

**SYKEHUSET TELEMARK HF**

# **Årlig melding 2015**

til Helse Sør-Øst RHF

*Skien, 19. februar 2016*

## **Innhold**

---

<b>DEL I: INNLEDNING OG SAMMENDRAG</b> .....	<b>3</b>
1. INNLEDNING .....	3
2. SAMMENDRAG .....	10
2.1. POSITIVE RESULTATER OG ULØSTE UTFORDRINGER .....	10
2.2. EVALUERING AV EGEN VIRKSOMHET OG ORGANISERING .....	14
<b>DEL II: RAPPORTERINGER</b> .....	<b>15</b>
3. RAPPORTERING I FORHOLD TIL OPPDRAG OG BESTILLING 2015.....	15
3.1. VISJON, VERDIGRUNNLAG OG MÅL FOR HELSEFORETAKSGRUPPEN.....	15
3.2. RESULTATOPPNÅELSE FOR MÅL 2015.....	17
3.3. TILDELING AV MIDLER.....	17
3.4. AKTIVITET.....	18
3.5. PASIENTENES HELSETJENESTE.....	19
3.6. KVALITET OG PASIENTSIKKERHET .....	24
3.7. PERSONELL, UTDANNING OG KOMPETANSE .....	29
3.8. FORSKNING OG INNOVASJON .....	30
3.9. STYRINGSPARAMETRE 2015.....	32
3.10. ORGANISATORISKE KRAV OG RAMMEBETINGELSER .....	37
3.11. ØVRIGE STYRINGSKRAV .....	41
4. RAPPORTERING I FORHOLD TIL ANDRE KRAV STILT I 2015 .....	42
5. ANDRE RAPPORTERINGER FOR 2015.....	43
<b>DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT</b> .....	<b>44</b>
6. UTVIKLINGSTRENDER OG RAMMEBETINGELSER.....	44
6.1. FAGLIG OG DEMOGRAFISK UTVIKLING .....	44
6.2. FORVENTET ØKONOMISK UTVIKLING .....	46
6.3. PERSONELL- OG KOMPETANSEBEHOV .....	46
6.4. BYGNINGSKAPITAL OG ØVRIGE INVESTERINGSOMRÅDER – STATUS OG UTFORDRINGER.....	47
7. PLANER FOR UTVIKLINGEN.....	48
<b>DEL IV: VEDLEGG</b> .....	<b>49</b>
8. VEDLEGG 1:.....	49

# DEL I: INNLEDNING OG SAMMENDRAG

## 1. Innledning

### Om Sykehuset Telemark - oppgaver og organisering

Sykehuset Telemark helseforetak (STHF) er et helseforetak innen sykehusområdet Telemark - Vestfold. STHF er eid av Helse Sør-Øst RHF (HSØ).

STHF er et allsidig akutt sykehus. I Skien ligger foretakets største sykehus med traumemottak og et bredt tjenestetilbud innen somatikk forøvrig. I Skien har sykehuset også sykehusavdelinger for psykiatri og rus. Dagsykehuset i Porsgrunn ivaretar planlagte dag- og polikliniske tjenester og drives i tett samarbeid med sykehuset i Skien. Lokalsykehuset på Notodden har akuttfunksjoner innen indremedisin, generell kirurgi og ortopedi. Ved dagsykehusene på Rjukan og i Kragerø ytes dag- og polikliniske spesialisthelsetjenester innen både indremedisinske og kirurgiske fag. Ved alle lokasjoner tilbys spesialiserte tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for rusmiddelavhengighet (TSB).

Virksomheten drives med sikte på å nå nasjonale helsepolitiske-, forskningspolitiske- og utdanningspolitiske mål. Helseforetaksgruppens samlede målsetting, resultatkrav og rammer blir fastsatt gjennom vedtekter, instruksjoner, avtaler og beslutninger som blir truffet i foretaksmøter, samt gjennom tildelte bevilgninger. Pasientenes behov for spesialisthelsetjeneste legges til grunn for foretakets samlede virksomhet.

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

Sykehuset Telemark HF samhandler med Sykehuset i Vestfold (SiV), og ett eksempel på dette er at karkirurgien er samlet ved SiV.

Psykiatrien i Vestfold (PiV) og STHF har siden 2008 hatt et felles samhandlingsutvalg. Felles tjenesteerklæringer, 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 hatt felles prehospital klinikk frem til 31. desember 2015. Denne er nå avviklet. Fra og med 1. januar 2016 har de to helseforetakene ansvar for sine respektive ambulansetjenester. Dette ble gjort for å styrke den akuttmedisinske kjeden i de respektive HF med tilhørende opptaksområder. SiV leverer AMK tjenester til STHF og STHF leverer pasientreisetjenester til SiV. Begge disse forholdene er regulert i egne standardleveranseavtaler (SLA).

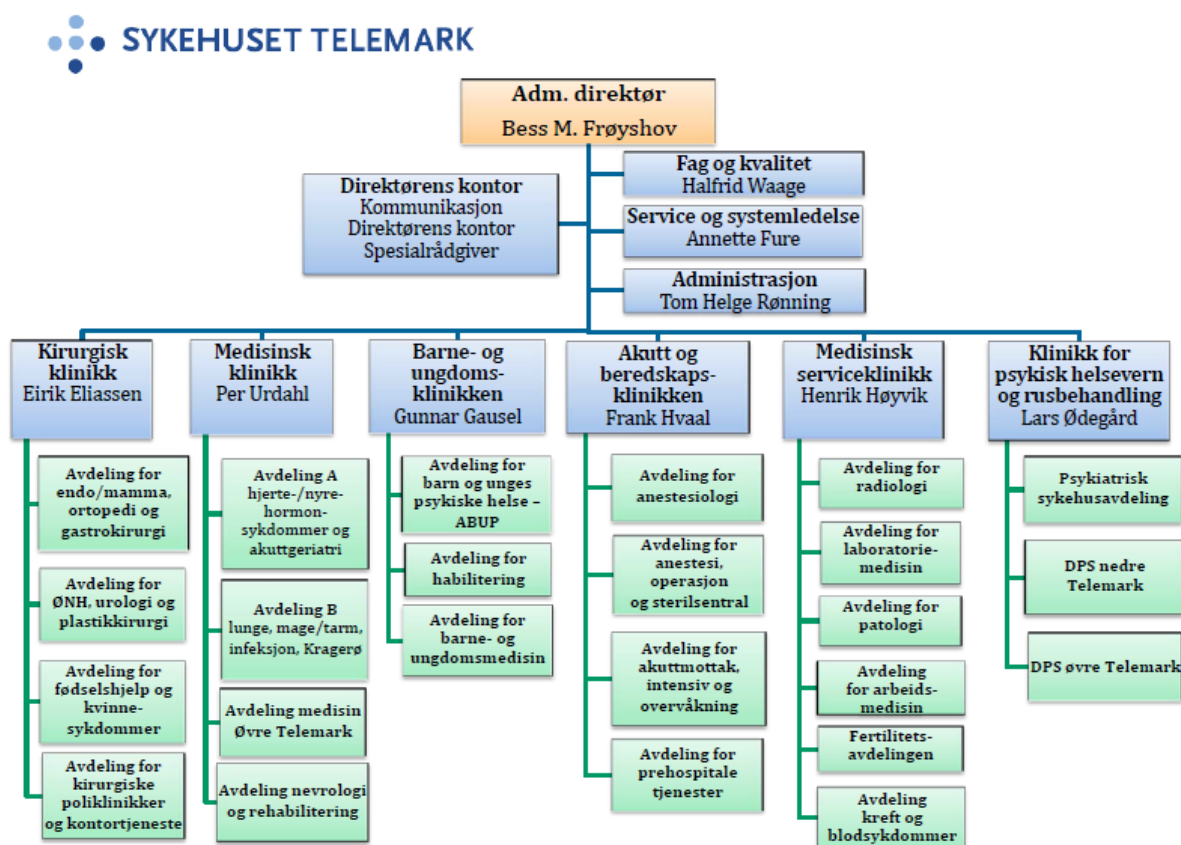
Opptaksområdet for sykehuset dekker Telemark fylke med om lag 172.000 innbyggere og 18 kommuner. Telemark fylke har et areal på totalt 15.299 kvadratkilometer, og en befolkningstetthet på 11 innbyggere per kvadratkilometer.

Virksomheten drives med lokaliteter i åtte kommuner. Det er 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 fra andre deler av landet.

Sykehuset Telemark har foretatt organisatoriske endringer som understøtter tjenestetilbudet til befolkningen. Sykehuset er nå organisert i seks klinikker hvor alt direkte pasientrettet arbeid er organisert, samt tre stabsavdelinger, i tillegg til direktørens kontor. Under hver klinikk og stabsavdeling (nivå 2), er det avdelinger (nivå 3) og seksjoner (nivå 4).

Budsjettet i 2015 er på om lag 4 milliarder kroner (3,963 milliarder kroner). Antall budsjetterte årsverk i 2015 er 3028.

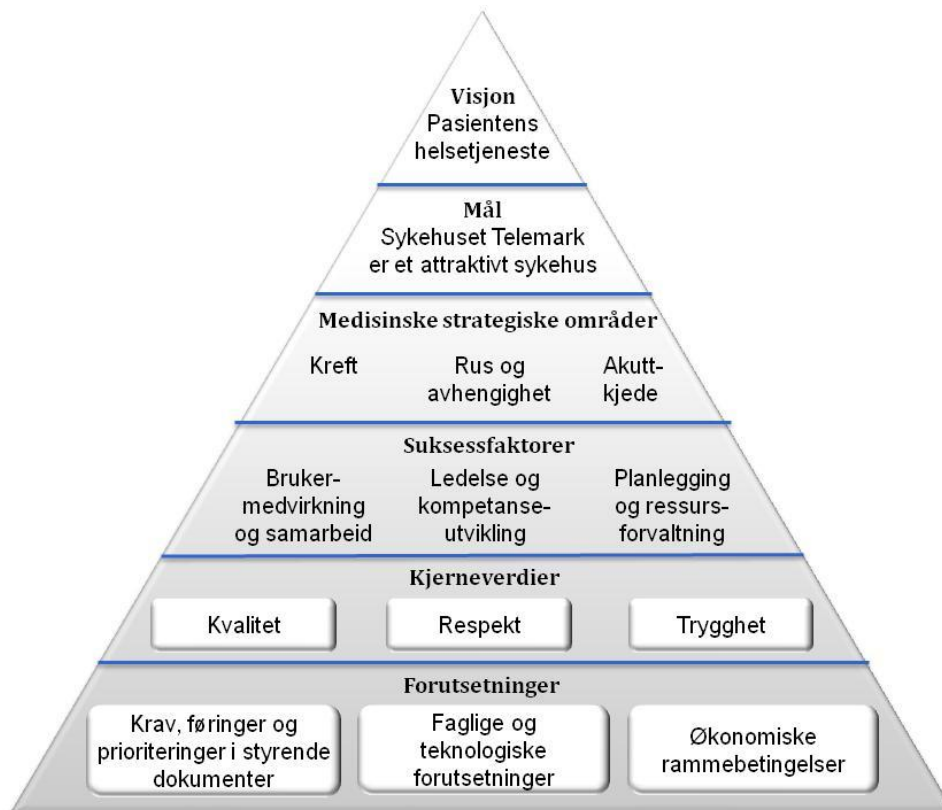
Nedenstående organisasjonskart viser organiseringen i klinikker og i stabsenheter for STHF.



## Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

STHF har gjennom 2015 utarbeidet og vedtatt et helhetlig strategisk rammeverk, Strategi 2016-2019. Strategidokumentet eies av ledelse og medarbeidere og er et levende styringsdokument. Arbeidet bygger på våre kjerneverdier kvalitet, respekt og trygghet. Fundamentet for strategien er krav, føringer og prioriteringer i styrende dokumenter, brukermedvirkning, faglige forutsetninger samt økonomiske rammebetingelser.

De strategiske målene skal være førende for vårt arbeid og våre prioriteringer i perioden, slik at vårt tjenestetilbud utvikles fremtidsrettet og i tråd med befolkningens behov i Telemark.



### Sykehuset visjon er: *Pasientens helsetjeneste*. I dette ligger;

- Pasienten har makt.
- Våre pasienter og brukere møtes med omsorg og respekt og de opplever god og likeverdig kommunikasjon. For å skape pasientens helsetjeneste har vi endret og tilrettelagt systemene våre på en slik måte at pasientene våre får rask og riktig diagnostikk og tidlig får klargjort sine behandlingsalternativ. Pasienten er en aktiv og likeverdig partner i vurderingen av egen behandling og settes derved i stand til samvalg.
- Vi er tilgjengelige for pasienten ved å ha tilpassede åpningstider og det er enkelt å komme i kontakt med sykehuset via telefon eller nett. Det er forutsigbarhet i timetildeling og godt planlagte pasientforløp slik at pasientene får vite når de får time (selv om denne er langt frem i tid) og utrednings- og behandlingsforløpene gjennomføres på kortest mulig tid. Pasienten møtes i estetiske og rolige omgivelser.
- Sykehuset Telemark skal være et attraktivt og foretrukket sykehus

**Sykehusets mål er: *Sykehuset Telemark er et attraktivt sykehus. Dette innebærer;***

- Gjennom samarbeid skaper vi trygghet og gode resultater.
- Pasientene velger Sykehuset Telemark fordi de opplever god tilgjengelighet og et helhetlig og moderne behandlingstilbud. All pasientbehandling skal være kunnskapsbasert. Pasientene og deres pårørende opplever sømløs samhandling mellom alle aktørene i behandlingsforløpet og de opplever profesjonalitet, empati og god service i møtet med sykehuset.
- Vi er attraktive for medarbeidere ved at vi har gode fagmiljøer som arbeider kunnskapsbasert og som benytter moderne behandlingsmetoder og teknologi. Våre gode fagmiljøer tiltrekker seg dyktige fagpersoner og skaper godt omdømme.
- Vi har gode areal- og utstyrsløsninger som fremmer god logistikk, kvalitetsforbedringer og godt smittevern.

Strategien har tre medisinske satsningsområder; *kreft, rus- og avhengighet og akuttkjede* og tre suksessfaktorer; *brukermedvirkning og samarbeid, ledelse- og kompetanseutvikling, samt planlegging og ressursforvaltning.*

## **Mål for Sykehuset Telemark i 2015**

I løpet av 2015 har foretaket videreutviklet modellen for virksomhetsstyring og oppfølging av denne.

Gjennom 2016 skal STHFs virksomhetsplan, som består av årsplan, STHFs strategi og målsettinger i OBD, følges opp hvert tertial.

En rekke mål, deriblant HSØ fem strategiske mål; ingen fristbrudd, gjennomsnittlig ventetid under 65 dager, direkte time, medarbeideroppfølging og økonomisk handlingsrom, følges opp i månedlige dialogmøter mellom administrerende direktør og klinikk- og stabssjefer, samt månedlig i ledermøter. De samme målsettinger følges opp i hvert styremøte.

I mai 2014 vedtok styret i STHF Utviklingsplan 2014 -2016. Sykehuset har som planlagt avviklet akuttfunksjonene og døgnaktiviteten ved Rjukan og Kragerø sykehus, og styrket Notodden sykehus. Ambulanseberedskapen i Vinje, Tinn og Kragerø er økt.

For å redusere risiko for at det skal være ulik kvalitet på tjenestene, er fagmiljøene i akuttmottakene styrket. Det er etablert økt kompetanse i begge akuttmottak. I Skien er det en firedelt overlegevakt og ved Notodden er det et eget vaktsjikt med indremedisinske leger i spesialisering (LIS) i front.

Foreløpig er det ikke etablert LIS-vaktordning i kirurgi på Notodden av faglige og driftsmessige årsaker. Her er det kirurgisk turnuslege i primærvakt, med kirurgisk bakvakt som kan tilkalles ved behov. Indremedisinsk LIS er også tilgjengelig i akuttmottaket for konferering med kirurgisk turnuslege. Ordningen vurderes som forsvarlig.

## **Virksomhetsstyring - styrets arbeid med intern styring og kontroll**

Rammeverket for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll i Helse Sør-Øst er gjeldende for Sykehuset Telemark HF.

Konsernrevisjonens revisjon STHF i 2014 påpekte svakheter blant annet knyttet opp mot dokumentasjon av styringssystemet. Dette har sykehuset tatt tak og det er nedsatt arbeidsgrupper for forbedring av systemet, herunder prosedyrer på overordnet nivå og utarbeidelse av maler. STHF skal erstatte TQM Helse og EK med nytt dokumentstyrings- og forbedringssystem (DFS). Anskaffelsen skjer i regi av prosjekt DFS og skal være ferdig i mars 2016. Deretter skal nytt/nye system innføres så raskt som mulig.

Nåværende kvalitetssystem (TQM og EK på Notodden) 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 internrapportering i Ledelsesinformasjonssystemet (eLi) og øvrige rapporteringsverktøy. Systemet gir ledere informasjon om ventetider, kvalitet, aktivitet, bemanning og økonomi for ledernes ansvarsområder. I den månedlige virksomhetsrapporten rapporteres data og måloppnåelse knyttet til pasientbehandlingen, systemkvalitet, arbeidsmiljø, og økonomi. Ledelsens gjennomgåelse (LGG) er administrerende direktørs gjennomgang av den totale virksomheten, og skal gjennomføres årlig. LGG er gjennomført på overordnet nivå for 2015. Hele organisasjonen involveres i praktiseringen av virksomhetsstyringen gjennom året. Ulike råd, utvalg og grupper jobber kontinuerlig for måloppnåelse innen kvalitet og aktivitet basert på gode beslutninger, kunnskap og fakta, læringssløyfer og delingskultur.

Direktørens ledergruppe (bestående av administrerende direktør, klinikkjefer og stabsdirektører) har møte hver annen uke. Administrerende direktør har jevnlig dialogmøter med de enkelte klinikkene, stort sett hver måned.

Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget (KPU) har månedlige møter. Dette utvalget er en viktig arena for kvalitetsarbeidet og læring på tvers mellom klinikkene. Det er også etablert klinikkvise KPU.

Arbeidsmiljøutvalget (AMU) skal sikre godt arbeidsmiljø og grunnlag for utvikling av medarbeidere. AMU har månedlige møter.

Administrerende direktør har dialogmøter med de hovedtillitsvalgte, samt hovedverneombudet hver 14 dag, i tillegg til drøftingsmøter.

Brukerutvalget ved Sykehuset Telemark har møter jevnlig og gir viktige tilbakemeldinger til organisasjonen, spesielt rundt forhold knyttet til pasientbehandling. Brukerutvalget stiller også med to representanter med møte- og talerett i styret. Brukerutvalget ved STHF er aktive deltagere i prosjekter, utvalg, kampanjer og lokale brukerråd.

I desember 2015 ble ungdomsrådet ved STHF opprettet. To koordinatorene bistår ungdomsrådet. Ungdomsrådet skal ivareta pasientstemmen fra de barn og unges perspektiv, og det skal gi råd til administrerende direktør på linje med brukerutvalget. Leder og nestleder i ungdomsrådet møter også i brukerutvalget. Ungdomsrådet og brukerutvalget har samme sekretær, som forøvrig er administrasjonskonsulent ved direktørens kontor.

Styret er STHFs øverste beslutningsnivå. Styret har avholdt sju styremøter i 2015 i tillegg til styreseminarer. Styret skal settes i stand til å ta kvalitativt gode beslutninger og å etterspørre og få nødvendig informasjon, samt stille de krav til administrasjonen som styret til enhver tid finner nødvendig for å nå overordnede mål og krav.

## **Medvirkning fra brukere og ansatte**

### **Tillitsvalgte**

Sykehuset Telemark har avtale om frikjøp av foretakstillitsvalgte (FTV) og hovedtillitsvalgte i 7,43 årsverk. I tillegg er hovedverneombud (HVO) frikjøpt i full stilling. De største arbeidstakerorganisasjonene har også klinikkstillitsvalgte.

I Sykehuset Telemark er det etablert en fast møtестruktur mellom sykehusets ledelse og FTV/HVO. Administrerende direktør har fast møte med FTV/HVO annenhver uke, og møte med alle hoved- og foretakstillitsvalgte hver fjerde uke. HR-direktør eller økonomidirektør deltar også på disse møtene. HR-direktør og kliniksjefer har i tillegg egne kvartalsvise møter, samt møter etter behov. Fagdirektør har også regelmessige møter med FTV/HVO.

Tillitsvalgte og verneombud deltar i styringsgrupper og prosjektgrupper som gjelder utviklingsarbeid og organisasjonsendringer. I 2015 har det vært tett samarbeid med tillitsvalgte og verneombud på alle nivå i forbindelse med gjennomføring og evaluering av Utviklingsplanen STHF 2014-2016.

Samarbeid med tillitsvalgte og hovedverneombudet gjennomføres i overensstemmelse med de 12 prinsippene for medvirkning. Vi erkjenner at det er krevende å få gjennomført samarbeid like godt i henhold til alle prinsippene. Sykehuset har egne retningslinjer for organisasjonsendringer og omstillingsprosesser.

Vernetjenesten er organisert med verneombud i definerte verneområder og med et klinikkverneombud i hver klinikk. Det har vært fokus på verneombudsrollen i 2015. Verneombudenes medvirkning på seksjonsnivå er styrket ved å tydeliggjøre leders ansvar og verneombudets rolle i ny prosedyre. Leders HMS-ansvar og kravet om involvering av verneombudet i arbeidsmiljøsaker er nå egne punkt i lederavtalene på alle nivå. Hovedverneombudet deltar på møter med øverste ledelse på lik linje med foretakstillitsvalgte, samt i separate møter ved behov.

FTV og HVO har gitt innspill til utarbeidelse av årlig melding 2015. Endelig versjon er behandlet av FTV og HVO i drøftingsmøte den 2. februar 2016.



De foretakstillitsvalgte og hovedverneombudet har 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 ledelsen 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 bruker-organisasjonene, pasienter og pårørende.

Samarbeidet mellom BU og sykehusledelsen har gjennom driftsåret 2015 har vært tett, godt og tillitsfullt, og ledelsen har deltatt i alle møter. Frammøte av BU's valgte medlemmer har vært svært bra. Medlemmer av brukerutvalget har deltatt på aktuelle moduler i brukeropplæring i regi av FFO/SAFO og HSØ i 2015 og medlemmene har deltatt i opplæring i bruk av iPad.

Brukerutvalget legger 13 prinsipper for brukermedvirkning på systemnivå til grunn for sitt arbeid. Prinsippene er vedtatt av Helse Sør-Øst og styret i Sykehuset Telemark HF. Brukerutvalgets medlemmer er valgt fra ulike brukerorganisasjoner i Telemark. Brukerutvalget ved STHF har gjennomført åtte møter og behandlet 107 saker i 2015. Møtene har vært lagt til direktørens møterom ved Sykehuset Telemark HF, Skien.

### **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 2015.
- Brukerutvalgets leder og nestleder møter fast i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget ved STHF.
- Brukerutvalgets medlemmer har gjennom 2015 engasjert seg i prosjekter og arbeider der brukermedvirkning har vært etterspurt (ca. 30 ulike prosjekter og utvalg).
- Brukerutvalget har vært representert på en regional konferanse om brukermedvirkning i regi av HSØ høsten 2015.
- Brukerutvalget ved leder og nestleder har vært representert ved nasjonal pasientsikkerhetskonferanse i Bergen høsten 2015.

### **Noen saker som har opptatt brukerutvalget i 2015:**

- Kvalitet, pasientsikkerhet, korridorpasienter, ventetider, fristbrudd , sykehusinfeksjon med mer
- Regnskap og budsjett
- Åpning av Brukerkontor
- Sykehusstrukturen i Telemark ved nedlegging av Rjukan og Kragerø sykehus
- Oppretting av pilotprosjekt Brukerkontakt(er) ved lokasjon Notodden

- De bygningsmessige forhold, gamle sengefløyer
- Endring av møtestrukturen i BU (møter sammen med styret)
- Åpenhet omkring uønskede hendelser.
- Innføring av kreftpakker
- Innføring av ”Samvalg”
- Vanskelige parkeringsforhold for HC generelt, og spesielt utenfor nevrologisk poliklinikk
- Oppmerking av gangfelt
- Synliggjøring av BU i organisasjonskartet
- Arbeid med oppretting av en stråleenhet ved STHF

Brukermedvirkning i utarbeidelse av årlig melding 2015 er ivaretatt ved at brukerutvalget har fått tilsendt mal for årlig melding med mulighet til å gi input til rapporteringen på et tidlig tidspunkt i prosessen. Utkast til årlig melding ble behandlet av brukerutvalget i møte 28. januar 2016. Brukerutvalget har også medvirket til årlig melding gjennom sin observatørrolle i styret.

Oppdragsdokumentet gir etter brukerutvalgets syn klare føringer for økt brukermedvirkning og betydningen av dette. I helseforetaket har brukermedvirkningen blitt bedre, men brukerutvalget vil presisere at alle henvendelser omkring brukermedvirkning skal kanaliseres gjennom brukerutvalget.

Brukerutvalget er representert i et stort antall utvalg og prosjekter, og er tilfreds med å være med i de arbeidene hvor BU kan påvirke utviklingen.

Brukerutvalget og styret gjennomførte et felles styreseminar 15. september 2015.

Første delen av seminaret ble avholdt sammen med brukerutvalget. Andre delen ble avholdt med styret og administrasjon.

Årsmelding 2015 fra brukerutvalget ligger som vedlegg til årlig melding 2015.

## **2. Sammendrag**

### **2.1. Positive resultater og uløste utfordringer**

#### **Utviklingsplaner**

Det omfattende arbeidet som ble lagt til grunn for Utviklingsplan 2014-2016 dannet grunnlaget for vedtak av planen i styremøtet 20. mai 2014. Hovedelementene i vedtaket ble deretter bekreftet av HSØ styre 3. juni 2014 og av helseminister Bent Høie i foretaksmøte 5. juni 2014. Denne beslutningen har muliggjort gjennomføring av planen gjennom 2015.

Utviklingsplanen 2014-2016 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. En tilsvarende ordning med vaktkompetente leger i spesialisering i indremedisin ved Notodden er etablert våren 2015. I godt samarbeid med Notodden kommune er deres legevakt flyttet ut av sykehusets arealer for å frigi plass til sykehusets aktivitet. Legevakten er reetablert i samme areal som ny ambulansestasjon ved Notoddens omsorgssenter (NOS).

Som beskrevet i Utviklingsplanen 2014-2016 er det mangelfulle sengefasiliteter i Skien, og ikke tilfredsstillende bygningsmasse i Porsgrunn.

Det arbeides med en utviklingsplan i et 2030-perspektiv (U30). Her beskrives forventet behandlingsbehov frem mot 2030. Modeller for hvordan disse tjenestene best kan gis, både med vurdering av kapasitet, kompetanse og bygningsmasse blir også beskrevet. Denne planen skal STHFs styre behandle våren 2016 slik at HSØs styre kan vurdere om STHF kan gå videre med disse planene i et idfasearbeid.

### **Rekruttering og kompetanse**

Det arbeides med suksjonsplanlegging for å sikre riktig og tilstrekkelig kompetanse. Sykehuset Telemark har utfordringer med å rekruttere og beholde overleger, spesielt innen spesialitetene psykiatri, radiologi og gynekologi. Det samme gjelder for psykologspesialister.

Rekrutteringssituasjonen er langt bedre innen gastrokirurgi, ortopedi, geriatri og spesielt innen onkologi, der vi tidligere også hadde utfordringer.

Høsten 2015 startet et eget lederutviklingsprogram for alle STHFs avdelingsledere.

Analyseavdelingen arbeider med modeller for bedre ressursstyring og aktivitetsstyrt bemanning, også i lys av anbefalingene gitt i Riksrevisjonens rapport om styring av pleieressursene i helseforetakene ([Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene](#)).

### **Kreftbehandling**

Sykehuset Telemark har innført alle 28 kreftpakker. Alle pålagte oppgaver innen gjennomføringen er ivaretatt. Ved utgangen av året var det en inklusjonsprosent på 88 og en gjennomføringsprosent innenfor angitt tid på 64.

Vår nye kreftavdeling på Moflata i Skien med 18 senger åpnet i august 2015. Her er vår onkologiske, hematologiske og palliative kompetanse samlet – et fagsentrum som støtter opp om desentral kreftbehandling ved våre lokalsykehus og ikke minst vår ambulante tjeneste til alle Telemarks kommuner.

### **Tilgjengelighet og kvalitetsarbeid**

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 lengre planleggingsperspektiv har vært viktige elementer for god utnytting av poliklinikkdagen og personellressurser. Dette har ført til en betydelig reduksjon av fristbrudd. Ved utgangen av året hadde sykehuset under 30 fristbrudd, og en reduksjon i ventetid til gjennomsnittlig 50 dager.

Vårt planleggingsperspektiv blir stadig lengre, men vi har ikke klart å ha seks måneders planlegging ved alle fagområder i 2015. Antall pasienter som får direkte time er økt gjennom året fra ca. 60 prosent til 70 prosent. 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.

Vi har til dels hatt høyt sengebelegg og høyt antall korridorpasienter gjennom 2015. Tiltak er iverksatt og vil følges tett opp. Å få valide tall for sengebeleggsprosent og antall korridorpasienter avhenger av korrekt bruk og rett registrering i DIPS. Vi ser at det fremdeles er usikkerhet knyttet til disse tallene, og vi vil arbeide for å forbedre kvaliteten på dataene gjennom 2016. Arbeidet vil ha høyt fokus også i forbindelse med at vi fra mars 2016 skal inn i et omfattende standardiserings- og konsolideringsarbeid knyttet til regional DIPS.

Det er utfordrende for organisasjonen at dokumentstyrings- og avvikssystem ikke fungerer godt. Vi arbeider med implementering av nytt system i løpet av 2016.

Høsten 2015 ble Nødnett etablert for AMK i Vestfold, og ved akuttmottak og legevakter i Telemark.

### Tilsyn og revisjoner

STHF har hatt et stort trykk med revisjoner og tilsyn gjennom året.

Dato	Tilsynsorgan	Tema
Okt.2014-feb.2015	Statens helsetilsyn	Håndtering av humane celler og vev
Okt.2014-jan. 2015	Fylkesmannen, Sosial- og helse-avdelingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasientflyt/pasientforløp</li> <li>• Informasjonsoverføring mellom akuttmottak og post</li> <li>• Tilgjengelighet av relevante spesialister på vaktene (spesielt netter og helger)</li> </ul>
Jan.-mars 2015	Fylkesmannen, Sosial- og helse-avdelingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vurdering av henvisninger</li> <li>• Samhandling med førstelinjetjenesten</li> </ul>
Sept.- nov. 2015	Konsernrevisjon	Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen
Okt.2015	Norsk akkreditering	Fornylsesbesøk i hht ISO 15189
Febr.2015	Det norske Veritas	Periodisk revisjon. Fokusområde: kompetanseutvikling
Juni 2015	Det norske Veritas	Periodisk revisjon. Fokusområde: identifikasjon og sporbarhet
Juni 2015	Det norske Veritas	Miljørevisjon. Periodisk revisjon Fokusområde: Kjemikaliehåndtering
Febr.-mars 2015	Riksrevisjon	Utvidet kontroll om kirurgisk pasientbehandling i helseforetakene
Jan.2015	Riksrevisjon	Informasjonssikkerhet – Medisins teknisk utstyr
Nov. 2015	Statens helsetilsyn	Håndtering av blod og blodkomponenter
Nov. 2015	Fylkesmannen i Telemark	Utskrivning av pasienter
Nov. 2015	Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap	Hensikten med tilsynet var å få inntrykk av virksomhetens forebyggende arbeid og etterlevelse av regelverk på utvalgte områder.

Dato	Tilsynsorgan	Tema
Mai 2015	Kommunalt brannvesen	Ivaretagelse av sikker rømming.
Juni 2015	Kommunalt brannvesen	Kontroll og dokumentasjon av det systematiske arbeidet med branntrygghet
Okt. 2015	Kommunalt brannvesen	Ivaretagelse av brannsikkerhet i forbindelse med ny bruk av bygningene.
Mars 2015	Kommunalt brannvesen	Undersøkelse av om virksomheten arbeider systematisk med branntryggheten – ettersyn av branntekniske installasjoner
Juni 2015	Kommunalt brannvesen	Undersøkelse av fysiske forhold og internkontroll

Vi har arbeidet systematisk med systemforbedringer knyttet til alle disse tilsynene, samtidig som vi har gjennomført omstillingene som er vedtatt i Utviklingsplanen og endringer av organisasjonen.

### Økonomiske forhold

2015 har vært preget av betydelig omstilling og endring. Det har vært gjennomført et større kostnadsreducerende program som har bidratt til forbedring av den økonomiske bæreevnen. Investeringene har vært holdt på et minimumsnivå hvor det i hovedsak er gjennomført nødvendige utskiftninger for å ivareta eiendommers beskaffenhet og opprettholde forsvarlig drift av det medisinsktekniske utstyret.

Gjennom 2015 er den økonomiske situasjonen ved Sykehuset Telemark betydelig forbedret. Produktiviteten har økt, hovedsakelig som en følge av reduksjon i bemanning. Døgndriften ved sykehusene i Kragerø og på Rjukan er avvirket og overført til sykehusene i Skien og på Notodden. Akuttmottak ved sykehuset er nå begrenset til Notodden og Skien. De strukturelle endringene som var begrunnet med medisinsk forsvarlighet, har også vist seg å gi en betydelig økonomisk gevinst.

Fram til og med 31. desember 2015 har den prehospitalt virksomheten vært drevet sammen med Sykehuset i Vestfold. Det viser seg at dette har vært økonomisk gunstig for Telemark, fordi inntektsmodellen for prehospitalt tjenester har tildelt midler felles til sykehusområdet. De to HF,ene har igjen fordelt midler internt i forhold til etablert kostnadsstruktur. Fra og med 2016 vil denne delen av basisrammen tildeles de respektive helseforetakene, noe som vil medføre økonomiske utfordringer for Telemark. Inntektsmodellen tar etter vår oppfatning ikke i tilstrekkelig grad hensyn til geografi.

I 2016 vil det fortsatt være stort fokus på å forbedre den økonomiske bæreevnen for å sikre langsiktig og god utvikling i tjenestetilbudet, og evnen til gjennomføre større nødvendige investeringer.

Økonomiske mål er nådd for året, men betydelig forbedring må til for å ha tilstrekkelig midler til et forsvarlig investeringsnivå.

## 2.2. Evaluering av egen virksomhet og organisering

Utviklingsplanen beskriver tjenestetilbudet 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 er omgjort til dagsykehus ved å flytte akuttfunksjonene og døgnseengene til henholdsvis Notodden og Skien sykehus. Ambulanseberedskapen er økt i Vinje, Tinn og i Kragerø.

Gjennomføring av Utviklingsplanen 2014 - 2016 har krevet betydelig omstilling spesielt for Rjukan, Notodden og Kragerø. 13 medarbeidere har fått sluttavtale, 12 medarbeidere gikk av med pensjon og 20 medarbeidere har sagt opp i løpet av prosessen. En rekke midlertidige arbeidsforhold er avviklet, men ingen fast ansatte er sagt opp. Dette har vært et krevende arbeid både for medarbeidere, tillitsvalgte og ledere. Ved utgangen av året er omstillingene gjennomført og tjenestetilbudene er etablert som planlagt.

Kragerø sykehus har vært lagt ut for salg og det ble 3. desember 2015 fattet vedtak i Kragerø kommunestyre om å kjøpe sykehuset for 63 millioner kroner, som er i tråd med taksten. STHF ser for seg å leie areal i bygget til sine dag- og polikliniske aktiviteter etter at salget er gjennomført.

Rjukan sykehus er også lagt ut for salg. Det har ikke lyktes å komme til enighet med Tinn kommune om salg av Rjukan sykehus på nåværende tidspunkt. Ved salg har STHF behov for å leie areal til sine dag- og poliklinisk aktiviteter.

Styret er godt fornøgd med utviklingen i ventetider og fristbrudd og at de økonomiske målsetninger er nådd. Det har gjennom året vært et høyt fokus på langsiktig bemanningsplanlegging, som er avgjørende for å levere forutsigelige tjenester. Vi har sett en forbedring gjennom året, men ytterligere fremgang er påkrevet for å nå målsetningene og forbedret utnyttelse av sykehusets ressurser.

Sykehuset samlet kreftavdelingene til en avdeling på Moflata i Skien i august 2015. Med denne organisasjonsmessige endringen er sykehuset godt posisjonert for å etablere en eventuell stråleenhet, som vi måtte få tildelt fra Helse Sør-Øst.

Sykehuset Telemark har gjennom hele 2015 hatt betydelig fokus på å effektivisere driften i forhold til foregående år. Avvikling av døgndrift ved Rjukan sykehus og Kragerø sykehus og overføring av denne delen av pasientbehandlingen til Skien og Notodden har gitt bedre forutsetninger for å effektivisere driften og samtidig øke kvaliteten på pasientbehandlingen. I tillegg er det arbeidet med et kostnadsreducerende program hvor alle klinikkene er fulgt opp mot planlagte aktiviteter for løpende å effektivisere driften. Det er oppnådd betydelige forbedringer, men vi erkjenner samtidig at vi i fremtiden i enda større grad må levere i henhold til vedtatte planer, for å nå den langsiktige målsettingen om tilstrekkelig økonomisk handlingsrom.

Helseforetaket har gjennomført en bredt anlagt prosess for en ny strategisk plan, som gir enn klar retning og konkrete mål for sykehuset frem mot 2019. Denne har vært til behandling i to av styrets møter i 2015.

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 og gjennom første halvdel av 2015. 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 et robust faglig fellesskap, hensiktsmessige driftsløsninger, god ressursforvaltning og er en viktig forutsetning for å nå resultatkravene. Gjennomføringen har skjedd i dialog med tillitsvalgte, hovedverneombud og med de ansatte. Brukerutvalget og styret har blitt fortløpende informert om prosessen.

Brukerutvalget (BU) er et viktig organ for STHF. I 2015 fikk BU ny leder som både har videreført og videreutviklet det gode samarbeidet med ledelsen ved sykehuset. I oktober ble brukerkontoret etablert i Skien, og i desember ble ungdomsrådet etablert. Det er ansatt to erfaringskonsulenter i klinikk for psykiatri og rus. I arbeidet med å skape pasientens helsetjeneste vil god dialog og samarbeid med våre brukere stå sentralt.

## DEL II: RAPPORTERINGER

### 3. Rapportering i forhold til oppdrag og bestilling 2015

#### 3.1. Visjon, verdigrunnlag og mål for helseforetaksgruppen

- *Helse Sør-Østs visjon er å skape:*

*Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi*

*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.*

Målet om gjennomsnittlig ventetid under 65 dager er nådd. Gjennomsnittlig ventetid forventes å forbli på et lavt nivå også i 2016.

Målet om at pasienten ikke opplever fristbrudd er på det nærmeste nådd for 2015. Det har vært lagt ned et betydelig arbeid i klinikkene for å få kontroll med fristbrudd i 2015. Opplegget og føringene i det regionale prosjektet har vært fulgt. I tillegg har vi hatt målrettet fokus på de fagområdene med størst utfordringer. Klinikksjefene iverksetter målrettede tiltak med opplæring i registreringspraksis i aktuelle avdelinger. Det er fokus på at time gis med god margin til fristdato slik at korte fristbrudd ikke oppstår.

For plastikkirurgi er det en stor utfordring med etterslep av pasienter. Til tross for at kapasiteten økes i 2016, forventes det en økning i fristbrudd knyttet til plastikkirurgi.

- *Sykehusinfeksjoner er redusert til under tre prosent.*

Målet knyttet til sykehusinfeksjoner er ikke nådd. Måling i mai og november viste henholdsvis 4,2 prosent og 5,9 prosent (nasjonalt 5,1 prosent). Prevalensmålingene dekker nedre luftveisinfeksjoner, urinveisinfeksjoner, blodbaneinfeksjoner og postoperative infeksjoner. Disse prevalensmålingene representerer øyeblikksbilder, dvs. andel innlagte pasienter med infeksjoner på en bestemt dag og klokkeslett. Målingene er sårbare for tilfeldige variasjoner, men over tid ser vi en gradvis reduksjon. Spesielt gjelder dette urinveisinfeksjoner og postoperative sårinfeksjoner, som begge er innsatsområder i pasientsikkerhetsprogrammet. Insidensmålinger av postoperative sårinfeksjoner (antall nye infeksjoner over en viss periode) bekrefter dette. Med unntak av totale hofteproteser er infeksjonsinsidensen redusert fra 2014 til 2015 for alle de operasjoner som måles. Arbeidet med reduksjon i insidens og prevalens fortsetter i 2016 med forbedringsarbeid i ortopedi og gastrokirurgi.

Infeksjonsforebygging ved sentralvenøsekateetere og urinveiskateetere fortsetter i henhold til innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet. Antibiotikateam opprettes som et ledd i antibiotikastyringsprogrammet. Rapportering av antibiotikaforbruk økes til to ganger per år. Vi får månedlige rapporter på spesifikke infeksjoner (ESBL og *Clostridium difficile*). Det arbeides mot å nå målet innen 31. desember 2016.

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

Pasienter som får direkte time har økt fra 59 prosent i desember 2014 til 73 prosent i desember 2015. Målsettingen for 2016 er en gradvis økning til 80 prosent i fjerde kvartal 2016.

Det er store variasjoner mellom ulike fagområder. Gjennomføring av direkte time forutsetter god og langsiktig ressursplanlegging og henger således sammen med arbeidet med ventetider og fristbrudd. Det arbeides med ulike tiltak, blant annet å etablere lang planleggingshorisont med arbeidstildeling for alle fagfelt, effektiv utnyttelse av ressurser og logistikk i pasientadministrative rutiner.

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

I 2015 er det videreført opplæring av nye ledere i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen (MU). Alle ledere har fått tilgang til e-lærings kurs i hvordan de skal gjennomføre og følge opp MU. Fra 2014 til 2015 har det vært en reduksjon i andelen som føler seg involvert i oppfølgingen av MU fra 63 prosent til 59 prosent. Deltakelsen i undersøkelsen økte fra 73 prosent til 79 prosent. Sykehuset vil fortsatt ha et stort fokus på involvering i oppfølgingsarbeidet, slik at alle medarbeidere skal føle at de er involvert i forbedringer i egen enhet. Alle ledere skal utarbeide handlingsplan med tiltak sammen med sine medarbeidere for å skape større grad av involvering og engasjement. Det er spesielt viktig at ledere har god kommunikasjon i arbeidet med forbedringstiltak, slik at de ansatte responderer positivt. Verneombud og tillitsvalgte deltar i arbeidet.

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

Den økonomiske trenden fra 2013 til 2014 med et resultat på henholdsvis minus 15 og 47 millioner kroner, er snudd i løpet av 2015. Dette tilsier at Sykehuset Telemark er et betydelig skritt nærmere å skape det økonomiske handlingsrommet som er nødvendig for å sikre det investeringsnivået, som er skissert i den økonomiske langtidspanen. Det er etablert et løpende program for å redusere kostnader



og bedre produktiviteten. Ved utgangen av året er strukturen og organisasjonen bedre tilpasset de økonomiske rammene som foreligger, for å dekke det medisinske behovet som Telemarks befolkning har. Vi er likevel ikke i mål og forbedringsarbeidet vil derfor også ha stort fokus fremover.

## 3.2. Resultatoppnåelse for mål 2015

### 3.3. Tildeling av midler

#### Drift og investering

- *Sykehuset Telemark skal benytte midlene som er stilt til rådighet på en effektiv måte og slik at de kommer pasientene til gode. Sykehuset Telemark skal i 2015 basere sin virksomhet på de tildelte midler.*

Sykehuset Telemark har i 2015 ikke i full grad klart å basere sin virksomhet på tildelte midler. Tross et betydelig forbedringsarbeid, har det i noen grad vært nødvendig å benytte oppsparte midler til investeringer. Telemarks befolkning har et høyt forbruk av spesialisthelsetjenester og sykehuset har fremdeles en relativ desentralisert drift. Basert på forutsetningen, mener vi sykehuset driver effektivt med stort fokus på å få mest mulig helse ut av de midlene som tildeles.

- *Sykehuset Telemark skal avsette nødvendige midler til utbygging og drift av kommunale øyeblikkelig hjelp tilbud i henhold til avtalte utbyggings- og opptrappingsplaner med kommuner i helseforetakets opptaksområde.*

Sykehuset har avsatt og utbetalt midler til oppbygging av kommunale øyeblikkelig hjelp-tilbud i henhold til forutsetninger og avtaler med kommunene.

- *Virksomheten innen "Raskere tilbake" skal videreføres i henhold til de rammebetingelser som er gitt fra Helse Sør- Øst RHF. Midler til finansiering av "Raskere tilbake" omfattes ikke av tabellen over, men kommer i tillegg.*

"Raskere tilbake" er gjennomført i henhold til de rammebetingelser som er gitt. I 2015 fikk om lag 800 pasienter hjelp og behandling i Telemark via Raskere-tilbake-prosjektet. Det er 100 flere enn i 2014.

#### Resultat

- *Årsresultat 2015 for Sykehuset Telemark HF skal minst vise balanse.*

Resultatkravet er oppnådd ved at årsresultatet vil vise overskudd i 2015.

#### Likviditet og investeringer

- *Foretakets styring av samlet likviditet skal skje innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer.*

Likviditeten i 2015 er holdt innenfor de tilgjengelige rammer.

- *Etablerte prinsipper for likviditetsstyring skal følges opp. Budsjettert resultat for 2015 skal ikke benyttes til investeringer i 2015 uten etter særskilt avtale med Helse Sør-Øst RHF.*

Investeringer i 2015 er delvis basert på oppsparte midler, i samsvar med styrets vedtak og etter avtale med Helse Sør-Øst RHF.

- *Det skal tas høyde for resultatrisiko og risiko ved pågående investeringsprosjekter før etablering av nye investeringsforpliktelser.*

Gjennom en stram styring av investeringsporteføljen er etablert gode rutiner for å følge og ta høyde for risiko i de løpende investeringsprosjektene.

- *Egenkapitalinnskuddet til pensjonsinnretningen skal salderes innenfor helseforetakets tilgjengelig investeringsmidler i 2015.*

Egenkapitalinnskuddet til pensjonsinnretningen er håndtert i henhold til retningslinjene.

### Overføring av likviditet – driftskreditt

- *Sykehuset Telemark skal styre innenfor tilgjengelig driftskredittramme fastsatt av Helse Sør-Øst RHF.*

Sykehuset har i 2015 ikke hatt behov for likviditet ut over den fastsatte driftskredittramme.

- *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 for dette behovet.*

Det har i 2015 ikke vært behov for å rette en slik forespørsel.

## 3.4. Aktivitet

- *Budsjettert aktivitet skal være i tråd med oppdrag og bestilling 2015.*

Sykehuset Telemark HF					
Aktivitet i 2015		Somatikk	VOP	BUP	TSB
DRG-poeng (døgn, dag, poliklinikk og pasientadm. legemidler) i henhold til "sørge for"-ansvaret	Budsjett	42 070			
	Resultat	41 512			
Pasientbehandling					
Antall utskrivninger døgnbehandling	Budsjett	30 000	1 701	50	75
	Resultat	29 442	1 658	94	96
Antall liggedøgn døgnbehandling	Budsjett	117 166	36 208	2 700	930
	Resultat	112 611	35 224	3 243	283
Antall oppholdsdager dagbehandling	Budsjett	19 350	0	0	0
	Resultat	19 473	0	0	0
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	Budsjett	150 500	58 600	30 566	15 700
	Resultat	153 924	57 152	25 662	16 671

Antall DRG-poeng i 2015 (døgn, dag, poliklinikk og dyre biologiske legemidler) er foreløpig beregnet å være 41512 poeng. Dette er 1 prosent lavere enn budsjettert og 2 prosent høyere enn i fjor.

Antall sykehusopphold har gått ned med 1,5 prosent, mens antall dagopphold har hatt en vekst på 4 prosent sammenlignet med i fjor. Det er også registrert vekst ved poliklinikkene, antall ISF-berettigede polikliniske konsultasjoner var 4 prosent flere enn i fjor.

Antall liggedøgn er redusert med 7 prosent som følge av endringer fra døgn til dag, og er 4 prosent lavere enn budsjettert. Reduksjonen i antall sykehusopphold kan dels forklares med overføring av aktivitet til kommunehelsetjenesten i forbindelse med samhandlingsreformen.

Antall utskrevne pasienter i voksenpsykiatrien har som følge av endring fra døgn til dag blitt redusert med 3 prosent, mens det er en vekst innenfor BUP på 49 prosent og en nedgang innen TSB på 9 prosent. Siden volumet innenfor voksenpsykiatrien er størst, er endringen samlet sett en nedgang på 1,7 prosent. Resultatet for 2015 er 1,2 prosent høyere enn budsjettert.

Antall liggedøgn er redusert med 6 prosent som følge av endringer fra døgn til dag, og er 3 prosent lavere enn budsjettert.

Det ble lagt opp til en vekst på 7,4 prosent innenfor poliklinisk aktivitet i voksenpsykiatrien for 2015. Veksten ble på 4,7 prosent, så målet ble ikke oppnådd. Innenfor RUS/TSB var det forventet en liten nedgang, men det ble en vekst på 4,8 prosent.

Samlet vekst innenfor voksenpsykiatrien og TSB var på 4,7 prosent, noe som er 0,6 prosent lavere enn budsjettert. Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien ble det lagt opp til en poliklinisk aktivitetsvekst på hele 17,6 prosent. Aktiviteten for 2015 ble 1,3 prosent lavere enn 2014, og 16 prosent lavere enn budsjettert. For psykiatrien samlet er det en vekst i poliklinisk aktivitet på 3,1 prosent.

- *Aktiviteten i 2015 skal være innrettet for å ivareta mål om tilgjengelighet og mål om høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå.*

Målet om høyere vekst innenfor psykiatrien enn somatikken er oppnådd når man ser på polikliniske konsultasjoner for somatikk, voksenpsykiatri og rus. For barne- og ungdomspsykiatrien er det en nedgang i antall konsultasjoner sammenlignet med 2014, slik at den totale økningen i antall konsultasjoner er lavere enn for somatikken.

Barne- og ungdomspsykiatrien viser en høyere aktivitet i andre halvår av 2015, og det forventes at dette aktivitetsnivået videreføres i 2016.

### **3.5. Pasientenes helsetjeneste**

- *Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal være under 65 dager.*

Sykehuset Telemark har nådd målet om at gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal være under 65 dager.

Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i somatikken er 51,4 dager. Psykiatri har 44,5 dager, TSB 28,9 dager og barne- og ungdomspsykiatri 34,8 dager. Gjennomsnittlig ventetid for hele foretaket er 51,0 dager i desember 2015. Hittil i år er den gjennomsnittlige ventetiden 55,7 dager.

Antallet langtidsventere (som har ventet i mer enn ett år) har økt jevnt gjennom 2015 fra om lag 100 til om lag 400. Innen kirurgiske fag dreier dette seg hovedsakelig om plaskikkirurgiske pasienter innen postbariatri, samt en mindre gruppe menn som er akseptert for sterilisering. Sistnevnte gruppe avvikes langsomt med lav prioritet. Sykehuset aksepterer ikke lenger nye henvisninger for mannlig sterilisering.

Når det gjelder postbariatri er det stor underkapasitet i hele HSØ. Denne pasientgruppen er stor ved STHF, i og med at vi er et av få sykehus i regionen som tilbyr denne type behandling. Bruk av begrepet "lantidsventere" for denne pasientgruppen er imidlertid omdiskutert. Oppdatert prioriteringsveileder angir veiledende behandlingsfrist for disse pasientene på 260 uker (5 år). Vi erkjenner allikevel at det er en underkapasitet for behandling av disse pasientene som STHF ikke kan løse "på egen hånd". Sykehuset samarbeider med HSØ om utvidelse av kapasiteten både lokalt og regionalt, men vi forventer en ytterligere økning av andelen langtidsventere innen postbariatri.

- *Sykehuset Telemark skal gjennomføre tiltak for å redusere variasjoner i effektivitet og ventetid mellom sykehusene, herunder sikre læring mellom avdelinger og sykehus ut fra kunnskap om beste praksis og særskilt vurdere hvilke konkrete tiltak som er nødvendig for å redusere ventetider og øke effektiviteten hos enheter som er mindre effektive enn gjennomsnittet, implementere faglige retningslinjer og standardisere pasientforløp, identifisere flaskehalsen i pasientbehandlingen og konkrete tiltak for å avhjelpe disse, sikre tiltak for bedre planlegging og organisering slik at kapasiteten ved poliklinikker og operasjonsstuer samt utstyr utnyttes bedre gjennom døgnet samt identifisere tiltak for hvordan private aktører kan benyttes mer målrettet.*

Omorganisering med gjennomgående klinikker er gjennomført. Dette sikrer likere praksis mellom sykehusene. Samarbeid om ventelister på tvers av lokasjoner bidrar til utjevning av ulikheter i ventetid. Aktuelle fagområder deltar i tilgjengelighetsprosjektet i regi av Helse Sør-Øst. Dette har gitt oss bedre identifisering av flaskehalsen og effektiv ressursutnyttelse.

Sykehuset Telemark har implementert alle 28 pakkeforløp innen kreft. En tverrfaglig koordineringsgruppe møtes jevnlig og deler erfaringer og utfordringer. Korrigerende tiltak iverksettes når dette er nødvendig. Innen slagbehandling har vi implementert behandlingslinje, og vi har utarbeidet behandlingslinje innen akutt rus.

Helseforetaket benytter simulering som metodikk inn i kontinuerlig forbedring. Et eksempel er simuleringsøvelser ved trombolysebehandling for å redusere «door to needle time». Sykehuset benytter benchmarking og lean-metodikk. Et av lean-prosjektene går ut på å forbedre konkrete elementer i flyten av operasjonsdagen, som oppstart/forskyvning av operasjon, pasientflyt, administrativ flyt og aktivitetsforbedringer.

- *Det regionale helseforetaket er pålagt å legge fram for departementet en plan med konkrete tiltak for å redusere ventetider og implementere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer for hvert enkelt helseforetak og regionen samlet, innen 1. april 2015. Departementet vil legge planene til grunn for oppfølgingsmøtene gjennom 2015. Helseforetaket vil i eget brev bli gitt nærmere anvisning om hvordan en slik plan skal utarbeides og frist for innsending av bidrag til Helse Sør-Øst RHF.*

Sykehuset Telemark har utarbeidet en plan etter definert mal, og sendt denne til Helse Sør-Øst RHF innen angitt frist.

- *Ingen fristbrudd.*

Målet er på det nærmeste nådd for 2015. Det har vært lagt ned et betydelig arbeid i klinikkene for å få kontroll med fristbrudd i 2015. Opplegget og føringene i det regionale tilgjengelighetsprosjektet har vært fulgt. I tillegg har vi hatt målrettet fokus på de fagområdene med størst utfordringer. Klinikksjefene har iverksatt målrettede tiltak med opplæring i registreringspraksis i aktuelle avdelinger. Det har vært fokus på at time gis med god margin til fristdato, slik at korte fristbrudd ikke oppstår. Spesifikt ønsker vi å nevne den gode utviklingen innen mage/tarm-sykdommer, hvor 79 avviklede pasienter den hadde fristbrudd 1. juni 2015 mot 3 pasienter 1. januar 2016. Tilsvarende var det 83 ventende pasienter med fristbrudd den 1. juni 2015 mot 5 den 1. januar 2016.

For plastikkirurgi er det en stor utfordring med etterslep av pasienter. Til tross for at kapasiteten økes i 2016 forventes det en økning i fristbrudd knyttet til plastikkirurgi.

Innen mage/tarm-sykdommer har det i noe grad blitt gjort avtale med privat leverandør. For urologi har det vært benyttet avtalespesialister og ekstrapoliklinikk for å redusere fristbrudd i 2015.

I psykiatrien er det nødvendig å bruke private leverandører til langtids rusbehandling (døgn), familie- og rusbehandling, gravide rusmisbrukere, samt i forhold til pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser (døgn).

- *Det skal etableres flere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer.*

Helseforetaket har etablert behandlingsforløp for akutte hjerteproblemer, hjerneslag, hoftebrudd, kneproteser, kols, normal fødsel og psykoselidelser.

Notodden sykehus har hatt et pilotprosjekt på rus/avhengighet med relasjon til somatisk sykdom. Dette arbeidet vil i 2016 bli videreført for å sikre gode rutiner og samarbeid mellom somatikk og psykiatri. Tidlig intervensjon ved screening i mottak og tilgjengelig ruslison fra akutt rusteam vil sikre standardisert kartlegging, som utgangspunkt for videre standardisert pasientforløp. Samarbeid med fastleger og ruskontakter i kommunen vil være viktig.

Sykehuset Telemark har innført alle 28 pakkeforløp for kreft i henhold til innføringsplanen. Innføringen er koordinert via en tverrfaglig koordineringsgruppe.

- *Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp skal være 70 prosent.*

Det finnes foreløpig bare tilstrekkelig tallgrunnlag for måltall for et fåtall av forløpene. Sykehuset har primært hatt hovedfokus på implementering av pakker for de fire store kreftformene. Dette er bryst, tykktarm, lunge og prostata.

For brystkreft innfrir STHF alle krav. For tykktarm og lunge viser de siste interne målingene at vi langt på vei innfrir kravene. Prostata ligger tett oppunder kravet og vi forventer å innfri dette i 2016. For andre pakkeforløp har vi økt coloskopi kapasitet, bedret logistikk og samhandling mot radiologi og patologi. Vi arbeider nå tett mot fagmiljøene for å få frigitt bemanning og øke kompetansen innen forløpskoordinatorsegmentet. Å få på plass et monitoreringssystem for pasienter i forløp er helt essensielt for å oppnå målene. Sykehuset planlegger å få på plass et slikt system i løpet av første halvdel 2016.

Spesielle forhold knyttet til registrering av pakkeforløp kreft:

- Vi erfarer at det er betydelige uklarheter om registreringer av pasienter som i større eller mindre grad får sin diagnostikk og behandling utført ved andre HF.
- Erfaringer fra Danmark viser at et monitoreringssystem er nødvendig for å kunne holde oversikt hvor i forløpet hver enkelt pasient er, slik at tiltak kan settes inn for å ivareta de gitte forløpstidene. Bruk av et monitoreringssystem vil øke sannsynligheten for å oppnå krav til forløpstider.

Måloppnåelse for alle pakker i 2016 er kun mulig hvis det etableres et monitoreringssystem, samt at det blir klarere retningslinjer for registrering, spesielt mellom helseforetakene.

- *Andel pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp skal være 70 prosent.*

For flere av forløpene oppnår vi ikke målet. Vår analyse viser at dette i hovedsak skyldes tre faktorer:

- Prostatapasienter som er i en ”overvåkningsfase”, blir ikke registrert før det med større sikkerhet er påvist kreft. For å kunne stille en sikrere diagnose/beslutte behandlingsforløp i en tidlig fase for prostatakreft, er det ofte behov for at det går en viss tid for å se i hvilken retning dette utvikler seg. Det er nok i stor grad behov for å følge en slik praksis også fremover, men vi vil forsøke å følge opp enda tettere, slik at avklaring blir fattet så tidlig som mulig.
- Enkelte inneliggende pasienter er ikke registrert korrekt. Det vil bli en gjennomgang på aktuelle fagområder i 2016 med tanke på riktig registrering.
- Uklarheter omkring registrering/registreringstidspunkt for pasienter hvor diagnostikk/behandling delvis skjer ved andre HF. Det er tett dialog med myndigheter og andre HF for å komme frem til en felles forståelse.

- *Pasienter som henvises til pakkeforløp skal få god informasjon fra sykehuset om forventede forløpstider for de ulike fasene i pasientforløpet. Terminologien i de nasjonale pakkeforløpene skal være førende for alle informasjonstekster.*

Intern og ekstern informasjon er utarbeidet og formidlet blant annet via vår hjemmeside ([forløpstider på STHFs hjemmeside](#)). Det er også utarbeidet et enkelt flytskjema for de forløpene hvor diagnostikk og behandling i stor grad skjer internt.

- *Sykehus som utreder og behandler kreftpasienter skal ha forløpskoordinatorer med nødvendige fullmakter.*

Forløpskoordinatorer og forløpsansvarlige leger er definert for alle pakkeforløpene. Multidisiplinære team er opprettet for pakkeforløpene i henhold til overordnede krav.

- *Alle helseforetak som behandler kreft skal ha kontaktinformasjon til forløpskoordinatorer tilgjengelig på internett slik at både pasienter som er henvist til pakkeforløp og fastleger vet hvor de skal henvende seg.*

Kontaktinformasjon til kreftkoordinator/forløpskoordinator er publisert på sykehusets hjemmeside ([Kreftbehandling/pakkeforløp ved Sykehuset Telemark - kreftkoordinator-forløpskoordinator](#)).

- *Helseforetaket skal delta i arbeidet med å videreutvikle prostatasentrene i regionen slik at det sikres kvalitet i den kirurgiske kreftbehandlingen.*

Urologisk seksjon ved STHF er en del av “Prostatakreftsenteret for VV, ST og SiV”. Urologiske leger og aktuelle samarbeidspartnere i STHF, deltar i formelle samarbeidsmøter og har et godt uformelt samarbeid med de øvrige avdelinger i senteret. Formålet er å gi alle pasientene i sykehusområdet likeverdig utredning og behandling. Medisinsk serviceklinikk ved STHF har hatt en representant fra patologi i dette arbeidet mot SiV.

- *Offentliggjøre og bruke pasienterfaringer i systematisk forbedringsarbeid.*

Den årlige rapporten Pasienterfaringer med norske sykehus (Pasopp) utarbeidet av Kunnskapsenteret og de interne brukerundersøkelsene offentliggjøres løpende på sykehusets hjemmeside ([Sykehuset Telemark HF](#)). STHF har ferdigstilt et prosjekt for å fornye pasienttilfredshetsundersøkelsene. Ny intern brukerundersøkelse er nylig vedtatt og tas i bruk på starten av 2016.

I psykiatrien er det ansatt to erfaringskonsulenter med oppstart 1. desember 2015 i sykehusavdelingen.

Ungdomsrådet ved STHF ble stiftet i 2015. Dette rådet skal ivareta pasientstemmen fra barn og unge og gi råd til administrerende direktør for forbedringsarbeid og god utvikling av Sykehuset Telemark HF.

I det systematiske forbedringsarbeidet benyttes også brukere, som deltar i arbeidsgrupper for utvikling av tjenestetilbudet.

- *Alle helseforetak som har barneavdelinger skal opprette ungdomsråd.*

I desember 2015 ble ungdomsrådet ved STHF stiftet. To koordinatorer bistår ungdomsrådet. Ungdomsrådet skal ivareta pasientstemmen fra barn og unges perspektiv og gi råd til administrerende direktør for god utvikling av STHF på linje med brukerutvalget. Leder og nestleder i ungdomsrådet møter også i brukerutvalget. Ungdomsrådet og brukerutvalget har samme sekretær.



### 3.6. Kvalitet og pasientsikkerhet

- *Medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status skal ha nasjonal dekningsgrad og god datakvalitet. Helseforetaket skal bidra til dette ved å rapportere til disse i henhold til krav.*

Sykehuset Telemark rapporterer til de aller fleste nasjonale kvalitetsregistrene. Det er spesielle forhold som forårsaker manglende rapportering til følgende registre:

- Nasjonalt register for kols; Registeret er i etableringsfase, og det ble i 2015 bevilget oppstartsstipend for sykehus som ønsker å starte innregistrering
- Diabetesregister for voksne; Registeret mener at deres største problem er at 4000 allmennleger også skal rapportere. Det er i primærhelsetjenesten de fleste med diabetes får oppfølging og det er derfor viktig å hente ut data derfra også. Dette har de knapt med ressurser til.

- *Helseforetaket skal bidra i Helsedirektoratets arbeid med daglig oppdaterte data i Norsk pasientregister.*

Sykehuset Telemark HF stiller seg til disposisjon for å bidra til og tilrettelegge for automatisert uttrekk og løpende oppdatert informasjon fra Norsk pasientregister (NPR). Foretaket deltar i prosjektet hvor Helsedirektoratet har en ordinær revisjon av NPR-meldingen. I 2015 har NPR gjennomført månedlig rapportering.

- *Helseforetakene skal formidle og kommunisere kvalitetsresultater og uønskede hendelser til pasienter, pårørende og offentligheten på egnet måte.*

Sykehuset Telemark ønsker å ha en åpenhetskultur. I enkeltsaker legges det vekt på involvering og egnet informasjon til pasienter/pårørende. Vår hjemmeside holdes oppdatert med informasjon om pasient- og kvalitetssikkerhet, blant annet ved å legge ut referat fra møter i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget, rapporter fra tilsyn og revisjoner og oversikt over de nasjonale kvalitetsindikatorene.

I løpet av 2015 har sykehuset startet med publisering av uønskede hendelser i anonymisert form. Hensikten med dette er å skape åpenhet om at uønskede hendelser er viktig for læring og forbedring, og det gir pasienter og publikum mulighet for å ha en realistisk forventning til helsetjenesten. Et åpent og ærlig helsevesen gir en mer troverdig helsetjeneste, som igjen er viktig for pasientens trygghet og tilliten til sykehuset. Publisering av uønskede hendelser gjøres på en enhetlig måte, slik at hensynet til taushetsplikt, personvern og arbeidsmiljø blir ivaretatt. Det er et mål at publiseringen skal reflektere hvordan kvalitetsarbeidet utføres.

Klinikksjef er ansvarlig for at klinikken publiserer 20 prosent av de pasientrelaterte uønskede hendelser, herunder utarbeider oppsummering av hendelsen med fokus på læring og forbedring. De 20 prosentene er et tilfeldig utvalg. Hver femte uønskede hendelse fra den enkelte klinikk publiseres.

Kvalitetsavdelingen er ansvarlig for publisering av statistikk kvartalsvis og kvalitetssikring av meldinger før publisering og kommunikasjonsavdelingen er ansvarlig for å publisere hendelsene.

- *Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Innen psykisk helsevern skal distriktpsikiatriske sentre og barne- og ungdomspsykiatri prioriteres. Veksten måles blant annet gjennom endring i kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet.*



Målet om høyere vekst innenfor psykiatrien enn somatikken er oppnådd når vi ser på polikliniske konsultasjoner for somatikk, voksenpsykiatri og rus. For barne- og ungdomspsykiatrien er det en nedgang i antall konsultasjoner sammenlignet med 2014, slik at den totale økningen i antall polikliniske konsultasjoner i psykiatrien er lavere enn for somatikken (3 prosent mot 4 prosent økning).

En sammenligning mellom økning i DRG-poeng for somatikken og polikliniske konsultasjoner i psykiatrien viser høyere aktivitetsvekst innen psykiatrien.

Det er høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på sykehusnivå. Aktivitetstallene for 2015 viser en liten økning innen somatikken (DRG) og en liten økning innen psykiatrien (polikliniske konsultasjoner), sammenlignet med fjorårets aktivitetsnivå.

Psykiatrien samlet har en aktivitetsvekst på 3,1 prosent. Voksenpsykiatrien (4,7 prosent) og TSB (4,8 prosent) har økning i aktiviteten, mens barne- og ungdomspsykiatrien har nedgang (-1,3 prosent). Somatikken viser en vekst på 1,2 prosent sammenliknet med fjorårets aktivitet, målt i DRG-poeng utført i eget HF.

Barne- og ungdomspsykiatrien viser en høyere aktivitet i andre halvår av 2015 og det forventes at dette aktivitetsnivået opprettholdes også i 2016, til tross for nye utfordringer med vakante stillinger. Behandlingskapasiteten i barne- og ungdomspsykiatrien har vært utfordrende gjennom året, og særlig første halvår var preget av svært lav aktivitet og også lav produktivitet. Aktiviteten og produktiviteten har vært økende i andre halvår etter hvert som færre terapeutstillinger er vakante, og nyansatte har kommet i gang med klinisk virksomhet. Ventelistene er samtidig holdt på et lavt nivå. Det registreres svært få fristbrudd og ingen økninger i antall avvísninger.

Bemanningen i psykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) viser en lavere nedgang enn for somatikk. Psykisk helsevern samlet har en nedgang på 0,7 prosent og somatikken en nedgang på 2,5 prosent sammenlignet med fjoråret.

Den gyldne regelen er fulgt opp gjennom året 2015 med fokus på ventelisteutvikling og aktivitetsnivå. Det er lagt ned stor innsats for å rekruttere behandlere i psykiatrien, og det er tydelig fokus på ventetider, antall ventende uten kontakt og fristbrudd. Det arbeides kontinuerlig med å øke antall konsultasjoner per behandler. Samtidig vil økt ambulant virksomhet kunne føre til lavere antall konsultasjoner.

Det legges opp til videre aktivitetsøkning i 2016, gjennom økt produktivitet og prioritering av terapeuters tid til pasientbehandling. Ventetidene er forventet å gå ned – ikke minst fordi vakante stillinger i større grad er besatt. Samtidig vil økt ambulant aktivitet kunne gi utfordringer i antall konsultasjoner per dag per behandler.

- *Helseforetaket skal, på grunnlag av de store ulikhetene i behandlingstilbudene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (jf. RHF-styresak 058-2014) vurdere samlet ressursinnsats, struktur og innhold som grunnlag for den videre utvikling av tjenestetilbudet.*

Sykehuset Telemark drifter i samarbeid med Sykehuset i Vestfold et tvangslidelsesteam (OCD team). Det er et godt samarbeid i sykehusområdet, og vi samarbeider på områdene tvang, alderspsykiatri, sikkerhetspsykiatri og kompetanseheving.

- *Pasienter i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarlig kunne velge mellom ulike behandlingstiltak, herunder behandlingstiltak uten medikamenter. Tilbudet utformes i nært samarbeid med brukerorganisasjonene.*

Fagrådet i HSØ har nedsatt en arbeidsgruppe som skal se på mulige virkningsfulle tiltak knyttet til oppdraget, og HSØ skulle ha etablert to slike tiltak innen 1. juni 2015. Sykehuset Telemark har avventet ytterligere dialog med HSØ om vår involvering.

Sykehuset Telemark tilbyr i dag medikamentfri behandling i polikliniske og døgnbaserte behandlingstilbud, men ikke i egne definerte medikamentfrie seksjoner. Forberedende diskusjoner om mulig implementering er igangsatt i klinikkens ledergruppe.

- *Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal i større grad innrette sine tjenestetilbud slik at personellet jobber mer ambulant og samarbeider nærmere med kommuner, skoler, barnevernet og fengslene. Legespesialister og psykologer inngår i det ambulante arbeidet ved distriktpsikiatriske sentre.*

Sykehuset Telemark har startet opp en prosess med utvikling av dagens akutteam. Målet er økt ambulant arbeid. Det er vedtatt etablering av et øyeblikkelig hjelp rusteam, som skal jobbe mye utadrettet. Det er lyst ut ny overlegestilling, som skal ha liasionvirksomhet som primæroppgave. Psykiatrien har ambulante tjenester på alle helseforetakets lokasjoner.

- *Helseforetaket skal starte innføring av et nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern etter modell fra Storbritannia, i samarbeid med Helsedirektoratet, jf. Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017.*

Kartleggingssystemet er ikke ferdig fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) sin side. Dette medfører at STHF ikke har startet innføringen av et nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern.

- *Andel årsverk ved distriktpsikiatriske sentre skal økes i forhold til antall årsverk innen psykisk helsevern i sykehus.*

Fordelingen av antall årsverk mellom distriktpsikiatriske sentre (DPS) og antall årsverk innen psykisk helsevern ble for 2015 budsjettert med 53 prosent for DPS og 47 prosent innen psykisk helsevern. Resultatet for 2015 ble en fordeling på 55 prosent innenfor DPS og 45 prosent innenfor psykisk helsevern.

For 2016 er det budsjettert med en fordeling på 57 prosent innenfor DPS og 43 prosent innenfor psykisk helsevern. Sykehuset Telemark svarer således opp målet for 2015 om økt andel innfor DPS, og det legges opp til en videre vekst innenfor DPS i budsjett for 2016.

- *Andel tvangsinnleggelser for helseforetaket skal reduseres sammenliknet med 2014.*

Sykehuset Telemark har ikke nådd målet for 2015 vedrørende tvangsinnleggelser. I 2014 hadde vi 131 innleggelser på §3-2 og 210 innleggelser på §3-3. Det utgjør 26 innleggelser per 10.000 innbyggere. I 2015 hadde vi 111 innleggelser på § 3-2 og 246 innleggelser på § 3-3. Det utgjør 26,2 innleggelser per 10.000 innbyggere.

(Tallene for 2015 inkluderer også opptaksområdet til DPS øvre Telemark. Dette ble i 2015 innlemmet i psykiatrien i Skien, men tidligere tall er nok også representative da det kun unntaksvis innlegges personer på tvang i øvre Telemark).

Målet planlegges nådd i løpet av 2016. Økt satsning på akuttambulante tjenester og opprettelsen av ø-hjelp rusteam og liasionpsykiater er konkrete tiltak som kan medføre reduksjon i antall tvangsinnleggelser i 2016. Andre tiltak er kontinuerlig fokus på redusert og riktig bruk av tvang. Dette diskuteres blant annet på interne fagdager, og på fagdager sammen med psykiatrien i Vestfold.

- *Det skal være etablert rutiner som sikrer at pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling får behandling for somatiske lidelser og tilsvarende at pasienter som behandles for somatiske lidelser også får tilbud om behandling for psykiske lidelser og/eller rusproblemer.*

Notodden sykehus har hatt et pilotprosjekt på rus/avhengighet med relasjon til somatisk sykdom. Dette arbeidet vil i 2016 bli videreført for å sikre gode rutiner og samarbeid mellom somatikk og psykiatri. Tidlig intervensjon ved screening i mottak og tilgjengelig rusliason fra akutt rusteam vil sikre standardisert kartlegging, og dette vil være et utgangspunkt for videre standardisert pasientforløp.

Samarbeid med fastleger og ruskontakter i kommunen vil være viktig. Etablering av akutt rusteam våren 2016 og prosjektoppstart i somatikken i begynnelsen av 2016 vil styrke samarbeidet rus-somatikk, spesielt relatert til overforbruk av alkohol.

- *Helseforetaket skal forberede ansvarsovertakelse for tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep eller videreføre eksisterende robuste kommunale overgrepsmottak gjennom avtaler fra 2016. Det skal avgis en særskilt rapportering med plan for arbeidet innen 1. april 2015 til Helse Sør-Øst RHF.*

Tilbud til barn er etablert i sykehuset. Når det gjelder tilbud til voksne er det etablert samarbeid med Skien kommune. Avtalegrunnlag er utarbeidet og avtalen vil inngås i begynnelsen av 2016.

- *Det skal etableres kombinerte stillinger som sosialpediatere med arbeidssted både i Statens barnehus og barneavdeling, og avsettes ressurser til sosialpediatrisk virksomhet i barneavdelinger som ikke har Statens barnehus i sitt opptaksområde.*

Sykehuset Telemark har på bakgrunn av ressursituasjonen ved Barne- og ungdomsklinikken ikke kunne imøtekomme krav om å etablere kombinerte stillinger som sosialpediatere i 2015. Det arbeides imidlertid med å etablere en løsning med barnehusets funksjoner i 2017 eller i 2018.

- *Tilbudet i gynekologiske avdelinger til abortsøkende kvinner som henvender seg direkte til sykehus skal styrkes.*

Tilbudet ble sikret allerede i 2014 og ytterligere endringer har ikke vært vurdert som nødvendige i 2015. Abortsøkende kvinner kan henvende seg direkte til sykehuset og vil bli mottatt raskest mulig. Informasjon om dette, samt kontaktinformasjon, ligger på sykehusets hjemmeside.

Et økende antall kvinner tar direkte kontakt og blir håndtert på samme måte som de som henvises fra fastlege eller andre instanser. Alle ansatte ved gynekologisk poliklinikk er kjent med ordningen.

- *Helseforetaket skal påse at pasientadministrative rutiner sikrer god ivaretagelse av nye pasientrettigheter som følge av endringene i pasient- og brukerrettighetsloven, ordningen med fritt behandlingsvalg og pakkeforløp for kreft. Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven trer i kraft i løpet av annet halvår 2015. Helseforetaket skal ta i bruk reviderte prioriteringsveiledere i 2015.*

Reviderte prioriteringsveiledere er tatt i bruk i Sykehuset Telemark. Administrative rutiner er tilpasset endringer i pasient- og brukerrettighetsloven, fritt behandlingsvalg og pakkeforløp kreft.

- *Helseforetaket skal holde seg oppdatert om beslutninger som blir gjort i Beslutningsforum og sørge for at klinisk praksis er i tråd med beslutningene. Det skal ikke tas i bruk metoder som er avvist av Beslutningsforum.*

Helseforetaket har etablert styrende dokumenter. Informasjon er gitt til relevante avdelinger og referater fra Beslutningsforum viderefremmes løpende.

- *Riksrevisjonens rapport fra 2014 om kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2013, påpeker blant annet avvik som kan knyttes til helseforetakenes databehandlingsansvar. Helseforetakets oppfølging av Riksrevisjonens rapport må også omfatte systemer for å håndtere bortfall av IKT i kjernevirksomheten.*

Sykehuset Telemarks beredskapsplan for bortfall av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) og telefoni er oppdatert. Planspill (Table-top øvelse) planlegges gjennomført i administrerende direktørs ledergruppe i 2016.

- *Sykehuset Telemark skal bidra til at befolkningen i Telemark får et godt og differensiert behandlingstilbud innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Sykehuset Telemark skal ivareta øyeblikkelig hjelp-ansvaret innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling for befolkningen i Telemark. Helseforetaket skal videre sammen med Borgestadklinikken sørge for at det etableres et tilstrekkelig antall utdanningsstillinger innen rusmedisin. Helseforetaket kan disponere de tre mill., som ble gitt i oppdrag og bestilling 2014 til å ivareta innleggelse etter helse- og omsorgstjenesteloven, som en delfinansiering også til å ivareta øyeblikkelig hjelp-ansvaret og spesialistutdanningen.*

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er i gang med rekruttering av spesialister, for å etablere et fullverdig ø-hjelp rustilbud. Vi har rekruttert psykologspesialist og vi arbeider med kandidat til spesialist i TSB. Målet er å ha rekruttert spesialisten i løpet av 2016.

Intensjonsavtalen med Borgestadklinikken er under arbeid og målsettingen er å ha denne på plass før sommeren 2016.

- *Helseforetaket skal drive kontinuerlig forbedringsarbeid innen legemiddelområdet og, i samarbeid med Sykehusapotekene, medvirke til å sikre gode og effektive pasientforløp og arbeidsprosesser for å oppnå god pasientsikkerhet og økt effektivitet. Pasientgrupper som spesifikt har behov for informasjon og oppfølging av legemiddelbehandling gjennom sykehusoppholdet og ved utskrivning skal prioriteres.*

Det er etablert et godt samarbeid med sykehusapotekene. Sykehuset har avtale om å bruke to farmasøytiske årsverk til forbedringsarbeid innen legemiddelområdet. Dette benyttes blant annet til legemiddelgjennomgang innen ortopedi, barnemedisin og indremedisin. Spredning av innsatsområdet "Samstemming av legemiddellister" har økt fra 36 prosent i første tertial til 67 prosent i andre tertial 2015. Det har vært utfordrende med implementering i somatikken. Psykiatri er godt i gang og her er det etablert en legemiddelkomite, som følger opp på dette målområdet. Ny plan for videre implementering utarbeides i samarbeid med Sykehusapoteket Skien. Denne ble lagt frem i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget (KPU) i STHF 26. januar 2016.

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

- *Det skal etableres tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for legespesialister, herunder i den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin som skal gjennomføres i henhold til Helsedirektoratets rammeverk.*

For de kirurgiske fagområdene generell kirurgi, gastrokirurgi, ortopedi, mamma/endokrinkirurgi, gynekologi og fødselshjelp, øre/nese/hals, urologi og plastikkirurgi, er det gjennomført en risikovurdering av rekrutteringssituasjon og antall utdanningsstillinger. Det er god rekruttering til stillinger som lege i spesialisering (LIS) i alle fagområdene. Antall utdanningsstillinger vurderes som hensiktsmessig på kort og mellomlang sikt. Utfordringen ligger i å beholde utdanningskandidatene når de har fullført spesialisering, og vi er spent på hvordan innføring av faste LIS-ansettelser vil innvirke på dette.

Medisinsk serviceklinikk har etablert to nye utdanningsstillinger innen radiologi i 2015. Innen patologi er det redusert en utdanningsstilling i patologi og vi arbeider for at denne utdanningsstillingen er på plass igjen i 2017.

Medisinsk klinikk har gjennomgått fagområdene, indremedisin, nevrologi og fysikalsk medisin og rehabilitering, og planlagt rekrutteringsbehov utfra et påregnet scenario i 2020 og 2025. Konklusjonen etter dette arbeidet er at rekrutteringssituasjonen og antall utdanningsstillinger er tilfredsstillende på disse fagområdene.

I pediatri er tilgangen på LIS god, og det er etablert tilstrekkelig antall utdanningsstillinger. I barne- og ungdomspsykiatri ligger det en begrensning med hensyn til antall LIS, som følge av at vi har få overlegestillinger, men i dag er likevel situasjonen bedre enn den noen gang har vært. Det vil fremdeles være behov for et tydelig fokus på rekruttering, ettersom det er en mangel på barne- og ungdomspsykiatere.

Akutt og beredskapsklinikken har full dekning for LIS og svært gode kandidater.

Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er det opprettet en utdanningsstilling til ø-hjelp rus, og det arbeides med opprettelse av utdanningsstilling i rus og psykiatripoliklinikken i Skien. Det søkes om slik godkjenning. Hvis poliklinikken blir godkjent, forventes dette å være på plass andre halvdel av 2016.

I psykiatrien er det mangel på spesialister og det må vurderes flere LIS-stillinger.

Fastleger må ha sykehustjeneste i sin spesialisering og sykehuset vil tilrettelegge for dette.

- *Det skal utvikles strategi for kompetansedeling og kompetanseutveksling med kommunale helse- og omsorgstjenester i regionen. Helseforetaket skal bidra i dette arbeidet*

Det ble foretatt en kartlegging av kompetansebehov i kommunen. Resultatet av kartleggingen dannet grunnlaget for hva STHF skulle arbeide med i 2015 for kompetansedeling og kompetanseutveksling med kommunale helse- og omsorgstjenester i regionen.

Sykehuset Telemark har i 2015 arrangert tre fagdager for kommunalt ansatte. Hovedmålgruppen var ansatte i de kommunale ø-hjelp sengene. Øvrige kommunalt ansatte hadde også anledning til å delta på fagdage. Fokuset har vært å styrke observasjons-, vurderings- og behandlings-kompetansen innenfor de fagområdene som samhandlingsreformen definerer skal over på kommunalt nivå.

Det er laget en egen delavtale for gjensidig hospitering. STHF ser at dette er en arena for kompetansedeling og kompetanseutveksling. Mulighet for hospitering gjelder også innenfor læring og mestringstilbudet ved STHF

Det er utviklet ambulante tjenester og team innen somatikk, psykiatri og rusbehandling. Å jobbe sammen med kommunalt ansatte i direkte klinisk arbeid er en viktig arena for kompetansedeling. Palliativt team har spesielt fokusert på kompetanseheving ut mot fast legegruppen. I 2015 var kommunene i Telemark med på å delfinansiere lønnen til lege med spesialområde innen palliasjon.

STHF har vært med på å bygge opp ulike faglige nettverk for blant annet å dele kompetanse. Et eksempel er oppbyggingen av KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom) nettverk, hvor alle 18 kommunene i Telemark deltar.

I kommunene er det 38 nettverkskontakter, som regelmessig har faglige møter.

- *Det skal etableres kompetansenettverk i klinisk rettsmedisin i samarbeid med de institusjonene som i dag ivaretar rettspatologi og klinisk rettsmedisin.*

Helseforetaket har opprettet faglig kontakter mot OUS.

### **3.8. Forskning og innovasjon**

- *Sykehuset Telemark skal bidra til realiseringen av tiltak som er foreslått i HelseOmsorg21 og som prioriteres av Helse Sør-Øst RHF i dialog med de andre regionale helseforetakene.*

Hovedpunktene i HelseOmsorg 21 ligger som en del av vår daglige virksomhet, og ivaretas gjennom de lokale, regionale og nasjonale forsknings- og innovasjonsaktivitetene som vi deltar i. Sykehusets strategiplan og FoUs handlingsplan tilstreber en forankring av forskning som et ansvar for ledelsen av klinikkene. Det er viktig for profilering og rekruttering til sykehuset. Videre er erfaring fra forskning en forutsetning for gode, kunnskapsbaserte vurderinger og prioriteringer av behandlingstilbud, og en forutsetning for høy kvalitet og effektivitet i tjenestetilbudet. Handlingsplanen for forskning ved STHF fokuserer på økt samarbeid med andre aktører i og utenfor regionen, konkrete tiltak for styrking av forskerkompetansen lokalt og styrking av evnen til å konkurrere om eksterne forskningsmidler.

## **Forskning**

- *Sykehuset Telemark skal ta delta i nasjonale forskningsnettverk som er faglig relevante for helseforetaket.*

Sykehuset Telemark deltar i flere nasjonale forskningsnettverk, som gastroenterologisk endoskopi (Gastronet), infeksjonsmedisin (borrelia diagnostikk), medisinsk genetikk, arbeidsmedisinsk forskning og slag.

- *Sykehuset Telemark skal legge til rette for styrket brukermedvirkning i forskning.*

Vi har gjennom forskningsutvalget (FU) besluttet å invitere to representanter fra Sykehusets brukerutvalg til å sitte i FU for å legge til rette for styrket brukermedvirkning i forskning. Tentativ oppstart er mars 2016.

## **Innovasjon**

- *Sykehuset Telemark skal ta initiativ til og/eller delta i innovasjonsprosjekter der samarbeid med andre helseforetak/sykehus blir vurdert.*

Sykehuset Telemark er involvert i fire pågående innovasjonsprosjekter, hvorav tre er innmeldt til Inven2 (Inven2 er Norges største aktør innen kommersialisering av forskning. Dette eies av Universitetet i Oslo og Oslo Universitetssykehus).

- *Sykehuset Telemark skal utnytte nyanskaffelser til å fremme innovasjon.*

Sykehuset Telemark har et etablert system både for prioritering av anskaffelser (investeringer) og innføring av nye metoder. I 2015 har det blitt gjort en mini-metodevurdering (lymfangiografiveiledet lymfovenøs bypass for lymfeødem) med hjelp av ressurser fra bibliotek, økonomi, og vurdering fra fagfeltet i USA. Arbeidet avdekket for lite kunnskapsgrunnlag, og vi har valgt å gå videre i form av en studie i samarbeid med Universitetet i Oslo. Studien avventer REK-godkjenning.



### 3.9. Styringsparametre 2015

Styringsparametre	Mål	Status (og regionens gj.snitt)		
Tilgjengelighet og brukerorientering		HF	RHF snitt	
<p><i>Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten, somatikk</i></p> <p><i>Bes spesielt om kommentarer knyttet til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- Tiltak med å redusere ventetider for prioriterte og ikke-prioriterte pasienter</i></li> <li><i>- Langtidsventere (ventetid over 1 år)</i></li> <li><i>- Tiltak for å forhindre variasjon i effektivitet og ventetider</i></li> <li><i>- Bruk av private leverandører på Helse Sør-Øst avtaler</i></li> </ul>	<p><i>Under 65 dager</i></p>	<p><i>3. tert. 2015:</i></p>	<p>55,2</p>	<p>68,4</p>
<b>Kommentarer:</b>				
<p>Sykehuset Telemark har nådd målet om at gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal være under 65 dager. Gjennomsnittlig ventetid forventes å forbli på et lavt nivå også i 2016.</p> <p>Innen mage/tarm sykdommer har det i noe grad blitt gjort avtale med privat leverandør. For urologi har det vært benyttet avtalespesialister og ekstrapoliklinikk for å redusere fristbrudd i 2015. Det er ikke konkrete planer videre om dette med unntak av ekstrapoliklinikk ved behov.</p> <p>I psykiatrien er det nødvendig å bruke private leverandører til langtids rusbehandling (døgn), familie og rusbehandling, gravide rusmisbrukere, samt i forhold til pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser (døgn).</p> <p>Antallet langtidsventere har økt jevnt gjennom 2015 (fra om lag 100 til 400). Innen kirurgiske fag dreier dette seg hovedsakelig om plaskikkirurgiske pasienter innen postbariatri, samt en mindre gruppe menn som er akseptert for sterilisering. Sistnevnte gruppe avvikles langsamt med lav prioritet. Sykehuset aksepterer ikke lenger nye henvisninger for mannlig sterilisering. Når det gjelder postbariatri er det stor underkapasitet i hele HSØ. Denne pasientgruppen er stor ved STHF, i og med at vi er et av få sykehus i regionen som tilbyr denne type behandling. Sykehuset samarbeider med HSØ om utvidelse av kapasiteten både lokalt og regionalt, men vi forventer en ytterligere økning av andelen langtidsventere innen postbariatri.</p> <p>Omorganisering med gjennomgående klinikker er gjennomført. Dette sikrer likere praksis mellom sykehusene. Samarbeid om ventelister på tvers av lokasjoner bidrar til utjevning av ulikheter i ventetid. Aktuelle fagområder deltar i tilgjengelighetsprosjektet i regi av Helse Sør-Øst. Her har vi blitt mer bevisste på flaskehals og effektiv ressursutnyttelse.</p> <p>Sykehuset Telemark har implementert alle 28 pakkeforløp innen kreft. En tverrfaglig koordineringsgruppe møtes jevnlig og deler erfaringer og utfordringer. Korrigerende tiltak iverksettes når dette er nødvendig. Innen slagbehandling har vi implementert behandlingslinje, og det er utarbeidet behandlingslinje innen akutt rus.</p> <p>Helseforetaket benytter simulering som metodikk inn i kontinuerlig forbedring. Et eksempel er simuleringsøvelser ved trombolysbehandling for å redusere «door to needle time».</p>				



<p>Sykehuset benytter benchmarking og leanmetodikk. Et leanprosjekt går ut på å forbedre konkrete elementer i flyten av operasjonsdagen, som oppstart/forskyvning av operasjon, pasientflyt, administrativ flyt og aktivitetsforbedringer.</p>				
<i>Andel fristbrudd for rettighetspasienter - avviklede, somatikk</i>	0 %	3. tert. 2015:	10,2 %	5,3%
<i>Kommentarer:</i>				
<p>Oppgitt tall i tabellen for STHF er per tredje tertial 2015. Dette tallet er lavere per fjerde kvartal 2015 og målet er på det nærmeste nådd for 2015 per utgangen av desember 2015.</p> <p>Spesifikt ønsker vi å nevne den gode utviklingen innen mage/tarm-sykdommer, hvor 79 avviklede pasienter den 1.juni 2015 hadde fristbrudd mot 3 den 1.januar 2016. Tilsvarende var det 83 ventende pasienter med fristbrudd den 1. juni 2015 mot 5 den 1. januar 2016.</p> <p>Det har vært lagt ned et betydelig arbeid i klinikkene for å få kontroll med fristbrudd i 2015. Opplegget og føringene i det regionale tilgjengelighetsprosjektet har vært fulgt. I tillegg har vi hatt målrettet fokus på de fagområdene med størst utfordringer. Klinikksjefene har iverksatt målrettede tiltak med opplæring for registreringspraksis i aktuelle avdelinger. Det har vært fokus på at time gis med god margin til fristdato, slik at korte fristbrudd ikke oppstår.</p> <p>For plastikkirurgi er det en stor utfordring med etterslep av pasienter. Til tross for at kapasiteten økes i 2016 forventes det en økning i fristbrudd knyttet til plastikkirurgi.</p>				
<i>Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp</i>	70 %	3. tert. 2015:	68%	73%
<i>Kommentarer:</i>				
<p>STHF ligger tett opp til målsetningen. Det har vært krevende å finne fram til riktige registreringsrutiner, spesielt for pasienter hvor diagnostikk og behandling er fordelt mellom flere HF og for prostatapasienter som ofte har et lengre venteforløp for bedre å kunne vurdere sykdomsutviklingen.</p>				
<i>Andel pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp</i>	70 %	3. tert. 2015:	76%	64%
<i>Kommentarer:</i>				
<p>STHF er spesielt fornøyd med at vi blant de beste når det gjelder brystkreft. Vi har hatt betydelige utfordringer når det gjelder koloskopikapasitet, men iverksatte tiltak viser betydelig forbedring innen dette området. Vi arbeider for å få på plass et elektronisk monitoreringssystem som vil bidra til ytterligere reduksjon av forløpstidene.</p>				
<i>Kvalitet og pasientsikkerhet</i>			<i>HF</i>	<i>RHF snitt</i>
<i>Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus</i>		<i>Kunnskapscenterets rapport for resultater ved norske sykehus (2015). Foretaket bes kommentere egne resultater sett opp mot RHF-resultatet.</i>		
<i>Kommentarer:</i>				
<p>Det finnes flere måleparametere for brukererfaring ved Sykehuset Telemark. PasOpp, kvalitetsregistre, HSØs omdømmemålinger og pasienttilfredshetsundersøkelser er eksempler på dette. Tilbakemeldinger fra brukerutvalg, ungdomsråd og erfaringskonsulenter er vesentlig i kvalitetsarbeidet. Sykehuset Telemark følger også nøye med på innspill og reaksjoner som kommer fram gjennom</p>				

<p>tradisjonelle- og sosiale medier.          Sykehuset Telemark publiserer uønskede hendelser på nettet, og vi ønsker å vise åpenhet og være tilgjengelig for kritikk i det offentlige rom.          Sykehuset Telemark publiserer kvalitetstall både internt og eksternt, og de blir også lagt fram for ledere og styret. Resultater fra de nasjonale undersøkelsene varierer fra område til område.          HSØs omdømmemåling viser at omdømmet til sykehuset har svekket seg de siste årene sammenliknet med snittet i HSØ.          Bruken av pasienttilfredshetsundersøkelsen har vært lav. Nye undersøkelser og rutiner for gjennomføring er utarbeidet og vil bli tatt i bruk fra og med 1. mars 2016.          Sykehuset Telemark har som mål å publisere minst 20 prosent av de uønskede hendelsene på nettet. I strategien for 2016-2019 er det satt klare mål for kvaliteten på brukererfaring.</p>				
<i>Sykehusinfeksjoner</i>	<i>Under 3%</i>	<i>Per mai 2015:</i>	<i>4,2%</i>	<i>4,2%</i>
<i>Kommentarer:</i>				
<p>Sykehuset Telemark har ikke nådd målet for 2015 til tross for tiltak. Det har vært jobbet spesifikt inn mot postoperative sårinfeksjoner, og vi har lyktes med å redusere disse innen alle områder med unntak av ett (totalprotese hofte). Det har vært kontinuerlig fokus på håndhygiene og smykkeforbud.</p> <p>Pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområder med forebygging av urinveisinfeksjoner og infeksjoner knyttet til sentralvenøse katetre er implementert. Arbeidet fortsetter i 2016, og i tillegg vil et antibiotikastyringsprogram implementeres.</p>				
<i>Andel tvangsinnleggelse psykisk helsevern voksne</i>	<i>2. tert. 2015</i>	<i>17,4%</i>	<i>20,4 %</i>	
<i>Kommentarer:</i>				
<p>Tall for 2014 forelå ikke ved rapportering av årlig melding 2014. Vi kartla da antall tvangsinnleggelse per 10 000 innbyggere over 18 år og eldre gjennom hele året. Da var det 26 innleggelse per 10 000 innbyggere.</p> <p>Tallet for 2015 er ifølge lokal rapportering 26,2 innleggelse per 10 000 innbyggere. Klinikken har et kritisk fokus på tvang i psykisk helsevern og vil sette et særskilt fokus på tvangsbehandling uten døgnopphold og behandling med legemidler uten eget samtykke i 2016. Andel tvangsinnleggelse av totalt antall innleggelse var 18,44 prosent i 2015.</p>				
<i>Andel pasienter 18-80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse</i>	<i>20 %</i>	<i>2. tertial 2015</i>	<i>12,5%</i>	<i>13,3%</i>
<i>Kommentarer:</i>				
<p>Andel trombolysbehandling er over tid har økt og tidvis vært over 20 prosent. Det jobbes aktivt og målrettet med slagbehandlingen ved Sykehuset Telemark. Høsten 2015 ble det etablert en behandlingslinje som sikrer samhandling med fastlege/kommune. Slagenheten bruker nå også simuleringstrening for å redusere "door-needle time" for disse pasientene slik at flere kommer innenfor det kritiske tidsvinduet.</p>				
<i>Andel pasienter med hjerneslag som legges direkte inn på slagenhet</i>		<i>2. tertial 2015</i>	<i>82,4%</i>	<i>91,4 %</i>
<i>Kommentarer:</i>				
<p>Tallet er ikke overensstemmende med de tallene sykehuset har hentet ut fra Norsk Hjerneslagsregister og Norstrioce. Tallene til og med 3. kvartal 2015 viser ca. 96 prosent ved slagenheten STHF Skien. Det</p>				

har vært jobbet systematisk med alle deler av pasientflyten fra ictus til prehospital til akuttmottak og direkte til CT.				
<i>Overlevelse 30 dager etter innleggelse på sykehus</i>		2014	94,9%	95,1%
<i>Kommentarer:</i>				
30-dagers overlevelse viser noe økning sammenliknet med 2013 og 2012. Parameteret ligger like i underkant av snittet for regionen i 2014, men ikke signifikant under. Det har blitt iverksatt spesifikke tiltak for å bedre 30-dagers overlevelse etter både hjerneslag og hjerteinfarkt, men det har ikke vært jobbet konkret inn mot 30-dagers totaloverlevelse.				
<i>Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre</i>	<i>Kunnskapssenterets rapport for resultater fra pasienterfaringsundersøkelsen (2014). Foretaket bes kommentere egne resultater sett opp mot RHF-resultatet.</i>			
<i>Kommentarer:</i>				
Vi har to DPS, øvre Telemark og nedre Telemark. Nedre Telemark er i undersøkelsen delt inn i tre lokasjoner, Skien, Porsgrunn og Vestmar. Samlet sett er indeksscorene til våre to DPS høyere på samtlige punkter enn snittet i HSØ. Også på enkeltspørsmålene skårer vi høyere enn snittet i HSØ. Det er likevel noen utfordringsområder, spesielt i nedre Telemark hvor fastlegene er mindre tilfreds med faglig bemanning og stabilitet, samt kontakt i akutte situasjoner i Vestmar. Fastlegene er også mindre tilfredse med den organiserte veiledningen. Disse områdene kan i stor grad forklares med perioder med vikarer og utfordringer med å rekruttere nok spesialister. I DPS øvre Telemark er resultatene bedre på samtlige punkter, sammenlignet med snittet i HSØ, og vi har ingen områder som skiller seg markant ut i negativ retning.				
<i>Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling</i>	<i>Kunnskapssenterets rapport for resultater fra pasienterfaringsundersøkelsen (2014). Foretaket bes kommentere egne resultater sett opp mot RHF-resultatet.</i>			
<i>Kommentarer:</i>				
Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling har ikke døgnplasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.				

<p><i>Den gyldne regel</i></p> <p><i>Bes spesielt kommentarer knyttet til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hvordan foretaket jobber målrettet mellom tjenesteområdene for å etterleve prioriteringsregelen</li> <li>- Sammenheng mellom faktisk aktivitet 2015 og bemanningsvekst på tjenesteområdene</li> <li>- Underliggende faktorer som forklarer utviklingen</li> </ul>	<p><i>Foretakets egne vurderinger om hvordan vi har støttet opp om regionens mål om høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling. Vurderingen skal gjelde både aktivitet, bemanning, kostnader og ventetider</i></p>
<p><i>Kommentarer:</i></p>	
<p>En sammenligning mellom økning i DRG-poeng for somatikken og polikliniske konsultasjoner i psykiatrien viser høyere aktivitetsvekst innen psykiatrien.</p> <p>Målt i antall polikliniske konsultasjoner er det en høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Aktivitetstallene for 2015 viser en liten økning innen somatikken (DRG) og en liten økning innen psykiatrien (polikliniske konsultasjoner) sammenlignet med fjorårets aktivitetsnivå. Psykiatrien samlet har en aktivitetsvekst på 3,1 prosent. Voksenpsykiatrien (4,7 prosent) og TSB (4,8 prosent) har økt aktiviteten mens barne- og ungdomspsykiatrien har redusert aktivitet (-1,3 prosent). Somatikken viser en vekst på 1,2 prosent sammenliknet med fjorårets aktivitet, målt i DRG-poeng utført i eget HF.</p> <p>Bemanningen i psykiatri og TSB viser en lavere nedgang enn for somatikk. Psykisk helsevern samlet har en nedgang på 0,7 prosent, og somatikken har en nedgang på 2,5 prosent sammenliknet med fjoråret.</p> <p>Barne- og ungdomspsykiatrien viser en høyere aktivitet i andre halvår av 2015 og det forventes at dette aktivitetsnivået opprettholdes også i 2016 til tross for nye utfordringer med vakante stillinger. Behandlingskapasiteten i barne- og ungdomspsykiatrien har vært utfordrende gjennom året, og særlig første halvår var preget av svært lav aktivitet og lav produktivitet. Aktiviteten og produktiviteten har vært økende i andre halvår fordi ledige stillinger har blitt besatt, og nyansatte har kommet i gang med klinisk virksomhet. Ventelistene er samtidig holdt på et lavt nivå, det registreres svært få fristbrudd og det er ingen økninger i antall avvisninger.</p> <p>Den gylne regelen er fulgt opp gjennom året. Det er lagt ned stor innsats for å rekruttere behandlere i psykiatrien, og det er tydelig fokus på ventetider, antall ventende uten kontakt og fristbrudd. Det arbeides kontinuerlig med å øke antall konsultasjoner per behandler. Samtidig vil økt ambulant virksomhet kunne føre til lavere antall konsultasjoner.</p> <p>Det legges opp til videre aktivitetsøkning i 2016, gjennom økt produktivitet og prioritering av terapeuters tid til pasientbehandling. Ventetidene er forventet å gå ned. Det er forventet at flere vakante stillinger blir besatt. Samtidig vil økt ambulant aktivitet kunne gi utfordringer i antall konsultasjoner per dag per behandler.</p>	

## 3.10. Organisatoriske krav og rammebetingelser

### Styring og oppfølging

- *Regjeringen har iverksatt arbeid med å redusere tidstyver. Det skal særlig legges vekt på tiltak som bidrar til å realisere pasientens helsetjeneste. Helseforetaket bør løpende vurdere forenklinger av sine egne rapporteringskrav. Helseforetaket skal gi tilbakemeldinger til Helse Sør-Øst RHF på rapporteringskrav som blir stilt fra departementet og andre myndigheter som blir oppfattet som uhensiktsmessige.*

Sammelignet med øvrige HF i regionen har Sykehuset Telemark en relativt liten og sårbar stab. Det er satt i gang et arbeid for å forenkle og optimalisere virksomhetsstyringen. Det har vært jobbet med å forenkle og standardisere egen rapportering, blant annet gjennom å legge til rette for å god og relevant rapportering i de løpende dialogmøtene. Selv om helseforetaket synes det stilles krevende og omfattende rapporteringskrav, er det ikke gitt tilbakemeldinger om hensiktsmessighet.

- *Helseforetaket skal forholde seg til krav og føringer som følger av regjeringens eierskapspolitikk (jf. Meld. St. 27 (2013–2014) Et mangfoldig og verdiskapende eierskap). Helseforetaket skal føre en ansvarlig arbeidsgiverpolitikk som også bidrar til å sikre tilgang på helsepersonell i framtiden og forsikre seg om at ansatte hos leverandører, også i andre land, har forsvarlige vilkår.*

Sykehuset Telemark etterlever regjeringens eierskapspolitikk og tilstreber ansvarlighet som arbeidsgiver for å sikre forsvarlig vilkår for alle som utfører arbeid for sykehuset og for ansatte i virksomheter som som levere varer og tjenester til oss.

- *Pasientsikkerhet og kvalitet er et ansvar for ledere på alle nivåer. Helseforetakets styre skal ha en aktiv rolle for å sikre at den samlede virksomhetsstyring omfatter bedre etterlevelse av faglige retningslinjer, standardisering på flere områder og erfaringsoverføring basert på beste praksis.*

Pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområder er på god vei til å bli implementert. Mangel på elektronisk støtteverktøy for å kunne trekke ut rapporter er en utfordring.

Det er planlagt fire fagdager for klinisk helsepersonell 2016.

Pasientsikkerhetsprogrammet blir også sikret gjennom lederavtaler, og det er lagt opp til at pasientsikkerhetsvisittene skal fortsette.

Medisinsk biokjemi og medisinsk genetik er akkreditert. Arbeidsmedisin og fertilitetsavdelingen er sertifisert.

### Miljø, etikk og samfunnsansvar

- *Det vises til rapporten "Miljøledelse i spesialisthelsetjenesten, statusrapport 2011-2014". Helseforetaket skal videreføre arbeidet i 2015 i tråd med anbefalingene og med helhetlig og samordnet tilnærming til de nasjonale miljømålene.*

Miljøsystemet ble revidert av DNV i juni 2016 med fem mindre avvik som resultat. Det er etablert miljøkoordinator i 20 prosent stilling som har ansvaret for å koordinere arbeidet knyttet til miljøsystem ved sykehuset. Fagdirektør er ledelsens representant i dette arbeidet.

- *Helseforetaket skal sikre at det blir satt relevante miljøkrav i anskaffelser og at det blir gjort målinger/registreringer som dokumenterer omfanget av anskaffelser hvor det er stilt miljøkrav.*

STHF har tatt inn miljøkrav i utlysinger der hvor dette er relevant for anskaffelsen. Dette blir videre evaluert som et eget kriterium på lik linje som andre kriterier.

- *Regjeringen har som målsetting å sikre utfasing av fyring med fossil olje i alle offentlige bygg innen 2018. Mange helseforetak har planer for utfasing av oljefyr i sine bygg og det er forventet at antallet bygg med oljefyr er redusert til 50 innen 2018 for hele landet. Det legges til grunn at helseforetaket intensiverer sine tiltak for å sikre målsettingen om utfasing av fyring med fossil olje i alle offentlige bygg innen 2018.*

Sykehuset Telemark har i løpet av 2015 gjennomført et investeringsprosjekt på 14 millioner kroner for å gå fra fossil brensel (gass) til fjernvarme i vårt varmedistribusjonssystem i Skien. Etter denne investeringen har sykehuset kun én oljekjele i drift. Dette er en mindre kjele som vurderes ombygd til å benytte bioolje.

- *Det vises til RHF-styresak 094-2014 som pålegger helseforetakene å følge opp, og rapportere på, tiltak beskrevet i Helse Sør-Øst antikorrupsjonsprogram.*

Sykehuset Telemark har vedtatt antikorrupsjonsprogrammet i ledergruppe og styret i 2015. Det er nedsatt en prosjektgruppe som arbeider med praktisk iverksettelse av programmet i løpet av 2016.

### **Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)**

- *Helseforetaket skal etablere digitale tjenester for kommunikasjon med pasienter og innbyggere, herunder bidra til samordning av helseforetakenes nettsider på samme plattform som [www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no). Helseforetakene skal bidra med både medisinskfaglig kompetanse for utvikling av pasientrettet informasjon og med fagressurser i oppbygging og utvikling av fellesløsninger.*

Følgende digitale tjenester er etablert for kommunikasjon med pasienter og innbyggere:

- Endring av timeavtale for syv poliklinikker. Ordningen utvides til alle poliklinikker i løpet av 2016.
  - Utprøving av innloggingstjenesten ”Sikker melding” ved barnepoliklinikken. Det kan bli aktuelt å utvide denne tjenesten til andre seksjoner i 2016.
  - I tillegg er det gjort et prinsippvedtak, som innebærer innsyn i egen journal via innlogging i MinJournal. Foreløpig gjelder dette epikriser, polikliniske notater og brev til pasienten.
- *Riksrevisjonens rapport fra 2014 om kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2013, påpeker flere avvik. Enkelte av avvikene kan knyttes til de elektroniske pasientjournalene og de pasientadministrative systemene. Helseforetaket skal ha systemer og rutiner som sikrer effektiv og transparent oppfølging og lukking av avvikene påpekt av Riksrevisjonen og rapportere til Helse Sør-Øst RHF fra dette arbeidet. Det skal rapporteres særskilt om avvik som ikke er lukket. Det vises også til tidligere styringskrav om etablering av systemer og om styrets ansvar for oppfølging.*

STHF har gjennomført flere endringer i vår struktur, organisering og også våre elektroniske verktøy de siste årene.

I 2012 ble det etablert felles database for STHFs elektroniske journal for alle lokasjoner. I mai 2013 innførte helseforetaket DIPS som elektronisk journal og pasientadministrativt system. Opplæring i DIPS er obligatorisk for alle medarbeidere som skal benytte systemet. I forbindelse med innføringen



av DIPS er enhet for DIPS forvaltning etablert. Enheten har 4 årsverk. Enheten sørger for kvalitetssikring av dokumenter og rutiner slik at ingen dokumenter står uten adressat, har et tett samarbeid med analyseavdelingen og bistår enkeltmedarbeidere ved behov.

Dokumenteasjonssenter er etablert våren 2014 slik rutiner knyttet til dokumentforvaltning er enhetlige. Journalutvalget ledet av fagdirektør gjennomgår og sikrer at våre rutiner er i tråd med gjeldende lover og regelverk. Vi er iferd med å innføre nytt dokumentstyrings og forbedringssystem våren 2016.

Forberedende rydding av dokumenter, prosedyrer og retningslinjer er igangsatt i 2015.

Konsernrevisjonens (KR) revisjoner av det pasientadministrative arbeidet i 2011 og 2013, samt deres revisjon av 2014 som inkluderte virksomhetsstyring er fulgt opp med risikovurderinger og handlingsplaner. Disse revisjonene er også fulgt opp i KR revisjon av 2015 om oppfølging av tidligere revisjoner.

Høsten 2015 ble det ansatt en spesialrådgiver for virksomhetsstyring for bedre å ivareta og koordinere dette arbeidet. Det arbeides for å forenkle og optimalisere virksomhetsstyringen og det er utarbeidet en overordnet struktur for virksomhetsstyring med tertialvis oppfølging av mål og krav, i tillegg til månedlig oppfølging blant annet for de fem prioriterte målene i HSØ. Den tertialvise oppfølgingen og rapporteringen implementeres gjennom 2016. En arbeidsgruppe utarbeider mal for tertialvis rapportering på alle aktuelle områder, inkludert oppfølging av tilsyn og revisjoner. Standardisert rapportering gjennomføres i dialogmøtene mellom klinikker og administrerende direktør månedlig. Ledelsens gjennomgang er gjennomført i 2015 for å sikre at vi kjenner risiko ved styringssystemene våre og kan forbedre disse. Styret behandler alle månedlige virksomhetsrapporter og skal behandle de tertialvise rapportene i egne saker.

I kvalitets og pasientsikkerhetsutvalget (KPU) presenteres aktuelle avvikssaker for læring på tvers. Avviksarbeidet følges regemessig med statistikk og årsaksanalyser. Anonymiserte §3-3 meldinger publiseres på våre nettsider.

Meldekultur styrkes ved åpenhet og god oppfølging av avvik. Det skal nytte å si ifra.

Tilbakemeldinger fra pasientsikkerhetsvisittene viser at meldekulturen er styrket.

God planlegging vil redusere avvik. Vi har flere LEAN prosjekt gående knyttet til planlegging av operasjoner. Et nytt pasienttilfredshetsskjema er utviklet i tett samarbeid med brukerutvalget og implementeres i disse dager. Vi mener pasientenes tilbakemeldinger bidrar til å identifisere mulige områder for svikt, som igjen kan danne grunnlag for ytterligere forbedringsarbeid. Flere medarbeidere sentralt i stab har økt sin kompetanse på risikostyring og årsaksanalyser. Vår oppdaterte prosedyre vedrørende risikovurdering fikk oppmerksomhet og ros ved DNVs miljøsertifisering av STHF høsten 2014.

Sykehuset Telemark har gjennomført beredskapsøvelser i 2015 og oppdatert beredskapsplaner for bortfall av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT), telefoni og vann.

- *Ny lov om pasientjournal og ny helseregisterlov gir økte muligheter for informasjonsutveksling mellom virksomhetene og mellom helsetjenesten og innbyggerne. Helse Sør-Øst RHF er gjennom foretaksmøte bedt om å bidra i det nasjonale arbeidet med informasjonssikkerhet, inkludert arbeidet med tjenester for autentisering (identitetsforvaltning), autorisering (tilgangsstyring) og logganalyse (avdekking av ulovlige oppslag i behandlingsrettede helseregistre). I dette ligger også kvalitetssikring og bruk av innholdet i relevante administrative registre i sektoren, blant annet Adresseregisteret. Helseforetaket skal ta del i dette arbeidet etter nærmere avtale.*

Sykehuset har bidratt i Nasjonal IKT-prosjekt (NIKT) for mønstergjenkjenning, som nå skal implementeres hos Norsk Helsenett (NHN). Identitets- og tilgangsstyring (IAM/IDM) skal implementeres i løpet av 2016. STHF deltar og bidrar i fora i HSØ når det gjelder tilgangsstyring i DIPS og i HSØs aksjonsgruppe NHNs strakstiltak adresseregister.

- *Helseforetaket skal gjennom lokale områdeplaner understøtte gjennomføringsplan 2015 for Digital fornying.*

Områdeplan IKT ble oversendt Helse Sør-Øst 30. september 2015 i henhold til overordnet føring. Sykehuset Telemark har ikke mottatt tilbakemelding per desember 2015.

- *Helseforetaket skal, i samarbeid med Sykehuspartner, bidra til å redusere applikasjonsporteføljen med 20 prosent sammenliknet med porteføljen per 1.januar 2015.*

Sykehuset Telemarks applikasjonsportefølje er redusert med om lag 25 prosent (reduksjon fra 186 til 140 applikasjoner) i 2015.

### **Beredskap**

- *Riksrevisjonens rapport fra 2014 om kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2013, påpeker avvik og anbefalinger knyttet til beredskap innen IKT, vann og strøm. Helseforetaket skal følge opp anbefalingene i Riksrevisjonens rapport.*

Sykehuset Telemarks beredskapsplan for bortfall av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) og telefoni er oppdatert. Planspill (Table-top øvelse) planlegges gjennomført i administrerende direktørs ledergruppe i 2016.

### **Innkjøp og logistikk**

- *Helseforetaket skal utarbeide en tids- og aktivitetsplan med ressursallokering. Planen skal inneholde endringer som kreves for å oppnå målbildet som settes i prosjektet "Utvikling av Helse Sør-Øst forsyningscenter", gapanalyse av internforsyning hvor forholdet mellom helseforetakets praksis og beste praksis synliggjøres samt tiltaksplan for å dekke gapene i analysen av internforsyning.*



Sykehuset Telemark HF gjør en kontinuerlig vurdering av tilgjengelig varespekter som blir kjøpt fra regionalt forsyningscenter for å sikre at størst mulig andel av varer kommer fra forsyningscenteret. Gap-analysen av internforsyning mellom STHFs praksis og beste praksis er påbegynt. Denne skal etter planen være ferdig i månedsskifte januar/februar 2016.

### 3.11. Øvrige styringskrav

#### Sykehusbygg HF

- *Sykehusbygg HF er i 2014 etablert som helseforetak eid felles av landets regionale helseforetak. Foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF har lagt til grunn at de regionale helseforetakene trapper opp virksomheten i Sykehusbygg HF i tråd med intensjonene med etableringen og benytter Sykehusbygg HF i alle byggeprosjekter over 500 mill. kroner. Dette gjelder for alle prosjektfaser, også for prosjekter som allerede er under gjennomføring. Helseforetakene i Helse Sør-Øst skal benytte Sykehusbygg HF under planlegging i alle byggeprosjekter over 500 mill. kroner.*

Sykehusbygg HF er engasjert som konsulent i det pågående arbeid med utviklingsplan fram mot 2030.

- *Helseforetaket skal benytte den nasjonale klassifiseringsdatabasen for sykehusbygg for arealregistreringer og bidra til at Sykehusbygg HF kan ha oppdatert database for klassifiserte sykehusarealer i løpet av 2015.*

Sykehuset Telemark HF har nedlagt betydelige ressurser (mer enn ½ årsverk fra eiendomsavdelingen) i klassifisering av samtlige rom på alle lokasjoner. Arbeidet er i kvalitetssikringsfasen og dataen vil bli overført til den nasjonale databasen i løpet av februar 2016. Dette arbeidet har avdekket flere uklarheter i klassifikasjonssystemet. Dette vil bli kommunisert til Sykehusbygg HF.

- *Helseforetaket skal også bidra til at database for tilstandsregistrering av bygg er oppdatert i løpet av året, for å dokumentere helseforetakets pålagte tilstandsbasert vedlikehold.*

Sykehuset Telemark HF har oppdatert tilstandskartleggingen på samtlige bygg i helseforetaket. For resultat se beskrivelse under kapittel 6.4. i årlig melding.

#### Fullmaktsstruktur

- *Sykehuset Telemark skal ha etablert en fullmaktsstruktur som er i samsvar med de regionale retningslinjene og tilpasset helseforetakets behov.*

Fullmaktstrukturen er i løpet av året gjennomgått og oppdatert på bakgrunn av retningslinje fra Helse Sør-Øst og internrevisjonens rapport 4/2014 Revisjon av Sykehuset Telemark HF. Konsernrevisjonen fant svakheter knyttet til kriteriet: Fullmakter som samsvarer med rolle, ansvar og myndighet er tildelt, i tråd med retningslinjer fra Helse Sør-Øst RHF. STHF har i løpet av første halvår 2015 oppdatert sin fullmaktsmatrise i tråd med retningslinjen fra Helse Sør-Øst RHF og konsernrevisjonens rapport.

STHF har en desentralisert organisasjon og dette gjenspeiles også i fullmaktstrukturen. Fullmaktene for innkjøp, aktivitet, personalansvar og det som angår daglig drift av sykehuset er delegert til laveste nivå. Fullmakter for anskaffelser har beløpsgrenser. På personalområdet er fullmakter begrenset i forhold til myndighet som ikke inngår i det daglige personalansvaret.

- *Helseforetaket skal inneha kompetanse og ha kjennskap til god praksis i sin forvaltning av fullmaktsstrukturen for å forebygge rollekonflikter som kan oppstå ved delegering av fullmakter.*

Det har vært jobbet med fullmaktsstruktur både i klinikker og administrasjon gjennom 2015. Fullmaktstrukturen har vært behandlet av administrerende direktørs ledergruppe og gjennomgått i klinikkene, slik at organisasjonen forventes å være kjent med fullmaktsstrukturen og forvaltningen av denne. Administrasjonen har ansvar for ajourhold og vedlikehold av fullmaktsstrukturen etter innspill fra klinikkene ved endringer i roller, nyansettelse eller andre endringer. Fullmakter, prosedyrer og rutiner gjennomgås årlig i ved utarbeidelse av lederavtalene.

- *Fullmakter som går ut over de anbefalte fullmaktsnivåene i Fullmakter i Helse Sør-Øst skal begrunnes særskilt og behandles i tråd med retningslinjene.*

Det er ikke gitt fullmakter som går ut over de anbefalte fullmaktsnivåene i fullmakter i Helse Sør-Øst.

- *Styret i helseforetaket skal gjennomgå fullmaktsstrukturen minimum ved oppnevning av nytt styre og når det gjøres endringer som styret forventes å være kjent med.*

Fullmaktstruktur for 2016 ble vedtatt av sykehusets styre i sak 84-2015. Sykehuset Telmark har i sin virksomhetsstyring lagt opp til at fullmaktsstrukturen gjennomgås av styret ved oppnevning av nytt styret. Styret i Helse Sør-Øst har i sin årsplan satt på sin agenda oppnevning av nye styre i helseforetakene i møtet i februar. STHF har i sin årsplan for 2016 lagt opp til å behandle sak om fullmaktsstruktur i første styremøte i 2016.

- *Fullmaktshavere skal formelt være gjort kjent med fullmakter som tilhører sin stillings ansvarsområde.*

Fullmaktene gjøres kjent ved inngåelse av lederavtalene og fullmaktene ligger som vedlegg til disse. Fullmaktmatrise og prosedyre er lagt ut på Pulsen (intranett). Dette er del av opplæringsprogrammet for nyansatte. Leder på nivået over har ansvar for at nye ledere blir kjent med sine fullmakter og ansvarsområder.

## **4. Rapportering i forhold til andre krav stilt i 2015**

### **Pasientbetaling som kan kreves av pasienter som ikke møter til avtalt poliklinisk time**

- *Helseforetak og sykehus som gir tilbud om poliklinisk behandling må påse at det utvises skjønn mht. å innkreve gebyr fra rusavhengige og pasienter med psykiske lidelser.*

Helseforetaket har utarbeidet rutinebeskrivelser som er godt innarbeidet. Rutinene ivaretar den skjønnsmessige vurderingen, og for pasienter under tvang.

## **Planleggings- og timetildelingshorisont ved poliklinikker**

- *Alle helseforetak og sykehus som gir tilbud om poliklinisk behandling bes om innføre en planleggingshorisont for bemanning og timetildelingshorisont ved poliklinikkene i regionen på minimum seks måneder innen 1. januar 2016. Det vises i den forbindelse til endringene i pasient- og brukerrettighetsloven hvor det framgår at pasientene i første svarbrev etter vurdering av henvisning til spesialisthelsetjenesten skal få timeangivelse for oppstart helsehjelp.*

Helseforetaket har i 2015 arbeidet med å innføre lengre planleggingshorisont for bemanning og timetildelingshorisont ved poliklinikkene. Utviklingen monitoreres hver måned og er et av områdene vi rapporterer på i vår interne virksomhetsrapport. Innenfor mange områder har vi lang planleggingshorisont, men ikke like lang timetildelingshorisont. Vi er på vei til å innfri målet, men det er variasjon i klinikkene på måloppnåelse, og vi har ikke innfridd dette ved alle sykehusets poliklinikker per 1. januar 2016.

Planen er å nå målet ved alle avdelinger innen juni 2016. Et pågående tiltak er prosjekt «Koordinert pasientinnkalling ved STHF».

## **Kvalitet og pasientsikkerhet**

- *Helseforetak og sykehus skal iverksette tiltak for å rekruttere og beholde blodgivere. Det vises til HelseDirektoratets rapport "Blodgiversituasjonen i Norge. Forslag til tiltak som kan bidra til et bærekraftig tilbud for blodgivning" (IS-2129).*

Sykehuset Telemark HF har foreløpig god rekruttering og det er ikke behov for ytterligere kampanjer akkurat nå.

## **Omstillingsprosesser**

- *Helseforetak og sykehus skal kommunisere godt om resultater, utfordringer og omstillingsprosesser i eget foretak til berørte parter og offentligheten generelt. Arbeidet skal samordnes med øvrig innsats for å etablere løsninger for elektronisk kommunikasjon.*

Sykehuset har i 2015 gjennomført et betydelig omstillingsarbeid knyttet til omstrukturering av helseforetaket. Avvikling av døgn drift ved Kragerø og Rjukan Sykehus har medført en omstillingsprosess, som er gjennomført i to faser. Det er gjennomført risikovurdering og evaluering av begge faser med bred involvering av ledere, tillitsvalgte og verneombud.

## **Lærlinger**

- *Det forutsettes at helseforetak og sykehus i Helse Sør-Øst er kjent med Regjeringens strategi og etterlever de krav som følger av denne.*

Sykehuset tilbyr lærlingeplasser innenfor flere fagområder. Hovedtyngden av lærlingene er lærlinger i helsefag, men sykehuset har også en lærling innenfor området dataelektronikk.

## **5. Andre rapporteringer for 2015**

## DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT

### 6. Utviklingstrender og rammebetingelser

#### 6.1. Faglig og demografisk utvikling

##### Utvikling i befolkning og sykdommer

Statistisk sentralbyrå beregner at Telemarks befolkning vil øke med 12 prosent frem til 2040, fra 172 000 til 192 000 innbyggere. Den årlige befolkningsveksten er i gjennomsnitt på 0,5 prosent, men det er relativt stor variasjon mellom kommunene. Den største veksten vil finne sted i Grenland, mens befolkningstallene viser en nedgang blant annet i kommunene Kviteseid og Tokke. