

Sykehuset Telemark HF

Årlig melding 2013

til Helse Sør-Øst RHF

Skien 28. februar 2014

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 2013.....	3
1.3. Virksomhetsstyring - styrets arbeid med intern styring og kontroll.....	4
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.....	9
2.3. Evaluering av egen virksomhet og organisering.....	10
DEL II: RAPPORTERINGER	12
3. Rapportering for mål 2013 i oppdrag og bestilling	12
4. Rapportering for styringsparametre i oppdrag og bestilling 2013.....	38
5. Rapportering for øvrige oppdrag gitt i løpet av 2013	44
6. Rapportering på andre områder [Brukes bare ved behov]	44
DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT 2013 - 2016	45
7. Utviklingstrender og rammebetingelser	45
7.1. Faglig og demografisk utvikling.....	45
7.2. Forventet økonomisk utvikling	46
7.3. Personell- og kompetansebehov	47
7.4. Bygningskapital og øvrige investeringsområder – status og utfordringer.....	48
8. Helseforetakets planer for utviklingen	48
DEL IV: VEDLEGG [Brukes bare ved behov]	50
Vedlegg 1: Drøftingsprotokoll fra møte med tillitsvalgte og hovedverneombud 28.1.14	50

DEL I: INNLEDNING OG SAMMENDRAG

1. 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 helseforetak (STHF) er et helseforetak innen sykehusområdet Telemark - Vestfold. STHF er eid av Helse Sør-Øst RHF (HSØ) opptaksområde er Telemark fylke med 171.333 innbyggere (tall per 3. kvartal 2013). STHF har i tillegg til sitt allsidige akutt sykehus i Skien også tre lokalsykehus med akuttfunksjoner; Rjukan, Kragerø og Notodden, og leverer spesialisthelsetjenester innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for rusmiddelavhengighet (TSB). Virksomheten drives med sikte på å nå nasjonale helsepolitiske-, forskningspolitiske- og utdanningspolitiske mål og helseforetaksgruppens samlede målsetting innenfor de mål, resultatkrav og rammer som fastsettes gjennom vedtekter, instruksjoner, avtaler, beslutninger truffet i foretaksmøtet, tildelte bevilgninger og vilkår knyttet til bevilgningsvedtakene. Pasientenes behov for spesialisthelsetjeneste skal legges til grunn for foretakets samlede virksomhet.

Sykehuset Telemark 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 medisinsk genetikk, fertilitetsbehandling og arbeidsmedisin.

Samhandling innen sykehusområdet Telemark og Vestfold

Det er etablert et godt samarbeid mellom de to helseforetakene. Det er felles prehospital klinikk innen sykehusområdet. Karkirurgien er samlet i Sykehuset i Vestfold (SiV). I 2008 etablerte Psykiatrien i Vestfold (PiV) og STHF samhandlingsutvalg, som er videreført også etter at PiV ble organisert under SiV. Felles tjenesterklæringer, fellestiltak på faglig utvikling, spesialistutdanning og felles kurskatalog er utviklet for psykiatrien. Forskjellig organisering av tjenestetilbudet, som er felles for de to helseforetakene, er tidvis utfordrende.

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

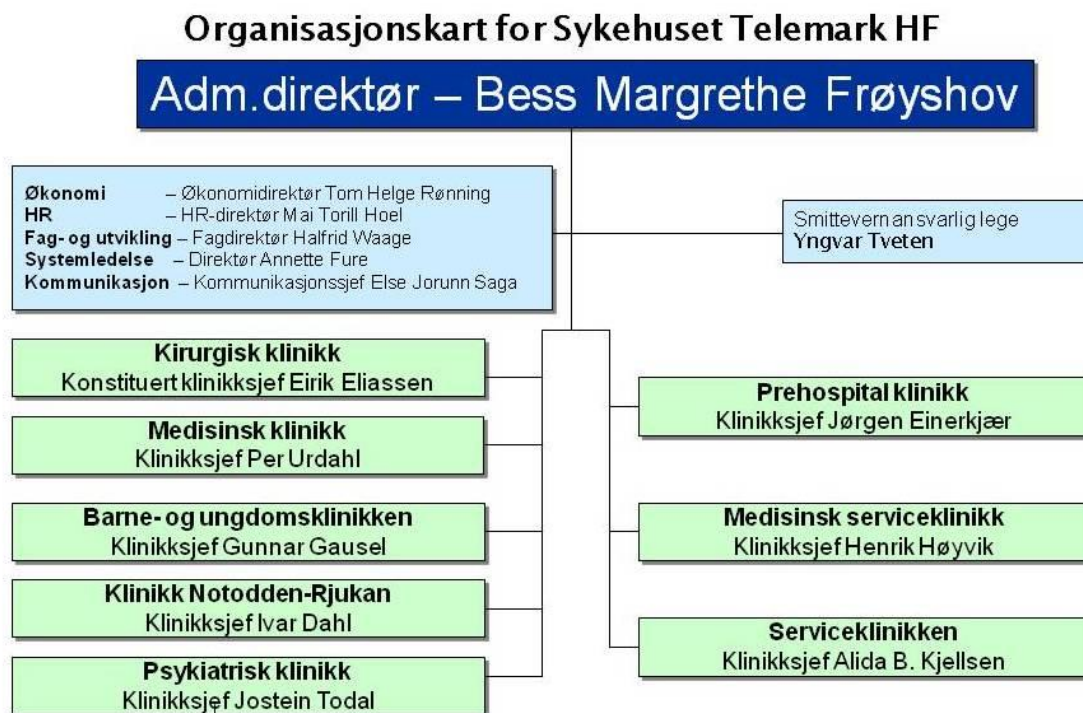
Opptaksområdet for sykehuset dekker Telemark fylke med 170.023 innbyggere (per 1. januar 2012) og 18 kommuner. Telemark fylke har et areal på totalt 15.299 kvadratkilometer, og en befolkningstetthet på 11 innbyggere per kvadratkilometer. Virksomheten drives med lokaliteter i 8 kommuner, Rjukan, Seljord, Sauherad, Notodden, Skien, Porsgrunn, Bamble 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 samt fem stabsavdelinger. Under hver klinikk og stabsavdeling er det seksjoner og enheter. Budsjettet i 2013 er på ca. 3,6 milliarder kroner og hadde 3.112 brutto månedsverk i 2013.

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



Oppdatert 14.01.14

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 god kunnskap, best practice 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 på utvikling og vedvarende og kontinuerlig forbedringsarbeid. Pasientenes behov, lovpålagte oppgaver og Oppdrag og bestilling, er førende for Sykehuset Telemark HFs videre arbeid med mål og strategiutforming.

1.2. Sykehuset Telemark HFs mål for 2013

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.

De fem strategiske mål; ingen fristbrudd, gjennomsnittlig ventetid under 65 dager, direkte time, medarbeideroppfølging og økonomisk handlingsrom, følges opp månedlig. I tillegg er delmål definert både innen de overordnede målene og for andre fokusområder av vår virksomhet som for eksempel kvalitet og pasientsikkerhet.

I 2013 har STHF gjennomført sin målsetting om å innføre PAS/ EPJ systemet DIPS, basert på nye og felles definerte arbeidsprosesser og prosedyrer.

Sykehuset Telemark har i 2013 jobbet med en Utviklingsplan for 2014 til 2016. Mandatet, vedtatt av styret 29.1.2013, gir følgende konkrete bestilling til resultatet av arbeidet med Utviklingsplanen:

Styret for STHF har med bakgrunn i dette funnet det nødvendig å foreta en gjennomgang av Sykehuset Telemarks spesialisthelsetjenestetilbud og vil lage en utviklingsplan, som tilfredsstillers nasjonale og regionale krav, faglige føringer og de presiserte økonomiske rammebetingelser.

Mandatet uttrykker tydelig at kvalitet og pasientsikkerhet skal stå i sentrum.

Den 10. desember 2013 ble anbefaling til framtidig tjenestetilbud ved Sykehuset Telemark lagt fram og styret ved STHF ble, på styremøte den 17. desember 2013, orientert om administrasjonens anbefaling til framtidig tjenestetilbud i helseforetaket før høringsdokumentet med underlagsinformasjon ble sendt på høring med frist 1. mars 2014 ([Høringsdokument til Utviklingsplanen](#)). Styret ved STH sitt endelige vedtak i Utviklingsplanen er planlagt den 20. mai 2014.

1.3. Virksomhetsstyring - styrets arbeid med intern styring og kontroll

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.

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, administrasjonssystem, elektronisk journal, personalsystem, økonomi- og innkjøpssystem og øvrige 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. I den månedlige virksomhetsrapporten rapporteres data og måloppnåelse knyttet til pasientbehandlingen, systemkvalitet, arbeidsmiljø, og økonomi. Denne og den tertialvise 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.

Hele organisasjonen involveres i praktiseringen av virksomhetsstyringen gjennom året. De ulike råd, utvalg og grupper som er etablert, jobber kontinuerlig for måloppnåelse innen kvalitet og aktivitet basert på gode beslutninger basert på kvalitetssikret kunnskap og fakta, læringsløyper og delingskultur. Direktørens ledergruppe (bestående av administrerende direktør, klinikkjefer og stabsdirektører) har jevnlig møter ca. hver fjortende dag. I tillegg har administrerende direktør hatt møter med klinikkjefgruppen jevnlig og dialogmøter med de enkelte klinikkene månedlig. Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget (KPU) har månedlige møter og er en viktig arena for kvalitetsarbeidet og læring på tvers mellom klinikkene. Det er også etablert klinikkvise KPU. Arbeidsmiljøutvalget (AMU) er en viktig arena for sikring av den gode arbeidsplassen og grunnlag for utvikling av medarbeidere. AMU har månedlige møter. Administrerende direktør har jevnlig dialogmøter med de hovedtillitsvalgte, samt hovedverneombudet, i tillegg til drøftingsmøter. Brukerutvalget ved Sykehuset Telemark har jevnlig møter og gir viktige tilbakemeldinger til organisasjonen, spesielt på forhold rundt pasientbehandling. Saker som skal forelegges styret, skal i prinsippet være forelagt brukerutvalget i forkant. I praksis er ikke dette alltid gjennomførbart, men det tilstrebes. Brukerutvalget stiller også med to representanter i styret med møte- og talerett. Dette er med og sikrer brukerstemmen inn i styrerommet. Brukerutvalget ved STHF er også aktive med rekruttering av brukerrepresentanter til prosjekter, kampanjer, lokale brukerråd osv.

Styret er STHFs øverste beslutningsnivå. Styret avholder jevnlig møter, ca. åtte i året, flere ved behov. Styret skal ved hjelp av god virksomhetsstyring istandsettes til å ta kvalitativt gode beslutninger og å etterspørre og få nødvendig informasjon samt stille de krav til sykehusadministrasjonen som styret til en hver tid finner nødvendig for å nå overordnede mål og krav.

I 2014 legges det opp til i februar å definere sentrale mål blant annet i forhold til Oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst for 2014. I mars/april jobbes det med tiltak for å sikre måloppnåelse av vedtatte mål med ansvarlig for tiltak og tidsestimering og handlingsplaner for risiko-reducerende tiltak. Risikovurdering per 1. tertial fremmes for styret på styremøte i mai 2014. Risikoelementene fra 1. tertial oppdateres og rapporteres til styret sammen med ledelsens gjennomgang etter 2. tertial 2014. Ved årsslutt evalueres måloppnåelse og risikovurdering per 3. kvartal utarbeides og fremmes for styret på et av de første styremøtene i 2015. Det legges opp til at risikovurdering utføres hvert tertial. LGG utarbeides en gang årlig i sammenheng med risikovurdering etter 2. tertial 2014. Handlingsplaner 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
- Sørge 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 overvåkning og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer bra og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten

I tillegg til sykehusets tertialvise risikovurderinger utarbeides det enkeltvis situasjonsbetingede risikovurderinger og det lages egne handlingsplaner for risikoreduserende tiltak.

1.4. Medvirkning fra brukere og tillitsvalgte

Tillitsvalgte

Sykehuset Telemark har avtale om totalt 6,93 årsverk frikjøp av foretaks- og hovedtillitsvalgte. I tillegg er hovedverneombud frikjøpt i full stilling. De største arbeidstakerorganisasjonene har også klinikkstillitsvalgte. I Sykehuset Telemark er det etablert en fast møtестruktur 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 kvartalsviser møter, samt møter etter behov. Foretakstillitsvalgte har regelmessige møter med klinikkjefene, minst fire ganger hvert år.

Tillitsvalgte tas generelt med i styringsgrupper og prosjektgrupper som gjelder utviklingsarbeid, omlegginger og organisasjonsendringer m.m. I 2013 har det vært tett samarbeid med tillitsvalgte på alle nivåer i forbindelse med utviklingsplanen for STHF 2014-2016.

Samarbeid med tillitsvalgte gjennomføres i prinsippet i overensstemmelse med de 12 prinsippene for medvirkning, men er krevende å få gjennomført i alle ledd. Sykehusets har egne retningslinjer for organisasjonsendringer og omstillingsprosesser, som er under revisjon i forbindelse med Utviklingsplanens gjennomføring.

Vernetjenesten er organisert med verneombud i 55 verneområder og med et klinikkverneombud i hver klinikk. Verneombudene medvirker i årlige vernerunder i alle enheter, men opplever at de involveres lite i endrings og omstillingsprosesser. Her jobbes det med forbedring. Hovedverneombudet deltar på møter med øverste ledelse på lik linje med foretakstillitsvalgte.

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 foretakstillitsvalgte (FTV) og hovedverneombud for innspill underveis. Endelig versjon er behandlet av FTV-gruppen og hovedverneombudet i drøftingsmøte den 28. januar 2014. Ansattvalgte har også medvirket til årlig melding gjennom sin representasjon i styret. To av de tillitsvalgte har deltatt i et felles møte med en fra administrasjonen og to medlemmer fra brukerutvalget for å gi innspill til utkast til årlig melding før ferdigstillelse og drøftingsmøte.

Brukerutvalget ved Sykehuset Telemark HF

Brukerutvalget (BU) ved STHF skal være rådgiver og samarbeidspartner 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 97 saker i 2013. Medlemmer av brukerutvalget har deltatt på modul 1 i brukeropplæring i regi av FFO/SAFO og HSØ i 2013. Modul 2 planlegges til 1. halvår 2014. Tre brukerrepresentanter har deltatt i modul 3 dette året.

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 2013.
- Brukerutvalgets leder og nestleder møter fast i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget ved STHF.
- Brukerutvalgets medlemmer har gjennom 2013 engasjert seg i prosjekter og arbeider der brukermedvirkning har vært etterspurt, spesielt gjelder dette arbeidet tilknyttet Utviklingsprosjektet for helseforetaket.
- Leder og nestleder har deltatt i styringsgruppen og hovedprosjektgruppen, de øvrige medlemmene har vært representert i ulike arbeidsgrupper.
- Brukerutvalget har vært representert på 1 regional konferanse om brukermedvirkning i regi av HSØ i 2013.
- Brukerutvalgets medlemmer har vært deltagende på diverse møter vedrørende samhandling ved STHF.
- Det er i dag et eget brukerråd ved sykehusets avdeling på Notodden og det er etablert et brukerforum i Psykiatrisk klinikk.

Det ble foretatt et skifte i sekretærfunksjonen til Brukerutvalget i mai-juni 2013.

Brukerutvalgets medlemmer fikk i september 2013 utdelt hver sin Ipad til bruk i perioden de sitter som representanter i utvalget ved STHF. Hensikten med denne ordningen er blant annet at sykehuset ønsker å redusere bruken av papir og å redusere trykkearbeidet. Sykehuset ser at endring har tatt noe tid før bruken går helt som ønskelig og ordningen vil evalueres etter en stund. Det ble gitt en grunnleggende innføring i bruken av Ipad ved oppstart av ordningen. Leverandøren har bistått ved utfordringer ved behov og videre fellesopplæring blir arrangert i januar 2014. STHF har opprettet et nytt servicekontor innen IT-tjenester som BU-medlemmene kan benytte seg av i forbindelse med bruk av Ipad.

Noen saker som har opptatt Brukerutvalget i 2013:

- Kvalitet, ventetider og pasientsikkerhet
- Pasientsikkerhetskampanjen
- Utviklingsprosjektet – ved deltakelse i ulike arbeidsgrupper i prosjektet
- Regnskap og budsjett, interne endringer samt generell drift av klinikkene
- Samhandling med kommunene

Innholdet som angår Brukerutvalget tilsvarer årsmelding fra Brukerutvalget for 2013. Denne vedtas i det første Brukerutvalgsmøte i 2014.

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. Brukerutvalget har også medvirket til årlig melding gjennom sin observatørrolle i styret, samt at to brukere har deltatt i et felles møte med en fra administrasjonen og to tillitsvalgte for å gi innspill til utkast til årlig melding før ferdigstilling. Den totale rapporten behandles i det første møtet i 2014.

