kurs I, II og III for ledere) i kombinasjon med gjennomføring av e-læring.	Leder følger opp at alle nye ledere gjennomfører kurset.
7.3	E-læringskurs i HMS – innføring. Verneombud, medlemmer av AMU og ledere gjennomfører kurset i kombinasjon med klasseromskurs.	Læringsportalen: 21 deltakere
7.4	Introduksjonsprogram for nyansatte. 2 ganger pr år (mars og oktober). Programmet inkluderer informasjon om HMS og en rekke obligatoriske e-læringskurs. Se pkt. 8 for oversikt over obligatoriske e-læringskurs for nyansatte innen HMS.	Læringsportalen: 15. mars: 51 deltakere 23. oktober: 99 deltakere
7.5	Introduksjonsprogram for turnusleder. Inkluderer orientering om HMS, hovedvekt smittevern.	Deltakelse dokumenteres i klinikkene.
7.6	Bedriftshelsetjenesten (BHT). STHF har egen plan for bruk av BHT. BHT er støtte- og bistandsapparat for ansatte, ledere, verneombud og tillitsvalgte.	Den enkelte klinikk konkretiserer sin bruk av BHT.
7.7	Vernerunder	Leder har ansvar for årlig gjennomføring sammen med verneombud på den enkelte enhet.
7.8	Risikovurderinger	Leder har ansvar for gjennomføring av risikovurdering ved behov i hht. prosedyre
7.9	Avviksbehandling	Alle ansatte har ansvar for å rapportere avvik. Avvik følges opp i linjen. Det er viktig at ansatte får informasjon om oppfølging av avvik for tilbakemelding og

		læring. HMS avvik bør følges bedre opp både på lokasjon og samlet for å se trender og utvikling som grunnlag for forbedring.
--	--	--

8. E-læringskurs knyttet til HMS – området

Noen av e-læringskursene er obligatoriske og skal tas innen 30 dager etter ansettelse. Det er leder som setter opp kompetanseplan for den ansatte og påser at nødvendige kurs gjennomføres.

	E-læringskurs	Kommentarer/ gjennomføring
8.1	HMS-innføring. Tilgjengelig for alle ansatte. Grunnleggende innføring for verneombud, ledere og AMU-medlemmer i forkant av klasseromskurs.	Læringsportalen: 21
8.2	Medarbeiderundersøkelsen STHF.	Ikke lenger aktuelt, ForBedring ble innført i 2018.
8.3	Håndhygiene - obligatorisk for nyansatte. Basale smittevernrutiner - obligatorisk for nyansatte. Isolering – reduksjon av smittespredning – for helsepersonell, renholds- og teknisk personell. Teknisk desinfeksjon – for de som utfører teknisk desinfeksjon.	Læringsportalen: Håndhygiene: 752 Basale smittevernrutiner: 42 Isolering – reduksjon av smittespredning: 146 Teknisk desinfeksjon: 77
8.4	Strålebruk for helsepersonell	Læringsportalen: 36
8.5	Brannvern grunnkurs – obligatorisk for nyansatte. Er et supplement til annen brannvernopplæring.	Læringsportalen: 852
8.6	Forflytningsteknikk for helsepersonell. Ulike kurs for ulike typer forflytning av pasienter.	Læringsportalen: 26

9. HMS indikatorer rapportert fra STHF til Helse Sør-Øst RHF for 2018

STHF og de andre HF-ene i Helse Sør-Øst rapporterer tertialvis til HSØ på utvalgte HMS-indikatorer og disse sammenstilles årlig og legges fram for HR-direktørmøtet i Helse Sør- Øst.

Tabellen viser tall som er rapportert fra STHF til Helse Sør-Øst for 2017 og 2018.

	HMS indikatorer	Antall registrerte 2017	Antall registrerte 2018
1	Antall fraværsskader	17	19
2	HMS-hendelser	260	424
3	Lukkede HMS-hendelser	218	269
4	Vold og trusler (somatikk)	29	35

4	Vold og trusler (psykiatri)	94	244
5	Aktive HMS- handlingsplaner	136/163	111/159

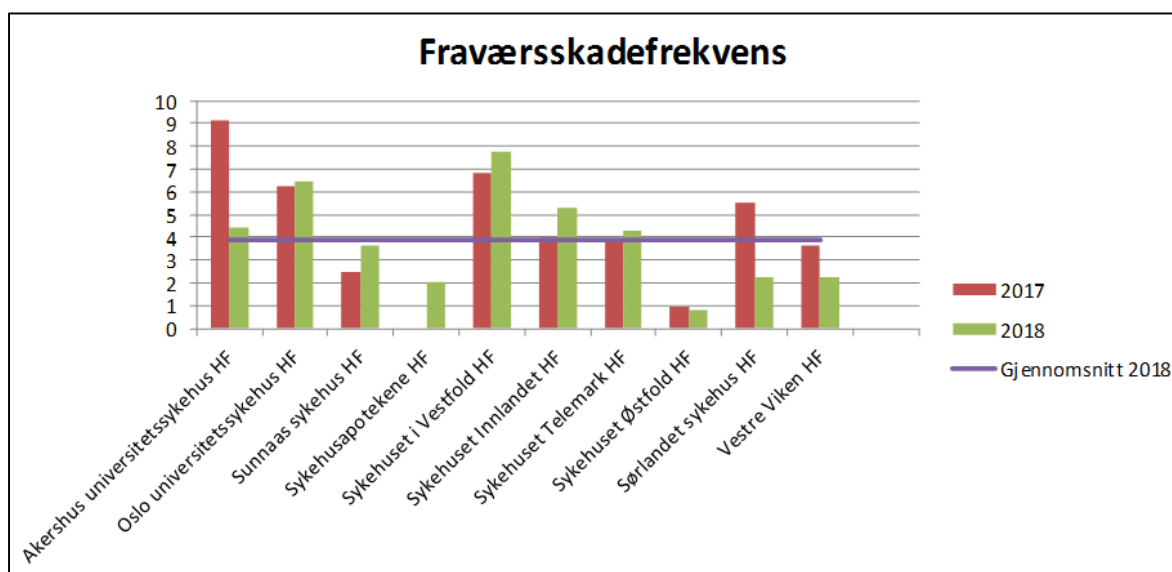
9.1 HMS indikatorer samlet for alle HF i HSØ

Tabellene under viser rapport på innmeldte HMS indikatorer for alle HF-ene i Helse Sør-Øst for 2017 og 2018.

Innrapportering og grunnlag fra de ulike HF kan være noe ulikt og tallene er derfor ikke direkte sammenlignbare men gir en indikasjon på variasjon i utvikling mellom HF-ene. Noen HF har f.eks. dårligere mulighet til å rapportere på ulike HMS indikatorer og noen HF har fått høye tall på avvik som følge av aktivt arbeid med avviksmeldekultur.

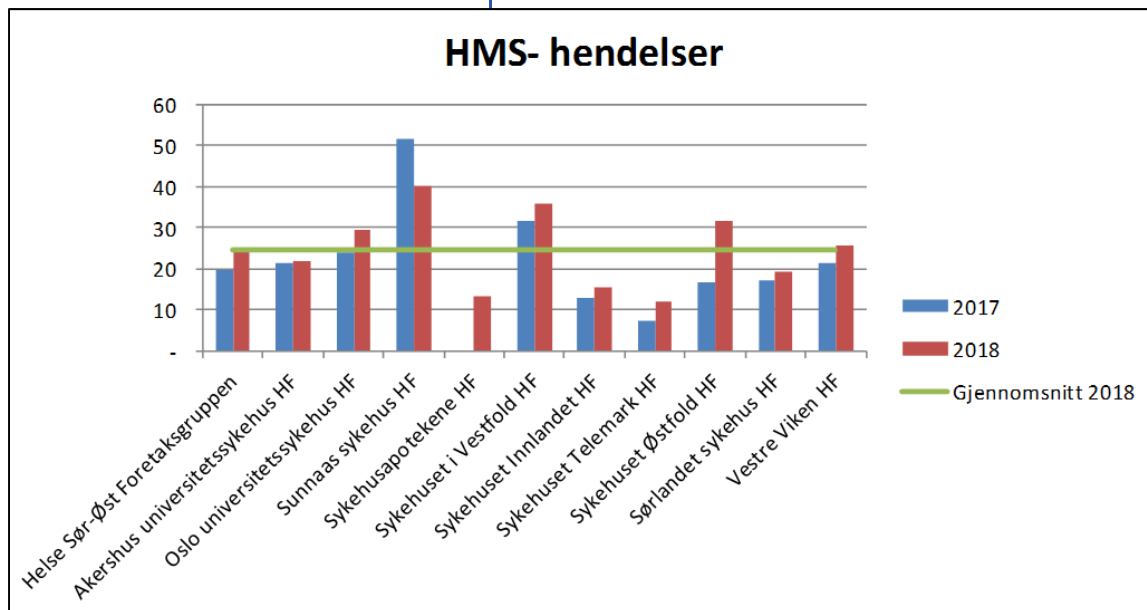
9.1.1. Fraværsskedefrekvens

Fraværsskade er personskade som følge av arbeidsforhold som medfører minst en dags fravær utover skadedagen. Grafen under viser antall fraværsskader per million arbeidstimer for 2017 og 2018.

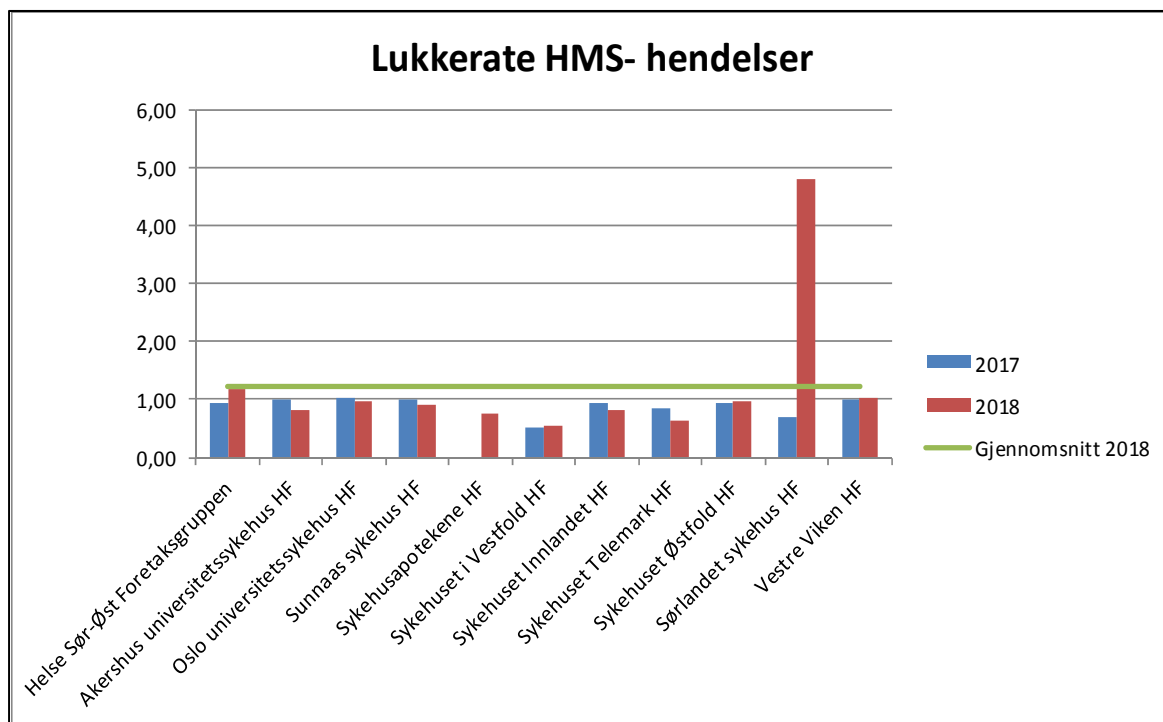


9.1.2. HMS-hendelsesfrekvens

HMS-hendelser omfatter underkategoriene: fysisk arbeidsmiljø, psykososialt/organisatorisk arbeidsmiljø, ytre miljø, brannvern, strålevern, smittevern, vold - og trusler, sikkerhet, utstyr og bygninger. Grafen under viser antall registrerte HMS-hendelser /brutto månedsverk x 1000.



9.1.3. Lukkerate HMS-hendelser

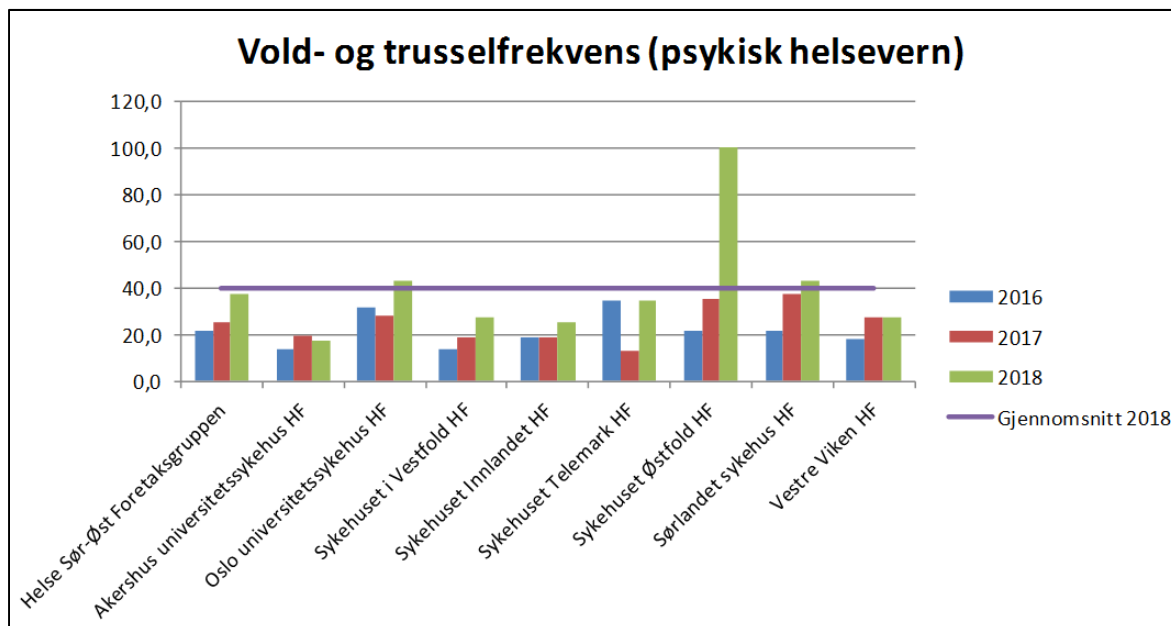
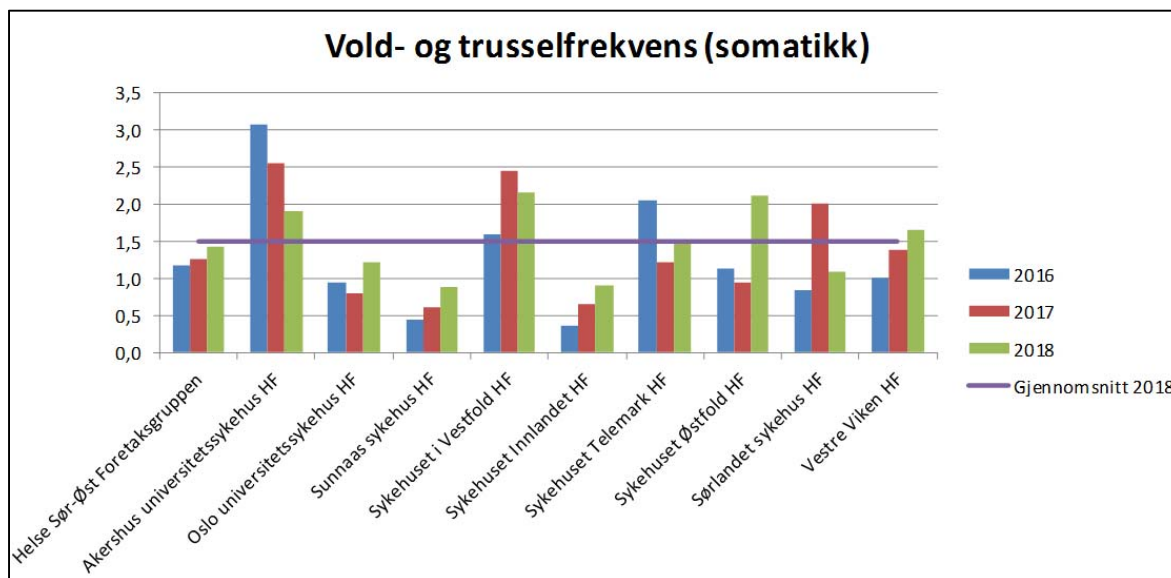


9.1.4. Vold- og trusselfrekvens

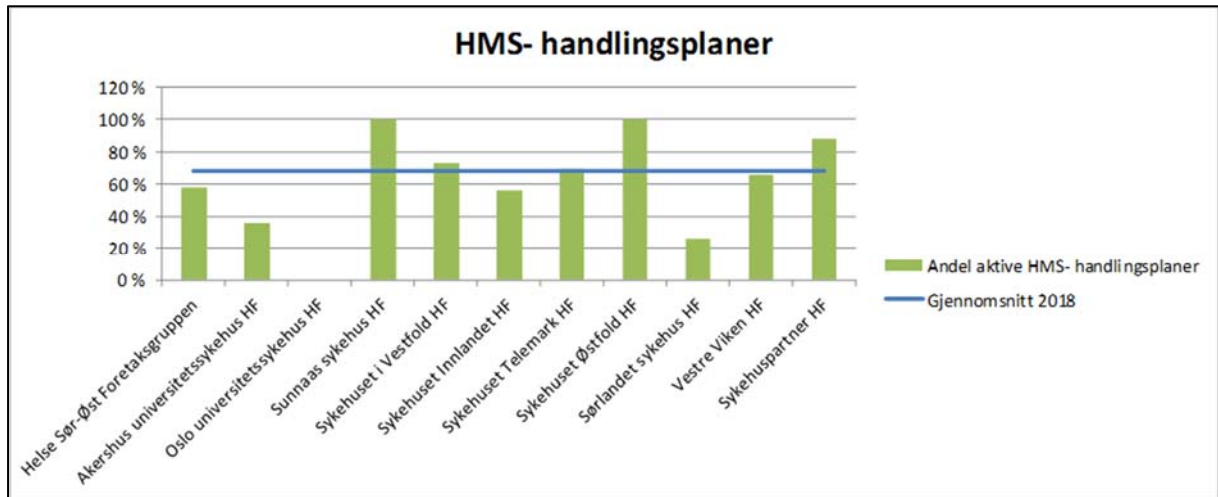
Arbeidstilsynet definerer vold- og trusler som: *Vold og trusler er hendelser hvor arbeidstakere blir fysisk eller verbalt angrepet i situasjoner som har forbindelse med deres*

arbeid, og som innebærer en åpenlys eller antydnet trussel mot deres sikkerhet, helse og velvære. Trusler er verbale angrep eller handlinger som tar sikte på å skade eller skremme en person. Vold er enhver handling som har til hensikt å føre til fysisk eller psykisk skade på person. Det kan også defineres som vold når arbeidstakere opplever utagerende handlinger hvor det utøves stort skadeverk på inventar og utstyr.

Grafene under for vold- og trusselfrekvens for somatikk og psykisk helsevern viser antall registrerte vold- og trusselhendelser/brutto månedsverk x 1000.



9.1.5. HMS-handlingsplaner



Overordnet HMS-handlingsplan STHF 2018 - Del 2 2018 HR, Pasientsikkerhetskultur og Grønt sykehus

Sykehuset Telemark skal være en helsefremmende arbeidsplass hvor ledere og medarbeidere kontinuerlig utvikler et arbeidsmiljø preget av trivsel, trygghet og arbeidsglede, hvor vi sammen tar ansvar og respekterer hverandre.

Tabellen beskriver overordnede mål og tiltak, hvem som er ansvarlig for overordnede tiltak/aktiviteter og oppfølging lokalt, frister for å registrere tiltak i HMS - handlingsplanen og hvordan gjennomføring dokumenteres.

