

SYKEHUSET TELEMARKE HF

Årlig melding 2012

til Helse Sør-Øst RHF

Skien, den 28. februar 2013

Innhold

DEL I:	INNLEDNING OG SAMMENDRAG.....	1
1.	Om Sykehuset Telemark HF – oppgaver og organisering	1
1.1.	Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	2
1.2.	Sykehuset Telemark HF's mål for 2012.....	3
1.3.	Virksomhetsstyring - styrets arbeid med intern styring og kontroll	4
1.3.1.	Arbeidet med god virksomhetsstyring.....	4
1.3.2.	Risikostyring og vurdering av overordnet risikobilde.....	5
1.3.3.	Sentrale saker behandlet i styret.....	6
1.4.	Medvirkning fra brukere og tillitsvalgte.....	6
2.	Sammendrag	8
2.1.	Positive resultater og uløste utfordringer	8
2.2.	Oppfølging av mål for Helse Sør-Øst.....	15
2.3.	Evaluering av egen virksomhet og organisering	16
DEL II:	RAPPORTERINGER	17
3.	Rapportering på oppdrag gitt i 2012.....	17
3.1.	Overordnede mål og mål 2012 i oppdrag og bestilling 2012	17
3.1.1.	Innsyn og konsernrevisjon	17
3.1.2.	Visjon og mål for Helse Sør-Øst.....	19
3.1.3.	Overordnede styringsbudskap	21
3.1.4.	Samhandlingsreformen	23
3.1.5.	Kvalitetsforbedring	26
3.1.6.	Pasientsikkerhet.....	29
3.1.7.	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning	31
3.1.8.	Opplæring av pasienter og pårørende	34
3.1.9.	Kreftbehandling	35
3.1.10.	Hjerneslag	37
3.1.11.	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling	38
3.1.12.	Psykisk helsevern	40
3.1.13.	Habilitering og rehabilitering.....	43
3.1.14.	Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati.....	44
3.1.15.	Barn og nyfødte som trenger intensivbehandling	45
3.1.16.	Barne- og ungdomsmedisinske avdelinger.....	46
3.1.17.	Kjeveledds-dysfunksjon.....	46
3.1.18.	Beredskap og smittevern	47
3.1.19.	Forebygging	48
3.1.20.	Behandling av sykkelig overvekt.....	49
3.1.21.	Rekonstruksjon av bryst etter brystkreft.....	50
3.1.22.	E-helse	50
3.1.23.	Forskning.....	50
3.1.24.	Innovasjon	52
3.1.25.	Innkjøp og logistikk.....	53
3.1.26.	Bygg og eiendom	54
3.1.27.	Ledelse og lederutvikling.....	56
3.1.28.	Medvirkning til omstilling	56
3.1.29.	Nasjonale rammeavtaler for leie av helsepersonell	57
3.1.30.	Redusert bruk av deltid	57
3.1.31.	Utdanning av helsepersonell.....	58
3.1.32.	Årlig medarbeiderundersøkelse	62
3.1.33.	Resultatkrav	62
3.1.34.	Avtalt aktivitetsnivå.....	63
3.2.	Styringsparametre fra oppdrag og bestilling 2012	63
3.3.	Øvrige oppdrag gitt i løpet av 2012	67
4.	Rapportering på andre områder	67
DEL III:	STYRETS PLANDOKUMENT 2012 - 2015.....	68
5.	Utviklingstrender og rammebetingelser	68

5.1.	<i>Faglig og demografisk utvikling</i>	68
5.2.	<i>Forventet økonomisk utvikling</i>	68
5.3.	<i>Personell- og kompetansebehov</i>	69
5.4.	<i>Bygningskapital og øvrige investeringsområder – status og utfordringer</i>	70
6.	Planer for innsatsområdene	70
6.1.	<i>Pasientbehandling</i>	70
6.2.	<i>Forskning og innovasjon</i>	73
6.3.	<i>Kunnskapsutvikling og god praksis</i>	73
6.4.	<i>Organisering og utvikling av fellestjenester</i>	74
6.5.	<i>Mobilisering av medarbeidere og ledere</i>	74
6.6.	<i>Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring</i>	75
DEL IV:	VEDLEGG	75

DEL I: INNLEDNING OG SAMMENDRAG

1. Om Sykehuset Telemark HF – oppgaver og organisering

Om Sykehuset Telemark HF – oppgaver og organisering

Sykehuset Telemark arbeider etter følgende kjerneverdier

- Åpenhet og involvering – i måten vi arbeider på og i våre prosesser.
- Respekt og forutsigbarhet – i måten vi møter pasientene og hverandre.
- Kvalitet og kunnskap – er vår virksomhet og beslutninger basert på.

Sykehuset Telemark (ST) er et helseforetak innen sykehusområdet Telemark - Vestfold. ST er eid av Helse Sør-Øst RHF (HSØ) opptaksområde er Telemark fylke med 170.023 innbyggere. ST har i tillegg til sitt allsidige akuttsykehus i Skien også to lokalsykehus med akuttfunksjoner; Rjukan og Notodden, og leverer spesialisthelsetjenester innen somatikk og psykisk helsevern. Virksomheten skal drives med sikte på å nå nasjonale helsepolitiske-, forskningspolitiske- og utdanningspolitiske mål og helseforetaksgruppens samlede målsettinger innenfor de mål, resultatkrav og rammer som fastsettes gjennom vedtekter, instruksjer, 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 er det eneste helseforetaket i Helse Sør Øst, utenom Oslo Universitetssykehus, som har plastikkirurgisk spesialkompetanse. Sykehuset utfører operasjoner innen områdene ”fjerning av overskuddshud etter fedmeoperasjoner” og ”brystrekonstruksjoner med eget vev etter brystkreft”.

Sykehuset har også delregionfunksjon og spesialkompetanse innen genetik, fertilitetsbehandling og arbeidsmedisin.

Samhandling innen sykehusområdet Telemark og Vestfold

Det er allerede etablert en rekke samarbeidstiltak mellom de tre helseforetakene. Det er etablert felles prehospital klinikk innen sykehusområdet. Karkirurgien er samlet i Sykehuset i Vestfold (SiV) og ST leverer bedriftshelstjenester. I 2008 etablerte Psykiatrien i Vestfold (PiV) og ST samhandlingsutvalg. Felles tjenesterklæringer, fellestiltak på faglig utvikling, spesialistutdanning og felles kurskatalog er utviklet for psykiatrien.

Felles områdeplan for Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og Områdeplan for psykisk helsevern (PHV) er utviklet. I flere år er det arbeidet systematisk for samarbeidstiltak mellom de ulike fagmiljøene.

Opptaksområde Sykehuset Telemark

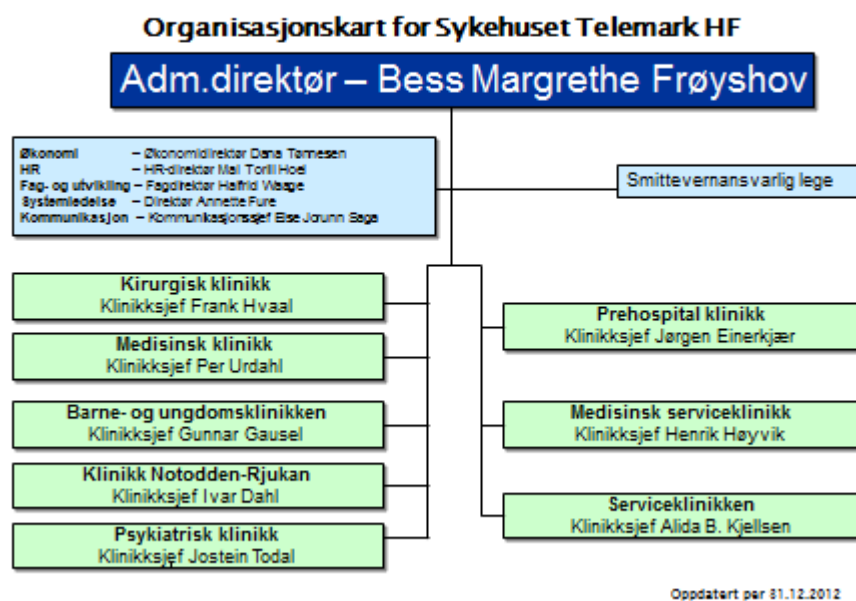
Opptaksområdet for sykehuset dekker Telemark fylke med om lag 170.023 innbyggere og 18 kommuner. Telemark fylke har et areal på til sammen 15.300 kvadratkilometer, og en befolkningstetthet på 10,9 %.

Virksomheten drives med lokaliteter i 8 kommuner, Rjukan, Seljord, Sauherad, Notodden, Skien, Nome, Porsgrunn og Kragerø. Hovedadministrasjonen ligger i Skien. I tillegg fører fritt sykehusvalg og flere spesialfunksjoner, som arbeidsmedisin, fertilitetsbehandling og plastikkirurgi, til at det kommer pasienter til sykehuset utover opptaksområdet.

Organisering

Sykehuset Telemark har åtte klinikker inkludert Sykehusservice og stabsavdelinger. Under hver klinikk og stabsavdeling er det seksjoner og enheter. Budsjettet er på ca. 3,6 milliarder kroner og sykehuset har rundt 4.200 medarbeidere.

Nedenstående organisasjonskart viser organiseringen i klinikker og i stabsavdelinger for STHF:



1.1. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Visjonen til Sykehuset Telemark er at sykehuset skal tilby gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi.

Verdigrunnlaget ved Sykehuset Telemark HF er forankret i nasjonale helseplaner og Helse Sør Øst sine verdier. Tre verdier skal være bærende for virksomheten.

- Åpenhet og involvering
- Respekt og forutsigbarhet
- Kvalitet og kunnskap

Pasientene skal få trygg og god diagnostikk, behandling og pleie ut fra beste tilgjengelige kunnskap og nasjonale standarder. Pasientene skal komme til undersøkelse og behandling når de trenger det uten lang ventetid. Når pasientene kommer til behandling skal de oppleve et sammenhengende forløp uten unødvendig venting. Utskrivningen fra sykehuset skal være godt planlagt og koordinert med kommunehelsetjenesten.

Det innebærer kontinuerlig fokus og vedvarende forbedringsarbeid. Lovpålagte oppgaver, Oppdrag og bestilling samt strategiplan for 2011 – 2014, er førende for Sykehuset Telemark HF's videre arbeid med mål og strategiutforming.

1.2. Sykehuset Telemark HF's mål for 2012

Sykehuset har fem strategiske innsatsområder i perioden 2011 - 2014

- Pasientbehandling og kvalitet.
- Redusere køer og ventetider.
- Medisinske satsingsområder.
 - Kreft
 - Rus
 - Genetikk
 - Plastikkirurgi med vekt på behandling av sykkelig overvekt og brystrekonstruktiv kirurgi
- Samhandling innen sykehusområdet og mellom STHF og kommunene i Telemark.
- Utvikling av organisasjonen – ledelse og arbeidsmiljø.

De fem strategiske innsatsområdene skal blant annet baseres på:

- Krav, føringer og prioriteringer i styrende dokumenter
- Samhandlingsreformen (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester)
- Nasjonal helse- og omsorgsplan, 2011- 2015
- Helse Sør-Øst (HSØ). Plan for strategisk utvikling 2013- 2020
- HSØ styrevedtak 108:2008 om pasientbehandling (Omstillingsprogrammet- Innsatsområde 1- Hovedstadsprosessen)
- Oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst
- Utviklingsplan og investeringsplaner i Telemark og Vestfold sykehusområde
- Faglige forutsetninger
- Kvalitet og pasientsikkerhet
- Faglige krav og anbefalinger
- Kompetanse og robuste fagmiljø
- Fremtidsrettet bruk av bygninger/areal, medisinsk teknisk utstyr (MTU) og IKT
- Økonomiske rammebetingelser

Satsningsområdene er i godt samsvar med de strategiske mål Helse Sør-Øst har satt for perioden.

I tillegg vil ST arbeide med å videreutvikle sykehuset som et eget helseforetak med:

- Allsidige akuttfunksjoner
- Gode pasientnære lokalsykehusstilbud
- Spesialiserte elektive tilbud som pasientene foretrekker

1.3. Virksomhetsstyring - styrets arbeid med intern styring og kontroll

1.3.1. Arbeidet med god virksomhetsstyring

Rammeverket for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll i Helse Sør-Øst legges til grunn for arbeidet med styringssystemet ved Sykehuset Telemark. Prinsippene for god virksomhetsstyring gjøres gjeldende for helseforetaket. I 2012 har Sykehuset Telemark arbeidet med å implementere styringssystemet, for å sikre best mulig pasientbehandling, effektivt ressursutnyttelse og god intern kontroll for å forhindre styringsvikt, feil og mangler. Målsettingen er å identifisere forbedrings- og risikoområder samt utarbeide planer og tiltak for videre utvikling. Gjennomgangen vil ha, som utgangspunkt, prinsippene for etablering av god virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst, samt funn og anbefalinger fra revisjonsrapporter.

Virksomhetsstyringen og internkontrollen består av foretakets prosesser knyttet til:

- Kvalitetssystemets prosedyrer og rutiner for driften
- Strategier og prioriterte mål med handlingsplaner
- Registrering og dokumentasjon av driften i grunnsystemer
- Periodisk rapportering og oppfølging av mål og styringsindikatorer
- Risikovurderinger knyttet til foretakets måloppnåelse og tiltak for å sikre måloppnåelse

Virksomhetsstyring

Følgende elementer – med kort beskrivelse - inngår i virksomhetsstyringen:

- Lover, retningslinjer og eierkrav
- Kvalitetssystemet
- Pasientsystem, Personalsystem, Økonomi- og innkjøpssystem, Andre systemer
- Ledelsesinformasjonssystem
- Intern og ekstern rapportering
- Ledelsens gjennomgåelse (LGG)
- Mål, strategier og handlingsplaner med korrigerende tiltak

Kvalitetssystemet inneholder foretakets prosedyrer og rutiner for driften. Disse bygger på relevante lover og retningslinjer, som regulerer virksomheten og beskriver hvordan prosesser og arbeidsoppgaver skal gjennomføres.

Som en del av den løpende driften registreres data og dokumentering av prosesser og oppgaver i ulike systemer som, pasientsystemer, personalsystem og innkjøps- og økonomisystem. Registrering og dokumentasjon i grunnsystemer danner grunnlaget for intern rapportering i Ledelsesinformasjonssystemet (eLi) og øvrige rapporteringsverktøy. Systemet gir ledere informasjon knyttet til ventetider, kvalitet, aktivitet, bemanning og økonomi for ledernes ansvarsområder. Månedlig og tertialvis rapportering utgjør grunnlaget for ledelsens gjennomgåelse og den tertialvis risikovurderingen. I Årlig melding oppsummerer og

rapporterer Sykehuset Telemark måloppnåelsen til eier. Ledelsens gjennomgåelse er administrerende direktørs gjennomgang av den totale virksomheten.

Mål og strategier for virksomheten beskriver hvilke oppgaver som skal prioriteres og gjennomføres, hvilke ressurser som forventes å benyttes til å gjennomføre disse oppgavene og hvem som har ansvaret for å gjennomføre oppgavene. Årlig budsjett utgjør et av de sentrale dokumentene.

Risikovurdering vil utføres og handlingsplaner vil utarbeides og implementeres som et fast element i styringssystemet.

Intern styring og kontroll

Intern kontroll innebærer at de ansvarlige for virksomheten skal:

- Beskrive hovedoppgaver og mål og hvordan virksomheten er organisert
- Sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter
- Sørgje for arbeidstakeres medvirkning og bra utnyttelse av kunnskap og erfaring
- Bruke erfaringer til forbedring
- Skaffe oversikt over områder hvor det er fare for svikt eller mangel i forhold til myndighets krav, regler og lover
- Lage, kontrollere og forbedre prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av gjeldende lovgivning
- Foreta overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer bra og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten

Direktøren arbeider med å legge opp til etablering av et godt fungerende system for intern kontroll, som vil omfatte hele virksomheten.

Sykehuset har arbeidet med å etablere regelmessige, tertialvise risikovurderinger samt enkeltvise situasjonsbetingede risikovurderinger. Analyse av risiko skal utarbeides på klinikk- og sykehusnivå, der dette er hensiktsmessig og det skal lages egne handlingsplaner for risikoreducerende tiltak.

1.3.2. Risikostyring og vurdering av overordnet risikobilde

Risikovurderinger benyttes som grunnlag for prioriteringer og endringer og vurderes i forhold til effekten av iverksatte tiltak og endring i risikobilde. Risikovurderingen legges frem for styret og gir styret mulighet til å etterspørre ytterligere informasjon om tiltaksarbeidet.

Tertialvise gjennomganger skal gi en samlet oversikt over alle områder, som påvirker måloppnåelse for Sykehuset Telemark. I 2012 er det utarbeidet risikovurdering per tertial, som også er sendt til Helse Sør-Øst. Risikovurdering fra 3. tertial 2012 vedlegges årlig melding (vedlegg 1).

Det har vært gjennomført månedlige dialogmøter mellom administrerende direktør og klinikkjefene. Tilsvarende møter skal avholdes på alle ledernivå i Sykehuset Telemark. Dialogmøtene skal sikre at alle nivå i sykehuset har et kontinuerlig fokus på måloppnåelse og resultatforbedring innen viktige definerte områder. Fokus skal være på tiltak og gjennomføring.

1.3.3. Sentrale saker behandlet i styret

Styret ved STHF har gjennom 2012 tatt ansvar for forvaltningen av foretaket og påsett en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet. Styret har hatt 8 møter i 2012. De viktigste saksområdene som styret har behandlet er:

- Følge opp Oppdrag og bestilling 2012
- Følge opp eiers styring gjennom foretaksmøtene/foretaksprotokoller
- Årsregnskap og årlig melding for 2011
- Plan- og budsjettprosess for 2013
- Interne og eksterne tilsyn og revisjoner 2012
- Samhandlingsreformen
- Kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet samt styret som pilot for pasientsikkerhet
- DIPS-prosjekt. Utskifting av pasientadministrativt IT-system og elektronisk journal
- Mandat for utviklingsplan
- Instruks for administrerende direktør vedtatt i styret 17. september 2012. Instruks for styret vedtatt i samme møte

1.4. Medvirkning fra brukere og tillitsvalgte

Tillitsvalgte

Sykehuset Telemark har reforhandlet frikjøpsavtalene med organisasjonene i 2012. Frikjøp er redusert med 0,51 årsverk til 6,93 årsverk frikjøp av foretaks- og hovedtillitsvalgte. I tillegg er hovedverneombud frikjøpt i full stilling. De største arbeidstakerorganisasjonene har også klinikktiltillitsvalgte. I Sykehuset Telemark er det etablert en fast møtestruktur mellom sykehusets ledelse og foretakstillitsvalgte. Administrerende direktør har fast møte med de foretakstillitsvalgte en gang per måned, der også HR-direktør deltar. HR-direktør har i tillegg egne kvartalsvise møter, samt møter etter behov. Tilsvarende gjelder også i klinikkene.

Tillitsvalgte tas med i styringsgrupper og prosjektgrupper i prosjekter som gjelder utviklingsarbeid, omlegginger og organisasjonsendringer m.m. Det har også vært tett samarbeid med tillitsvalgte i omstillingsarbeid, som har pågått gjennom året.

Samarbeid med tillitsvalgte gjennomføres i overensstemmelse med de 12 prinsippene for medvirkning, og sykehusets egne retningslinjer for organisasjonsendringer og omstillingsprosesser. Samarbeidet med tillitsvalgte kan fortsatt utvikles og forbedres.

Gjennom hele året har det vært medvirkning i møter med administrerende direktør og HR-direktør vedrørende oppfølging av oppdragsdokumentet. Mal for årlig melding er sendt til alle hovedtillitsvalgte (HTV) for innspill underveis, og endelig versjon er behandlet av HTV-gruppen i møte den 12. februar 2013 og i drøftingsmøte den 25. februar 2013. Tillitsvalgte har også medvirket til årlig melding gjennom sin representasjon i styret.

Brukerutvalget ved Sykehuset Telemark HF

Brukerutvalget ved STHF skal være rådgivere og samarbeidspartnere for styret i utviklingen av tjenestetilbudet ved sykehuset og bidra aktivt med brukerkompetanse i planarbeidet og i aktuelle utbyggingsprosjekter. Brukerutvalget skal også koordinere og behandle høringer i forhold til helsetilbud og planarbeid, foreslå representanter fra brukere i råd og utvalg, samt bidra med innspill til brukerundersøkelser og kvalitetsarbeid. Brukerutvalget skal ta initiativ i saker som har betydning for pasienter og pårørende og være et forum for tilbakemelding fra brukerorganisasjonene, pasienter og pårørende. Brukerutvalget rapporterer til styret.

Brukerutvalget legger 13 prinsipper for brukermedvirkning på systemnivå til grunn for sitt arbeid. Prinsippene er vedtatt av Helse Sør-Øst og styret i Sykehuset Telemark HF.

Brukerutvalgets medlemmer er valgt fra ulike brukerorganisasjoner i Telemark. Brukerutvalget ved STHF har gjennomført åtte møter og behandlet 82 saker i 2012. Møtene har vært lagt til ulike lokasjoner ved Sykehuset Telemark HF, hvor medlemmene har fått informasjon om driften på de ulike stedene. Det har også vært lagt til rette for omvisning. Medlemmer av brukerutvalget har deltatt på aktuelle moduler i brukeropplæring i regi av FFO/SAFO og HSØ i 2012.

Deltakelse og medvirkning:

- Leder og nestleder i brukerutvalget har møte- og talerett i styret ved STHF. Brukerutvalget har således vært representert i styremøtene i hele 2012.
- Brukerutvalgets leder møter fast i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget ved STHF.
- Brukerutvalgets medlemmer har gjennom 2012 engasjert seg i prosjekter og arbeider der brukermedvirkning har vært etterspurt, blant annet i samarbeidsgruppa i Øst-Telemark, ombygging på barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk, prosjektet transport av liggende pasienter i Prehospital, nytt brystdiagnostisk senter og i miljøprosjektet
- Brukerutvalget har vært representert på 1 regional konferanse om brukermedvirkning i regi av HSØ høsten 2012.
- Brukerutvalgets medlemmer har vært deltagende på konferanse i forbindelse med samhandling ved STHF høsten 2012.
- Det er i dag et eget brukerråd ved sykehusets avdeling på Notodden og det er etablert et brukerforum i Psykiatrisk klinikk.

Noen saker som har opptatt Brukerutvalget i 2012:

- Kvalitet, ventetider og pasientsikkerhet
- Strategiplan medisinske satsingsområder 2011-2014
- Pasientsikkerhetskampanjen
- Regnskap og budsjett
- Samhandling med kommunene

Innholdet som angår Brukerutvalget tilsvarer årsmelding fra Brukerutvalget for 2012. Denne er vedtatt i Brukerutvalgsmøte den 17. januar 2013.

Brukermedvirkningen er ivaretatt ved at Brukerutvalget har fått tilsendt mal for årlig melding med mulighet til å gi input til rapporteringen på et tidlig tidspunkt i prosessen. Årlig melding er behandlet på møte i Brukerutvalget 28. februar 2013. Brukerutvalget har også medvirket til årlig melding gjennom sin observatørrolle i styret.

2. Sammendrag

2.1. Positive resultater og uløste utfordringer

Generelt:

I 2012 har Sykehuset Telemark hatt stort fokus på IT systemer og har blant annet gjennomført databasesammenslåing, etablert felles IT plattform (Sikt-plattform), innført Imatis og startet arbeidet med DIPS, som er ny elektronisk pasientjournal og administrativ IT-løsning. DIPS-prosjektet gjennomføres i samarbeid med Betanien hospital og er det største og mest kostnadskrevende IT-prosjektet i sykehusets historie.

Triage som metode i akuttmottak er tatt i bruk og det arbeides for å optimalisere Triage som et hastegradsprioriteringsverktøy.

Sykehuset Telemark har hatt et utstrakt samarbeide på tvers av lokasjoner med blant annet;

- Postbariatriske operasjoner utføres både i Skien og på Notodden
- Desentralisering av cellegiftkurbehandling til Notodden og Kragerø, i tillegg til tilbudet i Skien.
- Desentralisering av dialysebehandling til lokal sykehusene Kragerø, Notodden og Rjukan, slik at pasienter slipper lang reisevei til Skien.
- Samarbeide Skien, Notodden og Kragerø for å gi pasientene et best mulig tilbud for koloskopi- og gastroskopiundersøkelser

Organisasjonsmessige er medisinsk biokjemi, blodbank og radiologi samlet under Medisinsk Serviceklinikk. I Psykiatrisk klinikk er DPS Skien og DPS Porsgrunn-Vestmar slått sammen til DPS Nedre Telemark.

Høsten 2012 ble det startet opp tverrfaglig rehabiliteringspoliklinikk (ARR) ved sykehuset i Porsgrunn. Dette er et av samhandlingsprosjektene mellom sykehuset og kommunene.

Sykehuset Telemark etablerte kvinneklinikk i 2012, i henhold til faglige anbefalinger. Kvinneklinikksatsningen handler om beredskap på høyt kvalitativt nivå og god samhandling på tvers av profesjoner og fag. Ikke minst handler det om en velfungerende akutt-kjede innen fødselshjelp, som involverer jordmødre, gynekologer, anestesileger, operasjons-, anesthesi- og intensivpersonell, samt barneleger og personell på nyfødt intensivavdeling. Dette er svært viktig for ST som akuttstusykehus.

Sykehuset Telemark var ett av helseforetakene i Helse Sør-Øst, som i 2012 fikk ansvaret for oppfølging av gravide i LAR. Sykehuset er godt i gang med arbeidet og det er etablert et godt tverrfaglig samarbeide for behandling og oppfølging.

Sykehuset Telemark har økt sin kapasitet for behandling av brystkreftrammede kvinner, som trenger nytt bryst i 2012. Det ble i 2012 igangsatt et forprosjekt for etablering av Brystsenter ved STHF.

Ved kreftpoliklinikken i Skien har sykehuset økt sin polikliniske virksomhet med seks nye behandlingsplasser og tre konsultasjonsrom, som følge av sterk pasientøkning.

I 2012 har Seksjon for laboratoriemedisin utvidet sin akkreditering i henhold til den medisinske standarden ISO 15189.

Radiologisk seksjon startet i september 2012 arbeidet forut for søknad om ISO-sertifisering i 2014.

Aktivitet

Aktivitet somatikk

Det rapporteres lavere behandlingssvolum på sengepostene og vekst i dag/poliklinisk behandling. Det er oppnådd ca. 500 DRG-poeng over det førende aktivitetsnivået for året, som tilsvarer +1,3 %. Antall sykehusopphold har vært 1 % over årets forventet nivå og har sammenheng med et høyt forbruk av helsetjenester i opptaksområdet samt noe økning i antall nyhenvisninger.

Sammenlignet med fjorårets resultater, har aktiviteten gått ned med 1,3 % målt i DRG-poeng. Lavere DRG-vekter (som indikerer pasienttyngden) gjenspeiler større andel av pasienter med mindre kompliserte diagnoser og stor andel av pasienter som faller under ordningen med kommunal medfinansiering.

Aktivitet psykiatri - voksen / tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) / barne- og ungdomspsykiatri

Samlet behandlingssvolumet målt i antall polikliniske konsultasjoner har gått noe ned innen voksenpsykiatri som følge av nedgang i produktivitet per terapeut per dag. Behandlingssvolumet innen TSB har økt i 2012.

Barne- og ungdomspsykiatrien har oppnådd omtrent samme aktivitetsvolum som året før, som ligger noe under forventet nivå, grunnet vakanser i terapeut stillinger.

Produktiviteten per terapeut per dag har vært 2,5 konsultasjoner for voksenpsykiatrien og 2,4 konsultasjonen for barne- og ungdomspsykiatrien i 2012.

Antall liggedøgn har gått ned med 12 % i forhold til fjoråret og liggetiden er redusert med 2 dager.

Sykehusinfeksjoner

Målet om å redusere sykehusinfeksjoner til under 3 %, er ikke oppnådd, men det arbeides systematisk med å nå dette målet. Sykehuset har igangsatt elektronisk opplæring om håndhygiene. Innføring av sjekklister ”Trygg kirurgi” i henhold til pasientsikkerhetskampanjen er gjennomført, både ved Rjukan og Notodden, og i Skien, og redusert bruk av håndsmykker.

Epikriser

Ved sykehuset er det 82 % av pasientene som har fått epikrisene sendt ut innen sju dager innen somatikk, 64 % som har fått epikrisene sendt ut innen sju dager innen psykiatri. og 80 % innen TSB. Målet om at 100 % av epikrisene skal være sendt ut innen sju dager etter utskrivning er ikke oppnådd og det arbeides med å kartlegge områder hvor målet ikke er oppnådd, slik at tiltak kan gjennomføres.

Ventetider og fristbrudd

Samlet gjennomsnitt ventetid for behandlede pasienter har ligget på forventet nivå i 2012. Somatikken har hatt noe økende ventetider for pasienter på ventelister (tall i eLi) og flere pasienter på ventelistene, i hovedsak i 2. halvår 2012. Antall fristbrudd har gått ned på slutten av året. Dett er resultat av økt behandlingsskapasitet på poliklinikken for aktuelle pasientgrupper. Psykiatrien har hatt stabile ventetider og i praksis ingen fristbrudd.

Bemanning

Sykefraværet er gradvis redusert gjennom 2012, og totalt for sykehuset ble sykefraværet på 6,9 % (pr november). Nivået er tilsvarende som i 2011.

Sykehuset har i 2012 forbrukt 3.098 årsverk, fordelt på 268 variable og 2.830 fastlønnede årsverk. Det er en økning i bemanning fra 2011 på 1,6 %.

Endringen i antall årsverk har skjedd innen følgende stillingsgrupper: Økning på 17 legeårsverk, 22 sykepleierårsverk, 8 psykologårsverk og 10 årsverk på drifts/teknisk personell. Nedgangen i forbruk av årsverk har i hovedsak vært på helsefagarbeider-/hjelpepleiersiden, som er redusert med 13 årsverk. De andre stillingsgruppene har kun mindre endringer.

Sykehuset har i 2012 brukt totalt 383 legeårsverk, 78 psykologårsverk og 1.011 sykepleierårsverk. I 2012 har man ny inndeling av stillingsgrupper, og tallene er derfor ikke sammenlignbare med fjorårets årlige melding. Endringen, som nevnt over, er gjort på sammenlignbare data.

Sykehuset har jobbet videre med fokus på bedre styring av bemanningsressursene, slik at det blir større samsvar mellom aktivitet og bemanning. Videreutvikling av egen bemanningsenhet og vikarpool, sammen med fokus på fleksibel bruk av personell på tvers av tradisjonelle enhetsgrenser har prioritet. Det arbeides med bedre styring av vikarer og innleid personell, samt profesjonalisering av bemanningsplanleggingen. Dette skal sikre at sykehuset har en riktig og god bemanning i forhold til oppgaver og arbeidsmengde. Arbeidet videreføres og forsterkes i 2013 ved hjelp av det regionale prosjektet "BRASSE", der bemanningsanalyser og økt kompetanse i arbeidstidsplanlegging, skal gi lederne forutsetninger for å planlegge med rett kompetanse i forhold til behovene.

Deltid er en utfordring i alle sykehus. Årsakene til deltid er sammensatt, men både frivillig og ufrivillig deltid er med på å gi en stillingsstruktur, som ikke er bærekraftig i framtida. Sykehuset arbeidet videre med å øke andelen 100 % stillinger for å kunne tilby flest mulig full stilling. Det har i 2012 vært arbeidet med å prøve ut nye arbeidsordninger. For å gi mulighet til flere 100 % stillinger, vil en måtte fordele mer av den ubekvemme arbeidstiden (helg, kveld og natt) på flere arbeidstakere. Det er satt i verk tiltak for at flere dagarbeidsstillinger for pleiepersonell skal endres slik at personellet kan inngå i turnusordninger, og bidra til at flere kan få hele stillinger.

Økonomi

Driftsresultatet er positivt og øker likviditetsreserven, men må sees i sammenheng med investeringssetterslep og vedlikeholdsbehov samt budsjettutfordringer, og som en nødvendig buffer for resultatutviklingen fremover. Utfordringene på lengre sikt er å etablere et bærekraftig driftsresultat og sikre finansiering til medisinsk utvikling, nødvendige investeringer i bygg, medisinteknisk utstyr, og informasjonsteknologi.

Foreløpig driftsresultat er 108 millioner kroner, som følge av:

- 36 millioner kroner budsjettert driftsresultat ØLP
- 30 millioner kroner høyere aktivitetsrelaterte inntekter og finansinntekter
- 15 millioner kroner fordelte midler fra Helse Sør Øst RHF – mottatt i desember 2012
- 27 millioner kroner lavere driftskostnader, blant annet endring av klassifisering – IKT og bygg kostnader.

Ombygningskostnader for utvalgte tiltak er omdefinert fra vedlikehold til påkostning og ompostert fra driftsregnskap til balansen. Endringene av klassifisering IKT må sees i sammenheng med fremtidige følgekostnader av regional finansierte IKT-investeringer.

De aktivitetsbaserte inntektene øker i forhold til 2011 i hovedsak de polikliniske inntektene radiologi og lab, grunnet flere MR-undersøkelser i 2012, dreining mot mer komplekse undersøkelser, nye analyser genetikk og innføring av nytt kodeverk med positiv innvirkning for radiologi.

Finanspostene bidrar positivt til driftsresultatet, som følge av forsinkelser i utbetalinger for investeringer.

Effektuerte og aktiverte investeringer i 2012 var på 61 millioner kroner, som er betydelig lavere enn budsjettert. Dette gjenspeiles i likviditetsbeholdningen, som bedres i forhold til forventet nivå for året. De største avvikspostene gjelder forbedret driftsresultat i forhold til budsjett, etterslep på investeringer, ikke mottatt lån til byggeprosjekt som er stoppet, forskjell mellom utbetalt og inntektsført ISF, endret ISF-oppgjør 2011 og endringer i omløpsmidler og kortsiktig gjeld. Endringene i omløpsmidler og kortsiktig gjeld fra 31.12.2011 til 31.12.2012 gjelder mange forhold. De største postene er økt skyldig arbeidsgiveravgift, økt skyldig feriepenger, økning i balanseførte tilskudd og gaver og økt konsernintern leverandørgjeld.

Samhandling

Det har i flere år vært arbeidet med å utvikle et godt samarbeid mellom Sykehuset Telemark og Telemarks 18 kommuner. Kommunene er delt inn i fire samarbeidende regioner, med hver sin styringsgruppe bestående av sykehusets direktør og kommunenes rådmenn samt tillitsvalgte og brukerrepresentanter. Det er ansatt samhandlingskoordinatorer i hver region, som ivaretar det praktiske arbeidet med å etablere kostnadseffektive samarbeidsprosjekter, utarbeidelse av avtaler i henhold til lovpålagt avtaleverk i samarbeid med kommunerepresentanter og representanter fra Sykehuset Telemark og sikre at avtalene følges opp. En felles overordnet samarbeidsavtale, samt 12 delavtaler hvorav 9 er lovpålagt, er etablert og godkjent av sykehusstyret så vel som kommunene. Det er også laget felles avtale, som regulerer innsyn til datagrunnlag av overføringer av pasienter til kommunene.

Det arbeides aktivt med å tilrettelegge for- og å informere og involvere kommunene ved nye investeringer og driftsendringer for å ivareta et godt samarbeide.

Kvalitet og pasientsikkerhet

Sykehuset Telemark arbeider systematisk for at våre tjenester skal være av god kvalitet, sikre og tilgjengelige og innrettet etter brukeres behov. Vi har tatt i bruk verktøyet Global Trigger Tool, for å overvåke forekomst av pasientskader. Helseforetaket har hatt spesielt fokus på infeksjoner ved keisersnitt og ved hofteproteser og iverksatte tiltak har hatt god effekt på insidenstall. Målet om under 3 % infeksjoner målt ved prevalens er derimot ikke nådd. Sykehuset Telemark deltar i

Pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender" og gjennomfører pasient- sikkerhetsvisitter. Sykehuset i Skien har vært pilot for tiltakspakkene i Pasientsikkerhets-kampanjen, som omhandler hjerneslag og forebygging av fall.

Helseforetaket har to ulike avvikssystem og tre ulike dokumentstyringssystem, som etter planen skulle erstattes av en felles løsning i 2012. Arbeidet ble startet våren 2011, men da TQM Partner AS like etter varslet at hele TQM Helse skulle legges ned fra nyttår 2012, ble planene endret. TQM – helse omfatter både moduler for dokumentstyring og avvik som begge er i ved en rekke HF, heriblant deler av Sykehuset Telemark. Nyanskaffelse skjer i regi av HSØ.

God meldekultur og bruk av avvikssystemene er en del av sykehusets introduksjonsprogram. I tillegg gjennomføres løpende opplæring lokalt i klinikkene. For å sikre oppfølging og fokus på en lærende kultur, er avviksbehandling et obligatorisk tema på alle interne revisjoner. Samarbeidende enheter deltar i hverandres revisjoner som observatører.

Kreftbehandling

Da vi ønsker å bedre kvaliteten i tjenestene innen kreft, ble dette fagområdet valgt ut som et av de kliniske satsningsområdene for sykehuset for perioden 2011 – 2015. Det er gjennomført et forprosjekt med kartlegging av alle aktører innen kreftområdet, både kliniske avdelinger og serviceavdelinger med tanke på videre satsning i 2012-15.

Sykehuset Telemark har i 2012 utarbeidet pasientforløp for de to store kreftområdene, mage/tarm kreft og lungekreft, som skal implementeres i 2013. Utvikling av ytterligere pasientforløp fortsetter i 2013. Det er etablert tverrfaglige team innen aktuelle fagområder. Dette arbeidet videreføres og utvikles. Det er etablert system for kreftkoordinatorer og 2,5 årsverk kreftkoordinator er på plass fra 1. januar 2013. Avdeling for patologi er styrket.

Kompetanse/rekruttering/utdanning:

Sykehuset Telemark har i dag en onkolog, og 1 indremedisiner med kompetanse innen onkologi. Dette er svært sårbart og rekruttering utenfra oppleves som vanskelig. Vi ser det derfor som sentralt og nødvendig og Sykehuset Telemark selv rekrutterer, utdanner og lager utdanningsløp, som raskt gir god og rett kompetanse. Utgangspunktet er å øke kvalitet og kompetanse innen kreftdiagnostisering og behandling. Onkologisk enhet har fått midler til 1 onkolog og 1 LIS onkologi via prosjekt kreftsatsing. Det er fremdeles en ubesatt onkologstilling, men begge LIS onkologi er besatt og et utdanningsløp har startet. En hematolog sluttet dessverre 31. desember 2012, men det er ansatt en indremedisiner, som er ferdig med gruppe 2 tjeneste i hematologi. Vedkommende må ha 1,5 år gruppe 1 tjeneste. Sykehuset Telemark har 1 LIS Hematologi.

Sykehuset Telemark satser på spesialkompetanse hos sykepleierne og har kontinuerlig en sykepleier i videreutdanning innen kreft eller palliasjon. Alle sykepleierne ved blod/kreftavdelingene blir sertifisert i cytostatika administrering etter 1 års tjeneste.

Det er etablert et system for cytostatika-administrering ved STHF, basert på veileder fra kreftrådet. Skien er forordnende enhet og Kragerø og Notodden er administrerende enheter. Ansvar for behandling og opplæring ligger i Skien.

Palliasjon er en godt fungerende enhet, som har et velorganisert samarbeide med kommunehelsetjenesten. Enheten driver kontinuerlig og systematisk kompetanseheving og erfaringsutveksling med kommunehelsetjenesten. Det er etablert kontaktsykepleiernetverk i

fylket. Sykehuset har ambulerende team med lege og sykepleier som samarbeider om enkeltpasienter og gir generell opplæring/rådgiving.

Tidlig diagnostisering er sentralt for å kunne gi pasienter kurativ behandling. Ved poliklinikk for mage og tarm sykdommer har man hatt fokus på å gi potensielle kreftpasienter time til utredning innen anbefalte forløpstider. Poliklinikken jobber også tett med praksiskoordinator, for å bedre henvisningskvaliteten og dermed kunne prioritere rett pasient inn.

IT system ved Sykehuset Telemark gjør det vanskelig å se om sykehuset fullt ut ivaretar ventetider på utredning og behandling. I 2013 skal blant annet kreftkoordinatorerne følge opp dette. Henvisninger blir fortløpende vurdert og raskt behandlet. Alle pasienter ved kreftpoliklinikken får direkte time.

Sykehuset Telemark vedtok i 2012 å samle operativ behandling for kreft i tykk- og endetarm til Skien. Denne endringen sammenfaller med at avdelingen i 2012 etablerte prosjektet "Prospektiv gastrokirurgi" ved STHF. Prosjektet har som mål å være i forkant av utviklingen innen gastrokirurgi og da spesielt det operative tilbudet og utdanning av spesialister innen fagområdet. Avdelingen tok i bruk ny moderne metode for behandling av endetarmskreft høsten 2012.

Sykehuset Telemark har startet med primær rekonstruksjoner i forbindelse med brystkreftoperasjoner, der dette anbefales.

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)

Angående etablering av behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter innen TSB, er det inngått samarbeid mellom fastleger og sykehuset. Det er ikke fristbrudd innen dette fagområdet, og ventetiden i prioriteringsveilederen ivaretas. Pasienter innen TSB med behov for behandling raskt, får dette. Sykehuset svarer kun i forhold til det som er STHF's behandlingstilbud. For å øke andelen pasienter som fullfører iverksatte tiltak innen TSB, er det et nært samarbeid med NAV og kommuner om bolig/arbeid mv. DPS'ene har et nært samarbeid med disse instansene.

Psykisk helsevern

Sykehuset har i august 2011 etablert en DPS akutt med tilhørende akutteam som vurderer alle øyeblikkelig-hjelp-innleggelses. DPS akutt er i dag veien inn og ut av spesialisthelsetjenesten i Telemark. Pasienter som er i behov av "lukket dør", går til sentralsykehusnivå. Sykehuset Telemark er uenige i at alle pasienter skal skrives ut via DPS'ene, og ønsker en mer helhetlig utskrivning fra både DPS og sykehusfunksjoner. DPS har god kompetanse på psykiske lidelser hos eldre, og samarbeidet mellom alderspsykiatrien og DPS'ene er meget godt.

Forskning og utdanning

Forskning

Utviklingen innen forskning fra forrige og inneværende planperioder har vært tilfredsstillende i forhold til målsettingene ved sykehuset. Som tidligere er det noen fagmiljøer som bidrar mer enn andre, og slik har det vært gjennom flere år. Miljøene er relativt små og sårbare og veldig avhengige av enkeltpersoner. Vi har arbeidet hardt med å skape allianser med større miljøer utenfor ST, både for å være mindre sårbare og for å bli mer konkurransedyktige ved søknad om eksterne forskningsmidler. Vi er også i ferd med å få på plass et stort felles forskningsprosjekt med Senter for Sykelig Overvekt (SSO) ved SIV, som innbefatter både klinisk og basal forskning. Vi forventer at dette prosjektet vil gi oss mye på lang sikt. FoU arbeider aktivt i forhold til de

nasjonale kvalitetsregistrene, gjennom å skape forståelse av viktigheten ved disse registrene samt å belyse hvordan de skal implementeres i en travel klinisk hverdag. ST har i tillegg fått tillagt ansvar for et nasjonalt kvalitetsregister, GASTRONET.

FoU forsøker hele tiden å stimulere til mer forskning ved ST gjennom målrettede tiltak. Dette inkluderer ukentlige idélunsjer, halvårslige prosjektseminarer, finansiell premiering til fagmiljøene som produserer vitenskapelige artikler, intern forskningspott, felles forskningspott for samarbeidsprosjekter med Sykehuset i Vestfold og post-doc åremålsstillinger for å holde på forskere etter avlagt disputas. I 2012 har sykehuset hatt 36 godkjente og publiserte vitenskapelige artikler, 2 sluttførte mastergrader og en PhD kandidat som har disputert.

Utdanning

Sykehuset sørger for utdanning av helsepersonell ved å tilby praksisopplæring, og samarbeider tett med Høgskolen i Telemark for å ha et godt tilbud. Utdanning er vesentlig for kvaliteten på helsepersonell, for omdømmet vårt og for evnen til å rekruttere.

Totalt har 25 lærlinger vært ansatt i Sykehuset Telemark i 2012. Sykehuset har lærlingplasser for 15 helsefagarbeidere, 1 kokkelærling og til sammen 18 plasser for ambulansearbeider, hvorav 7 ved Sykehuset Telemark og 11 ved Sykehuset Vestfold. Det er Sykehuset Telemark som har ansvaret for lærlingene i ambulanser for begge helseforetak. Av ulike årsaker har flere helsefagarbeider- lærlinger trukket seg i år. Det vil bli sett nærmere på årsakene til frafallet og eventuelt iverksatt aktuelle tiltak ved neste års inntak.

Sykehuset Telemark tilrettelegger for at egne ansatte tar fagbrev innen renhold, for å øke kompetansen. Dette skjer i nær dialog med den videregående skolen.

Medarbeiderundersøkelsen

Medarbeidertilfredsheten ved Sykehuset Telemark HF er undersøkt i en årlig medarbeiderundersøkelse fra og med 2002. Fra 2010 ble det innført en ny måleskala fra 0 til 100, der 100 er høyeste skår. Svarene fra medarbeiderundersøkelsen gir et bilde av hvordan ansatte ved Sykehuset Telemark HF har opplevd arbeidsmiljøet dette året. Totalscore ved STHF var i MU-2012 på 73. Dette er på sykehusnivå omtrent samme resultat som i 2011, og ingen signifikant endring og målet har de tre siste årene vært satt til en skår på 75. Indikatoren Jobbtilfredshet viser et gjennomsnitt ved sykehuset på 77. Dette er også omtrent det samme som i 2011 (76) ved STHF. Svarprosenten ved den elektroniske MU'en var på 79 %, som er høyere enn i fjor. På spørsmålet som går på andel ansatte som har vært involvert i oppfølging av MU viser resultatet 67 %, mot 61 % i 2011, og har passert målet ved for STHF om at 65 % skal ha vært involvert. Et langsiktig mål er at alle skal føle seg involvert. Årets resultat er det høyeste samlede resultatet STHF har hatt så lenge vi har hatt spørsmål om dette i MU, og langt bedre enn sammenlignbare foretak. Resultatene fra tidligere undersøkelser har vist at det i de fleste tilfeller har vært høyere tilfredshet med arbeidsmiljøet i organisatoriske enheter, der en stor andel av medarbeiderne har vært involvert i oppfølging av resultatene.

Ledelsesinformasjon

Sykehuset har siden februar 2011 hatt et elektronisk ledelsesverktøy (eLi), som viser nasjonale, regionale og lokale indikatorer. Målet er at eLi skal støtte ledelse og styring i klinikker, seksjoner og enheter. Det har vært noen sentrale forhold som har vært førende for løsningsutviklingen. Utgangspunktet er sykehusets kultur og tro på hvordan resultater best oppnås. Lederavtalene som

er inngått på alle ledernivå er basis. Løsningen dekker et informasjonsbehov, og resultatutviklingen skal vises enkelt, effektivt og oversiktlig. Fil- og datautveksling gjøres via nasjonale standarder.

STHF har i 2012 lagt løsningen på intranett for å øke tilgjengeligheten. Løsningen gir ledere på alle nivå i organisasjonen styringsinformasjon. STHF vil fortsette med eLi inntil SAS (HSØ sitt ledelsens informasjonssystem) kan levere, også på laveste nivå i organisasjonen. I dag leverer eLi informasjon på alle nasjonale, regionale og lokale indikatorer (målekort), inkludert regnskap og forbruk bemanning fast og variabel

2.2. Oppfølging av mål for Helse Sør-Øst

Følgende mål for helseforetaksgruppen er i oppdrag og bestilling 2012 videreført frem til 2014:

- *Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd.*

Det er et kontinuerlig fokus på ventelister og det arbeides aktivt for å redusere disse. Sykehuset Telemark har oppfylt målsettingen om 65 dagers snittventetid. Like fullt har STHF en utfordring innenfor enkelte fagområder. Spesielt nevnes plastikkirurgi hvor det er i underkant av 100 pasienter som har ventet over 1 år. De aller fleste av disse pasientene har ikke rett til prioritert helsehjelp. Eget oppfølgingsopplegg er iverksatt for denne pasientgruppen. Ventetidene har variert noe gjennom året og har de siste månedene vist en svak nedgang. Per desember var snitt ventetid 60 dager innen somatikk, for ordinært avviklede pasienter. Voksenpsykiatrien rapporterer 44 dager, barne – og ungdomspsykiatrien 25 dager og TSB 30 dager.

Det har vært utfordringer med fristbrudd i somatikken, i all hovedsak i forhold til gastro- og coloskopier. Andel fristbrudd var på en topp (6 %) i august. Det ble iverksatt tiltak med innleie av skopører, aktivisering av kirurgiske skopører, ekstraarbeid og overflytting av pasienter fra Skien til Notodden. Tiltakene ga umiddelbar effekt slik at fristbrudd har blitt gradvis redusert gjennom høsten. Fra november har det ikke vært fristbrudd innen gastromedisin. Enkelte fristbrudd innen andre fagområder skyldes i noen grad at ventelister ikke er tilstrekkelig ryddet. Andel fristbrudd viser en rett utvikling og Sykehuset har kontinuerlig fokus og det arbeides aktivt med å redusere fristbrudd i somatikken.

Psykiatrien har hatt stabile ventetider og i praksis ingen fristbrudd.

- *Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %.*

Målet om å redusere sykehusinfeksjoner til under 3 %, er ikke oppnådd, men det arbeides systematisk med å nå dette målet. STHF har implementert de fire tiltakene i innsatsområdet Trygg kirurgi ved alle kirurgiske lokasjoner. Retningslinjen for preoperativ antibiotisk profylakse er revidert og gjort gjeldende for hele foretaket. Spritdispensere for hånddesinfeksjon er i løpet av året blitt planmessig plassert ut i fellesområder, sengeposter og poliklinikker. Sykehuset har igangsatt elektronisk opplæring om håndhygiene. Det har vært arbeidet godt med redusert bruk av håndsmykker.

- *Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.*

Manuell rapportering av indikatoren viser en andel direkte time for sykehuset på 78 % per desember. Elektronisk målesystem vil implementeres i forbindelse med nytt pasientsystem. DIPS, som er planlagt innført 13. mai 2013.

- *Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet.*

I 2012 er det gjennomført ny opplæring av alle ledere i oppfølging av Medarbeiderundersøkelsen (MU). Over flere år har STHF ligget i øverste sjikt blant foretakene hva gjelder ansattes involvering i oppfølging av MU. Resultatene fra årets MU viser en ytterligere stor framgang i andel ansatte som har følt seg involvert i oppfølgingen. STHF har gjennom mange år hatt som mål i lederavtalene med hver leder at 65 % av ansatte skulle føle seg involvert i oppfølgingen. I 2012 er målet passert med et resultat på 67 %. Sykehuset vil ha fortsatt stort fokus på involvering i oppfølgingsarbeidet, slik at alle medarbeidere skal føle at de er involvert i arbeidsmiljøforbedringer i egen enhet.

- *Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer.*

Inntektsmodellen endres i takt med forventet befolkningsutvikling og sosioøkonomiske og demografiske faktorer. Som følge av redusert befolkning relativt til andre sykehusområder, egenskaper ved befolkningen som tilsier mindre behov for helsetjenester og økt bruk av spesialiserte tjenester i Oslo sykehusområde, vil basisinntektene korrigeres tilsvarende. Samtidig antas det at det vil gis økte bevilgninger til økt aktivitet for å ta høyde for befolkningsvekst og samt at det fordeles midler til sparing til helseforetakene som i tidligere år. Etablering av øyeblikkelig hjelp plasser i kommunene frem til 2016 vil redusere pasientvolumet på sykehusene, med tilsvarende effekt på kostnadsnivået.

Sykehuset Telemark må skape betydelige innsparinger hvert år, for å kunne etablere et driftsresultat, som gir muligheter til å håndtere medisinsk utvikling av tjenestetilbudet, IKT-investeringer, nødvendig vedlikehold og reanskaffelser av medisinsk teknisk utstyr. Sykehuset Telemark har store investeringsbehov. Det er derfor en direkte sammenheng mellom sykehusets evne til omstilling og driftseffektivisering, samt muligheten til å realisere målene i strategiplanen.

Arbeid med å realisere driftseffektiviseringer som kreves for å oppnå et bærekraftig driftsresultat og god økonomi igangsettes i løpet av 2013.

- *Som hovedregel skal ingen pasienter vente mer enn et år.*

STHF en utfordring innenfor enkelte fagområder. Spesielt nevnes plastikkirurgi hvor det er i underkant av 100 pasienter, som har ventet over 1 år. De aller fleste av disse pasientene har ikke rett til prioritert helsehjelp. Eget oppfølgingsopplegg er iverksatt for denne pasientgruppen.

2.3. Evaluering av egen virksomhet og organisering

Det arbeides med et helhetlig STHF og samarbeid på tvers av geografi. Sykehuset Telemark arbeider med å sentralisere det man må, (for eksempel flytting av behandling av tykktarmskreft fra Notodden til Skien) og desentralisere det man kan (for eksempel postbariatriske operasjoner).

Organisasjonsmessig har Sykehuset Telemark blant annet arbeidet med følgende endringer i 2012;

- Medisinsk biokjemi, blodbank og radiologi ble i 2012 samlet under Medisinsk Serviceklinikk.
- Organisatorisk sammenslåing av DPS-tilbudene, DPS Skien og DPS Porsgrunn-Vestmar i Psykiatrisk klinikk til DPS Nedre Telemark.
- Oppstart av arbeidsrettet rehabiliteringspoliklinikk (ARR) ved sykehuset i Porsgrunn i samarbeid med kommunene.
- “Liten sengerokade”, som blant annet gir økt kapasitet for behandling av kreftpasienter.
- Etablering av vikarsenter.
- Opprettelse av nye stillinger; direktør for systemutvikling, kommunikasjonssjef, spesialrådgiver innen virksomhetsstyring og eieroppfølging og juridisk kompetanse i fagavdelingen.

DEL II: RAPPORTERINGER

3. Rapportering på oppdrag gitt i 2012

3.1. Overordnede mål og mål 2012 i oppdrag og bestilling 2012

3.1.1. Innsyn og konsernrevisjon

Mål 2012

- *Sykehuset Telemark HF skal styrebehandle alle rapporter som mottas fra konsernrevisjonen som beslutningssaker og etablere handlingsplaner som angir tiltak, ansvar og frister. Handlingsplanene skal også behandles som beslutningssaker og fremdrift og virkning av tiltakene skal følges opp av styret.*

Virksomheten til Sykehuset Telemark HF er basert på lover og forskrifter. Sentrale regelverk i denne forbindelse er helseforetaksloven, spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Rammene for virksomheten er nærmere definert i vedtekter og avtaler. Den nasjonale helsepolitikken og oppgavene til helseforetaket er konkretisert og utdypet i Nasjonal helseplan, oppdragsdokument for 2012 og foretaksmøter. Slik styret ser det, er sykehusets strategiplan og handlingsplaner og budsjett i samsvar med intensjonene i de prioriterte målene som er satt av eier. Styrets vurdering er at det på pasientens vegne var satt gode og ambisiøse mål for 2012, og at de har vært førende for sykehusets arbeid med kontinuerlig forbedring av tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet. Styret ønsker at det legges vekt på betydningen av intern kontroll og risikostyring. Direktøren legger opp til etablering av et godt fungerende system for intern kontroll, som omfatter hele virksomheten.

Konsernrevisjon

I desember 2012 gjennomførte konsernrevisjonen revisjon ved Prehospital klinikk, som en del av revisjon med tverrgående prosesser mellom helseforetak som har pasientreisekontor og Pasientreiser ANS. Formålet med revisjonen er å undersøke i hvilken grad det er god styring og kontroll i de sentrale, tverrgående arbeidsprosesser mellom Pasientreiser ANS og helseforetakene som har pasientreisekontorer. I tillegg ser konsernrevisjonen på styringslinjene fra RHF – HF – aktuell klinikk/divisjon og ut til det enkelte Pasientreisekontor. Resultater vil foreligge i 2013.

Tilsyn og revisjoner - åpenhet

Tilsyn og revisjoner er en viktig bærebjelke i sykehusets systematiske forbedringsarbeid og det nedlegges et betydelig arbeid i forberedelser, gjennomføring og oppfølging av disse. For å skape åpenhet og tillit dette forbedringsarbeid, publiseres alle rapporter fra eksterne tilsyn og revisjoner og interne revisjoner samt tilhørende styresaker og styrende dokumenter på internett: www.sthf.no/tilsynsrapporter.

Eksterne tilsyn og revisjoner

I 2012 har Seksjon for laboratoriemedisin utvidet sin akkreditering iht. den medisinske standarden ISO 15189 og Det norske Veritas har gjennomført periodisk revisjon ved Fertilitetsklinikken Sør etter kvalitetsstandarden ISO 9001. Begge med gode resultater.

Flere tilsynsmyndigheter har gjennomført tilsyn i 2012. Helsetilsynet har ført tilsyn med:

Beinbankvirksomheten ved Kirurgisk klinikk, medisinskfaglig seksjon, Ortopedi

Blodbankvirksomheten ved Seksjon for laboratoriemedisin, Kragerø, Porsgrunn, Skien, Notodden og Rjukan. Håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pasienter med tykktarm- og endetarmskreft ved Medisinsk klinikk, Seksjon C, Gastropoliklinikken / Kirurgisk klinikk, medisinskfaglig seksjon, Gastro / Medisinsk serviceklinikk, Seksjonene radiologi, patologi og arkiv

Statens strålevern har gjennomført tilsyn som spørreundersøkelse om risikoreducerende arbeid innen nukleærmedisin. Direktoratet for sikkerhet og beredskap har gjennomført tilsyn om HMS/kvalitet, opplæring i bruk av elektromedisinsk utstyr, el-installasjoner og elektrisk utstyr ved Serviceklinikken/kirurgisk klinikk/Barne- og ungdomsklinikken, Klinikk Notodden Rjukan/Fag – og utviklingsavdelingen/Bedriftshelsetjenesten. Arbeidstilsynet gjennomførte tilsyn om forebygging av arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager ved Prehospital klinikk. Kommunale brannvesen har også gjennomført tilsyn ved klinikk Notodden Rjukan - Seljord og Medisinsk klinikk - Nordagutu.

Resultatene fra eksterne tilsyn og revisjoner i 2012, viser at graden av styring og kontroll varierer. Arbeidet med å lukke avvik og sikre at de resulterer i forbedring og læring, er gitt høy prioritet.

Interne revisjoner.

Det er i henhold til rullerende revisjonsplan gjennomført 21 interne revisjoner i 2012. Gjennomgående tema for revisjonene var oppfølging av funn fra tidligere tilsyn og revisjoner, § 3-3 meldeplikt til kunnskapssenteret/avviksbehandling, legemiddelhåndtering/oppfølging av funn fra tidligere revisjoner, smittevern/arbeidsantrekk, bestilling og transfusjon av blodprodukter, pasientadministrativt arbeid/oppfølging av nøkkeltall på www.frittsykehusvalg.no, informasjonssikkerhet/sensitive opplysninger – e-post og SMS, HMS/risikovurderinger, HMS/Ytre miljø/ produktdatablad og organisasjonskart. I tillegg ble det revidert på lokale tema

etter avtale med den enkelte klinikk. Antall avvik sammen med omfang og alvorlighetsgrad, gir grunnlag for vurdering av status på styring og kontroll og potensial for læring og forbedring innen det reviderte området. Læring på tvers vektlegges ved at revisjonene gjennomføres i grupper der de som ikke har revisjonen selv, deltar som observatører. Også i det oppfølgende forbedringsarbeidet vektlegges læring på tvers – både i revisjonsgruppa og organisasjonen som helhet. Revisjonene evalueres systematisk både av de reviderte enhetene og av revisjonsteamene. Resultatene er svært gode.

3.1.2. Visjon og mål for Helse Sør-Øst

Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd

Mål 2012

- *Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal være ned mot 65 dager.*

Det er et kontinuerlig fokus på køer og ventetider i helseforetaket, og vi har oppfylt målsettingen om 65 dagers snittventetid. Like fullt har STHF en utfordring innenfor enkelte fagområder. Spesielt nevnes plastikkirurgi hvor det er i underkant av 200 pasienter som har ventet over 1 år. De aller fleste av disse pasientene har ikke rett til prioritert helsehjelp. Eget oppfølgingsopplegg er iverksatt for denne pasientgruppen.

- *Helseforetaket har selv satt 60 dager som sitt mål for gjennomsnittlig ventetid for 2012 for alle avviklede pasienter alle tjenesteområder, uavhengig av rett/ikke rett.*

Ventetidene har variert noe gjennom året og har de siste månedene vist en svak nedgang. Per desember var snitt ventetid 60 dager innen somatikk, for ordinært avviklede pasienter. Voksenpsykiatrien rapporterer 44 dager, barne – og ungdomspsykiatrien 25 dager og TSB 30 dager. Sykehuset har et sterkt fokus på ventelister og det arbeides aktivt for å redusere disse.

- *Ingen fristbrudd*

Det har vært utfordringer med fristbrudd i somatikken, i all hovedsak i forhold til gastro- og koloskopier. Andel fristbrudd var på en topp (6 %) i august. Det ble iverksatt tiltak med innleie av skopører, aktivisering av kirurgiske skopører, ekstraarbeid og overflytting av pasienter fra Skien til Notodden. Tiltakene ga umiddelbar effekt slik at fristbrudd har blitt gradvis redusert gjennom høsten. Fra november har det ikke vært fristbrudd innen gastromedisin. Enkelte fristbrudd innen andre fagområder skyldes i noen grad at ventelister ikke er tilstrekkelig ryddet. Andel fristbrudd viser en rett utvikling.

Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %

Overordnede mål

- *Helseforetaket skal medvirke til at Helse Sør-Øst når foretaksgruppens prioriterte mål for perioden 2012-2014.*

STHF har implementert de fire tiltakene i innsatsområdet Trygg kirurgi ved alle kirurgiske lokasjoner. Retningslinjen for preoperativ antibiotisk profylakse er revidert og gjort gjeldende for

hele foretaket. Spritdispensere for hånddesinfeksjon er i løpet av året blitt planmessig plassert ut i fellesområder, sengeposter og poliklinikker.

Mål 2012

- *Helseforetaket blir fulgt opp i fht eget delmål om å redusere sykehusinfeksjoner til under 3 %*

Det er gjennomført 4 prevalensmålinger i 2012. Målingene ble gjort på sykehusene i Skien, Kragerø, Notodden og Rjukan, samt på Telemark Rehabiliteringssenter. Resultatet fra prevalensmåling av sykehusinfeksjoner gjennomført 23. februar viste 4,3 %. Resultatet fra mai viste 6,1 %, september 4,3 % og desember 9,4 %.

Resultater fra NOIS-2012 foreligger ikke enda, men egen registrering av månedlig insidens viser en god utvikling. Insidensen av postoperative sårinfeksjoner for 11 måneder i 2012 er:

5,0 %	Keisersnitt Skien
1,5 %	Hofteproteser Skien
1,1 %	Hofteproteser Rjukan
2,9 %	Hofteproteser Notodden
3,8 %	Kneproteser Skien
18,4 %	Tarminngrep Skien (Nasjonal NOIS 2011 var 17,7 %)
4,0 %	Tarminngrep Notodden
5,7 %	Galleinngrep Skien
0,0 %	Galleinngrep Notodden

Det har vært arbeidet godt med håndhygiene, redusert bruk av håndsmykker og utplassering av spritdispensere. Det er utarbeidet nye retningslinjer for infeksjonsprofylakse med antibiotika.

Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Overordnede mål

- *Helseforetaket skal medvirke til at Helse Sør-Øst når foretaksgruppens prioriterte mål for perioden 2012-2014.*

Manuell rapportering av indikatoren viser en andel direkte time for sykehuset på 78 % per desember. Elektronisk målesystem vil implementeres i forbindelse med nytt pasientsystem.

Mål 2012

- *Helseforetaket skal prioritere implementering og opplæring i bruk av ny PAS-modul for å sikre at måloppnåelse blir registrert og rapportert.*

STHF har ImX/Infomedix, som ikke har funksjonalitet for slik registrering. Overgang til DIPS skjer medio mai 2013.

3.1.3. Overordnede styringsbudskap

Intern kontroll og risikostyring

Mål 2012

- *Uavhengig av tilsynsområder og tilsynsobjekter skal helseforetaket påse at kravene til styring og ledelse følges opp på en måte som sikrer at tjenestene blir utført til beste for pasientene og i tråd med regelverket.*

Rammeverket for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll i Helse Sør-Øst legges til grunn for arbeidet med styringssystemet ved Sykehuset Telemark. Prinsippene for god virksomhetsstyring gjøres gjeldende for helseforetaket. I 2012 har Sykehuset Telemark arbeidet med å implementere styringssystemet, for å sikre best mulig pasientbehandling, effektivt ressursutnyttelse og god intern kontroll for å forhindre styringssvikt, feil og mangler. Målsettingen er å identifisere forbedrings- og risikoområder samt utarbeide planer og tiltak for videre utvikling. Gjennomgangen vil ha som utgangspunkt prinsippene for etablering av god virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst, samt funn og anbefalinger fra revisjonsrapporter.

Direktøren arbeider med å legge opp til etablering av et godt fungerende system for intern kontroll, som vil omfatte hele virksomheten.

Sykehuset har startet arbeidet med å iverksette retningslinjer for risikovurderinger, og kommer til å arbeide med å etablere regelmessige, tertialvise risikovurderinger samt enkeltvise situasjonsbetingede risikovurderinger. Analyse av risiko skal utarbeides på klinikk- og sykehusnivå, der dette er hensiktsmessig og det skal lages egne handlingsplaner for risikoreducerende tiltak.

- *Journalføring og annen skriftlig dokumentasjon som skal bidra til trygg pasientbehandling skal gjennomføres på en forsvarlig måte.*

Etablert journalutvalg. Systemoversikt og utvikling av gode rutiner for dokument- og informasjonsflyt.

- *Minimum én gang per år skal styret har en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaket med hensyn til risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik.*

Dette er ikke utført i 2012, men planlegges for 2013.

- *Ved omstilling av virksomheten, herunder innføring av ny teknologi og organisasjonsendringer, må det foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha, også andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene. Der det foreligger risiko for uønskede hendelser skal det etableres særlige overvåkingsrutiner og forebyggende for tiltak for å redusere risiko.*

Det er gjennomført fortløpende risikovurderinger i DIPS-prosjektet i 2012.

- *Feil som begås skal ses i sammenheng og inngå i et systematisk forbedringsarbeid. Rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter skal systematisk følges opp for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn.*

Tilsyn og revisjoner er en viktig bærebjelke i sykehusets systematiske forbedringsarbeid og det nedlegges et betydelig arbeid i forberedelser, gjennomføring og oppfølging av disse. For å skape åpenhet og tillit dette forbedringsarbeid, publiseres alle rapporter fra eksterne tilsyn og revisjoner og interne revisjoner samt tilhørende styresaker og styrende dokumenter på internett: www.sthf.no/tilsynsrapporter.

Resultatene fra eksterne tilsyn og revisjoner i 2012, viser at graden av styring og kontroll varierer. Arbeidet med å lukke avvik og sikre at de resulterer i forbedring og læring, er gitt høy prioritet. Resultater av og tiltak etter eksterne tilsyn og revisjoner følges opp halvårlig i direktørens ledergruppe og styret. Interne revisjoner følges opp tilsvarende.

Sykehuset Telemark arbeider for å være en lærende organisasjon og det fokuseres sterkt på læring i forbindelse med interne og eksterne tilsyn og revisjoner, læring via andre foretaks revisjonsrapporter, 3-3 meldinger og tilbakemeldinger fra Kunnskapssenteret, systematisk oppfølging i Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget (KPU) både sentralt på sykehuset og i KPU i den enkelte klinikk, samt i ledermøter.

- *Forespørsler fra Statens helsetilsyn og andre tilsynsmyndigheter skal følges opp og besvares innenfor de fristene som er satt.*

Det legges vekt på at henvendelser fra tilsynsmyndigheter svares opp innen angitt frist.

Regjeringens eierskapspolitikk

Mål 2012

- *Helseforetaket skal gjøre seg kjent med kravene som følger av regjeringens eierskapspolitikk.*

Sykehuset Telemark skal forholde seg til regjeringens eierpolitikk slik den uttrykkes i dokumentet ”Regjeringens eierpolitikk”, utgitt sist våren 2012. Videre gjelder stortingsmelding 13(2010-2011) Aktivt eierskap. Kravene gjelder for en rekke områder, blant annet god virksomhetsstyring og lederlønsutvikling.

- *Helseforetaket skal gjøre seg kjent med kravene til samfunnsansvar, særlig på områdene menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter, miljø/klima og arbeidet mot korrupsjon. Helseforetaket skal ha retningslinjer og rutiner for å operasjonalisere og ivareta samfunnsansvaret både i strategisk og operasjonell virksomhetsstyring*

Alle pasienter skal mottas og behandles på en likeverdig måte uavhengig av alder, kjønn, bosted, kulturell- eller religiøs tilknytning. Vi har medarbeidere fra mange nasjoner og setter pris på det kulturelle mangfoldet og den positive utviklingen av arbeidsmiljøet det bidrar til. Samtidig presiserer vi at i arbeidssituasjonen er det viktig at norsk er vårt felles arbeidsspråk for at

pasientsikkerhet skal ivaretas på en best mulig måte. STHF tilstreber å ha en inkluderende arbeidslivspolitikk og er en IA bedrift.

Vi arbeider etter HSØ etiske retningslinjer og følger de innkjøpspolitiske føringer som er gitt av vår eier.

Arbeidet med å miljøsertifisere hele STHF etter ISO standard 14001 er et prioritert arbeid, og vi har et tett samarbeid med SiV som er pilot på dette arbeidet, for å lære av de erfaringer som gjøres her

- *Helseforetaket skal bidra til moderasjon i lederlønningene og være kjent med og følge retningslinjene for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper fastsatt 31. mars 2011*

STHF melder inn årlig til sin eier HSØ, lederlønninger og de styreverv eller eierforhold ledere i foretaket har. Lederlønninger skal være konkurransedyktige, men ikke ledende.

- *Helseforetaket skal gjøre seg kjent med Riksrevisjonens lederlønnsundersøkelse i Dokument 3:2 (2011-2012).*

Foretaket er kjent med Riksrevisjonens lederlønnsundersøkelse og funnene som omhandlet sterkere lønnsvekst blant ledere i helseforetakene enn øvrige ansatte i helseforetakene. Sykehuset Telemark er klar over de sterke føringene som legges på moderasjon i lederlønnsutviklingen. Sykehuset Telemark er ikke lønnsledende innen HSØ på lederlønninger. STHF melder inn årlig til sin eier HSØ, lederlønninger og de styreverv eller eierforhold ledere i foretaket har. Lederlønninger skal være konkurransedyktige, men ikke ledende. Det er et mål at lederlønningene i sykehuset ikke hindrer i å rekruttere de beste lederne.

3.1.4. Samhandlingsreformen

Overordnede mål

- *Det skal etableres og videreutvikles effektive og lokale behandlingstilbud i samarbeid med kommunene, herunder lokalmedisinske sentre.*

Det er foreløpig ikke etablert noen lokalmedisinske sentre i Telemark. Det er satt i gang flere samhandlingstiltak mellom kommunene i Telemark og STHF. STHF har en svært desentral struktur med sterkt fokus på ambulante og desentrale tjenester, for eksempel ambulant sårteam, ambulant radiograf, ambulant røntgen, ambulant slagteam og ambulant rehabiliteringsteam.

- *Med bakgrunn i de lovpålagte avtalene mellom kommuner og helseforetak skal det etableres helhetlige pasientforløp og avklares arbeidsdeling mellom helseforetak og kommuner.*

Det er et pågående arbeid for å utvikle gode pasientforløp og sikre god arbeidsdeling spesielt innenfor rehabilitering, oppfølging av kronikergruppene, samt innen rus- og psykiatrifeltet. Det er utarbeidet flere pasientforløp i samarbeid med kommunene.

Mål 2012

- *I 2012 skal Sykehuset Telemark HF i dialog med kommunene i sitt opptaksområde bidra til implementering av samhandlingsreformen.*

I Telemark er det etablert en egen modell for organisering av samhandlingsfeltet. ”Telemarksmodellen” innebærer at fylket er delt inn i 4 regioner, Øst-, Vest- og Midt-Telemark, samt Grenland. Kommuner og foretak har gått sammen om å finansiere 5 stillinger som samhandlingskoordinatorer. Disse har ansvar for hver sin region (2 i Grenland). Hver region har en styringsgruppe hvor rådmennene fra de aktuelle kommunene, administrerende direktør ved STHF, brukere og samhandlingskoordinator deltar. Innen hver region er det også etablert en arbeidsgruppe med kommunalsjefer og klinikkjefer, som har det operative ansvaret for samhandlingen. Videre etableres arbeidsgrupper for enkel-tiltak. Det er stor tilfredshet med modellen, som skal evalueres innen utgangen av 2013.

- *Det skal inngås samarbeidsavtaler på de lovpålagte elementene med frist 31.1.2012 og 1.7.2012.*

Det er inngått lovpålagte fellesavtaler med alle kommuner(18) i Telemark – disse er likelydende. Det er også vedtatt 4 avtaler utover dette med alle kommunene:

- Analyse av sykehusforbruk
- Delavtale om håndtering av avvik og etablering av tilbakemeldingsløyper
- Delavtale som beskriver prinsipper for medvirkning fra pasient og brukerorganisasjoner
- Delavtale som beskriver samarbeidsform mellom fastleger og avtalespesialister.

Det foregår for tiden et stort arbeid med hensyn til oppfølging av avtalene. Dette foregår i arbeidsgrupper ledet av samhandlingskoordinatorene og med representasjon fra kommuner og sykehus.

- *Det skal legges inn et eget punkt i avtalene som beskriver øyeblikkelig hjelp-tilbudene i kommunene i tråd med rammene for tilskuddsordningen, slik at partene ser øyeblikkelig hjelp-tilbudene sine i sammenheng og kan bli enige om løsninger som er hensiktsmessige for pasienter, kommuner og helseforetak og hindrer etablering av dobbeltpasitet eller nedtrapping av tilbudet i helseforetakene uten at tilbud er etablert i kommunene.*

Det er utarbeidet en mal for etablering av øyeblikkelig hjelp tilbud i kommunene. Denne er felles for alle kommunene for å sikre et helhetlig tilbud av god kvalitet.

Det er kun Tinn kommune som foreløpig har etablert et slikt tilbud. Skien kommune vil etablere dette primo 2013. Flere kommuner har signalisert at de ønsker å samarbeide interkommunalt om etablering av slike tilbud.

- *Avtaler om jordmortjenester, herunder følgetjenesten for gravide, skal inngås innen 1.7.2012.*

Det er inngått avtaler om jordmortjeneste herunder følgetjeneste for gravide. Det har vært en avtale om beredskap med Tinn kommune og en avtale om felles jordmorberedskap mellom flere kommuner i Vest-Telemark, lokalisert til Seljord. Det er også arbeidet med å få avtale for kommunene Nissedal og Fyresdal med Sykehuset Sørlandet, da disse sokner til Sykehuset i Arendal. Allerede inngåtte avtaler går over i etablerte samarbeid fra 2013.

- *Det er behov for mer kunnskap om samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. NPR har forbedret kodeverkene for rapportering av henvisende enhet/enhet det henvises til. Nye koder skal tas i bruk og rapporteres i tråd med spesifikasjon. Det skal sikres at det er mulig å identifisere behandlingssted i rapporterte data.*

Dette må sikres gjennom mer nitid registrering ved mottak, og arbeidet har kontinuerlig fokus. Dette lar seg gjøre både i dagens EPJ samt i DIPS.

- *Det skal registreres og rapporteres på utskrivningsklare pasienter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.*

Sykehuset Telemark har ikke døgnplasser knyttet til tverrfaglig spesialisert behandling og har følgelig heller ikke utskrivningsklare pasienter.

- *Samhandlingsavtalene med kommunene skal dimensjoneres slik at befolkningens behov for gode og helhetlige helse- og omsorgstjenester ivaretas og at avtalene i tilstrekkelig grad omfatter samarbeid om forebyggende tiltak og gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling.*

Det pågår et arbeid men hensyn til oppfølging av delavtalen. Det er laget en oversikt over kompetansetilbud i fylket, e-lærings-tilbud, samt et pågående arbeid med hensyn til behovet for kompetanse i kommuner og foretak. Det er spesielt satt fokus på behov for kompetanse ved etablering av ø-hjelpstilbud i kommunene og hvordan foretaket kan understøtte dette.

Videre er det et pågående arbeid med hensyn til lærings- og mestringstilbud for ansvars- og oppgavefordeling på dette området.

- *Sykehuset Telemark HF skal bidra til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade iht. ny bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og følger opp den lovpålagte veiledningsplikten overfor kommunene, jf. § 6-3 i spesialisthelsetjenesteloven.*

Se besvarelse på forrige punkt. Det er videre etablert faglige nettverk, blant annet innen kreftomsorg. Det foregår en utstrakt kompetansedeling og veiledning i de mange ambulante tiltak som er etablert.

Ivaretas enten via LMS, ambulante tjenester eller i fagnettverk.

- *Samhandlingen skal styrkes og det skal stimuleres til etablering av tilbud i kommunene, herunder døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, i tråd med føringene i oppdragsdokumentet til Helse Sør-Øst RHF og i henhold til regelverket for tilskuddsordningen.*

Det er etablert avtale (overordnet) med alle kommuner, samt delavtale med enkeltkommuner (Skien og Tinn), samt utarbeidet en felles mal for etablering av tilbudet.

- *Tilbudet i Sykehuset Telemark HF skal tilpasses i forhold til etableringen av nye tilbud i kommunene.*

Det er et pågående arbeid, blant annet med hensyn til dimensjonering av rehabiliteringstilbudet på bakgrunn av rapport om ansvarsavklaring mellom sykehus og kommuner på feltet.

Det jobbes kontinuerlig for å sikre at spesialisert rehabilitering gis til de rette pasientene og at behandlingsansvarlig lege sikrer dette der det trengs. Øvrig rehabilitering ivaretas kommunalt.

- *Samhandling og tilrettelegging av tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i kommunene skal videreutvikles slik at disse områdene ikke nedprioriteres.*

Sykehuset Telemark har hatt et samarbeid med Kragerø kommune om en felles døgnpost for pasienter med psykiske lidelser, som ikke behøver innleggelse i psykisk helsevern, men som er i behov med døgnkontinuerlig omsorg i samarbeid med kommunen. Denne posten ble avviklet i desember 2012, da Kragerø kommune ikke ønsket en videreføring av tilbudet.

Det er inngått et samarbeid med Skien kommune om et ACT-team, med Sykehuset Telemark som arbeidsgiver.

Etablering av DPS-akutt i september 2011 har bidratt til en lettere tilgang til akutte tjenester for pasienter med psykiske lidelser og/eller ruslidelser. Det er opprettet 3 plasser som er øremerket øyeblikkelig hjelp rus. Dette vurderes som ikke tilstrekkelig for å møte behovet, som er økende. Psykiatrisk klinikk har et løpende samarbeid med Borgestadklinikken for å videreutvikle de spesialiserte tjenestene til rusmiddelmissbrukere. I dette arbeidet er det også løpende kontakt med kommunene

Det er utarbeidet en rapport innen rusområdet som har fokus på dette. Det pågår et arbeid med å operasjonalisere denne i samarbeid med kommunene.

- *Forskning og innovasjon for å understøtte helhetlige og koordinerte tjenester i tråd med samhandlingsreformens målsettinger skal styrkes, jf. Helse- og omsorgsdepartementets Strategi 2011-2014 Forskning og innovasjon for bedre samhandling.*

Foreløpig ikke konkrete prosjekter, men det er diskutert om følgeforskning på en del av avtaleområdene.