2. Sammendrag

2.1. Positive resultater og uløste utfordringer

Helseforetaket har hatt stort fokus på pasientsikkerhet og opplever gjennom implementeringen av innsatsområdene og systematisk bruk av pasientsikkerhetsvisitter og andre verktøy i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen å ha fått et stort og bredt engasjement i organisasjonen. Vi har hatt spesielt fokus på 30-dagers overlevelse etter hjerneslag og hjerteinfarkt. Målinger som ble lagt fram i juni 2011 viste at helseforetaket hadde resultater blant de dårligste i landet. Etter målrettede tiltak viser tertialvise målinger fra Kunnskapssenteret en klar bedring av resultatene. Forbedringsarbeidet fortsetter.

Innføring av DIPS i mai 2013 har vært svært utfordrende. Nye arbeidsrutiner var mer krevende å adaptere enn forutsett. Vi opplevde en forverring av resultatene for flere styringsparametre, herunder ventetider, antall langtidsventere og antall/andel fristbrudd. Noe av forverringen skyldes nedsatt aktivitet under innføringen og at det tok tid å komme inn i nye arbeidsrutiner. Hovedårsaken er imidlertid suboptimal arbeidsrutine i det gamle pasientadministrative systemet (Imx) slik at henvisninger ofte ikke ble avsluttet korrekt. Med konverteringen til DIPS oppsto ”administrative feil” i ventelistene og for fristbrudd slik at pasienten i realiteten har vært til undersøkelse/behandling, men feilaktig står på venteliste eller er registrert som fristbrudd. Det er et tydelig fokus på riktig bruk av IKT systemet og ryddearbeidet etter de administrative feilene pågår kontinuerlig.

I ØLP for 2013-2016 ble det identifisert at STHF måtte spare i størrelsesorden 200 millioner kroner i perioden. Styret ønsket en gjennomgang av hele spesialisthelsetjenestetilbudet ved STHF med sikte på å modernisere dette. Planen skal innfri nasjonale og regionale krav og føringer, faglige anbefalinger innen de økonomiske rammebetingelser. Mandatet for Utviklingsplan 2014-2016 ble besluttet av styret 29. januar 2013. Perioden frem til ultimo mai ble brukt til planlegging av prosessen og datainnsamling. Det var viktig for helseforetaket å ha gjennomført konverteringen til DIPS 13. mai, før flere av våre ansatte skulle engasjere seg i faglige arbeidsgrupper tilknyttet arbeidet med utviklingsplanen. Medarbeidere fra alle våre lokasjoner, brukere, tillitsvalgte, kommuneleger med flere har gjennomført et grundig arbeid. Beskrivelsen av prosessen samt det anbefalte forslaget kan leses i Høringsdokument, Utviklingsplan 2014-2016, Sykehuset Telemark HF. Høringsfrist er satt til 1. mars 2014, og det reviderte forslaget skal etter planen behandles av styret i STHF 20. mai 2014.

Sykefraværet er gradvis redusert gjennom 2013, og totalt for sykehuset ble sykefraværet på 6,4 % (per november).

Sykehuset har høyt fokus på bedre styring av bemanningsressursene, for å sikre samsvar mellom aktivitet, oppgaver 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. Arbeidet videreføres og forsterkes i 2014, blant annet gjennom 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.

Medarbeidertilfredsheten ved Sykehuset Telemark HF er undersøkt i den årlige medarbeiderundersøkelsen fra og med 2002. Foretakets samlede resultater på totalscore og jobbtilfredshet er stabilt høye over tid, for 2013 målt til hhv. 74 og 77 poeng. Svarprosenten ved den elektroniske MU'en var på 79 %, som er det samme som i fjor. Andel ansatte som har vært involvert i oppfølging av MU viser et resultat på 67 %, også det samme som i 2012. Et langsiktig mål er at alle skal føle seg involvert.

Sykehuset Telemark er godt i gang med innføring av system for miljøledelse med bred involvering fra aktuelle fagmiljøer, og har mål om sertifisering etter ISO-14001 innen utgangen av 2014.

De største miljøutfordringene knyttet til ytre miljø i sykehus finner vi innenfor transport, energiforbruk, avfall, innkjøp og kjemikaliebruk. Ledelsen ved sykehuset har vedtatt en miljøpolitikk som innebærer å redusere negativ påvirkning på miljøet, redusere foretakets Co2-utslipp og øke de ansattes miljøbevissthet.

Det er forventet at innføring av miljøledelse vil gi kostnadseffekt innenfor områder som energi, transport og avfallshåndtering, gi systemsynergi mot andre deler av styringssystemet og bidra til positivt miljøfokus og omdømmebygging.

2.2. Oppfølging av mål for Helse Sør-Øst

Følgende mål for helseforetaksgruppen er i oppdrag og bestilling 2013 videreført frem til 2014:

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

Målet er ikke nådd. Se punkt 2.1 og 3.2.1

- *Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %.*

STHF har ikke nådd dette målet. Målingene av prevalens infeksjoner for 2013 har vist 5,3 %, 7 %, 5,4 % og 5,5 %. Dette er til tross for stort fokus og mange tiltak på området. Herunder nevnes at innsatsområder ”trygg kirurgi”, ”sentrale venekatetre” og ”urinveisinfeksjoner” i Pasientsikkerhetskampanjen er implementert. Videre har arbeidsantrekk og smykkebruk vært tema for internrevisjon. Sykehuset har også fokus på hyppig renhold av fellesområder (bad, toalett og vasker) samt viktigheten av medarbeidernes personlig engasjement på dette området for å redusere infeksjonene. Utviklingen av insidensmålinger på keisersnitt, hofteproteser og tarmoperasjoner har vært positiv gjennom året.

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

Etter innføring av DIPS i mai 2013 har vi hatt mulighet til å ta ut reelle målinger. De har vist en svakt stigende tendens på foretaksnivå opp til 57 % i november. Resultatene er varierende i klinikker og seksjoner. Noen seksjoner har 100 % måloppnåelse, mens andre sliter. Hovedtiltaket er å sørge for at legenes funksjonslister/arbeidslister er klare enda tidligere enn i 2013 og med lang nok horisont slik at det blir mulig å sette opp direkte time på alle pasientene. Det er også viktig at enheter som sliter med måloppnåelse lærer av tiltak som er gjort ved seksjoner som har de høyeste scor for å gi direkte time til en større andel pasienter.

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

I 2013 er det videreført opplæring av alle nye 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, så også i 2013. For 2013 ble måltallet i STHF i lederavtalene for ansattes opplevde involvering økt fra 65 % til 68 %. STHF oppnådde samme høye resultat som i 2012, dvs. 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.*

Året har vært preget av arbeid med innsparingstiltak parallelt med prosjektgjennomføring og implementering av nytt pasientadministrativt system.

Reduserte inntekter som følge av nedgang i basisbevilgningene og inntektstap i prosjektperioden for DIPS-implementeringen har presset økonomien gjennom året. Effekten av samhandlingsreformen, med færre utskrivningsklare pasienter og bidrag til etablering av ØH-plasser i kommunene, har gitt ytterligere økonomiske utfordringer. Effekter av innsparingstiltak i klinikkene, stillingsstopp, kontrollert vikarbruk samt positiv effekt av årets lønnsoppgjør har bidratt positivt til resultatutviklingen i andre halvår og bragt årsresultatet nær balanse.

Sykehuset har tilpasset driften i 2013 til nye faglige krav både i forhold til desentralisering av psykiatriske tjenester og samhandlingsreformens innhold. Dette innebærer konkret at sykehuset har redusert med en DPS sengepost i Grenland (fra fire til tre) og utvidet tilbudet av ambulante tjenester. Videre har sykehuset avviklet en rehabiliteringssengepost i Kragerø. Arbeidet med driftseffektivisering i klinikkene videreføres til 2014. Samtidig jobbes det aktivt med nye pasientadministrative rutiner, arbeidsprosesser og pasientflyt for å øke behandlingsnivået etter den midlertidige aktivitetsnedgangen som følge av overgangen til DIPS. Bedre utnyttelse av kapasiteten og økt aktivitet for prioriterte pasientgrupper vil redusere ventetidene og holde andel fristbrudd på et minimalt nivå.

Som hovedregel skal ingen pasienter vente mer enn et år.

Målet er ikke nådd. Se punkt 2.1 og 3.2.1

2.3. Evaluering av egen virksomhet og organisering

I arbeidet med Utviklingsplanen er hele STHFs tjenestetilbud vurdert og en anbefaling for et modernisert tjenestetilbud beskrevet. Det er ikke foreslått organisatoriske endringer før planen er

behandlet i styret våren 2014. STHFs organisering skal understøtte det til enhver tid gjeldende tjenestetilbud. Det vil være naturlig å vurdere om nåværende organisering fortsatt er den beste ved den foreslåtte tjenestemodellen i Utviklingsplanen.

Endringer i tjenestetilbudet vil kreve en detaljert tidsplan for gjennomføring, med tilhørende risikovurderinger og handlingsplaner i tett samarbeid med våre samarbeidspartnere. Omstillingsarbeidet må være godt planlagt og korrekt gjennomført for at alle medarbeidere ivaretas på en best mulig måte.

Den anbefalte løsningen som ble presentert 10. desember 2013 beskriver endringer som påvirker mange medarbeideres arbeidsoppgaver og også arbeidsforhold. Det er spesielt viktig å holde et fokus på god pasientbehandling i en slik omstillingsprosess og den foreløpige vurdering er at våre medarbeidere ivaretar denne på en meget god måte.

Arbeidet med innføringen av DIPS har skapt et godt grunnlag for god organisasjonsutvikling. Prosjektet hadde deltagere fra alle våre lokasjoner og yrkesgrupper. Over 200 nye felles arbeidsprosesser ble beskrevet og implementert etter konverteringen 13. mai 2013. Da hadde over 95 % av medarbeiderne deltatt i den obligatoriske opplæringen i systemet, tilpasset deres arbeidsoppgaver og ansvarsområde.

DEL II: RAPPORTERINGER

3. Rapportering for mål 2013 i oppdrag og bestilling

3.1 Aktivitet

- *Budsjettert aktivitet er i tråd med bestillingen.*
- *Det øremerkede tilskuddet til "Raskere tilbake" skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor, de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen.*
- *Aktivitetsveksten innen alle tjenesteområder skal være større innen poliklinisk virksomhet og dagbehandling enn for døgnbasert virksomhet.*

Ovennevnte punkter rapporteres samlet

Somatikk

Sykehuset rapporterer et oppnådd behandlingsvolum målt i antall DRG-poeng på 6,7 % under budsjettert nivå. Aktivitetsnedgangen skyldes midlertidig reduksjon av kapasiteten grunnet oppgraderingen av pasientsystemet og effekt av samhandlingsreformen. Færre antall trakeostomier, nedgang i premature, og reduksjon i antall friske nyfødte har også slått negativt ut i 2013. Sammenlignet med fjoråret, er aktivitetsnivået 5,6 % lavere for inneliggende pasienter, 3,4 % lavere for dagbehandling og 6,5 % lavere for poliklinisk behandling.

Størst nedgang for døgnbehandling registreres ved de indremedisinske sengepostene i Skien. De medisinske sengepostene har redusert noe av kapasiteten i løpet av året, som en tilpasning til pasientstrømmene og samhandlingsreformen.

Nedgangen innen dagbehandling skyldes færre kjemoterapi-kurer ved kreftpoliklinikken samt færre utførte dagkirurgiske inngrep og polikliniske konsultasjoner i DIPS opplæringsperioden.

Psykatri / Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Behandlingsvolumet ved psykiatriske poliklinikker viser 8 % under budsjettet og ligger på nivå med fjoråret. TSB registrerer et behandlingsvolum som er 25 % lavere enn budsjettet og 25 % lavere enn fjoråret. Det negative avviket innen TSB bør sees i sammenheng med avvik innen voksenpsykiatrien, da overgangen til DIPS i mai 2013 har endret registreringsrutinene, uten teknisk mulighet for korrigerende tilbakevirkende kraft. Det er Borgestadklinikken som står for en stor del av spesialisthelsetjenestetilbudet innen TSB for Telemark etter avtale med HSØ. Omorganiseringer innenfor tjenestetilbudet er krevende og medfører god involvering av både Borgestadklinikken, STHF og HSØ.

Nedgangen i aktivitet skyldes vakanser i terapeutstillinger. Produktivitet per terapeut per dag gått noe ned, med negative konsekvenser for oppnådd behandlingsvolum.

Det jobbes med aktivitetsplanlegging samt oppfølging av nasjonale krav for produktivitet og arbeidet vil få stort fokus fremover.

Barne- og ungdomspsykiatri

Antall polikliniske konsultasjoner i 2013 har vært 5 % lavere enn budsjettet og 2 % lavere enn fjorårets resultat. Det har vært en økning i antall henvisninger på 16 % gjennom året. Det er jobbet med rekruttering for å styrke terapeutteam og aktiviteten har hatt en stigning høsten 2013, en trend som forventes videreført i 2014. Produktiviteten per terapeut ligger over landsgjennomsnittet. Antall konsultasjoner per fagbehandler per dag har vært 2,1 mot 2,3 i fjor.

3.2 Oppdrag 2013

3.2.1 Visjon og mål for Helse Sør-Øst 2013-2014

- *Graden av måloppnåelse for Helse Sør-Østs mål 2013-2014 er omtalt i helseforetakets årlige melding sammen med en beskrivelse av hvilke tiltak som er iverksatt og planlegges dersom målet ikke er oppnådd i 2013.*

Resultatutvikling og utviklingsarbeid

Sykehusets resultatutvikling i 2013 og utviklingsarbeidet fremover er knyttet til utfordringene beskrevet i økonomisk langtidsplan, som viser endring av rammebetingelser, styringskrav og pasientbehov. Det kreves vridning fra døgn- til dagbehandling, til økt poliklinisk aktivitet og ambulante tjenester. I tillegg må sykehuset tilpasse kapasiteten i tråd med konsekvenser av samhandlingsreformen, som forutsetter at 10-15 % av pasientene i fremtiden skal behandles i kommunal regi. Vridningen krever høyere aktivitet for at sykehuset skal oppnå det samme DRG-resultatet.

Reduksjon i basisbevilgningene og lavere aktivitet legger betydelig press på økonomien. Sykehuset er i gang med planarbeid som gir effektivisering med 200 millioner kroner, for å etablere et bærekraftig driftsnivå og en sunn økonomi. Dette er nødvendig for å kunne møte den medisinske utviklingen, styrke medisinske satsingsområder og sikre tilstrekkelig investeringssevne.

Systematisk kvalitetsarbeid, fokus på pasientsikkerhet og utvikling av medisinske satsingsområder står sentralt. Innføring av nye IKT-løsninger med overgangen til DIPS bidrar til standardisering, bedre informasjonsflyt og mer hensiktsmessige arbeidsprosesser.

Effektiviseringsbehovet er betydelig, kan ikke nås ved kvalitetsforbedring alene og krever større omlegginger for å sikre robuste tjenestetilbud. Arbeidet gjennomføres i hver enkelt klinikk, men forutsetter også stor grad av endringer på sykehusnivå. Omstillingsarbeidet gjennomføres i et lengre tidsperspektiv og omlegginger som iverksettes er del av en langsiktig strategi for utvikling av sykehuset.

Omstilling krever gode prosesser og involvering av både medarbeidere og eksterne samarbeidspartnere. Eierskap til prosessene og forankring i organisasjonen krever tid og felles innsats.

I 2013 er det jobbet med kartlegging av løsninger for langsiktige omlegginger. I løpet av 2014 vil tiltak konkretiseres og arbeidet med implementering igangsettes.

Medarbeiderundersøkelsen

Medarbeiderundersøkelsen er fulgt opp i hele organisasjonen, og resultatet viser høy grad av involvering på samme nivå som i 2012, og høyere enn sammenliknbare helseforetak.

Ventetider og fristbrudd

Styringsindikatorerne viser at helseforetaket nå gradvis gjenvinner kontroll over ventetider og fristbrudd. Det forventes at ventetider og fristbrudd reduseres ytterligere som følge av de tiltakene som er iverksatt. Det har spesielt vært jobbet med opplæring av ansatte for å sikre riktige og gode arbeidsrutiner. Det har også blitt fokusert på opplæring av ledere med tanke på "hands on" oppfølging og overvåking av ventetider, langtidsventere og fristbrudd. Opplæring av ansatte og ledere er satt i system. Ventetider, langtidsventere og fristbrudd følges tett. Rydding av "administrative feil" ble slutført i desember 2013. Behov for økning aktivitet/kapasitet for å avhjelpe reell ventetids- og fristbruddsproblematikk er adressert i styrevedtak i november 2013. Styrevedtaket innebærer at klinikkene utarbeider konkrete planer og gjennomfører disse for å oppnå målsettingene med 0 fristbrudd, ingen langtidsventere og gjennomsnittlig ventetid 60 dager (somatikk) innen 1. april 2014. For plastikkirurgi, som representerer den største utfordringen i forhold til langtidsventere, utarbeides særskilt opplegg og tidsplan.

