

**SYKEHUSET TELEMARK HF**

# **Årlig melding 2014**

til Helse Sør-Øst RHF

Skien 11. februar 2015

## Innhold

DEL I: INNLEDNING OG SAMMENDRAG .....	1
1. Innledning .....	1
1.1. Om Sykehuset Telemark HF – oppgaver og organisering.....	1
1.2. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag.....	3
1.3. Sykehuset Telemark HFs mål for 2014.....	3
1.4. Virksomhetsstyring - styrets arbeid med intern styring og kontroll.....	4
1.5. Medvirkning fra brukere og ansatte.....	6
2. Sammendrag.....	8
2.1. Positive resultater og uløste utfordringer.....	8
2.2. Evaluering av egen virksomhet og organisering.....	9
DEL II: RAPPORTERINGER .....	11
3. Rapportering i forhold til oppdrag og bestilling for 2014 .....	11
3.1. Overordnede føringer .....	11
3.1.1. Mål for Helse Sør-Øst.....	11
3.1.2. Tildeling av midler .....	12
3.2. Resultater for mål 2014 .....	16
3.2.1. Aktivitet.....	16
3.2.2. Tilgjengelighet og brukerorientering.....	17
3.2.3. Kvalitet og pasientsikkerhet.....	20
3.2.4. Personell, utdanning og kompetanse.....	25
3.2.5. Forskning og innovasjon .....	26
3.3. Styringsparametre 2014 .....	27
3.4. Organisatoriske krav og rammebetingelser .....	30
3.4.1. Krav og rammer for 2014.....	30
3.4.2. Øvrige styringskrav 2014.....	32
4. Rapportering for øvrige oppdrag gitt i løpet av 2014. ....	36
5. Rapportering på andre områder .....	38
DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT .....	39
6. Utviklingstrender og rammebetingelser .....	39
6.1. Faglig og demografisk utvikling.....	39
6.2. Forventet økonomisk utvikling .....	40
6.3. Personell- og kompetansebehov .....	41
6.4. Bygningskapital og øvrige investeringsområder – status og utfordringer.....	41
7. Helseforetakets planer for utviklingen .....	42
DEL IV: VEDLEGG .....	43
Vedlegg 1: .....	43
Drøftingsprotokoll fra møte 27. januar 2015 med hovedtillitsvalgte og hovedverneombud .....	43

# DEL I: INNLEDNING OG SAMMENDRAG

## 1. Innledning

### 1.1. 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 ca. 170.000 innbyggere. STHF har i tillegg til sitt allsidige akuttisykehus i Skien også tre lokalsykehus; 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 bevilgnings-vedtakene. Pasientenes behov for spesialisthelsetjeneste skal legges til grunn for foretakets samlede virksomhet.

Sykehuset Telemark har en robust og allsidig plastikkirurgisk avdeling. Sykehuset har også delregionfunksjon og spesialkompetanse innen medisinsk genetikk, fertilitetsbehandling og arbeidsmedisin.

Sykehuset Telemark HF samhandler med Sykehuset i Vestfold (SiV) innen sykehusområdet. Karkirurgien er samlet i SiV. Psykiatrien i Vestfold (PiV) og STHF har i flere år, siden 2008, hatt et felles samhandlingsutvalg. Felles tjeneste-erklæringer, fellestiltak på faglig utvikling, spesialistutdanning og felles kurskatalog er utviklet for psykiatrien. Felles områdeplan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og områdeplan for psykisk helsevern (PHV) er utviklet. I flere år er det arbeidet systematisk for samarbeidstiltak mellom de ulike fagmiljøene.

Sykehuset Telemark og Sykehuset i Vestfold har i dag felles prehospital klinikk. De administrerende direktørene i sykehusområdet ble høsten 2014 enige om å vurdere om en oppløsning av felles prehospital klinikk vil være en bedre løsning for begge sykehus, basert på å styrke den akuttmedisinske kjede i hvert fylke uten at de fungerende fellestjenestene innen AMK og Pasientreier skal dubleres. På bakgrunn av det arbeidet som nå gjøres og de respektive direktørers kommende innstilling, skal styrene ved ST og SiV behandle saken i løpet av 2015.

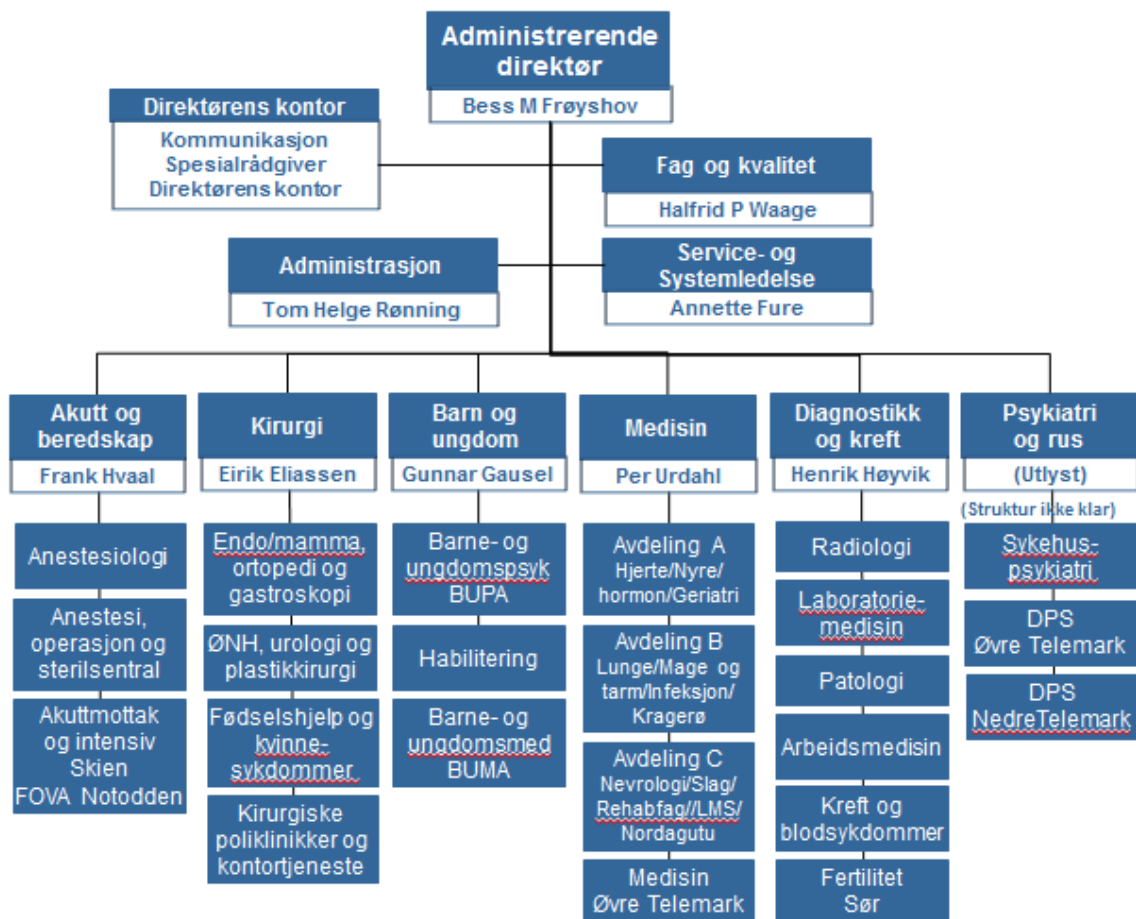
Opptaksområdet for sykehuset dekker Telemark fylke med ca. 170.000 innbyggere og 18 kommuner. Telemark fylke har et areal på totalt 15.299 kvadratkilometer, og en befolkningstetthet på 11 innbyggere per kvadratkilometer. Virksomheten drives med lokaliteter i 8 kommuner, Rjukan, Seljord, Sauherad, Notodden, 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.

Sykehuset Telemark har foretatt organisatoriske endringer som understøtter tjenestetilbudet til befolkningen. Sykehuset er nå organisert i seks klinikker samt tre stabsavdelinger, i tillegg til Direktørens kontor. Som nevnt er endelig organisering Under hver klinikk og stabsavdeling er det avdelinger og seksjoner. Under hver klinikk og stabsavdeling (nivå 2) er det avdelinger (nivå 3) og seksjoner (nivå 4).

Budsjettet i 2014 er på ca. 3,7 milliarder kroner. Antall budsjetterte årsverk i 2014 er 3051.

Nedenstående organisasjonskart viser organiseringen i klinikker og i stabsenheter for STHF (Prehospital klinikk er ikke lagt inn, som følge av vedtak om endring/oppløsning og ny struktur ikke er klar før i 2015):



## 1.2. 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.

## 1.3. Sykehuset Telemark HFs mål for 2014

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 mai 2014 vedtok styret i STHF Utviklingsplan for 2014 til 2016. Sykehuset er i gang med implementeringen av vedtaket i henhold til vedtatte tidsplan.

#### **1.4. 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. Denne metodikken er tatt i bruk, men skal utvikles videre gjennom 2015.

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 kvalitets sikret kunnskap og fakta, læringsløyper og delingskultur. Direktørens ledergruppe (bestående av administrerende direktør, klinikkjefer og stabsdirektører) har jevnlig møter hver uke. Administrerende direktør har jevnlig dialogmøter med de enkelte klinikkene, ca. hver 1,5 måned. 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 hver 14 dag, i tillegg til drøftingsmøter. Brukerutvalget ved Sykehuset Telemark har jevnlig møter og gir viktige tilbakemeldinger til organisasjonen, spesielt på forhold rundt pasientbehandling. Brukerutvalget stiller også med to representanter i styret med møte- og talerett. Dette er med på å sikre brukerstemmen inn i styrerommet. Brukerutvalget ved STHF er også aktive deltagere med rekruttering av brukerrepresentanter til prosjekter, kampanjer, lokale brukerråd osv.

Styret er STHFs øverste beslutningsnivå. Styret har avholdt åtte styremøter i 2014 i tillegg til styreseminarer. Styret skal ved hjelp av god virksomhetsstyring settes i stand 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.

Sykehuset Telemark har lagt opp til at risikovurdering utføres hvert tertial. Ledelsens gjennomgang (LGG) utarbeides en gang årlig. I 2014 var det planlagt at LGG skulle utarbeides og presenteres for styret i siste kvartal 2014. Dette måtte utsettes da gjennomføring av organisasjonsmessige endringer, oppstart av gjennomføring av Utviklingsplanens elementer og fokuset på reduksjon av kostnader var svært krevende å håndtere for organisasjonen i tillegg til ordinær drift.

Konsernrevisjonen har i henhold til revisjonsplan 2014-2015 revidert intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen i Sykehuset Telemark HF i 2014. Formålet med revisjonen var å kartlegge og vurdere om det er etablert intern styring og kontroll innenfor et utvalg av prosesser i Sykehuset Telemark HF. Konsernrevisjonen har påpekt svakheter i styringssystemer og Sykehuset Telemark har iverksatt et prosjekt for å gjennomføre og iverksette endringer av systemene i henhold til konsernrevisjonens anbefalinger. Konsernrevisjonens rapport med STHFs handlingsplan vil bli fremmet for styret i STHF på styremøte 25. mars 2015.

#### 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
- Sørg 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, instruksjoner, 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

Program for interne revisjoner er utarbeidet og læring på tvers av geografiske og faglige grenser er i fokus.

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

## **1.5. Medvirkning fra brukere og ansatte**

### **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 møtestruktur mellom sykehusets ledelse og foretakstillitsvalgte sammen med hovedverneombudet. Administrerende direktør har fast møte med de foretakstillitsvalgte og hovedverneombudet hver 14 dag og møte med alle hoved- og foretakstillitsvalgte hver fjerde uke. HR-direktør eller økonomidirektør deltar også på disse møtene. HR-direktør har i tillegg egne kvartalsvise møter, samt møter etter behov. Foretakstillitsvalgte/hovedtillitsvalgte og verneombud har regelmessige møter med klinikksjefene, minst fire ganger hvert år.

Tillitsvalgte og verneombud deltar i styringsgrupper og prosjektgrupper som gjelder utviklingsarbeid, omlegginger og organisasjonsendringer m.m. I 2014 har det vært tett samarbeid med tillitsvalgte og verneombud på alle nivåer i forbindelse med utviklingsplanen for STHF 2014-2016 og oppstart implementering av denne.

Samarbeid med tillitsvalgte gjennomføres i prinsippet i overensstemmelse med de 12 prinsippene for medvirkning, men vi erkjenner at det er krevende å få gjennomført i alle ledd. Sykehuset har egne retningslinjer for organisasjonsendringer og omstillingsprosesser.

Vernetjenesten er organisert med verneombud i definerte verneområder og med et klinikkverneombud i hver klinikk. Verneombudene medvirker i årlige vernerunder i alle enheter. Hovedverneombudet deltar på møter med øverste ledelse på lik linje med foretakstillitsvalgte, samt i separate møter ved behov.

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 27. januar 2015. 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 ferdigstilling og drøftingsmøte.

De foretakstillitsvalgte og hovedverneombudet har gjennom året vært spesielt opptatt av behovet for og arbeidet med å rekruttere legespesialister, psykologspesialister og spesialsykepleiere. Det har også vært et tydelig fokus på å sørge for at flere medarbeidere får tilbud om hele stillinger. Omstillingsarbeidet, spesielt knyttet til gjennomføring av Utviklingsplanen, har vært krevende. Å ivareta medarbeidere som risikerer å miste jobben, må bytte arbeidssted eller får andre oppgaver er et viktig arbeid. Her har både tillitsvalgte og vernetjenesten lagt ned mye godt arbeid, vært støttende og bidratt til å finne gode løsninger.



## **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 prosjekter. 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 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 syv møter og behandlet 78 saker i 2014. Møtene har vært lagt til direktørens møterom ved Sykehuset Telemark HF, Skien.

Medlemmer av brukerutvalget har deltatt på aktuelle moduler i brukeropplæring i regi av FFO/SAFO og HSØ i 2014 og medlemmene har deltatt i opplæring i bruk av iPad.

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 2014.
- Brukerutvalgets leder og nestleder møter fast i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget ved STHF.
- Brukerutvalgets medlemmer har gjennom 2014 engasjert seg i prosjekter og arbeider der brukermedvirkning har vært etterspurt (ca. 20 ulike prosjekter og utvalg).
- Brukerutvalget har vært representert på en regional konferanse om brukermedvirkning i regi av HSØ høsten 2014.

Det ble foretatt et skifte i sekretærfunksjonen til brukerutvalget i oktober 2014.

Noen saker som har opptatt brukerutvalget i 2014:

- Kvalitet, ventetider og pasientsikkerhet
- Regnskap og budsjett
- Omstilling ved STHF

Innholdet som angår brukerutvalget tilsvarende årsmelding fra brukerutvalget for 2014.

Brukermedvirkning i utarbeidelse av årlig melding 2014 er ivarettatt 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.

Årsmelding fra brukerutvalget og årlig melding 2014 behandles i brukerutvalgets første møte i 2015.

Oppdragsdokumentet gir etter brukerutvalgets syn klare føringer for økt brukermedvirkning og betydningen av dette. I helseforetaket blir brukermedvirkningen bedre, men brukerutvalget vil påpeke to punkter:

- Ved ønske om brukeroppnevning i prosjekter kommer anmodning om dette oftest sent til brukerutvalget og uten noe mandat. Dette fører til at brukerutvalget ikke får nok tid til å finne den/de beste egnede brukere.
- I vårt sykehusområde har Sykehuset i Vestfold gjennomført brukerrepresentasjon i klinikk-KPUene. Ved Sykehuset Telemark er brukerutvalgets anmodning av slik brukermedvirkning avslått av de fleste klinikker, bortsett fra Psykiatrisk klinikk.

I Helse Sør-Østs veileder for brukerutvalg er det i punkt 8 beskrevet arbeidsform og administrasjon i tredje kulepunkt; Brukerutvalget skal innen budsjetttrammen ha minst 6 møter i året hvorav minst ett felles møte med styret. Felles møte med styret i STHF er ikke avholdt i 2014, men planlegges gjennomført i 2015.

## 2. Sammendrag

### 2.1. Positive resultater og uløste utfordringer

Det omfattende arbeidet som er lagt til grunn for Utviklingsplanen dannet grunnlaget for et tydelig vedtak av planen i styremøtet 20. mai 2014. Hovedelementene i vedtaket ble deretter bekreftet av HSØ styre 3. juni 2014 og av helseminister Høie i foretaksmøte 5. juni 2014. Dette har gitt en tydelig beslutning, som muliggjør en hensiktsmessig gjennomføring av planen.

Utviklingsplanen hadde et særskilt fokus på høy kompetanse i akuttmottak og ved døgnbehandling. Dette er tatt til følge, slik at en ordning med akuttoverleger i front er etablert høsten 2014 ved akuttmottaket i Skien, og tilsvarende etablering med vaktkompetente Leger i spesialisering er i gang ved Notodden. Ved Fylkesmannens brede tilsyn ved akuttmottaket i Skien i desember ble det verken funnet avvik eller gitt merknader, og dette tar vi som et godt signal på at vi har god og forsvarlig drift. I Skien er det ikke lenger turnusleger alene ved døgnbehandling, og på Notodden vil det heller ikke være tilfelle så snart vaktordning med vaktkompetent LIS er etablert, etter planen innen 1. mars 2015.

STHF har hatt et stort trykk med revisjoner og tilsyn gjennom året. Vi ble i desember 2014 miljøsertifisert etter ISO 14001. Arbeidsmedisin ble sertifisert etter ISO 9001, uten anmerkninger. Konsernrevisjonen har revidert vår virksomhetsstyring våren 2014 og Arbeidstilsynet gjennomførte tilsyn med organisasjonen i september 2014. STHF fikk syv avvik ved tilsynet, som det arbeides med å lukke. Allerede før tilbakemeldingsfristen var noen av avvikene lukket, men det gjenstår fremdeles arbeid for å sørge for at de resterende pålegg løses godt. Vi har arbeidet systematisk med systemforbedringer knyttet til alle disse tilsynene, samtidig som vi har gjennomført omstillingen vedtatt i Utviklingsplanen og endring av organisasjonen for bedre å understøtte tjenestetilbudet etter vedtaket i mai 2014. Det omfattende systemarbeidet samtidig som organisasjonen er i omstilling har vært krevende både for medarbeidere, ledere, tillitsvalgte og verneombud. HR- avdelingen har bistått på en god måte i et vanskelig landskap.

Etter innføringen av DIPS i mai 2013 har organisasjonen gjennom DIPS fase 2 konsolidert bruken og optimalisert arbeidsprosessene. Vi har hatt spesielt fokus på korrekt dokumentasjon, informasjonsflyt og rett bruk av verktøyet. Dette har vært et nødvendig grunnlag for vårt arbeid med fristbrudd og ventelister. God planlegging og langt nok planleggingsperspektiv har vært viktige elementer for god utnytting av poliklinikkdagen og personellressurser. Dette har ført til en betydelig reduksjon av fristbrudd og reduksjon i ventetid. Arbeidet videreføres i 2015. Det er fremdeles potensial for å forstå og bruke DIPS bedre som verktøy, blant annet for å få god kontroll og oversikt over alle ventende pasienter, ikke bare fristpasienter og nyhenviste.

Dette er også nødvendig for å kunne tilby pasientene time ved rett lokasjon slik at vi forvalter ressursene godt på tvers av geografi.

Den økonomiske målsettingen beskrevet i budsjettet for 2014 var å skape et økonomisk overskudd på 25 millioner kroner. Forutsetningen for å nå målet var en aktivitetsvekst (DRG-aktivitet) på ca. 5 % (42 millioner kroner) samt realisering av et kostnadsreduksjonsprogram på 95 millioner kroner. Grunnet omstillingsarbeidet, betydelig vridning fra døgn- til dagbehandling, samt administrative utfordringer knyttet til DIPS nådde vi ikke aktivitetsveksten som planlagt. På kostnadssiden viste det seg at ambisjonene var for store. Manglende gjennomføring av enkelttiltak i kombinasjon med mindre effekt enn planlagt på deler av det gjennomførte, medførte et samlet kostnadsavvik på 57 millioner kroner. Økte kostnader til gjestepasienter og legemidler ble i stor grad kompensert med ekstraordinære kostnadsinitiativer av engangskarakter. Det har bidratt til økt aktivitet i siste halvdel av året og reduserte kostnader. Årsresultatet korrigert for endrede pensjonskostnader er et underskudd på -44 millioner kroner, som er 69 millioner kroner svakere enn budsjett.

For å begrense den negative effekten av resultatvikten, er investeringene redusert med 19 millioner kroner i forhold til budsjett. Sammen med aksept for videreføring av leasingavtaler, 22 millioner kroner, er dette hovedårsaken til at likviditets-beholdningen (korrigert for tilbakebetaling av basisramme) er 7 millioner høyere enn forutsatt i budsjettet.

## **2.2. Evaluering av egen virksomhet og organisering**

Utviklingsplanen beskriver et nytt tjenestetilbud for STHF. Utviklingsplanen har et særskilt fokus på høy kompetanse i akuttmottak og ved døgnbehandling. Konkrete endringer i tjenestetilbud sees tydeligst ved at Rjukan og Kragerø sykehus omgjøres til dagsykehus ved å flytte akuttfunksjonene og døgnseengene til henholdsvis Notodden og Skien sykehus. Allerede høsten 2014 ble kirurgisk akuttfunksjon og døgnaktivitet avviklet ved Rjukan sykehus. Notodden sykehus er rustet til å ta imot disse funksjonene. Ambulanseberedskapen er økt i øvre deler av fylket.

Gjennomføring av planen krever betydelig omstilling spesielt for Rjukan, Notodden og Kragerø. Mange medarbeidere er i omstilling. Dette har vært og er fremdeles et krevende arbeid både for medarbeidere, tillitsvalgte og ledere, og har skapt belastninger på arbeidsmiljøet vårt.

På Rjukan er endringene størst og vi tilstreber at medarbeiderne får stilling andre steder i helseforetaket, blant annet på Notodden, hvor aktiviteten økes. Endringene kan også resultere i at ikke alle får arbeide videre i sykehuset, men vi tilstreber en god dialog med Tinn kommune for overføring av kompetent personell til kommunal aktivitet.

Sykehuset Telemark har i 2014 hatt stort fokus på styring og kontroll med ressursbruken for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Utviklingsplanen beskriver hovedtrekkene i hvordan og hvor tjenestetilbudet vårt skal ytes. STHF har gjennomført en stor organisasjonsendring for bedre å understøtte de tjenestetilbudet vi skal levere. Omorganiseringen av hele foretaket ble foretatt siste halvdel av 2014. Tidligere var STHFs åtte klinikker dels organisert etter fag, dels etter geografisk tilhørighet. Nå er de seks klinikkene som utfører pasientrettet arbeid organisert etter fag på tvers av geografi. Klinikken er videre organisert i avdelinger og seksjoner. Det er færre organisatoriske enheter, og derved også færre ledere, enn tidligere. Dette medfører en strammere styringsmodell og en forenkling av styringslinjer. Organiseringen danner grunnlag for robust faglig fellesskap,

hensiktsmessige driftsløsninger, god ressursforvaltning og er en viktig forutsetning for å nå resultatkravene.

Stabsfunksjonene økonomi og HR er slått sammen. Hensikten med samorganiseringen er å sørge for bedre forvaltning av både økonomiske- og medarbeider- ressurser.

En mindre toppledergruppe (reduisert fra 16 til 11 medlemmer) styrker mulighet for godt samarbeid og god styring.

Gjennomføringen har skjedd i dialog med tillitsvalgte, hovedverneombud og med de ansatte. Brukerutvalget og styret har vært fortløpende informert om prosessen.

## DEL II: RAPPORTERINGER

### 3. Rapportering i forhold til oppdrag og bestilling for 2014

#### 3.1. Overordnede føringer

##### 3.1.1. Mål for Helse Sør-Øst

- *For å spisse og tydeliggjøre utfordringer og prioritere innsatsen i helseforetaksgruppen er det vedtatt målformuleringer som en del av Plan for strategisk utvikling 2013-2020. Målene uttrykker organisasjonens ambisjoner om tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet:*
  - *Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd.*

Det har vært en positiv utvikling av ventetider og fristbrudd gjennom året. Målet på ventetid under 60 dager er nådd når det gjelder ventetid avviklede i desember (57), men det er fremdeles utfordringer når det gjelder ventetid ventende og fristbrudd. Ventetid ventende var 75,5 dager (mål under 60) i desember, mens andel fristbrudd var på 5 % (mål 0).

Det blir spesielt viktig å få bedre grep om langtidsplanlegging av aktivitet og ressurser for å få bedre kontroll på ventelistene våre samt redusere både ventetid og andel fristbrudd ytterligere. For å få helt styring og kontroll er det nødvendig å fokusere på den totale mengden av pasienter som venter på undersøkelse, behandling, operasjon og kontroll, - ikke bare fristpasienter. Det er skapt en god grunnforståelse for denne utfordringen, hvilket er et godt utgangspunkt for videre forbedring i 2015. Det er viktig å forankre dette arbeidet godt i de kliniske miljøene.

- *Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %.*

Det har vært en positiv trend, med resultater gjennom året som har vært lavere enn tidligere år. Måling i mai viste 4,4 % og i september 3,6 %, så målet er ikke nådd. Det er iverksatt en rekke tiltak. Det er nødvendig å fortsette og å intensivere arbeidet.

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

I november fikk 64 % av pasientene ”direkte time”, men i desember kun 58 %. Tallene svinger noe gjennom året, men viser en marginal forbedring fra 2013. Det er også store variasjoner mellom ulike fagområder. Gjennomføring av ”direkte time” forutsetter god og langsiktig ressursplanlegging og henger således sammen med arbeidet med ventetider og fristbrudd. Dette er prioritert for 2015.

For de tre ovenstående punkter henvises det til mer detaljert beskrivelse senere i dokumentet.

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

I 2014 er det videreført opplæring av nye ledere i oppfølging av Medarbeider-undersøkelsen (MU). STHF oppnådde et lavere resultat i 2014 enn foregående år, 63 % mot 67 %. Sykehuset vil

fortsatt ha et stort fokus på involvering i oppfølgingsarbeidet, slik at alle medarbeidere skal føle at de er involvert i arbeidsmiljøforbedringer i egen enhet. Det er spesielt viktig at ledere har god kommunikasjon i arbeidet med forbedringstiltak, slik at de ansatte responderer positivt.

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

Sykehuset har hatt store økonomiske utfordringer i 2014 og leverer et driftsresultat på – 44 millioner kroner, som er betydelig under forventet nivå på + 25 millioner kroner. Likviditetsreservene har sikret gjennomføring av helt nødvendige vedlikeholds aktiviteter og nye investeringer.

For å begrense den negative effekten av resultatsvikten, er investeringene redusert med 19 millioner kroner i forhold til budsjett. Sammen med aksept for videreføring av leasingavtaler, 22 millioner kroner, er dette hovedårsaken til at likviditets-beholdningen (korrigert for tilbakebetaling av basisramme) er 7 millioner kroner høyere enn forutsatt i budsjettet.

Likviditetsbidraget fra driften har vært negativt og gjenspeiler krevende tilpasning til omgivelsene og økende driftsutfordringer. Oppgraderte IKT-systemer og ny organisering av klinikkene på tvers av geografi, samt sammenslåing av stabsavdelingene økonomi og HR, er en viktig premis for planlagt utviklingsarbeid og vil bidra til realiseringen av planlagte driftseffektiviseringer fremover.

### 3.1.2. Tildeling av midler

- *Sykehuset Telemark skal benytte midlene som stilles til rådighet på en effektiv måte og slik at de kommer pasientene til gode. Sykehuset Telemark skal i 2014 basere sin virksomhet på de tildelte midler. Sykehuset Telemark tildeles 3,2 mill kroner i 2014 knyttet til behandling og planlegging av pasienter med behov for rekonstruksjon av bryst. Det forventes at ventetid og kapasitet innenfor området opprettholdes på samme nivå som i 2013. Det forventes også at foretaket i større grad enn tidligere inngår forpliktende samarbeid med Oslo universitets-sykehus for å utnytte den samlede ressurs og kapasitet i regionen best mulig. Sykehuset Telemark skal rapportere om aktiviteten for 1. tertial (frist 20. mai), 2. tertial (frist 20. september) og for hele året (frist 20. januar 2015). Rapporteringsmal m.m. vil bli distribuert til kontaktpersonene ved foretaket.*

Rapportering for tildelte midler	2014	
Basisramme	Tildeling:	2 381 996
	Resultat <sup>1</sup> :	
- berav forskning i basis	Tildeling:	5 271
	Resultat <sup>1</sup> :	
Statlige tilskudd	Tildeling:	8 191
	Resultat <sup>1</sup> :	
ISF-refusjoner	Tildeling:	852 441
	Resultat <sup>1</sup> :	
I alt	Tildeling:	3 242 627
	Resultat <sup>1</sup> :	

*Basisrammen omfatter en ny bevilgning på 3,0 millioner kroner knyttet til regionale tilbud for tvangsinnleggelser. I tillegg til disse inntekter kommer gjestepasientinntekter, polikliniske refusjonsinntekter, samt øvrige foretakspesifikke inntekter, berunder pasientbetaling og eventuelle tilskudd til definerte formål fra Helse Sør-Øst RHF, statlige etater og andre.*

<sup>1</sup> Hentet fra helseforetakets foreløpige rapportering for desember 2014 per 20. januar 2015.

#### Helseforetakets kommentarer:

## Innsatsstyrt finansiering

- ISF- refusjonsandelen er økt fra 40 til 50 % fra 2014. Innsatsstyrt finansiering er en forenkling av en kompleks klinisk virkelighet og er ikke egnet til finansiering av de enkelte avdelingene i sykehusene. Det er viktig at finansieringen ikke er til hinder for god organisering av tilbudet på den enkelte avdeling eller mellom avdelinger. Den medisinske kodingen dokumenterer helsehjelpen pasienten mottar. Kodingen må være faglig korrekt og skal ikke benyttes for å øke inntjeningen i strid med god faglig praksis og hensiktsmessig organisering.

ISF-inntektene har økt i 2014 som følge av økt refusjonssats fra 40 % til 50 % og også aktivitetsvekst. Vi har hatt en tydelig vridning av aktiviteten fra døgnbehandling til dag og poliklinikk. Aktivitetsveksten har vært på mer enn 8 % innen polikliniske tjenester, men til tross for et høyt aktivitetsnivå gjenspeiles det ikke i ISF inntektene på samme måte da polikliniske takster er betydelig lavere enn takstene for døgn- og dag aktivitet. Ambisjonsnivået i årets aktivitetsbudsjett har vært høyt og resultatene for DRG- aktivitet utført i eget foretak har vært lavere enn forventet. Behov for og derved bruk av biologiske legemidler har vært høyere enn budsjettet og gjenspeiler høyere behandlingssvolum og et økt kostnadsnivå.

Det er jobbet aktivt med koderutinene etter implementering av nye DIPS-prosedyrer. Videre er det allokert ressurser for kvalitetssikring av koding med fokus på riktig registrering og felles registreringspraksis i klinikkene.

## Midler til etablering og drift av kommunale ø-hjelpsplasser

- Helse Sør-Øst skal sette av minst 234,1 mill. kroner av basisbevilgningen til etablering av døgntilbud øyeblikkelig hjelp i kommunene, og bidra til at tilbudene i kommunene har en kvalitet som reelt sett avlastet sykehus. Det forutsettes at helseforetaket setter av nødvendige midler til utbygging og drift av øyeblikkelig hjelp tilbud i henhold til avtalte utbyggings- og opptrappingsplaner med kommuner i helseforetakets opptaksområde.

Det er utbetalt tilskudd til 13 kommuner for 2014 og til ytterligere 3 kommuner for 2. halvår 2014, en samlet utbetaling for 2014 på 17,2 millioner kroner.