- **Kliniksjefer, avdelingsledere og seksjonsledere er ansvarlig for at det utarbeides egne mål og tiltak på sitt nivå.**

Mål	Overordnet HMS - mål STHF 2018	Overordnede tiltak/aktiviteter	Ansvarlig for overordnede tiltak/aktiviteter	Oppfølging i klinikkene	Ansvar	Frist	Dokumentasjon
1. Ivareta IA - målene som omhandler sykefravær, ivaretagelse av personer med nedsatt funksjonsevne, bidra til å hindre frafall fra arbeidslivet og arbeide for å øke avgangsalderen.							
1.1	<u>Sykefravær</u> Øke nærvær Sykefravær skal ikke overstige <ul style="list-style-type: none"> • 2018 - 6,4 % 	Tilby aktuelle temakurs: Eksempler kan være forebygging og oppfølging av sykefravær, bruk av sykefraværsoppfølgingsverktøyet i Personalportalen, utarbeiding av oppfølgingsplaner, konflikthåndtering	HR/BHT	Utarbeider egne mål for sykefravær og tiltak Alle seksjoner identifiserer minst ett tiltak i HMS – handlingsplanen knyttet til sykefraværarbeid, forebyggende eller i forhold til oppfølgingsarbeidet	Leder	31.januar	HMS-handlingsplanen Personalportalen Profitbase /Eli sykefraværs-rapportering
		Korte lunsjmøter med aktuelle temaer/samme tema flere ganger Eksempler kan være funksjonsvurdering, risikovurdering, psykososialt arbeidsmiljø, nærvær	BHT	Ledere deltar på aktuelle kurs	Leder	Hele året	
	Gravide: I gjennomsnitt stå i arbeid helt eller delvis til:	Brosjyre: Gratulerer med graviditeten finnes i Personalhåndboka		Brosjyre Gratulerer med graviditeten , tilbud om informasjonsmøte og trekantsamtale.	Leder	Hele året	

	<ul style="list-style-type: none"> 2018 – uke 33 	Informasjonsmøter for gravide og ledere	BHT og jordmor				Personalportalen
		Trekantsamtale. Samtaler mellom jordmor, den gravide og leder for å tilrettelegge og forbygge sykefravær under svangerskap	Leder og jordmor				
1.2	<p><u>Personer med nedsatt funksjonsevne</u> Videreføre fokus på arbeidet med forebygging, tilrettelegging og oppfølging av egne medarbeidere som har nedsatt funksjonsevne permanent eller midlertidig, også for om mulig å heve gj.snittlig avgangsalder for overgang til uføreytelse</p>	Være åpne for arbeidsutprøving på tvers av klinikker	Ledere HR BHT	Alltid vurdere mulighet for arbeidsutprøving også ved henvendelse fra en annen klinikk	Leder	Hele året	For egne ansatte, rapporter på avgangsalder fra KLP
	<p>Bidra til å finne løsninger for flest mulig internt eller eksternt for å hindre frafall fra arbeidslivet. Være åpne for å ta imot personer som har behov for utprøving av sin arbeids- og funksjonsevne i det ordinære arbeidsliv også i</p> <ul style="list-style-type: none"> 2018 	Alltid vurdere om det er mulig å tilby tidsavgrenset arbeidsutprøving når det kommer henvendelser om dette internt i sykehuset eller fra eksterne aktører	Ledere HR	Alltid vurdere om det er mulig å tilby tidsavgrenset arbeidsutprøving når det kommer henvendelser om dette internt i sykehuset eller fra eksterne aktører	Leder	Hele året	For egne ansatte, rapporter på avgangsalder fra KLP
1.3	<p><u>Avgangsalder:</u> Redusere andel av ansatte som går over på passiv ytelse (uførepensjon/AFP/85-årsregel)</p> <p>Ha en gjennomsnittlig avgangsalder fra STHF (AFP/85-årsregel) på minimum</p> <ul style="list-style-type: none"> 2018 – 63,4 år 	Seniortiltak for medarbeidere fra 58 år	HF	Ledere følger opp målene for seniorpolitikken ved å følge opp seniortiltakene. Alle medarbeidere 58 + skal ha tilbud om utviklingssamtale med seniorperspektiv.	Leder	Hele året	Rapporter på avgangsalder fra KLP
Mål	Overordnet HMS - mål STHF 2017 - 2018	Overordnede tiltak/aktiviteter	Ansvarlig for overordnede	Oppfølging i klinikkene	Ansvar	Frist	Dokumentasjon

			tiltak/aktiviteter				
2. Etterleve Arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser							
2.1	Sykehuset har ikke toleranse for planlagte brudd i hht. Arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser	Kontinuerlig kompetanseheving hos ledere både i bruk av GAT, arbeidstidsbestemmelser, og god ressursstyring.	HR/ Virksomhetsdata og ressursplanlegging	Klinikkene sikrer at alle ledere gjennomfører oppsatte kurs	Ledere	Hele året	Læringsportalen
		Status på AML-brudd legges fram for AMU Månedlige rapporter på AML-brudd til ledergruppen og styret.				Hele året	
		Status på AML-brudd tas opp i oppfølgingssamtaler mellom adm.dir og klinikkjefer.	Adm. dir	Status på AML-brudd følges opp videre i linjen.	Klinikk sjef Avdelings leder	Hele året	Oppdatert oversikt over AML-brudd på Pulsen
		AML statistikk publiseres på Pulsen hver måned	HR/ Virksomhetsdata og ressursplanlegging	Status på AML-brudd følges opp videre i linjen.	Klinikk-sjef Avdelings leder Seksjonsleder	Hele året	Oppdatert oversikt over AML-brudd på Pulsen
2.2	Arbeidsplanen skal være risikovurdert før iverksetting	Risikovurdering i hht. retningslinje ID 7736 og Veileder ved vurdering av forsvarlighet i forbindelse med utarbeiding av arbeidsplaner ID 26865			Leder	Hele året	
3. Økt fokus på lokalt forbedringsarbeid gjennom oppfølging av ForBedring							
* Ny undersøkelse ForBedring fom 2018 gir utfordringer for rapportering av tidligere MU-indikatorer og mål for Pasientsikkerhetskulturerundersøkelsen. Noen tidligere mål knyttet til MU er derfor fjernet fra den overordnede planen for 2018. Endret omfang av målgruppe ved ny sammenslått undersøkelse kan gjøre det urealistisk å oppnå tilsvarende svarprosent som for 2016.							
3.1	Svarprosent for ny undersøkelse ForBedring minst lik 2016 <ul style="list-style-type: none"> 2018 87%* 	Alle ledere skal ha gjennomgått e-læringskurset Medarbeiderundersøkelsen STHF eller tilsvarende kurs hvis det utarbeides nytt kurs for ny nasjonal sammenslått undersøkelse ForBedring	HR	Klinikkene følger opp at alle ledere gjennomfører e-læringskurs Medarbeiderundersøkelsen STHF eller tilsvarende kurs for ny undersøkelse Forbedring	Leder		Rapporter ForBedring Læringsportalen

		Gjennomføre opplæring for ledere i oppfølgingsarbeid etter ForBedring (HMS-kurs I)	HR/BHT	Klinikkene følger opp at nye ledere gjennomfører klasseromskurset i oppfølgingsarbeid knyttet til ForBedring (HMS-kurs I)	Klinikk sjef Avdelings leder	Vår	
		Tettere oppfølging av tiltak etter ForBedring i lederlinjen. Tema på dagsorden i lederfora.	Adm.dir Ledergruppen	Videre oppfølging i klinikk/avdeling/seksjon	Klinikk sjef Avdelings leder	Hele året	HMS-handlingsplaner
3.2	Alle fast ansatte skal ha gjennomført utviklings/ medarbeidersamtale med sin leder, inkludert ha utarbeidet en individuell kompetanseutviklingsplan <ul style="list-style-type: none"> • 2018 - 100 % 			Ledere skal gjennomføre medarbeidersamtale/utviklingssamtale med alle fast ansatte hvert år.	Leder	Innen neste For-Bedring	
3.3	Alle fast ansatte skal involveres i oppfølgingen av tidligere MU og ForBedring <ul style="list-style-type: none"> • 2018 - 100 % 			Alle ledere skal gjennomgå resultatet etter ForBedring med sine ansatte og utarbeide tiltak i samarbeid med de ansatte. Også enheter der det ikke foreligger rapport etter Forbedring skal utarbeide forbedrings- og bevaringstiltak som skal registreres i HMS-handlingsplanen	Ledere	Frist settes når avklart	
3.4	Implementering av tiltak etter sikringsrisikoanalyse utført 2017	Prosjekt startet for implementering av tiltak for å redusere risiko for uønskede eksterne hendelser. Dagens risiko som er høy skal reduseres til moderat ved at tiltak som adgangskontroll, kameraovervåking, intern opplæring og bevisstgjøring av sikkerhet. Skal utføres over to år, 2018 og 2019. Samtidig skal adgangskontrollsystemet integreres med database i personalportal slik at vi til enhver tid har kontroll over ansatte og hvilke tilganger de har	Prosjekteier: klinikk/sjef SSL Prosjektleder: Avdelingsleder Eiendomsdrift SSL	Etter hvert som prosjektet skrider fremover blir de berørte klinikker kontaktet for deltagelse og opplæring	Ledere i hver organisasjons-enhet	2019	Utarbeidelse av e-læringskurs for sikkerhet i sykehus, lage system sammen med HMS for felles rapportering av hendelser for bruk til videre arbeid

4. Fokus på aktiv bruk av HMS-handlingsplanene og oppfølging av tiltak							
4.1	Alle organisasjonsenheter der det er besluttet at det skal utarbeides HMS-handlingsplaner skal bruke disse aktivt og oppdatere den gjennom året <ul style="list-style-type: none"> 2018: 100 % 	Følge opp andel aktive HMS-handlingsplaner. Rapportere andel HMS-handlingsplaner til AMU, ledergruppa og HSØ	Ledergruppa AMU HR	HMS-handlingsplanene skal benyttes aktivt og status på gjennomføring av tiltak følges opp jevnlig i personalmøter. Lederlinjen følger opp status og framdrift på tiltak i HMS-handlingsplanene ved å sette temaet på dagsorden på ledermøter og ved oppfølging av lederavtalene.	Ledere	Hele året	Rapporter aktive HMS-handlingsplaner til AMU, ledergruppen og HSØ *Rapportering i overgangsfase mellom gjeldende og nytt HMS-handlingsplansystem kan skape utfordringer.
Mål	Overordnet HM - mål STHF 2016	Overordnede tiltak/aktiviteter	Ansvarlig for overordnede tiltak/aktiviteter	Oppfølging i klinikkene	Ansvar	Frist	Dokumentasjon
5. Ytre miljø – grønt sykehus							
5.1	Miljømål og tiltak vedtas av ledergruppen. Planen oppdateres i hht. dette. Oppdatert informasjon om mål og tiltak finnes på Pulsen Grønt sykehus			Målene forankres i lederavtaler og følges opp med relevante tiltak i HMS -handlingsplaner på alle nivåer. Tiltak i HMS-handlingsplanen	Ledere Ledere	Hele året 31. mars	Rapporter HMS-handlingsplaner
6. Pasientsikkerhetskultur							
6.1	Pasientsikkerhet skal være integrert i pasientbehandlingen og den vanlige driften. Fra 2018 blir «ForBedring» gjennomført blant medarbeidere. Dette er en undersøkelse hvor pasientsikkerhetskultur og medarbeidertilfredshet settes i sammenheng. Ny felles undersøkelse erstatter tidligere enkeltstående pasientsikkerhetskulturundersøkelse og medarbeiderundersøkelse (MU)	Gjennomføring av undersøkelsen ForBedring	HR Fagdirektør	Relevante tiltak følges opp i HMS-handlingsplanene på alle nivåer		Frist settes når avklart	Rapporter HMS-handlingsplaner

7. Tiltak som gjelder hele foretaket							
7.1		Grunnopplæring HMS for verneombud, AMU - medlemmer ved nyvalg av verneombud og AMU (hvert 2. år eller ved behov). 3-dagers kurs i kombinasjon med gjennomført e-læring	HR/BHT	Klinikkene påser at sine verneombud og nye ledere gjennomfører både e-læringskurs og klasseromsopplæring	Kl.sjef Avd.leder	Jan/febr hvert 2. år	HR/ Læringsportalen
7.2		Grunnopplæring HMS for nye ledere Klasseromskurs (HMS-kurs I, II og III for ledere) i kombinasjon med gjennomføring av e-læring	HR/BHT	Nye ledere melder seg på kurs	Leder		
7.3		E – læringskurs i HMS – innføring. Verneombud, medlemmer av AMU og ledere gjennomføres kurset i kombinasjon med klasseromskurs.					Læringsportalen
7.4		Introduksjonsprogram for nyansatte 2 ganger pr år (mars og oktober). Programmet inkluderer informasjon om HMS og en rekke obligatoriske e-læringskurs. Se pkt. 8 for oversikt over obligatoriske e-læringskurs for nyansatte innen HMS	HR Ressurspersoner	Tilpasset introduksjon på eget arbeidssted	Leder	Hele året	Læringsportalen
7.5		Introduksjonsprogram for turnusleger Inkluderer orientering om HMS, hovedvekt smittevern	Klinikker/ressurspersoner		Ledere	Vår og høst	Deltakelse dokumenteres i klinikkene
7.6		Bedriftshelsetjeneste (BHT) STHF har egen plan for bruk av BHT. BHT er støtte- og bistandsapparat for ansatte, ledere, verneombud og tillitsvalgte. BHT er fast medlem i AMU. Alle ansatte, ledere, verneombud og tillitsvalgte kan ta direkte kontakt med BHT.	HF	Den enkelte klinikk/seksjon/avdeling konkretiserer sin bruk av BHT i fht. enkeltområder/tiltak i sin HMS-handlingsplan.	Ledere	Hele året	HMS-handlingsplanene

7.4		Vernerunder		Gjennomføres i alle verneområder	Leder(e)	31.3	
7.5		Risikovurdering		Gjennomføres ved behov i hht. prosedyre.	Leder(e)	Hele året	ID 7736
7.6		Avviksbehandling		Følges opp hele året	Leder(e)	Hele året	
8. E-læringskurs knyttet til HMS - området							
8.1		HMS – innføring. Tilgjengelig for alle ansatte. Grunnleggende innføring for verneombud, ledere og AMU-medlemmer i forkant av klasseromskurs	HR/BHT	Ledere påser at aktuelle ansatte gjennomfører e-læringskursene i hht. klinikkens planer	Leder(e)	Hele året	Læringsportal
8.2		Medarbeiderundersøkelsen STHF. Grunnleggende innføring i hele prosessen omkring medarbeiderundersøkelsen og oppfølgingen.	HR/BHT				
8.3		Håndhygiene. Obligatorisk for nyansatte Basale smittevernrutiner. Obligatorisk for nyansatte Isolering – reduksjon av smittespredning – for helsepersonell, renholds- og teknisk personell Teknisk desinfeksjon – for de som utfører teknisk desinfeksjon	HR/BHT/ smittevern				
8.4		Strålebruk for helsepersonell	HR og fagpersonell radiologi	Ledere påser at aktuelle ansatte gjennomfører e-læringskursene i hht. klinikkens planer	Leder(e)	Hele året	Læringsportal
8.5		Brannvern grunnkurs. Obligatorisk for nyansatte. Er et supplement til annen brannvernopplæring.	HR og brannvernleder				
8.6		Forflytningsteknikk for helsepersonell Ulike kurs for ulike typer forflytning av pasienter. For helsepersonell.	HR og fagpersonell forflytning				

14.3.2018 - Oppdatert pkt. 3.4

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Sluttrapport og evaluering HELIKS

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
029-2019	Fagdirektør Halfrid Waage/Klinikkjef Gunnar Gausel/Prosjektleder Elisabeth Hessen	Orientering	22.05.2019

Trykte vedlegg:

Sluttrapport m/vedlegg inkorporert

- Prosjekt DFS - Detaljert oversikt over mål, gevinster og måloppnåelse
- Rapport hendelsesanalyse
- Prosjekt DFS – Hendelsesdiagram

Har saken betydning for pasientsikkerheten?

Gode verktøy for dokumentstyring og forbedring er nøkkelfaktorer for kontinuerlig forbedring. Det innebærer å identifisere svikt eller forbedringsområder og iverksette tiltak slik at varig forbedring oppnås.

Ingress:

Sørlandet Sykehus HF, Sykehuset Telemark HF, Sunnaas Sykehus HF, Betanien Hospital og Sykehuspartner HF har sammen hatt et lokalt samarbeidsprosjekt for å anskaffe nytt dokumentstyrings- og forbedringssystem. Leveransen skulle bestå av et felles, helhetlig og standardisert system for dokumentstyring og forbedring av kvalitet, pasientsikkerhet og HMS. I tillegg skulle forbedringssystemet tilfredsstillende omfatte lovkrav til informasjonssikkerhet og personvern.

Systemet som ble anskaffet, viste seg å ha behov for omfattende utvikling, hvilket ikke prosjektet var bemannet for. Dette førte til at prosjektleveransene ble delt opp og at det ble mange forsinkelser. Sunnaas Sykehus HF og Sykehuset Telemark HF tok systemets dokumentstyringsdel i bruk i starten av 2018. Betanien Hospital tok systemet i bruk i mars 2019. I forkant gjennomførte alle tre sykehusene et omfattende ryddearbeid i styrende dokumenter.

På grunn av manglende leveranser, ble akseptansetesten av forbedringssystemet stoppet i februar 2018. Forhandlinger med leverandør pågikk fram til oktober 2018 og resulterte i avslutning av forbedringssystemet i kontrakten, mens dokumentstyringssystemet ble videreført.

Sluttrapport med evaluering av prosjektet er behandlet i felles styringsgruppe 3. april 2019 og ble lagt fram for direktørens ledergruppe i Sykehuset Telemark HF 8. april 2019.

Forslag til vedtak:

Saken tas til orientering.

Skien, den 13. mai 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Prosjekt DFS

Sluttrapport



Versjonskontroll:

Versjon	Dato	Forklaring	Utført av
0.1	10.01.19	Etablert	Elisabeth Hessen
0.2	25.02.19	Oppdatert	Elisabeth Hessen
0.3	18.03.19	Oppdatert	Elisabeth Hessen
0.4	19.03.19	Oppdatert	Andreas Egeberg, Terje Myhre
0.5	21.03.19	Oppdatert	Elisabeth Hessen
0.7	22.03.19	Oppdatert	Elisabeth Hessen
0.8	25.03.19	Oppdatert	Elisabeth Hessen mfl
0.9	27.04.19	Høringsutkast (styringsgruppe og prosjektgruppe)	Elisabeth Hessen
0.95	01.04.19	Oppdatert etter høring for utsendelse til styringsgruppa	Elisabeth Hessen
0.96	03.04.19	Oppdateringer til styringsgruppemøtet	Elisabeth Hessen
0.97	03.04.19	Oppdateringer i styringsgruppemøtet og kvalitetssikring	Elisabeth Hessen, Halfrid Waage
1.0	03.04.19	Endelig godkjent versjon med oppdateringer besluttet i styringsgruppemøtet	Elisabeth Hessen

Godkjent av:

Navn	Rolle	Stilling	Dato
Per Engstrand	Styringsgruppeleder	Fagdirektør Sørlandet Sykehus HF	03.04.2019

Prosjektnummer: 103170	Prosjektnavn: Prosjekt DFS	Referanse:
Beslutningsdato: 03.04.2019	Beslutning: Sluttrapporten er godkjent av prosjektets styringsgruppe	
Prosjekteiere: <ul style="list-style-type: none"> • Sørlandet Sykehus HF: Per Engstrand • Sykehuset Telemark HF: Jon Gunnar Gausel • Sunnaas Sykehus HF: Kirsti Bjune • Sykehuspartner HF: Irene Thaule • Sykehuspartner HF (prosjektleverandør): Frank Isaksen 	Styringsgruppe: <ul style="list-style-type: none"> • Per Engstrand, fagdirektør, styringsgruppeleder/ prosjekteier Sørlandet Sykehus HF • Jon Gunnar Gausel, klinikkssjef, styringsgrupperepresentant/ prosjekteier Sykehuset Telemark HF • Halfrid Waage, fagdirektør, styringsgrupperepresentant Sykehuset Telemark HF • Kirsti Bjune, fagdirektør, styringsgrupperepresentant/ prosjekteier Sunnaas Sykehus HF • Irene Thaule, kvalitetssjef, styringsgrupperepresentant/ prosjekteier Sykehuspartner HF • Terje Danielsen, administrerende direktør, styringsgrupperepresentant/ prosjekteier Betanien Hospital • Frank Isaksen, tjenesteporteføljeansvarlig, styringsgrupperepresentant Sykehuspartner HF som prosjektleverandør • Tom Atle Steffensen, brukerrepresentant Sørlandet Sykehus HF • Eldrid Rosvold Mathisen, representant tillitsvalgte Sørlandet Sykehus HF (fra oktober 2015) • Marie Landsnes, representant verneombud Sykehuset Telemark HF (til desember 2017) • Øystein Boklund, representant verneombud Sykehuset Telemark HF (fra januar 2018) 	
Prosjektleder: Elisabeth Hessen	Prosjektsikring: Per Engstrand, styringsgruppeleder	
Vedlegg: Prosjekt DFS Hendelsesanalyserapport, Prosjekt DFS Hendelsesdiagram		
Signatur styringsgruppeleder:  Per Engstrand (sign)	Signatur prosjektleder:  Elisabeth Hessen (sign)	

Innholdsfortegnelse

1. Beskrivelse av prosjektet	5
1.1. Bakgrunn.....	5
1.2. Lokalt samarbeidsprosjekt og anskaffelse.....	5
1.3. Innføring av nytt system.....	5
2. Måloppnåelse og prosjektleveranser	7
2.1. Overordnet måloppnåelse.....	7
2.2. Mål og grad av måloppnåelse.....	7
2.3. Prosjektets leveranser	8
2.4. Endringer	9
2.5. Risiko.....	9
3. Nødvendige oppfølgingstiltak.....	11
4. Business Case	11
4.1. Prosjektregnskap	11
4.2. Lokal ressursinnsats.....	12
4.3. Gevinstrealisering	12
5. Evaluering av prosjektet	13
5.1. Gjennomføring og organisering.....	13
5.2. Lærings- og forbedringspunkter	14
6. Dokumentasjon.....	15
7. Vedlegg.....	16

1. Beskrivelse av prosjektet

1.1. Bakgrunn

Mange av sykehusene i Helse Sør-Øst RHF har benyttet deler eller hele dokumentstyrings- og forbedringssystemet TQM Helse i en årrekke. I 2011 besluttet leverandøren at systemet skulle legges ned fordi det var utdatert.

Ledergruppen i Helse Sør-Øst RHF besluttet derfor at det skulle gjennomføres en regional anskaffelse av et felles, standardisert dokumentstyrings- og forbedringssystem for alle helseforetak og private ideelle sykehus med regional driftsavtale i Helse Sør-Øst RHF. Det regionale prosjektet gikk i flere faser, men ble avsluttet i 2015 på grunn av manglende finansiering og oppslutning.

1.2. Lokalt samarbeidsprosjekt og anskaffelse

Sørlandet Sykehus HF, Sykehuset Telemark HF, Sunnaas Sykehus HF og Betanien Hospital, stod da uten alternative systemer og fikk tilslutning fra Helse Sør-Øst RHF om at det regionale prosjektet kunne videreføres som et lokalt samarbeidsprosjekt.

Det lokale samarbeidsprosjektet ble etablert med styringsgruppe og prosjektgruppe med representanter fra de fire sykehusene. Sommeren 2015 sluttet også Sykehuspartner HF seg til prosjektet slik at det totalt ble fem prosjektpartnere. Sykehuspartner HF har i tillegg til å være prosjektdeltaker, også vært prosjektleverandør.

Anskaffelsen ble gjennomført som konkurranse med forhandling jf. Forskrift om offentlige anskaffelser § 14-3 bokstav b. Av 16 søkere som oppfylte kvalifikasjonskravene, ble ni leverandører invitert til å inngi tilbud. Computas AS oppnådde best score på tildelingskriteriene kvalitet (70 %) og pris (30 %) for både dokumentstyringssystem og forbedringssystem, og ble valgt som leverandør av begge systemene.

Sykehuspartner HF som prosjektleverandør inngikk kontrakt med Computas AS på vegne av de fem prosjektpartnere. Kontrakten inneholdt opsjoner for resterende helseforetak og private ideelle sykehus/stiftelser med driftsavtaler i Helse Sør-Øst RHF. Alle fem prosjektpartnere inngikk tjenesteavtaler med Sykehuspartner HF som prosjektleverandør om implementering, teknisk forvaltning og drift av systemet.

1.3. Innføring av nytt system

Systemleveransen skulle bestå av et felles, helhetlig og standardisert system for dokumentstyring og forbedring av kvalitet, pasientsikkerhet og HMS.

Sentrale funksjoner skulle være:

- Håndtering av styrende dokumenter i standardiserte prosesser
- Samsvarsmålinger – om styrende krav blir etterlevd

- Styrende dokumenter - mulighet for tilgjengelighet og gjenbruk på tvers i helseforetak/sykehus
- Sammensatte dokumenter (komposittdokumenter) – et dokument som inneholder deler av andre dokumenter. Gjenbrukte deler oppdateres automatisk når det gjøres endringer i dokumentene de er hentet fra.
- Dokumenter kan sendes på høring
- Lesebekreftelser ved for eksempel innføring av nye dokumenter eller endringer
- Publisering av styrende dokumenter på helseforetak/sykehus sine internettsider
- Behandling av uønskede hendelser og forbedringsforslag
- Klagebehandling
- Interne revisjoner
- Eksterne revisjoner og tilsyn
- Risikoanalyser
- Hendelsesanalyser
- Handlingsplaner
- Gjennomgående klassifisering med standardisert kodeverk (tagger) – både dokumenter og avvik/klager
- Statistikk, rapport og analyse
- Dashboard for sentral styringsinformasjon
- Benchmarking
- Meldingsutveksling med Helsedirektoratet i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 (integrasjon)
- Registrering av uønskede pasienthendelser fra elektroniske pasientjournalssystem-DIPS (integrasjon)
- Innmelding av klager, ris og ros via Internett for pasienter (integrasjon)
- Innmelding av uønskede hendelser via Internett for eksterne samarbeidspartnere (integrasjon)
- Integrasjon med sak/arkiv system (Public 360)
- Moderne søkefunksjon

I tillegg skulle forbedringssystemet tilfredsstillende omfattende lovkrav til personvern og informasjonssikkerhet.

Til tross for basis-systemet skulle være ferdig utviklet, viste det seg å ha behov for omfattende utvikling. Prosjektet var ikke bemannet som et utviklingsprosjekt og måtte derfor styrkes med ytterligere ressurser. Dette førte til at prosjektleveransene ble delt opp og at det ble mange forsinkelser.

Sunnaas Sykehus HF og Sykehuset Telemark HF tok systemets dokumentstyringsdel i bruk i starten av 2018. Betanien Hospital tok systemet i bruk i mars 2019. I forkant gjennomførte alle tre sykehusene et omfattende ryddearbeid i styrende dokumenter. Totalt ble det ved de tre sykehusene konvertert ca. 5 300 dokumenter til det nye systemet.