Sykehusinfeksjoner

Prevalensmålingene viser ikke tilfredsstillende resultat, men utviklingen av insidensmålinger på keisersnitt, hofteproteser og tarmoperasjoner har vært positiv gjennom året. Dette indikerer at fokuset og tiltakene på området bør kontinuieres og at man etter hvert må forvente en positiv effekt også på prevalens. Vedrørende fokus og tiltak nevnes at innsatsområdene "trygg kirurgi", "sentrale venekatetre" og "urinveisinfeksjoner" i Pasientsikkerhetskampanjen er implementert. Videre har arbeidsantrekk og smykkebruk vært tema for internrevisjon. Det har blitt utarbeidet egne tiltaksplaner for å redusere infeksjoner innenfor tarmkirurgi og plastikkirurgi. Utviklingen i både prevalens og insidens har jevnlig blitt tematisert i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget. Pasientsikkerhetsvisittene har vist seg som en god arena for å diskutere tiltak.

Direkte time

Sykehuset har ikke innfridd målet om at 100 % av pasientene får bekreftelse og tidspunkt for behandling i samme brev (direkte time). Hovedtiltaket er å sørge for at legenes funksjonslister/ arbeidslister er klare enda tidligere enn i 2013 og med lang nok horisont slik at det blir mulig å sette opp direkte time på alle pasientene.

3.2.2 Satsingsområder 2013

Tilgjengelighet og brukerorientering

- *Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.*

Se punkt 2.1 (ventetider)

- *Resultater fra pasienterfaringsundersøkelser er offentliggjort på helseforetakets nettsider og aktivt fulgt opp.*

Det er lenket opp til pasienterfaringsundersøkelsene fra www.sthf.no under området Kvalitet/Brukerundersøkelser.

Sykehuset Telemark har også egne kartlegginger av pasienttilfredshet basert på manuelle tilbakemeldingsskjema. Undersøkelsen skjer regelmessig og er skjemaserte brukerundersøkelser blant inneliggende pasienter på de største sengepostene og på Dagsykehuset, dagenheten i Porsgrunn. Disse tilbakemeldingene bearbeides og systematiseres før disse formidles til ledelse i linjen, både som en kvalitativ tilbakemelding med anonymiserte kommentarer fra pasienter, samt en kvantitativ sammenstilling som også viser endringer over tid. Resultatene brukes i det videre arbeidet med tiltak og oppfølging i de ulike klinikkene. Total svarprosenten for besvarelse av tilbakemeldingsskjemaet er lav, noe som medfører lav validitet av resultatene.

Sykehuset har også iverksatt uttesting av en ordning med direkte tilbakemelding fra brukere (“happy or not”) på enhetene for laboratorietjenester og blodgivning. Det er enda for tidlig i prosessen å konkludere om dette er en form for brukerdiallog som er hensiktsmessig.

- *Pasienter som skal gjennom omfattende utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten har fått utarbeidet en behandlingsplan som dokumenteres i journal. Planen skal beskrive planlagt pasientforløp med tentative tidspunkter for de ulike delene av forløpet. Planen skal være et arbeidsdokument for pasient og behandler som revideres ved behov.*

I somatikken er behandlingsplaner innført som en del av journalen for alle inneliggende pasienter på spesialisert rehabilitering. Behandlingsplaner brukes også i stor grad på aktuelle pasienter innenfor fagområdene hjerte og kreft. I resten av somatikken har sykehuset ikke hatt tilstrekkelig fokus på dette.

I voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien er behandlingsplaner implementert som arbeidsdokument

- *Det er iverksatt tiltak for å bedre informasjonen til pasienter og pårørende om fritt sykehusvalg. Informasjonen om fritt sykehusvalg 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.*

Brosjyre om pasienters viktigste rettigheter, herunder fritt sykehusvalg er utarbeidet i 2012 og revidert i 2013. Den har “bestått” vurdering fra Pasient- og brukerombudet og også tilsyn fra Fylkesmannen. Brosjyren distribueres til pasienter sammen med innkalling til undersøkelse/behandling. Ny revidering av brosjyren gjennomføres i januar 2014.

- *For å redusere ventetider og øke tilgjengelighet, er det iverksatt tiltak for bedre samarbeid med private leverandører og avtalespesialister innenfor de avtalene Helse Sør-Øst RHF inngår.*

Dette er vurdert som et av tiltakene, spesielt for plastikkirurgiske pasienter med lange ventetider, men ikke funnet som å kunne avhjelpe situasjonen i særlig grad.

Kvalitetsforbedring

- *Helseforetaket har utarbeidet planer for implementering av sentrale anbefalinger i relevante nasjonale faglige retningslinjer.*

Implementering av nasjonale retningslinjer som gjelder det enkelte fagområde planlegges og gjennomføres i linja. Sentrale anbefalinger i nasjonale faglige retningslinjer som gjelder hele eller større deler av helseforetaket, planlegges og koordineres fra Fag- og utviklingsavdelingen. Spesifikt for ”Funksjonsfordeling av ortopedi, revmakirurgi og reumatologi” er det fra Helse Sør-Øst gitt utsettelse på gjennomføring til mars 2014. Implementeringen av disse anbefalingene gjøres i tilknytning til Utviklingsplanen ved STHF, som er organisert som eget prosjekt.

- *Nasjonale medisinske kvalitetsregistre leverer offentlig tilgjengelige årsrapporter basert på en felles mal.*

Sykehuset deltar i relevante nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Dette er også nedfelt i STHF sine lederavtaler. Årsrapport for Gastronet leveres og gjøres offentlig tilgjengelig. Felles mal er ikke fulgt for 2013, i samforståelse med HSØ. Statuttene for Gastronet er nylig endret og

gjeldende fra 2014. Krav i felles mal, blant annet om offentliggjøring av resultater med sykehusidentifikasjon, vil derved imøtekommes på en bedre måte fra 2014.

Bedre kvalitet i rapporteringen fra psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling til Norske pasientregister.

DIPS ble innført i mai 2013. Kvaliteten er heller ikke optimal i dette året da vi har en kombinasjon av konverterte data fra Infomedix, data som er registrert i innføringsperioden og data som er registrert etter at vi etter hvert kom i stabil drift. Vi forventer en betydelig bedret kvalitet på vår rapportering for 2014.

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

Sykehuset Telemark har gjennom flere år hatt høy andel epikriser sendt innen syv dager. Prosenten i desember var 68 % og for hele året 40 %. Resultatet av denne indikatoren for 2013 bærer preg av at problemstillingen har blitt mindre fokusert under innføringen av DIPS.

Indikatoren følges opp på ledernivå gjennom jevnlige rapporter i DIPS. Det arbeides med å øke andelen epikriser som sendes ut innen sju dager.

Ingen korridorpasienter.

Helseforetaket har slitt med korridorpasienter gjennom hele året. Målinger per november 2013 viste 2,6 %. Hovedutfordringen er knyttet til logistikk og fleksibel bruk av senger på de ulike postene samtidig som pasientsikkerheten ivaretas ved at hver enkelt pasient blir vurdert med hensyn til behandlingsbehov. Det er fra årsskiftet 2013-2014 gjort en endring i fordeling av senger mellom enkelte fagområder, som forventes å ha effekt. Det arbeides videre med smidigere fordeling av pasienter og bruk av senger.

- *Ved overføring til kommunale pleie- og omsorgstjenester er epikrisen ferdigstilt når pasienten utskrives fra sykehuset.*

Epikriser ferdig ved utskrivelse til kommunehelsetjenesten "epikrise i hånda" er en målsetting for helseforetaket og har blitt tematisert i flere sammenhenger. Gjennomføringen varierer mellom de ulike delene av HFet. Medisinsk klinikk har kommet lengst og har innført ferdig epikrise, som et krav ved utskrivelse til kommunehelsetjenesten. Dette etterstrebes i stor grad.

- *Helseforetaket har sikret at to representanter fra henholdsvis somatikk og psykisk helsevern/TSB gjennomfører "train the trainer"-kurs i regi av Oslo universitetssykehus som skal bidra med å etablere simuleringsnettverk i Helse Sør-Øst.*

Det har deltatt en representant fra somatikk og to fra psykisk helsevern/TSB (Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer) på "train the trainer" kurs i Oslo universitetssykehus i 2013.

- *Sykehuset Telemark har tilrettelagt for at styret engasjeres i arbeidet med å sikre kvalitet og pasientsikkerhet ved å implementere IHIs program "get the boards on board" støttet av Helse Sør-Øst RHF.*

Styret har behandlet dette på to styremøter høsten 2013. Styret ber administrasjonen å utarbeide et detaljert kompetanseprogram for pasientsikkerhet med utgangspunkt i en forelagt skisse for styret, samt å tilrettelegge for at heldags styresamlinger legges til 20. mai og 25. november 2014.

- *Helseforetaket skal delta i læringsnettverket i regi av Vestre Viken med fokus på hvordan kvalitetsavdelingene kan understøtte pasient nær virksomhet med kunnskap om forbedringsmetodikk for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet.*

Helseforetaket deltar i dette læringsnettverket.

- *Helseforetaket skal delta i helsefaglig læringsnettverk i regi av Vestre Viken som skal bidra til å formidle kunnskap om hvordan effektivitet, kvalitet og pasientsikkerhet sikres i den pasientnære virksomhet i Helse Sør-Øst.*

Helseforetaket deltar i dette læringsnettverket.

Pasientsikkerhet

- *Helseforetaket implementerer alle tiltakspakkene i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender" og rapporterer egne resultater.*

Alle tiltakspakkene i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen er implementert. De fleste enhetene rapporterer egne resultater på sine områder. Dette fokuseres videre på i 2014.

- *Ledelsen i helseforetaket iverksetter tiltak for å følge opp egne resultater i kampanjen, kartleggingen av pasientsikkerhetskultur, meldinger til Kunnskapssenteret og tilsynsrapporter.*

Disse forholdene følges opp i STHF sitt kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget (KPU) og legges også fram for styret. Alle referater fra møter i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget samt tilsynsrapporter publiseres på www.sthf.no.

- *Helseforetaket har utarbeidet planer for opplæring i bruk av pasientadministrative systemer.*

I forbindelse med innføring av DIPS i mai 2013 ble det gjennomført opplæring av alle brukere med en deltakelse på nær opp til 100 %. Obligatorisk opplæring av nye brukere skjer månedlig.

- *Helseforetaket legger på egnet måte ut informasjon om meldte § 3-3 hendelser, samt egne resultater fra journalundersøkelsen.*

Gjennomført. (Link til § 3-3 hendelser og til systematisk journalgjennomgang)

- *Riktig forståelse av regelverket i forholdet til ventelister, fristbrudd og pasientrettigheter, jf. brev fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 14. mars 2012, videresendt fra Helse Sør-Øst RHF til helseforetaket 15. mars 2012, er innarbeidet i all opplæring i forhold til pasientadministrative systemer.*

Det bekreftes at dette er ivaretatt i opplæringen. Det er også utarbeidet prosedyrer på HF-nivå om forsvarlig vurdering og prioritering av henvisninger og med særskilt fokus på innfrielse av rett til nødvendig helsehjelp i forhold til avklart/uavklart tilstand.

- *Sykehuset Telemark har i samarbeid med Sykehusapotekene innført tverrfaglige arbeidsmetoder som øker kvaliteten på legemiddelbehandlingen å etablere rutiner som sikrer korrekt informasjon om pasientenes legemiddelbruk ved inn- og utskrivning fra sykehus.*

Innsatsområde legemiddelsamstemming er implementert. I tillegg er det innført tverrfaglig arbeidsmetodikk ved flere sengeposter i samarbeid med farmasøyt i sykehusapoteket (IMM=Integrated Medicine Management). Dette er regulert i egen samarbeidsavtale med sykehusapoteket Ressursene til IMM økes i 2014.

System for innføring av nye metoder og ny teknologi

- *Det er etablert nødvendig kompetanse og metodes støtte for utførelse av mini-metodevurderinger.*

Mini-metodevurdering (dette er et beslutningsstøtteverktøy for sykehusene når de vurderer å innføre en ny metode. En mini-metodevurdering er et skjema med spørsmål som belyser effekt, sikkerhet, kostnader, etikk og organisatoriske aspekter ved metoden) er vedtatt som metodikk med tilhørende kompetanse og metodes støtte ved STHF. Prosedyre er etablert som et styrende dokument. Det er foreløpig ikke meldt inn eller utført mini-metodevurderinger ved HFet.

Samhandlingsreformen

- *Det er utarbeidet planer for desentralisering av spesialisthelsetjenester i dialog med kommunene.*

Samhandlingsarbeidet styres (gjennomføres) i tre styringsgrupper for samhandling, Midt-/Øst Telemark, Vest- Telemark og Grenland. I styringsgruppen deltar brukere, tillitsvalgte, rådmenn og administrerende direktør. Lovpålagte avtaler er revidert og følges opp regelmessig. Det er utarbeidet tiltak og prosjekter av lokal karakter, men også tiltak som er felles for hele Telemark. Ambulante tiltak er etablert.

Sykehuset har etablert eller jobber med å etablere følgende tjenester;

- Ambulante tjenester innen psykisk helsevern og rus – disse områdene er blitt forsterket med ekstra personell
- Forsterkning innen ambulant palliasjonsarbeid med medisinsk kompetanse, en lege med spesialområde innen palliasjon jobber med fokus på fastleger og sykehjemsleger for å hindre unødvendige sykehusinnleggelse
- Ambulante tjenester innen KOLS for å øke andel med hjemmebehandling av denne målgruppen
- Jobber med etablering av ambulant sårteam
- Ambulant slagteam – jobber med kompetanseheving ut til kommunehelsetjenesten
- Det jobbes med utarbeiding av kompetansepakker innen behandling av de store kronikergruppene i dialog med kommunene. Det vil i første omgang dreie seg om kompetanse knyttet til de kommunale øyeblikkelig hjelp sengene og de store kronikergruppene innen somatikk. På lenger sikt vil dette gjelde både somatikk, rus og psykiatri.
- *Helseforetaket samarbeider med kommunene om etableringen av "øyeblikkelig hjelp"-døgntilbud i kommunene som et alternativ til sykehusinnleggelse. Helseforetaket har bidratt til at nye "øyeblikkelig hjelp"-døgntilbud i kommunene har en kvalitet som reelt sett avlastet sykehus. Det vises til Helsedirektoratets veileder om kommunenes plikt til "øyeblikkelig hjelp"-døgnopphold.*

10 av 18 kommuner i Telemark har etablert ø-hjelpstilbud med ulike organisering og lokalisering.

Kommune	Antall ØH-senger	Fremdrift og kommentarer
Skien	9	i drift
Nome		
Siljan		
Bamble	2	i drift
Bø	2	i drift
Sauherad		
Notodden	2	i drift+4 mulighet for kjøpe av STHF
Hjartdal		
Tinn	2	i drift - kjøpes av STHF
Porsgrunn	0	Avventende. Vurderer samarbeid med Skien
Kragerø	0	Avventer utviklingsplanen STHF
Drangedal	0	Avventer utviklingsplanen STHF
Seljord	0	Sendt søknad om etablering
Kviteseid	0	Sendt søknad om etablering
Vinje	2	Planlagt oppstart i desember. Samarbeid m Tokke
Tokke	0	Sendt søknad om etablering
Fyresdal	0	Ønsker etablering ved SSHF. Forhandlinger startet
Nissedal	0	Ønsker etablering ved SSHF. Forhandlinger startet

- *Det er vurdert om desentraliserte spesialisthelsetjenester bør samlokaliseres med det nye kommunale tilbudet.*

Det er foreslått endringer i Sykehuset Telemark i Utviklingsplanen Tett og godt samarbeid mellom sykehuset og kommunene står sentralt i utviklingen videre.

- *Det er sikret at ordningen med betaling for utskrivningsklare pasienter ikke har endret vurderingen av når en pasient er utskrivningsklar.*

STHF har ikke endret vurderingen av når en pasient er utskrivningsklar etter innføringen av ordningen med betaling for utskrivningsklare pasienter. Dette ser man blant annet ved at gjennomsnittlig liggetid ikke har endret seg i vesentlig grad etter at reformen blei innført. Liggetider for somatikken for sykehuset Telemark var; 3,75 dager i 2011, 3,56 dager i 2012 og 3,46 dager i 2013.

- *Det er utviklet system for brukermedvirkning i planlegging og etablering av samhandlingstiltak.*

Det er etablert en egen delavtale om brukermedvirkning. Brukere er representert i Styringsgruppe for samhandling og i arbeidsgrupper for samhandling i hele Telemark. Brukere er også representert i prosjekt og når det skal etableres nye tiltak for pasienter. I enkelte prosjekter meldes det fra brukere om dårlig informasjon om prosess.