3.1.5. Kvalitetsforbedring

Overordnede mål

- *Tjenestene som tilbys skal være av god kvalitet, trygge og sikre.*

- *Behandlingen skal gi bedre behandlingsresultat, økt overlevelse og mindre variasjon mellom sykehus.*
- *Tjenestene skal preges av god lærings- og forbedringskultur.*
- *Ledelsen på alle nivå skal legge til rette for systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.*
- *Ledelsen på alle nivå skal ha oversikt over kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten.*
- *Nasjonale faglige retningslinjer skal tas i bruk.*
- *Nasjonale medisinske kvalitetsregistre skal være etablert og tatt i bruk innen viktige fagområder.*
- *Datakvaliteten for nasjonale kvalitetsindikatorer skal være tilfredsstillende.*

Det redegjøres samlet for de ovenstående punktene.

Sykehuset jobber systematisk for å implementere ny medisinsk kunnskap slik at vi arbeider kunnskapsbasert. Pasientsikkerhet og kvalitet skal være førende for de vurderinger og prioriteringer som danner grunnlaget for utvikling av helsetjenestetilbudet i helseforetaket.

Helseforetaket har i 2012 gjennomført en strukturell omlegging av kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg. I tillegg til ett felles kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg for hele foretaket, er det etablert utvalg i alle klinikkene. Målet er å sikre forankringen av det systematiske kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet og samtidig støtte opp om en god lærings- og forbedringskultur på alle nivå i organisasjonen.

Registrering i relevante nasjonale medisinske kvalitetsregistre har vært tatt inn i den enkelte lederavtale for 2012.

Det arbeides med å øke systemkvalitet både i bruk av verktøy som IKT og MTU, samt forankring i ledelse. Standardiserte arbeidsprosesser og fokus på opplæring er nøkkelementer ved innføring av DIPS.

Mål 2012

- *Godkjente nasjonale medisinske kvalitetsregistre skal ha felles infrastruktur og nasjonal dekning.*
- *Årlig rapportering for nasjonale medisinske kvalitetsregistre skal skje på felles elektronisk mal. Rapporteringen skal synliggjøre i hvilken grad registrene oppfyller sitt formål.*

STHF har ingen mulighet til å påvirke de to ovenstående punktene.

- *Tiltakene i Nasjonalt helseregisterprosjekts handlingsplan for 2012 skal være iverksatt innenfor eget ansvarsområde. (Tiltakene legges ut på www.nhrp.no etter at handlingsplanen er behandlet i styringsgruppen for prosjektet i begynnelsen av februar 2012.)*

Hovedtiltakene er innenfor områdene:

- Personvern og juridiske tiltak

- E-helse
- Finansiering
- Utviklingsprosjekter
- Resultater og kommunikasjon

STHF arbeider med disse områdene i ulike sammenhenger. Det synes ikke å være enkelttiltak, som peker seg spesielt ut for konkret iverksetting innen helseforetaket.

- ***Nytt nasjonalt system for innføring og vurdering av nye, kostnadskrevende metoder skal tas i bruk.***

Nytt nasjonalt system er foreløpig ikke innført, men dette har vært tematisert i siste halvdel av 2012 og besluttet innført så snart som mulig. STHF har fra tidligere prosedyre for vurdering og innføring av nye, kostnadskrevende metoder og utstyr. Denne vil bli revidert som ledd i innføringen av mini-HTA.

- ***Nasjonalt mandat for kliniske etikkomiteer skal legges til grunn for den lokale komiteenes virksomhet (jf. brev av 18. november 2011 fra Helse- og omsorgsdepartementet).***

Mandatet for klinisk etisk komite ved STHF er revidert slik at det er i tråd med de nasjonale føringene.

- ***Det skal være god kvalitet i rapporteringen fra psykisk helsevern til Norsk pasientregister.***

Som resultat av manglende funksjonalitet i dagens PAS/EPJ er rapporteringen av data for psykisk helsevern voksne preget av manuelle rutiner, som er sårbare. Det er utviklet en elektronisk rapporteringsmodul, som var klar senhøstes. Etter nødvendig opplæring ville tiden fram til DIPS implementeringen kun være ca. tre måneder. Det ble derfor, i samråd med kontrollkommisjonen, besluttet ikke å gi opplæring og ta i bruk denne modulen. Kvalitet i rapporteringen vil kunne ivaretas i DIPS.

- ***100 % av epikriser skal være sendt ut innen sju dager.***

Målet er ikke nådd. Det er 82 % som har fått epikrisene sendt ut innen 7 dager innen somatikk inneliggende, 64 % som har fått epikrisene sendt ut innen 7 dager innen psykiatri og 80 % innen TSB.

- ***Det skal ikke være korridorpasienter.***

STHF har en utfordring med korridorpasienter, spesielt knyttet til medisinske sengeposter. I desember var andel korridorpasienter redusert til 3,85 %. Det er kontinuerlig fokus på utskrivninger og bruk av satelittsenger. Det har blitt opprettet et vikarsenter for pleiere, som blant annet bidrar til at flere pleiere får en bredere kompetanse og praksis. Dette kan igjen bidra til at ledige senger på andre poster utnyttes i enda større grad. Det har også blitt forberedt en

omfordeling i sengefordeling, som vil bli gjennomført i 2013, og som forhåpentligvis vil bidra til en bedring.

- *Sykehuset Telemark HF skal bidra til at den nye pålagte elektroniske meldeordningen for 3-3 meldinger som overføres fra Helsetilsynet til Kunnskapssenteret gjennomføres på forsvarlig måte.*

Fra 1. juli 2012 ble § 3-3 meldinger sendt til Kunnskapssenteret. Omleggingen har vært utfordrende siden basismeldinger i avvikssystemet TQM ikke lot seg utvikle og overføringen til web-skjemaet og måtte gjøres manuelt de første månedene. Kvalitetsseksjonen har bistått klinikkene med opplæring og har kvalitetssikret overføringen og kanalisering av tilbakemeldinger fra Kunnskapssenteret. Representant fra STHF sitter i styringsgruppen for RADS (regionalt avviks- og dokumentstyringsystem)

- *Minst 90 % av elektivt opererte pasienter ved innleggelse skal legges inn samme dag som inngrepet finner sted.*

Preoperativ utredning og klargjøring av elektive døgnpasienter skjer som hovedregel i forbindelse med poliklinisk besøk. De fleste kommer til innleggelse på operasjonsdagen eller overnatter på pasienthotellet preoperativt. Det er ikke iverksatt måling av ”sammedagsoperasjon”.

3.1.6. Pasientsikkerhet

Overordnede mål

- *Færre uønskede hendelser.*
- *Færre infeksjoner påført i forbindelse med sykehusopphold.*
- *Tryggere legemiddelbruk.*
- *Økt antall uønskede hendelser som meldes.*
- *Uønskede hendelser brukes aktivt til læring og forbedring.*
- *Ledelsen på alle nivå sikrer velfungerende systemer for melding og håndtering av uønskede hendelser.*
- *Ansatte opplever det trygt å melde, og meldingene skal følges opp fra et system- og læringsperspektiv.*
- *Brukere/pasienter og pårørende skal oppleve det enkelt og trygt å melde, og at meldingene følges opp fra et system- og læringsperspektiv.*

Det rapporteres samlet for punktene over.

Sykehuset arbeider systematisk for å sikre trygge, tilgjengelige og brukerrettede tjenester av god kvalitet. Arbeidet med en god meldekultur har i en årrekke vært et satsningsområde ved sykehuset. Ansatte skal oppleve at det er trygt å melde fra om uønskede hendelser som har ført til eller kunne ha ført til pasientskade, og meldingene skal brukes aktivt til læring og forbedring. Sykehusets meldekultur var en viktig forutsetning for en vellykket innføring av den nye meldeordningen til Kunnskapssenteret som ble iverksatt 1. juli 2012. Det har gjennomgående vært en god oppslutning om den nye ordningen og terskelen for å melde fra er lav. Dette gjør at forbedringsarbeidet for å redusere antall uønskede hendelser, i stor grad kan bygge på potensielle hendelser som *kunne* ført til pasientskade og ikke bare reelle hendelser som har ført til pasientskade. Det rapporteres på statistikk og resultater til sykehusets kvalitets- og

pasientsikkerhetsutvalg. For å holde høyt fokus på den nye ordningen, er den videre innarbeidet i sykehusets introduksjonsprogram for nyansatte og enhetslederopplæringen og den har vært et gjennomgående tema ved høstens interne revisjoner.

Sykehusets melde/avvikssystem (TQM) er lite brukervennlig og støtter i liten grad opp om nye og endrede meldebehov, statistikk og analyse. Systemet var planlagt utviklet av leverandør i 2011, men vil på bakgrunn av en midlertidig driftsavtale, være tilgjengelig fram til avtale om anskaffelse av nytt felles melde/avvikssystem/dokumentstyringssystem i regi av RADS-prosjektet etter planen er på plass i 2014. I påvente av nytt system må administrasjon av meldinger til/fra kunnskapssenteret og utarbeidelse av statistikk og analyser må skje manuelt. Det er både tungvint og ressurskrevende.

TQM er også leverandør av sykehusets dokumentstyringssystem, som danner grunnlaget for sykehusets kvalitetssystem. Dette systemet er i likhet med melde/avvikssystemet planlagt nedlagt og i midlertidig drift fram til 2014. Systemet tilfredsstillende ikke dagens krav til dokumentstyring og dette må kompenseres manuelt. Systemets lange responstid ved åpning av styrende kvalitetsdokumenter utgjør en reell fare for informasjonssikkerheten og er en potensiell fare for pasientsikkerheten. Det har over tid vært arbeidet med å løse denne problemstillingen.

Mål 2012

- *Alle sykehus og helseforetak skal delta i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen i tråd med styringsgruppens beslutninger, og rapportere data til kampanjens sekretariat i henhold til fastsatte tidsfrister.*

Siden oppstarten har sykehuset deltatt aktivt i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen ”I trygge hender”, der målet er å redusere pasientskader og forbedre pasientsikkerheten. Arbeidet er organisert som et gjennomgående prosjekt i hele helseforetaket med brukerrepresentasjon og klinikk- kontakter som lokale ressurser. Det er organisert forbedringsteam innen alle områder hvor det er utarbeidet tiltakspakker. Det nevnes spesielt at STHF har vært kampanjepilot for slagbehandling og fallforebygging. Trygg kirurgi er gjennomført ved alle kirurgiske lokasjoner. Notodden sykehus har ca. ett års erfaring med samstemming av legemiddellister, og dette innsatsområdet blir nå breddet videre i helseforetaket. Det er gjennomført tre pasientsikkerhetsvisitter i 2012, og det er arbeidet med et opplegg for pasientsikkerhet som tema i styrearbeid.

Det rapporteres til kampanjesekretariatet på resultatene fra systematiske journalgjennomganger. Journalgjennomgangene gjennomføres med verktøyet [Global Trigger Tool \(GTI\)](#) for å overvåke forekomsten av pasientskader.

- *Ledelsen i helseforetaket skal følge aktivt opp egne resultater i kampanjen.*

Resultatene fra kampanjen formidles ut i organisasjonen og følges jevnlig opp i ledergrupper, kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg, styre og brukerutvalg.

- *Helse Sør-Øst RHF har, i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, utarbeidet informasjonspakke om håndtering av endringer i meldeordningen. Helseforetaket skal delta i arbeidet med å sikre at denne informasjonen når ut til alle ansatte.*

Informasjonsmateriell om meldeordningen fra Helse Sør-Øst dannet grunnlaget for informasjon og opplæring. Det var i all hovedsak en vellykket overgang. STHF er ett av de helseforetakene som, størrelsen tatt i betraktning, har meldt flest uønskete hendelser til Kunnskapssenteret.

- *Det skal sikres nødvendig kompetanse og rutiner ved bruk av pasientadministrative systemer.*

Det har vært gjennomført opplæring/undervisning av kontorpersoneil og leger i pasientadministrativt arbeid i dagens system. Dette vil også få stort fokus ved overgang til DIPS i mai 2013. Ingen ansatte får tilgang til DIPS uten å ha deltatt på obligatorisk kurs.

- *Sykehuset Telemark HF skal i samarbeid med Sykehusapotekene HF følge opp felles etablerte mål og tiltak for å redusere feilmedisinering under sykehusopphold og ved utskriving. Det forutsettes at veilederen om legemiddelhåndtering, utarbeidet av Helse Sør-Øst, legges til grunn for endringer og implementering av prosedyrer samt tiltak som sikrer den nødvendige kompetanse hos helsepersonell som håndterer legemidler.*

Det er gjort en gjennomgående revisjon av legemiddelprosedyrene slik at de er i tråd med forskriften og legemiddelveilederen fra Helse Sør-Øst. Sykehusapoteket Skien har gitt et betydelig bidrag til dette arbeidet.

- *Forbedringspunktene som er avdekket gjennom revisjon av intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet, skal ivaretas. Dette vil inngå i oppfølgingsmøtene med Helse Sør-Øst RHF.*
- *Det skal sikres at helseforetaket har metoder for å teste og overvåke eventuelle svikt i det pasientadministrative arbeidet slik at tiltak iverksettes raskt.*
- *Arbeidet med kvalitetssikring av pasientadministrative rutiner med hensyn til organisasjons- og kompetanseutvikling følges opp.*

Det rapporteres samlet for punktene over.

Det er arbeidet med oppfølging av konsernrevisjoner fra 2011 innen områdene styrearbeid, medisinsk koding og pasientadministrativt arbeid. Implementering av tiltakene fra prosjektet "Glemt av sykehuset" har hatt høy prioritet, både med hensyn til å sikre det pasientadministrative arbeidet i dagens systemer og overgangen til nytt system, DIPS.

3.1.7. Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukervedvirkning

Overordnede mål

- *Pasienter, brukere og pårørende skal møtes med respekt og omsorg.*

Sykehuset Telemark har som uttalt kjerneverdi at våre møter med pasientene skal preges av faglig dyktighet, respekt og tilgjengelighet. Strategiplanen for perioden 2011-2014 omfatter fem strategiske satsningsområder, der pasientbehandling og kvalitet er første område.

Sykehuset Telemark legger til grunn de 13 prinsippene for medvirkning fra brukere. Dette gjenspeiles blant annet i foretakets Brukerutvalg og representantenes deltagelse i etablerte fora og prosjekter innen sykehuset, både i Skien og ved sykehusets øvrige lokasjoner. Brukerutvalget har en sentral rolle i sykehusets plan for god virksomhetsstyring. Brukerutvalget er fast representert

med talerett i styret ved sykehuset, i det sentrale Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg samt i utvalget ved enkelte klinikker.

- ***Pasienter, brukere og pårørende skal ha innflytelse over utformingen av eget behandlingstilbud og virksomhetenes tjenestetilbud.***

Pasientene, brukernes og pårørendes rettigheter og muligheter blir beskrevet i informasjonsbrosjyre, som sendes pasientene sammen med bekreftelse på mottatt henvisning/timeavtale. Brosjyren presiserer blant annet ”Du har rett til å medvirke, blant annet ved valg av undersøkelses- og behandlingsmetoder. Du kan be om at en person er med og støtter deg under undersøkelse eller behandling.”

Pasientene gjøres kjent med retten til nødvendig informasjon for å forstå sin helsetilstand og hva helsehjelpen går ut på, også mulige risikoer og bivirkninger. Pasientene gjøres kjent med retten til innsyn i egen journal og informasjon dersom han/hun påføres pasientskade. Likedan gjøres pasienten kjent med at helsehjelp som hovedregel bare skal gis med pasientens samtykke. Dette forutsetter at pasienten har fått nødvendig informasjon og innehar samtykkekompetanse.

- ***Tjenestene skal være innrettet etter brukernes behov, både når det gjelder fysisk, kulturell og språklig tilgjengelighet.***

Pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til individuell plan. Planen er et verktøy og en metode for samarbeid mellom pasient og de ulike tjenesteyterne. Medarbeidere gjennomgår obligatorisk e-læringskurs i individuell plan.

Barn som er pasienter og pårørende har utvidede rettigheter. Dette informeres det om fra Barne- og ungdomsklinikken. Barn som pårørende er anerkjent av sykehuset som en utsatt gruppe. Sykehuset har barneansvarlig personell som kan bidra til en god oppfølging av mindreårige barn som har alvorlig syk eller skadet forelder/foresatt/søsken.

For å utvikle likeverdige helsetjenester for innvandrergupper, har sykehuset ivaretatt dette ved blant annet å tilby tilgjengelige tolketjenester og har utarbeidet eget informasjonsmaterieil til ulike innvandrergupper for fødende. AMK-sentralen innførte i 2012 tolketjeneste 24/7 også ved akutte henvendelser.

I tillegg er det etablert en religion nøytralt kapell.

Sykehuset legger til grunn krav om universell utforming ved utvikling, rehabilitering og endringer i bygninger og arealer.

- ***Pasienter og pårørendes erfaringer og klager skal brukes systematisk i kvalitetsforbedringsarbeid, forskning og innovasjon.***

Sykehuset Telemark har etablert et Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (KPU) på foretaksnivå, samt klinikkvise utvalg. KPU erstatter tidligere kvalitetsutvalg. KPU gjennomgår aktuelle klagesaker, tilbakemeldinger fra pasienttilfredshetskartlegginger, aktuelle kvalitetsindikatorer mv for stimulering til og tilrettelegging for gode læringsløyper i forbedringsarbeidet.

Klinikkene ved Sykehuset Telemark oppfordres kontinuerlig til å bruke tid på gjennomgåelse av uønskede hendelser, tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende, tilsynssaker og avgjørelser i disse, samt klagesaker fra Pasient- og brukerombudet.

Kvalitetsavdelingen er styrket ressursmessig for blant annet å systematisere pasienter og pårørendes erfaringer og klager systematisk i kvalitetsforbedringsarbeidet, forskning og innovasjon.

- ***Bedre informasjon om fritt sykehusvalg.***

Sykehuset Telemark sender brosjyre med beskrivelse av pasientenes rettigheter, inkludert rettigheter om fritt sykehusvalg, til pasienter sammen med bekreftelse på mottatt henvisning/timeavtale. Brosjyren ble revidert i 2012.

Sykehuset Telemark har inngang til tema fritt sykehusvalg fra forsiden på nettsiden. Fra temasiden er det lenke til fritt sykehusvalgs nettside, sykehusvalg.no.

Mål 2012

- ***Det skal iverksettes tiltak for å bedre informasjonen til pasienter og pårørende om fritt sykehusvalg. Informasjonen om fritt sykehusvalg bør gis sammen med at pasienten får opplyst når de har timeavtale, slik at pasienten gis et grunnlag for å vurdere om det kan være hensiktsmessig å benytte fritt sykehusvalg.***

Sykehuset Telemark sender brosjyre med beskrivelse av pasientenes rettigheter, inkludert rettigheter om fritt sykehusvalg, til pasienter sammen med bekreftelse på mottatt henvisning/timeavtale. Brosjyren ble revidert i 2012.

- ***Det skal leveres oppdaterte ventetider til nettsiden fritt sykehusvalg.***

Sykehuset Telemark leverer jevnlig oppdaterte ventetider til nettsiden fritt sykehusvalg på alle relevante behandlingsområder.

- ***Alle helseforetak skal ha styrebehandlet mål og strategier for brukermedvirkning.***

Mål og strategier for brukermedvirkning ved Sykehuset Telemark ivaretas gjennom vedtak om plan for god virksomhetsstyring i helseforetaket, strategiplan for sykehuset, årlig OBD samt styrevedtak knyttet til utvikling av kvalitetsmål for foretaket.

- ***Resultater fra pasienterfaringsundersøkelser, registrering og rapportering av uønskede hendelser og andre kvalitetsmålinger skal være offentliggjort på helseforetakenes nettsider.***

Resultater fra PASOPP-undersøkelsen, GTT-undersøkelsen og andre mål på kvalitet presenteres dels i nyhetsform og dels på fast område under kvalitetsvignetten på nettet. Vi har et ønske om høy grad av åpenhet og tilgjengelighet til resultatene for omverdenen. Av flere årsaker, blant annet ustabilitet på nettløsning og kapasitet på tilrettelegging og publisering, har vi et potensial for forbedring på dette området.

Det er gjort et stort arbeid for bevisstgjøring rundt, opplæring og gjennomføring av meldinger av uønskede hendelser. Tallet på meldte hendelser er økende, noe vi tolker som en lavere terskel for melding av hendelser.

Forarbeidet til publisering av rapporterte uønskede hendelser på nett, er i gang. Vi ser stor verdi i å hente inn andre foretaks erfaringer i oppstartsfasen av publisering av hendelser på nett, og ser for oss at vi vil være i gang i løpet av første tertial 2013. Kvalitetsseksjonen er fra og med 2013 styrket med juridisk kompetanse, noe vi finner verdifullt i sammenheng med publisering av 3.3-hendelser.

Sykehuset Telemark HF vektlegger informasjon og åpenhet i vårt systematiske forbedringsarbeid. Tilsyn og revisjoner utgjør en sentral del av dette forbedringsarbeidet. På nettsiden publiserer Sykehuset Telemark aktuelle prosedyrer, styresaker, brukerutvalgssaker og rapporter fra våre tilsyn og revisjoner.

3.1.8. Opplæring av pasienter og pårørende

Overordnede mål

- *Pasient- og pårørendeopplæring skal være kunnskapsbasert og ha god faglig kvalitet*
- *Pasient- og pårørendeopplæring skal være integrert i behandling på alle nivå i pasientforløpet*

Det rapporteres samlet for punktene over.

Innen barne- og ungdomspsykiatrien (BUPS) er informasjon om og forståelse av vansker og diagnoser en del av pasientbehandling og samarbeidet med foresatte/pårørende. BUPS og konsultasjons- og utredningsenheten gir regelmessig og systematisk opplæring i diagnoseforståelse til pasienter, pårørende og samarbeidspartnere. BUPS og poliklinikkene i Skien, Porsgrunn og Vestmar samarbeider om en kursrekke på 4 kvelder for foresatte til barn/unge med diagnosen ADHD.

I tillegg til pasient- og pårørendeopplæring på de enkelte avdelingene har STHF lærings- og mestringssenter (LMS) i Skien og på Notodden. Det er fortløpende kontakt mellom de to LMSene. I tråd med føringene om at aktiviteten ved LMS skal være en integrert del av fagpersonellens virksomhet har erfarne leger, sykepleiere, fysio- ergoterapeuter osv. fra avdelingene det faglige ansvaret for innholdet i LMS-kursene. I 2012 er det gjennomført i overkant av 80 kurs og diverse grupper i Skien og på Notodden.

Mål 2012

- *Lærings- og mestringssentrene (LMS) skal videreutvikles som arena for samhandling og brukermedvirkning*

Enhetsleder ved LMS i Skien har deltatt i arbeidsgruppa rundt samhandling og lærings- og mestringstilbud. LMS har eget brukerkontor og har et bredt nettverk i brukerorganisasjonene, i kommunene og frivillige organisasjoner. Kommunene, brukerorganisasjoner og selvhjelpsgrupper har tilbud om å bruke LMS sine lokaler i både Skien og på Notodden. Erfarne brukere er med i planlegging, gjennomføring og evaluering av kurs.

- *LMS skal styrkes som helsepedagogisk ressursmiljø i helseforetakene*

LMS har en målsetting om minst en fagdag pr. halvår for helsepersonell fra sykehus og kommuner om aktuelle temaer. I 2012 ble det arrangert to slike fagdager i Skien med temaene minoritetshelse og livsstilsendring.

- *Samarbeidet med brukerorganisasjoner og kommuner om pasient- og pårørendeopplæringen skal styrkes*

LMS i Skien har fra oppstarten hatt et nært samarbeid med brukerorganisasjonene, både som samarbeidspartner i kurssammenheng, og ved å legge til rette for selvhjelpsaktivitet. Kommunene har vært invitert til å bidra i kurs, men hittil har det lyktes å gjennomføre slikt samarbeid kun i enkelte av kursene. Delavtalen som er inngått mellom STHF og kommunene, på området habilitering, rehabilitering, læring og mestring og forebyggende arbeid, legger et godt grunnlag for mer forpliktende samarbeid.

3.1.9. Kreftbehandling

Overordnede mål

- *Høy kvalitet og kompetanse i utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med kreft i tråd med nasjonale handlingsprogrammer for kreftsykdommer.*

Kreft er klinisk satsningsområde for sykehuset Telemark i perioden 2011-15.

- *Hensiktsmessig organisering av tilbudet til kreftpasienter med vekt på samling av funksjoner som av kvalitetsmessige årsaker bør skje på færre enheter (eks spesialisert kreftkirurgi) og desentralisering av tilbud som kan gis nær pasienten med god kvalitet.*

Operativ behandling av kolorektalkreft ved STHF Notodden er avviklet i løpet av 2012. All kolorektalkirurgi for Telemark forgår nå ved STHF Skien.

Satellitter for cytotartikabehandling er reorganisert ved avdelingene på Notodden og i Kragerø og er knyttet tettere opp mot hovedavdelingen i SKIEN blant annet via felles CYTODOSE-database.

- *Gode og effektive pasientforløp for kreftpasienter.*

Det er i 2012 utarbeidet standardiserte pasientforløp for kolorektalkreft og lungekreft.

Mål 2012

- *Det skal gjennomføres tiltak for å redusere flaskehalsen i forløpene for kreftpasienter.*

Gjennom kreftprosjektet på STHF ble det fra høsten 2011 til våren 2012 gjort en kartlegging av alle avdelinger ved sykehuset, som er involvert i kreftbehandling. Påviste flaskehalsen i 2012 er forsøkt rettet opp ved:

- Opprettelse av en ny patologistilling
- Opprettelse av en ny bioingeniørtilling ved seksjon for patologi

- Anskaffelse av teknisk utstyr ved avdeling for patologi, som forkorter arbeidsprosessene
 - Opprettelse av en ny onkologstilling
 - Opprettelse av en LIS-stilling onkologi
 - Oppstart av sengerokadeprosjekt for i større grad å kunne samle kreftpasientene i en avdeling.
- ***80 % av kreftpasienter skal ha forløp innenfor anbefalte forløpstider:***
 - *5 virkedager fra mottatt henvisning til henvisningen er vurdert.*
 - *10 virkedager fra mottatt henvisning til utredning er påbegynt.*
 - *20 virkedager fra mottatt henvisning til start av behandling.*

Det utarbeides fortløpende standardiserte pasientforløp for kreftpasienter. To forløp er utarbeidet i 2012, flere følger i 2013.

Det er ansatt 2,5 kreftkoordinatorer (2,0 i Skien og 0,5 på Notodden). Disse vil, som del av sine oppgaver, ha ansvaret for å følge opp at pasienter med mistenkt kreft er innenfor forløpstidene, samt å sjekke forløpene til pasienter som får startet sin behandling senere enn 20 virkedager fra mottatt henvisning med tanke på å finne gjenværende flaskehals eller svakheter i logistikken.

- ***Pasienter som henvises med mistanke om kreft skal få utnevnt en egen kontaktperson. Kontaktpersonen skal bidra til at pasienten får nødvendig informasjon om hva som skjer når, rettigheter og ventetider. Det vil ofte være hensiktsmessig at denne kontaktpersonen også har en aktiv rolle i å koordinere forløpet for pasienten.***

Det ble i 2012 opprettet 2,5 stillinger for kreftkoordinatorer for STHF. Koordinatorer er ansatt og er i funksjon fra februar 2013.

- ***Utdanningskapasiteten for onkologer og patologer skal gjennomgås og vurderes.***

Det er for tiden ansatt 2 leger i utdanningsstillinger for onkologi. Etter revisjon av spesialitetsreglene for onkolog vil LIS-legene forhåpentligvis kunne gjennomføre en større del av utdanningen utenfor universitetssykehus.

- ***Tiltak for å redusere ventetiden for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft skal iverksettes.***

Se besvarelse under pkt 3.1.21.

- ***Det skal legges til rette for gjennomføring av videreutdanning i henhold til kriteriene for den nasjonale piloten i kompetanseområde palliativ medisin.***

Palliativ enhet ved STHF er godkjent utdanningsinstitusjon for kompetanseområde palliativ medisin. Vi har kontinuerlig lege i utdanning i dette kompetansefeltet. En lege gjennomførte utdanningen i 2012.

- ***Det skal, i samarbeid med brukere og kommuner, tilrettelegges for helhetlige pasientforløp fra hjem til hjem for pasienter med kreft og utvikles minimum to nye behandlingslinjer i 2012.***

Det er i 2012 utarbeidet pasientforløp for kolorektalkreft og lungekreft i samsvar med det ovenstående.

3.1.10. Hjerneslag

Overordnede mål

- *Høy kvalitet og kompetanse i utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med hjerneslag i tråd med nasjonale faglige retningslinjer.*
- *Godt og effektivt forløp for slagpasienter.*
- *Alle pasienter med akutt hjerneslag skal behandles i slagenhet.*
- *Flere pasienter med akutt hjerneinfarkt skal få trombolyse.*
- *Økt kunnskap blant helsepersonell, pasienter og pårørende om symptomene ved akutt hjerneslag.*

Det rapporteres samlet for punktene over.

STHF har vært pilot i innsatsområdet hjerneslag i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen. Tiltakspakken, som bygger på den nasjonale retningslinjen for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, er innført i Skien og under implementering på Notodden og Rjukan.

Det er implementert en ny retningslinje for mottak av pasienter med FAST – symptomer, og utarbeidelse av standardisert helhetlig pasientforløp fra symptomdebut til utskrivelse hjem/kommunehelsetjenesten er mål i enhetens strategi for 2013 - 2014

Andel pasienter med akutt hjerneslag som legges på slagenhet etter ankomst i akuttmottak i sykehus per halvmåned registreres i Ekstranet. Vurderinger og nødvendige tiltak gjøres når pasienter blir lagt på andre avdelinger.

Det er inngått avtale med Kunnskapscenteret om måling av 30-dagers overlevelse etter hjerneslag (og hjerteinfarkt) for 2. og 3. tertial 2012 og 1. tertial 2013.

Mål 2012

- *20 % av pasienter med hjerneinfarkt under 80 år skal ha fått trombolyse.*

I 1. tertial 2012 lå STHF, Skien på en trombolyserate på 19,4 %

- *Alle helseforetak som behandler pasienter med hjerneslag skal rapportere data til Norsk hjerneslagregister.*

STHF har i 2012 rapportert til NORSTROKE og begynner å rapportere til Norsk hjerneslagregister fra 01.01.13.

- *Det skal være iverksatt tiltak for å gjøre helse- og omsorgstjenesten og befolkningen oppmerksom på symptomene ved akutt hjerneslag.*
 - Folkeopplysning er gjennomført ved at sykepleiere og leger har oppsøkt kjøpesenter i Grenland 4 enkeltdager i løpet av året og informert befolkningen/delt ut informasjon og materiell om symptomer på hjerneslag (FAST) og viktigheten av å raskt ta kontakt med spesialisthelsetjenesten

- To sykepleiere begynner på videreutdanning i januar 2013 ved Høgskolen i Buskerud: Tverrfaglig akutt slagbehandling og rehabilitering av hjerneslagrammede
- To hjelpepleiere har påstartet fagskoleutdanning i omsorg for mennesker med nevrologiske lidelse og hvor hjerneslag er viet en del av pensumet
- Ambulant slagteam bidrar til kompetanseutveksling med kommunehelsetjenesten
- Pasienter og pårørende får tilbud via LMS

3.1.11. Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling

Overordnede mål

- *Høy kompetanse og kvalitet i tilbudet til pasienter/brukere med rusmiddel- og annen avhengighet.*

Sykehuset har, med støtte fra HSØ, lagt ned en betydelig innsats for å styrke den samlede kompetansen innen tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) i Psykiatrisk klinikk.

- *Tjenestene innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) skal være samordnet med tjenester innen psykisk helsevern og andre spesialisthelsetjenester slik at tilbudet er tilpasset pasienter med sammensatte lidelser.*

HSØ har ikke utpekt noen avdeling med ansvar for Ø-hjelp rus i Telemark. Dette ivaretas i dag av akuttavdelingen i psykisk helsevern i tett samarbeid med Borgestadklinikken (BK), som historisk sett har hatt ansvar for rusbehandling i Telemark. STHF viser videre til områdeplan TSB for sykehusområde Telemark/Vestfold

- *Tjenestene innen TSB skal i størst mulig grad tilbys nær pasientenes bosted og i samarbeid med kommunale tjenester.*

TSB er en integrert del av DPS'enes oppgaver og samarbeider nært med kommune. STHF har desentralisert behandlingen av LAR - pasienter til DPS'ene, og integrert pasientgruppen i behandlingen ved det enkelte DPS.

- *Pasientene skal oppleve gode og sammenhengende behandlingsforløp, også ved øyeblikkelig hjelp og der behandling startes av ambulansetjenesten ved overdoser.*

Transport av psykisk syke er lagt til ambulansetjenesten (med evt. støtte fra politiet).

Prehospital klinikk Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Telemark, har i 2012 respondert på melding om "Overdose misbruker" i 148 tilfeller. To pasienter døde, 85 pasienter ble bragt til sykehus (Tønsberg 52, Skien 29, Notodden 2), 19 pasienter ble bragt til legevakt eller legekontor, mens 40 pasienter ble ferdig behandlet på stedet.

Det skal være gode rutiner for samarbeid med kommunen under behandling, ved endt behandling og ved behandlingsavbrudd, samt rutiner for hurtig reinntak i TSB ved behandlingsavbrudd dersom pasienten ønsker dette.

Det arbeides kontinuerlig for å etablere gode rutiner om samarbeid med kommunene vedrørende bolig/arbeid med videre, for at flest mulig av TSB-pasientene skal fullføre en vellykket behandling. DPS'ene har et nært samarbeid med disse instansene.

Mål 2012

- *Det samlede tilbudet innen TSB skal styrkes.*

STHF har etablert poliklinikker på DPS-nivå, som har integrert LAR i sitt behandlingstilbud. De tre plassene som er etablert for øyeblikkelig hjelp er opprettholdt. Det er etablert et samarbeid med Borgestadklinikken om overføring av pasienter ved behov for videre døgntilbud i TSB i forbindelse med øyeblikkelig hjelp innleggelser.

- *Det skal etableres behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i samarbeid med kommunene i påvente av oppstart av behandling.*

Pasienter i behov av behandling i TSB tas i mot poliklinisk, i påvente av døgntilbud. Ved behov for døgntilbud, og før denne har blitt tilgjengelig i TSB, har enkeltpasienter også fått tilbud i psykiatrisk døgntilbud.

Samarbeid rundt behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter, vurderes som jevnt over godt. Sykehuset har for p.t. ikke fristbrudd innen dette fagområdet.

- *Andel pasienter som fullfører TSB skal økes.*

For å øke andelen pasienter som fullfører iverksatte tiltak innen TSB, er det et nært samarbeid med NAV og kommuner om bolig/arbeid med videre. DPS'ene har et nært samarbeid med disse instansene.

- *Økt oppmerksomhet på og kompetanse i behandling av pasienter med skader og avhengighet av anabole androgene steroider.*

Kun på generelt grunnlag. Ingen konkrete tiltak iverksatt.

- *Helseforetaket skal vurdere samarbeidsavtalen med Kriminalomsorgen med henblikk på å tydeliggjøre at avtalen også omfatter TSB og kommunen, jf. utsendt mal for avtale.*

STHF har inngått avtale med Skien fengsel om TSB i samarbeid med kommunal fengselshelsetjeneste. Innsatte i Skien fengsel får vurdert behovet for TSB og ved rett til nødvendig helsehjelp ytes dette på lik linje med befolkningen for øvrig. Sykehuset har bidratt i arbeidet med å etablere en rusmestringsenhet i Skien fengsel.

- *Det skal legges særlig vekt på etablering av behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i samarbeid med kommunene.*

Det inngås samarbeid mellom fastleger og sykehuset som skal sikre behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter. Sykehuset har p.t. kort ventetid, og pasienter innen TSB med behov for behandling raskt, får dette.

- *Pasienter som ønsker å stå på venteliste til et bestemt tilbud, skal gis informasjon om rettigheter og behandlingssteder med kortere ventetid samt om konsekvenser av å eventuelt frasi seg rett til behandling innen frist.*

Informasjon om pasientrettigheter med henvisning til www.frittsykehusvalg.no gis til alle pasienter.

- *Det skal sikres at informasjon om forskjellige behandlingstilbud er lett tilgjengelig for pasienter, pårørende og behandlingsapparatet.*

Våre ventetider holdes oppdatert på www.frittsykehusvalg.no. Internettssidene (STHF.no) er oppdatert. Sykehuset Telemark sender brosjyre med beskrivelse av pasientenes rettigheter, inkludert rettigheter om fritt sykehusvalg, til pasienter sammen med bekreftelse på mottatt henvisning/ timeavtale. Brosjyren ble revidert i 2012.

3.1.12. Psykisk helsevern

Overordnede mål

- *Omstillingen innen psykisk helsevern skal videreføres slik at DPS blir prioritert og satt i stand til å ivareta allmennpsykiatriske funksjoner, herunder akutfunksjoner gjennom døgnet.*

Sykehuset etablerte august 2011 en DPS akutt med tilhørende akutteam, som vurderer alle øyeblikkelig hjelp innleggelser. DPS akutt er i dag veien inn og ut av spesialisthelsetjenesten i Telemark. Pasienter som er i behov av ”lukket dør”, går til sentralsykehusnivå. Erfaringene etter et års drift viser at ca. 50 % av alle ø-hjelpinnleggelser går til den åpne DPS - akuten.

STHF er uenige i at alle pasienter skal skrives ut via DPS'ene, og ønsker en mer helhetlig utskrivning fra både DPS og sykehusfunksjoner. DPS har god kompetanse om psykiske lidelser hos eldre, og samarbeidet mellom alderspsykiatrien og DPS'ene er meget godt.

- *Pasienter/brukere skal ha et helhetlig tilbud på et nivå som best mulig kan tilrettelegge for mestring og et normalt liv, dvs at tilbudet som hovedregel skal gis på kommune- og DPS-nivå.*

Sykehuset har jobbet systematisk med å styrke tilbudet i DPSene. Andelen pasienter innlagt i Psykiatrisk klinikk på DPS-nivå har økt fra 29 % i 2010 til 52 % i 2012. Dette skyldes i hovedsak endringene i akuttkjeden.

DPS Skien og DPS Porsgrunn/Vestmar er organisatorisk slått sammen for å ivareta et helhetlig og mer robust DPS-tilbud for en samlet befolkning på ca. 130 000 i 2012.

Ved hjelp av samhandlingsmidler ble det opprettet en såkalt samhandlingspost i et samarbeid mellom STHF og Kragerø kommune. Denne vil ikke videreføres i 2013.

DPS har kompetanse om psykiske lidelser hos eldre, og samarbeidet mellom alderspsykiatrien og DPS'ene er meget godt.

- *Sykehusene skal ivareta oppgaver som bare kan utføres på sykehusnivå, dvs sikkerhetsavdelinger, lukkede akuttavdelinger og enkelte avgrensede spesialfunksjoner.*

Sykehuset har i dag følgende spissede funksjoner i PHV:

- Akuttseksjon, med 2 sengeposter samt 3 senger øyeblikkelig hjelp rus
- Alderspsykiatrisk avdeling og poliklinikk
- Sikkerhetsenhet
- Rehabiliteringsenhet, lukket
- Utredningspost/tidligintervensjonspoliklinikk psykoser

Postene samarbeider godt med DPS Notodden/Seljord og DPS Nedre Telemark. Der hvor det er naturlig og hensiktsmessig samarbeider de spissede funksjonene også direkte med førstelinjen.

- *Psykisk helsevern skal i størst mulig grad være basert på frivillighet.*

Andelen pasienter som er innlagt etter psykisk helsevernloven §§ 3-2 og 3-3 har ligget stabilt på ca. 30 % før kontrollundersøkelse og ca. 20 % etter kontrollundersøkelse de siste 3 årene. Handlingsplan for mer frivillighet og riktigere bruk av tvang ved STHF er under gjennomføring.

Mål 2012

- *Regionale og lokale planer for redusert og riktig bruk av tvang skal gjennomføres som ledd i den nasjonale strategien på området.*

Lokal plan er basert på nasjonal og regional plan og vedtatt. Planen er utarbeidet i tett og godt samarbeid med fastlegene. Sykehuset deltar i et nasjonalt prosjekt om etikk og tvang i regi av Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo.

- *Det skal legges til rette for at BUP og DPS kan ha samkonsultasjoner med fastlege, i skolehelsetjenesten, på helsestasjon, med barnevernet mv også for pasienter som ikke er henvist til spesialisthelsetjenesten.*

Dette er ulikt gjennomført på DPS-nivå. I DPS Porsgrunn er følgende iverksatt:

- Planlagt og sporadisk kontakt med Famileklinikken (Bufetat)
- Systematisk kontakt med helsesøstertjenesten ved videregående skole
- Fast psykologrepresentasjon i Henvisingsteamet; organisatorisk knyttet til NAV; med medlemmer fra barnevern, oppfølgingstjenesten og prosjektet 'talenter for fremtiden'. Møte hver 3. uke.
- Faste og sporadiske møter med helsesøstertjenesten ved alle helsestasjoner i opptaksområdet
- Egen barne- og pårørendekoordinator for opptaksområdet

- Dialoger og møter med henvisende instanser relatert til oppstart, evaluering og avslutning av behandling

BUP- Skien har etablert konsultasjonsteam i samarbeid med henholdsvis kommunene Skien og Nome, der flere av hjelpetjenestene i den enkelte kommune, deriblant representant fra fastlegene, deltar i drøfting av saker for veiledning og avklaringer rundt videre oppfølging av pasienten.

- *Alle helseforetak/sykehus skal bidra til å innfri nye anbefalinger fra Nasjonal strategigruppe II psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk 2012.*

Anbefalingene fra Strategigruppe II, arbeidsgruppe 1 til 5 har ligget til grunn for vårt utviklingsarbeid også i 2012, herunder:

- Arbeid med brukermedvirkning har hatt høyt fokus og er godt i gang, det er etablert et brukerkompetanseforum som møter klinikkledelsen regelmessig. Brukere er representert i klinikkens fagråd og i klinikkens kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg
- DPS - akutten er etablert; ”En veg inn i Telemark”. Ordningen er under evaluering
- Ressursfordeling DPS/spissede funksjoner er ved inngangen til 2012 fordelt med 60 % til DPS og 40 % til spissede funksjoner
- Handlingsplan for mer frivillighet og riktigere bruk av tvang ved STHF er under gjennomføring
- TSB med desentralisering LAR, etablering av ACT-team pluss arbeid med samarbeidsplaner med de største kommunene. Samarbeidet mellom STHF og Skien kommune om ACT-team går ut våren 2013 og det er fra kommunens side signalisert et opphør av samarbeidet.

Barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon (BUPS) vil ha en gjennomgang på hvilke av de anbefalte områdene Sykehuset Telemark i dag tilfredsstillende i forhold til virksomhet og rutiner. Ut fra dette vil sykehuset vurdere å legge opp til endringer i tråd med anbefalte arbeidsmåter. I dag benyttes anbefalte verktøy for tilbakemeldinger om endringer ved behandling. Vi har i samarbeid med R-BUP planlagt en kursrekke høsten 2013 for opplæring i aktuelt verktøy til bruk ved systematisk brukertilbakemelding underveis i behandlingsforløpet.

- *Det legges til grunn en større vekst i behandlingsaktivitet innen tverrfaglig spesialisert rus og psykisk helsevern enn i somatikk. I tråd med intensjonene i opptrappingsplanen videreføres satsingen med en styrking og modernisering av tjenestene innenfor psykisk helsevern og TSB. Omstilling innenfor disse tjenestene skal komme pasientene innenfor disse fagområdene til gode.*

Psykiatrisk klinikk har over år foretatt omstillinger, effektiviseringer og videreutvikling av tjenestetilbud.

Aktiviteten innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige har økt mer enn somatikken. Dette gjelder både innen poliklinisk virksomhet og døgnbehandling. Økningen kommer av nye tiltak innført i 2012, med fokus på økt

behandlingsvolum for pasientgruppen TSB. Økningen er likt fordelt mellom fagområdene legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og ordinær TSB poliklinikk

- *Sykehuset Telemark HF skal følge opp innsatsen med de delfinansierte stillingene innen selvmordsforebyggende arbeid i samarbeid med regionalt ressurscenter om vold og traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS).*

Sykehuset har ansatt spesialrådgiver på klinikknivå, som gjennomfører opplæring i selvmordsforebyggende arbeid og deltar aktivt i oppfølgingen av selvmordsforsøk og gjennomførte selvmord blant pasienter i behandling ved klinikken.

3.1.13. Habilitering og rehabilitering

Overordnede mål

- *Tilbudene innenfor habilitering og rehabilitering skal være relevante og tilstrekkelige, dette gjelder også institusjonsbaserte tilbud.*

Sykehuset Telemark har organisert sine tilbud innen habilitering og rehabilitering i tråd med behovet i befolkningen og som en konsekvens av gjeldende rammebetingelser som blant annet samhandlingsreformen. Innenfor rehabilitering har sykehuset 6 døgnplasser knyttet til slagenhet/nevrologisk sengepost i Skien. Her drives akutt- og tidlig rehabilitering. Det er etablert tverrfaglig ambulant slagteam samt en rehabiliteringspoliklinikk som også driver utstrakt ambulant virksomhet. Helseforetaket har en felles områdeplan innen habilitering og rehabilitering med Sykehuset i Vestfold. Denne skal nå gjennomgås med tanke på mer samordning og samarbeid.

Seksjon for habilitering av barn og unge (HABU) har et relevant og tilstrekkelig tilbud for pasientene i sin målgruppe. Det jobbes også systematisk med overgangen mellom barn og voksen.

Når det gjelder habiliteringstjenesten for voksne (HAVO) er samarbeidet med og arbeidet overfor kommunene utviklet i tråd med strategisk plan. Blant annet har mer enn 300 kommunalt ansatte vært på ulike kurs gjennomført av HAVO. Videre er det startet opp arbeid med å etablere et fagnettverk for kommunalt ansatt høyskoleutdannet personell, som arbeider med mennesker med utviklingshemming i Telemark. Nettverket vil bli faglig driftet fra HAVO. Seksuelle overgrep overfor personer med utviklingshemming har blitt satt på dagsorden via HAVOs konferanse i september 2012, med over 100 deltagere fra Telemark, Vestfold, Aust og Vest Agder.

- *Tilbudene innenfor habilitering og rehabilitering skal være helhetlige og koordinerte.*

Utfordringen ligger i overgangene mellom ulike deler av spesialisthelsetjenesten, ulike omsorgsnivåer og overgang mellom barn og voksen. Innen barnehabiliteringen har det vært jobbet mye med samarbeid og overganger både internt i klinikken, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, den fylkesdekkende tjenesten for autismespekterforstyrrelser, mot kommunale aktører og mellom barne- og voksenhabiliteringen. Et samhandlingsprosjekt med tre utvalgte kommuner, hvor målet er å få en riktigere arbeidsfordeling og et mer helhetlig og sømløst tilbud til pasientene, er startet opp. Det jobbes kontinuerlig med å få gode, koordinerte løp med kommunene.

Mål 2012

- *Den medisinskfaglige kompetansen i habiliteringstjenestene skal styrkes.*
- *Det skal sikres tilstrekkelig kapasitet innen spesialiserte habiliterings- og rehabiliteringstjenester til ulike grupper, og etableres tilbud til pasienter med sansetap.*
- *Økt oppmerksomhet på pasienter med narkolepsi, spesielt ved de regionale fagmiljøene for ADHD, Tourettes syndrom, narkolepsi og autisme.*
- *Helseforetak skal i samarbeid med Sunnaas sykehus HF ved Regional koordinerende enhet utvikle og etablere informasjons og veiviserfunksjon for habilitering og rehabilitering ved koordinerende enhet på helseforetaksnivå, slik at tjenestene som tilbys er synlig og lett tilgjengelig.*

Det rapporteres samlet for punktene over.

Både på døgnerhabilitering og på rehabiliteringspoliklinikken er det tilbud for pasienter med synsproblemer etter slag. Det samarbeides med voksenopplæringen i kommunene rundt dette.

Narkolepsi utgjør en liten del av pasientmassen. Disse utredes og behandles i tråd med nasjonale retningslinjer. Nevrologisk fagmiljø deltar i utredning/behandling.

Barnehabiliteringstjenesten ivaretar pasienter med sansetap innenfor målgruppen, men gir p.t ikke et tilbud til barn med sansetap som eneste funksjonsnedsettelse, for eksempel døve eller blinde barn uten tilleggsvansker.

Det er etablert en felles koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering sammen med Sykehuset i Vestfold. Den koordinerende enheten er lokalisert til Kysthospitalet i Stavern.

3.1.14. Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati

Overordnede mål

- *Tilbudet til pasienter med CFS/ME skal være adekvat med hensyn til diagnostikk, behandling og rehabilitering.*

Mål 2012

- *Tilbudet til pasienter med CFS/ME skal gjennomgås med hensyn til om det bør gis ved ett eller flere sykehus i regionen for å sikre adekvat kompetanse og hensiktsmessig ressursbruk. Helse Sør-Øst RHF vil komme tilbake til hvordan oppdraget skal løses i 2012. Oslo universitetssykehus HF har ansvar for ambulant(e) team og regional poliklinikk.*
- *Det skal tilbys lærings- og mestringskurs til pasienter med CFS/ME.*
- *Det skal etableres tiltak for å sikre kunnskapsoverføring til kommunehelsetjenesten.*

Det rapporteres samlet for alle punktene over.

CFS/ME hos barn og unge utredes ved sykehusets barnepoliklinikk. Utredningen gjennomføres ved at barnet/ungdommen har tre dagers opphold på barneavdelingen med en ukes mellomrom. ME-teamet bestående av barnelege, psykolog, fysioterapeut og spesialpedagog gjør en tverrfaglig utredning av pasienten. Ved konklusjon om ME/CFS diagnostiseres opprettes kontakt og dialog med pasientens skole og aktuelle aktører i førstelinjetjenesten, som fastlege, PPT og fysioterapeut, for å sikre at nødvendige tiltak blir iverksatt. Pasienten henvises til barne- og ungdomspsykiatri for videre oppfølging.

Tilbud for utredning av voksne pasienter med CFS/ME er etablert på Notodden sykehus ved at de bistår fastlegene i avklaring av annen sykdom og komprimering av utredning og vurdering.

For voksne pasienter er det etablert lærings- og mestringskurs med 10 ukentlige samlinger. Kurset består av en kombinasjon av undervisning, gruppesamtaler, avspenning og bevegelse tilpasset deltakergruppa og den enkelte. Kurset gir informasjon om diagnosen og innspill til bedre mestring i hverdagen. Aktuelle tema er medisinske forhold, stressmestring, energiøkonomisering, kosthold og egenomsorg. Fokus er rettet mot ressurser og egne muligheter. Sentralt er erfaringsutveksling i et støttende fellesskap. Kurset bygger på tilsvarende kurs på ME/CFS-senteret på OUS Ullevål sykehus. Det er også egen samling for pårørende/nærpersoner. Det er per dags dato ikke etablert denne type kurs for barn/ungdom med CFS/ME og deres pårørende, men arbeidet er startet med å få på plass slikt kurs i 2013.

3.1.15. Barn og nyfødte som trenger intensivbehandling

Overordnede mål

- *Barn og nyfødte som trenger intensivbehandling skal få et tilbud av god kvalitet på riktig behandlingsnivå.*

Sykehuset Telemark har en egen nyfødt intensivavdeling med 12 plasser. Ved sykehuset forløses barn fra og med svangerskapsuke 28. Premature < 28 uker og nyfødte der alvorlige komplikasjoner forventes, blir forløst ved OUS-Rikshospitalet og tilbakeføres til vårt sykehus når de er stabile. Barn med behov for høyspesialisert intensivbehandling (for eksempel høy-frekvens oscillerende eller kjølebehandling) blir også overført til høyere omsorgsnivå. Samarbeidet med og arbeidsfordelingen mellom STHF og Rikshospitalet fungerer svært godt.

STHF har gjennom flere år utviklet et tett samarbeid med Borgestadklinikken omkring mødre med rusproblematikk og deres nyfødte og har fått status som kompetansesykehus for mødre i LAR (Legemiddelassistert Rehabilitering), deres barn og familier.

Avdelingen har god og relativt stabil bemanning både på lege- og sykepleiersiden. Det drives systematisk ferdighetstrening for alle faggrupper, men p.t hyppigere i legegruppen enn i sykepleiergruppen. Alt personale deltar en til to ganger i året i en systematisk gjennomgang av alt medisinsk-teknisk utstyr som benyttes i avdelingen.

Barn med behov for intensivbehandling utover nyfødtperioden, legges inn i sykehusets felles intensivavdeling. Behandlingsansvaret for større intensivbarn deles mellom barneleger og anestesileger. Det er et tett og godt samarbeid avdelingene i mellom. Flere av anestesilegene har sideutdannelse innenfor pediatri.

Mål 2012

- *Tilbudet til barn og nyfødte som trenger intensivbehandling skal gjennomgås for å sikre adekvat kompetanse og hensiktsmessig ressursbruk.*

Sykehuset Telemark har startet arbeidet med en intern evaluering av samarbeidet i føde-barsel-nyfødt intensiv-aksen. I dette arbeidet vil en evaluering av hvordan intensivbehandling av nyfødte er organisert inngå, sammen med en systematisk gjennomgang av kompetanse og behov for kompetanseutvikling i kommende 5-års periode.

Tilbudet til barn som trenger intensivbehandling evalueres løpende gjennom årlige dialogmøter mellom Barne- og ungdomsmedisins seksjon og sykehusets felles intensivavdeling.

3.1.16. Barne- og ungdomsmedisinske avdelinger

Overordnede mål:

- *Tjenesteansvaret til dagens barneavdelinger utvides til å gjelde barn og unge opp til 18 år. Disse avdelingene blir barne- og ungdomsmedisinske avdelinger.*

I Telemark er spesialisthelsetjenesten til barn samlet i en egen Barne- og ungdomsklinikk som omfatter pediatri, habilitering og barn og unges psykiske helse. Organisering i en felles klinikk er et viktig verktøy for en helhetlig utrednings- og behandlingsakse for barn og ungdommer med behov for bistand fra spesialisthelsetjenesten. I denne sammenhengen ser vi det som en ønsket utvikling at tjenesteansvaret til dagens Barneavdeling utvides til også å gjelde ungdommer mellom 16 og 18 år, siden både Seksjon for habilitering av barn og unge og Barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon allerede ivaretar ungdommer i denne aldersgruppen.

Mål 2012

- *Helseforetaket skal starte arbeidet med å planlegge hvordan eksisterende barneavdeling kan tilrettelegges for en generell heving av aldersgrensen fra dagens 16 til 18 år.*

Barne- og ungdomsmedisinsk seksjon jobber faglig og administrativt for at alle barn/ungdom opp til 18 år skal få behandling i seksjonen. Per i dag er aldersgrensen for barn med kroniske sykdommer/tilstander 18 år. I tillegg har seksjonen tett samarbeid med ambulanseteam i barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon, som behandler anorektikere. Ved behov for somatisk utredning blir de innlagt ved barne- og ungdomsmedisinsk seksjon opp til 18 år. I 2012 har seksjonen startet utredning av CFS/ME pasienter opp til 18 år. Sporadisk har vi også tatt inn barn med andre sykdomstilstander eldre enn 16 år.

3.1.17. Kjeveleddsdysfunksjon

Overordnede mål

- *Det skal gis et tilstrekkelig tilbud av god kvalitet til pasienter med invalidiserende kjeveleddsdysfunksjon (TMD).*

STHF har ikke eget tilbud innen dette fagområdet.

Mål 2012

- *Det skal iverksettes tiltak for å styrke tilbudet om utredning og behandling av personer med invalidiserende kjeveleddsdysfunksjon. Helse Sør-Øst RHF vil komme tilbake til hvordan oppdraget skal løses i 2012.*

Ikke relevant.

3.1.18. Beredskap og smittevern

Overordnede mål

- *Tilstrekkelig beredskap for å kunne håndtere ulykker og katastrofer.*

Beredskapsplaner er blitt revidert på alle felt i løpet av året og nye delplaner lagt til. STHF har deltatt i to øvelser hvor utrykningsteam er sendt ut, hvorav en var en stor samvirkeøvelse ved petrokjemianleggene i Bamble. Evaluering av øvelsene har ført til endringer i sykehuset for å forbedre måten å håndtere eksterne hendelser på. Det viser viktigheten av å øve, men også å evaluere. Det er dessuten foretatt noen table top øvelser ved forskjellige avdelinger innen foretaket.

- *Redusert risiko for helsetjenesteassosierte infeksjoner.*

Det ble gjennomført 4 prevalensundersøkelser. Undersøkelsene ble gjort på sykehusene i Skien, Kragerø, Notodden og Rjukan, samt på Telemark Rehabiliteringssenter.

Resultatene fra prevalensundersøkelsene sendes til de respektive avdelinger (ledere) med kopi til fagdirektør og kvalitetssjef og brukes i undervisning. Prevalenstillene for 2012 var henholdsvis 4,3 %, 6,1 %, 4,3 % og 9,4 %.

Det har for øvrig vært arbeidet godt med håndhygiene, redusert bruk av håndsmykker og utplassering av spritdispensere. Det er utarbeidet nye retningslinjer for infeksjonsprofylakse med antibiotika.

- *Redusert risiko for utvikling av antibiotikaresistens.*

STHF har tilgang til egne forbruksdata. Det er gjennomført en undervisningsdag med fokus på ny antibiotika veileder for sykehus og avdelinger med avvikende forbruksprofil har fått egen undervisning. I medisinsk klinikk utføres det prevalens på begrunnet antibiotika valg.

- *Innsamlede infeksjonsdata skal brukes aktivt i forbedringsarbeid, og dette arbeidet er forankret i ledelsen ved det enkelte sykehus/helseforetak.*

Resultat av insidensregistreringer sendes månedlig til klinikkledelse og kontaktleger ved aktuelle klinikker, med kopi til fagdirektør og kvalitetssjef. Innsamlede infeksjonsdata presenteres og brukes i aktivt forbedringsarbeid i sentralt kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg på sykehuset og i de tilsvarende utvalgene i klinikkene.

Mål 2012

- *Beredskapsplanene i regionen og i helseforetakene skal være oppdatert og tilpasset med utgangspunkt i erfaringene fra håndteringene av terrorangrepet 22. juli 2011 og andre tidligere hendelser.*

Beredskapsplaner er blitt revidert på alle felt i løpet av året og nye delplaner lagt til.

- *Det skal fra og med 1. september 2012 være iverksatt kontinuerlig registrering av alle de kirurgiske prosedyrene som inngår i NOIS og som utføres på det enkelte sykehus.*

Vi registrerte i 2012 kontinuerlig insidensandel av infeksjoner etter keisersnitt, innsetting av hofte- og kneproteser, tarm- og rektuminngrep og galleinngrep i Skien, etter innsetting av hofteproteser, kolon- og galleinngrep på Notodden og etter hofteproteser på Rjukan.

På dagkirurgisk avdeling i Porsgrunn er det gjort registrering av infeksjoner etter utvalgte ortopediske, plastikkirurgiske, urologiske, gynekologiske og gastrokirurgiske inngrep i perioden 1. september til 30. november i 2012.

Vi deltok på et pilotprosjekt med Folkehelseinstituttet (FHI) og leverte helårs NOIS-data på alle aktuelle inngrep: keisersnitt, hofteproteser, galle- og koloninngrep i Skien, hofteproteser, galle- og koloninngrep på Notodden og hofteproteser på Rjukan.

- *Sykehuset Telemark HF skal i samarbeid med Sykehusapotekene HF sørge for implementering og oppfølging av Bilag R2 om regional beredskap til den inngåtte rammeavtalen mellom Helse Sør-Øst RHF og Sykehusapotekene HF.*

STHF har hatt en gjennomgående revisjon av beredskapsplanverket. Delplan for svikt i legemiddelforsyning er utarbeidet i tråd med veilederen for legemiddelberedskap for Helse Sør-Øst og er på det nærmeste ferdigstilt.

- *Foretaksgruppen innfører felles krisestøttesystem i 2012. Dette som en del av et samordnet avtaleopplegg for de fire regionale helseforetakene i regi av Helsedirektoratet og anbefalt av Helse- og omsorgsdepartementet. Det vises til brev av 07.12.11 fra Helse Sør-Øst RHF. Helseforetaket skal samarbeide med Helse Sør-Øst RHF, de øvrige helseforetakene og Helsedirektoratet om innføringen.*

Beredskapsleder er satt inn som systemadministrator for innføringen av CIM i sykehuset Telemark og har deltatt på fortløpende opplæring. Planen i RHFet er å implementere CIM i alle HF i løpet av våren 2013 og maler er laget på RHFet nivå. RHFet definerer kommunikasjonsavdelingene som de av brukerne som er tenkt å benytte dette som daglig verktøy. Ved STHF er det kommunikasjonssjef som har vært på opplæring. Videre opplæring på HF nivå vil bli besluttet i Regionalt beredskapsutvalg i første kvartal 2013.

3.1.19. Forebygging

Overordnede mål

- *Bedre ernæringsstatus hos pasienter i ernæringsmessig risiko.*

Medisinsk klinikk har som målsetting at ernæringsstatus skal kartlegges hos kreftpasienter og geriatriske pasienter og at dette skal inngå som en del av epikrisen ved utskrivning.

- *Oppdatert kunnskap om ulykker som medfører personskader.*

STHF bidrar med data.

- *Redusert bruk av tobakk hos pasienter.*

Medisinsk klinikk har som målsetting at alle pasienter med lungebetennelse og hjerteinfarkt skal tilbys røykeavvenning ved utskrivning.

Mål 2012

- *Dokumentasjon på ernæringsstatus og oppfølgingsbehov skal følge med pasienten når han/hun flytter til et annet tjenestenivå eller mellom behandlingseenheter.*

Det gjennomføres kartlegging av ernæringsstatus hos utvalgte pasientgrupper, men målemetode er ikke etablert enda.

- *Helseforetaket skal rapportere komplette og kvalitetssikrede data om skader og ulykker til NPR.*

Data registreres kontinuerlig i akuttmottak og kvalitetssikres. Det er problemer med dataoverføring til NPR, men 2012-tall vil bli overført så raskt som mulig.

- *Sykehusene skal etablere tilbud om tobakksavvenning i tråd med faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet.*

LMS gjennomfører jevnlig røykeavvenningskurs.

3.1.20. Behandling av sykkelig overvekt

Mål 2012

- *Helseforetaket skal i sine planer beskrive hvordan man skal møte og følge opp den økende utfordringen med sykkelig overvekt i samarbeid kommunene.*
- *Overvekts pasienter fra eget opptaksområde skal sikres utredning og vurdering ved en tverrfaglig poliklinisk virksomhet med tilstrekkelig kompetanse og kapasitet.*

Det rapporteres samlet på ovenstående punkter.

Medisinsk klinikk ved STHF har ansvar for utredning og behandling av overvektige i vårt helseforetak. Noen pasienter får behandlingstilbud på Nordagutu, og en del blir henvist videre til Senter for sykkelig overvekt (SSO) i Tønsberg.

Kroppsformende kirurgi etter store vekttap er en regionsfunksjon, hvor Kirurgisk klinikk ved Plastikkirurgisk enhet har et ansvar, som starter to år etter bariatrisk kirurgi. Pasienter med store hudoverskudd henvises fra SSO eller fastleger. Vi har et nært samarbeid med SSO i Tønsberg og har som felles målsetning å få opprettet landsfunksjon for kroppsformende kirurgi på barn.

- *I 2012 skal det utføres minst 225 postbariatriske operasjoner ved Sykehuset Telemark HF.*

I 2012 ble det til sammen utført 221 postbariatriske inngrep ved STHF, hvorav 102 på Notodden. For 2013 har STHF besluttet å øke innsatsen ytterligere, slik at egen fagansvarlig overlege er ansatt fra desember 2012, antall inngrep på Notodden fordobles og en gradvis økende poliklinisk virksomhet for denne pasientgruppen på Notodden. Antall operative inngrep i Skien vil forholde seg konstant (ca. 120), og pasienter med økt kompleksitet, komorbiditet og/eller ASA \geq 3 vil bli prioritert dit.

3.1.21. Rekonstruksjon av bryst etter brystkreft

Mål 2012

- *I samarbeid med Helse Sør-Øst RHF skal helseforetaket i løpet av 2012 iverksette tiltak for å redusere ventetiden for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft.*

STHF tilbyr i dag både onkoplastiske, primære og sekundære rekonstruksjoner. De to førstnevnte grupper innbefatter samarbeid mellom brystkirurg og plastikkirurg. For å øke andelen sammedagsoperasjoner, vil STHF fra 2013 øke samlet operasjonsstuekapasitet også med parallelle stuer i Porsgrunn. I tillegg er antall DIEP (sekundær rekonstruksjon med fritt transplantat) forventet doblet i 2013, fra 31 i 2012, hvilket innbefatter anskaffelse av nytt mikroskop med flow-måling. I henhold til anbefaling fra HSØ legges det også opp til en økning i 2013, fra 72 i 2012, for rekonstruksjoner med ”andre” metoder for eksempel proteser av forskjellig art.

3.1.22. E-helse

Mål 2012

- *Det skal legges til rette for utbredelse/bruk av elektronisk resept.*

E-resept har fram til nå ikke vært tilgjengelig funksjonalitet i spesialisthelsetjenesten.

- *De nasjonale tiltakene for elektronisk meldingsutveksling skal følges opp. Alle helseforetak skal i løpet av 2012 ha forberedt for mottak av elektroniske henvisninger fra primærhelsetjenesten.*

STHF mottar i dag elektroniske henvisninger fra 18 legekantor i fylket. Sykehuset har måttet sette alt arbeid med elektronisk meldingsutveksling på vent på grunn av høy risiko knyttet til mangelfulle løsninger i dagens PAS/EPJ system. STHF vil gjenoppta arbeidet med videre utbredelse av elektroniske meldinger, inkludert henvisninger, etter implementering av DIPS medio mai 2013, og forbereder dette arbeidet i samarbeid med det regionale miljøet for elektronisk meldingsutveksling.

3.1.23. Forskning

Overordnede mål:

- *Økt omfang av klinisk pasientrettet forskning og helsetjenesteforskning av høy relevans og kvalitet.*
- *Alle helseforetak og private institusjoner som har avtale med og mottar hovedtyngden av sin finansiering fra det regionale helseforetaket skal ha egen forskningsaktivitet.*
- *Økt synliggjøring og bruk av resultater oppnådd gjennom forskning og innovasjon.*
- *God forskningsinfrastruktur for kliniske multisenterstudier translasjonsforskning og biobanker.*
- *Økt nasjonalt og internasjonalt forsknings- og innovasjonssamarbeid.*
- *Økt norsk deltakelse i det europeiske forskningsområdet, herunder EUs 7. rammeprogram, felles europeiske forskningsprogrammer og europeiske forskningsinfrastrukturtiltak.*

Mål 2012

- *Sykehuset Telemark HF skal implementere felles forskningsadministrativt system for alle typer forskningsprosjekter når dette foreligger, jf. tilleggsdokument til Oppdragsdokument 2011.*
- *Sykehuset Telemark HF skal styrke og videreutvikle egen infrastruktur for kliniske multisenterstudier, evt. gjennom NorCRIN.*
- *Sykehuset Telemark HF skal styrke egen infrastruktur for biobanker og forskning på humant biologisk biobank materiale, evt. gjennom deltakelse i Biobank Norge.*
- *Sykehuset Telemark HF skal medvirke til å etablere mer effektive systemer for kvalitetssikring av grunnlagsdata for måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene og rapportere i tråd med nye tidsfrister, jf. kapittel 7 Oppfølging og rapportering.*
- *Sykehuset Telemark HF skal utarbeide rutiner som sikrer at pasienter får informasjon om at humant biologisk materiale i visse tilfeller kan benyttes til forskning og informasjon om retten til å reservere seg.*
- *Sykehuset Telemark HF skal bidra til at målet om minst 40 % av publikasjonene fra 2012 i Helse Sør-Øst RHF har internasjonalt forskningssamarbeid (en eller flere utenlandske medforfattere) kan nås.*
- *Sykehuset Telemark HF skal bidra til at målet om at minst 20 % av artiklene fra 2012 i Helse Sør-Øst RHF skal være på nivå 2/2a (publisert i tidsskrifter vurdert å ha høy kvalitet og relevans) kan nås*
- *Sykehuset Telemark HF skal bidra til at Helse Sør-Øst når langsiktige mål og mål for 2012 satt av Helse- og omsorgsdepartementet*
- *Sykehuset Telemark HF skal bidra til å oppnå målene i regional forskningsstrategi for 2008-2012*
- *Sykehuset Telemark HF skal bidra med aktiv synliggjøring av forskningsnyheter fra egen virksomhet.*
- *Sykehuset Telemark HF skal legge til rette for samhandlingsforskning i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets føringer, også innenfor egne budsjettammer.*
- *Helse Sør-Øst RHF har vedtatt et langsiktig mål om opptrapping av ressursbruk til forskning i helseforetaksgruppen samlet til 5 % av totalkostnader. Ressursbruk til forskning inkluderer både interne og eksterne midler. Sykehuset Telemark HF skal bidra til realiseringen av dette målet ved at helseforetakets ressursbruk til forskning for 2012 øker i forhold til nivået for 2011.*
- *Sykehuset Telemark HF skal i løpet av 2012 legge fram en langsiktig plan for opptrapping av helseforetakets ressursbruk til forskning, inkludert eksternt finansierte midler.*
- *Sykehuset Telemark HF skal gjøre bruk av regionale forskningsstøttefunksjoner, teknologiske infrastrukturtiltak og forskningsnettverk for å sikre god ressursutnyttelse og økt internasjonal konkurranseevne for sin egen forskning.*

Det rapporteres samlet for alle punktene over.

STHF utarbeidet og vedtok ny forskningsstrategi og handlingsplan i 2011, gjeldende for perioden 2011 – 2015. I tillegg til å videreføre de sentrale elementer i HSØ sin strategi legges det også vekt på lokale tilpasninger og føringer.

STHF styrker kontinuerlig den lokale, kliniske forskningen gjennom flere virkemidler. Forskning, herunder både kvalitet og kvantitet, er nå blitt en del av lederavtalene på sykehuset. I tillegg vektlegges forskningserfaring ved nyansettelser. FoU-utvalget tildeler interne forskningsmidler som et av flere virkemidler for å hjelpe lokale forskere i gang. STHF har konsentrert ressursene om de 5 mest forskningssterke miljøene. Dette ser sykehuset målbare effekter av ved en merkbar økning i publikasjoner i 2011 og 2012. Antallet avlagte og påbegynte doktorgrader følger planlagt progresjon.

Innen fagutvikling og kvalitetssikring har det vært fokus på at man skal delta i alle relevante nasjonale kvalitetsregistre. Dette har vært forankret i lederavtalene for 2012. FoU-seksjonen har vært en viktig pådriver for dette, gjennom å belyse de forskningsmuligheter som ligger i slike registre. I tillegg har FoU-seksjonen et sterkt fokus på å få til mer smidige elektroniske løsninger for dataregistrering, blant annet gjennom en pilot med DIPS.

STHF deltar i flere kliniske multisenterstudier. Infrastruktur er på plass, men dersom dette skal utvides må det på plass ytterligere ressurser og kompetanse.

Det er etablert et formelt samarbeid med Oslo Universitetssykehus (OUS) om sporingssystem for biobanker, sammen med Sørlandet sykehus (SS) og Akershus universitetssykehus (AHUS). Forskningsbiobanker er etablert lokalt, og det forskes på disse, særlig innenfor det genetiske miljøet.

3.1.24. Innovasjon

Overordnede mål:

- *Økt forskningsbasert og behovsdrivet innovasjon.*
- *Økt implementering av nye produkter, tjenester, diagnostikk- og behandlingsmetoder, organisatoriske prosesser og løsninger som bidrar til økt kvalitet, effektivitet, kostnadseffektivitet, samhandling og mer helhetlige pasientforløp.*
- *Økt innovasjonsaktivitet gjennom bruk av offentlige innkjøp, før-kommersielle avtaler og prosjekter med leverandørindustrien.*

Mål 2012

- *De regionale helseforetakene skal ha videreført satsingen på innovasjon i helseforetakene i tråd med nye føringer som vil bli formidlet når de foreligger fra Helse- og omsorgsdepartementet.*
- *Sykehuset Telemark HF skal bidra til at Helse Sør-Øst når langsiktige mål og mål for 2012 satt av Helse- og omsorgsdepartementet.*
- *Sykehuset Telemark HF skal iverksette tiltak for å videreutvikle innovasjonsaktiviteten i eget helseforetak, evt. i samarbeid med de øvrige helseforetak og Inven2.*
- *Sykehuset Telemark HF skal bistå med videreutvikling av innovasjonsnettverket Helse Sør-Øst.*

Det rapporteres samlet for punktene over.

Helseforetaket søker kontinuerlig å stimulere fagmiljøene til å se innovasjonsmuligheter i tillegg til at sykehuset deltar i det regionale innovasjonsnettverket. Sykehuset søker å legge til rette for samhandlingsforskning gjennom etablerte nettverk mot kommunehelsetjenesten.

3.1.25. Innkjøp og logistikk

Overordnede mål

- *Sykehuset Telemark HF skal bidra aktivt for å oppfylle handlingsplanen for innkjøp og logistikk i tråd med føringer gitt fra helse Sør-Øst RHF.*

Sykehuset har kontinuerlig fokus på oppfyllelse av KPI indikatorene, som ligger i oppdrag og bestillerdokumentet, samt forbedringsarbeid i alle ledd av innkjøpsprosessen. Et element i dette er vedlikehold av databasen (grunndata). Dette er et viktig område som krever kontinuerlig oppfølging, da det løpende kommer nye avtaleprodukter, prisendringer, endring i forpackningsstørrelse osv. Det viser seg at økt fokus på databasevedlikehold også gir økonomiske gevinster. Videre arbeides det aktivt med å sertifisere sykehuset i forhold til det ytre miljø. Dette er et stort arbeid som ble påbegynt i 2012 og arbeidet fortsetter de neste to årene. Opplæring av personell med bestillerfullmakt pågår fortsatt og videre i 2013. Status viser at ca. 450 personer har vært igjennom opplæringsprogrammet, som består av et 3-timers kurs og to e-læringsmoduler.

I forbindelse med anskaffelsesprosjekter, som kjøres i regi av HSØ, er sykehuset positivt til å stille med helsepersonell både i regionalt produktråd og som prosjektdeltakere. Sykehuset støtter oppunder tanken om at det er fagpersonene, som sitter med den faglige kompetansen, og som har de største forutsetningene for å foreta evaluering av produkters kvalitet og funksjonalitet.

Mål 2012

- *Helseforetaket skal oppnå 80 % bruk av avtaler.*
- *Helseforetaket skal oppnå 70 % bruk av innkjøpssystem.*
- *Helseforetaket skal oppnå 90 % bruk av elektronisk produktkatalog.*
- *Helseforetaket skal bruke Forsyningscenteret for innkjøp med 22 MNOK.*

Det redegjøres samlet for ovenstående punkter.

Faktiske kjøp på avtale:

Sykehuset oppnådde 85 % avtalekjøp for 2012 og innfridde målet på 80 %. Det er imidlertid knyttet en viss usikkerhet til dette tallet, da systemet slik det er bygget opp i dag ikke klarer å gjøre et korrekt uttrekk. Denne indikatoren er derfor jobbet frem med forutsetninger, som inneholder svakheter.

Sommeren 2012 implementerte sykehuset nytt innkjøp og logistikksystem. Som nevnt over gir ikke systemet mulighet for å rapportere KPI'ene på en korrekt måte. For å få til et konkret uttrekk er vi avhengig av at Visma utvikler spesialmoduler. Disse blir ferdige i løpet av januar/februar 2013 og vil gi oss et mer riktig bilde av måleindikatoren.

Utnyttelse av elektronisk bestillingssystem:

Sykehuset oppnådde 68 % bruk av elektronisk bestillingssystem og er 2 % under fastsatt mål. Implementering av nytt system ble foretatt i 2. tertial 2012. I denne fasen var det stor aktivitet i forhold til å få det nye systemet på plass. Dette medførte at fokuset var rettet inn mot vellykket implementering. I 1. og 3. tertial, som var mindre berørt av implementeringen, var bruken av elektronisk bestillingssystem henholdsvis 73 % og 70 %, mens det i 2. tertial var helt nede i 56 %. Det jobbes kontinuerlig med å få inn flere produktområder hvor avrop gjøres gjennom innkjøpssystemet.

Bruk av elektronisk produktkatalog:

Definisjonen på denne indikatoren er antall fritekstbestillinger dividert på totalt antall bestillinger i innkjøpssystemet. Sykehuset oppnådde at 12 % av alle bestillinger var på fritekst mens, målet var på 10 %. Hovedgrunnen til at indikatoren ikke ble oppnådd skyldes fokuset på implementering av nytt system. Ser vi på 3. tertial isolert er vi nede på 6 %. Med et fortsatt sterkt fokus på denne indikatoren vil sykehuset i de kommende perioder holde KPI'en under 10 %.

Bruk av felles forsyningscenter for innkjøp med 22 millioner kroner:

Sykehuset har til sammen kjøpt for 23,5 millioner kroner fra forsyningscenteret i 2012 i følge regnskapet og oppsatt mål er innfridd.. Sykehuset kunne kjøpt vesentlig mer dersom produktsortimentet hadde vært større. Sykehuspartner jobber aktivt med å øke antall artikler på lager. Konsekvensen vil være økt kjøp fra felles forsyningscenter i 2013, forutsatt tilsvarende eller høyere aktivitet enn i 2012.

3.1.26. Bygg og eiendom

Vedlikehold av bygningsmassen

Mål 2012

- *Sykehuset Telemark HF skal vedlikeholde sin bygningsmasse i tråd med vedtatt strategi for eiendomsområdet (sak 010-2011) og i tråd med krav om planmessig vedlikehold gitt i foretaksmøter. Vedlikeholdsplanene skal føre til en forpliktende oppgradering av bygningsmassen til en tilstand som er tilstrekkelig god for gjeldende og planlagt bruk.*

Sykehuset Telemark har gjennomført en rekartlegging av hele bygningsmassen og har identifisert hvilke tiltak som må til for å reparere bygningsdeler med tilstandsgrad 3, totalt 190 tiltak. Dette er totalt kostnadsberegnet til 146 millioner kroner, hvorav de fleste tiltakene krever utskifting av bygningsdeler der den økonomiske levetiden er passert og utskiftingene må aktiveres.

Det er i gang arbeid med å identifisere tiltak for bygningsdeler med tilstandsgrad 2. Dette arbeidet forventes fullført sommeren 2013.

- *Sykehuset Telemark HF må utarbeide vedlikeholdsplaner, og sikre at budsjettet i tilstrekkelig grad er avstemt med disse og vedtatt eiendomsstrategi for foretaksgruppen. Vedlikeholdsplaner og budsjettet må ivareta nødvendig oppfølging av avvik i henhold til lover og forskrifter.*

Sykehuset avventer ferdigstilling av en utviklingsplan høsten 2013 før en vedlikeholdsplan ferdigstilles, da fremtidig arealutnyttelse vil være del av en slik utviklingsplan.

En vedlikeholdsplan som skal ivareta den vedtatte eiendomsstrategien for foretaksgruppen, betinger en øking av investeringsvolumet til sykehuset utover dagens avskrivningsvolum, gitt uendret arealforbruk.

- *Sykehuset Telemark HF må gi tilbakemelding med status per 31.12.11 om arbeidet med de vesentligste avvikene påpekt i Riksrevisjonenes rapport, sett i sammenheng med oppfølgingen av eiendomsstrategien i Helse Sør-Øst (jf. styresak 069-2011).*

Halvparten av avviket (dvs bygningsdeler med tilstandsgrad 3) er knyttet opp mot lokasjon Porsgrunn og sengebygget i Skien. Det er fremmet hhv konseptstudie og idestudie for disse bygningene overfor HSØ, uten at tillatelse for videre prosjektering er gitt.

- *Sykehuset Telemark HF skal, som en del av økonomisk langtidsplan, inkludere plan for forbedring av minimumstilstand for bygg. Det skal rapporteres om status for arbeidet pr. 2. tertial 2012.*

Dagens økonomiske langtidsplan gir ikke rom for å ta igjen vedlikeholdsetterslepet. Oppdatert vedlikeholdsplan vil etterfølge utviklingsplanen høsten 2013

- *Kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold samt utvikling og service skal registreres i tråd med NS3454, og rapporteres periodisk til RHF.*

De bygningsrelaterte kostnadene, eksklusiv renhold, har siden 2006 blitt registrert i tråd med NS3454.

Effektiv arealbruk

Mål 2012

- *Arbeidet med klassifisering av sykehus areal i henhold til Helsedirektoratets standard fullføres. Sykehuset Telemark HF skal bidra til at dataene gjøres tilgjengelige i felles database, etablert på nasjonalt nivå.*

På grunn av uklarheter i klassifikasjonssystemet er ikke arealene reklassifisert.

- *Sykehuset Telemark HF skal ta i størst mulig grad anvende bygningsinformasjonsmodellering ved planlegging av nye bygg og større ombygginger. Dokumentet BIM-strategi i Helse Sør-Øst tas bruk.*

Sykehuset har ikke hatt nybygg eller større ombygginger i 2012.

Felles kompetansesenter for avhending av eiendommer

Mål 2012

- *Sykehuset Telemark HF må bistå i fremskaffe en oversikt over de større aktuelle salgsobjekter, med beskrivelse av konsekvenser, risiko og mulig fremdrift for avhending som Sykehuset Telemark HF har. Oversikten skal bygge på Sykehuset Telemark HF's utviklingsplaner og øvrig planverk.*

Sykehuset har bistått med å fremskaffe oversikt over solgte objekt og er i dialog med HSØ sin ressursperson på dette området. Det er ingen umiddelbare planer for videre avhending. Dette må sees i sammenheng med utviklingsplanen, som vedtas høsten 2013.

- *Sykehuset Telemark HF må ta i bruk den utarbeidede rapporten som gir føringer og prosedyrebeskrivelse for salg av eiendommer i Helse Sør-Øst i sine avhendingsprosesser.*

Disse prosedyrene blir tatt i bruk i saker der det er aktuelt.

Planprosesser

Mål 2012

- *Sykehuset Telemark HF skal legge prinsipper og føringer i Helsedirektoratets Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter til grunn i sine planprosesser. Revidert veileder legger bl.a. til grunn at investeringsprosjekter skal forankres i de regionale helseforetakenes overordnede strategiplaner og i helseforetakenes utviklingsplaner.*

Veileder for tidligfaseplanlegging er implementert i sykehuset sine prosedyrer og legges til grunn i planprosesser.

3.1.27. Ledelse og lederutvikling

Mål 2012

- *Det skal etableres gode systemer for å velge kandidater og legge til rette for deres deltakelse i Nasjonalt topplederprogram.*

Sykehuset Telemark har videreført sin deltakelse i Nasjonalt topplederprogram med 4 ledere i 2012.

Klinikksjefene får hvert år i oppdrag å melde aktuelle kandidater for topplederprogrammet. Etter behandling i ledergruppa tar direktøren endelig beslutning. Kandidatene får nødvendig permisjon for å følge programmet.

- *Gode systemer for utvikling av fremtidige ledere på ulike nivå skal sikres.*

Sykehuset Telemark gjennomfører kontinuerlig egne lederutviklingsprogrammer. I 2012 har sykehuset hatt størst fokus på utvikling av enhetsledere.

- *Nasjonal lederplattform skal tas i bruk som verktøy for ledelse og for å rekruttere, følge opp og utvikle ledere.*

All vår interne lederopplæring bygger på Nasjonal lederplattform. Det er kjørt egne prosesser i tre av sykehusets klinikker; Barne- og ungdomsklinikken, Kirurgisk klinikk og Medisinsk serviceklinikk for å implementere nasjonal lederplattform (NP).

3.1.28. Medvirkning til omstilling

Mål 2012

- *Helseforetakets arbeid med effektivisering og omstilling skal videreføres i 2012. Det er en forutsetning for å lykkes i dette at ledelsen og tillitsvalgte samarbeider godt og etterlever*

regionens ”12 prinsipper for medvirkning i omstilling”. Sykehuset Telemark HF bes redegjøre for hvordan disse prinsippene er ivaretatt i de lokale prosessene som er gjennomført.

Regionens prinsipper for medvirkning er innarbeidet i foretakets interne prosedyrer og praksis. I tråd med dette er det derfor utstrakt kontakt og samarbeid mellom ledelse, tillitsvalgte og berørte ansatte i omstillingsprosesser. Foretaket legger stor vekt på å unngå oppsigelser som følge av omstilling. I 2012 har det for utvalgte stillingskategorier vært innført stillingsstopp/ stillingsvurdering for å skape løsningsrom for de som er berørt av omstilling.

3.1.29. Nasjonale rammeavtaler for leie av helsepersonell

Mål 2012

- *De forhold som Riksrevisjonen har påpekt i sin undersøkelse av nasjonale rammeavtaler for leie av helsepersonell skal følges opp.*

Bruk av innleid helsepersonell er i STHF organisert som et linjeansvar. I 2012 har foretaket ytterligere innskjerpet overfor ledere at etablerte rutiner og rammer, som gjelder for bruk av innleie og vikarbyrå i særdeleshet, skal overholdes.

3.1.30. Redusert bruk av deltid

Mål 2012

- *Helseforetaket skal videreføre det systematiske arbeidet for å redusere andelen deltidsansatte i tråd med foretakets vedtatte handlingsplan. Dette forutsetter at foretaket har hensiktsmessige prosedyrer i forhold til fortrinnsrett samt at permisjonsreglement og permisjonspraksis ikke medfører unødige deltidsstillinger. For øvrig må det arbeides aktivt med planlagte tiltak tilpasset de lokale årsaks bilder og forutsetninger.*

I februar – mars 2012 ble det gjennomført kartlegging blant deltidsansatte for å identifisere alle med uønsket og ønsket deltid. Oversikter over personell med uønsket deltid er overført til de respektive linjeledere for videre oppfølging. I tillegg har vårt eget Vikarsenter fått disse oversiktene, slik at ansatte med uønsket deltid kan få tilbud om vikaroppdrag for å øke stillingsbrøken. Det er fremdeles store utfordringer for å nå dette målet.

Foretaket har egne prosedyrer som ivaretar håndtering av fortrinnsrett og permisjon. Linjeledere har ansvar for å påse at permisjoner ikke forsterker deltidsutfordringen.

- *Foretaket skal dokumentere det løpende arbeidet ved månedlig rapportering basert på den felles nasjonale rapporteringsmatrise og de nye regionale rapporteringsrutiner som ble etablert i 2011.*

HSØ har ikke etablert rutiner for å følge opp felles nasjonale rapporteringsmatrise og de nye regionale rapporteringsrutiner, som ble etablert i 2011. Det er ikke forespurt månedlig rapportering på redusert bruk av deltid i 2012.

- *Alle ansatte som har registrert ønske om heltid og som fortsatt står i deltidsstilling pr. 1.1.2012, skal få en vurdering av sine muligheter for økt beskjeftigelse ved foretaket. Det skal fortrinnsvis gis tilbud om 100 % fast ansettelse.*

Ved årsskiftet 2012/2013 ble det gjennomført en rapportering fra linjeorganisasjonen til HR avdelingen på sykehuset for status i oppfølgingen av alle med uønsket deltid fra kartleggingen foretatt i mars i 2012. Statusrapport vil foreligge februar 2013.

- *I samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene, jf. blant annet avtalen mellom Fagforbundet og Spekter om å arbeide sammen for flere heltidsstillinger, skal det arbeides for å finne prosjekter eller gode tiltak som kan bidra til å øke stillingsandelen for medarbeidere i deltidsstillinger og gi flere heltidsstillinger.*

I 2011 ble det etablert arbeidsgruppe med representanter fra HR avdelingen, organisasjonene, verneombud og linjeledere, som arena for å diskutere videre utvikling og tiltak. Gruppen har fortsatt arbeidet i 2012, og må jobbe videre for å finne gode konkrete løsninger.

3.1.31. Utdanning av helsepersonell

Overordnede mål

- *Riktig kompetanse, tilstrekkelig helsepersonell, god utvikling og utnyttelse av personellressursene.*

Sykehuset Telemark har fokus på å rekruttere, beholde og utvikle nøkkelpersonell innen ledelse, fag, forskning og utvikling. Sykehuset har en god rekrutteringssituasjon innen de fleste fagområder, og har satt fokus på suksjonsplanlegging. Unntak er fortsatt for enkelte legespesialiteter og spesialsykepleiere.

- *Utdanning, kompetanseutvikling og kompetanseoverføring som støtter opp under samhandlingsreformen.*

Som følge av samhandlingsreformen er det etablert avtaler mellom foretaket og kommunene som ivaretar nødvendig kompetanseoverføring mellom personellgrupper, eks. hospiteringsordninger. Det er etablert en rekke ambulante team innen somatikk og psykiatri som jobber ute der pasientene er, sammen med kommunene.

- *Nødvendig etter- og videreutdanning av helsepersonell i helseforetakene skal ivareta kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene.*

Sykehuset Telemark har inngått avtale med høgskolesystemet om etter- og videreutdanning av helsepersonell. Det vurderes kontinuerlig hvilken kompetanse som er nødvendig til pasientenes behandling og pleie i klinikkene. Etter- og videre utdanning som det satses på er i tråd med overordnede føringer, virksomhetsplaner og gjeldende strategi for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet.

- *Praksis- og turnusordninger skal bidra til at helseforetakene framstår som gode og attraktive læringsarenaer og arbeidsplasser.*

Sykehuset Telemark er godkjent utdanningsinstitusjon for en rekke legespesialiteter innen medisin, kirurgi og psykiatri, og gjennomfører utdanningsløp for psykologer fram til godkjenning som spesialist. Det har vært utfordringer i utdanning av radiologer og ortopeder på grunn av stort arbeidspress. Sykehuset har turnusplasser for leger og fysioterapeuter. Tilbakemeldingene fra turnuskandidatene etter gjennomført turnusperiode er totalt sett bra. Sykehuset arbeider med å heve kvaliteten på veiledere, for å forbedre turnuslegenes veiledning i turnusperioden.

I tillegg har sykehuset et stort antall praksisplasser for høyskolestudenter og lærlinger i ulike helsefag. Alle studenter har en egen turnus/arbeidsplan i tillegg til en fast veileder, som er med på å sikre at målsettingen for praksisperioden nås.

Antall i utdanningsstillinger, turnusstillinger og praksis i 2012:

Gruppe:	Antall:
Leger i spesialisering	106
Psykologer i spesialisering	Ca 50
Turnusleger	40 turnusleger samtidig gjennom hele året
Turnusfysioterapeuter	3
Høyskolestudenter innen ulike helsefag	Ca 190
Lærlinger	Ca 25

Sykehuset Telemark er godkjent utdanningsinstitusjon for en rekke legespesialiteter innen medisin, kirurgi og psykiatri, og gjennomfører utdanningsløp for psykologer fram til godkjenning som spesialist. Det har vært utfordringer i utdanning av radiologer og ortopeder på grunn av stort arbeidspress.

Sykehuset har turnusplasser for leger, fysioterapeuter og jordmødre.

I tillegg har sykehuset et stort antall praksisplasser for studenter i ulike helsefag. Alle studenter har en egen turnus/arbeidsplan i tillegg til en fast veileder, som er med på å sikre at målsettingen for praksisperioden nås.

- ***Etablerte samarbeidsorganer med utdanningsinstitusjoner skal være utnyttet på en god og kraftfull måte og i samsvar med utviklingen av tjenestetilbudet.***

Konkrete oppgaver knyttet til praksisplasser og fordeling av studenter ivaretas i et godt samarbeid med utdanningsinstitusjoner.

Endringer i praksisfeltet på grunn av omorganiseringer eller omlegging av tjenestetilbudet ved STHF gjør at praksisperiodene må avvikles på nye måter innen gjeldende rammeplaner for de aktuelle studier. Det foreligger planer for etablering av mer formelle samarbeidsfora i 2013.

- ***Best mulig kvalitet i tilbudet og bærekraftig utvikling mht personell og arbeidskraftbehov i sektoren.***

Sykehuset Telemark påtar seg et stort utdanningsansvar for å sikre kvalitet og bærekraftig utvikling av framtidig personell- og arbeidskraftbehov. Dette gjøres ved å ha et utdanningsløp til spesialister og et høyt antall praksisplasser rettet mot ulike fag- og kompetansegrupper.

- *Helseforetaket skal fremstå som en attraktiv arbeidsgiver.*

Høy faglig kompetanse blant ansatte bidrar til å sikre tilførsel av gode fagfolk. STHF har gjennomgående mange kompetente søkere til ledige stillinger.

Medarbeiderundersøkelsen bekrefter at foretaket har et godt arbeidsmiljø og der de fleste har høy jobbtilfredshet og gleder seg til å gå på jobben.

Mål 2012

- *Praksisopplæring i samarbeid med UH-sektor og aktuelle kommuner skal ivaretas og utvikles.*

Praksisopplæring i samarbeid med UH- sektor og aktuelle kommuner ivaretas gjennom hospiteringsordninger i klinikkene, faglige nettverk og felles undervisningsdager. Praksisopplæringen er under stadig utvikling.

- *Det skal utvikles planer for etter- og videreutdanning av helsepersonell i helseforetakene som bidrar til å løse sektorens utfordringer.*

Foretaket har system for at hver klinikk og underliggende seksjoner skal utarbeide årlige kompetanseutviklingsplaner for sine områder. HR-avdelingen følger opp at slike planer foreligger.

- *Helse Sør-Øst RHF skal medvirke i arbeid med mulig omlegging av turnustjeneste for leger inkludert iverksetting av tiltak høsten 2012 som kan avhjelpe kapasitetsutfordringer i dagens ordning. Helseforetaket skal ta del i dette arbeidet.*

STHF har bidratt med sine innspill overfor HSØ til arbeidet med omleggingen av turnustjenesten for leger.

- *Det skal gjennomføres analyser og fremlegges planer for framtidig kompetanse- og personellbehov i 2020-perspektiv, jf. tilleggsdokument til oppdragsdokument 2011.*

Det er satt i gang et innledende arbeid med analyse og planlegging for framtidig kompetanse- og personellbehov i et lengre tidsperspektiv. Alle klinikkene har, i samarbeid med HR-avdelingen, hatt en første gjennomgang av framtidig kompetanse- og personellbehov.

- *Dobbelkompetanseutdanning i psykologi skal videreføres ved at kliniske stillinger er tilgjengelig i helseforetakene i samarbeid med universitetene.*

Det har ikke vært etterspørsel etter dobbelkompetanseutdanning i psykologi i 2012, men STHF er åpen for slike løsninger dersom behovet melder seg.

- *Helseforetaket skal sørge for at ansatte til enhver tid får tilstrekkelig opplæring til å sikre et kvalitativt godt og faglig forsvarlig tjenestetilbud. Alle utgifter til reise og opphold i*

forbindelse med etter- og videreutdanning dekkes av arbeidsgiver eller de nasjonale utdanningsfond, jf. Helse Sør-Østs etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt, pkt. 7.4. Unntak skal ikke lenger forekomme.

Foretaket følger HSØs etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt. Alle utgifter til reise og opphold i forbindelse med etter- og videreutdanning dekkes av arbeidsgiver eller de nasjonale utdanningsfond, og ikke av legemiddelindustrien. Ordinære spesialiseringløp for leger og psykologer er ikke etter- og videreutdanning, og dekning av slike kostnader følger av reguleringer i overenskomster.

- *Helseforetaket skal understøtte bedre ressursstyring gjennom å heve kompetansen på bemannings- og arbeidstidsplanlegging hos 1.linjeledere. Dette skal inngå i planen for strategisk kompetansestyring.*

I 2012 har STHF økt kapasiteten på støttefunksjonen innenfor ressursstyring og arbeidstidsplanlegging. Det er gjennomført analyser av organisasjonens disponering av bemanningsressurser. Dette arbeidet videreføres i 2013. Det er fortløpende intern kursing av 1. linjeledere i bruk av GAT. Foretaket har som mål at 1. linjeledere skal bli dyktige og selvgående i planlegging og disponering av personalressursene.

- *Helseforetaket skal sikre at personalet får opplæring til å håndtere de spesielle utfordringer som ligger i å gi minoritetsgrupper et likeverdig tilbud.*

Undervisning på foretaksnivå av helsepersonell for å håndtere spesielle utfordringer som ligger i å gi minoritetsgrupper et likeverdig tilbud, er ikke gjennomført inneværende år. Det er stadig fokus på dette blant helsepersonell, som jobber direkte med pasienter. Temaet tas opp i internundervisning i klinikkene.

- *Høgskolene har fra 2009 fått økt antall studieplasser for helse- og sosialfaglig personell. Behovet for praksisplasser har økt tilsvarende og Sykehuset Telemark HF får videreført økonomiske insentiv til å øke praksisinntaket også i 2012. Ressurstilførselen skal synliggjøres i forhold til praksiskoordinatorerne i Sykehuset Telemark HF.*

Incentivmidler knyttet til økning i inntak av praksisstudenter har siden starten ligget fast (kun prisjustert), mens studentmassen har økt vesentlig. Det er i 2012 forsøksvis fra STHF tilført ekstra midler til utvalgte enheter i klinikkene for å styrke veiledningsressursen, slik at studentene kan ivaretas best mulig. STHF mottar studenter også fra andre fagretninger som ikke inngår i tildelingsgrunnlaget i databasen (PRAKSYS).

- *Det skal legges til rette for å øke antall læreplasser for elever i videregående opplæring*

Totalt har 25 lærlinger vært ansatt i STHF i 2012.

STHF har p.t.15 lærlingplasser for helsefagarbeider, 1 kokkelærling og til sammen 18 for ambulansearbeider, hvorav 7 i STHF og 11 i Sykehuset Vestfold (SiV). STHF har ansvaret for lærlingene i ambulanse for begge helseforetak. Av ulike årsaker har flere helsefagarbeiderlærlinger trukket seg i år. Det vil bli sett nærmere på årsakene til frafallet og eventuelt iverksatt aktuelle tiltak ved neste års inntak.

I tillegg tilrettelegges det jevnlig for at egne ansatte tar fagbrev innen renhold, slik at kompetansen økes. Dette i nær dialog med den videregående skolen.

3.1.32. Årlig medarbeiderundersøkelse

Mål 2012

- *Sykehuset Telemark HF skal gjennomføre medarbeiderundersøkelse for 2012 i tråd med gjeldende regional standard og innenfor fastsatte frister. Resultatene fra fjorårets undersøkelse skal følges opp ved bruk av elektronisk handlingsplan.*

Foretaket innførte elektronisk HMS- handlingsplan i 2011 og har i 2012 fortsatt å benytte verktøyet. Alle elektroniske HMS- handlingsplaner er tilgjengelige med status for alle ansatte på intranettet.

- *Kompetanseplanlegging skal være en del av oppfølgingen av medarbeiderundersøkelsen. Det forutsetter at foretakene arbeider med utvikling av helhetlige kompetanseutviklingsplaner for virksomheten. Resultatmålene bekreftes i oppdrag og bestilling for 2012 til det enkelte helseforetak. Det må sikres at foretaksgruppen når sine samlede regionale mål for perioden.*

Resultatene av medarbeiderundersøkelsen (MU) i 2012 viste en stor økning i andelen ansatte som svarte at de hadde egen kompetanseplan. Ansvaret for overordnet kompetanseplanlegging ligger i hver klinikk, og legges på intranett slik at disse er synlig for alle ansatte. Foretaket har lagt vekt på å sørge for kompetansepåfyll i henhold til kompetanseplanene og at planene følges opp av nærmeste leder.

- *Minst 70 % av medarbeiderne har besvart årets undersøkelse*

Svarprosenten for MU 2012 er 79 % og oppsatt mål er innfridd.

- *Minst 85 % av enhetene har utarbeidet handlingsplan*

Det er ca. 200 områder som skal ha egen handlingsplan. Ved utgangen av november 2012 hadde 171 av disse utarbeidet handlingsplan. Dette utgjør ca. 85 %.

- *Minst 80 % av medarbeiderne har vært involvert i oppfølgingen av forrige års medarbeiderundersøkelse*

Resultatet i MU viser at 67 % av medarbeiderne har svart at de har vært involvert i oppfølgingen av MU 2012. Rapporteringen gjennom HMS – planene fra lederne viser at ca. 80 – 90 % av medarbeiderne har vært involvert i oppfølgingen av forrige MU. I mange enheter har både medarbeidere og ledere rapportert at alle (100 %) har vært involvert.

3.1.33. Resultatkrav

Mål 2012

- *Det forutsettes at Sykehuset Telemark HF fremviser et positivt resultat i 2012 på 36 mill. kroner.*

Foreløpig driftsresultat er 108 millioner kroner, som følger av:

- 36 millioner kroner budsjettert driftsresultat ØLP
- 30 millioner kroner høyere aktivitetsrelaterte inntekter og finansinntekter
- 15 millioner kroner fordelte midler fra Helse Sør Øst RHF – mottatt i desember 2012
- 27 millioner kroner lavere driftskostnader, blant annet endring av klassifisering – IKT og bygg kostnader.

Endringene av klassifisering må sees i sammenheng med aktiverte investeringer og fremtidige følgkostnader av regional finansierte IKT-investeringer.

Underliggende drift viser kostnadsøkninger på lønn (delvis økte årsverk og økning variabel lønn, som følge av økt behandlingsskapasitet for prioriterte pasientgrupper) og varer (gjestepasienter og pasientrelaterte medisinkostnader for ressurskrevende pasienter).

De aktivitetsbaserte inntektene øker, i hovedsak de polikliniske inntektene lab/røntgen.

Finanspostene bidrar positivt til driftsresultatet, som følge av forsinkelser i utbetalinger investeringer.

3.1.34. Avtalt aktivitetsnivå

Mål 2012

- *Det øremerkede tilskuddet til "Raskere tilbake" skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor, de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen.*

STHF har benyttet midler vedrørende "Raskere tilbake" i henhold til avtalt aktivitetsnivå med HSØ.

- *Aktiviteten og pasienttilbudet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB) skal ha en større vekst enn somatisk virksomhet. Det forutsettes også at ressurser som frigjøres som følge av kvalitetsforbedring, omstilling og mer effektiv drift innen psykisk helsevern og TSB skal benyttes innen fagområdene til å bedre pasienttilbudet innen disse tjenesteområdene.*

Aktiviteten innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige har økt mer enn somatikken. Dette gjelder både innen poliklinisk virksomhet og døgnbehandling. Økningen kommer av nye tiltak innført i 2012, med fokus på økt behandlingssvolum for pasientgruppen TSB. Økningen er likt fordelt mellom fagområdene legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og ordinær TSB poliklinikk

3.2. Styringsparametre fra oppdrag og bestilling 2012

AKTIVITET

Somatikk – DØGNBEHANDLING	2011	2012
Antall utskrevne pasienter – døgnbehandling	33631	32778
Antall liggedøgn – døgnbehandling	140918	136500
Fordeling av antall DRG-poeng - tradisjonelle DRG-poeng		
- Pas. bosatt i egen region beh. i eget HF	33063	32179
- Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF	225	206
- Pas. bosatt i eget opptaksområde beh. i andre regioner	254	299
- Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale	0	0
Sum DRG-poeng innlagte	33542	32684

Somatikk – DAGBEHANDLING	2011	2012
Antall dagbehandlinger	17726	18035
Fordeling av antall DRG-poeng - tradisjonelle DRG-poeng		
- Pas. bosatt i egen region beh. i eget HF	3800	4067
- Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF	0	0
- Pas. bosatt i eget opptaksområde beh. i andre regioner	0	0
- Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale	0	0
Sum DRG-poeng dagpasienter	3800	4067

Somatikk - POLIKLINISK VIRKSOMHET	2011	2012
Ant. inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	145057	146500
Fordeling av antall DRG-poeng - poliklinisk virksomhet		
- Pas bosatt i egen region beh. i eget HF	5221	5433
- Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF	19	23
- Pas. bosatt i eget opptaksområde beh. i andre regioner	52	53
- Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale	0	0
Sum DRG-poeng poliklinikk	5292	5509

Somatikk - TOTALT ANTALL DRG-POENG	2011	2012
Totalt ant. DRG-poeng (døgn, dag og polikl.) iht. "Sørge for ansvaret" (pas. fra egen region)	42390	42031
Totalt ant DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) (fra egen og andre regioner)	42634	42260

Voksenpsykiatri - HELSEFORETAK (SUM SYKEHUS OG DPS-ER)	2011	2012
Ant. utskrevne pasienter døgnbehandling	1937	1893
Antall liggedøgn døgnbehandling	48894	45750
Ant. oppholdsdager dagbehandling	0	0
Ant. polikliniske konsultasjoner	61109	55947
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling – private		
Antall liggedøgn døgnbehandling private		
Antall oppholdsdager dagbehandling private		
Ant. polikliniske konsultasjoner private		

Barne- og ungdomspsykiatri	2011	2012
Antall utskrevne pasienter – døgnbehandling	65	49
Antall liggedøgn – døgnbehandling	3041	3300
Ant. oppholdsdager dagbehandling	0	0
Ant. polikliniske konsultasjoner	29012	29422
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling – private		
Antall liggedøgn døgnbehandling – private		
Antall oppholdsdager dagbehandling private		
Ant. polikliniske konsultasjoner private		

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere	2011	2012
Antall utskrevne pasienter – døgnbehandling	28	37
Antall liggedøgn døgnbehandling	1057	1031
Antall oppholdsdager – dagbehandling	0	0
Ant. polikliniske konsultasjoner	13659	17558
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling – private		
Antall liggedøgn døgnbehandling private		
Antall oppholdsdager dagbehandling private		
Ant. polikliniske konsultasjoner private		

Pasientopplæring	2011	2012
Antall kurs ved LMS	94	89
Antall kursdeltagere ved LMS	1235	1020

STYRINGSPARAMETRE:

Beskrivelse av mål	2011	2012
2 h Andel med timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning	71,6 %	77,7 %
3 Andel oppdaterte ventetider på nettstedet, www.frittsykehusvalg.no *	80,5 %	80,5 %
4a. Andel epikriser sendt innen 7 dager – somatikk	83,6 %	82,1 %
4b. Andel epikriser sendt innen 7 dager – psykisk helsevern	75,6 %	63,9 %
4c. Andel epikriser sendt innen 7 dager – tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige	75,5 %	79,9 %
5a. Andel korridorpasienter – somatikk	2,6 %	3,9 %
5b. Andel korridorpasienter - akuttavd psykisk helsevern	0 %	
7a/b/c Andel liggedøgn utskrivningsklare – somatikk	1,2 %	0,5 %
7d/e/f Andel liggedøgn utskrivningsklare - psykisk helsevern voksne	2,2 %	1,5 %
8a Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning (ved eget sykehus) til vurdering av henvisningen er fullført		2,33 d
8b Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gammel		
8c Antall pasienter med åpen henvisning uten avtale om ny kontakt		
9a Andel fristbrudd - somatikk	2,3 %	3,9 %
9b Andel fristbrudd - psykisk helsevern	1,6 %	0,1 %
9c Andel fristbrudd - tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige	2,0 %	0,3 %
11 c Andel ambulante konsultasjoner psykisk helsevern voksne	1,7 %	
11 d Andel ambulante konsultasjoner psykisk helsevern (BUP)	2,3 %	
16 Prevalens av sykehusinfeksjoner *	*	*
18 Tvungen innskriving i psykisk helsevern, andel totalt (sum TO og TPH)	17,3 %	21,0 %
19 Andel ikke planlagte reinnleggelser i psykisk helsevern (voksne)	14,5 %	20,7 %
20 Tid fra henvisning til første behandling tykktarmskreft*	*	*
21 Tid fra henvisning til første behandling brystkreft*	*	*
22 Tid fra henvisning til første behandling lungekreft *	*	*
24 Registrering av hovedtilstand Psykisk helsevern voksne *	*	*
25 Registrering av hovedtilstand Psykisk helsevern BUP *	*	*
26 Fødselsrifter 3. og 4. grad *	*	*
27 Trombolysebehandling ved hjerteinfarkt *	*	*
28 Registrering av lovgrunnlag Psykisk helsevern voksne *	*	*

* Indikatorene blir bearbeidet og publisert av Helsedirektoratet. Tall for 2011 finnes på Helsedirektoratets statistikkside: <http://nesstar2.shdir.no/kvalind/>. For 2012 rapporterer helseforetaket egne tall hvis mulig.

ANDRE STYRINGSPARAMETRE:

Beskrivelse av mål	Ja	Nei
Har helseforetaket behandling av slagpasienter ved slagenhet?	x	
Rapporterer helseforetaket komplette og kvalitetssikrede data om ulykker og skader til NPR?	x	
Har foretaket etablert tilbud om røykeavvenning?	x	

BEMANNING:

Beskrivelse av mål	2011	2012
Brutto månedsverk (gjennomsnitt)	3048	3097
Antall ansatte (ved årets slutt)	4383	4200
Sykefravær i %	6,96	6,90
Brutto månedsverk, leger (gjennomsnitt)	380	395
Brutto månedsverk, sykepleierpersonell (gjennomsnitt)	1270	1276
Brutto månedsverk, laboratoriepersonell (gjennomsnitt)	90	87
Brutto månedsverk, annet fagpersonell i pasientbehandling (gjennomsnitt)	362	376
Brutto månedsverk, forsknings- og fagutviklingspersonell (gjennomsnitt)	24	27
Brutto månedsverk, ledere (gjennomsnitt)	193	198
Brutto månedsverk, adm-/kontorpersonell (gjennomsnitt)	366	373
Brutto månedsverk, teknisk-/forsyningspersonell (gjennomsnitt)	354	355
Brutto månedsverk, ukjent (gjennomsnitt)	9	10

RESULTAT

Beskrivelse av mål	2011	2012
Sum driftsinntekter	3 378 183	3 591 481
Sum driftskostnader	3 284 485	3 489 298
Driftsresultat	93 698	102 183
Netto finans	197	6 074
Resultat	93 895	108 257
- Herav økte pensjonskostnader som følge av endrede økonomiske forutsetninger		

3.3. Øvrige oppdrag gitt i løpet av 2012

Det er ikke aktuelt å rapportere på dette punktet.

4. Rapportering på andre områder

Det er ikke aktuelt å rapportere på dette punktet.

DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT 2012 - 2015

5. Utviklingstrender og rammebetingelser

5.1. Faglig og demografisk utvikling

Sykehuset Telemark skal arbeide med å tilby pasientene en trygg og god diagnostikk, behandling og pleie ut fra beste tilgjengelige kunnskap og nasjonale standarder, likhet i tilgang, kvalitet og resultat. For å få dette til må sykehuset tilpasse sin virksomhet til de fremtidige demografiske og sosioøkonomiske utfordringene i Telemark.

Utviklingen av sykdomsbildet og etterspørsel etter sykehustjenester for Sykehuset Telemark framover, vil påvirkes av følgende forhold:

- Telemark vil bli preget av en stagnerende befolkningsutvikling i planperioden.
- Alderssammensetningen vil være stabil de første årene, men fra 2015 til 2020 vil vi få en 25 % økning av aldersgruppa over 70 år.
- Vi vil få et økende antall pasienter med livsstilsykdommer, rusproblemer og pasienter med behov for tverrfagligrehabilitering.
- Den medisinske og teknologiske utviklingen vil stille ST overfor mange prioriteringsutfordringer vedrørende medisinsk teknisk utstyr og medikamenter.
- Behandlingsforløpene i somatikken vil bli kortere, mer behandlingsintensive og foregå i henhold til standardiserte behandlingsforløp.
- Avansert behandling særlig i kirurgi vil bli sentralisert. Mange medisinske tilbud til kronikere og eldre med sammensatte diagnoser vil bli desentralisert.
- Vi vil få sterkere krav om vedlikehold, utvikling og dokumentasjon av eiendomsmasse og medisinskteknisk utstyr.
- Pasientene vil bli mer bevisste på rettigheter, kvalitet og behandlingsalternativer.
- De vil i økende grad opptre som "kunder" og velge det sykehus som best tilfredsstiller deres forventninger.

Strukturen innad i Sykehuset Telemark med 8 ulike steder med behandlingsaktivitet, gjør det utfordrende å sikre både god kvalitet og kostnadseffektivitet.

5.2. Forventet økonomisk utvikling

Inntektsmodellen endres i takt med forventet befolkningsutvikling og sosioøkonomiske og demografiske faktorer. Som følge av redusert befolkning relativt til andre sykehusområder, egenskaper ved befolkningen som tilsier mindre behov for helsetjenester og økt bruk av spesialiserte tjenester i Oslo sykehusområde, vil basisinntektene korrigeres tilsvarende. Samtidig antas det at det vil gis økte bevilgninger til økt aktivitet for å ta høyde for befolkningsvekst, samt

at det fordeles midler til sparing til helseforetakene som i tidligere år. Etablering av øyeblikkelig hjelp plasser i kommunene frem til 2016 vil redusere pasientvolumet på sykehusene, med tilsvarende effekt på kostnadsnivået.

Sykehuset Telemark må skape betydelige innsparinger hvert år, for å kunne etablere et driftsresultat som gir muligheter til å håndtere medisinsk utvikling av tjenestetilbudet, IKT-investeringer, nødvendig vedlikehold og reanskaffelser av medisinsk teknisk utstyr. Sykehuset Telemark har store investeringsbehov. Det er derfor en direkte sammenheng mellom sykehusets evne til omstilling og driftseffektivisering, samt muligheten til å realisere målene i strategiplanen.

Arbeid med å realisere driftseffektiviseringer, som kreves for å oppnå et bærekraftig driftsresultat og god økonomi, igangsettes i løpet av 2013.

5.3. Personell- og kompetansebehov

Punkt 5.3 må ses i sammenheng med punkt 6.5 Mobilisering av medarbeidere og ledere.

I Strategiplanen for Sykehuset Telemark for 2011-14 er rekruttering og kompetanse løftet fram som sentrale momenter under innsatsområde 5 ”Utvikling av organisasjon, ledelse og arbeidsmiljø”.

Rekruttering og framtidig kompetansebehov

Regionalt og nasjonalt er det fortsatt noe mangel på leger innen enkelte spesialiteter. Rekrutteringssituasjonen for psykologspesialister er i bedring. Foretaket vil ha fortsatt fokus på å rekruttere og beholde nøkkelpersonell innen ledelse, fag, forskning og utvikling. For å være mer i forkant og forbedre planleggingen legges det opp til en årlig gjennomgang av status og tiltak for å skaffe viktig kompetanse. Årlig gjennomgang, vurdering og implementering av tiltak vil foregå i klinikkene. Den tradisjonelle arbeidsfordelingen mellom de ulike helsepersonell gruppene er i ferd med å endres, som følge av økt utdanning, ny teknologi, mangel på bestemte grupper og kostnadene på høyt kvalifisert arbeidskraft. Dette gjelder alle helsepersonellgrupper. Vi må i økende grad på alle nivå i organisasjonen spørre oss om Sykehuset Telemark har riktig kompetanse til å utføre oppgavene.

Utdanning av helsepersonell

Utdanning av helsepersonell er en av sykehusets hovedoppgaver. STHF ivaretar praksisopplæring av mange helsepersonellgrupper. Foretaket fokuserer på god planlegging, organisering og dedikasjon av kompetanseressurser til utdanningsoppgavene.

STHF har et særskilt ansvar for å lære opp alle ansatte og særlig nyansatte i hvordan ”tingene skal gjøres” ved sykehuset og sikre at ansatte kjenner til og behersker prosedyrer og verktøy sykehuset benytter. Det skal benyttes e-læringsprogrammer og sertifiseringer av personell som har gjennomført opplæring.

Samarbeidsprosjektet ”Godt samarbeid – gode praksisstudier – kompetente sykepleiere” mellom STHF og Høgskolen i Telemark fortsetter i 2013. Prosjektet har fokus på grunnutdanningen i sykepleie og på kvalitetssikringen av studentenes praksisstudier.

5.4. Bygningskapital og øvrige investeringsområder – status og utfordringer

Sykehuset Telemark har en kostnadseffektiv eiendomsforvaltning. Imidlertid har sykehuset større kostnader til oppvarming enn det som er normen. Dette skyldes i hovedsak at Sykehuset Telemark har damp som energibærer. Det er utarbeidet planer for endring av dette, men endringen krever betydelige investeringsmidler.

Arealeffektivisering betinger en konsentrasjon av aktiviteten på færre lokasjoner. Dette blir et av temaene i sykehusets utviklingsplan. Imidlertid vil en konsentrasjon også kreve investeringer av betydelig omfang. Det er ventet at utviklingsplanen vil resultere i flere utviklingsprosjekt innen eiendomsområdet.

Sykehuset bruker langt mindre midler til reinvestering i eksisterende eiendomsmasse, enn det som er anbefalt. Dette fører til et økende vedlikeholdsetterslep.

Det er knyttet et stort vedlikeholdsetterslep på sengepostene i Skien (Nordfløyen), samtidig som sengepostene er umoderne. Det er fremmet idestudie for denne bygningen for HSØ, uten at tillatelse for videre prosjektering er gitt.

6. Planer for innsatsområdene

6.1. Pasientbehandling

Grunnlaget for arbeidet i strategiperioden er ”Nasjonal kvalitetsstrategi”

Nasjonal kvalitetsstrategi ”Og bedre skal det bli!” definerer helsetjenester av god kvalitet som:

- Virkningsfulle (fører til helsegevinst)
- Trygge og sikre (pasientsikkerhet)
- Involverer brukerne og gir dem innflytelse
- Samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Tilgjengelig og rettferdig fordelt

Strukturerte journalundersøkelser, avvikshåndtering, interne revisjoner, sjekklister for trygg behandling, akkreditering, sertifisering, benchmarking og oppfølging av eksterne tilsyn blir sentrale virkemidler. Brukermedvirkning skal innarbeides på alle nivå i organisasjonen.

Klar rollefordeling/differensiering mellom sykehus – etablering av sykehusområder

Det er allerede etablert en rekke samarbeidstiltak mellom de 3 helseforetakene. Det er etablert felles prehospital klinikk. Karkirurgien er samlet i Sykehuset i Vestfold (SiV). STHF leverer bedriftshelstjenester og distribuerer oksygen til alle hjemmeboende pasienter i Vestfold-Telemark (avtale sagt opp av SiV per 1. april 2013). I 2008 etablerte Psykiatrien i Vestfold (PiV) og ST samhandlingsutvalg. Felles tjenesterklæringer, fellestiltak på faglig utvikling, spesialistutdanning og felles kurskatalog er utviklet for psykiatrien. Felles områdeplan for Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og Områdeplan for psykisk helsevern (PHV) er utviklet. I flere år er det arbeidet systematisk for samarbeidstiltak mellom de ulike fagmiljøene. STHF har, sammen med SiV i 2010, utarbeidet områdeplan innen svangerskap og barseltid. Planen er lagd i samarbeid

med representanter fra kommunene, brukerrepresentanter og ansattrepresentanter, og er en del av den regionale områdeplanen innen svangerskap, fødsel og barseltid.

I september 2009 tok Helse Sør-Øst initiativet til en omfattende utredning av organisering og dimensjonering av framtidens tjenestetilbud i sykehusområdet samt en felles plan for større investeringer i sykehusbygg. Samarbeidet, som er etablert mellom PiV og ST, skal videreføres og videreutvikles i planperioden. Det skal arbeides mot en samordning av fagutvikling, og en skal i perioden opprette et felles fagråd. En slik samordning vil ellers innebære en felles kurs- og kompetansenhet, felles forskningsstrategi, felles utforming av behandlingsforløp, prosedyrer og tjenesteerklæringer samt felles organisering av veiledning innen spesielle områder. Sykehuset Telemark skal samarbeide nært med Sykehuset i Vestfold slik at pasientene får gode behandlingstilbud i sykehusområdet.

Kvalitet og pasientsikkerhet er gjennomgående

Oversikter viser at det meldes svært få avvik i samhandlingen mellom ST og kommuner/fastleger. Det fokuseres i for liten grad i kvalitetsarbeidet på pasientforløpet som helhet. Det vil bli tatt initiativ til et mer systematisk kvalitetsarbeid på tvers av nivåer, organisasjoner og faggrupper. Sykehuset Telemark har i dag 2 ulike kvalitetssystemer, og ingen av dem understøtter kliniske prosesser på en god måte. Sykehusets melde/avvikssystem (TQM) er lite brukervennlig og støtter i liten grad opp om nye og endrede meldebehov, statistikk og analyse. Systemet var planlagt utviklet av leverandør i 2011, men vil på bakgrunn av en midlertidig driftsavtale, være tilgjengelig fram til avtale om anskaffelse av nytt felles melde/avvikssystem/dokumentstyringssystem, i regi av RADS-prosjektet, etter planen er på plass i 2014. I påvente av nytt system må administrasjon av meldinger til/fra kunnskapssenteret og utarbeidelse av statistikk og analyser må skje manuelt. Det er både tungvint og ressurskrevende.

TQM er også leverandør av sykehusets dokumentstyringssystem som danner grunnlaget for sykehusets kvalitetssystem. Dette systemet er i likhet med melde/avvikssystemet planlagt nedlagt og i midlertidig drift fram til 2014. Systemet tilfredsstillende ikke dagens krav til dokumentstyring og dette må kompenseres manuelt. Systemets lange responstid ved åpning av styrende kvalitetsdokumenter, utgjør en reell fare for informasjonssikkerheten og er en potensiell fare for pasientsikkerheten. Det har over tid vært arbeidet med å løse denne problemstillingen.

For å øke kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen vil STHF prioritere anskaffelse og implementering av moderne IKT systemer. I 2012 er pasientdataene samlet i en felles database og ny felles IKT plattform er installert. Det ble vedtatt i 2012 å implementere DIPS, som elektronisk pasientjournal og nytt pasientadministrativt system. Arbeidet er i gang og implementering er planlagt 13. mai 2013.

Tjenesteutvikling og kommunikasjon skal skje etter brukernes behov

Utvikling av elektroniske verktøy er trolig en forutsetning for at mye av den praktiske samhandlingen rundt enkeltpasienter kan fungere. Det vil bli lagt opp til innsats på mange områder: organisering, prosessforbedring, systemutvikling, tilpasning av tekniske løsninger, kompetanseutvikling mv.

Forpliktende samhandling med kommunene styrkes og videreutvikles

Regjeringen har lagt til grunn at samhandlingsreformen vil være et av de store grepene for å løse velferdsstatens utfordringer i de neste tiårene. De praktiske og konkrete løsningene må uansett utformes på det lokale planet mellom sykehusforetakene og kommunene. Sykehuset har inngått

avtaler med kommunene, som ivaretar bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud med vekt på kvalitet, pasientsikkerhet og individuelt tilpasset den enkelte pasient, herunder samarbeide om følgeberedskap for gravide. Det forventes at utviklingen av kommunale tjenester over tid kan redusere presset på sykehusets lokalsykehusfunksjoner. Desentraliserte sykehusstilbud skal opprettholdes og desentraliserte spesialisthelsetjeneste tilbud skal videreutvikles. Samtidig skal spesialisthelsetjenesten renyrke sine spissfunksjoner.

Spesialisthelsetjenestens rolle innen forebygging skal tydeliggjøres

Sykehuset har en betydelig oppgave i å forebygge sykdom hos befolkningen. Det bør utvikles modeller for lærings- og mestringsarbeid/helseforebyggende arbeid som viser sammenhengen mellom de ulike tiltakene, og som bidrar til å sikre at tiltakene henger sammen/støtter opp under hverandre.

Lokalbaserte tilbud til flertallet av pasientene

Sykehuset Telemark arbeider med å desentralisere det man kan og sentralisere det man må og har blant annet følgende lokalbaserte tilbud til pasientene;

- Ambulante team.
- Cellegiftkurbehandling både i Skien, på Notodden og i Kragerø.
- Desentralisering av dialysebehandling til lokal sykehusene Kragerø, Notodden og Rjukan, slik at pasienter slipper lang reisevei til Skien.
- Samarbeide Skien, Notodden og Kragerø for å gi pasientene et best mulig tilbud for koloskopi- og gastroskopiundersøkelser.

Akuttfunksjoner og akuttmedisinske behandlingsskjeder styrkes og videreutvikles på grunnlag av nasjonale standarder

Akuttfunksjonen i Skien er styrket på grunnlag av nasjonale standarder, med etablering av tilstedevakt for gyn- og anestesioverlege i 2012 i forbindelse med Kvinneklinikk.

Spesialiserte funksjoner lokaliseres ut fra nødvendig pasientvolum og faglige avhengigheter.

Sykehuset Telemark vedtok i 2012 å samle operativ behandling for kreft i tykk- og endetarm i Skien blant annet ut fra nødvendig pasientvolum og faglige avhengigheter.

Habiliterings- og rehabiliteringstilbudet styrkes lokalt og regionalt

Hovedtyngden av habiliteringsarbeidet skjer i kommunen, mens STHF har en veiledningsrolle. Sykehuset arbeider tett med kommunene gjennom ambulant virksomhet og ofte skjer både utredning av pasienter i et samarbeid med STHF og kommunalt ansatte. Det arbeides tett med kommunene med mål om økt samhandling. Rekruttering og sikring av stabil legekompentanse er av stor betydning for å sikre den totale kvaliteten og den forsvarlige faglige bredden på habiliteringstilbudet.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling styrkes og integreres i lokalsykehusstilbudet.

Bruk av rusmidler, inkludert alkohol, er blant de største risikofaktorene for sykdom og død. Det forskrives mer vanedannende medikamenter per innbygger i Telemark enn i andre fylker. Et stort antall, både akutte og planlagte, somatiske pasienter har samtidig rusproblematikk. Reduksjon av rusinntak, særlig alkohol, i forkant av inngrep kan redusere komplikasjoner. Redusert bruk av rusmidler vil redusere sannsynlighet for reinnleggelse. Tidlig identifikasjon og tidlig intervensjon innebærer at pasienter kan få hjelp før pasienten utvikler avhengighet og de negative konsekvensene blir tilsvarende store. STHF har satt seg følgende mål;

- Utvikle bedre rutiner for kartlegging av rusproblemer
- Iverksette raske tiltak og videre oppfølging når rusproblemer avdekkes. Ved sykehusinnleggelse vil rusrelaterte problemer kunne fremstå som tydelige for pasienter slik at de er særlig tilgjengelige for intervensjoner rettet mot endring av rusbruk.
- Utvikle helhetlige behandlingsløp hvor både rusfeltet og somatikk er integrert og ivaretagelse av samhandlingsperspektivet med kommunene.
- Å etablere Sykehuset Telemark HF i front nasjonalt på integrert behandling av rus og somatiske lidelser.

Tilbudet innen psykisk helsevern videreutvikles

Sykehuset tilbudet innen psykisk helsevern i Skien skal utvikles som akutttilbud og for pasienter med behov for spesialiserte tjenester. DPS'ene skal utvikles som sentre innen desentralisert psykisk helsevern med døgn tjeneste, allsidige polikliniske og ambulante tjenester.

6.2. Forskning og innovasjon

Sykehuset Telemark har en overordnet strategiplan for perioden 2011-2014 med årlig rullering. Strategiplanen og FoU's handlingsplan tilstreber en forankring av forskning som et ansvar for ledelsen ved hver enkelt av sykehusets klinikker. Det er viktig for profilering og rekruttering til sykehuset. Videre er erfaring fra forskning en forutsetning for gode, kunnskapsbaserte vurderinger og prioriteringer av behandlingstilbud, dvs. en forutsetning for høy kvalitet og effektivitet i tjenestetilbudet.

Sykehuset Telemark HF har noen få, men sårbare, forskningsgrupper som har hevdet seg (f.eks. innen arbeidsmedisin, mage-/tarmsykdommer, genetik og psykiatri). Samlet sett har sykehuset ikke hevdet seg godt nok i konkurransen om eksterne forskningsmidler. Handlingsplanen for forskning ved STHF fokuserer på økt samarbeid med andre aktører i og utenfor regionen og konkrete tiltak for styrking av forskerkompetansen lokalt. Det vedlegges handlingsplan for forskning ved Sykehuset Telemark HF for perioden 2011 – 2015 (vedlegg 2)

6.3. Kunnskapsutvikling og god praksis

STHF arbeider systematisk med behandlingslinjer og pasientforløp. Dette er et av verktøyene som benyttes for kontinuerlig kompetanseutvikling for å sikre god pasientbehandling av høy kvalitet. Behandlingslinjene bygger på kunnskapsbasert medisin og beste praksis. Helseforetaket har systematisk leder- og medarbeideroppfølging. Årlig medarbeidersamtaler er obligatorisk der individuelle kompetanseplaner er en viktig del. Kompetanseutviklingsplaner i de organisatoriske enhetene inngår blant aktivitetene i Årshjulet. Felles malverk er lagt til grunn. Årshjul for personal/HMS og kvalitet utarbeides hvert år, og aktivitetene knyttet til dette utdypes i eget skriv og dialog med klinikkene. En viktig del av Årshjulet er oppfølging av resultatene etter Medarbeiderundersøkelsen.

6.4. Organisering og utvikling av fellestjenester

Gevinstrealisering i Adm.HR- prosjektet (GAT- arbeidsplansystem) videreføres i et samarbeid mellom økonomi- og HR-avdelingen. Vi vil fokusere på bedre styring av bemanningsressursene slik at det blir større samsvar mellom aktivitet og bemanning. Fleksibel bruk av personell på tvers av tradisjonelle enhetsgrenser, bedre styring av vikarer og innleid personell, samt profesjonalisering av bemanningsplanleggingen, blir vesentlige fremover. I tillegg vil sykehuset innføre nytt pasientadministrativt system våren 2013 og felles plattform som kan bidra til å frigjøre ressurser til pasientbehandling. Systemene vil også gi lettere tilgang til systematiserte data.

På innkjøpsområder jobbes det aktivt med å ta ut mulige gevinster innen felles rammeavtaler, som er inngått.

6.5. Mobilisering av medarbeidere og ledere

Punkt 6.5 må ses i sammenheng med punkt 5.3. Personell og kompetansebehov.

I Strategiplanen for Sykehuset Telemark for 2011-14 er arbeidsmiljø, ledelse og bemanning blant områdene som er løftet fram som sentrale under innsatsområde 5 "Utvikling av organisasjon, ledelse og arbeidsmiljø".

Arbeidsmiljø

De største arbeidsmiljøutfordringene er å legge til rette for at ansatte mestrer oppgavene, utvikler seg og unngår helsefarlige arbeidsbelastninger. Etablerte aktiviteter i Årshjulet, herunder vernerundene, medarbeiderundersøkelsen, medarbeidersamtaler, kompetanseplaner og oppfølging av HMS- planer, videreføres. Elektronisk HMS- plan er implementert i hele foretaket. Dette gir ledere et bedre verktøy for oppfølging og evaluering av planlagte og gjennomførte HMS- tiltak.

Ledelse

Foretaket vil videreføre ledelsesmodellen med balansert målstyring og resultatansvarlig ledelse på alle nivå med klare ansvarsområder, fullmakter og resultatkrav nedfelt i årlige lederavtaler. For å utvikle lederskapet skal det drives kontinuerlig lederutvikling og kollegabasert veiledning organisert på tvers av organisasjonsgrenser. Nye ledere skal gjennomgå et organisert opplæringsløp for raskt å bli satt inn i ledelsestjenkingen og lederverktøyene ved sykehuset. Det er gjennomført et nytt introduksjonsprogram for nye ledere fra 2012. Utvalgte ledere deltar i nasjonalt lederutviklingsprogram.

Deltidsutfordringen

Foretaket vil opprettholde et høyt fokus på deltidsutfordringen. Målet i strategiplanen er å øke andelen 100 % stillinger og foretaket vil tilstrebe økning av stillingsbrøk for de som ønsker det. Vurdering av ulike tiltak vil skje i samarbeid med ansatte og deres organisasjoner. Blant tiltak nevnt i foretakets strategidokument er endring i dagarbeidsstillinger for pleiepersonell slik at personellet kan inngå i turnusordninger, og bidra til at flere kan få hele stillinger eller økt stillingsbrøk.

Sykefravær

Arbeidet med sykefraværet vil fortsatt bli fulgt opp og vektlagt. Arbeidet med å nå målene i IA-arbeidet, slik det går fram av overordnet HMS- handlingsplan for STHF, vil bli videreført.

Medvirkning

Samarbeid med tillitsvalgte videreføres i tråd med de 12 prinsippene for medvirkning, og i henhold til sykehusets egne retningslinjer for organisasjonsendringer og omstillingsprosesser.

6.6. Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

Sykehuset Telemark har utarbeidet en overordnet økonomisk langtidsplan for perioden 2013-2016 og ut 2027, som viser hvordan behovet for spesialisthelsetjenester, utfordringer og økonomiske rammer påvirker virksomheten. Prioritering av ressursinnsats skal skje innenfor etablerte økonomiske rammer, og på en slik måte at det sikres helsetjenester tilpasset befolkningens behov og handlingsrom for fremtidige investeringer. Budsjettarbeidet fremover vil legge vekt på kontinuerlig tilpasning til omgivelsene, definere et klart målbilde, medarbeiderinvolvering og god styring av arbeidsprosesser.

Effektiviseringskravet for perioden 2013-2016 er 200 millioner kroner. Gitt resultat i balanse i 2013, vurderes at det gjenstår driftseffektiviseringer på ca. 175 millioner kroner i perioden 2014-2016. Driftsresultatet vil da øke til 10 millioner kroner i 2014, 40 millioner kroner i 2015 og 85 millioner kroner i 2016.

Investeringsnivået forutsatt i ØLP vil videreføres og ligger noe under historisk nivå, grunnet krevende driftsutfordringer og begrenset likviditetsbidrag fra driften.

Utviklingen i driftsresultat, som forventet for perioden 2014-2016, vil øke likviditetsstrømmen og likviditetsreserven som sykehuset kan disponere.

DEL IV: VEDLEGG

1. Risikovurdering fra 3. tertial 2012
2. Handlingsplan for forskning ved Sykehuset Telemark for perioden 2011 - 2015