2. Måloppnåelse og prosjektleveranser

2.1. Overordnet måloppnåelse

På grunn av manglende leveranser, ble akseptansetesten av forbedringssystemet stoppet i februar 2018. Uenighet om leveranser og kontrakt endte i forhandlinger med leverandør som pågikk fram til oktober 2018. Forhandlingsresultatet konkluderte med avslutning av forbedringssystemet i kontrakten mens dokumentstyringssystemet ble videreført.

Konsekvenser:

- Dokumentstyringssystemet er levert og er tatt i bruk av Sunnaas Sykehus HF, Sykehuset Telemark HF og Betanien Hospital.
- Dokumentstyringssystemet blir ikke ferdigstilt som planlagt, blant annet på grunn av avhengighet til forbedringssystemet
- Sørlandet Sykehus HF og Sykehuspartner HF tar ikke dokumentstyringssystemet i bruk
- Ingen av prosjektpartnerne får leveranse av nytt forbedringssystem

2.2. Mål og grad av måloppnåelse

Tabellen under viser prosjektets mål og grad av måloppnåelse:

Prosjektets mål	Grad av måloppnåelse	Forklaring
Prosjektkostnad	Planlagt total kost: Estimert i 2016: 17 006 192 NOK Justert i 2017: 20 642 733 NOK Faktisk kost: 2018: 13 117 338 NOK	Fordyrende tilpasnings- og utviklingsbehov og forsinkelser samt uenighet om leveransene: <ul style="list-style-type: none"> • 2016 – ved kontrakts- og avtaleinngåelse. Gjelder fem helseforetak/sykehus forbedring og tre helseforetak/sykehus dokumentstyring. • 2017 – justert budsjett. Gjelder fem helseforetak/sykehus forbedring og fem helseforetak/sykehus dokumentstyring. Omfattende behov for spesifisering og avklaring av leveransene (tilpasning/utvikling). Oppdeling av leveransen og forsinkelser. • 2018: Tvist om leveranse/kontrakt. Ingen leveranse forbedring. Prosjektet skulle opprinnelig vært avsluttet i starten av 2017.
Tid	Planlagt: Opprinnelig planlagt ordinær drift av hele systemet fra januar 2017. Faktisk: <ul style="list-style-type: none"> • April 2017: Delleveranse av dokumentstyring for oppstart av konvertering av dokumenter fra gamle systemer. 	Betydelige forsinkelser som følge av: <ul style="list-style-type: none"> • Omfattende behov for spesifisering og avklaring av leveransene – både dokumentstyring og forbedring (tilpasning/utvikling). • Oppdeling av leveransene • Tvist om leveranse/kontrakt pågikk fra februar til september 2018.

Prosjektets mål	Grad av måloppnåelse	Forklaring
	<ul style="list-style-type: none"> Januar 2018: Leveranse dokumentstyring – med manglende funksjonalitet og feil. Februar 2019: Avtalt restleveranse dokumentstyring med feilrettinger og noe ny funksjonalitet. 	
Omfang	Omfanget er betydelig redusert. <ul style="list-style-type: none"> Dokumentstyringssystemet: Delvis levert. Ibruktakelse kun ved Sunnaas Sykehus HF, Sykehuset Telemark HF og Betanien Hospital Forbedringssystemet: Ikke levert 	<ul style="list-style-type: none"> Framforhandlet tvisteløsningsavtale med leverandør konkluderte med at forbedringssystemet ikke skulle leveres og at dokumentstyringssystemet kun skulle leveres med begrenset omfang av rettelser samt restleveranser I tillegg har den manglende leveransen av forbedringssystemet ført til begrensinger i dokumentstyringssystemets funksjonalitet
Gvinster	<ul style="list-style-type: none"> Forbedringssystemet: Ingen gvinster kan realiseres Dokumentstyringssystemet: Gvinstene vil kun delvis kunne realiseres. 	<ul style="list-style-type: none"> Forbedring: Ingen leveranse Dokumentstyring: Manglende ferdigstillelse av systemet vil begrense muligheten til full gevinstrealisering.
Kvalitet	<ul style="list-style-type: none"> Forbedringssystemet: Ikke levert Dokumentstyring: Manglende ferdigstillelse av systemet begrenser kvaliteten på leveransen 	Dokumentstyring: Prosjektleveransen er ikke i samsvar med forventningene. Dette har bidratt til å overskygge store forbedringer i kvaliteten på dokumentstyringen ved sykehusene som har tatt systemet i bruk. Manglende brukervennlighet for dokumentforvalterne, vurderes som en sentral årsak. For sluttbrukerne vurderes systemet som mer brukervennlig.

I kapittel 7 Vedlegg, finnes en detaljert oversikt over prosjektets resultatmål, effektmål og gvinster.

2.3. Prosjektets leveranser

Tabellen under gir oversikt over prosjektets leveranser:

Leveranse	Status (Godkjent/ikke godkjent)	Kvalitetskrav	Videre ansvarlig for leveransen i linjen (sykehus/HF)
Dokumentstyring	Godkjent	Delvis innfridd	<ul style="list-style-type: none"> Leveransen er i henhold til kontrakt med leverandør framforhandlet i oktober 2018. Utover dette gjelder opprinnelig inngått vedlikeholdsavtale (SSA-V). Ingen ytterligere leveranser planlagt. Systemeier/systemansvarlig
Forbedring	Ikke godkjent. Systemet blir ikke levert.	Ikke innfridd	<ul style="list-style-type: none"> Leveranse forbedring stoppet i akseptansetest. Forhandlinger med leverandør endte med at forbedringssystemet ikke blir levert.

2.4. Endringer

Totalt er det utarbeidet 22 endringsordrer mellom leverandør og DFS-prosjektet. Endringene var en følge av behov for tilpasninger og utvikling av systemet. Konkret dreier det seg om skifte i styrende myndighetskrav, endringer i leveranser fra eksterne samarbeidspartnere (integrasjoner), reviderte tidsplaner, samt tilpasninger i tekniske og funksjonelle løsninger. Utløsning av opsjoner for dokumentstyring fra Sørlandet Sykehus HF og Sunnaas Sykehus HF er også behandlet som endringsordrer. Alle endringer er håndtert som endringsordrer uavhengig om de har utløst kostnader eller ikke.

Fullstendig oversikt over endringsordrene finnes i eget vedlegg i kapittel 7.

2.5. Risiko

Tabellen under viser risiko og påvirkning av prosjektmål:

Risiko:	Påvirkning på prosjektmål:
1. Tilgang på prosjektressurser fra Sykehuspartner	<p>Risiko delvis inntruffet. Påvirkning: Kvalitet, tid og prosjektkostnader.</p> <p>Respons: Styrking av prosjektet med teknisk ressurser fra Sykehuspartner HF som prosjektleverandør, da prosjektet krevde mer utvikling enn planlagt.</p> <p>Effekt: Delvis</p>
2. Leveranse av teknisk infrastruktur og andre tekniske løsninger	<p>Risiko inntruffet. Påvirkning: Kvalitet og omfang dokumentstyring. Leveranse forbedringssystem</p> <p>Respons: Økt ressursinnsats til blant annet veiledning og bistand til leverandør. Samarbeid og bistand fra Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse.</p> <p>Effekt: Forbedringssystemet ble ikke realisert. Dokumentstyringssystemet ikke ferdigstilt.</p> <p>Gjelder spesielt:</p> <p>Forbedring: Integrasjon av meldingsutveksling mellom sykehus og Helsedirektoratet (spesialisthelsetjenesteloven § 3-3). Integrasjonen var en av hovedårsakene til tvisten med leverandør. Merk: Høsten 2018 ble det sendt ut høring fra HOD om opphør av meldeplikten. Meldeordningen etter § 3-3 er foreslått opphevet og er i mars 2019 til behandling i Stortinget.</p> <p>Forbedring: I medhold av Pasientjournalloven § 22 er avvikssystem et behandlingsrettet helseregister. Avvikssystem reguleres også av kravene i ny personvernforordning (GDPR). Leverandør var ikke forberedt på omfanget i ROS av informasjonssikkerhets- og personvernkravene. Dette resulterte i merarbeid for prosjektet. ROS ble godkjent høsten 2017 med forutsetning om lukking av mindre avvik.</p> <p>Dokumentstyring: Systemets oppgavestyrt arbeidsprosesser er til dels lite brukervennlige og krever «workarounds» i dokumentforvaltningen. For sluttbruker er systemet mer brukervennlig. Krav til styring av dokumenter med sporbarhet og logg er ivaretatt. De kravsatte dokumentforvaltningsprosessene er levert, men med begrensninger i brukervennligheten. Systemet har responsivt design tilpasset bærbare enheter i sykehusenes nettverk, men løsning for publisering på internett mangler. Administrasjonsmodul vil ikke leveres.</p>

Risiko:	Påvirkning på prosjektmål:
3. Endring i løsninger og kostnader inkl. integrasjonsarbeid og avhengighet til 3. part	Risiko inntruffet. Påvirkning: Leveranse forbedringssystem, tid og prosjektkostnader. Se punktet om forbedring og integrasjon over. Respons: Økt ressursinnsats på grunn av behov for omfattende merarbeid. Effekt: Ingen
4. Forankring og prioritering av ressurser i Helseforetak/sykehus	Risiko ikke inntruffet.
5. Drift av TQM Helse utover forventede levetid (avhengighet)	Risiko inntruffet Respons: TQM Partner har gjennom hele prosjektperioden vist velvillighet og holdt det gamle avvikssystemet i gang i påvente av nytt forbedringssystem. Siden oppsigelsen av vedlikeholdsavtalen i 2011, er bistanden formalisert i en nødavtale (as-is). Systemet er i bruk «på overtid» og det er iverksatt risikoreducerende tiltak for å hindre tap av informasjon i forbedringssystemet.
6. Økonomi	Risiko inntruffet. Påvirkning: Prosjektkostnad Respons: Økte ressurser og forhandlinger Effekt: Delvis for dokumentstyring. Ingen for forbedring.
7. Forsinkelser i utvikling/oppsett av løsningen	Risiko inntruffet. Påvirkning: Tid Respons: Forskyvning i leveranse/framdriftsplan. Effekt: Delvis for dokumentstyring. Ingen for forbedring.
8. Kvalitet på løsning og leveranser	Risiko delvis inntruffet. Påvirkning: Kvalitet og gevinstrealisering Respons: Stoppet akseptansetest av forbedringssystemet. Forhandlinger. Forhandlinger om restleveranser og funksjonell kvalitet på dokumentstyringssystemet. Effekt: Delvis for dokumentstyring. Ingen for forbedring.
9. Omdømme Dokumentstyringssystemet	Risiko delvis inntruffet. Påvirkning: Omdømme og kvalitet Respons: Informasjon internt i helseforetak/sykehus om endring i leveranser og til andre Helseforetak/sykehus som hadde meldt sin interesse for opsjoner. Effekt: Delvis. Mindre oppslutning til dokumentstyringssystemet på grunn av manglende ferdigstillelse. Interessen fra andre helseforetak/sykehus for opsjoner er ikke lenger til stede.
10. Forhandlingsresultat – manglende leveranse forbedringssystemet	Risiko inntruffet. Påvirkning: Leveranse forbedringssystem Respons: Forhandlinger Effekt: Ingen.
11. Sikre best mulig utnyttelse av dokumentstyringssystemet i helseforetak/sykehus til tross for manglende ferdigstillelse og kortere bruksperspektiv	Risiko delvis inntruffet. Påvirkning: Gevinstrealisering dokumentstyringssystem Respons: Informasjon, veiledning, workshops og forbedring av brukerdokumentasjon (pågående). Effekt: Per i dag delvis. Forventingene til systemet er ikke innfridd i helseforetak/sykehus. Oppslutningen vil kreve ekstra innsats fra systemeiere, systemansvarlige, superbrukere og linjeledere samt dokumentforvaltere i sykehusene og fra tjenesteansvarlig i sykehuspartner.

3. Nødvendige oppfølgingstiltak

Den manglende ferdigstillelsen av dokumentstyringssystemet vil kreve ekstra oppfølging av ledere og dokumentforvaltere i form av funksjonell brukerstøtte, opplæring og workshops. Sykehusene som bruker dokumentstyringssystemet bør derfor vurdere om de ønsker å satse på dokumentstyringssystemet i et langsiktig perspektiv.

Styringsgruppen besluttet i januar 2019 å anbefale at helseforetak/sykehus i prosjektet selv vurderer sine behov for nye anskaffelser innen både forbedring og dokumentstyring.

4. Business Case

4.1. Prosjektregnskap

Ved kontraktsinngåelse våren 2016 var planlagt budsjettert prosjektkostnad 17 006 192 NOK. Prosjektkostnaden omfattet dokumentstyring for tre prosjektpartnere og forbedring for alle fem.

I 2017 utløste Sørlandet sykehus HF og Sunnaas Sykehus HF opsjoner for dokumentstyring og alle fem prosjektpartnerne samlet seg om en felles systemløsning med både dokumentstyring og forbedring. Planlagt budsjettert prosjektkostnad ble justert til 20 642 733 NOK. Som følge av dette ble også tjenesteavtalene mellom Sykehuspartner og prosjektdeltakerne justert.

Faktisk prosjektkostnad ble til slutt 13 117 338 NOK. Prosjektregnskapet er kostnadsført i 2018.

Tabellen under viser kostnadsfordelingen mellom de fem prosjektpartnerne:

Investeringskostnader fordelt pr HF /sykehus	Fordelingsnøkkel %	Beløp
Sunnaas Sykehus HF	4,62 %	606 021
Sykehuspartner HF	12,62 %	1 655 408
Sykehuset Telemark	37,42 %	4 908 508
Betanien Hospital	1,74 %	228 242
Sørlandet sykehus HF	43,60 %	5 719 160
SUM	100,00 %	13 117 338

4.2. Lokal ressursinnsats

Lokal ressursinnsats i prosjektet fra helseforetak/sykehus inngår ikke i prosjektregnskapet.

Tabellen under viser estimert lokal ressursinnsats i prosjektet, eksklusiv tid til konvertering av dokumenter ved Sunnaas Sykehus HF, Betanien Hospital og Sykehuset Telemark HF:

Lokal ressursinnsats per Helseforetak/sykehus	Timer
Sørlandet sykehus HF	620
Sykehuset Telemark HF	1 800
Sunnaas Sykehus HF	1 110
Sykehuspartner HF	2 000
Betanien Hospital	1 000
SUM	6 530

Sykehuspartner HF som prosjektleverandør har besluttet å ikke fakturere prosjektet for ca. 800 timer som ble brukt til forhandlingene med leverandør.

4.3. Gevinstrealisering

Forbedringssystemet er ikke levert og gevinstene er derfor ikke realiserbare.

Følgende gevinster knyttet til dokumentstyring er oppnådd i prosjektperioden eller vurderes som realiserbare:

- Grad av standardisering av arbeidsprosesser innen dokumentstyring: Dokumentstyringsprosessene er standardisert.
- Grad av automatisering av tidligere manuelle løsninger: Det trekkes spesielt fram at brukeradministrasjonen i kvalitetssystemet er automatisert.
- Antall dupliserte dokumenter: Dokumenter kan fritt gjenbrukes i sin helhet eller kobles som relaterte dokumenter med automatisk oppdatering – innen det enkelte sykehus eller mellom de tre sykehusene som bruker systemet. Dette vil bidra til å redusere omfanget av duplikater.
- Antall dokumenter som ikke er revidert innen fastsatt dato: Revisjonsdatoer som er utgått eller nærmer seg, vises i enhetens Dashboard.
- Antall og omfang av tekniske driftsbrudd/nede-tid: Erfaringer etter ett års bruk er at systemet er stabilt i drift.
- Antall felles dokumenter – flere helseforetak/sykehus: Samme originaldokument kan fritt brukes av de tre sykehusene på tvers.
- Antall felles dokumenter i helseforetak/sykehus: Samme originaldokument kan fritt brukes av flere organisasjonsenheter.
- Antall dokumenter i helseforetak/sykehus: Styring og kontroll med antall dokumenter gjennom enkel rapport og statistikk (minimums løsning).

Graden av gevinstrealiseringen vil avhenge av prioritet i helseforetak/sykehus og i den enkelte organisasjonsenhet.

5. Evaluering av prosjektet

5.1. Gjennomføring og organisering

Prosjektet har vært organisert som et lokalt samarbeidsprosjekt med en felles, integrert prosjektorganisasjon med fem helseforetak/sykehus, Sykehuspartner HF som prosjektleverandør og Computas AS som systemleverandør.

Prosjektets styringsgruppe har bestått av representanter fra alle involverte helseforetak/sykehus, Sykehuspartner HF som prosjektleverandør, brukerrepresentant og representanter fra tillitsvalgte og vernetjenesten. Samarbeidet i styringsgruppa har fungert godt. Det har vært rapportert på prosjektstatus og risiko i alle møter.

Leverandør Computas AS har hatt representanter til stede i deler av styringsgruppemøtene fra kontraktsinngåelsen i 2016 og fram til årsskiftet 2017/2018.

Prosjektgruppa har bestått av en kjerne med spisskompetente representanter fra helseforetak/sykehus og Sykehuspartner HF som prosjektleverandør. Representantene fra helseforetak/sykehus har hatt særskilt kompetanse innen dokumentstyring og forbedringsarbeid. Samarbeidet mellom helseforetak/sykehus og Sykehuspartner HF som prosjektdeltakere har tilført prosjektet merverdi i form av kompetansedeling innen dokumentstyrings- og forbedringsarbeid og kunnskap om hverandres ulike virksomheter. Prosjektgruppa har fungert godt som team, har vært dedikerte og prioritert arbeidet i prosjektgruppa gjennom hele perioden.

Det har vært vist stor utholdenhet når prosjektet har trukket ut i tid.

I den første delen av gjennomføringsfasen fungerte samarbeidet med leverandørs representanter godt. Samarbeidet ble utfordret etter hvert som omfanget av behov for utvikling og tilpasning av systemet ble tydelig. Prosjektet var ikke bemannet for dette og måtte knytte til seg ytterligere ressurser. Samtidig krevde dette at leveranse- og framdriftsplanene måtte revideres.

Sommeren 2017 skiftet leverandør prosjekteier og prosjektleder og våren 2018 ble den dedikerte helsefaglige ressursen i prosjektet trukket tilbake. Dette svekket prosjektet betydelig både med hensyn til samarbeid og kompetanse.

Hvert helseforetak/sykehus har hatt lokale arbeidsgrupper som har vært en viktig ressurs i prosjektet. Arbeidsgruppene har vært sentrale i å tilrettelegge for lokal implementering. Arbeidsgruppene ved Betanien Hospital, Sunnaas Sykehus HF og Sykehuset Telemark HF har også tatt et særlig ansvar i det omfattende rydde- og

konverteringsarbeidet som ble gjennomført i styrende dokumenter i forkant av ibruktakelsen av dokumentstyringsystemet.

Informasjon til medarbeiderne i helseforetak/sykehus har i hovedsak blitt ivaretatt gjennom nyhetsbrev med felles prosjektinformasjon og lokalt tilpasset informasjon. I løpet av prosjektperioden er det laget 17 nyhetsbrev. Interessenter fra kommunehelsetjenesten og andre helseforetak/sykehus som har meldt sin interesse for opsjoner, har fått informasjon i særskilte møter.

Brukerrepresentant og representant for tillitsvalgte og vernetjenesten i styringsgruppa har informert sine grupper via informasjonsskriv.

Til tross for den store innsatsen, har prosjektet ikke greid å realisere målet om å etablere en felles standardisert og konsolidert systemløsning for både dokumentstyring og forbedring i tråd med IKT-strategien i Helse Sør-Øst RHF.

Prosjektet har forholdt seg til retningslinjer for prosjekter i Helse Sør-Øst RHF. Der de regionale standardene ikke har tatt høyde for prosjektorganiseringen som lokalt samarbeidsprosjekt, er det gjort tilpasninger.

5.2. Lærings- og forbedringspunkter

Organiseringen av prosjektet som lokalt samarbeidsprosjekt

Anskaffelse og innføring av nytt dokumentstyringsystem og forbedringssystem har tidligere vært organisert som regionalt prosjekt. Det regionale prosjektet ble avsluttet på grunn av manglende finansiering og oppslutning.

Erfaringene fra organiseringen som lokalt samarbeidsprosjekt er imidlertid gode. Det har vært stor oppslutning om prosjektet, dugnadsånd og et samarbeidsklima preget av kunnskapsdeling og læring på tvers. Selv om prosjektet ikke var regionalt, ble det tatt høyde for å støtte opp om den regionale IKT-strategien med et felles standardisert og konsolidert system med opsjoner for alle helseforetak/sykehus i Helse Sør-Øst RHF. Flere sykehus meldte interesse for opsjoner.

Organiseringen som lokalt samarbeidsprosjekt medførte en betydelig reduksjon i prosjektkostnadene i forhold til kostnadsestimatet i det regionale prosjektet.

Den manglende måloppnåelsen ses ikke i sammenheng med prosjektmodellen. Prosjektet anbefaler at prosjektmodellen lokalt samarbeidsprosjekt benyttes i tilsvarende prosjekter, der flere helseforetak/sykehus har sammenfallende behov som ikke ivaretas regionalt.

Hendelsesanalyse

Prosjektet har gjennomført hendelsesanalyse av hele prosjektførløpet for å identifisere aktiviteter og tiltak for læring og forbedring for tilsvarende prosjekter.

Hendelsesanalysen er gjennomført som en egevaluering i prosjektet og er derfor ingen uavhengig analyse. Analyseleder, sekretariat og flere av deltakerne har opplæring og lang erfaring med hendelsesanalysemetodikken fra alvorlige hendelser i sykehus.

Analysen er en ensidig vurdering av prosjektets forbedringsmuligheter. Det understrekes at det som har fungert bra, ikke er nevnt eller gitt fokus.

Leverandør har ikke deltatt i hendelsesanalysen og forbedringsmuligheter innen leverandørs ansvarsområde er derfor ikke inkludert.

Det ble identifisert læringstiltak innen følgende områder i anskaffelsesfasen:

- Teknisk prosjektkompetanse
- Konkurransesgrunnlag og kravspesifikasjon inklusive leveransedyktighet
- Evalueringsprosess- og verktøy samt forhandlinger

Det ble identifisert læringstiltak innen følgende områder i gjennomføringsfasen:

- Planlegging, organisering og kompetanse
- Workshops og spesifisering
- Akseptansetest
- Konvertering
- Integrasjoner
- Informasjonssikkerhet og personvern
- Oppfølging av leveransedyktighet

Hendelsesanalyserapporten og hendelsesdiagrammet gir en detaljert beskrivelse av læringstiltakene. Begge dokumentene er tilgjengelig i dette dokumentets kapittel 7. Vedlegg.

6. Dokumentasjon

- Arkivverdig prosjektdokumentasjon er tilgjengelig i Public 360.
- All prosjektdokumentasjon vil være tilgjengelig på prosjektområdet (Sykehuspartner HF Ekstranett) ut 2020 og deretter kun i CA PPM og Public 360 (Sykehuspartner HF).
- Prosjektregnskapet er avsluttet i 2018.

7. Vedlegg

Tabellen under inneholder vedleggene til sluttrapporten. Vedleggene gir utfyllende informasjon til sluttrapporten. Det er vist til vedleggene fortløpende i rapporten og de vil bidra med mer detaljert og utfyllende informasjon for leseren.

Vedleggene vises fortløpende under tabellen.

Vedleggets navn
Prosjekt DFS Detaljert oversikt over mål, gevinster og måloppnåelse
Prosjekt DFS Oversikt over endringsordrer
Rapport Hendelsesanalyse Prosjekt DFS
Prosjekt DFS Hendelsesdiagram (vedlegg til hendelsesanalyserapporten)

Prosjekt DFS: Detaljert oversikt over mål, gevinster og måloppnåelse

Tabellen under viser en detaljert oversikt over DFS-prosjektets mål og planlagte gevinster med grad av måloppnåelse:

Prosjektets mål	Grad av oppnåelse	Forklaring
Resultatmål	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nytt helhetlig kvalitetssystem er testet og godkjent 2. Dokumenter fra gamle systemer er konvertert til det nye kvalitetssystemet. 3. Opplæringsprogram er etablert 4. Kvalitetssystemet er innført ved Sykehuset Sørlandet HF, Sunnaas Sykehus HF, Sykehuspartner HF, Betanien Hospital og Sykehuset Telemark HF. 5. Kvalitetssystemet er overlevert til Sykehuspartner HF for drift og forvaltning. 6. Felles forvaltningsmodell er besluttet og klar for iverksetting ved overlevering av prosjekt til drift. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avtalt leveranse av dokumentstyringssystemet er testet og godkjent. 2. Dokumenter er konvertert 3. Opplæringsprogram er etablert 4. Dokumentstyring innført ved Sunnaas Sykehus HF, Betanien Hospital og Sykehuset Telemark HF. 5. Overlevering til Sykehuspartner HF for drift og forvaltning gjennomføres i april 2019. 6. Felles forvaltningsmodell for hele systemet ble besluttet av de fem prosjektpartnerne. De tre sykehusene som skal bruke dokumentstyringssystemet vil samarbeide om forvaltningen av systemet.
Effekt mål	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alle prosjektpartnerne har systemløsninger som støtter kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet 2. Systemstøtte til standardiserte arbeidsprosesser innen kvalitetsforbedring og dokumentstyring 3. Strukturert og standardisert oppgave- og prosess støtte 4. Myndighetskrav til elektronisk meldingsutveksling mellom sykehus og Helsedirektoratet er tilfredsstillende (spesialisthelsetjenesteloven § 3-3) 5. Myndighetskrav om ibruktakelse av nytt nasjonalt klassifikasjonssystem for meldinger til Helsedirektoratet er ivarettatt 6. Aktiv bruk av styrende krav (oversikt, samsvar og etterlevelse) 7. Strukturert proaktivt/reaktivt forbedringsarbeid 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokumentstyring i 3 helseforetak/sykehus 2. Systemstøtte til standardiserte arbeidsprosesser innen dokumentstyring er ikke som forventet. Brukervennligheten er varierende og byr spesielt på utfordringer for ledere og medarbeidere som har dokumentforvaltningsoppgaver. 3. Strukturert og standardisert oppgave- og prosess støtte til dokumentstyring er ikke som forventet. Brukervennligheten er varierende og byr spesielt på utfordringer for ledere og medarbeidere som har dokumentforvaltningsoppgaver. 4. Forbedring ikke levert. Prosjektet har brukt store ressurser på integrasjonen som skulle ivareta meldingsutvekslingen med Helsedirektoratet (spesialisthelsetjenesten § 3-3). Forslag om å endre § 3-3 og legge ned Meldeordningen er i mars 2019 under behandling i Stortinget. Første informasjon om endringen kom i høring fra HOD i august 2018. 5. Forbedring: Ikke levert. Merk: Klassifisering i gammelt avvikssystem kan ikke gjennomføres og må skje manuelt. 6. Delvis levert (oversikt). Funksjonalitet (samsvar og etterlevelse) ikke ferdigstilt på grunn av manglende leveranse forbedring.

Prosjektets mål	Grad av oppnåelse	Forklaring
	<ol style="list-style-type: none"> 8. Tilgang på styringsinformasjon som støtter integreringen av HMS som del av kvalitets og pasientsikkerhetsarbeidet 9. Økt bruk av forbedringssystemet i analyse av enkelthendelser, statistikk og risikoanalyse 10. Nasjonale klassifiseringer og kodeverk er grunnlag for styringsinformasjon innen ledelse og kvalitetsforbedring (statistikk, analyse og rapporter) 11. Økt tilgjengelighet 12. Økt brukertilfredshet 13. Økt effektivisering ved automatiserte løsninger 14. Mer sikker og stabil drift 15. Mer kostnadseffektiv drift 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Delvis dokumentstyring på grunn av manglende leveranse forbedring (avhengighet). 8. Manglende leveranse forbedring. 9. Manglende leveranse forbedring. 10. Minimumsløsning dokumentstyring. 11. Alle har tilgang til dokumentstyring internt (singel sign-on). Obligatorisk e-læringskurs med intro for alle. 12. Usikker på grunn av høye forventninger, manglende ferdigstilling dokumentstyring og ingen leveranse av forbedring. Målinger er gjennomført (STHF). Avventer resultat. 13. Knyttet primært til automatisert styring av brukerne i systemet (Personalportalen/PAGA/IDM). 14. Fram til mars 2019 har teknisk drift av systemet vært stabil. 15. Driften er ikke blitt mer kostnadseffektiv. Manglende leveranse forbedring. Fortsatt behov for TQM Helse som forbedringssystem. To helseforetak/sykehus tar ikke dokumentstyringssystemet i bruk.
Gevinster	<ol style="list-style-type: none"> 1. Standardisering av arbeidsprosesser innen uønskede hendelser 2. Standardisering av arbeidsprosesser innen dokumentstyring 3. Tilfredsstillelse av myndighetskrav om elektronisk meldingsutveksling 4. Grad av automatisering av tidligere manuelle løsninger 5. Antall meldinger om uønskede hendelser 6. Antall dupliserte dokumenter 7. Antall dokumenter som ikke er revidert innen fastsatt dato 8. Antall og omfang av tekniske driftsbrudd/nede-tid 9. Antall felles dokumenter – flere helseforetak/sykehus 10. Antall felles dokumenter i helseforetak/sykehus 11. Antall dokumenter i helseforetak/sykehus 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kan ikke realiseres på grunn av manglende leveranse forbedring. 2. Kan delvis realiseres, men ikke som forventet på grunn av systemet ikke blir ferdigstilt 3. Kan ikke realiseres. Merk: Dette myndighetskravet vil utgå dersom endringer i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 vedtas. 4. Kan delvis realiseres for dokumentstyring. Organisasjonsoppsett og ansatte oppdateres automatisk. 5. Kan ikke realiseres på grunn av manglende leveranse forbedring. 6. Systemet gir støtte til gjenbruk av dokumenter. 7. Systemets Dashboard gir støtte til å følge med på dokumenter som har utgått revisjonsdato eller som snart skal revideres. 8. Driften har så langt vært stabil. Dette tyder på at gevinsten er realiserbar. 9. Kan realiseres. Systemet støtter gjenbruk av samme originaldokument på tvers av helseforetak/sykehus som bruker systemet. 10. Kan realiseres. Systemet støtter gjenbruk av samme originaldokument på tvers i helseforetak/sykehus som bruker systemet. 11. Kan realiseres. Systemet gir enkel oversikt og er tilrettelagt for lederforankret styring med opprettelsen av nye dokumenter. Krever prioritet og kontinuerlig oppfølging.

Prosjektets mål	Grad av oppnåelse	Forklaring
	12. Antall gjentagelser uønskede hendelser 13. Antall dokumenterte risikoanalyser 14. Antall dokumenterte årsaksanalyser 15. Antall dokumenterte handlingsplaner HMS/pasientsikkerhet etter arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur-undersøkelsen ForBedring	12. Kan ikke realiseres 13. Kan ikke realiseres 14. Kan ikke realiseres 15. Kan ikke realiseres

Prosjekt DFS Oversikt over endringsordrer

Tabellen under viser alle endringsordrer som er opprettet i Prosjekt DFS:

Endringer:	Påvirkning på prosjektmål:
Endringsordre 01 - Justert leveranseplan og fremdriftsplan	Forsinkelser med økte prosjektkostnader som konsekvens.
Endringsordre 02 - Nytt klassifikasjonssystem for Meldeordningen	Endring i klassifikasjonssystemet fra Helsedirektoratet (NOKUP – Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser). Forsinkelser og økte prosjektkostnader
Endringsordre 03 - Overgang RESH (Register for enheter i spesialisthelsetjenesten)- PAGA /IDM (IKT-verktøy for administrering av ansatte og organisasjonsstruktur)	RESH ikke oppdatert i helseforetak/sykehus. Forsinkelser og økte kostnader.
Endringsordre 04 - Justert fremdriftsplan	Forsinkelser med økte prosjektkostnader som konsekvens.
Endringsordre 05 - Merarbeid testmiljø og SSO (Singel sign-on/automatisk pålogging)	Tekniske tilpasninger. Merkostnader
Endringsordre 06 - Forenklet prosess for import av dokumenter i konverteringsfasen	Merkostnader
Endringsordre 07 - Stedfortreder	Funksjonalitet for å sette stedfortredere for ledere. Merkostnader
Endringsordre 08 - Forlengelse av godkjenningsperiode	Konsekvens av justert framdriftsplan pga oppdeling av leveransene og forsinkelser.
Endringsordre 09 - Utløsning av opsjon for Sunnaas Sykehus	Økte kostnader for Sunnaas sykehus som har tatt dokumentstyringssystemet i bruk.
Endringsordre 10 - Merarbeid knyttet til oppsett av produksjonsmiljø hos Sykehuspartner	Merkostnader.
Endringsordre 11 - Merarbeid knyttet til implementering av nytt kodeverk for pasientsikkerhet	Ny endringer i kodeverket fra Helsedirektoratet.
Endringsordre 12	Er ikke blitt laget.
Endringsordre 13 - Meldingstjeneste alternativ 2	Meldeordningen. Ny integrasjonen for meldingsutveksling fra Helsedirektoratet var ikke ferdigstilt.
Endringsordre 14 - Utredning mottak av klager fra internett (Forbedring)	Behov for ytterligere spesifisering og avklaringer. Forsinkelser som med førte økte prosjektkostnader. Forbedring ikke levert.
Endringsordre 15 - Utredning løsningsbeskrivelse for Handlingsplaner (Forbedring)	Handlingsplaner for blant annet oppfølging av undersøkelsen ForBedring var ikke med i det opprinnelige konkurransegrunnlaget/kontrakten. Utredningen medførte økte kostnader. Forbedring ikke levert.
Endringsordre 16 - Innløsning av opsjon dokumentstyring – Sørlandet Sykehus	Økte kostnader for Sørlandet sykehus HF som ikke tok dokumentstyringssystemet i bruk.
Endringsordre 17 - Skjule forbedringssystemet	Oppstart dokumentstyring våren 2018 uten ferdigstilt forbedringssystem. Behov for å skjule forbedringsdelen som ikke var ferdigstilt. Merkostnad.
Endringsordre 18 - Justert fremdriftsplan og betalingsmilepæler	Forsinkelser med økte prosjektkostnader som konsekvens.
Endringsordre 19 - Forbedret søkefunksjonalitet	Forbedret søkefunksjonalitet. Merkostnad.

Endringer:	Påvirkning på prosjektmål:
Endringsordre 20 - Integrasjon med Meldeordningen	Endringsordren ble ikke utført. Avklaringer knyttet til integrasjonen med helsedirektoratet foregikk over tid og har vært ekstra ressurskrevende for prosjektet.
Endringsordre 21 - Funksjonalitet for å kunne logge og finne tilbake til hvilke enheter dokumenter har vært tilknyttet historisk	Mindre merkostnad for prosjektet. Ingen ekstra leverandørkostnader.
Endringsordre 22 – Spesifikasjon løsning for loggføring av all aktivitet i forbedringssystemet	Oppfølging av avvik fra ROS. Mindre merkostnad for prosjektet. Ingen ekstra leverandørkostnader.
Endringsordre 23 - Sperretjeneste	Oppfølging av avvik fra ROS. Mindre merkostnad for prosjektet. Ingen ekstra leverandørkostnader.

Rapport hendelsesanalyse prosjekt DFS

Analyse av:

Anskaffelses- og gjennomføringsfasen i Prosjekt DFS (dokumentstyrings- og forbedringssystem)

Dato:

Prosjektperioden med lokalt samarbeidsprosjekt mai 2015- september 2018.

Oppdragsgiver: Styringsgruppen, prosjekt DFS

Dato: 20.06.2018 (mandat)

Om hendelsesanalysen

Hendelsesanalysens formål:

Formålet med hendelsesanalysen er å identifisere kritiske aktiviteter og tiltak for læring og forbedring.

Rammer og metodikk:

Hendelsesanalysen er gjennomført som en egevaluering i DFS-prosjektet. Det er derfor ingen uavhengig analyse. Analyseleder, sekretariat og flere av deltakerne har opplæring og lang erfaring med hendelsesanalyse-metodikken fra alvorlige hendelser i sykehus.

Leverandør har ikke deltatt i analysen.

Det understrekes at analysen er en ensidig vurdering av prosjektets svakheter, årsaker og forbedringstiltak. Det som har fungert bra er ikke gitt fokus.

Analysen av årsaker skal fokusere på systemforbedring og ikke på person og inneholder derfor ikke navn..

Analysen fokuserer primært på forbedringspunkter innen prosjektets eget ansvarsområde. Forbedringspunkter innen leverandørs ansvarsområde er ikke en del av analysen.

Hendelsesanalysen skal gi svar på:

- Hva har hendt?
- Hvorfor har det hendt?
- Hvordan unngå at det skjer igjen?

Hendelsesanalysen vil behandles som sak i prosjektets styringsgruppe og legges fram for prosjekteiere og andre interessenter. Den endelig analyserapport vil være offentlig.

Metodikken bygger på publikasjon [IS-0583 «Risikoanalyse. Hendelsesanalyse: Handbok for helsetjenesten»](#), utgitt av Helsedirektoratet i september 2016.

Dette følgeskjemaet og hendelsesdiagrammet (vedlegg) tar utgangspunkt i skjema utviklet av Sørlandet Sykehus HF.

Anonymisert beskrivelse av hendelsen

Prosjektet er en videreføring av flere regionale prosjekter med mål om et felles dokumentstyrings- og forbedringssystem i Helse Sør-Øst RHF.

I 2011 ble systemet som mange av sykehusene i regionen benyttet, besluttet nedlagt av leverandør. Som følge av dette ble det tatt regionalt initiativ til å anskaffe et felles system for hele regionen. Prosjektet gikk i flere faser og ble i 2015 avsluttet i regional regi på grunn av manglende finansiering.

Prosjektpartnerne i samarbeidsprosjektet, Sørlandet Sykehus HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuspartner HF, Sunnaas sykehus HF og Betanien Hospital, stod i 2015 uten alternative systemer og møtte gjennomføre en anskaffelse. Kontrakten med leverandør ble inngått i mai 2016 med Sykehuspartner som kontraktspart. I kontrakten er det opsjoner for alle HF i regionen og private ideelle sykehus/institusjoner med avtale i Helse Sør-Øst RHF. Sykehuspartner er prosjektleverandør. Styringsgruppen og prosjektgruppen har fra starten hatt representanter fra alle HF/sykehus og er blitt styrket med ressurser fra Sykehuspartner underveis. Til tross for formål i anskaffelsen om størst mulig grad av ferdigutviklede systemer, har løsningen som vant anskaffelseskonkurransen krevd svært omfattende utvikling. Prosjektet var i utgangspunktet ikke rigget som et utviklingsprosjekt. Prosjektleveransene og testingen har blitt delt opp og det har vært en rekke

utsettelse og forsinkelser. Konverteringen av dokumenter startet i april 2017. Sunnaas HF og STHF tok dokumentstyringssystemet i bruk i starten av 2018. Akseptansetest av forbedringssystemet ble stoppet i januar 2018. Som følge av økende uenighet om kontrakten, har det siden februar 2018 foregått forhandlinger med leverandør.

Andre dokumenter

Dokumenttype	Tittel	Datert
Tildelingsbrev	Kjøp og vedlikehold av dokumentstyring og forbedringssystem (DFS) – Meddelelse om tildeling	06.05.2016
Kontrakt	SSA-T Dokumentstyrings- og forbedringssystem SSA-V Dokumentstyrings- og forbedringssystem Public 360 Saksnummer 16/00644	19.05.2016
Prosjektdirektiv	Prosjektdirektiv prosjekt DFS v1.0-4.0 (4)	v.1.0 - 4.0

Analysemøte

Dato: 18.09.2018 **Sted:** Sykehuspartner, Skøyen

Deltakere analyse møte dato 18.09.2018

Navn	Tittel	Organisasjon
Per Engstrand –	Styringsgruppeleder/fagdirektør Analyseleder årsaksanalyse	SSHF
Elisabeth Hessen	Prosjektleder DFS/kvalitetssjef Sekretariat årsaksanalyse	STHF
Per Gunnar Waldal	Representant – prosjektgruppa/kvalitetsrådgiver	SSHF
Tom Atle Steffensen	Brukerrepresentant - styringsgruppa	SSHF
Eldrid Rosvold Mathisen	Representant tillitsvalgte - styringsgruppa	SSHF
Halfrid Waage	Representant styringsgruppa/fagdirektør	STHF
Øystein Boklund	Representant vernetjenesten - styringsgruppa	STHF
Frank Isaksen	Representant styringsgruppa fra SP som prosjekt- leverandør/drift/forvaltning / tjenesteporteføljeansvarlig	SPHF
Andreas Egeberg	Representant - prosjektgruppa Teknisk koordinator/ prosjektleder SP Prosjektledelse	SPHF
Terje Myhre	Representant prosjektgruppa- avtaleforvalter / seksjonsleder SP kontraktstyring	SPHF
Helle Devik Haugseter	Representant – prosjektgruppa/konst. kvalitetssjef-juridisk rådgiver	STHF
Charlotte Julo	Representant prosjektgruppa /kvalitetsrådgiver	SPHF
Gøril Otterlei	Representant prosjektgruppa/ kvalitetssjef	Sunnaas HF
Siv Anita Horn	Lokal representant Sunnaas HF/ kvalitetsrådgiver	Sunnaas HF
Janicke Stordalen	Representant prosjektgruppa /kvalitetsrådgiver	SPHF
Nihada Avdic	Representant prosjektgruppa - tjenesteforvalter /konsulent SP Publiserings- og dokumentasjonsverktøy	SPHF
Monika Fundingsrud	Enhetsleder SP Publiserings- og dokumentasjonsverktøy	SPHF

Bente Mellem	Tilknytningsressurs prosjektgruppa - testleder / Testleder SP Testledelse	SPHF
Yngve Flater-Sandberg	Tilknytningsressurs prosjektgruppa / SP Integrasjonsutvikling	SPHF

Følgende meldte avbud til analysemøtet og har fått tilsendt analysen til uttalelse

Navn	Tittel	Avdeling/enhet
Irene Thaule	Representant styringsgruppa for SP som prosjektkunde/ kvalitetssjef	SPHF
Terje Danielsen	Representant styringsgruppa/ administrerende direktør	Betanien Hospital
Kirsti Bjune	Representant styringsgruppa/ fagdirektør	Sunnaas HF
Jon Gunnar Gausel	Representant styringsgruppa / Klinikksjef	STHF
Victoria Boda	Tidligere representant prosjektgruppa/ konsulent	Betanien Hospital
Elisabeth Sagafos	Tidligere representant prosjektgruppa/ rådgiver	Betanien Hospital
Dag Larsen	Tilknytningsressurs prosjektgruppa/SP Tjenstedesign	SPHF
Geir Pettersen Grønningsæter	Tilknytningsressurs prosjektgruppa/ SP Informasjonssikkerhet	SPHF
Tadele Garede Bahru –	Tidligere representant prosjektgruppa/ konsulent, SP Publiserings- og dokumentasjonsverktøy	SPHF
Flemming Andersen	Representant prosjektgruppa - teknisk drift/ SP Administrative og medisinske serviceapplikasjoner	SPHF
Laila Cecilie Bråten	Representant prosjektgruppa /kvalitetsrådgiver SP Publiserings- og dokumentasjonsverktøy	SPHF
Ida Øversjøen	Tidligere konstituert enhetsleder	SPHF

Tiltaksplan Anskaffelsesfasen

Tiltak (grønne bokser i analysediagram)	Ansvar	Frist
Systematisk ROS Kompetanse i anskaffelsesfasen: Gjennomgående prosjektressurser med spisskompetanse fra SP Tjenesteforvaltning, Integrasjonstjenester og Informasjonssikkerhet i utarbeidelsen av konkurransegrunnlaget og hele kravspesifiseringen (teknisk, funksjonelt og vedlikehold) og i evaluering og forhandlinger.	Prosjektleder	Iht prosjektplan
Systematisk ROS konkurransegrunnlag og kravspesifikasjon: <ul style="list-style-type: none"> • Krav som gjenbrukes fra tidligere kravspekk • Spesifiserings- og detaljeringsnivå standardiserte arbeidsprosesser og krav • Systemadministrasjon, integrasjoner og brukergrensesnitt • Virksomhetenes kompleksitet • Rammebetingelser – som nye og endrede lovkrav og nasjonale standarder • Kundens «Stammespråk»/ fagterminologi – krever tilpasning fra leverandør. 	Prosjektleder	Iht prosjektplan

<ul style="list-style-type: none"> • Leverandørens behov for utfyllende informasjon og veiledning generelt og ved nye og komplekse lovkrav og tjenester spesielt. • Etablerte systemer vs. utviklingsbehov • Strengere krav til utbredelse av programvaren i lignende implementeringer. 		
<p>Systematisk ROS evalueringsprosess og -verktøy samt forhandlinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Når leverandørs oppfyllelse av krav innebærer utvikling, må risiko for manglende leveranse være innarbeidet i scoren i evalueringsverktøyet. • Spørsmål, informasjon og veiledning i forhandlingene til leverandørene generelt og til «nye» leverandører i markedet spesielt (systemadministrasjon, integrasjoner, brukergrensesnitt, virksomhetenes kompleksitet, fagområder og kultur, rammebetingelser, nye og komplekse lovkrav og tjenester mv). 	Prosjektleder	Iht prosjektplan

Kommentarer/merknader Anskaffelsesfasen

Tiltaksplan Gjennomføringsfasen

Tiltak (grønne bokser i analysediagram)	Ansvar	Frist
<p>Planlegging, organisering og kompetanse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riktig kompetanse i prosjektgruppe og styringsgruppe må sikres gjennom hele prosjektprosessen. • Styringsgruppa må fra oppstart ha representant fra SP med spesialkompetanse innen IKT utvikling, drift og forvaltning. • Prosjektgruppa må være bemannet med teknisk prosjektkoordinator/prosjektleder fra SP gjennom hele prosjektprosessen. • Sikre at informasjonsflyten mellom prosjektgruppe og styringsgruppe er optimal spesielt i kritiske faser med høy risiko i prosjektet. • Ved involvering i styringsgruppa må leverandør få veiledning om sin rolle og formålet, slik at leverandør stiller med representanter som kan ivareta oppgaven. 	Styrings- gruppeleder Prosjektleder	Iht prosjektplan
<p>Workshops og spesifisering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ROS leverandørs kunnskapsbehov • Spesifikasjonsarbeidet må ha tilstrekkelig struktur og kompetanse til å sikre et omforent resultat. • Spesifikasjonene må konkluderes fortløpende. • For å identifisere risiko for manglende leveransedyktighet så tidlig som mulig, må alle kontraktskrav, systematisk gjennomgå med leverandør. • Prosjektgruppa må være godt nok forberedt og samstemt i møte med leverandør. 	Prosjektleder	Iht prosjektplan
<p>Akseptansetest:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ikke dele opp leveransene og testingen. • Sikre at testene har tilstrekkelig kvalitet og at partene er omforent om gjennomføringen og resultatet av hver enkelt test før testingen starter. 	Prosjektleder	Iht prosjektplan

<ul style="list-style-type: none"> • Stoppe testingen straks hvis leverandør ikke leverer i henhold til kontrakten. 		
Konvertering: Ikke starte konvertering med så mange feil og restanser.	Prosjektleder	Iht prosjektplan
Integrasjoner: <ul style="list-style-type: none"> • Sikre gjennomgående integrasjonskompetanse i hele prosjektløpet. • Systematisk kartlegge og følge opp leverandørs behov for informasjon, råd og veiledning • Systematisk kartlegge og følge opp avhengigheter til eksterne premissleverandører og andre relevante prosjekter. 		
ROS Informasjonssikkerhet: <ul style="list-style-type: none"> • Kartlegge og systematisk følge opp leverandørs behov for kunnskap - informasjon, råd og veiledning slik at løsninger utvikles iht krav. 	Prosjektleder	Iht prosjektplan
Manglende leveransedyktighet: Systematisk ROS leveransedyktighet iht kontrakt – oppdateres ved alle milepæler og gjennomgås med leverandør. Alle kontraktsområder inkl bemanning.	Prosjektleder	Iht prosjektplan

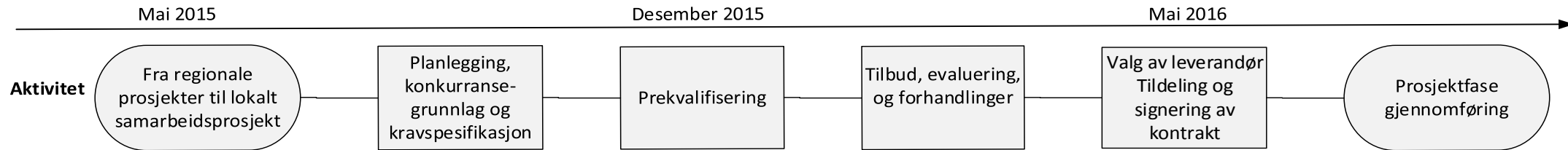
Logg oppfølging

Dato	Aktivitet/beslutning
01.11.2018	Beslutning i styringsgruppa for DFS-prosjektet: <ol style="list-style-type: none"> 1. Styringsgruppa anbefaler at relevante prosjekter i Helse Sør-Øst RHF bruker analyserapporten fra DFS-prosjektet som grunnlag til læring og forbedring. 2. Analyserapporten består av hendelsesdiagram og følgeskjema og er offentlig. 3. Analyserapporten distribueres til deltakerne i analysemøtet. 4. Analyserapporten presenteres av prosjekteierne i HF/sykehus og av styringsgruppeleder for relevante fora i Helse Sør-Øst RHF.

Vedlegg

Hendelsesdiagram prosjekt DFS for prosjektfasene anskaffelse og gjennomføring v 1.0

Hendelsesdiagram (1-2) Prosjekt DFS Prosjektfase Anskaffelse v 1.0



Vurdering

Konkurransegrunnlag og kravspesifikasjon:

- Hadde prosjektgruppa riktig kompetanse?
- Var krav fra regional spesifikasjon tilstrekkelig oppdatert?
- Var de standardiserte arbeidsprosessene og kravene som systemadministrasjon, integrasjoner og brukergrensesnitt tilstrekkelig spesifisert og detaljert?
- Ble det for store muligheter for tolkninger?
- Ble virksomhetenes kompleksitet synliggjort?
- Ble stadige endringer i rammebetingelser ivaretatt (nasjonale standarder, lovverk etc.)?
- Ble avvikssystemet som behandlingsrettet helseregister tilstrekkelig belyst?
- Burde kravspesifikasjonen favorisert etablerte systemer (hylleware)?

Evaluering, forhandlinger og valg av leverandør:

- Var evalueringen hensiktsmessig organisert?
- Var kravspesifikasjonen spesifikk nok til en presis evaluering?
- Burde leverandørs tilbud vært identifisert som et omfattende utviklingsprosjekt allerede tidlig i anskaffelsen?
- Kunne evaluering og verktøy ha favorisert etablerte systemer (hylleware)?
- Burde spørsmål, demo, informasjon og veiledning ha avdekket manglende kunnskap og synliggjort det store utviklingsbehovet?

Tiltak

Systematisk ROS Kompetanse. Kritiske område:

- Spisskompetanse fra SP Tjenesteforvaltning, Integrasjonstjenester og Informasjonssikkerhet inn i hele kravspesifiseringen (teknisk, funksjonelt og vedlikehold).

Systematisk ROS Konkurransegrunnlag og kravspesifikasjon. Kritiske områder:

- Krav som gjenbrukes fra tidligere kravspekk
- Spesifiserings- og detaljeringsnivå standardiserte arbeidsprosesser og krav
- Systemadministrasjon, integrasjoner og brukergrensesnitt
- Virksomhetenes kompleksitet
- Endringer i rammebetingelser (lovkrav, nasjonale standarder mv)
- Kundens «Stammespråk»/ fagterminologi– krever tilpasning fra leverandør.
- Endring i rammebetingelser som lovkrav og nasjonale standarder
- Leverandørenes behov for utfyllende informasjon og veiledning generelt og ved nye og komplekse lovkrav og tjenester spesielt.
- Etablerte systemer (hylleware) vs utviklingsbehov
- Strengere krav til utbredelse av programvaren i lignende implementeringer.

Kompetanse:

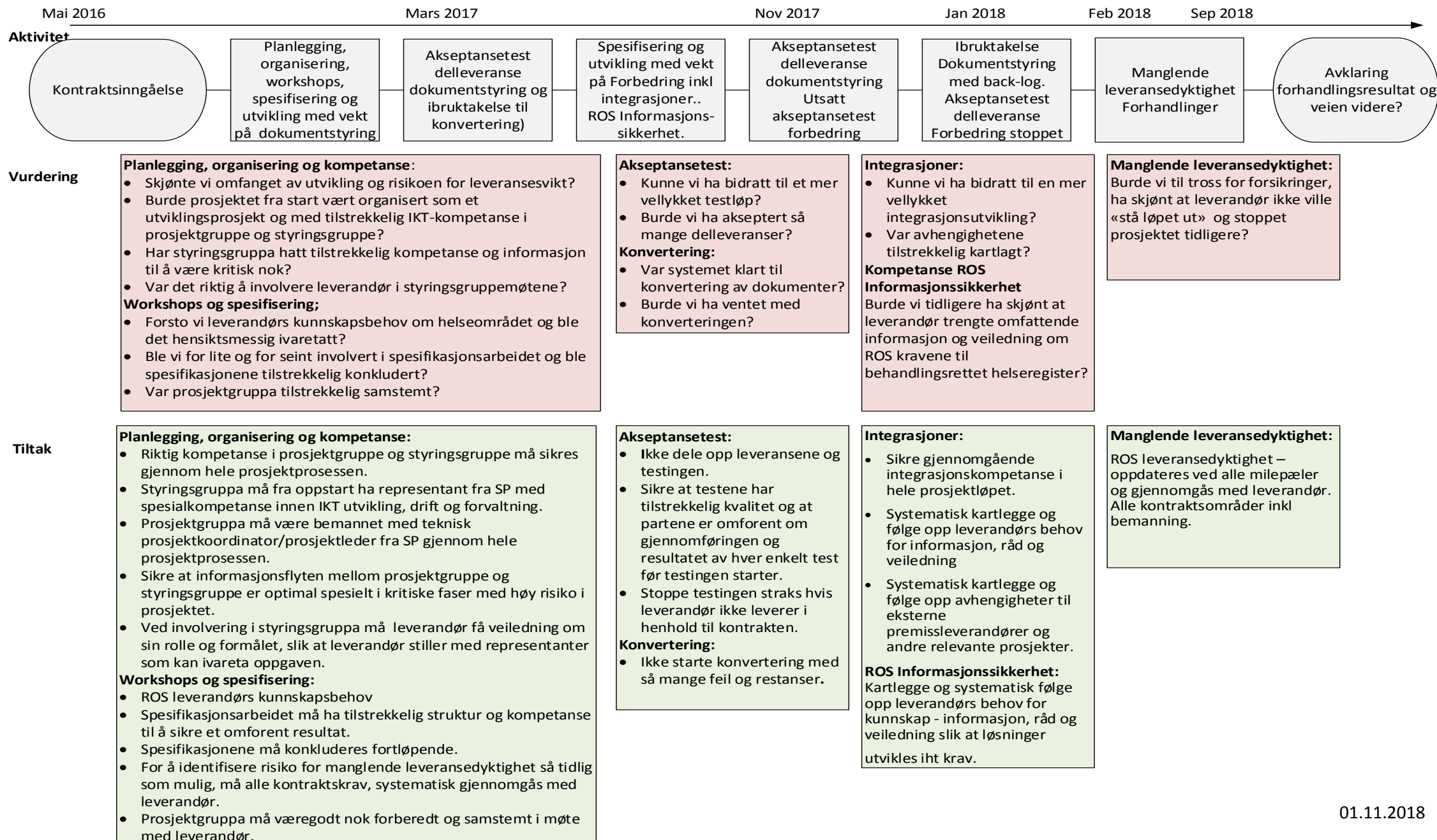
- Spisskompetanse fra SP Tjenesteforvaltning, Integrasjonstjenester og Informasjonssikkerhet i evalueringen av hele tilbudet og forhandlingene (teknisk, funksjonelt og vedlikehold).

Systematisk ROS evalueringsprosess og -verktøy med forhandlinger.

Kritisk områder:

- Når leverandørs oppfyllelse av krav innebærer utvikling, må risiko for manglende leveranse være innarbeidet i scoren i evalueringsverktøyet.
- Spørsmål, informasjon og veiledning i forhandlingene til leverandørene generelt og til «nye» leverandører i markedet spesielt (systemadministrasjon, integrasjoner, brukergrensesnitt, virksomhetenes kompleksitet, fagområder, fagterminologi og kultur, endring i rammebetingelser som lovkrav og nasjonale standarder, nye og komplekse lovkrav og tjenester mv).

Hendelsesdiagram (2-2) Prosjekt DFS Prosjektfase Gjennomføring v. 1.0



Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Bierverv

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
030-2019	Mai Torill Hoel, HR-direktør Torkild Toft, forhandlingsjef	Beslutningssak	22.05.2019

Trykte vedlegg: Bakgrunn for saken – faktabeskrivelse - tabeller

Utrykte vedlegg:

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

Ja, kan ha betydning dersom biervervet, spesielt for leger, sykepleiere og annet helsepersonell, er av en slik karakter at det er for krevende i forhold til den totale arbeidsbelastningen for den enkelte ansatte. Dette kan igjen ha betydning for pasientsikkerheten.

Ingress:

Bierverv har vært et gjentakende tema i regionale og underliggende helseforetak de siste årene. Omfang, registrering, oppfølging, eventuell godkjenning og ulike dilemmasituasjoner har vært løftet fram. Riksrevisjon har også gjennomført revisjon vedrørende bierverv i helseforetakene i perioden 2016-2017.

I saken gis en oversikt over tidligere saksbehandling på bakgrunn av bestillinger fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), fra Helse Sør-Øst RHF, og som følge av Riksrevisjonens rapport.

Det vises til HSØs svar og rapportering til HOD vedrørende bierverv, på vegne av RHF'et og underliggende helseforetak, se vedlegg 1.

I saken gis også et statusbilde på registrerte bierverv ved Sykehuset Telemark HF pr mars 2019. Videre gis en kort egenvurdering fra klinikk-/stabsledere om hvordan bierverv følges opp.

Bierverv har senest vært behandlet i foretakets ledergruppe i møtet 08.04.19, sak nr. 052-2019

Forslag til vedtak:

1. Saken tas til orientering.
2. Styret ber foretakets ledelse følge opp regelverket for bierverv, slik at hensynet til lojalitet, habilitet og samlet arbeidsbelastning blir vurdert i hver enkelt sak. Styret ber foretakets ledelse fortløpende vurdere innføring av mulige fellestiltak som foretaksgruppens anbefaler for likere praksis ved håndtering av bierverv.

Skien, den 14. mai 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Tiltak i Sykehuset Telemark HF - status

STHF har innarbeidet og tilpasset innhold i retningslinjer, malverk og andre dokumenter slik at det er i overensstemmelse med krav fra eier. Det foreligger egen prosedyre (ID 6922) og er etablert rutine for rapportering og registrering av bierverv. STHF har innarbeidet standardtekst om bierverv i alle arbeidsavtaler (malverk), i tråd med tidligere krav fra RHF. Linjeledere plikter å følge opp bierverv i medarbeidersamtale. Det gis påminnelse fra HR til linjeledelsen om å tematisere bierverv i ledermøter og personalmøter.

I februar/mars 2018 gjennomførte HR egen informasjonsaktivitet overfor alle ansatte om registrering og/eller oppdatering av tidligere informasjon om bierverv i Personalportalen. Sak ble også behandlet i Ledergruppen (sak 034-2018).

Aktiviteten ble gjentatt i februar 2019. E-post om krav til registrering ble sendt til alle ansatte, sak ble omtalt på intranett/Pulsen, og det ble etablert pop-up påminnelser ved pålogging i Min GAT. Innhold i informasjonen var følgende (kursiv):

Sykehuset Telemark er pålagt å ha oversikt over ansattes bierverv, og ansatte er pliktige til å rapportere eventuelle bierverv. Dette gjelder alle ansattgrupper.

Fra 2019 har HSØ presisert ytterligere kravet om registrering for helsepersonell med autorisasjon eller lisens, dvs. personell som er omfattet av Helsepersonelloven.

Med henvisning til Helsepersonelloven § 19, 2. ledd innfører STHF meldeplikt for alt helsepersonell med autorisasjon eller lisens til å gi opplysning om all helsefaglig virksomhet som helsepersonellet utfører som selvstendig næringsdrivende, for andre arbeids- eller oppdragsgivere i Norge eller i utlandet, og om eierinteresser, samarbeidsforhold o.l.

Alle ansatte med bierverv må registrere eller oppdatere sine opplysninger innen 1. mars hvert år.

Registrering av bierverv fortas av den ansatte selv i personalportalen. Registreringsverktøyet har imidlertid noen svakheter, og nytteverdien er til en viss grad avhengig av at den ansatte i fritekstfeltet gir supplerende opplysninger, og ikke bare benytter faste svaralternativer.

Til tross for svakheter representerer rapporten likevel et juridisk grunnlag ved at det avklarer hvorvidt en ansatt har meldt bierverv. Manglende rapportering og bevisst unnlattelse kan få betydning for arbeidsforholdet. Linjeleder må derfor sikre at alle ansatte kjenner til rutinene for registrering bierverv, og særlig registreringsplikt for helsepersonell. Linjeleder må også følge opp alle registreringer, og aktivt avklare biervervets innhold, hvorvidt det er innenfor regelverket, og om det eventuelt krever godkjenning fra arbeidsgiver. Dette innebærer at hver enkelt sak må gis en selvstendig vurdering.

Det fremgår derved at linjeledelsens oppmerksomhet og oppfølging er helt sentral for å ha oversikt og kontroll på omfanget av bierverv, og hvorvidt bierverv kan være i konflikt med arbeidsforholdet ved STHF.

Det er innført meldeplikt for helsepersonell.

Registrerte bierverv ved STHF

Det er en god del registreringer som er irrelevante i den forstand at de er uproblematisk i forhold til arbeidsforholdet. STHF har likevel den holdning at alle bierverv bør registreres, se tabell 1 i vedlegget.

Totalt er det registrert 310 bierverv. Høyest andel i forhold til ansatt-/personellgruppe finner vi innen ambulanse med 51 %, overleger 22 %, administrative stillinger/rådgivere 22 % og ledere nivå 1-4 med 20 %. I psykologgruppen er det også en andel på 10 % registrerte bierverv.

Enkelte ansatte har registrert flere bierverv. Antall ansatte med bierverv fremkommer av tabellen under.

Antall ansatte med registrerte bierverv

Gruppe	Antall ansatte med registr. bierverv
TOTALT	240
Overleger	35
LIS-leger	9
Psykolog/psykologspesialist	9
Sykepleier/spesialspl., jordmor	59
Ambulansearbeider	31
Øvrig klinisk personell	45
Ledere nivå 1-4	16
Adm. stillinger, rådgivere etc	23
Annet personell	13

Totalt er det altså registrert 240 ansatte med bierverv i foretaket.

Overlegegruppen er særlig interessant, da omfang og type bierverv her kan ha særlig innvirkning på foretakets behandlingsskapasitet, og erfaringsmessig kan gruppen være spesielt eksponert hva gjelder potensielle interessekonflikter og habilitetsspørsmål. Registrerte bierverv i overlegegruppen er derfor gjengitt, se tabell 2 i vedlegget.

Klinikkene/stabenes vurdering av oppfølging av bierverv i linjen

Klinikk- og stabsledere er forelagt 7 spørsmål i mars 2019 for vurdering av hvordan bierverv følges opp og håndteres i linjen. Tilbakemeldingene er hovedsakelig gitt av klinikk-/stabsleder selv, mens enkelte har innhentet svar fra sine avdelingsledere. Kort oppsummert er vurderingene som følger:

*Spørsmål 1: Har klinikken **etablert rutine** for årlig eller løpende oppfølging av bierverv overfor ansattgruppene?*

Med ett unntak viser klinikkene til at de har etablert rutine for oppfølging overfor ansattgruppene. Tema blir også tatt opp på personalmøter. Med «rutine» henvises gjerne til prosedyre i Helix og mal for medarbeidersamtale. En klinikk viser til at årlig oppfølging fra nå vil bli lagt inn i virksomhetsplan for 2019.

*Spørsmål 2: Følger klinikken opp jevnlig om det har kommet **nye registreringer** av bierverv i personalportalen?*

Klinikkene melder at registreringer i personalportalen jevnlig følges opp, og at det sjekkes hvorvidt det er kommet nye. Søknader i portalen følges opp fortløpende.

*Spørsmål 3: Blir bierverv tematisert i årlig **medarbeidersamtale**?*

Her varierer praksis. Fem klinikk-/stabsledere bekrefter at tema tas opp i medarbeidersamtale på generell basis. Fire klinikk-/stabsledere kobler tematisering til særskilt behov eller at man kjenner til at bierverv foreligger. Ved en klinikk gjengis også at noen avdelingsledere er usikre på i hvilken grad seksjonsleder følger tema.

*Spørsmål 4: Har det i løpet av siste 2 år (2017 – d.d.) vært **gitt godkjenning** til ansatte etter mottatt varsel/søknad om bierverv?*

Fem klinikk-/stabsledere opplyser at det er gitt godkjenning til bierverv siste 2 år. Tre klinikkssjefer opplyser at det ikke er gitt godkjenning, hvorav 1 tar forbehold for oversikt over godkjenninger av eldre dato.

*Spørsmål 5: Har det i løpet av siste 2 år (2017 – d.d.) vært **gitt avslag** på søknad om bierverv?*

Kirurgisk klinikk har gitt avslag til to overleger, det samme har medisinsk klinikk. Øvrige har ikke gitt avslag.

*Spørsmål 6: Hvor god **oversikt** over bierverv opplever du som klinikkssjef/direktør at du/linjeledere har innenfor eget ansvarsområde? God – middels – eller liten oversikt?*

Fem klinikk-/stabsledere oppgir god oversikt, tre oppgir middels til god.

*Spørsmål 7: Er det behov for ytterligere **fellestiltak** i foretaket enn det som ligger i gjeldende retningslinjer og malverk?*

To klinikk-/stabsledere gir uttrykk for ønske om enda tydeligere presiseringer i prosedyren, om krav til registrering, og om mulig tydeligere rammer som kan medvirke til lik praksis i vurdering av saker. Særlig en klinikk hevder at det er store ulikheter, og at sykehuset bør stramme inn for lik praksis. Øvrige melder at det ikke er behov for ytterligere fellestiltak.

Ut i fra svarene i spørreundersøkelsen er det viktig å sikre størst mulig grad av lik praksis. Prosedyren gir rom for fortolkninger, og ledere oppfordres til å rådføre seg med HR for å sikre minst mulig uønsket variasjon i saksbehandling og konklusjon dersom det er tvil.

Administrerende direktørs vurdering:

STHF overholder kravet i OBD 2019 angående bierverv. Sykehuset jobber videre med å få oversikt over bierverv medarbeidere innehar gjennom å ta dette opp i medarbeidersamtalen med den enkelte ansatte. Linjeledelsens oppmerksomhet og oppfølging er helt sentral for å ha oversikt og kontroll på omfanget av bierverv, og hvorvidt bierverv kan være i konflikt med arbeidsforholdet ved STHF.

Vedlegg 1 til styresak nr. 030 - 2019 Bierverv

Bakgrunn for saken - faktabeskrivelse

Nærmere om tidligere saksbehandling av bierverv

Direktørmøtet i Helse Sør-Øst behandlet i april 2016 temaet bierverv i foretaksgruppen, herunder regionale retningslinjer og praksis for håndtering av bierverv. I saken den gang ble det konkludert med at regionale retningslinjer fra styresak 050-2010 var tilstrekkelig grunnlag for å følge opp utfordringer med bierverv i foretakene. Videre ble besluttet å foreta en ny statusvurdering på omfang/registreringer i løpet av høsten 2016.

Samtidig besluttet direktørmøtet at det skulle opprettes en arbeidsgruppe med representasjon fra RHF'et og underliggende HF, for å kartlegge nærmere faktiske utfordringer med bierverv, og utarbeide relevant beslutningsstøtte knyttet til utvalgte typetilfeller. STHF var representert i dette arbeidet. Arbeidsgruppen leverte rapport i mars 2017. På bakgrunn av rapporten anbefalte direktørmøtet i Helse Sør-Øst å videreføre gjeldende retningslinjer og rammer, samtidig som det gav sin tilslutning til foreslåtte nye tiltak for kvalitetssikring, risikoreduksjon og kvalitetsutvikling.

Riksrevisjonen gjennomførte i 2016-2017 revisjon av helseforetakenes oppfølging av bierverv. Riksrevisjonens rapport (Riksrevisjonens dokument 3.2 (2017-18) vedrørende kontroll med forvaltning av statlige selskaper 2016, del II, sak 4) forelå desember 2017, med følgende hovedfunn:

- Ansatte i helseforetakene rapporterer i liten grad om bierverv
- Systemene som er etablert for å rapportere og følge opp bierverv, brukes i liten grad
- De regionale helseforetakene har ikke hatt god nok oppfølging av krav som er stilt i foretaksmøter

Riksrevisjonen anbefalte derfor at:

- Helseforetakene legger til rette for at ansatte får nødvendig og oppdatert kunnskap om retningslinjene og systemene for å rapportere om bierverv, at ledelsen på alle nivåer gir tydelige signaler om at det forventes at de ansatte følger regelverket, at krav innarbeides og følges opp i de ansattes arbeidsavtaler og at foretakene øker kvaliteten på rapporteringen om bierverv samt benytter denne styringsinformasjonen som grunnlag for å vurdere om faktiske bierverv er forenlig med arbeid i helseforetaket

- De regionale helseforetakene sørger for at helseforetakene følger de kravene som er stilt i foretaksmøtene om bierverv, og at disse kravene også blir stilt og fulgt opp i rammeavtaler som regionene inngår med private leverandører av spesialisthelsetjenester
- Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene avklarer regelverket for helseforetakene slik at opplysningsplikten om bierverv praktiseres likt

På bakgrunn av Riksrevisjonens anbefaling ble det i foretaksmøteprotokoll for 2018 gitt tydelig styringsbudskap til de regionale helseforetakene om å følge opp hovedfunn og anbefalinger fra Riksrevisjonens undersøkelse. Oppfølgingskravet ble videreført i OBD til helseforetakene i 2018.

HOD fulgte opp med egen bestilling til RHF'ene og HF'ene i oktober 2018, der det skulle rapporteres på konkrete spørsmål med utgangspunkt i Riksrevisjonens rapport. Som følge av ny oppfølging fra HOD ble også den regionale arbeidsgruppen fra 2016 reetablert for å samordne svar til departementet. Helse Sør-Øst RHF svarte opp på vegne av foretaksgruppen.

I OBD for 2019 er følgende tatt inn jf. punkt 3.5 Personell, utdanning og kompetanse:

- *Bierverv*

Det vises til krav i oppdrag og bestilling 2018 om oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes håndtering av bierverv. Av helsepersonelloven andre ledd går det fram at arbeidsgiveren kan kreve at helsepersonell med autorisasjon eller lisens gir opplysninger om all helsefaglig virksomhet som helsepersonellet utfører som selvstendig næringsdrivende, for andre arbeids- eller oppdragsgivere i Norge eller i utlandet, og om eierinteresser, samarbeidsforhold o.l. Helseforetaket skal innføre krav om at dette skal gjøres.

Annen oppgave 2019

- *Alle arbeidsgivere i spesialisthelsetjenesten skal innføre meldeplikt for ansatt helsepersonell etter helsepersonelloven § 19 andre ledd i løpet av 2019. Meldeplikt etter bestemmelsen omfatter «all helsefaglig virksomhet som helsepersonellet utfører som selvstendig næringsdrivende, for andre arbeids- eller oppdragsgivere i Norge eller i utlandet, og om eierinteresser, samarbeidsforhold o.l.»*

Generelt om felles tiltak i foretaksgruppen HSØ

I rapport fra regional arbeidsgruppe HSØ i desember 2018 til HOD, er blant annet kommentert følgende:

- Alle helseforetak har retningslinjer og rutiner i samsvar med HSØs krav og forutsetninger.
- Alle helseforetak har ivaretatt HSØs krav om standard tekst/vilkår om bierverv i alle arbeidsavtaler som inngås.
- De fleste helseforetak har innarbeidet at bierverv tas opp som tema i årlig medarbeidersamtale.
- Alle helseforetak har HSØs felles eksempelliste med typetilfeller tilgjengelig. Benyttes ved behov.
- Alle helseforetak har i sine rutiner lagt til grunn en generell rapporterings- og registreringsplikt for ansattes bierverv, dvs. for alle grupper ansatte og uavhengig av biervervets art og omfang, og ikke bare helsepersonell jf. helsepersonelloven § 19.

Riksrevisjonen har i sin rapport pekt på vesentlig underrapportering av bierverv. Som kommentar og innspill til dette, har HSØ og helseforetakene påpekt flere problemstillinger – ikke minst utfordringer med juridisk hjemmel, nettopp for i sterkere grad kunne pålegge ansatte å registrere bierverv. Følgende ble problematisert overfor HOD:

- Manglende rettslig grunnlag for å avgrense, prioritere og operasjonalisere *generelle vurderingskriterier* for aksept av bierverv (forsvarlig arbeidsbelastning, habilitet, lojalitet)
- Manglende rettslig grunnlag for å praktisere en *generell meldeplikt for bierverv* - det være seg av helsefaglig eller annen art (jf. helsepersonelloven § 19)
- Manglende rettslig grunnlag for krav om *generell forhåndsgodkjenning* av bierverv (jf. helsepersonelloven § 19)
- Manglende mulighet for *avgrensing/definisjon* av gjenstand for eiers styringskrav, dvs. hvilke bierverv som skal rapporteres (jf. HODs foretaksprotokoller)
- Manglende standardisering av *rapporteringssystem*, innretning og funksjonalitet (jf. selvvalgte regionale løsninger med ulike muligheter for rapportering)

Overfor HOD er det påpekt at problemstillingene kan følges opp ved tydeliggjøring av overordnet regelverk, om nødvendig ved lovendring og ved eiers pålegg/styringskrav. Som følge av dette har altså HOD tatt inn punktet om bierverv i OBD 2019 (jf. punkt 1), som et virkemiddel for å forsterke registreringsplikten for helsepersonell.

For øvrig er det overfor HOD påpekt følgende administrative og ledelsesmessige grep, generelt for foretaksgruppen:

- Aktiv bruk av gjeldende retningslinjer og prosedyrer ved løpende personaloppfølging
- Utvikle lederskap, dvs. stille krav til ledere med personalansvar og bruke retningslinjer i all opplæring av ledere
- Utvikle medarbeiderskap, dvs. bruke retningslinjer i arbeid med bedriftskultur
- Systematisere og strømlinje administrative rutiner, herunder gjennomgå aktuell skjematikk
- Etablere rutiner for årlig krav til ansatte om «oppdatering» i HR-systemet

I tillegg pågår (per mars 2019) et arbeid i regionens HR-avdeling, der det i samarbeid med Sykehuspartner ses nærmere på eksisterende registreringsløsning i Personalportalen, med tilhørende muligheter for rapportuttrekk. Formålet her vil være å gjøre det enklere for ansatte – med enkel tilgang til registreringsskjema, og at selve registrering gjøres så enkel og intuitiv som mulig. Om mulig bør også rapportuttrekkene gjøres mer «lesbare» for ledere. Videre vil RHF'et ha en gjennomgang av eksisterende veileder fra 2011, for å oppdatere og om nødvendig tydeliggjøre rapporteringsplikten ytterligere.

På sikt er det også hensiktsmessig med interregionale løsninger. Her har HSØ fremholdt følgende i sin tilbakemelding til HOD:

- Gjennomgå foretakenes og harmonisere retningslinjer og rutiner ytterligere på regionalt/interregionalt nivå, slik at de i praksis baserer seg på felles tekst med mulige tillegg ved særlig store og komplekse foretak. Vurdere å etablere en felles eksempelsamling på interregionalt nivå
- Gi entydige operasjonelle definisjoner av sentrale begreper som «bierverv», «meldeplikt» og «søknadsplikt» på regionalt/interregionalt nivå
- Gjennomgå og endre funksjonalitet for registrering på regionalt/interregionalt nivå, slik at den svarer til en nasjonal standard (fastsatt av HOD)
- Legge ut registreringsfunksjonalitet på en brukervennlig og enkel måte i foretakenes personalsystemer regionalt og interregionalt

Tabell 1: Antall registrerte bierverv ved STHF pr 05.03.19:

Gruppe	Ant. ansatte	Totalt ant registr. bierverv	Andel %	Type bierverv - fordeling					
				Annet ans.forhold	Eierskap	Selvst. næringsd.	Sporadiske vakter	Styreverv utenfor HF	Undervisn. still.
TOTALT		310		93	8	70	68	56	15
Overleger	215	47	22 %	11	1	26	0	6	3
LIS-leger	181	9	5 %	2	0	2	4	0	1
Psykolog/psykologspesialist	100	10	10 %	0	0	8	0	2	0
Sykepleier/spesialspl., jordmor	1103	73	7 %	27	1	9	27	6	3
Ambulansearbeider	84	43	51 %	9	0	11	20	1	2
Øvrig klinisk personell		60		24	1	5	14	13	3
Ledere nivå 1-4	132	27	20 %	8	0	2	1	15	1
Adm. stillinger, rådgivere etc	147	33	22 %	8	5	5	2	12	1
Annet personell		8		4	0	2	0	1	1

Tabell 2: Registrerte bierverv i overlegegruppen

Kategori	Navn		Stillingskode navn	klini	Orgenhetnavn
Styreverv utenfor HF	Annen virksomhet som arbeidsgiver har relasjon	Firma/type: Rusinstitusjon	Overlege	KPR	Voksenpsyk pol kl Notodden
Styreverv utenfor HF	Annet	Bransje:	Overlege	KPR	Voksenpsyk pol kl Notodden
Selvstendig næringsdrivende	Annet	Firma/type: erklæringer for andre trygdekontor	Seksjonsov	KPR	DPS P/V allmenn pol. kl
Selvstendig næringsdrivende	Innen eget fagområde	Firma/type:	Overlege	KPR	DPS Seng B
Annet ansettelsesforhold	Annen virksomhet som arbeidsgiver har relasjon	Arb.giv/st: Sauherad Samtun AS	Overlege	KPR	Forsterket psykosepost
Undervisningsstilling	Bierterv	Institt/st: IGA Institutt for gruppeanalyse	Overlege	KPR	Forsterket psykosepost
Selvstendig næringsdrivende	Innen eget fagområde	Firma/type: Allmenlegetjeneste	Overlege	KPR	LAR Vestmar
Selvstendig næringsdrivende	Annet	Firma/type:	Overlege	KIR	Seksjon gastrokirurgi
Annet ansettelsesforhold	Annet	Arb.giv/st:	Seksjonsov	KIR	Seksjon endo/mammakirurgi
Selvstendig næringsdrivende	Innen eget fagområde	Firma/type:	Overlege	KIR	Kirurgiske leger Notodden
Selvstendig næringsdrivende	Innen eget fagområde	Firma/type: IbsenSykehuset/ xxxxxx ortopedi	Overlege	KIR	Kirurgiske leger Notodden
Selvstendig næringsdrivende	Innen eget fagområde	Firma/type: Spes.erklæringer for	Overlege	KIR	Seksjon ortopedi
Selvstendig næringsdrivende	Innen eget fagområde	Firma/type: Telemark Fysikalsk Medisin	Overlege	KIR	Seksjon ortopedi
Selvstendig næringsdrivende	Innen eget fagområde	Firma/type:	Overlege	KIR	Seksjon ortopedi
Selvstendig næringsdrivende	Innen eget fagområde	Firma/type:	Overlege	KIR	Seksjon ortopedi
Selvstendig næringsdrivende	Innen eget fagområde	Firma/type: Ibsensykehusene	Overlege	KIR	Seksjon ortopedi
Annet ansettelsesforhold	Annet	Arb.giv/st:	Overlege	KIR	Seksjon plastikkirurgi
Eierskap	Annet	hva:	Overlege	KIR	Seksjon plastikkirurgi
Selvstendig næringsdrivende	Innen eget fagområde	Firma/type:	Overlege	KIR	Seksjon plastikkirurgi
Selvstendig næringsdrivende	Innen eget fagområde	Firma/type: Plastikkirurgi	Overlege	KIR	Seksjon plastikkirurgi
Selvstendig næringsdrivende	Innen eget fagområde	Firma/type: Porsgrunn Plastikkirurgi	Overlege	KIR	Seksjon plastikkirurgi
Annet ansettelsesforhold	Annet HF/RHF	Arb.giv/st:	Overlege	KIR	Seksjon gynekologi
Undervisningsstilling	Universitet /høgskole	Institt/st:	Overlege	KIR	Seksjon gynekologi
Styreverv utenfor HF	Annet	Bransje: Regionsutvalget Sør-øst,	Overlege	HR	Tillitsvalgte
Annet ansettelsesforhold	Annen virksomhet som arbeidsgiver har relasjon	Arb.giv/st: Notodden kommune	Overlege	MED	Medisinsk leger Notodden
Annet ansettelsesforhold	Annen virksomhet som arbeidsgiver har relasjon	Arb.giv/st: Stortinget	Overlege	MED	Medisinsk leger Notodden
Selvstendig næringsdrivende	Innen eget fagområde	Firma/type: Ibsen sykehusene	Overlege	MED	Legegruppe mage/tarm
Selvstendig næringsdrivende	Innen eget fagområde	Firma/type: Vestfold fysikalskmedisin	Overlege	MED	Lege-gruppe FMR
Selvstendig næringsdrivende	Annet	Firma/type: Kirkenes legesenter	Overlege	MED	Seksjon sykkelig overvekt
Selvstendig næringsdrivende	Annet	Firma/type: Norsk pasientskadeerstatning	Overlege	MED	Seksjon sykkelig overvekt
Annet ansettelsesforhold	Annet	Arb.giv/st: spesialisterklæring for	Overlege	MED	Legegruppe nevrologi
Annet ansettelsesforhold	Annet	Arb.giv/st: Spesialiserklæring for trygdekontor	Overlege	MED	Legegruppe nevrologi
Annet ansettelsesforhold	Annet	Arb.giv/st: spesialisterklæringer - for	Overlege	MED	Legegruppe nevrologi
Annet ansettelsesforhold	Annet	Arb.giv/st:	Overlege	BUK	Seksjon Bup-Vestmar
Selvstendig næringsdrivende	Innen eget fagområde	Firma/type:	Overlege	BUK	Seksjon Bup-Vestmar
Selvstendig næringsdrivende	Innen eget fagområde	Firma/type:	Overlege	ABK	Anestesi leger Skien
Selvstendig næringsdrivende	Innen eget fagområde	Firma/type: Enkeltmannforetak	Seksjonsov	ABK	Anestesi leger Skien
Selvstendig næringsdrivende	Annet	Firma/type: Oslofjordklinikken, Sandvika*MA.	Seksjonsov	ABK	Anestesi leger Skien
Selvstendig næringsdrivende	Innen eget fagområde	Firma/type: enkeltmann, siden 1994, samme	Seksjonsov	ABK	Anestesi leger Skien
Styreverv utenfor HF	Annet	Bransje:	Overlege	ABK	Anestesi leger Skien
Undervisningsstilling	Bierterv	Institt/st:	Overlege	ABK	Anestesi leger Skien
Styreverv utenfor HF	Annet	Bransje: Styremedlem i Stathellegata	Overlege	MSK	Avdeling for arbeidsmedisin
Styreverv utenfor HF	Annet	Bransje: Legeforeningen	Overlege	MSK	Avdeling for arbeidsmedisin
Annet ansettelsesforhold	Annet HF/RHF	Arb.giv/st:	Seksjonsov	MSK	Seksjon for medisinsk
Selvstendig næringsdrivende	Innen eget fagområde	Firma/type:	Seksjonsov	MSK	Seksjon for medisinsk
Selvstendig næringsdrivende	Innen eget fagområde	Firma/type:	Seksjonsov	MSK	Seksjon for medisinsk
Selvstendig næringsdrivende	Innen eget fagområde	Firma/type: enkeltmannforetak	Overlege	MSK	Seksjon for radiologer

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Møteplan for styret 2020

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
031-2019	Tone Pedersen, spesialrådgiver direktørens stab	Beslutning	22.05.2019

Sammendrag:

Møteplanen er lagt opp med syv ordinære styremøter i 2020 og tre styreseminar. Fast møtested er direktørens møterom i Skien. Ett av styrets møter skal avholdes på Notodden sykehus.

Styremøtene avholdes primært på onsdager med oppstart kl. 09.30 og avslutning kl. 15.30. Styreseminarene avholdes i etterkant av styremøtene. Det tas forbehold om at møtested og klokkeslett kan endres, som følge av spesielle saker, tema og/eller omvisninger.

Styret skal ha et årlig felles møte med brukerutvalget i STHF. Dette møtet legges gjerne til september.

Helse Sør-Øst avholder hvert år i februar et felles styreseminar med helseforetaksstyrene. Dette møtet avholdes i forbindelse med foretaksmøte på Gardermoen. Dato for samlingen er p.t. ikke fastlagt.

Forslag til møteplan for styret i 2020:

Styremøtedato	Møtested	Styreseminar
Etter foretaksmøte og styreseminar i regi av HSØ i februar 2020	Ikke fastlagt	
22. april	Direktørens møterom, bygg 54, Skien	X
20. mai	Notodden sykehus, møterom ikke bestemt	
17. juni	Direktørens møterom, bygg 54, Skien	
16. september	Direktørens møterom, bygg 54, Skien	X
28. oktober	Direktørens møterom, bygg 54, Skien	
16. desember	Direktørens møterom, bygg 54, Skien	X

Forslag til vedtak:

Styret vedtar administrasjonens forslag til møteplan 2020 for styret i Sykehuset Telemark HF.

Skien, den 9. mai 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Årsplan styresaker

Sak nr.	Saksansvarlig og saksbehandler	Sakstype	Møtedato
032-2019	Tone Pedersen, spesialrådgiver	Orientering	22.05.2019

Trykte vedlegg: Oppdatert styrets årsplan 2019

Utrykte vedlegg: Ingen

Ingress:

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

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

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

Forslag til vedtak:

Årsplan styresaker tas til orientering.

Skien, den 8. mai 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2019

Ajourført per 20. mai 2019

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

Årsplan for styret i Sykehuset Telemark 2019

Ajourført per 20. mai 2019

Dato og sted	Saker til beslutning	Saker til orientering	Temasaker
Dir. møterom, Skien	<ul style="list-style-type: none"> Konsernrevisjonens rapport om <i>Likeverdig og forutsigbar helsehjelp, psykisk helsevern for barn og unge ved Sykehuset Telemark HF</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Styresaker i STHF - status og oppfølging 	<ul style="list-style-type: none"> Styrets egevaluering – lukket møte
<p>Styremøte 25. september kl. 09.30-15.30</p> <p>Ulefoss møterom, Skien kl. 09.30-12.00</p> <p>Dir. møterom, kl. 12.30 – 15.30</p>	<ul style="list-style-type: none"> Konsernrevisjonens revisjonsplan 2020 Tilleggsdokument til OBD 2019 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport per 2. tertial Pasientsikkerhetsprogrammet Måloppnåelse OBD per juni 2019 ForBedring 2019 – gjennomføring av tiltak 	<ul style="list-style-type: none"> Brukerutvalgets møte med styret ved STHF Styrets egevaluering – lukket møte
<p>Styremøte 23. oktober kl. 09.30-15.30</p> <p>Dir. møterom, Skien</p>	<ul style="list-style-type: none"> STHF's strategi 2020-2023 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport per september Status budsjett 2020 Ledelsens gjennomgang (LGG) 2019 Interne revisjoner: resultater 2018 - 2019 og tema 2020 STHF's meldinger om hendelser som har eller kunne ha ført til alvorlig personskade (spesialist-helsetjenesteloven § 3-3a) 	<ul style="list-style-type: none"> Styrets årlige evaluering av administrerende direktørs arbeid og resultater – lukket møte Styrets egevaluering – lukket møte
<p>Styremøte 18. desember kl. 09.30-15.30</p> <p>Dir. møterom, Skien</p>	<ul style="list-style-type: none"> Budsjett 2020 Overordnet handlingsplan for helse-, miljø- og sikkerhet (HMS) Sykehuset Telemark 2020 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport per november Forskning ved STHF Styresaker i STHF - status og oppfølging 	<ul style="list-style-type: none"> Årsplan styresaker Andre orienteringer

Faste styresaker i hvert styremøte:

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

Foretaksmøter og styreseminar:

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

Saker til behandling hvor møtetidspunkt ikke er fastsatt:

- Konseptrapport for nytt bygg for sikkerhetspsykiatri
- Benchmarking (HSØ gjør et arbeid med dette i samarbeid med HOD)
- Status/orientering om ny spesialist utdanning for leger

Saksframlegg til styret ved Sykehuset Telemark HF

Sakstittel: Protokoll fra foretaksmøte 20. mai 2019

Sak nr.	Saksansvarlig og saksaksbehandler	Sakstype	Møtedato
033-2019	Tone Pedersen, spesialrådgiver direktørens stab	Etterretning	22.05.2019

Trykte vedlegg: Protokoll fra foretaksmøte 20. mai 2019
Oppdaterte vedtekter

Utrykte vedlegg: Ingen

Ingress:

Det ble avholdt foretaksmøte for Sykehuset Telemark HF 20. mai 2019. Vedlagt følger protokoll fra foretaksmøte og oppdaterte vedtekter.

Forslag til vedtak:

1. Styret tar protokoll fra foretaksmøte 20. mai til etterretning.
2. Styret forutsetter at driften ved Sykehuset Telemark HF innrettes slik at gjenstående styringskrav fra tidligere år følges opp sammen med nye styringskrav for 2019.

Skien, den 20. mai 2019

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

**PROTOKOLL
FRA
FORETAKSMØTE I SYKEHUSET TELEMARKE HF**

Mandag 20. mai 2019 klokken 13:00 ble det avholdt foretaksmøte i Sykehuset Telemark HF i møtesenteret på Grev Wedels plass 5 (6. etg), Oslo. Møtet ble gjennomført som et felles foretaksmøte for Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Telemark HF og Sørlandet sykehus HF.

Dagsorden:

1. Foretaksmøtet konstitueres
2. Dagsorden
3. Årlig melding 2018, jf. vedtektene §§ 6 og 14
4. Godkjenning av styrets forslag til årsregnskap og årsberetning 2018, jf. lov om helseforetak § 43 og vedtektene § 6
5. Godkjenning av revisors godtgjørelse, jf. lov om helseforetak § 44
6. Endring i vedtekter

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

Direktør teknologi og e-helse Rune Simensen

Eierdirektør Tore Robertsen, som også førte protokollen

Fra styret i Sykehuset Telemark HF møtte:

Styreleder Per Anders Oksum

Styremedlem Folke Sundelin

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.

Sign.: SG

PAO

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 underskrive 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: Årlig melding 2018, jf. vedtektene §§ 6 og 14

Vedtektenes § 14 pålegger Sykehuset Telemark HF å oversende årlig melding til Helse Sør-Øst RHF. Meldingen skal omfatte styrets rapport for foregående år. Rapporten skal vise hvordan pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøte eller satt som vilkår for økonomisk kompensasjon, er oppfylt. Vilkår knyttet til bevilgningen fremgår av oppdrag og bestilling 2018 til Sykehuset Telemark HF.

I Helse Sør-Øst utarbeides det årlig en plakat med konkrete styringsmål. Både i 2018 og 2019 er disse sortert inn under tre hovedområder. Styringsmålene i plakaten er tatt inn i oppdrag og bestilling til Sykehuset Telemark HF.

Årlig melding for 2018 fra Sykehuset Telemark HF er behandlet i helseforetakets styre og oversendt Helse Sør-Øst RHF innen fristen.

Meldingen er gjennomgått i Helse Sør-Øst RHF og vurdert opp mot de krav som er stilt til helseforetaket i oppdrag og bestilling 2018 og foretaksmøter i løpet av året. Generelt vurderes den årlige meldingen å være dekkende og relevant for de etterspurte rapporteringspunktene.

I gjennomgangen har Helse Sør-Øst RHF spesielt merket seg utviklingen innen nedenstående områder.



Sign.: SG



PAO

Pakkeforløp kreft

Ved Sykehuset Telemark HF har, slik det fremgår av registrering hos NPR, 78 prosent av de aktuelle kreftpasientene fått gjennomført behandling innen standard forløpstid i 2018. I oppdrag og bestilling 2018 ble det fremmet krav om at andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid skulle være minst 70 prosent. Foretaksmøtet er fornøyd med måloppnåelsen for 2018 og forutsetter at det gode arbeidet videreføres slik at kravet også blir innfridd for 2019.

Reduksjon av unødvendig venting

- Ventetider somatikk

Sykehuset Telemark HF har, slik det fremgår av registrering hos NPR, en gjennomsnittlig ventetid på 56,7 dager i 2018. Dette utgjør en reduksjon fra 2017 på 0,9 prosent.

I 2018 var det et mål at gjennomsnittlig ventetid somatikk skulle være lavere enn 57 dager. For 2019 er dette målet redusert til 55 dager.

Foretaksmøtet er fornøyd med at målet for gjennomsnittlig ventetid er nådd og forutsetter at det gode arbeidet innen dette området videreføres slik at også målkravet for 2019 blir innfridd.

- Ventetider psykisk helsevern

I 2018 var det et mål at gjennomsnittlig ventetid skulle være lavere enn 40 dager innen psykisk helsevern. Målet er opprettholdt i 2019.