- *Det er etablert gode vilkår for videre utvikling av Praksiskonsulentordningen (PKO) i den hensikt å bedre samhandlingen mellom helseforetakene og fastlegene.*

Det er etablert et godt og stabilt Praksiskonsulentordning (PKO) korps ved sykehuset, bortsett fra at det har vært vanskelig å få rekruttert en PKO til Kragerø sykehus. Koordinator for PKO er organisert under fagdirektør ved sykehuset.

Kreftbehandling

- *Det er gjennomført tiltak for å effektivisere utredning og redusere flaskehalsen i forløpene for kreftpasienter.*
- *80 % av kreftpasienter har 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 er iverksatt tiltak for å bedre informasjon til kreftpasienter og koordinere pasientforløpene, for eksempel ved bruk av kreftkoordinatorer.*
- *Høy kvalitet og kompetanse i utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med kreft i tråd med nasjonale handlingsprogrammer for kreftsykdommer.*
- *Det er etablert flere tilbud for pasientopplæring, likemannsarbeid og mestring, herunder pusterom og vardesentre.*
- *Kreftkirurgi finner sted i henhold til vedtatt funksjonsfordeling. For kreftkirurgiske inngrep som etter 1. juli 2013 utføres i strid med vedtatt funksjonsfordeling, gis ikke ISF-refusjon.*

Det rapporteres samlet på ovenstående punkter.

Et eget kreftprosjekt har jobbet systematisk med disse målekrav. Det er utarbeidet gode pasientløps-beskrivelser i tråd med de nasjonale og dels skandinaviske føringene.

Kreftkoordinatorvirksomhet (tre medarbeidere i til sammen 250 % stilling) er etablert, i full drift og med god effekt. Pusterom er i drift. Rehabiliteringstilbud er etablert i samarbeid med SiV (Sykehuset i Vestfold). Kreftkirurgi på STHF utføres i tråd med vedtatt funksjonsfordeling.

Det er et problem å ta ut rapporter fra DIPS for kvalitetssikring av måloppnåelse og det arbeides med dette. Det henvises derfor til nettsiden HelseNorge.no og kvalitetsindikatorer for kreftbehandling og overlevelse med følgende link;

<http://helsenorge.no/Helsetjenester/Sider/Kvalitetsindikatorer-kreftbehandling-og-overlevelse.aspx>

Brystrekonstruksjon

- *Sykehuset Telemark skal bygge opp kapasitet og tilbud for pasienter med behov for brystrekonstruksjon med protese og eget vev. Helseforetaket skal behandle pasienter fra egen venteliste og egne pasienter som i dag står på venteliste på Oslo universitetssykehus.*

Plastikkirurgisk avdeling ved STHF har i 2013 systematisk forbedret sitt tilbud til pasienter med brystkreft. Sykehuset behandler alle egne pasienter, både med implantater og eget vev. Det er utarbeidet et nært samarbeid med mammakirurgene, slik at sykehuset kan tilby primærrekonstruksjon til pasienter som har indikasjon for dette.

Ventelister på all type brystrekonstruksjon er redusert til under ett år. I samråd med OUS, vil STHF behandle alle egne pasienter fra sykehusets region, Vestfold, Telemark, Agder-fylkene. Plastikkirurgisk avdeling har fokus på forskning, og har to protokoller for behandling av brystkreftpasienter. Planene for 2014 er å bygge videre på disse områdene.

Behandling av hjerneslag

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

STHF har vært pilotsykehus for dette innsatsområdet i nasjonal Pasientsikkerhetskampanje. Det har gitt en signifikant økt overlevelse etter 30-dager ved ny nasjonal måling. I pakt med dette er også andelen trombolyse økt og har i en måling vært nesten 20 %. Små tall gjør måleparameteret svingende over kort horisont.

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling

- *Det er etablert tilbud om brukerstyrte plasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.*

STHF har ikke egne brukerstyrte plasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Døgnplasser innen TSB er etablert på Borgestadklinikken (BA) og brukerstyrte plasser for vårt opptaksområde må avtales direkte mellom HSØ og Borgestadklinikken.

- *Det er etablert systemer ved somatiske avdelinger for å fange opp pasienter med underliggende rusproblemer og eventuelt videre henvise disse til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).*

Som et tiltak for å fange opp utvikling av et alkoholmisbruk i tidlig fase, ønsker Helse Sør- Øst å prøve ut en kartlegging av alkoholbruken til pasienter innlagt i somatisk avdeling. Utprøvingen vil skje ved tre helseforetak i regionen, og hvor Sykehuset Telemark er et av disse. STHF har rus som et av fire medisinske satsningsområder i sin Strategiplan for 2011-2014, og prosjektet vil inngå som en del av denne satsningen frem til høsten 2014. Kartleggingen vil gjennomføres på FOVA/Mottak - Notodden sykehus. TSB- team ved Notodden DPS vil gi tilbud om oppfølgingsamtaler for pasienter med helseskadelig alkoholbruk.

- *Det er etablert tilbud om lavterskel-LAR for den mest hjelpetrengende gruppen opiatavhengige med sammensatte sykdommer i samarbeid med kommunen.*

Dette er drøftet med kommunene med flest opiatavhengige. Legeassistert rehabilitering (LAR) i Telemark har i utgangspunktet lav terskel, slik at det ikke er ansett hensiktsmessig å etablere særskilte lavterskeltilbud.

- *Det er gjennomført brukerundersøkelser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i alle helseforetak.*

Det ble signalisert at Helsedirektoratet ville utarbeide en modell for brukerundersøkelser. Dette ville kvalitativt bli bedre enn å utarbeide egne, samt at det ville gi større mulighet for sammenligning. STHF har ikke mottatt noe vedrørende dette fra Helsedirektoratet, og har heller ikke utarbeidet egen spørreundersøkelse.

Psykisk helsevern

- *Det er utarbeidet en regional plan for omstillingen av psykisk helsevern i tråd med de gitte signalene. Planen skal vise fremdrift for utviklingen av DPS, utviklingen og spissing av sykehusfunksjonene og overføring av ressurser fra sykehus til DPS. Sykehuset skal delta i dette arbeidet.*

Sykehuset Telemark ligger over måltallet for HSØ som sier at minst 50 % av ressursene i psykisk helsevern skal ligge på DPS. Sykehuset mener å ligge langt framme på de fleste områder i utviklingen av et spesialisert psykisk helsevern i tråd med overordnede føringer.

- *Akuttberedskap ved DPS er etablert på døgnbasis, eventuelt i samarbeid med andre institusjoner der lokale forhold gjør det nødvendig.*

Sykehuset etablerte i august 2011 en DPS akutt med tilhørende akutteam, som vurderer alle øyeblikkelig-hjelp innleggelse. Denne enheten har i 2013 tatt i mot alle ø-hjelpspasienter for nedre Telemark. Pasienter som er i behov av "lukket dør", går til sentralsykehusnivå, øvrige pasienter legges inn på DPS-akutt eller følges opp poliklinisk med akutt-time. Erfaringene viser at ca. 50 % av alle ø-hjelpinnleggelse går til den åpne DPS-akutten. Det er planer om å innlemme også øvre Telemark i DPS-akuttens tilbud.

- *Alle DPS har etablert ambulante funksjoner der leger og psykologer deltar.*

Telemark har over tid arbeidet med en vridning fra døgn til dag og ut fra dette etablert og styrket ambulante tjenester med flere leger og psykologer.

- *Andel tvangsinnleggelse er redusert med 5 % i samarbeid med de kommunale tjenestene.*

Andel pasienter innlagt på tvang har vært stabilt over tid. I et noe lengre perspektiv er derfor ikke målet om 5 % reduksjon nådd. Sykehusets lokale handlingsplan har vektlagt en dialog med fastleger og legevakt rundt innleggelse og det arbeides med å omstille klinikken mot mer ambulant og poliklinisk virksomhet for å understøtte kommunene. Tiltakene det arbeides med er blant annet samarbeid med henvisende instans i forhold tvangsinnleggelse for redusert bruk av paragrafene.

- *Andel tvangsbehandlingstiltak (tvangsmedisinering) er redusert med 5 %.*

Sykehuset Telemark har ikke oppnådd målet om 5 % reduksjon, i 2013 var det 99 pasienter med 107 vedtak for tvangsmedisinering, i 2012 var det 66 pasienter og 91 vedtak. Det har vært en økning på ca. 30 % pasienter som har fått tvangsmedisinering fra 2012 til 2013. 70 % av pasientene er innlagt ved Seksjon for akuttpsykiatri, og 20 % innlagt ved DPS akutt. På bakgrunn av prosjektet døgn til dag hvor sykehuset styrker ambulante tjenester vil det arbeides med å trykke pasientene i sitt nærmiljø. Effekten er å forvente at tvangsmedisineringen reduseres i henhold til overordnede mål.

Habilitering og rehabilitering

- *Helseforetaket har lagt Helsedirektoratets modell, jf. Rapport IS-1947, til grunn i det videre arbeidet på rehabiliteringsfeltet.*
- *Sykehuset Telemark har i samarbeid med kommunene i sitt opptaksområde utarbeidet beskrivelser for standardiserte rehabiliteringsforløp for store pasientgrupper med konkretisering av ansvar og oppgavefordeling nedfelt i forpliktende samarbeidsavtaler. Hofte-/ kneleddsatrose, fedme, myalgi og hjerneslag er prioritert.*
- *Sykehuset Telemark har videreutviklet koordinerende enhet for sitt opptaksområde. Dette i samsvar med 'Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator' og i tett samarbeid med kommunene. Samarbeidet mellom respektive koordinerende enheter i helseforetak og kommune er beskrevet i samarbeidsavtalene.*

Det rapporteres samlet på ovennevnte punkter.

STHF har sammen med SIV etablert en områdeplan for habilitering og rehabilitering. Sammen er også KE (koordinerende enhet) opprettet og i full drift. I områdeplanen er det pasientforløpsbeskrivelser for de største pasientgruppene. Hovedansvar for håndtering av spesialisert rehabilitering er fordelt i området (STHF har spesialisert rehabilitering i Skien med 6

senger knyttet til Moflata 1.etg; spesialiserte rehabiliteringspoliklinikker i Porsgrunn samt en seksjon for spesialisert rehabilitering med fokusområde sykkelig overvekt på Nordagutu). Samarbeid om ikke spesialisert rehabilitering foregår fortløpende i tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen og i tråd med veiledning fra HD.

Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati

- *Det er iverksatt tiltak for å styrke kunnskapsgrunnet om CFS/ME.*

Klinikk Notodden/Rjukan ved STHF har etablert flere ulike tilbud til pasienter med ME/CFS og fagpersoner med ansvar for denne pasientgruppen. Det er planlagt kurs for fastleger og kurs for NAV-ansette på dette området i 2014. Tilsvarende kurs ble avholdt i 2012.

Utredning/diagnoseavklaring av pasienter med ME/CFS gjennomføres som følgende; Fastlege har på forhånd vurdert kriterier for ME/CFS og gjennomført forundersøkelser for å utelukke annen sykdom. Ved behov for ytterligere avklaring kan fastlegen henvise til poliklinisk time eller planlagt innleggelse. De dårligste pasientene og pasienter med lang reisevei blir innlagt på STHF. Notodden sykehus har stor erfaring med pasientgruppen og støtter fastlegenes vurderinger, vurderer alternative diagnoser og stiller diagnosen hvis kriteriene er oppfylt.

Det er etablert lærings- og mestringskurs/dagrehabilitering for pasienter med etablert ME-diagnose. Kurset på Lærings- og Mestringscenteret Notodden legger vekt på kognitiv trening, energiøkonomisering, avspenning og forsiktig aktivitet kombinert med gruppediskusjoner, teori, kostholdkunnskap. I 2014 vil et tilsvarende kurs starte opp ved sykehuset i Skien.

Alle deltakere på mestringskurs inviteres til å delta i studier om ME/CFS. Så langt har over 95 % av deltakerne vært positive. Følgende tre studier er i gang/under oppstart;

- Studie A er deskriptiv og beskriver antall henvist, antall diagnoser, hovedfunn, funksjonsnivå.
- Studie B er en kvalitativ studie av hvordan det oppleves å ha ME/CFS, hvilke erfaringer pasientene har gjort med hjelpeapparat, arbeidsgiver og familie. Den er basert på intervjuer av de første 20 pasientene.
- Studie C er en studie på behandlingseffekt. Klinikk Notodden/Rjukan er med søker til en legemiddel-utprøvende studie (Rituximab) sammen med Haukeland sykehus og OUS Aker. Studiens tittel er B-lymphocyte depletion with rituximab induction and maintenance in ME/CFS. A multicenter, randomized, double blind, placebo-controlled study. Studien starter opp i 2014.

Fødselsomsorg

- *Redusert andel fødselsrifter.*

Det har vært en reduksjon i fødselsrifter grad 3 og 4 fra 2,68 % i 2012 til 1,85 % i 2013.

- *Kvalitetskrav for fødeinstitusjoner er gjennomgått og implementert.*

Alle anbefalingene i veilederen fra Helsedirektoratet "Et trygt fødetilbud- Kvalitetskrav til fødselsomsorgen (12/2010)" er ikke fullstendig implementert. Sykehuset har implementert tilstedevakt av spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer 24/7 (døgndrift hele uka), og tilstedevakt av spesialist i anesthesiologi 24/7. Det arbeides med å besette alle stillinger til overleger i vakt ved Kvinneklivnikken. Differensiert fødselsomsorg praktiseres i tråd med veilederen

STHF har på plass en robust og forsvarlig følgetjeneste og beredskap for følgetjeneste i vårt sykehusområde. Svangerskap og barselomsorgen følger i hovedsak kravene i veilederen, men kontinuiteten i oppfølgingen av risikosvangerskap har forbedringspotensial. Dette arbeides det med.

STHF tilstreber tilstedeværelse med 1 : 1 av jordmor i aktiv fase av fødselen, i tråd med krav i veilederen. Dette har vært utfordrende å gjennomføre 100 % med nåværende jordmor-bemanning.

Det er en utfordring der det er behov for tidlig hjemmebesøk at STHF fremdeles ikke har mulighet for elektronisk oversendelse av barslepikriser til helsestasjon. Dette er løst ved å gi pasientene en kopi av epikrisen ved utreise fra barsel.

Ved Kvinneklinikken STHF har man på nåværende tidspunkt intet aktivt forskningsmiljø eller forskningsstillinger. Det gjennomføres regelmessig internundervisning blant legene. Jordmødrene og barnepleiere har regelmessig fagdager og det arbeides for flere felles fag arenaer for leger og jordmødre.

Kvinneklinikken har i 2013 opprettet 100 % stilling for fagutviklingsjordmor/mødre i tråd med anbefaling i veilederen.

Nyfødte som trenger intensivbehandling

- *Helseforetaket har lagt til rette for utdanning og etterutdanning av leger i neonatologi/ nyfødtintensivmedisinsk spesialkompetanse.*

Nyfødt intensiv ved Sykehuset Telemark HF behandler barn fra og med svangerskapsuke 28. Vi har 1800- 1900 fødsler i eget hus og ca. 300 innleggelser i nyfødtavdelingen årlig. Det er etablert en samarbeidsgruppe på sykehuset som består av medlemmer fra anestesivdelingen, føde/barselenheten (Kvinneklinikken) og barneavdelingen (Nyfødt intensiv). Gruppen ser på videreutvikling av samarbeid om perinatalomsorg og mulighet for tilrettelegging av lokaliteter for familiebasert perinatalomsorg.

Vi behandler de fleste tilstander som kan oppstå i perinatalperioden, men ved behov for utvidet intensivbehandling blir barna overflyttet Rikshospitalet (OUS).

Leger i spesialisering har tjeneste på nyfødt intensiv i rotasjon. De deltar i løpet av utdanningsperioden på nasjonalt kurs i nyfødtmedisinske teknikker. Avdelingens leger trener regelmessig på ferdigheter og nyfødtmedisinske prosedyrer. Ferdighetstrening har i flere år vært en del av avdelingens regelmessige internundervisning. En av avdelingens overleger fikk i høst tilbud om tidsbegrenset stilling på Nyfødtavdelingen på Rikshospitalet, men måtte takke nei på grunn av lederoppgave i avdelingen. Avdelingens utdanningsutvalg jobber med planer for overleger for å tilrettelegge hospitering ved universitetsklinikker. Avdelingen sender sykepleiere til videreutdanning i nyfødt sykepleie på Lovisenberg.

- *Helseforetaket har anskaffet utstyr og opprettet kompetanse i initial stabilisering og oppstart av hypotermibehandling av barn med asfyksi.*

Avdelingen vil arbeide for å legge til rette for at overleger kan hospitere på større nyfødtavdelinger. Helseforetaket har ikke anskaffet utstyr til initial stabilisering av nyfødte med alvorlig asfyksi, men vil arbeide med dette videre og sette utstyret på investeringslisten i neste budsjettår.

Barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep og annen mishandling

- *Det er tilstrekkelig kompetanse i helseforetaket og gode rutiner for å ivareta barn som kan ha vært utsatt for seksuelle overgrep og annen mishandling.*

Utredning skjer ved Barne- og ungdomsmedisinsk seksjon i Barne- og ungdomsklinikken.

Kompetanse:

- Undersøkelsene utføres av overlege med erfaring. Overleger fra seksjonen har fra tidlig 90-tall deltatt i det nasjonale, faglige nettverket og deretter på de nasjonale møtene ved Nasjonalt Senter for Vold og Traumatisk Stress (NKVTS). To av overlegene har arbeidet spesielt med disse sakene gjennom flere år og gjør undersøkelsene når dette er mulig. I akutte sporsikringsaker kan undersøkelse utføres av vakthavende overlege med mulighet for å konsultere annen lege.
- Seksjonen bruker Veileder for helsepersonell (nkvts.no), Norsk Barnelegeforenings veiledere (elektronisk på NBFs nettsider / Helsebiblioteket) samt annen faglitteratur på lokalt bibliotek og på nett
- Leger fra seksjonen deltar på NBFs nasjonale møter og nordiske møter om barnemishandling. Det rapporteres fra møtene til resten av kollegiet
- Ved spesielt behov for hjelp til vurdering av funn, kontaktes sosialpediatrisk seksjon ved OUS Ullevål eller lege med særlige kvalifikasjoner tilknyttet NKVTS
- Intern undervisning i legegruppa
- Tilgang til litteratur i lokalt fagbibliotek og på nettet
- Seksjonens sosionom eller psykolog bringes inn ved behov
- Seksjonen deltar på regelmessige samarbeidsmøter 1-2 ganger årlig med BUP og politiet
- Seksjonen deltar på samarbeidsmøter med voldtektsmottaket som er organisert under legevakta

Rutiner:

- Barnevern, og i de fleste tilfellene politi, skal være henvisende instans og det skal være sikret at den somatiske undersøkelsen skjer i en sammenheng hvor barnet er ivaretatt videre
- I de få tilfelle hvor barnevern eller politi ikke er kontaktet før barnet kommer i avdelingen, skal dette gjøres. Vurderingen foretas av barnelegen.
- Ved det fåtall av saker som gjelder akutt sporsikring, kontaktes sykepleier i voldtektsmottaket for gjennomføringen med bruk av riktig sporsikringsutstyr og for oppbevaring av prøvemateriale
- Når legerapport sendes politiet, sendes også kopi til rettsmedisinsk kommisjon
- Undersøkelsene utføres ved Barnepoliklinikken med lege og sykepleier tilstede
- Det gjøres helkroppsundersøkelse tilpasset barnets alder og modenhet og den aktuelle problemstilling
- Det gjøres nøyaktige notater av opplysninger fra ledsager og fra barnet
- Undersøkelsesfunn dokumenteres på skisse og med foto med eget speilreflekskamera
- Billedokumentasjon oppbevares elektronisk på skjermet område
- Journaldokumenter legges med sperret tilgang

Kjeveleddsdisfunksjon

- *Det er gitt behandlingstilbud til pasienter med alvorlig kjeveleddsdisfunksjon som er vurdert og utredet ved det tverrfaglige tilbudet etablert i Helse Bergen HF.*

Dette sorterer under kjeve- oralkirurgi. Vi henviser derfor slike pasienter videre til Sørlandet Sykehus, Arendal, i de tilfeller vi mottar henvisning med slik problemstilling.

Livsstilsrelaterte tilstander

- *Helseforetaket rapporterer data om skader og ulykker til NPR.*

Ja, se besvarelse to punkter nedenfor angående rapportering av person- og ulykkesskader.

- *Helseforetaket har etablert en overordnet ernæringsstrategi i tråd med anbefalinger i faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet og "Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten" (Helsedirektoratet 2012).*

Helseforetaket har høsten 2013 arbeidet med å etablere en overordnet ernæringsstrategi i tråd med anbefalinger i faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet og "Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten" (Helsedirektoratet 2012). Sykehuset har ansatt klinisk ernæringsfysiolog, som tiltrådte stillingen høsten 2013.

- *Helseforetaket rapporterer person- og ulykkesskader senest fra og med 1. mai 2013. De helseforetakene som ikke har rapporteringen på plass innen fristen skal sende en redegjørelse til Helse Sør-Øst med årsak og forventet dato for når rapporteringen kan igangsettes. Rapporteringen gjelder både inneliggende pasienter og poliklinikk.*

Akuttmottaket ved STHF gjør fortløpende registreringer vedr person- og ulykkesskader. Dette gjelder innleggelse og pasienter til akuttpoliklinikken. Disse registreres i DIPS, hvoretter sykehuset overfører filen til Helsedirektoratet via Sykehuspartner.

Helseberedskap

- *Med utgangspunkt i evalueringsrapportene etter terrorangrepet 22. juli 2011 og erfaringer fra øvelser og hendelser, har helseforetaket oppdatert og foretatt nødvendige tilpasninger i sine beredskapsplaner.*
- *Det er tatt initiativ til felles trening og øvelser med andre nødetater og frivillige organisasjoner.*

Ovenstående prikkpunkter rapporteres samlet.

STHF har tilpasset beredskapsplaner etter 22. juli 2011 og avholdt øvelser i forbindelse med dette. Det er avholdt fire samvirkeøvelser, hvorav en hadde spesielt fokus på "skyting pågår". Det er ellers avholdt to samvirkekurs (ambulansse, brann, politi) av tre dagers varighet som omhandler operativ leder helse (OLH) og fagleder helse (FLH) funksjonen hvor også "skyting pågår" er en del av kursopplegget.

Prehospitaltjenester

- *Prehospitaltjenester viderutvikles i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF, blant annet med bakgrunn i erfaringer og omforente anbefalinger i evalueringen av hendelsene 22. juli 2011.*

Nasjonal standard for triagering er innført i ambulansetjenesten, og opplæring er gjennomført. Det er gjennomført fagdager for trening i stans av alvorlige blødninger, og nye prosedyrer med bruk av medikamenter og turniké er innført. Beredskapsrommet er oppgradert slik at det er løpende tilgang på prehospitale driftsdata (AMiS). Det er gjennomført samtrening med politi rundt temaet ”skyting pågår”.

Legemiddelforsyning

- *For å redusere omfang av og konsekvenser av forsyningssvikt og leveringsvansker av legemidler forutsettes det å finne sted overvåking ved og informasjonsutveksling mellom helseforetaket og Sykehusapotekene.*
- *Helseforetaket har etablert et fast ansvarspunkt for kontinuerlig kontakt med det lokale sykehusapoteket om forsynings situasjonen. Dette omfatter også ansvar for å formidle oppdatert informasjon om forsynings situasjonen, risikoer for mangel og forslag for aktuelle tiltak til relevante kliniske miljøer i eget foretak og lokal legemiddelkomité.*
- *Helseforetaket har rutiner som sikrer at relevant informasjon fra de kliniske miljøene formidles til den sentrale arbeidsgruppen i Oslo universitetssykehus/Sykehusapoteket Oslo om lokale situasjoner og driftsforhold som kan ha betydning for legemiddelforsynings situasjonen.*

De ovenstående punktene ivaretas ved at:

- Delplan for svikt i legemiddelforsyning ved STHF er revidert i 2013 slik at den er i overensstemmelse med krav og føringer.
- Legemiddelkoordinator (fagdirektør) er ”mangelkontakt” mot sykehusapoteket og videreformidler informasjon om leveringssvikt ut til fagpersoner og linjeledelse.
- Legemiddelkoordinator har halvårlige møter med Sykehusapotekene, i tillegg jevnlig møter med lokalt sykehusapotek.
- Problemstillinger rundt legemiddelområdet, herunder legemiddelforsyning, tematiseres og informeres strukturert om i HFets kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg og på egen hjemmeside på intranettet.
- *Ved reforhandling av avtaler mellom Sykehusapotekene og øvrige helseforetak er maler for respektive avtaler lagt til grunn slik disse er oppdatert og formidlet til helseforetakene i desember 2012.*

Ovennevnte punkt er gjennomført i STHF.

- *Helseforetaket deltar i sentral vaktordning for regionen slik denne er utformet og formidlet i brev til helseforetakene i desember 2012.*

Ovennevnte punkt er gjennomført i STHF.

3.2.3 Utdanning av helsepersonell

- *Rask og effektiv tilsettingsprosess for turnusleger i samarbeid med aktuelle kommuner.*

De anbefalte nasjonale løsninger for tilsetting av turnusleger er gjennomført med godt resultat for STHF. Sykehuset følger Helsedirektoratet sin anvisning for utlysings- og tilsettingsprosess av turnusleger. Det tilsettes 20 turnusleger hvert halvår. Det er inngått samarbeidsavtale med alle kommunene i Telemark, som innebærer at hver turnuslege får tildelt hvilken kommune de skal utøve distriktstjeneste i, samtidig med inngåelse av arbeidsavtale ved STHF. Prosessen foregår også i tett dialog med Fylkesmannen ved fylkeslegen. Erfaringen er at dette gir en forutsigbar, rask og effektiv tilsettingsprosess.

- *Antall turnusplasser for fysioterapeuter er økt, jf. kap. 732, post 70 Særskilte tilskudd (Turnustjeneste i sykehus for leger og fysioterapeuter).*

Sykehuset har etter pålegg økt antall turnusplasser for fysioterapeuter. Vi ble pålagt å ta inn en ekstra turnusfysioterapeut. Dette medfører vansker for veiledning fra STHF på grunn av en betydelig nedtrapping av tidligere utført spesialisthelsetjenesteansvar innen rehabilitering. Denne tjenesten defineres nå ikke som å inngå som spesialisthelsetjenesten og er tilbakeført til kommunene. Sykehuset er bekymret for mangelfull mulighet for tilfredsstillende veiledning som følge av betydelig personellreduksjon innen faggruppen i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen. Medisinsk rehabilitering er fremdeles foretakets ansvar, hvor fysioterapeuter har sin funksjon.

Enhet for fysioterapi og ergoterapi i Medisinsk klinikk har to turnuskandidater. Turnuskandidatene har rullert på de ulike sengepostene på avdelingen. Høsten 2013 ble STHF pålagt av fylkesmannen om å ta en tredje kandidat i perioden 15.8. 2013 – 15.2.2014 og dette er gjort. På Notodden har det vært en fysioterapeut i turnustjeneste i hele 2013. Fra og med 15.8.2013 og ut året har Sykehuset Telemark HF hatt totalt fire turnusplasser for fysioterapeuter.

- *Helseforetaket har bidratt til kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i en forsterket kommunehelse- og omsorgstjeneste, spesielt innen geriatri, neurologi, habilitering/rehabilitering, psykisk helse og rusmiddelavhengighet.*

Seksjon for neurologi og rehabilitering har arrangert tellende kurs for fastlegene i samarbeid med praksiskonsulent. Tema var MS, hodepine og rygg. Videre er det arrangert kurs for fagpersoner i kommunene med tema slag. Ambulant slagteam følger opp pasienter med slag av lett og moderat grad og samarbeider med kommunene om videre opplegg. Teamet gir også undervisning i kommunene. Det har vært lagt vekt på undervisning om dysfagi, svelgevansker og kognitive problemstillinger. I samarbeid med Skien kommune og Fylkesmannen er det arrangert kurs i hjerterehabilitering. Rehabiliteringspoliklinikken i Porsgrunn, der målgruppen i stor grad er pasienter med store sammensatte nevrologiske problemstillinger, arbeider i stor grad ambulant ved at det tverrfaglige teamet reiser hjem til pasientene og gir eksempelvis spasmereduserende behandling. Poliklinikk for arbeidsrettet rehabilitering (ARR) arbeider også tett på kommunene med veiledning og kompetanseoverføring med mål at pasientene skal ivaretas i nærmiljøet. Lærings- og mestringscenteret (LMS) har samarbeidet med kommunene om flere kurs, og fagpersoner fra kommunene er velkommen til å hospitere på kursene. Innen geriatri har geriater deltatt som foreleser på kurs for kommunalt ansatte innen pleie og omsorg.

3.2.4 Forskning og innovasjon

Forskning

- *Sykehuset Telemark har iverksatt tiltak for større grad av brukermedvirkning i forskning.*
- *Sykehuset Telemark har gjort bruk av regionale forskningsstøttefunksjoner, teknologiske infrastruktureltiltak og forskningsnettverk for å sikre god ressursutnyttelse og økt internasjonal konkurranseevne for sin egen forskning.*
- *Sykehuset Telemark har lagt til rette for deltakelse i - og gjennomføring av kliniske intervensjonsstudier, inkludert multisenterstudier.*
- *Sykehuset Telemark har lagt til rette for samhandlingsforskning i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets føringer, også innenfor egne budsjettammer.*
- *Sykehuset Telemark har styrket egen infrastruktur for biobanker og forskning på humant biologisk biobankmateriale, og ved behov for langtidslagring fortrinnsvis gjort bruk av den regionale lagringsfasiliteten for*

biobankmateriale ved Folkehelseinstituttet/biobankmateriale ved Folkehelseinstituttet når det er behov for langtidslagring.

- *Sykehuset Telemark har styrket og videreutviklet egen infrastruktur for forskning, berunder IKT-løsninger for forskning.*

Ovenstående prikkpunkter rapporteres samlet.

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 har i 2013 opprettholdt styrkingen av den lokale, kliniske forskningen. Antall publikasjoner har nå stabilisert seg på et nivå tilsvarende 2012, mens vi ser en økning i antall avlagte doktorgrader. STHF har kontinuerlige avtaler med regional forskningsstøttefunksjoner, da særlig innen biostatistikk, helseøkonomi og databaser.

FoU har gjennom forskningsseminarer synliggjort eksempler på brukermedvirkning i forskningsprosjekter for våre forskere og vil arbeide aktivt for at dette kan bli en realitet.

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. Anskaffelse av egen forskningsserver er lagt inn i budsjett for 2014. FoU har egen database der alle prosjekter oppdateres kontinuerlig.

STHF deltar i kliniske multisenterstudier og er positive til å fortsette dette arbeidet.

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 lokal forskningsaktivitet er øket, særlig innenfor det genetiske miljøet. Ved behov vil STHF benytte de regionale lagringsfasiliteter.

Sykehuset søker å legge til rette for samhandlingsforskning gjennom etablerte nettverk mot kommunehelsetjenesten og Høyskolen i Telemark (HiT)/Universitetet i Agder (UiA).

Innovasjon

- *Sykehuset Telemark har initiert eller deltar i forskningsbaserte eller brukerdrevne innovasjonsprosjekter og det er et konkret mål at aktiviteten økes på dette området.*
- *Sykehuset Telemark bidrar med data til nyetablert database for innovasjonsindikatorer i helseforetakene.*
- *De regionale helseforetakene har under ledelse av Helse Sør-Øst RHF iverksatt foreslåtte tiltak i rapporten "Fremme innovasjon og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser" fra 2012. Sykehuset Telemark deltar ved behov i piloter på dette området.*
- *Sykehuset Telemark deltar ved behov i større innovasjonsprosjekter som bidrar til bedre pasientforbehandling og samhandling.*

Ovenstående prikkpunkter rapporteres samlet.

Helseforetaket søker kontinuerlig å stimulere fagmiljøene til å se innovasjonsmuligheter i tillegg til at sykehuset deltar i det regionale innovasjonsnettverket. Man vil også bidra med aktuelle data inn i den nyetablerte databasen for innovasjonsindikatorer.

FoU enheten har et konkret forskningsbasert (tjenesteinnovasjon) prosjekt etablert i samarbeid med DIPS.

3.3 Organisatoriske krav og rammebetingelser

3.3.1 Resultatkrav og oppfølging for 2013

Resultatkrav for 2013

- *Helseforetakene i Helse Sør-Øst skal skape økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer. Det er et krav at det enkelte helseforetak minst har et resultat i balanse det enkelte år. I økonomisk langtidsplan har helseforetaket estimert behov for årlige resultater, blant annet med utgangspunkt i nødvendig nivå på ny- og reinvesteringer i bygg og medisinskteknisk utstyr. Helseforetakets budsjetterte resultat for 2013 legges til grunn i den løpende oppfølging av status og avvik i 2013.*

Sykehuset har hatt store økonomiske utfordringer i 2013 og leverer et driftsresultat på - 14 millioner kroner (resultat før revisjon for 2013 er avsluttet). Det er gjennomført planlagte vedlikeholdsaktiviteter på et nøkternt nivå og likviditetsreservene har sikret finansiering av nødvendige investeringer.

Likviditetsbidraget fra driften er redusert og gjenspeiler krevende tilpasning til omgivelsene og økende driftsutfordringer. Oppgradering av IKT-systemene har vært en viktig premis for utviklingsarbeidet og legger til rette for driftseffektiviseringer fremover.

Styring og oppfølging i 2013

- *Helseforetaket har sikret at den medisinske kodingen er faglig korrekt og ikke benyttes for å øke inntjeningen i strid med god faglig praksis og hensiktsmessig organisering.*

I løpet av 2013 har kodearbeidet ved STHF blitt omorganisert og ligger nå under fagdirektør. Enhet for medisinsk koding har som hovedoppgave å kvalitetssikre koding gjennom systematisk gjennomgang og kontroll av feillister, kompetanseheving hos helsepersonellet og rådgiving. Det er etablert prosedyre for korrekt medisinsk koding. I tillegg er det i løpet av året etablert en analyseenhet som blant annet bistår klinikkene og enhet for medisinsk koding med å dokumentere nivået på kodekvalitet.

3.3.2 Organisatoriske krav og rammer for 2013

Informasjonsteknologi og digitale tjenester (ehelse)

- *IKT Strategi og Langtidsplan er gjeldende for Sykehuset Telemark. Helseforetaket bidrar til utvikling og innføring av IKT-tjenester berunder standardisering og samhandling i tråd med nasjonale og regionale føringer. Foretakene vil i denne sammenheng være ansvarlig for mottak og ibruskstakelse i henhold til regionale planer og føringer. Helseforetaket skal styrebehandle egen områdeplan for IKT.*

STHF tok i bruk DIPS 13. mai 2013 som et ledd i standardiseringen på felles PAS/EPJ i HSØ. Dette arbeidet følges opp med en fase 2 hvor optimalisering av innført løsning står sentralt. Av andre betydelige aktiviteter i fase 2 kan nevnes innføring av elektronisk sykepleiedokumentasjon, operasjonsplanlegging og utveksling av PLO-meldinger (Pleie og Omsorgsmeldinger som er elektroniske meldinger går mellom sykehuset og primær/-kommunehelsetjenesten).

Ved årsskiftet 2012-2013 tok STHF i bruk ny teknologisk plattform basert på vedtatt standard i HSØ.

Sykehuset benytter prosjekt- og porteføljestyingsverktøyet Clarity som grunnlag for områdeplan på IKT-området. Planen skal behandles i porteføljestyret i januar 2014, og vil deretter legges frem for styret for endelig vedtak.

- *Helseforetaket har sikret videre utvikling av sin IKT-virksomhet i henhold til vedtatt rolle/ansvarsfordeling og til enhver tid gjeldende rammeverk for IKT (drift, forvaltning, utvikling) i Helse Sør-Øst.*

STHF har i 2013 reorganisert IKT funksjonen og etablert "Seksjon for Teknologi og eHelse". Det er opprettet egen enhet for funksjonell forvaltning av DIPS med to nye stillinger, systemansvarlig og DIPS-rådgiver. Enheten skal etter planen styrkes med ytterligere tre - fire nye stillinger i løpet av 2014. I tillegg er det etablert to ny stillinger med ansvar for henholdsvis virksomhetsarkitektur og generell IKT/telekom.

- *Helseforetaket har styrket og videreutviklet samarbeidsarenaer og relasjon med Sykehuspartner.*

STHF har organisert felles kundemottak og supportsentersenter med Sykehuspartner sentralt i bygningsmassen ved sykehuset i Skien. Hensikten med dette er å bringe Sykehuspartner nærmere lokalt IKT-miljø og brukermiljøene for på den måten å sikre god kvalitet i tjenesteleveransene og hensiktsmessig og riktig bruk av sykehusets maskin- og programvare.

- *Helseforetakene har innført/ videreutviklet lokal prosjekt- og porteføljestyring iht fellesregionalt rammeverk og metodikk, berunder tatt i bruk system for prosjekt og porteføljestyring i samsvar med felles regional prosjektplan.*

STHF har tatt i bruk prosjekt- og porteføljestyringsverktøyet Clarity (se besvarelse av første punkt under 3.3.2 over) og følger dermed opp overordnede retningslinjer på dette området. Foreløpig er dette innført for styring av prosjektporteføljene innen IKT, MTU og bygg og eiendom. Det er oppnevnt egen LPA (Lokal Porteføljeadministrator, dvs. de som er ansvarlig for de ulike porteføljene ved STHF) for hvert område som inngår i lokal portefølje-administrasjon sammen med direktør for systemledelse, økonomisjef og innkjøpssjef. Porteføljeadministrasjonen ledes av fagdirektør.

Informasjonssikkerhet

- *Helseforetaket har deltatt i arbeidet i Helse Sør-Øst RHF for å bistå Norsk Helsenett SF med å utvikle HelseCSIRT som helse- og omsorgssektorens felles kompetansesenter for informasjonssikkerhet.*

Vi er ikke kjent med å ha blitt invitert til deltagelse i opprettelsen av Helse CSIRT, men deltar i fagnettverket for informasjonssikkerhet, samt det regionale risikovurderingsteamet.

Regjeringens digitaliseringsprogram

- *Helseforetaket bidrar i gjennomføringen av regjeringens digitaliseringsprogram.*

For å skape gjennomføringskraft i arbeidet med digital samhandling, skal det ansettes en person med ansvar for elektronisk meldingsutveksling mellom sykehuset og primærhelsetjenesten /kommunehelsetjenesten. STHF har også rettet en forespørsel til HSØ-RHF for å bli prioritert ved innføring av eResept høsten 2014.

Tiltak på personalområdet

Ledelse

- *Helseforetaket legger til rette for at ledere i førstelinjen har nødvendig kompetanse og støtte for å ivareta sitt ansvar som leder.*
- *Ledelse på alle nivå har lagt til rette for systematiske kvalitets-, pasientsikkerhets- og HMS-arbeid.*

Ovenstående prikkpunkter rapporteres samlet.

All vår interne lederopplæring bygger på Nasjonal lederplattform. Sykehuset Telemark gjennomfører kontinuerlig egne lederutviklingsprogrammer. I 2013 har sykehuset hatt fokus på å fullføre et lederutviklingsprogram med oppstart 2012 for enhetsledere. I tillegg er det gjennomført kurs for nye og eksisterende ledere i utvalgte temaer gjennom hele året, dels som planlagte kurs og dels etter bestilling fra linjeorganisasjonen. Et viktig fokus i lederopplæringen er rutiner i og oppfølging av det pasientadministrative arbeidet.

STHF samler aktiviteter i et Årshjul som skal sikre kvalitet innen HMS- og personalarbeid. Årshjulet er rullerende. Noen av aktivitetene pågår gjennom hele året, mens andre aktiviteter er mer tidsavgrenset og med frister. Mål innen personal og HMS-området blir innarbeidet i lederkontraktene mellom direktør og klinikk-sjef, og videreføres som mål i lederkontraktene helt ut til ledere i førstelinjen. STHF benytter elektronisk HMS-handlingsplan som planleggings- og rapporteringsverktøy for ledere i det rullerende arbeidet. Det er etablert kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg i den enkelte klinikk og på HF nivå som ledd i det systematiske forbedringsarbeidet på dette området.

- *Helseforetaket har videreført arbeidet med å øke andelen faste stillinger, øke stillingsandelen for medarbeidere i deltidsstillinger og tilby flere heltidsstillinger, samt utvikle kunnskapsgrunnlaget på området.*

Sykehuset har fra 2012 til 2013 hatt en økning i antall årsverk utført av fast ansatte, og en nedgang i antall årsverk utført av midlertidig ansatte. Gjennomsnittlig stillingsbrøk hos fast ansatte har økt. For å gi mulighet til flere 100 % stillinger, må mer av den ubekvemme arbeidstiden (helg, kveld og natt) fordeles på flere arbeidstakere, og det må påregnes noe økt helgebelastning for turnuspersonell. 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/økt stillingsprosent.

HR-avdelingen har gjennom lang tid jobbet for å sette fokus på målet om å oppnå flere heltidsstillinger i sykehuset. Det er et linjeansvar å følge opp egne ansatte med rapportert uønsket deltid. Linjelederne er de som har ansvar for å tilby egne ansatte med uønsket deltid, en høyere stillingsprosent. HR-avdelingen følger opp rekrutteringsprosessen til klinikkene. Bemannings-enheten under HR har i tillegg arbeidet målrettet og aktivt overfor personell med registrert uønsket deltid, for å tilby disse økt/full stilling. Tendensen over tid (2010-2013) viser at andelen deltidsstillinger synker fra 46 til 42 % og gjennomsnittlig stillingsprosent har økt fra 86 til 89 %. Per desember 2013 var det ansatt 1340 personer i dagstillinger, fast ansatte eksklusiv leger, hvorav 847 hadde full stilling, det vil si 63 %. Når det gjelder personer i turnus hadde sykehuset per desember 2013 1412 ansatte, hvorav 454 var i full stilling, det vil si 32 %. Tallene er basert på desember lønn og gir derfor ikke snittstall for året, men et øyeblikksbilde. De fleste leger ved STHF er ansatte i 100 % stillinger.

Det har vært dialogmøter med sykehusets tillitsvalgte angående deltidsutfordringen. Foretaket har egne prosedyrer som ivaretar håndtering av fortrinnsrett og permisjon. Linjeledere har ansvar for å påse at permisjoner ikke forsterker deltidsutfordringen.

Foretaket følger forløpende utviklingen i faste stillinger, stillingsstørrelse og deltidsbildet, basert på datauttrekk i HR-kuben i Personalportalen. Tilgjengelige rapporter har gitt et bedre kunnskapsgrunnlag, men Sykehuset Telemark har ikke kommet langt nok når det gjelder utviklingen i arbeidet med å øke andelen faste stillinger, øke stillingsandelen for medarbeidere i deltidsstillinger og tilby flere heltidsstillinger.

- *Helseforetaket bidrar til å sikre flere lærlingplasser i tråd med målene i Samfunnskontrakt for flere læreplasser.*

Totalt har 16 lærlinger vært ansatt i Sykehuset Telemark i 2013. Sykehuset har lærlingplasser for 8 helsefagarbeidere, 1 lærling innen industriarbeiderfaget, 1 kokkelærling og til sammen 16 plasser for ambulansesarbeidere, hvorav 6 ved Sykehuset Telemark og 10 ved Sykehuset Vestfold. Det er Sykehuset Telemark som har ansvaret for lærlingene i ambulansse for begge helseforetak.

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

- *Helseforetaket følger rutiner for bierverv og rapporterer om status for antall bierverv pr. 31.12 i årlig melding.*

Ledere og ansatte er informert om plikt til å informere om bierverv, herunder jevnlig påminnelse fra linjeledelse om å registrere/oppdatere sin registrering i personalportalen. Andre konkrete tiltak er:

- Utarbeidet prosedyre for bierverv, privat virksomhet og oppdragsforskning, som ligger i vårt kvalitetssystem og personalhåndboka i Personalportalen.
- Egen sjekklister for ledere.
- Eget avsnitt om bierverv i alle arbeidsavtaler.
- Informasjon om bierverv på introduksjonskurs for nyansatte

Pr desember 2013 er det 109 ansatte som har innrapportert og registrert bierverv i Personalportalen.

- *Helseforetaket har gode rutiner for å unngå mulige brudd på arbeidsmiljøloven generelt og arbeidstidsbestemmelsene spesielt.*

Bestemmelser i Arbeidsmiljøloven (AML) inngår i kurs og opplæring av ledere. Prosedyrer og retningslinjer er utformet for å sikre at AML overholdes. Linjeledere er i henhold til foretakets prosedyre for intern delegering av fullmakter, ansvarlige for at arbeidsmiljølovens bestemmelser overholdes.

Sykehuset tar ut månedlig rapport på AML-brudd, brutt ned på klinikk og avdelingsnivå. Dette har økt fokuset på AML-brudd på alle nivåer i organisasjonen. Status på AML-brudd behandles månedlig i sykehusets ledergruppe. Linjeledere er ansvarlige for å følge opp brudd, og eventuelt etablering av nødvendige avtaler innenfor rammene i AML om utvidelse av arbeidstidsgrensene.

Kompetansebehov og -planlegging

- *Det er gjennomført en overordnet risiko- og sårbarhetsanalyse som avdekker kompetansebehov og nødvendige rekrutterings- og utviklingstiltak på fire års sikt.*
- *Helseforetaket har sørget for at det arbeides systematisk med gjennomgående bemanningsplaner som viser foretakets samlede behov for kapasitet og kompetanse. For å sikre dette må det dokumenteres rutiner for regelmessig gjennomgang og kvalitetssikring.*

Ovenstående prikkpunkter rapporteres samlet.

Det er i 2013 gjennomført en analyse av kompetansebehovet som avdekker alderssammensetning i ulike faggrupper, der kompetanse, sårbarhet og risiko knyttet til framtidig bemanningsbehov og -situasjon er vurdert. Det pågår et arbeid med Utviklingsplan 2014-2016 for

STHF, som skal vedtas i første halvår 2014. Vedtak for Utviklingsplanen vil legge føringer for framtidig behov for bemanningsnivå og kompetanse.

Kartlegging av rapportering i spesialisthelsetjenesten

- *Helseforetaket bidrar til kartlegging av omfanget av rapportering i spesialisthelsetjenesten.*

I henhold til tilbakemelding fra HSØ utgår dette punktet da Sintef på oppdrag fra Helsedirektoratet har gjennomført en kartlegging av registrering, dokumentasjon og rapportering i spesialisthelsetjenesten i 2013.

Vurdering av utvidet åpningstid for planlagt virksomhet

- *Helseforetaket bidrar i arbeidet med kartlegging og utredning for å vurdere å utvide sykehusenes åpningstid for planlagt virksomhet.*

Det er behov for å utvide sykehusets åpningstid for planlagt virksomhet, for best mulig å få gjennomført Utviklingsplanen. STHF forholder seg til de avtaler som er gjeldende, og vurderer muligheten for hvordan åpningstiden kan utvides innenfor de eksisterende avtaler. Arbeidet vil prioriteres etter vedtak i Utviklingsplanen.

Intern kontroll, risikostyring og krav til forbedring av det pasientadministrative arbeidet

- *Helseforetaket arbeider systematisk for å forebygge, forhindre og avdekke svikt/avvik i de pasientadministrative systemene, og det er etablert rutiner for varsling innad i helseforetaket og rutiner for erfaringsutveksling på tvers av helseforetakene i Helse Sør-Øst.*

Helseforetaket arbeider systematisk for å forebygge, forhindre og avdekke svikt/avvik i de pasientadministrative systemene. Det er etablert rutiner for varsling internt. Vi søker aktivt erfaringer og bidrar i aktuelle fora for erfaringsutveksling på tvers mellom helseforetakene i Helse Sør-Øst. Disse aktivitetene må spesielt sees i sammenheng med DIPS og oppfølging av konsernrevisjonens revisjon av den pasientadministrative arbeidsprosessen.

- *Helseforetaket sikrer at rutiner ved intern henvisning i spesialisthelsetjenesten er i tråd med gjeldende rett innen 1. mai 2013.*

Det er etablert rutiner og opplæring som skal sikre at kravene til intern henvisning blir ivaretatt og det refereres også til DIPS og oppfølging av revisjon pasientadministrativt arbeid i denne sammenheng.

- *Det elektroniske systemet for melding om uønskede hendelser er på plass innen 15. april 2013. Systemet er integrert i foretakenes avvikssystem. Kunnskapssenteret skal både kunne motta meldinger og gi tilbakemeldinger i systemet.*

Meldingsutveksling mellom helseforetaket og Kunnskapssenteret om uønskede hendelser er kun delvis integrert i avvikssystem. I desember ble det oppdaget at overføringsfunksjonen for meldinger til Kunnskapssenteret ikke hadde fungert siden oktober. Sykehuspartner arbeider med å rette feilen. Så snart tekniske løsninger for ytterligere elektronisk kommunikasjon med Kunnskapssenteret er klare, vil Sykehuset Telemark ta dem i bruk. Anskaffelse av nytt avvikssystem avhenger av framdriften i Helse Sør-Øst-prosjektet DFS.

Regjeringens eierskapspolitikk

Mangfold og likestilling

- *Helseforetak er kjent med kravene til samfunnsansvar, også på områdene mangfold og likestilling, og fremmer samfunnsansvarlig adferd i hele organisasjonen.*

Alle pasienter skal mottas og behandles på en likeverdig måte uavhengig av alder, kjønn, bosted, etnisk bakgrunn, kulturell- og religiøs tilknytning. Foretaket har medarbeidere fra mange nasjoner med stort kulturell mangfold, som bidrar positivt til arbeidsmiljøet. STHF tilstreber å ha en inkluderende arbeidslivspolitik og er en IA-bedrift.

Lønnsutviklingen i helseforetakene

- *Helseforetaket har oppmerksomhet på forholdet mellom lønnsutviklingen for ledere og øvrige ansatte.*

Sykehuset Telemark er kjent med de føringene som legges på moderasjon i lederlønsutviklingen. STHF melder årlig til HSØ om lederlønninger, styreverv eller eierforhold ledere i foretaket har. Lederlønninger skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende.

STHF gjennomfører ordinære, årlige lønsreguleringer for sine ledere der ramme-betraktningen tar utgangspunkt i fremforhandlet ramme med organisasjonene. Utgangspunktet er at lederlønsoppjørene gis lik eller lavere ramme.

Etikk og miljø

- *Helseforetak har årlig utført klimaregnskap for å vise sine CO2-utslipp. Skjemaet som brukes er utvikles av direktoratet for IKT og forvaltning (DIFI).*

Sykehuset Telemark vil svare opp kravene i klimaregnskapet i henvendelsen til årlig miljørapport fra HSØ RHF.

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. Grønt sykehus vil være et av tiltaksområdene som legges inn i mal for elektronisk HMS-handlingsplan fra 2014.

- *Helseforetaket har en plan for oppfølging og implementering av de overordnede etiske retningslinjene gjeldende for Helse Sør-Øst, jf. styrevedtak 004-2012 Etiske retningslinjer for Helse Sør-Øst.*

STHF arbeider etter HSØs etiske retningslinjer og har i 2013 aktivt distribuert HSØ sin informasjonsbrosjyre med ansatte som målgruppe. Etiske retningslinjer er i 2013 tatt inn som tema i introduksjonskurs for nytilsatte og distribuert i ulike fora der etikk har vært et aktuelt tema. Det er gjort forberedelser i 2013 til at foretakets Klinisk etiske komité (KEK) skal fremstå med ny sammensetning, og med en klar handlingsplan for 2014. KEK arbeider etter ”Nasjonalt mandat for kliniske etikkomiteer i helseforetak”, HOD. Klinisk etisk komité vil bidra aktivt i 2014 med arbeidet for å implementere etisk handlingsplan.

STHF følger de etiske innkjøpspolitiske føringer som er gitt av vår eier. Ledere har fått opplæring gjennom e-læring og klasseromkurs.

Barn som tolk

- *Helseforetaket har iverksatt nødvendige tiltak som medvirker til at ingen barn under 18 år brukes som tolk i spesialisthelsetjenesten, uavhengig av foreldres eller andre slektningers diagnose. Barn under 18 år kan kun unntaksvis brukes som tolk ved akutte situasjoner hvor det er fare for liv og helse.*

STHF er kjent med retningslinjene for bruk av tolk i spesialisthelsetjenesten og følger disse. STHF benytter også de tolketjenester/firma som det er inngått avtale med.

3.3.3 Øvrige styringskrav for 2013

Rapportering til Norsk pasientregister

- *Helseforetaket sørger for økt kvalitet i rapporteringen til Norsk pasientregister, i tråd med informasjon som vil bli gitt i eget brev.*

Sykehuset Telemark har fra 8. mai 2013 implementert nytt pasientadministrativt system DIPS, med 200 nye arbeidsprosesser, brukerveiledninger og hurtigguider, fokus på ”Glemt av sykehuset” og nasjonale/regionale føringer. Utfordringer ved innføringen av systemet har vært forståelse, bruk og ledelsesoppfølging hvor konverterte data har hatt lav validitet. Det er innført tiltak for å etablere styring og kontroll, oppdatere og tilpasse regional prosedyrer for ledere. I tillegg er det gjennomført workshops innen fristbrudd, uferdiglister, ventende uten kontakt og generell rapportoppfølging. Tiltakene som er innført har medført økt kvalitet og kontroll av data til NPR. Gjennom innføring av DIPS har den pasientadministrative prosessen blitt sikret på systemnivå og er ikke avhengig av nøkkelpersoner.

Innkjøp og logistikk

- *Helseforetaket har oppnådd 80 % bruk av avtaler.*

Sykehuset har oppnådd målet om 80 % bruk av avtaler. I målinger gjennomført tertialvis for 2013 har STHF oppnådd 83 % bruk av nasjonale -, regionale - og lokale avtaler. STHF følger opp avtaler om vikarer. Firmaene med avtaler kan i mange tilfeller ikke tilby legespesialister og dette kan være utfordrende for å sikre effektiv pasientbehandling. Anskaffelsesprosessen må kunne forenkles når firmaet flere ganger ikke har kunnet levere vikarer innen en spesialitet.

- *Helseforetaket har oppnådd 70 % bruk av innkjøpssystem.*

Helseforetaket har oppnådd 70 % bruk av innkjøpssystem. For gjeldende kostnadsarter benytter STHF innkjøpssystemet i 78 % av tilfellene.

- *Helseforetaket har oppnådd 90 % bruk av elektronisk produktkatalog.*

Helseforetaket har nådd målet. Elektroniske produktkataloger benyttes i 93 % av tilfellene.

- *Sykehuset Telemark har brukt Forsyningscenteret for innkjøp med 29,09 MNOK.*

Målet er ikke nådd. STHF har kjøpt varer fra forsyningscenteret for til sammen 20,2 MNOK i 2013. Grunnen til at det ikke har blitt kjøpt mer skyldes at det ikke er tilgjengeliggjort et bredere produktsortiment fra Sykehuspartner. Dette har ført til at vi fortsatt må kjøpe det aller vesentligste av forbruksvarene direkte fra våre rammeavtaleleverandører.

- *Det er i alle store anskaffelser satt krav til en etisk leverandørkjede ved produkter som sannsynligvis er produsert i lavkostland. Anskaffelsen er rapportert til Sykehuspartner Innkjøp for en risikobasert oppfølging av kravet.*

I all hovedsak kjøpes forbruksvarer med stort volum på rammeavtaler som er utarbeidet av HINAS (Helseforetakenes innkjøpsservice AS) eller HSØ. Her er det allerede gjort vurderinger av leverandørkjedene. Sykehuset deltar aktivt i FIL (Forum for innkjøp og logistikk) og kommer med innspill der det ønskes synspunkter fra helseforetakene.

- *Helseforetaket har etablert egne anskaffelsesplaner, som igjen kan legges til grunn for budsjettering og samordning av anskaffelser. Dette gjelder også for investeringsbehov innenfor medisinsk teknisk utstyr.*

STHF har etablert et investeringsutvalg/porteføljeadministrasjon hvor behov og krav fra klinikkene meldes inn. Her blir alle investeringer vurdert opp mot fremtidig drift og organisering. Basert på innspill og vurderinger utarbeides prioriterte anskaffelsesplaner som videre sendes til sykehusets ledergruppe for godkjenning. Etter endelig godkjenning etableres det prosjekter for videre gjennomføring.

- *Helseforetaket har gjort seg kjent med regionale og nasjonale anskaffelsesplaner og sørget for å prioritere tilstrekkelige ressurser til implementering av avtaler som inngås.*

STHF har siden 2007 hatt et produktråd som har deltatt i implementeringen av nye produkter på sykehuset. Utfordringen den siste tiden har vært å avsette tilstrekkelig tid for implementering av nye avtaler. Som følge av dette jobbes det nå med å etablere kategoriansvarlige på en rekke områder som hver seg har et mindre område å dekke. Dette vil medføre at man får bedre kontroll på implementeringen og derved sikrer at man får nødvendig opplæring, velger riktige produkter opp mot prosedyre osv.

- *Helseforetaket har sørget for at ressurser spilt inn fra helseforetaket til deltakelse i anskaffelsesarbeid regionalt eller nasjonalt, får nødvendig tid og mulighet til deltakelse.*

STHF's ledergruppe har vedtatt å stille med personell/ressurspersoner i regionale anskaffelsesprosjekter. Det har videre vært et krav at disse personene skal få tilstrekkelig med tid for å kunne utføre nødvendige oppgaver.

- *Helseforetaket har prioritert implementering av regionale/nasjonale avtaler i samarbeid med tjenesteleverandør.*

Implementeringsarbeidet av nye avtaler gjøres systematisk etter hvert som avtalene blir gjort tilgjengelig fra HINAS eller Sykehuspartner. Det er øremerket en ressurs som har dette som hovedoppgave i innkjøpsavdelingen. Denne ressursen jobber tett opp mot eksisterende produktråd og fremover mot de kategoriansvarlige, samt lokalt lager og Sykehuspartner.

- *Helseforetaket har sørget for å etablere gevinstrealiseringsplaner på bakgrunn av leveranser på anskaffelser fra regionalt og nasjonalt innkjøps samarbeid.*

STHF har etablert et system hvor gevinster/tap på nye rammeavtaler registreres. Dette oppdateres kontinuerlig og tas inn i neste års budsjettarbeid.

4. Rapportering for styringsparametre i oppdrag og bestilling 2013

Tilgjengelighet og brukerorientering

- Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus.

Frem til nå har sykehuset gjort resultatene av PasOpp rapport nr. 3–2013 kjent i organisasjonen. Det er lenket opp til pasienterfaringsundersøkelsene fra www.sthf.no under området Kvalitet/Brukerundersøkelser. Per i dag er det en oppgave i linja å følge opp de ulike funnene i rapporten og iverksette tiltak for forbedring. Når PasOpp undersøkelsene publiseres vil disse bli gjort kjent via nyhetsoppslag.

Lokalt ved STHF gjennomføres også regelmessige skjemabaserte brukerundersøkelser blant inneliggende pasienter på de største sengepostene og på Dagsykehuset, dagenheten i Porsgrunn. Resultatene av disse lokale brukerundersøkelsene sendes tilbake til de respektive avdelingene, både kvantitative og kvalitative tilbakemeldinger, til bruk i det videre arbeidet med tiltak og oppfølging.

Sykehuset har også iverksatt uttesting av en ordning med direkte tilbakemelding fra brukere (“happy or not”) på enhetene for laboratorietjenester og blodgivning. Det er enda for tidlig i prosessen å konkludere om dette er en form for brukerdiallog som er hensiktsmessig.

- Brukererfaringer svangerskap/føde/barsel.

En rapport fra Kunnskapssenteret om brukererfaringer i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen viser at kvinner som føder ved Sykehuset Telemark er stort sett fornøyd med oppholdet på fødeavdelingen. Undersøkelsen er fra 2011 og i Telemark har 207 av de 372 spurte kvinnene svart på sine erfaringer med føde- og barselomsorgen. Det gjøres oppmerksom på at svarprosenten er forholdsvis lav (55,6 %) og at det derved kan stilles spørsmål til “relevansen” av denne undersøkelsen. Imidlertid er den gjennomgående tendensen i undersøkelsen god for Sykehuset Telemark og viser at sykehuset på alle spørsmål skårer likt eller over landsgjennomsnittet.

Sykehuset har et forbedringspotensial og ønsker å levere et tjenestetilbud som brukerne er fornøyd med. Sykehuset vil analysere undersøkelsen og gjøre forbedringer. Ett av punktene som utpeker seg med rom for forbedring er informasjon. Dette er det tatt tak i.

Pasientsikkerhet

- Andel sykehus som har gjennomført journalundersøkelse etter GTT-metoden, i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer.

STHF har gjennomført journalundersøkelse etter GTT-metoden, i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer.

System for innføring av nye metoder og ny teknologi

- Antall gjennomførte mini-metodevurderinger som er sendt til Kunnskapssenterets database.

Det vises her til besvarelse av punktet System for innføring av nye metoder og ny teknologi. Det er foreløpig ikke gjennomført og sendt inn mini-metodevurderinger til Kunnskapssenterets database.

Brystrekonstruksjon

- Antall pasienter behandlet for brystrekonstruksjon med henholdsvis protese og med eget vev.

I 2013 ble totalt 111 pasienter behandlet for brystrekonstruksjon med henholdsvis protese og med eget vev. Av disse ble 42 pasienter behandlet med protese og 69 med eget vev.

- Antall planlagte behandlinger for kommende periode.

Sykehuset Telemark har lagt planer for å øke behandlingen for brystrekonstruksjon med henholdsvis protese og med eget vev med 10 % til 122 pasienter i 2014.

- Antall pasienter som fortsatt står på venteliste.

Sykehuset Telemark har 211 pasienter som fortsatt står på venteliste til behandling for brystrekonstruksjon med henholdsvis protese og med eget vev.

Psykisk helsevern

- Andel DPS som dekker akuttberedskap utover normal arbeidstid.

Akutt DPS ved STHF dekker akuttberedskap utover normal arbeidstid.

- Andel tvangsinnleggelses (antall per 1000 innbyggere i opptaksområdet.)

Antall tvangsinnleggelses er 2 per 1000 innbyggere og er redusert med 7 % i forhold til 2012..

- Andel tvangsbehandlingstiltak (antall per 100.000 innbygger > 18 år).

Andel tvangsbehandlingstiltak (antall per 100.000 innbygger > 18 år) er 1,8 promille ved STHF. Antall tvangsbehandlingstiltak er økt med 17 %. 35 av vedtakene ble innklaget til Fylkesmannen, 4 fikk medhold og 1 delvis medhold.

Livsstilsrelaterte tilstander

- Andel helseforetak som rapporterer data om skader og ulykker til NPR.

STHF rapporterer data og skader og ulykker til NPR

- Andel helseforetak som har utarbeidet ernæringsstrategi.

STHF har utarbeidet ernæringsstrategi.

- Antall nye skadetilfeller i aktivitetsdata.
- Antall rapporterte 'felles minimum datasett' (FMDS) for personskadetilfeller.

Ovennevnte to kulepunkt henger sammen med første kulepunkt under livsstilsrelaterte og i henhold til tilbakemelding fra HSØ skal disse ikke besvares.

AKTIVITET

Somatikk - DØGNBEHANDLING	2012	2013
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	32778	30933
Antall liggedøgn - døgnbehandling	136509	127139
Fordeling av antall DRG-poeng - tradisjonelle DRG-poeng		
- Pas. bosatt i egen region beh. i eget HF	32180	29273
- Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF	206	132
- Pas. bosatt i eget opptaksområde beh. i andre regioner	299	281
- Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale		
Sum DRG-poeng innlagte	32684	29686

Somatikk - DAGBEHANDLING	2012	2013
Antall dagbehandlinger	18035	17428
Fordeling av antall DRG-poeng - tradisjonelle DRG-poeng		
- Pas. bosatt i egen region beh. i eget HF	4067	3949
- Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF		
- Pas. bosatt i eget opptaksområde beh. i andre regioner		
- Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale		
Sum DRG-poeng dagpasienter	4067	3949

Somatikk - POLIKLINISK VIRKSOMHET	2012	2013
Ant. inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	147605	137980
Fordeling av antall DRG-poeng - poliklinisk virksomhet		
- Pas bosatt i egen region beh. i eget HF	5435	5558
- Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF	23	17
- Pas. bosatt i eget opptaksområde beh. i andre regioner	53	63
- Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale		
Sum DRG-poeng poliklinikk	5511	5638

Somatikk - TOTALT ANTALL DRG-POENG	2012	2013
Totalt ant. DRG-poeng (døgn, dag og polikl.) iht. "Sørge for ansvaret" (pas. fra egen region)	42034	39124
Totalt ant DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) (fra egen og andre regioner)	42262	39273

Voksenpsykiatri - HELSEFORETAK (SUM SYKEHUS OG DPS-ER)	2012	2013
Ant. utskrevne pasienter døgntilrettelagt	1893	1814
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	45750	42762
Ant. oppholdsdager dagbehandling		
Ant. polikliniske konsultasjoner	55947	55470
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt – private		
Antall liggedøgn døgntilrettelagt private		
Antall oppholdsdager dagbehandling private		
Ant. polikliniske konsultasjoner private		

Barne- og ungdomspsykiatri	2012	2013
Antall utskrevne pasienter – døgntilrettelagt	49	48
Antall liggedøgn – døgntilrettelagt	3300	3033
Ant. oppholdsdager dagbehandling		
Ant. polikliniske konsultasjoner	29422	28807
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt – private		
Antall liggedøgn døgntilrettelagt – private		
Antall oppholdsdager dagbehandling private		
Ant. polikliniske konsultasjoner private		

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere	2012	2013
Antall utskrevne pasienter – døgntilrettelagt	37	48
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	1031	943
Antall oppholdsdager – dagbehandling		
Ant. polikliniske konsultasjoner	17558	13153
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt – private		
Antall liggedøgn døgntilrettelagt private		
Antall oppholdsdager dagbehandling private		
Ant. polikliniske konsultasjoner private		

ANDRE STYRINGSPARAMETRE

Beskrivelse av mål	Ja	Nei
Har helseforetaket behandling av slagpasienter ved slagenhet?	X	
Har foretaket etablert tilbud om røykeavvenning?	X – et kurs våren 2013 *)	
Har helseforetaket utarbeidet ernæringsstrategi?	X	

*) røykeavvenningskurs er overført til kommunene i samsvar med Samhandlingsreformens intensjoner. Kommunene har gjennomført slike kurs i 2013 og skal fortsette med det i 2014.