Status i fremdriften vises i tabellen under:

Kommune	Antall ØH-senger	Fremdrift og kommentarer
Skien Nome Siljan	9	i drift
Bamble	2	i drift
Bø Sauherad	2	i drift
Notodden Hjartdal	2	i drift + 4 mulighet for å kjøpe av STHF
Tinn	2	i drift - kjøpes av STHF
Vinje Tokke	2	i drift - samarbeid m Tokke i drift - samarbeid m Vinje
Seljord Kviteseid	1 1	i drift - samarbeider når fullt
Porsgrunn	5	i drift
Kragerø	0	Avventer utviklingsplanen STHF
Drangedal	0	Avventer utviklingsplanen STHF
Fyresdal	1	Etablert ø-hjelpsplasser i Arendal kommune
Nissedal	1	Etablert ø-hjelpsplasser i Arendal kommune

## Utleveringskostnader LAR

- *De regionale helseforetakene har i dag ansvaret for å dekke medikamentkostnader LAR. Fra 2014 vil de regionale helseforetakene også få ansvaret for å dekke utleveringskostnadene i LAR, med unntak for pasienter som oppfyller kriterier for å få utlevert medikamenter av kommunale tjenester.*

I 2014 har sykehuset ivaretatt finansieringsansvaret for både medikamentkostnadene LAR og utleveringskostnadene. Avtalene er videreført og de samtlige kostnadene for 2014 har ligget på 10,3 millioner kroner og i tillegg kommer noen kostnader fra apotekene som inngår i medikamentfakturaene. Midlene har finansiert ulike typer LAR medikamenter til ca. 290 pasienter i Telemark. Antallet pasienter har vært forholdsvis stabilt de siste 4-5 år, og det forventes ingen store endringer kommende år. Medikamentene blir hovedsakelig utlevert av apoteker og i regi av kommuner, det være seg legevakter, egne utleveringssteder osv. Medikamenter som blir utlevert skal gis under tilsyn av helsepersonell, og pasientene skal observeres en viss tid etter inntak av medikamentene. Midlene finansierer også kommunenes ulike organisering av utleveringsordninger, og dekker utgifter som observasjonsgebyr til apotekene.

## Fra tilskudd til basis

- *Tidligere tilskudd knyttet til barn som pårørende, nasjonalt klinisk nettverk for spiseforstyrrelser, regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, rusmestringsenheter i fengsel, soningsenheter for personer under 18 år og narkotikakontroll for domstolskontroll inngår fra 2014 i de respektive helseforetakenes basisrammer og skal videreføres på minst samme nivå som i 2013.*

Finansieringen av rusmestringsenheter i fengsel, regionalt tilbud tvangsinnleggelse og tiltak for barn som pårørende er overført fra tilskudd til basisramme i 2014. De ansvarlige klinikker har hensyntatt oppgavene som en del av den ordinære driften og videreført aktivitetene på minst samme nivå som i 2013.

## Raskere tilbake

- *Ordningen med "Raskere tilbake" videreføres i 2014. Det øremerkede tilskuddet til "Raskere tilbake" er ikke omfattet av vederlagstabellen over. Dette tilskuddet skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor, de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen. Tilskuddets størrelse vil bli avklart senere. Aktivitet som genereres i medhold av denne ordningen er ikke omfattet av aktivitetsbestillingen i tabellen over, men kommer i tillegg.*

Ordningen "Raskere tilbake" er videreført i 2014 på et noe høyere nivå enn i 2013. Det er allokert interne ressurser som har bidratt til økt aktivitet for den aktuelle pasientgruppen, i tråd med målsettingen med ordningen.

## Drift og investering

- *For 2014 tildeles foretaket en samlet basisramme til drift og investeringer. Det forutsettes at helseforetaket legger til rette for at investeringer kan gis den nødvendige prioritering innenfor basisrammen. Basisrammen tilfører likviditet slik at Sykehuset Telemark kan gjennomføre ordinære investeringer for i alt 40,6 millioner kroner forutsatt et økonomisk resultat i balanse. Helse Sør-Øst RHF presiserer at positive resultater som oppstår i løpet av året ikke kan benyttes til investeringer for foretaket har tilstrekkelig grad av sikkerhet for positiv resultatoppnåelse på årsbasis.*

Sykehuset Telemark har foretatt en stram prioritering av nye investeringer for året, som har ligget på et nøkternt og helt nødvendig nivå. Det er investert 14,6 millioner kroner til bygg, 34,1 millioner kroner til MTU og 6,6 millioner kroner til øvrige. Det er i tillegg aktivert finansielle leieavtaler for ambulansestasjoner for 22 millioner kroner. Samlet er det foretatt investeringer på 77,4 millioner kroner i 2014, herav 22 millioner kroner uten likviditetseffekt.



Forsinkelser i anskaffelser og forskyvninger vil håndteres innenfor investeringsplanen for 2015. Likviditetsreservene fra tidligere år har delfinansiert årets investeringer.

### **Likviditet og kapitalforvaltning**

- *Foretaksgruppens etablerte prinsipper for likviditetsstyring ligger til grunn for løpende tilpasning av investeringsnivå til resultat og tilgjengelig likviditet. Utbetalingene til helseforetaket skjer innen den 7. arbeidsdag i hver måned. Månedlig overføring utgjør normalt 1/12 av samlet likviditetsoverføring. Enkelte tilskudd mv vil bli utbetalt i sin helhet når disse er utbetalt til Helse Sør-Øst RHF. Helseforetaket skal forespørre Helse Sør-Øst RHF i god tid dersom det er behov for driftskreditt ut over gjeldende ramme, og det skal fremlegges tilstrekkelig underbyggende dokumentasjon. Fra 2014 innføres renteberegning av alle helseforetakenes langsiktige, konserninterne fordrings- og gjeldsforhold overfor det regionale helseforetaket.*

Sykehuset Telemark har hatt en negativ likviditetsutvikling i 2014, men tilgjengelig likviditet har ligget godt innenfor godkjente rammer. Likviditetssituasjonen følges opp nøye.

### **Resultatkrav for 2014**

- *Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. God ledelse er en viktig forutsetning for å nå resultatkrav. Sykehuset Telemark må iverksette nødvendige tiltak for å innfri resultatkravene innenfor rammer og oppgaver som gjelder. Gjennomføringen av tiltak skal skje i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner, og i god dialog med pasienter, pårørende og deres organisasjoner. Det legges til grunn at det er etablert prosesser for medvirkning på alle nivåer.*

Sykehuset Telemark har i 2014 hatt stort fokus på styring og kontroll med ressursbruken for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Utviklingsplanen beskriver hovedtrekkene i hvordan og hvor tjenestetilbudet vårt skal ytes.

Budsjettdokumentet for 2014 inneholdt, som tidligere nevnt, spesifiserte initiativer for å nå ambisiøse mål. Implementeringen av DIPS samt de utfordringene Utviklingsplanen ga, medførte imidlertid at man ikke lyktes med gjennomføringen av de økonomiske mål som ble satt for 2014.

STHF har gjennomført en stor organisasjonsendring for bedre å understøtte de tjenestetilbudet vi skal levere. Omorganiseringen av hele foretaket ble foretatt siste halvdel av 2014. Tidligere var STHFs åtte klinikker dels organisert etter fag, dels etter geografisk tilhørighet. Nå er de seks klinikkene som utfører pasientrettet arbeid organisert etter fag på tvers av geografi. Klinikkerne er videre organisert i avdelinger og seksjoner. Det er færre organisatoriske enheter, og derved også færre ledere, enn tidligere. Dette medfører en strammere styringsmodell og en forenkling av styringslinjer. Organiseringen danner grunnlag for robust faglig fellesskap, hensiktsmessige driftsløsninger, god ressursforvaltning og er en viktig forutsetning for å nå resultatkravene. Stabsfunksjonene økonomi og HR er slått sammen. Hensikten med samorganiseringen er å sørge for bedre forvaltning av både økonomiske- og medarbeider- ressurser. En mindre toppledergruppe (reduert fra 16 til 11 medlemmer) styrker mulighet for godt teamarbeid og god styring.

Gjennomføringen har skjedd i dialog med tillitsvalgte, hovedverneombud og med de ansatte. Brukerutvalget og styret har vært fortløpende informert om prosessen.

- *Sykehuset Telemark skal skape økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer.*
- *Sykehuset Telemark skal for 2014 ha et resultat på 25 millioner kroner.*

Ovennevnte to punkter rapporteres samlet:

Året 2014 har vært preget av store økonomiske utfordringer som følge av et stort effektiviseringsbehov og et omfattende omstillingsarbeid som har krevd mer tid og ressurser enn

planlagt. Driftsresultatet for 2014 er et overskudd på 311 millioner kroner. Resultat korrigert for endrede pensjonskostnader er et underskudd på -44 millioner kroner, som er 69 millioner kroner lavere enn årets styringsmål. Lavere DRG-aktivitet enn planlagt, økte kostnader til gjestepasienter og legemidler samt lavere tempo i effektiviseringsarbeidet gjenspeiles i det økonomiske resultatet for 2014.

Samlet medfører dette at sykehuset ikke har skapt et tilstrekkelig økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer. Det er derfor påkrevet at forbedringsarbeidet fortsetter og at det etableres forbedret kvalitetskontroll av gjennomføringen.

## 3.2. Resultater for mål 2014

### 3.2.1. Aktivitet

- *Budsjettert aktivitet er i tråd med bestillingen.*

Rapportering av aktivitet	2014	Somatikk	VOP	BUP	TSB
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag, poliklinikk og bilo. legem.) i henhold til "sørge for"-ansvaret	<i>Krav:</i>	41 805			
	Resultat <sup>1</sup> :				
<b>Pasientbehandling</b>					
- Antall utskrevne pasienter, døgnbehandling	<i>Krav:</i>	31 000	1 789	40	35
	Resultat <sup>1</sup> :				
- Antall liggedøgn døgnbehandling	<i>Krav:</i>	121 800	37 035	2 800	1 000
	Resultat <sup>1</sup> :				
- Antall dagbehandlinger	<i>Krav:</i>	19 000			
	Resultat <sup>1</sup> :				
- Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	<i>Krav:</i>	149 302	59 400	30 720	16 800
	Resultat <sup>1</sup> :				

<sup>1</sup> Hentet fra helseforetakets foreløpige rapportering for desember 2014 per 20. januar 2015.

#### Helseforetakets kommentarer:

Antall DRG-poeng i 2014 (døgn, dag, poliklinikk og dyre biologiske legemidler) er foreløpig beregnet å være 40.979 poeng. Dette er 2 % lavere enn budsjettert og 1 % høyere enn i fjor. Nær 2/3 av det totale negative budsjettavviket har oppstått innen Gastrokirurgi og Ortopedi.

Antall sykehusopphold har gått ned med 3 %, mens antall dagopphold har hatt en vekst på 8 % sammenlignet med i fjor. Stor vekst er det registrert ved poliklinikkene også, antall ISF-berettigede polikliniske konsultasjoner var 7 % flere enn i fjor.

Antall utskrevne pasienter voksenpsykiatrien har som følge av endring fra døgn til dag falt med 6 %, mens det er en vekst innenfor BUP og TSB, henholdsvis med 23 % og 114 %. Da volumet innenfor Voksenpsykiatrien er størst, så er endringen samlet sett en nedgang på 1,9 %. Resultatet for 2014 er 0,7 % høyere enn budsjettert.

Antall liggedøgn har falt med 12 % som følge av endringer fra døgn til dag, men er 0,7 % høyere enn budsjettert.

Aktivitetsnivået innenfor poliklinisk aktivitet i psykiatrien har falt fra 2013. Antall polikliniske konsultasjoner har samlet sett gått ned med 1 %. Resultatet for 2014 er 9,8 % lavere enn budsjettert.

### 3.2.2. *Tilgjengelighet og brukerorientering*

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

Det har vært høyt fokus på ventetider gjennom hele året, og det jobbes aktivt med å redusere både ventetider og antall pasienter som venter. Det har gjennom året vært en nedgang i antall langtidsventere og antall som venter over seks og tre måneder. Høyt antall langtidsventere ses spesielt innenfor plastikkirurgi. Gjennomsnittlig ventetid avviklede hittil i år er på 66 dager, og tilsvarende 60 dager per november. Til sammenligning var tallene for januar 73,8 dager. November tallene fordeler seg med 61 dager innen somatikk, 37 dager innen psykiatri, 22 dager innen TSB og 62 dager for barne- og ungdomspsykiatri. Parameteren anses således å være oppfylt per november.

- *Ingen fristbrudd.*

Helseforetaket har hatt betydelige utfordringer med fristbrudd etter innføringen av DIPS i mai 2013. Det har vært lagt ned et betydelig arbeid i klinikkene for å få kontroll med fristbrudd. I den første fasen besto arbeidet i hovedsak i å rydde administrative fristbrudd som hadde oppstått i forbindelse med overgangen til DIPS. I neste fase har arbeidet vært mer rettet mot bedre kapasitetsutnyttelse. Opplegget og føringene i det regionale prosjektet har vært fulgt. I tillegg har vi hatt målrettet fokus på de fagområdene med størst utfordringer. Per desember kan vi konstatere at flere av fagområdene har lyktes i å redusere fristbrudd. Gjennom året er prosent fristbrudd for avviklede pasienter redusert fra 19 % i januar til 5 % (mål 0) i desember. Dette representerer 102 pasienter, hvorav 1 i barne- og ungdomspsykiatri og resten i somatikk. De fagområdene som fremdeles sliter er ortopedi og mage-tarm, hvor det ser ut til å være en nasjonal utfordring med kapasitet på koloskopi. Arbeidet med å redusere fristbrudd vil fortsette med full tyngde i 2015.

- *Redusert ventetid, økt kapasitet og god kompetanse innen brystrekonstruksjon for pasienter med brystkreft.*

Sykehuset Telemark har redusert ventetiden på behandling av brystkreftpasienter kraftig. Årsaken til dette er todelt. For det første har sykehuset økt samarbeidet med mamma-seksjon slik at alle pasienter som er kandidater for primærrekonstruksjon kan få dette. I tillegg er det ryddet i ventelisten for DIEP rekonstruksjon, slik at vi per i dag kun har 6-9 måneders ventetid fra henvisning til operasjon for sekundærrekonstruksjoner. Noe av ventetiden skyldes også et ønske fra pasientene om noe tid på å bearbeide tanken på å gjennomføre inngrep for brystrekonstruksjon.

- *Alle ventetider på frittsykehusvalg.no er oppdatert månedlig.*

Månedlig oppdatering av ventetidene på "Fritt sykehusvalg" er satt i system. De aller fleste ventetidene oppdateres i henhold til føringene. I noen få tilfeller ser vi at fristen overskrides. Vi tilstreber at alle ventetider oppdateres i henhold til føringene.

- *80 % av kreftpasienter har startet behandling innen 20 dager fra mottatt henvisning.*

I annet tertial 2014 fikk 65 % av brystkreftpasientene startet behandlingen innen 20 dager. Dette er over landsgjennomsnittet, men likevel lavere enn i 2012 og 2013 hvor vi har ligget rundt 80 %. De gode resultatene fra tidligere kan i noen grad skyldes feil registreringspraksis. Enkelte pasienter, som i første runde ble henvist til brystdiagnostikk senter (BDS), fikk feilaktig registrert dato for henvisning videre til brystkirurgisk avdeling som mottatt dato. Riktig praksis er innført i 2014, og brystmiljøet har sterkt fokus på å bedre logistikken.

For lungekreft fikk ca. 42 % av pasientene første behandling innen 20 dager (1. tertial 2014). Også her er resultatene bedre enn landsgjennomsnittet, og det har det vært en nedgang fra tidligere. Det har vært fokusert på å optimalisere kommunikasjonen med universitetssykehus for å ikke miste tid i utredningsfasen, men fagmiljøet rapporterer at PET scan fremdeles har vært en flaskehals i 2014. Det må her presiseres at sykehuset kun måles på de pasientene som mottar behandling hos oss. Det er kun de som får cellegift, det vil si rundt 15 per år. Et så lite antall er svært sårbart når det gjelder prosentangivelser.

Blant pasienter med tykktarmskreft fikk ca. 52 % startet behandling innen 20 dager (1. tertial 2014). Dette er noe nedgang i forhold til tidligere, hvor vi har ligget rundt 60-65 % - på nivå med landsgjennomsnittet. Det har vært svært utfordrende med en økende henvisningsstrøm og følgelig en mangel på utredningskapasiteten. Det er også en flaskehals at en stadig økende andel av pasientene trenger coloskopi i narkose. utfordringene innenfor tarmkreftområdet er nasjonale.

Sykehuset har de siste årene hatt et spesielt fokus på kreftområdet og har utarbeidet flere behandlingsforløp og aktivt tatt i bruk og videreutviklet konseptet rundt kreftkoordinatorer. Multidisiplinære team er også innført for kreftområdene over og er i ferd med å implementeres for prostatakreft. Til tross for stort fokus på kreftbehandling ser vi at vi ikke har kommet i mål. Det er spesifikke forhold som har bidratt til dette for hver av kreftformene. Samtidig er det utfordrende å monitorere måloppnåelsen underveis og sette inn korrigerende tiltak, i og med at vi ikke vet hvilke pasienter som teller med før i ettertid.

- *Det er gjennomført pasienterfaringsundersøkelser på behandlingensbetsnivå, resultatene er offentliggjort på helseforetakenes nettsider og aktivt fulgt opp i tjenesten.*

Sykehuset Telemark har i flere år gjennomført månedlige pasienterfaringsundersøkelser helt ned på sengeposter, samt innenfor dagkirurgi og i akuttmottak. Resultatene formidles til ledere og brukes ut i enhetene. Vi har nylig begynt å publisere resultatene på hjemmesiden. I samråd med Brukerutvalget vil utformingen av selve undersøkelsen og metodikken bli revurdert i 2015.

- *Det er etablert brukerstyrte plasser innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i alle helseforetak.*

Det er etablert brukerstyrte plasser i form av en avtale om brukerstyrt innleggelse på DPS sengeposter i Skien, Porsgrunn og Seljord. Det er ikke etablert brukerstyrte plasser i TSB da psykiatrisk klinikk ikke har døgnplasser for TSB utover øyeblikkelig hjelp.

- *Det er etablert flere standardiserte forløp i henhold til nasjonale retningslinjer. Sykehuset Telemark skal i 2014 tilrettelegge for helhetlige pasientforløp og utvikle behandlingslinjer for sykdomsgruppene hjerneslag, prostatakreft, hoftebrudd, samt for pasienter med skadelig bruk / avhengighet av alkohol. I størst mulig grad oppfordres det til samarbeid med brukere og samarbeidende kommuner. For kreftforløp ønskes det særskilt oppmerksomhet på forløpstider.*

Sykehuset har tidligere utarbeidet og publisert flere behandlingslinjer og har nå laget en felles mal for arbeid med behandlingslinjer framover. Det er i 2014 utarbeidet behandlingslinje for hjerneslag som er klar for publisering, det er tidligere utarbeidet og publisert behandlingslinje for hoftebrudd som det er startet arbeid med å gjennomgå på nytt. Behandlingslinje for prostatakreft er i prosess og vil ferdigstilles i forbindelse med oppstart av pakkeforløp. Behandlingslinje for pasienter med skadelig bruk/ avhengighet av alkohol vil bli utarbeidet i løpet av 2015. Behandlingslinjene skal utarbeides i samarbeid med samarbeidende kommuner og med deltakende brukerrepresentanter. Sykehuset Telemark har ikke i utarbeidelsen av alle behandlingslinjene hatt med deltakende brukerrepresentanter. Dette tilstrebes i det videre arbeidet.

- *Det er oppnevnt koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester.*

Det er etablert praksis for at koordinator oppnevnes for pasienter med behov for komplekst eller koordinert og langvarig tjenestetilbud. For kreftpasienter ivaretas koordineringen av definerte kreftkoordinatorer. Vår vurdering er at det likevel er behov for å forbedre det systematiske arbeidet med å sikre at alle pasienter som har rett til å få koordinator får det. Vi vil jobbe videre med dette i 2015.

- *Helseforetaket skal ha konkrete og gjennomførbare planer for å redusere ventetiden og unngå fristbrudd.*

Gjennom hele året har det vært stort fokus på ventetider og fristbrudd. Vi har deltatt i det regionale prosjektet for økt tilgjengelighet. Det har også blitt satt på ressursteam fra Analyseavdelingen og Kvalitetsavdelingen for å bidra til å identifisere utfordringene og finne gode tiltak lokalt. De fagområdene med størst utfordringer har utarbeidet spesifikke handlingsplaner. Disse har blitt tett fulgt opp i linjen, samt i direktørens ledergruppe.

I forbindelse med rapportering for arbeidet med ventetider og fristbrudd, henvises det også til protokoll fra helseforetakets foretaksmøte 13. februar 2014 sak 3: Overordnede styringsbudskap for 2014:

- *Ventetid og fristbrudd vil være kritiske suksessfaktorer i 2014. Mange helseforetak har god utvikling i arbeidet med disse områdene, og noen har allerede nådd de målene som er satt. Erfaringen viser likevel at dette ikke er områder der gode resultater opprettholdes av seg selv, men at god resultatoppnåelse bygger på et kontinuerlig arbeid.*

Se besvarelse av neste kulepunkt.

Det vises også til protokoll fra helseforetakets foretaksmøte 13. juni 2014 sak 3: Årlig melding 2013, jf. lov om helseforetak § 34 og vedtektene §§ 6 og 14:

- *Helseforetaket må i 2014 ha en særlig ambisjon om å bedre tilgjengeligheten for pasientene med spesiell vekt på å unngå fristbrudd. Ventetider og fristbrudd har i flere år vært prioritert som et av de fem overordnede målene for Helse Sør-Øst. Foretaksmøtet forutsatte at helseforetakets styre legger stor vekt på å forbedre måloppnåelsen innen disse områdene. I supplerende opplysninger til årlig melding 2013 har Sykehuset Telemark HF gitt tilbakemelding om at gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen alle fagområder samlet per desember 2013 var 63 dager, og at målet dermed er oppnådd. Helseforetaket har i årlig melding oppgitt 12,3 % som resultat for 2013 for styringsparameter andel fristbrudd. Det anmerkes at den tette oppfølgingen av området ventetider og fristbrudd gjør at foretaket gradvis er i ferd med å gjenvinne kontrollen for disse. Foretaksmøtet var fornøyd med at helseforetaket er i ferd med å få kontroll med utviklingen innen disse områdene. Foretaksmøtet merket seg at gjennomsnittlig ventetiden i 2014 frem til og med april har vært på 68 dager. Dette viser at helseforetaket fortsatt må arbeide aktivt for å kunne nå målet for 2014 som er satt til under 65 dager. Frem til og med april 2014 er andel fristbrudd rapportert til 16 %. Foretaksmøtet ba om at styret i Sykehuset Telemark HF følger opp og styrker arbeidet med å fjerne fristbrudd slik at den overordnede målsetningen kan oppfylles.*

Både ventetid og fristbrudd er betydelig redusert gjennom året, og når det gjelder ventetid, er målet som er satt fra Helse Sør-Øst oppnådd (ventetid avviklede i desember 57,6 dager), men det er fremdeles utfordringer når det gjelder ventetid ventende og fristbrudd. Ventetid ventende var 75,5 dager (mål under 60) i desember. For fristbrudd har vi ikke helt kommet i mål ved årsslutt, og arbeidet fortsetter med full tyngde i 2015. Vi har erfart at problematikken rundt ventetider og fristbrudd er svært omfattende og kompleks. Mange av pasientene som henvises til sykehuset genererer flere kontakter. Rettighetspasienter som står på venteliste utgjør ikke mer enn 20-30 % av den totale massen av pasientkontakter som skal håndteres innenfor juridiske frister samt at forsvarlighets-prinsippet gjelder i hele behandlings-forløpet. Så lenge den totale utfordringen ikke er vesentlig endret risikerer man at et skarpt fokus på fristbrudd går ut over for eksempel kontrollpasienter. For å få styring og kontroll med ventetider og fristbrudd er det derfor essensielt å redusere den totale pasientmassen, ikke bare fristbrudd og antall pasienter på den

offisielle ventelisten. Videre er langtidsplanlegging av aktivitet et nødvendig element for å oppnå styring og kontroll. Nøkkelen til dette er behandlernes timebøker, som bør være fastlagt minst fire måneder fram i tid.

### **3.2.3. Kvalitet og pasientsikkerhet**

I forbindelse med rapportering for alle underpunkter under overskriften kvalitet og pasientsikkerhet, henvises det også til protokoll fra helseforetakets foretaksmøte 13. februar 2014, sak 3 Overordnede styringsbudskap for 2014:

- *Arbeidet med standardisering av arbeidsprosesser og støttefunksjoner er, sammen med utvikling av gode pasientforløp, viktige elementer for å heve kvaliteten i behandlingen. I Helse Sør-Øst har mange helseforetak utviklet gode tilbud basert på dette. Alle helseforetaksstyrer vil ha et ansvar for at det gode arbeidet fortsetter og at erfaringer både fra eget og andre helseforetak følges opp i den videre utviklingen. Det forventes at helseforetakstyrene sørger for at det utarbeides konkrete tiltaksplaner for å realisere oppdragsdokumentets styringskrav.*

Sykehuset har etablert lokale læringsnettverk innen simulering, behandlingslinjer og pasientforløp, helsefaglig forbedringskunnskap og system for kontinuerlig forbedring. Nettverkene ligger inn under innsatsområdet ”Kunnskapsutvikling og god praksis”, hvor blant annet standardisering ut fra kunnskapsbasert praksis spiller en sentral rolle. De lokale læringsnettverkene følger opp samarbeidet med de tilsvarende regionale læringsnettverkene.

Sykehuset Telemark har etablert standardiserte arbeidsprosesser, som har vært et av hovedfokusene ved DIPS innføringen mai 2013. Organisasjonen har i 2014 gjennom DIPS fase 2 konsolidert bruken og optimalisert arbeidsprosessene. Vi har hatt spesielt fokus på korrekt dokumentasjon, informasjonsflyt og rett bruk av verktøyet som bygger på vår DIPS fase 1.

Det vises til pkt. 3.2.2 for nærmere utdyping av arbeidet med behandlingslinjer.

Når det gjelder støttefunksjoner har vi spesielt fokusert på merkantile funksjoner. Disse funksjonene er ytterligere samlet i 2014. Dette innebærer at håndteringen av post og dokumenter, både administrativ og vedrørende pasienter, i mye større grad er utført på en enhetlig måte og med mindre risiko for feil.

For å realisere oppdragsdokumentets styringskrav med konkrete tiltaksplaner har sykehuset jobbet med å utvikle dette i 2014. Vi har blant annet gjort større endringer i lederavtalene for å tilpasse disse bedre for operasjonalisering av styringskrav. Arbeidet med konkrete tiltaksplaner for styringskrav er en kontinuerlig prosess og videreutvikling av dette vil ha prioritert i 2015.

### **Pasientsikkerhetskampanjen**

- *Pasientsikkerhetskampanjens tiltakspakker inngår som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene følges opp i ledelseslinjen.*

STHF har implementert de sentrale satsningsområdene i programmet som: trygg kirurgi, behandling av hjerneslag, forebygging av selvmord, forebygging av infeksjoner ved sentrale venekateter, forebygging av urinveisinfeksjoner, forebygging av trykksår, forebygging av fall og samstemming av legemiddellister. Innsatsområdene er implementert i samtlige relevante enheter. Unntaket er trykksår som er implementert i 10 av 12 enheter og samstemming av legemiddellister som er implementert i 12 av 33 enheter. Det er særlig utfordringer rundt et komplekst område som samstemming av legemiddellister. Innsatsområdet vil ha økt fokus 2015, blant annet ved at det nå er utarbeidet ny journalhåndbok hvor samstemming er integrert i malene. Videre blir det i første halvår kjørt et prosjekt hvor sykepleiere blir opplært i samstemming. Det jobbes videre for å sikre at implementeringen av alle tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet brukes aktivt i

daglig drift i alle relevante enheter. Tavlemøter vurderes innført i 2015 noe som kan bidra til å sikre at fokuset på innsatsområdene opprettholdes. Innsatsområder som er implementert inngår i relevante enheters ordinære aktiviteter og følges opp i linjen. Dette vil bli satt inn i et enhetlig system.

Sykehuset har fokus på å sikre læring på tvers innenfor kampanjens områder. Dette gjøres blant annet gjennom internrevisjoner hvor pasientsikkerhetskampanjen er fast tema. I tillegg er utvalgte tema et fast punkt i sykehusets kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg hvor også oppfølging av pasientsikkerhetskulturundersøkelsen og GTT har vært inkludert. Dette har også vært presentert for styre. Sykehuset har etablert nettverk for å sikre spredning og læring på tvers i klinikkene og det har vært etablert nettverk under spredning av innsatsområdene. Pasientsikkerhetskampanjens innsatsområder (alle) ble fulgt opp som tema under internrevisjon 2013 og 2014, med særlig fokus på samstemming av legemiddellister i 2014 i samarbeid med sykehusapoteket, Skien. Foreløpig resultatet bekrefter at legemiddelsamstemming ikke er godt nok implementert blant legene og en av årsakene til dette er at elektroniske verktøy ikke understøtter dette arbeidet.

Det har også siden 2012 blitt gjennomført 3 pasientsikkerhetsvisitter i sykehuset hvert halvår. Hver visitt består av startmøte og sluttmøte, hvor enheten fokuserer områder som en opplever er til hinder for pasientsikkerheten og utarbeider handlingsplan for disse. Enhetene som besøkes velges ut etter innspill fra klinikksjefer, basert på blant annet resultater fra pasientsikkerhetskulturundersøkelsen. Visittene oppleves som nyttige både fra organisasjonens og ledelsens side, og spesielt legemiddelområdet har blitt fokusert som viktig fra flere enheter.

### **Rapportering til Helsedirektoratet**

- *Kvalitetsindikatorer og ventetider som rapporteres til Helsedirektoratet, inkludert til fritt sykehusvalg, er rapportert på sykehusnivå, og benyttes til regelmessig evaluering av klinisk praksis, systematisk forbedringsarbeid og forskning.*

Kvalitetsindikatorer gjennomgås jevnlig i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget. Forbedringsarbeid innen de enkelte indikatorene skjer i aktuell avdeling og fagområde. Gode eksempler er slagbehandling og hjerteinfarkt hvor resultatene brukes aktivt til kontinuerlig forbedring. Dette har resultert i at 30-dager overlevelse er betydelig forbedret i løpet av de siste årene. Som et ledd i forbedringsarbeidet er behandlingslinje for hjerneslag nylig implementert, og trombolysraten er blant de høyeste i landet.

Ventetider har vi hatt ett spesielt fokus på og resultatene har vært tatt opp i hvert ledermøte, styremøtene og i brukerutvalgsmøtene i 2014. Det har blitt iverksatt forbedringsarbeid innen det enkelte fagområde. Vi ser tydelige resultater, og vil fortsette arbeidet i 2015.

### **Nasjonale medisinske kvalitetsregistre**

- *Medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status har:*
  - *nasjonal dekningsgrad*
  - *omfatter pasientrapporterte effektmål*
  - *benyttes til regelmessig evaluering av klinisk praksis, systematisk forbedringsarbeid og forskning.*

STHF bidrar med pasienter til alle aktuelle nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Den enkelte klinikk og fagmiljø benytter mottatte rapporter til egen evaluering og systematisk forbedringsarbeid. STHF er databehandleransvarlig for GASTRONET. Dette er et register der pasientrapporterte effektmål har vært med fra starten i 2003. Alle deltakende leger mottar rapporter på egen kvalitet og anonymt sammenlignet mot kollegaer. Dette åpner for selv-evaluering og kontinuerlig forbedringsarbeid..

## Nye metoder i spesialisthelsetjenesten

- *Det er etablert en enbetlig og kunnskapsbasert praksis for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.*

Praksis for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten er etablert. Det har ikke vært gjennomført mini-metodevurderinger ved foretaket i 2014. Det har heller ikke vært meldt inn metodevurderinger sentralt.

- *Oslo universitetssykehus er etablert som regionalt kompetansesenter for metodevurdering.*

Dette punktet har ikke vært relevant for STHF i 2014.

## ”Øyeblikkelig hjelp”-døgntilbud i kommunene

- *Det er etablert flere ”øyeblikkelig hjelp”-døgntilbud i kommunene i samarbeid mellom helseforetak og kommuner.*

Det er etablert ø-hjelp tilbud i 16 av 18 kommuner i Telemark. Drangedal og Kragerø vil etablere sitt tilbud i løpet av 2015. Alle tilbudene er etablert i samarbeid med STHF og dette er formalisert i egne samarbeidsavtaler mellom de aktuelle kommuner og STHF.

- *Helseforetaket har bidratt til at ”øyeblikkelig hjelp”-døgntilbud i kommunene har god kvalitet, og har vurdert effektene av tilbudene.*

Det er representanter fra STHF som er med og planlegger. Veilederen blir nøye fulgt i denne prosessen da den definerer klare kvalitetskrav. Det jobbes med muligheten av å få et felles registreringsverktøy for bruk av disse sengene felles for hele Telemark, som vil gi grunnlag for å måle tilbudene mot hverandre og vurdere effekten av de ulike tilbudene når det gjelder ønsket og riktig bruk av sykehusinnleggelse.

- *Helseforetaket samarbeider med kommunene for å unngå uønskede reinnleggelser.*

Akuttmottaket ved Sykehuset Telemark samarbeider med kommunen for å “snu” personer som ikke trenger helsetjenester på spesialisthelsetjeneste nivå, både når det gjelder innleggelse og reinnleggelse. Det gjelder da ø-hjelpstilbud som har en geografisk nærhet til sykehuset. Analysegruppen som er sammensatt av personer fra kommunene og sykehuset jobber for å få frem gode data vedrørende reinnleggelse slik at de uønskede reinnleggelse kan unngås i større grad.

## Psykisk helsevern

- *Det er høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatikk. Det legges til grunn at veksten innen psykisk helsevern skjer ved DPS og innenfor psykisk helsevern for barn og unge. DPS skal bygges ut og utrustes til å ta ansvar for gode akuttjenester gjennom døgnet, ambulante tjenester, poliklinikk og døgntilbud, slik at befolkningens behov for vanlige spesialisthelsetjenester er dekket. Veksten måles blant annet gjennom endring kostnader, ventetid og aktivitet.*

Sykehuset Telemark har ikke klart målet om høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatikk.

Som følge av nedleggelse av en døgnpost desember 2013 og dreining i behandlingen fra døgn til dag, har aktiviteten for inneliggende innenfor voksenpsykiatrien falt i 2014. Nedgangen gjelder DPS, mens Sykehusfunksjonen har en vekst i antall sykehusopphold for både BUP, VOP og TSB.



Den polikliniske aktiviteten har falt med 10 % innenfor BUP, VOP har falt med 1,6 %, mens TSB har en vekst på hele 21 %. Den samlede polikliniske aktiviteten innenfor psykisk helse er redusert med 1 % fra 2013. Reduksjonen er innenfor sykehusfunksjonen, mens DPS har en vekst på 2 %.

Somatikken har i samme periode hatt en reduksjon innenfor døgnbehandling, men viser til en vekst i antall dagbehandlinger og poliklinisk aktivitet.

Kostnader innen psykisk helse er redusert i 2014 blant annet som følge av at bemanningen er redusert med 30 årsverk fra 2013.

Hovedårsaken til reduksjonen innenfor den polikliniske aktiviteten er vakante stillinger, som det har vært vanskelig å rekruttere til. Krevende å rekruttere personell med kompetanse innenfor dette tjenesteområdet.

- *Andel årsverk DPS har økt i forhold til antall årsverk innen psykisk helsevern i sykehus.*

Fordelingen av andel årsverk mellom DPS og sykehus er 56 % og 44 % i 2014. Budsjett 2015 er fordelt med andel 53 % DPS og 47 % sykehusfunksjon, da det fortsatt er en utfordring å få rekruttert terapeuter.

- *Andel tvangsinnleggelse for helseregionen er redusert med 5 % sammenliknet med 2012.*

Sykehuset Telemark har ikke oppnådd målet om 5 % reduksjon. De siste 3 årene har sykehuset ligget på ca. 21 % andel tvangsinnleggelse. På bakgrunn av prosjektet døgn til dag hvor sykehuset styrker ambulante tjenester arbeides det med å trygge pasientene i sitt nærmiljø og derigjennom arbeide for redusert tvangsbruk.

### **Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)**

- *Det er etablert systemer ved somatiske avdelinger for å fange opp pasienter med underliggende rusproblemer.*

Sykehuset Telemark HF på Notodden har fått tildelt kroner 700.000 av HSØ RHF i 2014 for å teste ut og innføre en systematisk kartlegging (verktøy) av alkoholbruk til pasienter som blir innlagt ved somatiske avdelinger. Det er opprettet et eget prosjekt kalt ASK (alkohol – somatikk – kommunikasjon). Formålet er å identifisere helseskadelig alkoholbruk hos somatiske pasienter og gi veiledning eller annen oppfølging ved behov. Videre å øke bevisstheten hos pasienter om alkoholens helseskadelige virkninger, og gi tilbud om oppfølgingssamtale ved TSB team – fastlege ved risikofyllt alkoholbruk. Kartlegging og systematisk bruk av verktøy ved innleggelse er gjennomført. Det er identifisert helseskadelig alkoholbruk hos pasienter i kartleggingen. Imidlertid har ingen pasienter ønsket veiledning eller annen oppfølging. Det skal nå igangsettes en systematisk evaluering i samarbeid med en forsker fra KoRus – Sør. Hensikten er å se på mulige forbedringspunkter i det praktiske arbeidet og justere retningslinjer etter evalueringen. Det vil i 2015 også bli lagt vekt på å styrke kunnskap om temaet, og samhandling med det kommunale hjelpearbeidet.

- *Samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene skal eksplisitt omtale konkret samhandlingsarenaer og samhandlingsrutiner innen TSB berunder samarbeidet i forhold til utskrivningsklare pasienter.*

Sykehuset Telemark har inngått samarbeidsavtale med kommunene i Nedre og Øvre Telemark i 2014 om samhandling innen psykisk helse og rus/avhengighet.

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

STHF har meldt tilbake til Helse Sør-Øst at brukerstyrte plasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling må avtales med Borgestadklinikken, da STHF ikke har døgnplasser for tverrfaglig spesialisert rusbehandling utover 3 ø-hjelps plasser.

### **Langvarige smerte- og utmattelsestilstander der årsaken er uklar**

- *Det er i samarbeid med kommunene og brukerorganisasjonene etablert et effektivt og brukerorientert utrednings- og behandlingsforløp for pasienter med langvarige smerte- og utmattelsestilstander der årsaken er uklar.*

I 2014 var det planlagt, i samarbeid med Sykehuset i Vestfold et kurs for leger vedrørende pasienter med uspesifiserte smertetilstander. Kurset var tenkt som oppstart for å lage et behandlingsforløp. Som følge av beslutning i STHF om innføring av ekstraordinære økonomiske tiltak høsten 2014 ble kurset utsatt til 22. januar 2015.

### **Pasientadministrative rutiner**

- *Helseforetaket har stor oppmerksomhet på betydningen av gode pasientadministrative rutiner som bidrag til trygghet og sikkerhet i pasientbehandlingen og forløpet.*

Det er utarbeidet en egen handlingsplan for sikring av det pasientadministrative arbeidet. Planen er etablert på bakgrunn av gjentatte risikovurderinger av faremomenter i det pasientadministrative arbeidet i alle aktuelle klinikker. Handlingsplanen inneholder målrettede tiltak for styring og kontroll med den pasientadministrative arbeidsprosessen. Status på tiltakenes effekt er sentral informasjon i sykehusets styringsdialog.

### **Sykelig overvekt**

- *Sykehuset Telemark skal utføre kroppsfremmende kirurgi på pasienter som har gjennomført vektreduksjon i form av fedmekirurgi eller annen form for livsstilsbehandling på samme nivå som i 2013.*

Dette er en pasientgruppe som er i stadig vekst, samtidig som man har blitt strengere på krav angående hvem som skal kan bli operert for offentlig regning. Kapasitet med hensyn til operasjonsstuer har ikke økt, samtidig har fagansvarlig for kroppsfremmende kirurgi hatt overlegepermisjon i deler av 2014. Dette har ført til at samlet ventetid for denne pasientgruppen har økt. Sykehuset er nå godt rustet med to overleger som primært fokuserer på denne pasientgruppen. Det er dårlig samsvar mellom antall fedmeopererte og forventning til korrigerende kirurgi utført av plastikkirurg. Målet er å opprettholde nivået fra 2013, men det synes vanskelig å forvente en økning uten at dette skal gå utover andre trengende pasientgrupper.

### **Nasjonale tjenester**

- *Nasjonale tjenester (behandlingstjenester, flerregionale behandlingstjenester og nasjonale kompetansetjenester) skal ivareta krav i forskrift og veileder.*
- *Nasjonale tjenester følger opp evalueringen fra Helsedirektoratet.*

Ovennevnte punkter er ikke aktuelle for Sykehuset Telemark.

### **Sykehusapotek**

- *Sykehuset Telemark skal samarbeide med Sykehusapotekene i arbeidet med å utvikle gode farmasøytiske tilbud.*
- *Tiltak for å forebygge alvorlige legemiddelfeil/ legemiddelhendelser skal gjennomføres.*
- *Det skal utarbeides gode rutiner for å sikre legemiddelinformasjon og legemiddelforsyning til pasient og samarbeidende helsepersonell ved utskriving fra sykehus.*
- *Som en del av oppfølgingen av pasientsikkerhetsprogrammet skal metode for samstemming av legemiddellister og legemiddelgjennomganger for prioriterte pasientgrupper implementeres.*

- *Sykehuset Telemark skal samarbeide med Sykehusapotekene i relevante forskings- og utviklingsprosjekter.*

Ovennevnte punkter rapporteres samlet.

Foretaket har et nært og godt samarbeid med Sykehusapotekene. Sykehusapotekene er blant annet involvert i utarbeidelse og revidering av legemiddelprosedyrer og bistår i utarbeidelse og gjennomføring av undervisnings- og opplæringsopplegg, både e-basert og i klasserom. Farmasøyter deltar i internrevisjoner innen legemiddelområdet og er representert i foretakets legemiddelkomite. Vi bruker farmasøyter aktivt ute på sengeposter til pasientrettede legemiddelgjennomganger.

FoU-prosjektet ”Opplæring av sykepleiere i samstemming av legemiddellister” er underplanlegging for oppstart i februar 2015.

### **3.2.4. Personell, utdanning og kompetanse**

- *Gjennomføre analyser og utarbeide planer for håndtering av behov for personell. Særlig innsats må rettes mot behovet for spesialisert kompetanse for å sikre gode tjenestetilbud.*

STHF gjennomførte sommeren/høsten 2013 en kartlegging av helseforetakets behov for nødvendig kompetanse fremover. Sykehuset gjennomførte våren 2014 en ny kartlegging av kompetansesituasjonen for alle fagområder for å sikre kompetansen fremover. Denne ble presentert for styret i STHF på styremøte 20. mai 2014, sak 35-2014.

Det arbeides med en overordnet strategi for å beholde og å rekruttere helsepersonell til Sykehuset Telemark HF. Denne strategien skal tentativt være klar våren 2015.

STHF har hatt rekrutteringsutfordringer i flere fagområder. Spesielt gjelder dette leger i utdanning og legespesialister i psykiatri (både voksen og barn), radiologi, gynekologi og ortopedi.

STHF tilrettelegger praksis for mange yrkesgrupper hvert studieår. Dette gjelder studenter, elever, hospitanter og lærlinger som avvikler sin læretid i sykehuset.

- *Tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for legespesialister, også innenfor den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin som ventes godkjent i 2014.*

I de fleste fagområder er tilgangen på leger i spesialisering i våre eksisterende utdanningsstillinger god og i tråd med behovet for spesialister. I fagområdet bryst- og endokrinkirurgi har vi en utfordring med hensyn til utdanningskapasitet og har derfor for tiden ikke tilstrekkelig antall ansatte LIS for å dekke det kommende behovet. Vi er i gang med å utarbeide en strategi for å rekruttere spesialister og også beholde våre leger etter at de har fullført spesialistutdanningen.

Arbeidet er under planlegging når det gjelder den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin. Innen dette fagfeltet vil STHF ha poliklinikkjeneste ved våre DPS. For øvrig er vi i dialog med HSØ vedrørende vår rolle i oppgavefordeling mellom og sammen med Borgestadklinikken. Det er av betydning for hvilken rolle STHF skal ha for ø-hjelp rus.

- *Redusere omfanget av midlertidige stillinger i helseforetakene.*

Sykehuset har fra 2013 til 2014 fortsatt en økning i antall årsverk utført av fast ansatte, og en nedgang i antall årsverk utført av midlertidig ansatte.

Bruk av midlertidige stillinger i STHF kan være nødvendig i omstillingsfaser, slik at fleksibiliteten i forhold til endret tjenestetilbud og ivaretagelse av allerede ansatte medarbeidere i omstilling ivaretas. Vi ser at dette kan være en utfordring i forhold til styring av midlertidige stillinger og sykehuset har et bevisst forhold til dette. Vi vil følge nøye med på hvilke muligheter og begrensninger den foreslåtte endringen i lovverket gir.

- *Det er gjennomført oppgavedeling og oppnådd reduserte ventetider og gode og effektive pasientforløp.*

Vi har god erfaring med å bruke sykepleiere og fysioterapeuter til egne poliklinikker innenfor flere avgrensede områder. Det er i løpet av året gjort en vurdering av behovet for ytterligere oppgavedeling for sykepleiere, og det er konkrete planer innenfor inflammatory bowel disease (IBD) og pustepøver.

Det er etablert et Dokumentasjonssenter, hvor sekretærer er samlet under en og samme ledelse, og hvor de jobber inn mot hele organisasjonen. Fra årsskiftet får Dokumentasjonssenteret opplæring med tanke på å håndtere Kreftmeldinger.

- *Det bygges opp lokale utdanningsløp for å sikre tilstrekkelig rekruttering til den nye spesialiteten innen rusmedisin.*

Det er iverksatt et samarbeid med Borgestadklinikken om lokale utdanningsløp i Telemark.

### **3.2.5.   Forskning og innovasjon**

#### **Forskning**

- *Sykehuset Telemark skal øke omfanget av klinisk pasientrettet forskning og helsetjenesteforskning av høy relevans og kvalitet, herunder kartlegging og oppfølging av kunnskapssvake områder.*

STHF arbeider kontinuerlig med å øke omfanget av den kliniske forskningen. Dette måles gjennom CRISTIN systemet. Vi har spesiell fokus på pasient-nær klinisk forskning. Vi har også økt fokus på helseøkonomiske aspekter ved de kliniske forløp, herunder også helsetjenesteforskning.

- *Sykehuset Telemark skal øke omfanget av nasjonalt og internasjonalt forsknings- og innovasjonssamarbeid, iverksatt tiltak for større grad av brukermedvirkning i forskning.*

STHF arbeider både regionalt, nasjonalt og internasjonalt i sine forskningsprosjekter, noe som blant annet har ført til publiseringer i høyt rangerte vitenskapelige tidsskrifter.

STHF sitt forskningsutvalg har en løpende vurdering av når og hvordan vi best kan utnytte brukermedvirkning innen forskning og forventer å ha dette på plass i løpet av 2015.

- *Oslo universitetssykehus skal ivareta regionale forskningsstøttefunksjoner som er finansiert av regionale strategiske forskningsmidler.*

STHF har et tett og godt samarbeid med regional forskningsstøtte og utnytter det tjenestetilbudet som foreligger.

- *Sykehuset Telemark skal legge til rette for deltakelse i - og gjennomføring av kliniske intervensjonsstudier, inkludert multisenterstudier.*

STHF deltar i slike studier ut fra behov og tilgang på aktuelle pasienter.

- *Sykehuset Telemark skal legge til rette for samhandlingsforskning i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets føringer, også innenfor egne budsjetttrammer.*

STHF har et løpende samarbeid med primærhelsetjenesten innen forskning, og vi legger til rette for å kunne iverksette samhandlingsforskning der det er aktuelt. Rent konkret har vi et prosjekt planlagt der vi venter på offentlige tillatelser.

### Innovasjon

- *Sykehuset Telemark skal initiere eller delta i forskningsbaserte eller brukerdrevne innovasjonsprosjekter, og det er et konkret mål at aktiviteten økes på dette området.*

Vi arbeider aktivt med innovasjon og har tre spennende prosjekter under planlegging som nå vurderes i samarbeid med INVEN2 og Innovasjon Norge.

- *Sykehuset Telemark skal ved behov delta i større innovasjonsprosjekter som bidrar til bedre pasientforbehandling og samhandling.*

STHF er positive til å bidra dersom denne type samarbeid etterspørres.

## 3.3. Styringsparametre 2014

Styringsparametre	Mål	Status (og regionens gj.snitt)		
<i>Tilgjengelighet og brukerorientering</i>			<i>HF</i>	<i>RHF snitt</i>
<i>Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten, somatikk</i>	<i>Under 65 dager</i>	<i>2. tert. 2013:</i>	64,9	71,6
		<i>2013 totalt:</i>	72,9	75,9
		<i>2. tert. 2014:</i>	63,8	70,5
<b>Kommentarer:</b> Målet er oppnådd. Tall per desember 2014 for gjennomsnittlig ventetid avviklede var 57,6 dager innen somatikk i STHF.				
<i>Andel fristbrudd for rettighetspasienter - avviklede, somatikk</i>	<i>0</i>	<i>2. tert. 2013:</i>	19,2	8,1
		<i>2013 totalt:</i>	15,8	7,7
		<i>2. tert. 2014:</i>	15,4	7,1
<b>Kommentarer:</b> Målet om null fristbrudd for avviklede er ikke oppnådd. Det har vært iverksatt målrettede tiltak i de fagområdene med størst utfordringer. Dette har ført frem slik at det nå i hovedsak er to fagområder som sliter med fristbrudd. Vi forventer en ytterligere nedgang i 2015, men vil neppe komme helt i mål. Dette er i hovedsak på grunn av underkapasitet på coloskopi, hvilket ser ut til å være en nasjonal utfordring. Det er budsjettert med 1 % fristbrudd i fjerde kvartal 2015.				

<i>Andel pasienter med tykktarmkreft som får behandling innen 20 virkedager</i>	80 %	2. tert. 2013:	52,2	54,8
		2013 totalt:	54,4	54,3
		2. tert. 2014:	52,9	53,3
<p><b>Kommentarer:</b> Målet er ikke nådd. En viktig bidragende årsak er kapasitetsutfordringer ifht coloskopi. De nye pakkeforløpene for kreft er i god forberedelse og vil gi bedre mulighet for å monitere og korrigere underveis. Det antas at måloppnåelsen vil bedres, men det er usikkert om vi når målsettingen i 2015.</p>				
<i>Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager</i>	80 %	2. tert. 2013:	71,4	33,6
		2013 totalt:	65,2	32,8
		2. tert. 2014:	Ikke tall	34,5
<p><b>Kommentarer:</b> Det er innenfor denne indikatoren få pasienter, og en eller to pasienter gir store utslag. For 2. tertial har STHF mindre enn 5 pasienter, og data er da fjernet for å anonymisere. Tall fra 1. tertial 2014 var 42 %. Det er således lite sannsynlig at målet innfris i 2014. Utredning med PET scan er en flaskehals. Det antas at måloppnåelsen vil bedres i forbindelse med innføringen av pakkeforløp, men det er usikkert om vi når målsettingen i 2015.</p>				
<i>Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager</i>	80 %	2. tert. 2013:	100,0	60,0
		2013 totalt:	81,5	63,0
		2. tert. 2014:	62,5	48,1
<p><b>Kommentarer:</b> Målet vil sannsynligvis ikke nås. De gode resultatene fra tidligere skyldes i noen grad at mottatt dato har blitt feilaktig registrert for enkelte pasienter. Det antas at måloppnåelsen vil bedres i forbindelse med innføringen av pakkeforløp, og det tas sikte på å nå målsettingen i 2015.</p>				
<i>Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus</i>				
<p><b>Kommentarer:</b> Resultatene fra PasOpp rapport 3 – 2014 for Sykehuset Telemark HF viser at Rjukan og Kragerø scorer høyt, mens de øvrige lokasjoner i STHF ligger rundt landsnittet. Sykehuset har gjort resultatene av PasOpp rapport nr. 3–2014 kjent i organisasjonen. Det er lenket opp til pasienterfaringsundersøkelsene fra <a href="http://www.sthf.no">www.sthf.no</a> 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 blir disse gjort kjent via nyhetsoppslag og resultatene forelegges for styret, brukerutvalget og direktørens ledergruppe.</p> <p>Lokalt ved STHF gjennomføres også regelmessige skjemabaserte brukerundersøkelser blant inneliggende pasienter på de største sengepostene og på Dagsykehuset 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.</p>				

Kvalitet og pasientsikkerhet			HF	RHF snitt
30 dagers totaloverlevelse		2013 totalt:	94,2	94,7
<b>Kommentarer:</b> Informasjon for 2014 ikke tilgjengelig på Helse norge.no. I 2013 har STHF 94,2 % overlevelse etter sykehusinnleggelse. Dette er dårligere enn landssnittet. Det er iverksatt tiltak, og det arbeides for å bedre resultatene i 2015.				
Sykehusinfeksjoner		Mai 2013:	7,0	4,2
		Nov. 2013:	5,6	4,7
		Mai 2014:	4,4	4,9
<b>Kommentarer:</b> STHF har ikke nådd målet om andel sykehusinfeksjoner under 3 %. For året 2014 vises det en god trend med lavere sykehusinfeksjoner enn tidligere år, og målingen for september ligger på 3,6 %. Det arbeides for å nå målet i 2015.				
Andel tvangsinnleggelser (antall per 1000 innbyggere i helseregionen)	Redusert med 5 % sammenlignet med i fjor	2. tert. 2013:	Tall fra NPR for 2013/2014 foreligger ikke.	
		2013 totalt:		
		2. tert. 2014:		
<b>Kommentarer:</b> Sykehuset Telemark har ikke oppnådd målet om 5 % reduksjon, og har de siste 3 årene ligget på ca. 21 % andel tvangsinnleggelser. På bakgrunn av prosjektet døgn til dag hvor sykehuset styrker ambulante tjenester vil det arbeides med å trygge pasientene i sitt nærmiljø og derigjennom arbeide for redusert tvangsbruk.				
Andel reinnleggelser innen 30 dager av eldre pasienter		2013 totalt:	15,9	15,4
<b>Kommentarer:</b> Informasjon for 2014 ikke tilgjengelig på Helsenorge.no. I 2013 har STHF 15,9 % reinnleggelser for pasienter over 67 år, mot 15,4 % som er snittet i landet.				
Andel pasienter 18-80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse	20 %	2. tert. 2013:	18,0	16,6
		2013 totalt:	19,0	16,4
		2. tert. 2014:	22,5	12,2
<b>Kommentarer:</b> STHF er blant de 5 beste HFene i landet med å gi trombolyse behandling ved hjerneinfarkt (Helsenorge.no)				
Antall beslutninger i samarbeid mellom de regionale helseforetakene om å innføre eller ikke innføre en ny metode, jf. nasjonale metodevurderinger i system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten				
<b>Kommentarer:</b> Ikke relevant for STHF.				

<i>Antall gjennomførte mini metodevurderinger som er sendt til Kunnskapssenterets database</i>				0
<b>Kommentarer:</b> Det har ikke vært gjennomført minimetodevurderinger i 2014. Metodikken er etablert og kjent i foretaket. Det antas ikke å ha vært behov for å gjennomføre metodikken i 2014.				
<i>Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus</i>				
<b>Kommentarer:</b> Fordelingen av andel årsverk mellom DPS og sykehus er 56 % og 44 % i 2014. Budsjett 2015 er fordelt med andel 53 % DPS og 47 % sykehusfunksjon, da det fortsatt er en utfordring å få rekruttert terapeuter.				
<i>Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre</i>				
<b>Kommentarer:</b> PasOpp rapport 3 – 2014 viser at <i>Sykehuset Telemark</i> som helhet skårer bedre enn landssnittet på alle hovedparametre med unntak av bemanning, hvor vi er på nivå med landet forøvrig. Sammenlignet med Helse Sør-Øst er samtlige parametre høyere. Det er gode resultater spesielt for ventetid og veiledning. Internt i Sykehuset Telemark er det noe variasjon mellom de ulike DPSene. Notodden/Selfjord trekker resultatene opp på samtlige parametre.				
<i>Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling</i>				
<b>Kommentarer:</b> STHF har ingen døgnplasser knyttet til TSB utover 3 akuttsenger. Det er ikke gjennomført pasienterfaringundersøkelse for pasienter knyttet til disse akuttsengene.				

### 3.4. Organisatoriske krav og rammebetingelser

#### 3.4.1. Krav og rammer for 2014

- *Resultatkrav og rammer legges til grunn for styrets arbeid i 2014.*
  - *Det forutsettes at helseforetakene iverksetter nødvendige tiltak for å innfri kravene i oppdragsdokumentet og foretaksmøtet slik at virksomheten drives innenfor de juridiske, økonomiske og organisatoriske rammene som gjelder for helseforetak. Nedleggelse av akutt- og fødetilbud som ikke er begrunnet i kvalitet og pasientsikkerhet, skal ikke skje før regjeringens nasjonale helse- og sykehusplan er behandlet i Stortinget.*

Styrets vedtak av Utviklingsplanen 20. mai 2014 i Sykehuset Telemark HF innebar blant annet å flytte akuttfunksjoner fra Kragerø og Rjukan til henholdsvis Skien og Notodden. I foretaksmøte i Sykehuset Telemark HF 13. juni 2014 ble det i sak 6: Utviklingsplan 2014-2016 for Sykehuset Telemark HF fattet følgende vedtak;

- Foretaksmøtet stadfester vedtaket som er gjort av styret i Sykehuset Telemark HF om avvikling av akuttfunksjoner i Kragerø og på Rjukan.
- Foretaksmøtet ber om at planer for prehospitaltjenester oppdateres og fornyes i god tid for avvikling av akuttfunksjonen ved Sykehuset Telemark, Rjukan.

I tråd med styrets vedtak og foretaksmøtets stadfestelse av vedtaket har Sykehuset Telemark



arbeidet for å avvikle akuttfunksjoner i Kragerø og på Rjukan i samarbeid med Kragerø og Tinn kommune, i henhold til vedtatt plan.

Prehospitaltjenester i Tinn, Vinje og Kragerø styrkes før akuttfunksjonene endres.

Det er ikke skapt et tilstrekkelig økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer gjennom 2014. Det er derfor påkrevet at forbedringsarbeidet fortsetter og at det etableres forbedret kvalitetskontroll av gjennomføringen.

- *Foretakene skal forholde seg til krav og føringer som følger av regjeringens eierskapspolitikk (jf. Meld. St. 13 (2010-2011) Aktivt eierskap – norsk statlig eierskap i en global økonomi). Foretakene skal føre en ansvarlig arbeidsgiverpolitikk som også bidrar til å sikre tilgang på helsepersonell i framtida og forsikre seg om at ansatte hos leverandører - også i andre land - har forsvarlige vilkår.*

Sykehuset Telemark ivaretar arbeidsgiveransvaret på en god måte, jobber aktivt for å opprettholde et godt renommé og være en attraktiv arbeidsplass. Spesiell oppmerksomhet gis til omstillingsprosesser og til yrkesgrupper som er vanskelig å rekruttere. Sykehuset følger felles innkjøpsreglementet som sikrer leverandøravtaler i tråd med etiske retningslinjer. Gjennom grundige prosesser med utvalg av leverandører, tilstrebes å bidra til gode arbeidsvilkår for ansatte hos avtalepartnere og leverandører.

- *Foretaksmøtet viste til og la til grunn videreføring av tidligere krav om intern kontroll og risikostyring, herunder krav til forbedring av det pasientadministrative arbeidet. Foretaksmøtet understreket at god ledelse som kan representere foretaket utad i offentligheten og overfor andre interessenter, er en viktig forutsetning for å nå resultatkravene.*

Handlingsplan for sikring av det pasientadministrative arbeidet er utarbeidet på bakgrunn av gjentatte risikovurderinger i alle aktuelle klinikker. Handlingsplanen inneholder målrettede tiltak for styring og kontroll med den pasientadministrative arbeidsprosessen. Status på tiltakenes effekt er sentral informasjon i sykehusets styringsdialog.

- *Regjeringen har til hensikt å innføre nøytral moms for helseforetakene i løpet av stortingsperioden. Foretakene må ta hensyn til dette når de planlegger og beslutter investeringer og innkjøp.*

Sykehuset er utenfor merverdiavgiftsloven, uten fradragsrett for merverdiavgift på anskaffelser til bruk i virksomheten. Den etablerte ordningen motiverer til egenproduksjon av enkelte tjenester og kan hindre effektiv utnyttelse av ressurser. Det er varslet at en endring med nøytral merverdiavgift i statlig sektor vil bidra til driftseffektiviseringer, som vil hensyntas i egen virksomhet.

### **Videreutvikling av nasjonalt samarbeid - bedre samordning på tvers av regionene**

- *I foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 7. januar 2014 ble det vist til protokoll fra foretaksmøtet i januar 2013 og omtale i Prop. 1 S (2013-2014) vedrørende utredning av muligheter for å ta ut gevinster av bedre samordning på tvers av regionene for arbeidet med sykehusbygg, IKT og innkjøp. Videre ble det vist til at de regionale helseforetakene skal etablere et felles helseforetak, Nasjonal IKT HF, for strategisk samarbeid på IKT-området. Det ble også vist til at de regionale helseforetakene har igangsatt et prosjekt for mer nasjonalt samarbeid om innkjøp.*
  - *Sykehuset Telemark må merke seg oppdragene de regionale helseforetakene er gitt innen videreutvikling av nasjonalt samarbeid.*

Sykehuset Telemark har merket seg de oppdragene de regionale helseforetakene er gitt innen videreutvikling av nasjonalt samarbeid og vil bidra i regionale styrer, fora, råd og nettverk samarbeidsgrupper der dette etterspørres.

### 3.4.2. Øvrige styringskrav 2014

- *Øvrige styringskrav legges til grunn for styrets arbeid i 2014.*

Dette gjøres rede for i besvarelsen av overskriftene nedenfor.

#### Beredskap og sikkerhet

- *Sykehuset Telemark skal i 2014 ha:*
  - *etablert beredskap for kritisk infrastruktur, bl.a. vann, strøm, IKT, legemidler*
  - *etablert sikringstiltak i tråd med sikkerhetsloven, bl.a. objektsikkerhetsforskriften*
  - *ferdigstilt oppfølgingstiltak for spesialisthelsetjenesten etter 22. juli 2011 innen 31. desember 2014.*

Ovennevnte punkter rapporteres samlet.

Det er etablert beredskap rundt legemidler, spesielt med tanke på leveringssvikt. Denne har blitt gjennomgått og kvalitetssikret, senest i forbindelse med grossistbyttet 2015.

Avdeling for Teknologi og eHelse ved STHF har i samarbeid med sykehusets beredskapsledelse etablert beredskaps- og varslingsplaner for IKT og Telekom. Basert på erfaringer etter lynnedslag og strømutfall i oktober 2014, vil planene bli revidert i 2015.

Det er på basis av risikoanalyser etablert en beredskapsordning for svikt i tilførsel av vann, strøm, medisinsk luft og medisinsk oksygen.

#### Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven

- *I forbindelse med lovendringen er de regionale helseforetakene bedt om å gjennomføre et felles arbeid for å utvikle og implementere nødvendige endringer i sykehusenes pasientadministrative systemer (EPJ/PAS) for best mulig etterlevelse av endringene i pasient- og brukerrettighetsloven. De skal også bidra i arbeidet med å utvikle bedre systemstøtte for pasientrettigheter på tvers av virksomheter og IKT-systemer og bidra i Helsedirektoratets arbeid med å utvikle standard for elektronisk henvisning mellom helseforetak: Videre skal de gjennomføre implementering og utrulling av elektronisk henvisning mellom helseforetak i samarbeid med leverandørene.*
  - *Sykehuset Telemark skal i 2014 delta i dette arbeidet etter nærmere vurdering fra Helse Sør-Øst RHF.*

STHF er forespurt om å være pilot for henvisninger mellom helseforetak, sammen med Betanien hospital og A-hus, og har takket ja til det. Det er etablert en felles arbeidsgruppe for STHF og Betanien. Arbeidet har til nå bestått i å svare på spørsmål til regional prosjektleder, som forberedelse til teknisk test av meldingsutvekslingen.

#### Informasjonsteknologi og digitale tjenester (ehelse)

- *Helse Sør-Øst RHF skal bidra i arbeidet mot visjonen om én innbygger - én journal. Samtidig skal det legges vekt på å fullføre igangsatte tiltak.*
- *Digital fornying er Helse Sør-Østs program for fornying og standardisering av teknologiske løsninger og arbeidsprosesser og er realiseringen av Helse Sør-Øst sin vedtatte IKT-strategi (styresak 066-2012). Programmet er en satsing som skal gi felles løsninger bygget på standardiserte arbeidsprosesser for hele regionen. Sykehuset Telemark Helseforetaket skal understøtte digital fornying ved å innføre løsninger i henhold til vedtatt gjennomføringsplan fra fornyingsstyret og bidra med nødvendig kompetanse og kapasitet, samt realisere tilknyttede gevinster og kvalitetsforbedringer i tråd med regionalt planverk. Dette forutsetter god endringsledelse og virksomhetsutvikling i innføringsprosjektene. Sykehuset Telemark skal i 2014:*
  - *oppdatere områdeplan slik at den er i henhold til regional gjennomføringsplan.*

Oppdatert og godkjent områdeplan er innarbeidet i Clarity, og er tilgjengelig for hele foretaksgruppen – inkludert Sykehuspartner og RHF.

- *forberede, starte og gjennomføre prosjekter som i gjennomføringsplan er del av digital fornying sin portefølje i 2014.*

Alle prosjekter i Digital Fornyings portefølje, som gjelder Sykehuset Telemark, er gjennomført i henhold til regionale føringer.

- *ansette fagressurser til de regionale programmene slik at utvikling av regionale standarder, inkludert standardisering av prosesser og løsninger som understøtter digital fornying, skjer på bakgrunn av helseforetakenes behov.*

Sykehuset Telemark har bidratt med fagressurser til de regionale programmene så langt det har vært mulig. Med bakgrunn i de økonomiske utfordringene sykehuset har stått overfor i 2014, har det vært noe redusert aktivitet annet halvår 2014.

- *delta i regionale styrer, fora, råd og nettverk der det etterspørres.*

Sykehuset Telemark har bidratt i regionale styrer, fora, råd og nettverk der dette har vært etterspurt.

- *bidra til forvaltning av regional løsning ved å bemanne rollene helseforetakene har i regional forvaltningsmodell.*

Sykehuset Telemark har bidratt til forvaltning av regional løsning for PAS/EPJ gjennom regionalt systemeierforum og systemforvalterforum.

Et stort antall medarbeidere i STHF har i tillegg deltatt i ulike arbeidsgrupper i Regional Standardisering av Klinisk Dokumentasjon (RSKD).

### **Teknologiskifte i Telenor**

- *Telenor skal gjennomføre et teknologiskifte med overgang fra analog teknologi (PSTN/ISDN) til digital teknologi (IP) og/eller mobile løsninger. Teknologiskiftet blir gjennomført gradvis med oppstart 2013/14 og antas å være sluttført innen utgangen av 2017. De regionale helseforetakene er bedt om å gjennomføre en felles risiko- og sårbarhetsanalyse knyttet til det forestående teknologiskiftet i Telenor. Sykehuset Telemark vil være omfattet av denne risikovurderingen.*

I samarbeid med Sykehuspartner vil Sykehuset Telemark gjennomføre overgang fra analog til digital teknologi på telekomområdet i 2015. I den forbindelse vil det også bli gjennomført en risiko- og sårbarhetsanalyse.

### **Utvikling av nødmeldetjenesten**

- *Foretaksmøtet viste til tidligere krav om utvikling av nødmeldetjenesten og innføring av Nødnett. I 2014 vil den nasjonale utbyggingen fortsette for det nye digitale nødsambandet. De regionale helseforetakene er bedt om å bidra til videre utbyggingen av Nødnett i tråd med endringene i revidert styringsdokument for innføringsprosjektet, fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 11. november 2013. Sykehuset Telemark vil være omfattet av dette arbeidet.*

Sykehuset Telemark har forberedt seg til å ta i bruk nytt nødnett, og både investeringer og opplæring er gjennomført i tråd med fremdriftsplanen fra Direktoratet for nødkommunikasjon (DNK). På grunn av mange og alvorlige feil på systemet, er oppstart utsatt på ubestemt tid. Vurderingene er gjort i samråd med Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Sørlandet og DNK.

### **Kostnader på pasientnivå (KPP)**

- *Bedre og mer presis informasjon om KPP vil et være et viktig verktøy for å analysere medisinsk praksis og kvalitet, for styring på ulike nivåer i helsetjenesten, og for sammenligning mellom ulike organisatoriske enheter. Målsætningen er at KPP skal være implementert som gjennomgående kvalitets- og styringsverktøy for alle helseforetak innen 1. januar 2017. Strategien skal legges fram for departementet innen utgangen av første halvår 2014. Helsedirektoratet skal trekkes med i dette arbeidet. De regionale helseforetakene er bedt om å utarbeide en felles strategi med leveranser og milepæler som er*

*nodvendig for å sikre implementering av KPP i alle helseforetak i tråd med tidsplanen. Sykehuset Telemark vil omfattes av endringen når den er implementert.*

Sykehuset Telemark har bidratt i arbeidet med kostnadsvekter (KV) i 2013 og i 2014 og deltatt i arbeidsgruppen for KV-spesifikasjon for 2015. Det er også bidratt med data til arbeidet med felleskostnadene, som skal fordeles etter felles prinsipper i regionen. Arbeidet med KPP vil prioriteres fremover og det vil allokeres ressurser til felles prosjekt og innføring av KPP.

### **Laboratoriekodeverk**

- *Helsedirektoratet skal etablere og gjennomføre et nasjonalt program for kodeverk og terminologi for å øke kvaliteten på styringsdata samt innføre nasjonalt laboratoriekodeverk innen 1. oktober 2014. De regionale helseforetakene er bedt om å bistå Helsedirektoratet i arbeidet. Sykehuset Telemark vil omfattes av dette arbeidet.*

Alle helseforetakene har fått utsettelse i forhold til vedtatt dato for implementering av nasjonalt kodeverk i de enkelte fagsystemer. Kodeverket er fortsatt ikke endelig vedtatt, og mange analyser har fortsatt ikke nasjonal kode.

Det skal i løpet av 2015 etableres et prosjekt ved STHF for implementering av nasjonalt kodeverk. En overgang til dette kodeverket vil føre til endringer i integrasjonen mellom laboratedatasystemene og DIPS, og Sykehuspartner ansees å være en part som må bidra mye inn i disse endringene.

### **Etikk og miljø**

- *Sykehuset Telemark skal i 2014 ha:*
  - *utført årlig klimaregnskap for å vise sine CO2-utslipp på skjema utviklet av Difi og Helse Sør-Østs regionale faggruppe for miljø.*
  - *innført miljøledelse etter ISO 14001-standard og er blitt sertifisert av Det norske Veritas innen 31.12.14.*

Sykehuset har i mars 2014 rapportert til HSØ på klimaregnskap for 2013 i henhold til skjema fra Difi/HSØ.

Sykehuset Telemark har implementert system for miljøledelse og DNV-GL har gjennomført sertifiseringsrevisjon i september 2014. I desember 2014 er det gitt tilbakemelding fra DNV-GL om at STHF er blitt miljøsertifisert.

### **Innkjøp og logistikk**

- *Sykehuset Telemark skal i 2014 ha:*
  - *oppnådd 80 % bruk av avtaler.*

Faktiske kjøp på avtale innenfor definerte kostnadsarter er 83 % og målet er nådd. Det har ikke vært mulig teknologisk å sjekke ut om alle bokførte fakturaer inneholder avtaleprodukter. Som følge av dette er det antatt at alle artikler som kjøpes fra en avtaleleverandør er anskaffet i henhold til gjeldende avtaler. Det foreligger derfor en risiko for feil ved bruk av denne metoden. Dette er den beste tilnærmingen vi har til måling i forhold til våre systemer.

- *oppnådd 70 % bruk av innkjøpssystem.*

Totale kjøp foretatt gjennom elektroniske bestillingssystem utgjør 61 %. Bestillingene er summert opp fra innkjøp- og logistikksystemet. Målet på 70 % er ikke nådd. Årsaken til dette er at en systemleverandør har foretatt en utilsiktet opprydding i databasen og slettet et stort antall bestillinger ved en feiltagelse. Anslagsvis er det slettet bestillinger for 20 millioner kroner. Dersom man tar dette beløpet med i beregningene ville STHF ha oppnådd målet.

- *oppnådd 90 % bruk av elektronisk produktkatalog.*

STHF har oppnådd 95 % bruk av elektronisk produktkatalog og målet er nådd. Tallet hentes direkte ut fra innkjøp og logistikksystemet til sykehuset. Dette gir en andel fritekstbestillinger under kravet på 10 %. I praksis betyr dette at innkjøperne benytter systemet korrekt ved fortløpende å oppdatere og opprette nye artikler i databasen før bestillingen genereres.

- *brukt Forsyningscenteret for innkjøp med 36 millioner kroner.*

STHF har foretatt innkjøp for 27 millioner kroner i 2014 fra Forsyningscenteret og oppnådde ikke kravet på 36 millioner kroner. Årsaken er blant annet redusert aktivitet på sykehuset i forhold til budsjettet og derav lavere vareforbruk, samt at Forsyningscenteret ikke har tilgjengeliggjort det antall varer/artikler som var forutsatt i begynnelsen av året.

- *gjennomført en vurdering av hvordan forsyningskjeden fungerer lokalt og tilrettelegge for endring av forsyningsstruktur til større andel leveranser fra regionalt forsyningscenter og begrensning i lokalt lagerhold. Det må tilstrebes en reduksjon i kapitalbinding og svinn.*

Det gjøres en kontinuerlig vurdering av tilgjengelig varespekter som blir kjøpt fra regionalt forsyningscenter for å sikre at størst andel av varer kommer fra dette senteret. Det tilstrebes å holde lagerbeholdningen på et minimumsnivå for å sikre lavest mulig kapitalbinding, men samtidig sikre nødvendige leveranser til forbrukerne.

## **HR**

- *Sykehuset Telemark skal i 2014:*
  - *bidra til standardisering av arbeidsprosesser rundt HR i eget foretak og hos Sykehuspartner.*

Sykehuset bidrar til standardisering av arbeidsprosesser rundt HR blant annet ved bruk av de verktøy som er etablert i Personalportalen og kobling til regelverk samt ved bruk av GAT, som fortsatt er i utvikling ved at løsninger og dataunderlag blir stadig bedre. Over tid får også ledere økt kompetanse i bruk av programvaren.

Sykehuset deltar i ulike kontaktmøter mellom helseforetak og Sykehuspartner, både på et overordnet nivå og knyttet til løpende drift og forbedringer i drift.

- *gjennomføre konkrete tiltak for å styrke særlig førstelinjeledernes kompetanse.*

Etter innføringen av DIPS i mai 2013 har organisasjonen gjennom DIPS fase 2 konsolidert bruken og optimalisert arbeidsprosessene. Vi har hatt spesielt fokus på korrekt dokumentasjon, informasjonsflyt og rett bruk av verktøyet og sykehuset har avholdt opplæring av ledere.

I forbindelse med den gjennomførte omstillingen vedtatt i Utviklingsplanen og endring av organisasjonen for bedre å understøtte tjenestetilbudet etter vedtaket i mai 2014, har HR hatt kurs og bistått ledere for å øke deres kompetanse.

Sykehuset tilbyr kontinuerlig en rekke kurs til ledere, blant annet HMS kurs og GAT workshop hver uke hvor ledere kan komme og få svar på spørsmål. Andre kurs som er tilbudt til ledere er blant annet e-læringsprogram og sertifiseringer.

## 4. Rapportering for øvrige oppdrag gitt i løpet av 2014.

### Foretaksmøte 13. februar 2014 sak 3: Overordnede styringsbudskap for 2014

- Videreføring av utviklingsarbeidet som er i gang i spesialisthelsetjenesten
- Styrets arbeid med å gjennomføre regjeringens politikk i spesialisthelsetjenesten.
- Helseforetakets konkrete tiltaksplaner for å realisere oppdragsdokumentets styringskrav.
- Helseforetakets prioriteringer og oppmerksomhet mot det som er viktigst for pasientene for å gi gode tilbud til alle pasientgrupper etter at detaljstyring og rapporteringskrav er fjernet.
- Eiers overordnede styringsbudskap legges til grunn for styrets arbeid i 2014.

Vi mener at disse punktene er gjort rede for i dokumentet for øvrig.

### Foretaksmøte 13. juni 2014 sak 3: Årlig melding 2013, jf. lov om helseforetak § 34 og vedtektene §§ 6 og 14

- Opplegget for styrets samlede gjennomgang av virksomheten, basert på foreliggende sammenlignbar statistikk, som omfatter kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeidet.

Styret ved STHF gjennomgår i hvert styremøte virksomhetsrapporten. Denne omfatter både faglige krav og resultater, HR og økonomiske parametere. Rapporten med tilhørende presentasjoner gir styret bred informasjon om hvordan foretaket innfrir de forskjellige styringsparametere. Det presenteres en utvidet rapport hvert tertial. To ganger i året presenteres en bred oversikt over gjennomførte tilsyn og revisjoner inklusive status for oppfølging av disse.

- Resultater av styrets samlede gjennomgang i 2014 av virksomheten

Ledelsens gjennomgang (LGG) skal i STHF utarbeides en gang årlig. I 2014 skulle LGG vært utarbeidet og presentert for styret i siste kvartal 2014. Denne oppgaven har helseforetaket måtte utsette da sykehuset i samme periode har gjennomført flere krevende oppgaver blant annet;

- Organisasjonsendring for bedre å understøtte tjenestetilbudet etter vedtaket i mai 2014 for Utviklingsplanen
- Omstillinger vedtatt i Utviklingsplanen
- Tiltak for å redusere kostnader på grunn av sykehusets store økonomiske utfordringer

- Arbeidet med meldingsutveksling og bruk av det nasjonale adresseregisteret (NHN adresseregister), henvisninger og basismeldinger mellom sykehus, fastleger og pleie- og omsorgssektoren i kommunene.

NHN adresseregister er tatt i bruk. Henvisninger og basismeldinger benyttes overfor legekantor, men kombinert med papirkopier. Plan for avvikling av papirkopier foreligger og er igangsatt for ett legekantor i desember 2014.

Migrering av svarmeldinger er godt i gang. Legekantor med System X, InfoDoc og Winme 3 er prioritert. Ca. 50 % av lekekantorene i Telemark har lagt om til KITH xml v 1.3.

Det er bestilt bistand fra Sykehuspartner for å komme i gang med elektroniske basismeldinger til kommunale enheter, men dette arbeidet er ikke igangsatt ennå.

- Arbeid med utviklingen av en heltidskultur der flest mulig ansatte i faste hele stillinger er viktig for å lykkes med å utvikle "pasientens helsetjeneste".

Sykehuset har gjennom lang tid jobbet med mål om å oppnå flere heltidsstillinger. Det er et linjeansvar å følge opp egne ansatte med rapportert uønsket deltid. Linjelederne har ansvar for å tilby egne ansatte med uønsket deltid, en høyere stillingsprosent når dette mulig. HR-avdelingen

følger opp rekrutteringspraksisen til klinikkene. Bemanningssenteret, organisert under HR, arbeider målrettet og aktivt overfor personell med registrert uønsket deltid, for å tilby disse økt/full stilling. Tendensen over tid (2010-2014) viser at andelen deltidsstillinger synker fra 46 til 40 % og gjennomsnittlig stillingsprosent har økt fra 86 til ca. 90 %.

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. Sykehuset Telemark konstaterer at det fortsatt er potensiale for å øke andelen faste stillinger, øke stillingsandelen for medarbeidere i deltidsstillinger og tilby flere heltidsstillinger. Et vesentlig virkemiddel for å oppnå enda bedre resultater, er å videreføre kompetanseheving hos ledere med fokus på arbeidstidsplanlegging, personell- og ressursutnyttelse.

- *Det forutsettes at driften innrettes slik at alle styringskrav for 2014 etterkommes.*

Sykehuset Telemark har innrettet driften med mål om å etterkomme alle styringskrav for 2014. Vi har blant annet gjennom hele 2014 hatt et stort fokus på innfrielse av styringskrav, med et spesielt vekt på fristbrudd og ventetider. Sykehuset har hatt en betydelig reduksjon i fristbrudd og ventetider, blant annet grunnet langsiktig planlegging, god utnyttelse av arbeidsdagen og derav høy poliklinisk aktivitet.

Organisasjonsendringen har vært en nødvendig omlegging for å sikre gode og effektive styringslinjer, slik at vi er rustet til å ivareta god virksomhetsstyring.

Sykehuset har ikke nådd alle styringskrav for 2014, ei heller innen det økonomiske området, og disse krever videre oppfølging og fokus i 2015.

#### **Foretaksmøte 13. juni 2014 sak 4: Godkjenning av styrets forslag til årsregnskap og årsberetning 2013, jf. lov om helseforetak § 43 og vedtektene § 6**

- *Foretaksmøtet påpekte at alle helseforetak i Helse Sør-Øst skal skape økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer. Dette innebærer at helseforetaket minst har et resultat i balanse det enkelte år. I økonomisk langtidspan har helseforetaket estimert behov for årlige resultater, blant annet med utgangspunkt i nødvendig nivå på ny- og reinvesteringer i bygg og medisinske tekniske utstyr. I 2013 har Sykehuset Telemark HF et årsresultat på -15,0 millioner kroner. Foretaksmøtet merket seg at dette viser en forverring fra forrige år og dermed reduserer helseforetakets handlingsrom. Foretaksmøtet forutsatte at det arbeides med å oppnå økonomisk handlingsrom som legger til rette for en bærekraftig utvikling over tid. Foretaksmøtet understreket viktigheten av at styring og kontroll med kvalitet og pasientsikkerhet ikke må stå i motsetning til styring og kontroll med ressursbruken.*

Sykehuset Telemark har stort fokus på økonomistyring og kostnadskontroll. Et historisk høyt kostnadsnivå, raskt nedgang i aktivitet som følge av Samhandlingsreformen, krevende innføring av nye IKT-verktøy i pasientbehandlingen og et omfattende omstillingsarbeid har påvirket driftsresultatene negativt i 2013 og 2014. Det jobbes aktivt med videreutvikling av organisasjonen og driftseffektiveringer i klinikkene, i tråd med regionale føringer og vedtak i Utviklingsplanen.

Sykehuset har fremdeles et stort effektiviseringsbehov, som vil være hovedprioriteringen fremover. Hovedutfordringen er realisering av planlagte innsparingstiltak og styring av ressurser innenfor de tildelte økonomiske rammer.

Det er lagt opp til effektiviseringer med betydelig større økonomisk effekt enn foregående år, noe som vil stille store krav til organisasjonens gjennomføringsevne og evnen til å prioritere riktig til beste for pasientene i hele Telemark.

### **Foretaksmøte 13. juni 2014 sak 6: Utviklingsplan 2014-2016 for Sykehuset Telemark HF**

- *Foretaksmøtet stadfester vedtaket som er gjort av styret i Sykehuset Telemark HF om avvikling av akuttfunksjoner i Kragerø og på Rjukan.*
- *Foretaksmøtet ber om at planer for prehospitaltjenester oppdateres og fornyes i god tid for avvikling av akuttfunksjonen ved Sykehuset Telemark, Rjukan.*

Ovennevnte to punkter rapporteres samlet:

I tråd med styrets vedtak og foretaksmøtets stadfestelse av vedtaket har Sykehuset Telemark arbeidet for å utvikle akuttfunksjoner i Kragerø og på Rjukan i samarbeid med Kragerø og Tinn kommune, i henhold til vedtatt plan.

Sykehuset Telemark har oppdatert plan for akuttberedskap og prehospitaltjenester i Telemark. Oppdatert plan ble presentert for ledelsen i Tinn kommune i møte med Helse- og Omsorgsdepartementet 6. august 2014. Planen ble sendt til Tinn kommune for innspill.

Sykehuset vurderer fortløpende om det er nødvendig å fornye planen frem til avvikling av akuttfunksjonen ved Sykehuset Telemark, Rjukan.

## **5. Rapportering på andre områder**

I forbindelse med rapportering for arbeidet med oppfølging av styringsbudskap gitt i tidligere års oppdrag og bestilling, henvises det til protokoll fra helseforetakets foretaksmøte 13. juni 2014 sak 3: Årlig melding 2013, jf. lov om helseforetak § 34 og vedtektene §§ 6 og 14:

- *Foretaksmøtet bemerket at mange utfordringer som er beskrevet i årlig melding 2013 (...) krever videre oppfølging også i 2014 og la til grunn at helseforetakets styre og ledelse gjør dette på en god måte. Spesielt ble det lagt vekt på at arbeidet med å oppnå målene for de nasjonale kvalitetsindikatorene må videreføres i 2014.*

Kvalitetsindikatorer gjennomgås jevnlig i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget. Forbedringsarbeid innen de enkelte indikatorene skjer i aktuell avdeling og fagområde. Det har vært jobbet spesielt med 30-dagers overlevelse i forhold til slagbehandling og hjerteinfarkt. Her er resultatene betydelig forbedret i løpet av de siste årene.

Som et ledd i arbeidet med kvalitetsindikatorer er innsatsområdet ”Kunnskapsutvikling og god praksis” operasjonalisert, og det er dannet nettverk innenfor de definerte underområdene (simulering, behandlingslinjer, kunnskapsstøtte og kontinuerlig forbedring).

Videre har sykehuset, i likhet med andre foretak i Helse Sør-Øst, i løpet av 2014 meldt seg inn i Global Comparator Program - Dr. Foster. Vi har fått de første dataene og er i gang med å rigge opplæring og bruk av verktøyet lokalt.

Vi ser at arbeidet med nasjonale kvalitetsindikatorer er nødvendig å prioritere også i 2015. Vi vil da ha et spesielt fokus på preoperativ liggetid på lårhalsbrudd samt reinnlegelser.



## DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT

### 6. Utviklingstrender og rammebetingelser

#### 6.1. 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
- Dagbehandlingstilbud på Rjukan
- Dagbehandlingstilbud i Kragerø
- Psykiatri med døgnbehandling på Notodden og DPS/døgntilbud i Seljord og Rjukan
- Skien; Sentralsykehus for Telemark, og lokalsykehus for nedre Telemark
- Akutt og traumesykehus med bredt spekter av tilbud både medisin, kvinne/barn og kirurgi. Døgn og dagbehandlingstilbud
- 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). Denne hovedtendensen gjelder også i 2014, bortsett fra at vi har sett en aktivitetsnedgang i barne- og ungdomspsykiatri. Dette skal vi ha et spesielt fokus på i 2015 slik at tjenestetilbudet igjen harmoniserer bedre med behovet.

#### Aktivitetsutvikling somatikk

Vår medisinske aktivitet har stabilisert seg på et nivå som ivaretar befolkningens behov. Det er fremdeles behov for å øke planlagt kirurgisk aktivitet for å ivareta god tilgjengelighet og korte ventelister. DRG-nivået er i planperioden anslått til i å være stabil i størrelsesorden 40.000 DRG per år. Vi har hatt en tydelig vridning av aktivitet i somatikk fra døgntil behandling til dag- og poliklinisk behandling, med en økning i poliklinisk aktivitet på over 8 % i 2014.

#### Aktivitetsutvikling psykiatri

Dimensjonering av behandlingstilbudene må være i samsvar med behovsindeksen. Døgntil behandling på DPS nivå skal reduseres marginalt og aktivitetstallene innen de ambulerende og polikliniske tjenestene skal styrkes. Sykehuset har et spesielt fokus på å øke behandlingsaktivitet per terapeut slik at kompetansen benyttes hensiktsmessig for god pasientbehandling.

Innen Habilitering for Barn og Unge (HABU) og Barne- og ungdomspsykiatri (BUPS) forventes en økning av aktiviteten til nivået i 2012, men vi forventer fremdeles en dreining fra døgntil behandling til poliklinisk aktivitet.

## 6.2. Forventet økonomisk utvikling

Sykehuset Telemark har utarbeidet et driftsbudsjett for 2015 som legger opp til et økonomisk resultat i balanse. Hovedutfordringen i 2015 er styring av ressurser innenfor de tildelte økonomiske rammer, på en slik måte at det sikres helsetjenester tilpasset befolkningens behov og gir rom for helt nødvendige investeringer.

Budsjettet krever god økonomistyring og stram kostnadskontroll for å sikre de forventede resultater. Det er utarbeidet en detaljert plan for å realisere nødvendige effektiviseringsgevinster i 2015. Planen vil bli fulgt opp løpende gjennom året og følgende hovedmomenter vil være avgjørende for å sikre forventet økonomisk gevinst:

- 1) Gjennomføring av Utviklingsplan og bemanningstilpassning i henhold til denne
- 2) Bedret utnyttelse av tilgjengelig kapasitet på tvers av geografi
- 3) Økt aktivitet innenfor planlagt kirurgi
- 4) Tilpasning av både medisinske og ikke-medisinske støttefunksjoner i henhold til de strukturelle endringer som utviklingsplanen medfører
- 5) Forbedret ressursutnyttelse gjennom langsiktig planlegging og med det lavere forbruk av variable lønnskostnader

Det foreslåtte budsjettet vil danne et grunnlag for å bringe STHF til et langsiktig bærekraftig resultatnivå, som er helt avgjørende for kunne gjennomføre nødvendige investeringer og sikre god pasientbehandling.

I ØLP prosessen i 2015 vil det arbeides videre med planlagte merverdiltak.

### **6.3. Personell- og kompetansebehov**

Regionalt og nasjonalt er det fortsatt mangel på leger innen enkelte spesialiteter. Foretaket vil ha fortsatt fokus på å rekruttere og beholde nøkkelpersonell. For å være i forkant og planlegge, foretas en årlig gjennomgang av status og tiltak for å skaffe viktig kompetanse. Årlig gjennomgang, vurdering og implementering av tiltak foregår i klinikkene. Den tradisjonelle arbeidsfordelingen mellom de ulike helsepersonell gruppene er fortsatt i endring, som følge av økt utdanning, ny teknologi, mangel på bestemte grupper og kostnadene på høyt kvalifisert arbeidskraft. Dette gjelder alle helsepersonellgrupper.

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, geriatri og onkologi, samt for psykologspesialister.

Utdanning av helsepersonell er en av sykehusets hovedoppgaver. STHF ivaretar praksisopplæring av mange helsepersonellgrupper. Foretaket fokuserer på god planlegging, organisering og å dedikere 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 blant annet e-læringsprogrammer og sertifiseringer av personell som har gjennomført opplæring.

STHF tilrettelegger praksis for mange yrkesgrupper hvert studieår. Dette gjelder studenter, elever, hospitanter og lærlinger som avvikler sin læretid i sykehuset. I tillegg har vi utenlandske sykepleiere, leger o.a. som søker om å få avvikle nødvendig praksis for å få norsk autorisasjon som helsepersonell.

I 2014 har det blitt tilrettelagt praksis for ca. 390 personer i sykehuset. Sykehuset erfarer generelt at opplæring, tilrettelegging og oppfølging med praksisplasser blir stadig mer krevende gitt samlede rammebetingelser.

### **6.4. Bygningskapital og øvrige investeringsområder – status og utfordringer**

Sykehuset Telemark HF har en eiendomsmasse på ca. 170.000 kvm fordelt på 6 hovedlokasjoner. Denne sykehusstrukturen medfører et høyere arealbehov enn om en hadde hatt en mer sentralisert struktur.

I tabellen under fremkommer prosentandel av bygningsmassen per lokasjon som samlet sett er tilstandsvurdert innunder de fire tilstandsgradene fra 0 (best) til 3 (dårligst). I dette er det gjort en avrunding av hver enkelt bygning vektete tilstandsgrad på følgende måte:

Lokasjon	Areal (BTA)	Andel areal pr. vektet tilstandsgrad (avrundet)				Samlet vektet tilstandsgrad
		TG 0	TG 1	TG 2	TG 3	
Nordagutu	3.500	0 %	87 %	13 %	0 %	1,3
Rjukan	9.700	0 %	99 %	1 %	0 %	1,2
Notodden	16.400	13 %	55 %	32 %	0 %	1,1
Seljord	6.500	0 %	100 %	0 %	0 %	0,8
Skien	107.500	8 %	73 %	19 %	0 %	1,2
Porsgrunn	22.500	24 %	22 %	54 %	0 %	1,1
Kragerø	8.700	48 %	52 %	0 %	0 %	0,8
Samlet	174.800	12 %	66 %	22 %	0 %	1,0

Som tabellen viser er hele 78 % av bygningsmassen totalt sett vurdert som god (TG 0) eller tilfredsstillende (TG 1), mens kun 22 % er totalt sett vurdert som utilfredsstillende (TG 2). Ingen bygninger er totalt sett vurdert som gjennomgående dårlig. Det presiseres at også bygninger som totalt sett er vurdert som tilfredsstillende vil kunne ha enkeltkomponenter med utbedringsbehov. Hele 92 % av bygningsmassen har slike behov. Av dette har 42 % kritiske behov (elementer med tilstandsgrad 3). I henhold til HSØs vedtatte eiendomstrategi skal ingen enkeltelement ha tilstandsgrad 3.

Estimert vedlikeholdsetterslep på samtlige bygninger er på vel 700 millioner kroner.

Selv om den overordnede status synes rimelig god er det enkeltbygninger som utpeker seg i negativ retning. Dette gjelder:

- Store deler av den somatiske bygningsmassen i Porsgrunn
- Ett av sengebyggene i Skien (B55 Nordfløyen)
- Dialysebygget i Skien (B72)
- Gamlebygget på somatisk del i Skien (B57) (benyttes i hovedsak til kontorer)

## 7. Helseforetakets planer for utviklingen

Sykehuset Telemark har hatt en strategi for perioden 2011 – 2014. Utviklingsplanen 2014 – 2016 konkretiserer strategien og danner utgangspunkt for videre strategisk arbeid.

Utviklingsplanen 2014-2016 beskriver hovedtrekkene i STHFs tjenestetilbud og behov for investering knyttet til gjennomføring av dette. Planens fundament er å skape gode, trygge og likeverdige tjenester for befolkningen i hele Telemark. Alle kommunene har gitt innspill til planen, både i samtaler under utvikling av planen og i den offisielle høringen. Vi opplever at hovedtrekkene i planen er godt forankret i majoriteten av kommunene i fylket vårt. Brukerutvalget og brukerorganisasjonene har tilsvarende gitt støtte til planen ved god forankring i kvalitet og pasientsikkerhet.

De endringer planen beskriver som kan gjennomføres innenfor de rammene vi har i dag er iverksatt og gjennomføres endelig frem mot sommeren 2015. Dette gjelder spesielt omgjøring av

Rjukan og Kragerø sykehus til dagsykehus ved å flytte akutfunksjonene og døgnseengene til henholdsvis Notodden og Skien sykehus.

Sykehuset har behov for investeringsmidler til et nytt sengebygg i Skien og rehabilitering av den nåværende sengeføyen til poliklinikkareal, slik at somatisk aktivitet kan flyttes fra Porsgrunn til Skien. Nåværende sengeføy har ikke adekvat pasientstandard og har et betydelig behov for rehabilitering av både areal og tekniske installasjoner. Ved å bygge nytt sengebygg vil funksjonaliteten for god pasientbehandling styrkes betydelig, samtidig som det planlegges for strålesikre rom i nybygget.

Ved å legge til rette for gode polikliniske areal i den nåværende sengeføyen kan den somatiske driften i Grenland samles, effektiviseres og styrkes faglig. Samling av funksjonene i Skien gir grunnlag for mer effektiv drift, robuste fagmiljø og bedre bruk av medarbeidernes kompetanse til nytte for pasientene.

Vårt strategiske arbeid er knyttet opp mot gjennomføring av Utviklingsplanen og å innfri målsettingene i Oppdrags- og bestiller dokumentet på en måte som ivaretar god faglig drift og god ressursforvaltning.

STHF arbeider med ett helhetlig strategisk rammeverk, som samler alle disse elementene og våre fag- og områdespesifikke strategier i ett dokument. Strategidokumentet skal eies av ledelse og medarbeidere og være et levende styringsdokument som utvikles over tid, knyttet til foretakets utvikling og faglige kultur.

Arbeidet bygges på våre kjerneverdier kvalitet, respekt og trygghet. Fundamentet for strategien er krav, føringer og prioriteringer i styrende dokumenter, brukervedvirkning, faglige forutsetninger samt de økonomiske rammebetingelser.

Det strategiske rammeverket, som er under utarbeidelse, samler STHF's strategier og planer og vil inngå som en del av vår helhetlige virksomhetsstyring.

## DEL IV: VEDLEGG

### **Vedlegg 1:**

Drøftingsprotokoll fra møte 27. januar 2015 med hovedtillitsvalgte og hovedverneombud