Sykehuset Telemark HF har, slik det fremgår av registrering hos NPR, en gjennomsnittlig ventetid i psykisk helsevern for voksne på 42,7 dager i 2018. Dette utgjør en reduksjon fra 2017 på 12,9 prosent.

Foretaksmøtet er fornøyd med at gjennomsnittlig ventetid viser en positiv utvikling, men påpeker at målet ikke er nådd og forutsetter at driften innrettes slik at målkravet blir innfridd i 2019.

Innen psykisk helsevern for barn og unge har Sykehuset Telemark HF gjennomsnittlig ventetid på 41,3 dager i 2018 i henhold til NPR. Dette utgjør en reduksjon på 5,6 prosent fra 2017.

Foretaksmøtet er fornøyd med den positive utviklingen, men påpeker at målet ikke er nådd og forutsetter at driften innrettes slik at målkravet blir innfridd i 2019.

- Ventetider tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Sykehuset Telemark HF har, slik det fremgår av registrering hos NPR, en gjennomsnittlig ventetid innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) på 29,5 dager i 2018. Dette utgjør en reduksjon fra 2017 på 19,9 prosent.



Sign.: SG PAO

I 2018 var det et mål at gjennomsnittlig ventetid skulle være lavere enn 40 dager. For 2019 er dette målet redusert til 35 dager.

Foretaksmøtet er fornøyd med at målet er nådd i 2018 og forutsetter at det gode arbeidet videreføres i 2019.

Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

- Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk

Kravet om høyere vekst måles ved gjennomsnittlig ventetid, aktivitet (polikliniske konsultasjoner) og kostnader.

Gjennomsnittlig ventetid

Endringene i gjennomsnittlig ventetid er omtalt ovenfor. Forholdet mellom endring i ventetid for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling tilsier at kravet er oppfylt for ventetider.

Foretaksmøtet er fornøyd med at målet er nådd for 2018, men påpeker at dette området fortsatt må prioriteres i 2019.

Aktivitet (polikliniske konsultasjoner)

Aktiviteten, målt i antall polikliniske konsultasjoner, var i 2018 omkring 166 000 i somatikk, 51 000 i psykisk helsevern for voksne, 27 000 i psykisk helsevern for barn og unge og 12 000 innen TSB. Dette utgjør en endring fra 2017 på 2,3 prosent i somatikk, -7,6 prosent i psykisk helsevern for voksne, 19,9 prosent i psykisk helsevern for barn og unge og 8 prosent innen TSB.

Foretaksmøtet er ikke fornøyd med at målet om høyere vekst for aktivitet i poliklinikker innen psykisk helsevern og TSB sammenlignet med somatikk ikke er nådd.

Foretaksmøtet forutsetter at driften innrettes slik at målkravet for 2019 blir innfridd.

Kostnader

I 2018 var nivået for kostnader 2,1 millioner kroner innen somatikk, 0,4 millioner kroner innen psykisk helsevern for voksne, 0,1 millioner kroner innen psykisk helsevern for barn og unge og 0,06 millioner kroner innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Dette utgjorde en endring fra 2017 på 3,5 prosent for somatikk, 5,4 prosent for psykisk helsevern for voksen, 6,4 prosent for psykisk helsevern for barn og unge og 37,6 prosent for TSB.

Foretaksmøtet merker seg at målet om høyere vekst for kostnader er nådd i 2018.



Sign.: SG



PAO

Redusert bruk av bredspektret antibiotika

Bruk av bredspektret antibiotika skal reduseres med 30 prosent innen utgangen av 2020 sammenlignet med 2012. Ved utgangen av 2018 var reduksjonen i helseforetaksgruppen som helhet registrert som 18,6 prosent.

Sykehuset Telemark HF hadde i 2018 oppnådd en reduksjon på 41,7 prosent sammenlignet med 2012. Foretaksmøtet forutsetter at arbeidet videreføres med sikte på å oppnå både delmål i oppdrag og bestilling 2019 og det langsiktige målet på 30 prosent innen utgangen av 2020.

Korridorpasienter

Det skal ikke forekomme korridorpasienter. Sykehuset Telemark HF har for 2018 rapportert til Helse Sør-Øst RHF (desember II) en andel korridorpasienter på 0,8 prosent. Tilsvarende tall rapportert for 2017 var 0,8 prosent.

Foretaksmøtet er ikke fornøyd med måloppnåelsen for 2018 og forutsetter at driften innrettes slik at målkravet blir innfridd i 2019.

Utvikling første del av 2019

I 2019 er det fortsatt behov for at det arbeides godt og systematisk i helseforetakene for å nå målene for pakkeforløp innen kreft. Dette gjelder også tiltak for å redusere ventetidene, spesielt innen psykisk helsevern, og avvsningsrater innen psykisk helsevern.

Når det gjelder prioritering av psykisk helsevern og TSB er det gledelig å se at innrapporterte tall for polikliniske opphold per februar 2019 viser at foretaksgruppen samlet sett innfrir kravet fra eier innen dette området. Inntrykket er også at innføringen av nye pakkeforløp innen psykisk helsevern og TSB er kommet godt i gang.

Høye bemanningstall og bemanningsvekst må sees i sammenheng med aktivitetsutviklingen. Foretaksmøtet forutsetter at Sykehuset Telemark HF følger opp tiltak innen bemanningsområdet generelt og spesielt knyttet til innleie.

Foretaksmøtet vedtok:

1. Foretaksmøtet tar årlig melding 2018 fra Sykehuset Telemark HF til orientering.
2. Foretaksmøtet forutsetter at driften ved Sykehuset Telemark HF innrettes slik at gjenstående styringskrav fra tidligere år følges opp sammen med nye styringskrav for 2019.

Sak 4: Godkjenning av styrets forslag til årsregnskap og årsberetning 2018, jf. lov om helseforetak § 43 og vedtektene § 6

Forslag til årsregnskap og årsberetning 2018 for Sykehuset Telemark HF er behandlet i helseforetakets styremøte 10. april 2019.

Sign.:  SG  PAO

Styret i Sykehuset Telemark HF har fremlagt et positivt årsresultat på 8,9 millioner kroner millioner kroner. Det regnskapsmessige overskuddet overføres til annen egenkapital.

Foretaksmøtet viste til resultatkrav for Sykehuset Telemark HF slik det fremgår i oppdrag og bestilling 2018:

«Årsresultat 2018 for Sykehuset Telemark skal være på minst 30 millioner kroner.»

Det fremlagte årsresultatet innebærer at årsresultatet er 21,1 millioner kroner lavere enn resultatkravet. Foretaksmøtet er ikke fornøyd med resultatoppnåelsen for 2018 og forutsetter at driften innrettes slik at resultatkravet for 2019 oppfylles.

Det fremlagte regnskapet er godkjent av helseforetakets revisor.

Foretaksmøtet merket seg at Sykehuset Telemark HF har tatt inn erklæring om ledernes ansettelsesvilkår, jf. allmennaksjeloven § 6-16 a og vedtektene § 8 a, som en note i årsregnskapet. Det minnes i denne forbindelse på at erklæringen i henhold til krav i allmennaksjeloven skal inneholde retningslinjer for fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse for det kommende regnskapsåret.

Foretaksmøtet vedtok:

Styrets fremlagte årsregnskap og årsberetning for 2018 godkjennes.

Sak 5: Godkjenning av revisors godtgjørelse, jf. lov om helseforetak § 44

Lovpålagt revisjonshonorar omfatter honorar for nødvendig arbeid i forbindelse med avgivelse av revisjonsberetning. Sykehuset Telemark HF har i 2018 mottatt regning på kr 392 563 for lovpålagt revisjon. I henhold til helseforetakslovens § 44 annet ledd, godkjente foretaksmøtet at revisors godtgjørelse dekkes etter regning.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet godkjenner revisors godtgjørelse for 2018.

Sak 6: Endring i vedtekter

I henhold til helseforetaksloven § 12 og vedtektene § 17 skal endringer i vedtektene fastsettes av foretaksmøtet.

Styret for Helse Sør-Øst RHF har i møte 25. april 2019, sak 033-2019 *Revisjon av finansstrategi for Helse Sør-Øst*, sluttet seg til revidert finansstrategi for Helse Sør-Øst. I revidert finansstrategi er det innarbeidet føringer for å ytterligere regulere bruken av finansiell leie som finansieringsform i helseforetaksgruppen og særskilte retningslinjer for dette.

Sign.: SG

PAO

Med bakgrunn i dette gjøres følgende endring i vedtektene:

§ 11 Låneopptak endres fra:

«Sykehuset Telemark HF kan ikke oppta lån fra andre enn Helse Sør-Øst RHF. Eventuelle låneopptak skal godkjennes av styret i Helse Sør-Øst RHF.

Sykehuset Telemark HF gis anledning til å inngå finansielle leieavtaler i tråd med den til enhver tid gjeldende *Finansstrategi fastsatt av styret for Helse Sør-Øst RHF*. Finansielle leieavtaler skal godkjennes av Helse Sør-Øst RHF, Finansielle leieavtaler med kontraktsverdi 100 millioner kroner eller mer må i tillegg godkjennes av foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF.

Alle OPS-avtaler må forelegges foretaksmøtet og innpasses statens rammeverk for OPS-prosjekter.»

Til ny § 11 Låneopptak:

«Sykehuset Telemark HF kan ikke oppta lån fra andre enn Helse Sør-Øst RHF. Eventuelle låneopptak skal godkjennes av styret i Helse Sør-Øst RHF.

Sykehuset Telemark HF gis anledning til å inngå finansielle leieavtaler i tråd med den til enhver tid gjeldende *Finansstrategi fastsatt av styret for Helse Sør-Øst RHF*. Finansielle leieavtaler med kontraktsverdi 100 millioner kroner eller mer må godkjennes av foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF.

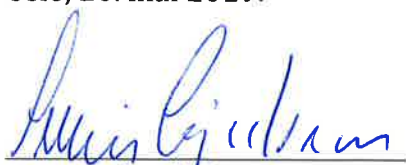
Alle OPS-avtaler må forelegges foretaksmøtet og innpasses statens rammeverk for OPS-prosjekter.»


Foretaksmøtet vedtok:

Vedtektene for Sykehuset Telemark HF endres, jf. fremlagte forslag.

Møtet ble hevet klokken 13:15.

Oslo, 20. mai 2019.


styreleder Svein Gjedrem
Helse Sør-Øst RHF


styreleder Per Anders Oksum
Sykehuset Telemark HF

Sign.: SG

PAO

Vedtekter for Sykehuset Telemark HF

(Vedtatt i foretaksmøte 3. juni 2009, sist endret i foretaksmøte 20. mai 2019.)

§ 1 Navn

Helseforetakets navn er Sykehuset Telemark HF.

§ 2 Eier

Sykehuset Telemark HF eies fullt ut av Helse Sør-Øst RHF.

§ 3 Hovedkontor

Sykehuset Telemark HF har sitt hovedkontor i Skien kommune.

§ 4 Formål

Sykehuset Telemark HF skal drives med sikte på å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette.

Gjennom utøvelse av oppgaver tildelt av Helse Sør-Øst RHF vil Sykehuset Telemark HF bidra til at spesialisthelsetjenestens målsetting blir oppfylt innenfor Helse Sør-Østs geografiske område.

§ 5 Helseforetakets virksomhet

Ansvarsområde for Sykehuset Telemark HF omfatter område- og lokalsykehusfunksjoner, jf. spesialisthelsetjenesteloven. Dette innebærer også at Sykehuset Telemark HF skal drive forskning, undervisning og rådgivning.

Sykehuset Telemark HF skal sikre at samarbeid om utdanning av medisinstudenter og helsefagstudenter reguleres i egne avtaler.

Virksomheten skal drives med sikte på å nå nasjonale helse-, forsknings- og utdanningspolitiske mål og helseforetaksgruppens samlede målsetninger innenfor de mål, resultatkrav og rammer som fastsettes gjennom vedtekter, instruksjoner, avtaler, beslutninger truffet i foretaksmøtet, tildelte bevilgninger og vilkår knyttet til bevilgningsvedtakene. Hensynet til brukerne skal legges til grunn for foretakets samlede virksomhet.

Sykehuset Telemark HF skal drive:

- helsefremmende og forebyggende arbeid
- helsemessig og sosial beredskap
- rehabilitering og habilitering
- somatisk helsetjeneste
- psykisk helsevern
- tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere
- laboratorie- og radiologiske tjenester
- syke transport, ambulansetjeneste og nødmeldetjeneste
- andre virksomheter når det er egnet til å fremme foretakets formål

Hovedoppgavene som Sykehuset Telemark HF skal legge til rette for, er å planlegge, organisere og fremme:

- pasientbehandling
- utdanning av helsepersonell
- forskning
- opplæring av pasienter og pårørende
- utvikling av medisinsk metode, praksis, pleie og kompetanseutvikling

Sykehuset Telemark HF skal bidra til samarbeid i regionen, slik at det totalt sett oppnås hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse. Sykehuset Telemark HF skal også bidra til samarbeid med andre helseforetak, universiteter og høyskoler.

Sykehuset Telemark HF skal, innenfor sitt ansvarsområde, søke nødvendig samarbeid med og veiledning overfor kommunene, både administrativt og klinisk, slik at pasientene sikres et helhetlig helse- og sosialtjenestetilbud. Det samme gjelder i forhold til samarbeidspartnere som blant annet det statlige barne- og familievern, samt i forhold til øvrige aktuelle statlige ansvarsområder.

§ 6 Foretaksmøtet

Det skal avholdes foretaksmøte innen utgangen av februar måned hvert år der styrings- og prestasjonskrav på økonomi- og organisasjonsområdet blir fastlagt. Videre avholdes foretaksmøte hvert år innen utgangen av juni måned for behandling av årsregnskap, årsberetning og årlig melding som omtalt i § 14, jf. helseforetaksloven §§ 34 og 43 annet ledd. Ytterligere foretaksmøter beslutes av styret i Helse Sør-Øst RHF.

§ 7 Styre

Sykehuset Telemark HF ledes av et styre. Styret skal ha inntil åtte medlemmer. Inntil fem medlemmer oppnevnes av foretaksmøtet. Foretaksmøtet velger leder og nestleder.

I tillegg velger de ansatte inntil tre styremedlemmer med varamedlemmer. Med utgangspunkt i de partsforhold som da vil gjelde, deltar styremedlemmer som er valgt av de ansatte ikke i behandling av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstakere, arbeidskonflikter, rettstvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler.

Det enkelte styremedlem skal som styremedlem ikke representere geografiske områder, politiske organisasjoner eller andre interessegrupper.

Styrene skal samlet sett ha en kompetanse som står i forhold til de oppgavene styret har og de utfordringene helseforetakene står overfor.

Styret skal samlet sett ha en geografisk og aldersmessig bredde, samt ivareta kravet til kjønnsmessig balanse etter reglene i aksjeloven § 20-6, jf. helseforetaksloven 21 første ledd.

§ 8 Daglig leder

Sykehuset Telemark HF skal ha daglig leder. Daglig leder ansettes av styret.

§ 8 a Om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte

Ved utarbeidelse av egne retningslinjer skal Sykehuset Telemark HF følge "*Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel*", fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet med virkning fra 13.2.2015. Retningslinjene kan utformes strengere og mer detaljerte enn de statlige retningslinjene, men skal ellers ikke fravikes.

Sykehuset Telemark HF skal utarbeide en årlig erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte. Denne skal tas inn som en note i årsregnskapet.

Erklæringen skal ha et innhold som angitt i allmennaksjeloven § 6-16 a, herunder:

- retningslinjer for fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse som nevnt i første ledd for det kommende regnskapsåret
- en redegjørelse for den lederlønnspolitikken som har vært ført det foregående regnskapsåret
- en redegjørelse for virkningene av avtaler om godtgjørelse som er inngått eller endret det foregående regnskapsåret

Erklæringen skal i tillegg inneholde en redegjørelse for hvordan statens retningslinjer er fulgt opp i underliggende virksomheter.

Erklæringen skal behandles på tilsvarende vis som angitt i allmennaksjeloven § 6-16 a i foretaksmøtet som avholdes i Sykehuset Telemark HF innen utgangen av juni hvert år. Det vises til allmennaksjeloven § 5-6 tredje ledd.

§ 9 Opphevet 13. februar 2014.

§ 10 Salg av foretakets faste eiendommer

Vedtaket om å pantsette eller avhende fast eiendom treffes av foretaksmøtet i Sykehuset Telemark HF etter forslag fra styret i henhold til reglene i helseforetaksloven § 31, jf. § 10.

Styret kan likevel beslutte avhending av fast eiendom når eiendommen er verdsatt til under 10 millioner kroner.

§ 11 Låneopptak

Sykehuset Telemark HF kan ikke oppta lån fra andre enn Helse Sør-Øst RHF. Eventuelle låneopptak skal godkjennes av styret i Helse Sør-Øst RHF.

Sykehuset Telemark HF gis anledning til å inngå finansielle leieavtaler i tråd med den til enhver tid gjeldende Finansstrategi fastsatt av styret for Helse Sør-Øst RHF. Finansielle leieavtaler med kontraktsverdi 100 millioner kroner eller mer må godkjennes av foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF.

Alle OPS-avtaler må forelegges foretaksmøtet og innpasses statens rammeverk for OPS-prosjekter.

§ 12 Universitetenes og høyskolenes rettigheter

Styret skal, innenfor sitt ansvarsområde, påse at universiteters og høyskolers rettigheter og interesser i tilknytning til undervisning og forskning blir ivaretatt og at sakene belyses tilstrekkelig ut fra forsknings- og undervisningsperspektivene.

Dette omfatter også alle rettigheter som universiteter og høyskoler har til å bruke foretakets faste eiendom, utstyr og andre formuesgjenstander, herunder rettigheter som fremgår av avtaler samt vilkår for bevilgninger og lignende.

§ 13 Medvirkning fra pasienter og pårørende

Styret skal påse at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt, blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner.

Styret skal også påse at erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og synspunkter som innhentes fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner, gis en sentral plass i arbeidet med planleggingen og i driften av virksomhetene. Melding fra pasientombudene skal legges ved meldingen til Helse Sør-Øst RHF, jf. vedtektenes § 14. Styret må også påse at samiske organisasjoner, nasjonale minoritetsorganisasjoner og innvandrersorganisasjoner i helseregionen blir hørt.

§ 14 Melding til Helse Sør-Øst RHF

Styret skal hvert år sende en melding til Helse Sør-Øst RHF som omfatter styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport for foregående år.

Plandokumentet skal være av strategisk og overordnet karakter og vise hovedtrekkene i virksomhetens fremtidige drift innenfor de rammebetingelser som er gitt av Helse Sør-Øst RHF som eier. Denne delen av plandokumentet vil inngå i Helse Sør-Øst RHF's plandokument som igjen vil inngå i vurderingsgrunnlaget for behandlingen av de enkelte års statsbudsjett.

Plandokumentet skal videre, med utgangspunkt i vurderinger av eksisterende drift, gi beskrivelse av forventede endringer i befolkningens behov for helsetjenester og i den helsefaglige utviklingen på fagområdene, vise behovet for utvikling og endring av tjenestene og driften av virksomheten og styrets vurdering av ressursbruken for de nærmeste årene, med forslag til finansiering.

Rapporten om virksomheten fra foregående kalenderår skal vise hvordan pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøtet eller satt som vilkår for økonomisk kompensasjon, er fulgt opp. Rapporten skal også vise virksomhetens utvikling i forhold til Sykehuset Telemark HF's plandokument.

§ 15 Arbeidsgivertilknytning

Sykehuset Telemark HF skal være medlem av arbeidsgiverforeningen Spekter.

§ 16 Kontaktmøter med kommuner o.a.

Sykehuset Telemark HF skal som et minimum ha faste kontaktmøter med kommunene i sitt område to ganger per år. Tilsvarende møter bør også holdes med øvrige relevante interessenter i foretakets område.

§ 17 Endring av vedtektene

Endring av disse vedtektene foretas av foretaksmøtet i Sykehuset Telemark HF, jf. helseforetaksloven § 12. Styret vurderer og tar eventuelt opp endringer i vedtektene dersom dette er nødvendig for å ivareta helseforetakets formål og hovedoppgaver.

PROTOKOLL FRA BRUKERUTVALGET

11.04.2019 kl 10:00 til 14:00

Sted: Sykehuset Telemark, Skien, direktørens møterom

Tilstede: Idar Grotle
Birte Helene Moen
Vidar Bersvendsen
John Arne Rinde
Gunn Ingeborg Kval-Engstad
Olav Kristiansen
Hanne Kittilsen
Bjørge T. Lønnberg

Per Urdahl, klinikkssjef medisinsk klinikk
Anne Brynjulfsen, rådgiver
Lars Kittilsen, kommunikasjonssjef
Hege Kongsgaard, HR

Else Jorunn Saga, Pasient- og brukerombudet i Telemark

Saker presentert av:

Else Jorunn Saga, Pasient- og Brukerombud
Per Urdahl, klinikkssjef medisinsk klinikk

Forfall: Anne Borge Kallevig, koordinator for brukerutvalget ved STHF
Egil Rye-Hytten, regional brukerkontakt
Halfrid Waage, fagdirektør
Tom Helge Rønning, administrerende direktør
Rita Andersen

Møtet ble ledet av Idar Grotle

Sak 00/19	Godkjenning av innkalling og saksliste <u>Vedtak:</u> Brukerutvalget godkjenner innkalling og saksliste
Sak 18/19	Godkjenning av protokoll fra 07.03.2019 Protokollene fra 07.03.19 ble lagt frem for endelig godkjenning <u>Vedtak:</u> Brukerutvalget godkjenner protokollen.
Sak 19/19	Årsmelding 2018 fra Pasient- og Brukerombudet <u>Vedtak:</u> Pasient og brukerombud orienterte og brukerutvalget takker for den gode presentasjonen.

	<p>Antall henvendelser til pasientombudet i Telemark både for spesialisthelsetjenestene og kommunale helse og omsorgstjenester ligger på landsgjennomsnittet. Brukerutvalget ønsker tallene fra Vestfold i neste møte. Ombudet presiserer at mange forhold gjør at det er begrenset informasjon å hente i sammenligning av tallene. Tar de med til neste møte.</p> <p>Antall henvendelser til ombudet er stabilt, men noe økning i 2018 for ST sammenlignet med 2017. Det er flest henvendelser innen bl.a. psykisk helsevern for voksne, ortopedisk kirurgi, plastkirurgi, gastro og fordøyelse.</p> <p>Ombudet bisto med klage i 53 saker som omhandlet ST i 2018. To tredeler av henvendelsene svares ut ved råd, informasjon og veiledning. Det ble arrangert flere dialogmøter med pasient/pårørende og sykehuset der ombudet var representert.</p> <p>Det kom spørsmål om samvalg, eller fravær av muligheten for samvalg, var grunn til henvendelser til ombudet. Det er ikke registrert klager som handler om manglende mulighet for samvalg.</p>
Sak 20/19	Pasient- og brukerombudets orienteringer Det ble ikke tatt opp egne punkt her utover sak 19/19
Sak 21/19	Status – Gjennomgang av prosjekter – oversikt over brukerrepresentasjon Prosjekter Brukerutvalget gjennomgikk listen. Idar Grotle ble valgt som brukerrepresentant til styringsgruppen i forbindelse med konseptfase for Utbygging somatikk i Skien. Rådmannsutvalget foreslås tatt ut av listen for prosjekt og arbeidsgrupper. Medlemmene tar dette opp med sine respektive foreninger og legger dette fram på neste brukerutvalgsmøtet. Elektronisk kurve bør være med i oversikten. Idar Grotle er Brukerutvalgets representant.
Sak 22/19	Virksomhetsrapport STHF pr februar 2019 <u>Vedtak:</u> Brukerutvalget tar virksomhetsrapporten pr mars 2019 til orientering.
Sak 23/18	Eventuelt Tilbakemelding på at epikrisen kommer sent, i beste fall etter en uke, både til fastlegen og pasienten. Det ble også poengtert at det var mange som fikk epikrisen i handa etter møtet med legen ved STHF. Leger på STHF har tilgang til en telefonliste med «hotline» direktenummer til fastlegene i Telemark og kan, dersom det er svært viktig, formidle beskjed om pasient via denne. Fra 01.09.19 skal journalene kunne leses i Min journal.

	Tarmprosjektet er avsluttet i Telemark, men det kommer et nasjonalt tilbud om screening for tarmkreft fra 2022.
--	---

Skien, 11.april 2019

Hege Kongsgaard

Referent

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Telefonmøte
Dato:	Ekstraordinært styremøte 4. april 2019
Tidspunkt:	Kl 17:00-17:30

Følgende styremedlemmer møtte:

Svein Ingvar Gjedrem	Styreleder	Forfall	Styreleder hadde før møtet erklært seg inhabil i saken som er til behandling
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder		
Kirsten Brubakk		Forfall	Vara: Irene Kronkvist
Christian Grimsgaard			
Bushra Ishaq			
Vibeke Limi			
Einar Lunde			
Geir Nilsen			
Lasse Bent Sølvberg			
Sigrun E. Vågeng			

Fra brukerutvalget møtte:

Rune Kløvtveit	Forfall
Nina Roland	

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Eierdirektør Tore Robertsen
Økonomidirektør Hanne Gaaserød og direktør medisin og helsefag Jan Frich

Saker som ble behandlet:

025-2019	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

026-2019	Etablering av protonsentere ved Oslo universitetssykehus HF, Radiumhospitalet – endringer i planlagt kapasitet
-----------------	---

Oppsummering

Styret godkjente i styresak 116-2018 skisseprosjekt for protonsentere ved Oslo universitetssykehus HF, Radiumhospitalet, med en løsning med tre behandlingsrom for klinisk bruk og ett forskningsrom. I samme sak ble det orientert om at anskaffelsen av protonutstyret gjennomføres som en felles anskaffelse for Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF/Helse Bergen HF. Denne anskaffelsen er nå gjennomført.

Som redegjort for i administrerende direktørs driftsorientering til styret i møtet den 14. mars 2019 (styresak 024-2019) er det stilt spørsmål ved kapasitetsbehovet for protonbehandling og om det er nødvendig med den kapasitet det planlegges for. Helse Sør-Øst RHF har på denne bakgrunn bedt Oslo universitetssykehus HF gjennomføre en fornyet vurdering av kapasitetsbehovet for protonbehandling, og Oslo universitetssykehus HF har vurdert at en reduksjon fra tre til to behandlingsrom i Oslo vil kunne møte fremtidig behov. Styresaken omhandler således hvilken kapasitet som skal legges til grunn for prosjektgjennomføringen.

Det vises for øvrig til foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF den 13. juni 2018 hvor Helse Sør-Øst RHF ble tildelt låne- og tilskuddsramme til protonsentere ved Oslo universitetssykehus HF, Radiumhospitalet.

Kommentarer i møtet

Styret var fornøyd med at behovet for protonterapi i hele Norge vil være dekket med den kapasitet det nå legges opp til. Det ble vist til de sammenligninger som er gjort for kapasitet, også med land utenfor Norden.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF viser til nye vurderinger av kapasitetsbehov for protonbehandling og slutter seg til at protonsenderet ved Oslo universitetssykehus HF, Radiumhospitalet, etableres med redusert kapasitet i forhold til tidligere planer. Styret ber om at det legges til grunn for prosjektgjennomføringen at senteret etableres med to behandlingsrom og ett forskningsrom.
2. Administrerende direktør gis fullmakt til å inngå kontrakt med utstyrsleverandøren for anskaffelse, drift og vedlikehold av utstyr til protonsenderet ved Oslo universitetssykehus HF, Radiumhospitalet, med etterfølgende justert kapasitet slik vedtatt i punkt 1.
3. Styret ber administrerende direktør legge frem revidert skisseprosjekt med tilhørende redusert kostnadsramme for prosjektet i styremøtet i juni 2019.
4. Styret viser til sak 10 i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF den 13. juni 2018 og ber om at Helse- og omsorgsdepartementet orienteres om de endrede forutsetningene for kapasitet som nå legges til grunn. Styret vil ta stilling til endringer i tildelt låne- og tilskuddsramme til prosjektet når revidert skisseprosjekt foreligger i juni 2019.

Møtet hevet kl 17:25

Hamar, 4. april 2019

Svein Ingvar Gjedrem
styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
nestleder

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Vibeke Limi

Einar Lunde

Geir Nilsen

Lasse Bent Sølvberg

Sigrun E. Vågeng

Tore Robertsen
styresekretær

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Helse Sør-Øst RHF, Hamar
Dato:	25. april 2019
Tidspunkt:	Kl 09:15-15:00

Følgende styremedlemmer møtte:

Svein Ingvar Gjedrem	Styreleder		
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder		
Kirsten Brubakk			
Christian Grimsgaard		Forfall	Vara: Irene Kronkvist
Bushra Ishaq		Forfall	
Vibeke Limi			
Einar Lunde			
Geir Nilsen			
Lasse Sølvsberg			
Sigrun E. Vågeng			

Fra brukerutvalget møtte:

Rune Kløvtveit

Nina Roland

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus

Eierdirektør Tore Robertsen

Konserndirektør Atle Brynstad, direktør medisin og helsefag Jan Frich, økonomidirektør Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen og kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande

Saker som ble behandlet:

027-2019	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

028-2019	Godkjenning av protokoll og B-protokoll fra styremøte 14. mars og protokoll fra ekstraordinært styremøte 4. april 2019
-----------------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Protokoll og B-protokoll fra styremøte 14. mars 2019 og protokoll fra ekstraordinært styremøte 4. april 2019 godkjennes med tillegg under sak 017-2019 *Forprosjekt for nytt sykehus i Drammen*, kommentarer i møtet.

029-2019	Virksomhetsrapport per februar 2019
-----------------	--

Oppsummering

Saken presenterer status for virksomheten per februar 2019.

Januar og februar bør til en viss grad ses i sammenheng, da rapporterte tall for januar i stor grad var preget av avsetninger. Tall per mars 2019 ble presentert i møtet.

Kommentarer i møtet

Styret viste til at de presenterte tallene for mars 2019 viser en positiv utvikling for prioriteringsregelen. Styret merker seg at utviklingen innen ventetider stagnerte i 2018 og at det så langt i år ikke er full måloppnåelse. Styret viste spesielt til BUP-området og det særskilte rekrutteringsprosjektet som pågår og ba om at det vurderes om målgruppen for prosjektet kan utvides også til andre yrkesgrupper.

For pakkeforløpene ble det påpekt at samspillet mellom lokalsykehusene og regionsykehuset må forbedres.

Ved neste rapportering ber styret om en status for utviklingen av bemanningssenter ved de helseforetakene som har etablert dette, og hvilken effekt dette har på innleie av personell og på stillingsbrøkene.

Styret er positiv til egen rapportering på mål for Sykehuspartner HF, og ber samtidig om at det utvikles indikatorer som sier mer om hvilken kvalitet som leveres og om det er de rette aktivitetene som prioriteres. Videre ber styret om at administrerende direktør sørger for god eierstyring av Sykehuspartner HF. Det er viktig at det er godt samarbeid mellom Sykehuspartner og helseforetakene, slik at Sykehuspartner har styringskraft i prosjekter hvor det er viktig med felles løsninger.

Styret er positiv til den samlede økonomiske utvikling.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar virksomhetsrapport per februar 2019 til etterretning.

030-2019	Årsregnskap, årsberetning 2018 og spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2018
-----------------	--

Oppsummering

Årsberetning og årsregnskap for 2018 legges fram til godkjenning. I tillegg legges spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar for 2018 fram for styret til orientering. Det ble avholdt eget møte med ekstern revisor uten administrasjonen tilstede.

Kommentarer i møtet

Det ble gitt enkelte innspill til årsberetningen som vil bli ivaretatt av administrerende direktør. Ellers ble det gitt positiv omtale av årsrapporten og kvaliteten på årsregnskapet.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret godkjenner årsberetning og årsregnskap for 2018.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å godkjenne mindre endringer i årsberetningen og årsregnskapet for 2018, basert på innspill gitt i møtet.
3. Styret tar spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar for 2018 til orientering.

031-2019

Anskaffelse av radiologiløsning og multimediearkivløsning for helseforetak i Helse Sør-Øst

Oppsummering

Det er i Helse Sør-Øst RHF styresak 013-2018 og sak 040-2018 påpekt at det fortsatt er behov for å få på plass nye radiologiløsninger (RIS/PACS) ved flere helseforetak i regionen. Det er videre behov for anskaffelse av en løsning for multimediearkiv i foretaksgruppen. Dette er en løsning som omfatter lagringsfunksjonalitet for bilder, videoer og annen multimedia fra en rekke ulike kilder. I styresak 061-2018 ble styret informert om at det legges opp til en samordnet anskaffelse av radiologiløsning og multimediearkivløsning.

I tillegg er det behov for en løsning som understøtter samhandling i form av enklere og raskere kommunikasjon mellom sluttbrukere, enklere samhandling gjennom deling av data og felles dokumentasjon for hele regionen. Dette gjelder både for deling av radiologisk informasjon (RIS/PACS) og for andre medieobjekter lagret i multimediearkiv på tvers av helseforetak.

Statens strålevern innfører fra 01.01.20 krav om rapportering av stråledose på individnivå. For å ivareta dette kravet vil alle helseforetakene i Helse Sør-Øst ha behov for en systemløsning for å kunne rapportere disse dataene.

Det legges på denne bakgrunn opp til en samordnet anskaffelse av radiologiløsning, multimediearkiv, samhandlingsløsning og doseovervåkingsløsning. Helse Sør-Øst RHF har gitt Oslo universitetssykehus HF i oppdrag å gjennomføre denne anskaffelsesprosessen.

Kommentarer i møtet

Styret er opptatt av at prosjektet legger til rette for god involvering av alle helseforetakene i regionen. Det tas inn et eget vedtakspunkt om dette. Videre påpekte styret at det er viktig at det legges til rette for en felles installasjon av løsningene på felles plattform. Dette tas også inn som eget vedtakspunkt. Ellers ber styret om at administrerende direktør sørger for at det fremlegges en sak for styret når forslag til løsning og kostnadsramme foreligger. Denne saken må fokusere på kost-nytte-analyse, risikovurdering og plan for gevinstoppfølging. Analysen må gjenspeile alle delene av anskaffelsen, herunder både innføringen ved Oslo universitetssykehus og øvrig foretak i regionen.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å iverksette en konkurranse for regional anskaffelse av radiologiløsning, multimediearkiv, samhandlingsløsning og doseovervåkingsløsning. Kostnadsrammen for gjennomføring av selve anskaffelsen settes til 25 millioner kroner.
2. Det skal legges til rette for en felles installasjon av løsningene på felles plattform.

3. Styret understreker at det må sikres bred involvering fra helseforetakene i den videre prosessen.
4. Styret ber administrerende direktør komme tilbake med en egen sak når forslag til løsning og kostnadsrammen for hele prosjektet foreligger.

032-2019	Veileder for tidligfaseplanlegging av IKT-prosjekter
----------	--

Oppsummering

De fire regionale helseforetakene fikk i foretaksmøte i januar 2018 i oppdrag å utarbeide en veileder for tidligfaseplanlegging i store IKT-prosjekter. Formålet med veilederen er at man skal ha en felles anbefalt planprosess for tidligfaseplanlegging knyttet til store IKT-investeringstiltak i alle de fire regionale helseforetakene. Veilederen er spesielt skrevet for å ivareta behovet for underlag i forbindelse med lånesøknad om investeringsmidler ved IKT-prosjekter over 500 millioner kroner – og skal brukes ved slike prosjekter. Veilederen kan brukes for alle investeringstiltak uavhengig av størrelse, men omfanget av utredninger må tilpasses type tiltak og forventet størrelse på investeringene.

Saken er behandlet i møte mellom de administrerende direktører i de fire regionale helseforetakene. Det fremmes likelydende styresaker for styrene i de fire regionale helseforetakene.

Kommentarer i møtet

Det ble gitt positiv omtale av veilederen.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret for Helse Sør-Øst RHF slutter seg til veileder for tidligfaseplanlegging i IKT-prosjekter.
2. Veilederen skal benyttes for alle IKT-investeringsprosjekter i regionen som overstiger 500 millioner kroner.

033-2019	Revisjon av finansstrategi for Helse Sør-Øst
----------	--

Oppsummering

Saken omhandler revisjon av finansstrategien for Helse Sør-Øst, jfr. krav om revisjon hvert annet år i henhold til styresak 087-2012 *Finansstrategi for Helse Sør-Øst* og revisjon av finansstrategien sist vedtatt i styresak 028-2017.

I forslag til revidert finansstrategi er det innarbeidet føringer for å ytterligere regulere bruken av finansiell leie som finansieringsform i helseforetaksgruppen. Videre er det innarbeidet enkelte nye presiseringer, hvor de viktigste omhandler oppfølging av gevinstrealiseringsplaner ved investeringsprosjekter, hvilket foretak som må stå som tomteerverver i grunnboken ved tomtekjøp og valutahåndtering i forbindelse med anbudskonkurranser.

Kommentarer i møtet

Målformuleringen med finansstrategien må omformuleres. Videre må det presiseres at helseforetakene får lån fra statskassen. Styret var fornøyd med at det nå legges opp til en mer restriktiv bruk av finansiell leasing med tak for dette som gjenspeiler det enkelte helseforetaks omsetning.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret slutter seg til revidert finansstrategi for Helse Sør-Øst.

034-2019	Sørlandet sykehus HF – Salg av eiendom: Trollhaugen barnehage og ubebygde tomter
----------	--

Oppsummering

Saken gjelder avhending av tre tomter ved Sørlandet sykehus HF sine eiendommer på Eg i Kristiansand til Kristiansand kommune.

Siden eiendommene 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.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF oversender Sørlandet sykehus HF sin anmodning om samtykke til salg av eiendommene:
 - Andreas Kjærs vei 76, Trollhaugen barnehage, gnr. 150, bnr. 1770
 - Ubebygde nabotomt til Trollhaugen barnehage, gnr. 150, bnr. 1840
 - Ubebygde tomter BOP 4 og BOP 5 med tilhørende friareal, del av gnr. 150, bnr. 1768 i Kristiansand kommune til foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF for behandling.
2. I tråd med intensjonene i samhandlingsreformen, og som vedtatt i Sørlandet sykehus HF sin styresak 016-2019, er det Kristiansand kommune som er kjøper av eiendommene.
3. Styret legger til grunn at eiendommene selges uten føringer for fremtidig avhending av eiendom eller tomteareal i området.
4. Frigjort likviditet kan benyttes til nedbetaling av gjeld, til investeringer i varige driftsmidler eller til rehabilitering og verdibevarende vedlikehold av bygninger som er nødvendig for klinisk drift.
5. Investeringer, herunder langsiktige leieavtaler, må behandles i henhold til gjeldende fullmaktsstruktur.

6. Styret presiserer at Sørlandet sykehus HF har ansvaret for at avhendingen gjennomføres korrekt og bærer all risiko knyttet til avhendingen.

035-2019	Årsrapport 2018 for styrets revisjonsutvalg og konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst
----------	--

Oppsummering

Årsrapporten gir styret i Helse Sør-Øst RHF en beskrivelse av revisjonsutvalgets og konsernrevisjonens arbeid i 2018 sett opp mot henholdsvis instruks for revisjonsutvalget, instruks for konsernrevisjonen og styregodkjent revisjonsplan for 2018.

Kommentarer i møtet

Revisjonsutvalgets leder orienterte innledningsvis om utvalgets årsrapport.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar årsrapport 2018 for styrets revisjonsutvalg og konsernrevisjonen til orientering.

036-2019	Revisjon av program for standardisering og modernisering av IKT-infrastruktur (STIM)
----------	--

Oppsummering

Sykehuspartner HF ble i foretaksmøte 14. juni 2018 gitt i oppdrag å etablere et nytt program for standardisering og modernisering av regionens IKT-infrastruktur (STIM). Styret i det regionale helseforetaket vedtok i behandling av revisjonsplanen for 2019 den 13. desember 2018 at revisjonsutvalget skulle vurdere et opplegg for følgerevisjon av programmet og legge dette frem for styret. Denne saken beskriver konsernrevisjonens tilnærming og innretning for en følgerevisjon av programmet.

Kommentarer i møtet

Revisjonsutvalgets leder orienterte. Styret understreket at standardisering og helhetlige løsninger er helt nødvendig og at det må være lojalitet til dette i foretaksgruppen. Gjennomføringen av programmet må følges tett opp, og Sykehuspartner HF må gis nødvendig støtte i arbeidet. Opplegget for revisjonen er godt og vil gi styret informasjon ut over det som kommer frem i den ordinære rapporteringen.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret slutter seg til konsernrevisjonens innretning av følgerevisjon for program STIM i regi av Sykehuspartner HF.

037-2019	Oppfølging av Riksrevisjonens rapport om styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten
-----------------	--

Oppsummering

Riksrevisjonen gjennomfører årlig en kontroll med forvaltningen av statlige selskaper (selskapskontrollen). I Dokument 3:2 (2018-2019) er det blant annet presentert en undersøkelse av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten (sak 5). Undersøkelsen ble i hovedsak gjennomført i 2017 og forelagt Stortinget i november 2018.

Målet med undersøkelsen var å vurdere om styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene følger opp kvalitet og pasientsikkerhet i tråd med Stortingets vedtak og forutsetninger og i tråd med prinsipper for godt styrearbeid.

Denne saken beskriver de viktigste funnene fra Riksrevisjonens undersøkelse og hvordan disse følges opp i Helse Sør-Øst RHF.

Kommentarer i møtet

Styret viste til den nye praksisen for føring av protokoll fra styremøtene. Merknader også fra et mindretall i styret bør reflekteres.

I forbindelse med valg av styrer i helseforetakene skal styreleder / nestleder delta i intervjuene av styrelederne i helseforetakene.

Styret ønsket å bli orientert om resultatet av arbeidet med oppdatering av regional veileder i styrearbeid, ny metodikk for risikostyring, oppdatering av rammeverk for god virksomhetsstyring og utarbeidelse av intervjuguide for styrevalg.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar redegjørelsen om Riksrevisjonens undersøkelse av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten til orientering og slutter seg til administrerende direktørs vurderinger.

2. Styret ber administrerende direktør følge opp Riksrevisjonens anbefalinger med tiltak og aktiviteter i 2019, herunder oppdatering av regional veileder i styrearbeid, ny metodikk for risikostyring, oppdatering av rammeverk for god virksomhetsstyring og utarbeidelse av intervjuguide. Styret orienteres om resultatet av dette arbeidet.
3. Det foretas en samlet gjennomgang av styringssystemet i Helse Sør-Øst RHF med sikte på forbedringer. Resultatet av dette arbeidet forelegges styret.

038-2019	Status for ordningen Fritt behandlingsvalg
-----------------	---

Oppsummering

Ordnningen Fritt behandlingsvalg (FBV) ble etablert høsten 2015. Helsedirektoratet forvalter ordningen etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

I denne saken beskrives innholdet i ordningen Fritt behandlingsvalg og hvordan ordningen og bruken av den har utviklet seg, blant annet med bakgrunn i siste årsrapport for FBV fra Helsedirektoratet (*Status for Fritt behandlingsvalg*. IS-2782. Helsedirektoratet, 2019).

Kommentarer i møtet

Styret ba om at det med utgangspunkt i denne styresaken sendes et brev til Helse- og omsorgsdepartementet hvor det redegjøres for den omtalte enkeltsaken. Det påpekes at adgangen til revisjon av leverandører under ordningen med fritt behandlingsvalg må tydeliggjøres og at dette er et ansvar som HELFO må ivareta. Ordningen bør også være en del av det som bør inngå i Riksrevisjonens kontrollansvar. Videre må det påpekes behovet for at både kompetansekrav og kvalitet i behandlingen blir fulgt opp fra HELFO.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar redegjørelsen om status for innretning på og omfang av ordningen Fritt behandlingsvalg til orientering og ber om at det oversendes et brev til Helse- og omsorgsdepartementet basert på drøftingen i møtet.

039-2019	Beslutningsforum for nye metoder – årsoppsummering 2018
-----------------	--

Oppsummering

Årsoppsummering 2018 for Beslutningsforum for nye metoder legges frem som orienteringssak for styret.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar årsoppsummeringen 2018 for Beslutningsforum for nye metoder til orientering.

040-2019	Gjennomføring av foretaksmøter i mai 2019
-----------------	--

Oppsummering

I henhold til helseforetakenes vedtekter skal det avholdes foretaksmøte innen utgangen av juni hvert år der helseforetakenes årsregnskap, årsberetning og årlig melding skal behandles. Disse foretaksmøtene gjennomføres 20. mai 2019. Helse- og omsorgsdepartementet gjennomfører foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF i juni 2019 for behandling av tilsvarende saker. Dato for dette møtet er ikke satt enda.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Det avholdes foretaksmøter med helseforetakene i Helse Sør-Øst 20. mai 2019 med behandling av følgende saker:

- Godkjenning av helseforetakenes årsregnskaper og årsberetninger for 2018
- Honorar til revisor i 2018
- Behandling av helseforetakenes årlige meldinger 2018

041-2019	Styresaker i Helse Sør-Øst RHF – status og oppfølging
-----------------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak til og med mars 2019 til orientering.

042-2019	Møteplan for styret i Helse Sør-Øst RHF i 2020
-----------------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner følgende møtekalender 2020 for styret i Helse Sør-Øst RHF:

- Onsdag 5. februar – Hamar
- Torsdag 12. mars – Besøk helseforetak
- Onsdag 29. og torsdag 30. april – Hamar
- Torsdag 25. juni – Hamar
- Torsdag 20. august – Besøk helseforetak
- Torsdag 24. september – Hamar
- Torsdag 22. oktober – Besøk helseforetak
- Onsdag 25. og torsdag 26. november – Hamar
- Torsdag 17. desember – Hamar

043-2019	Årsplan styresaker
-----------------	---------------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

044-2019	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
-----------------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Andre orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 12. og 13. mars 2019
3. Foreløpig protokoll fra møte i Revisjonsutvalget 10. april 2019
4. Brev fra støttegruppa for allsidige akuttstusykehus i Gjøvikregionen
5. Årsmøteuttalelse fra LHL oppland med krav om styrking av ambulansetjeneste og prehospitale tjenester i Oppland
6. Protokoll datert 24.04.2019 fra drøftinger mellom Helse Sør-Øst RHF og de konserntillitsvalgte.

Temasak

- Samvalg v/Knut Even Lindsjørn og Simone Kienlin, Helse Sør-Øst RHF
- Tiltak for å øke sikkerheten mot dataangrep v/administrerende direktør Gro Jæhre og sikkerhetsleder Christian Jacobsen, Sykehuspartner HF

Møtet hevet kl 15:00

Hamar, 25. april 2019

Svein Ingvar Gjedrem
styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
nestleder

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Vibeke Limi

Einar Lunde

Geir Nilsen

Lasse Sølvsberg

Sigrun E. Vågeng

Tore Robertsen
styresekretær