Psykisk helsevern:	DPS	Sykehus
Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne – Fordeling DPS/Sykehus	433	275

BEMANNING (etter ny inndeling)

Beskrivelse av mål	2012	2013
Brutto månedsverk (gjennomsnitt)	3097	3112
Antall ansatte (ved årets slutt)	4321	4114
Sykefravær i %	6,90	6,43 (pr nov)
Brutto månedsverk, administrasjon/ledelse (gjennomsnitt)	544	547
Brutto månedsverk, pasientrettede stillinger (gjennomsnitt)	415	389
Brutto månedsverk, leger (gjennomsnitt)	382	395
Brutto månedsverk, psykologer (gjennomsnitt)	79	84
Brutto månedsverk, sykepleier (gjennomsnitt)	1011	1031
Brutto månedsverk, helsefagarbeider/hjelpepleier (gjennomsnitt)	263	244
Brutto månedsverk, diagnostisk personell (gjennomsnitt)	144	144
Brutto månedsverk, drifts/teknisk personell (gjennomsnitt)	197	212
Brutto månedsverk, ambulansepersonell (gjennomsnitt)	48	50
Brutto månedsverk, forsker (gjennomsnitt)	3	3
Brutto månedsverk, ukjente (gjennomsnitt)	10	13

RESULTAT

Beskrivelse av mål	2012	2013
Sum driftsinntekter	3 592 645	3 611 182
Sum driftskostnader	3 488 571	3 631 337
Driftsresultat	104 073	-20 155
Netto finans	6 075	6 156
Resultat	110 148	-13 999
- Herav økte pensjonskostnader som følge av endrede økonomiske forutsetninger		

STYRINGSPARAMETRE:

Beskrivelse av mål	2012	2013
2 h Andel med timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning	46,9 %	48,7 %
3 Andel oppdaterte ventetider på nettstedet, www.frittsykehusvalg.no	79,4 %	
4a. Andel epikriser sendt innen 7 dager – somatikk	75,8 %	74,3 %
4b. Andel epikriser sendt innen 7 dager – psykisk helsevern	80,8 %	79,4 %
4c. Andel epikriser sendt innen 7 dager – tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige	79,8 %	89,1 %
5a. Andel korridorpasienter – somatikk	3,1 %	3,8 %
7a/b/c Andel liggedøgn utskrivningsklare – somatikk	1,2 %	1,2 %
7d/e/f Andel liggedøgn utskrivningsklare - psykisk helsevern voksne	0,5 %	1,2 %
8a Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning (ved eget sykehus) til vurdering av henvisningen er fullført	7,05	8,55
8a Andel innen ti virkedager	0,0 %	86,4 %
8b Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gammel	8 926	8 443
8c Antall pasienter med åpen henvisning uten avtale om ny kontakt	2 655	1 489
9a Andel fristbrudd – somatikk	17,5 %	12,3 %
9b Andel fristbrudd - psykisk helsevern - VOP	3,2 %	1,5 %
9b Andel fristbrudd - psykisk helsevern - BUP	2,9 %	2,5 %
9c Andel fristbrudd - tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige	2,0 %	0,4 %
11 c Andel ambulante konsultasjoner psykisk helsevern voksne	5,6 %	5,0 %
11 d Andel ambulante konsultasjoner psykisk helsevern (BUP)	10,9 %	10,3 %
16 Prevalens av sykehusinfeksjoner		
18 Tvungen innskriving i psykisk helsevern, andel totalt (sum TO og TPH)	16,0 %	15,7 %
19 Andel ikke planlagte reinnleggelser innen 30-dager psykisk helsevern (voksne)	15,4 %	15,2 %
20 Tid fra henvisning til første behandling tykktarmskreft	44,7	48,2
21 Tid fra henvisning til første behandling brystkreft	88,5	87,3
22 Tid fra henvisning til første behandling lungekreft	36,3	32,4
24 Registrering av hovedtilstand Psykisk helsevern voksne		
25 Registrering av hovedtilstand Psykisk helsevern BUP		
26 Fødselsrifter 3. og 4. grad		
27 Trombolysbehandling ved hjerteinfarkt		
28 Registrering av lovgrunnlag Psykisk helsevern voksne		

5. Rapportering for øvrige oppdrag gitt i løpet av 2013

17.06.2013 Sak 3: Årlig melding 2012, jf. lov om helseforetak § 34 og vedtektene §§ 6 og 14
Det rapporteres på helseforetakets oppfølging av foretaksmøtet forutsetning om at driften innrettes slik at alle styringskrav for 2013 etterkommes. (Der oppfølgingen er tilstrekkelig beskrevet i foregående kapitler, kan det henvises til disse i denne rapporteringen.) Det skal legges spesiell vekt på å få frem helseforetakets arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, pasientadministrative systemer, den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen og kvaliteten på innrapportering av data til de nasjonale kvalitetsregistrene. Ut over dette bør helseforetakets oppfølging av de overordnede mål for Helse Sør-Øst beskrives der resultatoppfyllelsen ikke er tilfredsstillende.

Det henvises til punkt 2.2 og 3.2.1 (Kvalitet, Pasientsikkerhet)

17.06.2013 Sak 8: Tiltak for å utvide sykehusenes åpningstider for planlagt virksomhet
Det rapporteres på helseforetakets arbeid med å utvide åpningstider, forbedre rutiner for innkalling og påminnelse samt tilgjengelighet for endring av timeavtale og å legge til rette for bedre oppgavedeling mellom yrkesgruppene.

Det henvises til punkt 3.3.2 om åpningstider.
SMS varsling er tatt i bruk for påminnelse om timeavtaler.

Det er etablert et dokumentcenter i Skien for å ivareta enhetlig håndtering av post, scanning, henvisninger, epikriser og andre oppgaver knyttet til korrekt informasjonshåndtering.

6. Rapportering på andre områder [Brukes bare ved behov]

DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT 2013 - 2016

7. Utviklingstrender og rammebetingelser

7.1. Faglig og demografisk utvikling

Det er tre dominerende drivere i utvikling av spesialisthelsetjenesten:

1. Endring i befolkningens behov og forventninger
 - Brukerens egen rolle i behandlingen utvikles og styrkes
 - Flere lever med sykdom
 - Sykdomsutviklingen med flere eldre som gir behov for nye tilbud
 - Pasientrettighetene styrkes
 - Pasienter blir informerte kunder
 - Flere behandlingsalternativer – pasientene vil kun ha det beste
2. Utvikling av medisinsk kunnskap, metoder og teknologi
 - Faglig spesialisering / Tverrfaglige behandlingsmetoder
 - Beste praksis ut fra nasjonale og internasjonale faglige erfaringer skal utøves
 - Fordeling av oppgaver basert på behandlingskvalitet og volum
 - Pasientbehandlingen som grunnlag for forskning
 - Teknologi virker både sentraliserende og desentraliserende
3. Endring i helsetjenestens rammevilkår
 - Politisk styring
 - Krav til behandlingskvalitet, pasientsikkerhet og tilgjengelighet
 - Politisk styring og styrkede tilsyns- og kontrollfunksjoner
 - Samhandlingsreformen
 - Økonomiske rammer og krav til ressursutnyttelse

STHF's utviklingsplan anbefaler følgende i perioden 2014-2016

- Notodden: Lokalsykehus for øvre Telemark
 - Medisinske og kirurgiske akuttfunksjoner
 - Dag og døgnbehandling, dagbehandlingstilbud på Rjukan
 - Psykiatri med døgnbehandling på Notodden og DPS/dagtilbud i Seljord og Rjukan
- Skien; Sentralsykehus for Telemark, og lokalsykehus for nedre Telemark.
 - Akutt og traumesykehus med bredt spekter av til tilbud både medisin, kvinne/barn og kirurgi. Døgn og dagbehandlingstilbud. Dagbehandling i Kragerø.
 - Sykehuspsykiatri i Skien og DPS i Porsgrunn, Bamble og Kragerø

Behandlingsbehov og planlagt aktivitet i perioden 2014-2016

Det er beregnet at det er stabilt behandlingsbehov og aktivitet i perioden. Det er estimert en befolkningsvekst på 0,6 % i Telemark 2014-2017. Behovsindeksene, som er beregnet av Helse og

Omsorgsdepartementet, er stabile for Telemark i planperioden. For Telemark er hovsindeksene slik (100 er gjennomsnittet for hele Norges befolkning);

- Somatikk 112
- Voksenpsykiatri og rus 105
- Barne- og ungdomspsykiatri 109

Dette innebærer at Sykehuset Telemark må ha en kapasitet som ivaretar at behovet for helsetjenester i vår befolkning er noe høyere enn landsgjennomsnittet. Aktiviteten var i 2012 høyere enn behovsindeksen tilsier, men prognosen for 2013 viser at ved utgangen av 2013 er aktiviteten rimelig godt harmonisert med behovsindeksene for både somatikk og psykiatri (voksne og barn).

Aktivitetsutvikling somatikk

Våre analyser viser at det fremdeles er et behov for å redusere medisinsk aktivitet og øke planlagt kirurgisk aktivitet innenfor de samme totale rammer. I planperioden forventes at medisinske tilstander i noe større grad skal behandles i hjemkommunen, i tråd med Samhandlingsreformen. Dette gir en svak nedgang i estimert aktivitet for medisin. Kirurgi vurderes å øke tilsvarende reduksjonen i medisin. Samlet sett opprettholder somatiske klinikker tilnærmet stabil aktivitet i planperioden. DRG-nivået er i planperioden anslått til i å være stabil i størrelsesorden 40.000 DRG per år. Aktiviteten vil samtidig øke ved at behandlingen vris fra døgnbehandling til mer dag- og poliklinisk behandling.

Aktivitetsutvikling psykiatri

Dimensjonering av behandlingstilbudene må være i samsvar med behovsindeksen. Døgnbehandling på DPS nivå skal reduseres marginalt og aktivitetstallene innen de ambulerende og polikliniske tjenestene tilsier at disse må styrkes for å dekke befolkningens behov.

Innen Habilitering for Barn og Unge (HABU) og Barne- og ungdomspsykiatri (BUPS) forventes uendret aktivitet, men også med noe dreining fra innleggelser til at flere pasienter kan behandles på poliklinikken.

7.2. Forventet økonomisk utvikling

Sykehuset er i en krevende endringsprosess som vil fortsette i 2014 og forventer gradvis forbedring av driftsresultat i årene som kommer. Organisasjonen stilles overfor store omstillingskrav, som må gjennomføres i en endringstakt tilpasset lokale forhold.

Det legges opp til økt driftsresultat i 2014, som vil kreve god økonomistyring og stram kostnadskontroll. Budsjettmålene er ambisiøse og planlagte innsparingstiltak i klinikkene forutsettes raskt implementert.

Siste fase i DIPS-prosjektet vil presse organisasjonen ytterligere våren 2014.

En stor utfordring er reduksjon av variable lønnskostnader som har økt de siste årene. Stor gjennomtrekk (turnover) og vanskelig rekruttering i ledige faste stillinger vil kunne forsinke ønsket utvikling.

Stor pågang av ØH-pasienter, krav om reduserte ventetider, nye behandlingsforløp for kreftpasienter og endringer i henvisningsstrømmen vil kunne gi ytterligere utfordringer, som kan

påvirke fremdriften i arbeidet med realisering av innsparingstiltak og målet om redusert bemanning.

Sykehuset rapporterer et årsforbruk på 3112 brutto månedsverk for 2013, fordelt på 243 variable og 2869 fastlønnede årsverk. Fastlønnede månedsverk har økt med 15 sammenlignet med 2012, da antall årsverk var 3.097. Økningen har sammenheng med overgangen til DIPS og bruk av ekstra ressurser i prosjektperioden.

Antall brutto månedsverk per stillingsgrupper (jfr. tabell "Bemanning" s. 42 under punkt 4. Rapportering for styringsparametre i oppdrag og bestilling 2013) viser en økning på 13 leger, 20 sykepleiere, 5 psykologer, 15 drifts/teknisk personell, 2 ambulanspersonell, 3 i administrasjon/ledelse og 3 øvrige (ikke spesifisert). Reduksjonen i forbruk av brutto månedsverk har i hovedsak funnet sted i stillingsgruppene pasientrettede stillinger (assistenter) og helsefagarbeider/hjelpepleier. Total reduksjon for disse gruppene er 45 brutto månedsverk.

Sykefraværet er gradvis redusert gjennom året og totalt for sykehuset ble sykefraværet på 6,4 % (hittil november 2013). Nivået er lavere sammenlignet med fjoråret og har hatt positiv effekt for virksomheten, spesielt på sengepostene og poliklinikkene.

Sykehuset har jobbet med fokus på bedre styring av bemanningsressursene og bedre samsvar mellom aktivitet og bemanningsnivå. Egen bemanningsenhet og vikarpool, fleksibel bruk av personell på tvers av tradisjonelle enhetsgrenser har vært høyt prioritert. Det arbeides med profesjonalisering av bemanningsplanleggingen og i løpet av 2013 er det tatt i bruk verktøyet omfattet av det regionale prosjektet "BRASSE". Bemanningsanalysene og økt kompetanse i arbeidstidsplanlegging gir lederne gode premisser for å planlegge bruk av ressurser med rett kompetanse i forhold til behovene.

7.3. Personell- og kompetansebehov

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 fortsatt 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 endring, 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 framtidig kompetanse til å utføre oppgavene.

Det arbeides med suksjonsplanlegging for å sikre riktig tilstrekkelig kompetanse. Sykehuset Telemark har hatt og har utfordringer med å rekruttere og beholde overleger spesielt innen spesialitetene; psykiatri, gastrokirurgi, gynekologi, ortopedi, geratri og onkologi, samt for psykologspesialister.

Opplæring og 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 benyttes i økende grad e-læringsprogrammer og sertifiseringer av personell som har gjennomført opplæring.

Samarbeidsprosjektet ”Godt samarbeid – gode praksisstudier – kompetente sykepleiere” mellom STHF og Høgskolen i Telemark (HiT), har lagt grunnlaget for delprosjekter som fortsatte i 2013. Prosjektene har fremdeles fokus på grunnutdanningen i sykepleie og på kvalitetssikringen av studentenes praksisstudier. Noen gjenstående samarbeidsmidler kan etter søknad fordeles i samråd med HiT, til tiltak for å implementere ny kunnskap over større deler av STHF.

7.4. Bygningskapital og øvrige investeringsområder – status og utfordringer

Sykehuset Telemark har en kostnadseffektiv eiendomsforvaltning. Imidlertid har vi større kostnad til oppvarming enn det som er normen. Dette skyldes i hovedsak at vi har damp som energibærer. Det er utarbeidet planer om endring på dette men det krever betydelige investeringsmidler.

Arealeffektivisering betinger en konsentrasjon av aktiviteten på færre lokasjoner. Dette er ett tema 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. Det er knyttet et stort vedlikeholdsetterslep på sengebygget i Skien, samtidig som sengepostene er svært umoderne.

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

8. Helseforetakets planer for utviklingen

STHFs planer for utvikling av spesialisthelsetjenestetilbudet er beskrevet i Høringsdokument, Utviklingsplan 2014-2016 for Sykehuset Telemark HF, [Høringsdokument til Utviklingsplanen](#).

Etter høringsrunden og vedtak av revidert plan, vil det vurderes om nåværende organisering er den som best understøtter det fremtidige tjenestetilbudet.

Etter tildeling av oppdrags- og bestillingsdokumentet for 2014, vil STHF gjennomgå dette og planlegge hvordan oppgavene best kan løses. Rapporteringen på de mål som så beskrives vil danne grunnlag for ledelsens gjennomgang og for intern styring både av kompetanse og andre ressurser.

Organisasjonsutvikling knyttet til innføringen av DIPS videreføres, også ved innføring av DIPS fase 2 som blant annet omfatter Elektronisk dokumentasjon sykepleie og operasjonsplanlegging.

STHF planlegger å fase inn alle deler av pasientsikkerhetskampanjens program. Flere er allerede implementert og de resterende vil innføres og breddes fortløpende.

Samhandlingsarbeidet videreføres og videreutvikles når også de resterende kommunene i Telemark etablerer øyeblikkelig- hjelp tilbud i løpet av 2014. Modellen med tre kommuneregioner (Vest- Telemark, Midt- og Øst Telemark og Grenland) fungerer godt. I styringsgruppene for hver region deltar administrerende direktør for STHF, de aktuelle kommuners rådmenn, tillitsvalgte og brukere. Samhandlingsarbeidet koordineres av tre samhandlingskoordinatorer, en for hver kommuneregion. I tillegg til flere felles prosjekter som videreføres i 2014, vil også arbeidet med å utvikle de etablerte avtalene mellom sykehus og kommuner stå sentralt.

DEL IV: VEDLEGG [Brukes bare ved behov]

Vedlegg 1: Drøftingsprotokoll fra møte med tillitsvalgte og hovedverneombud 28.1.14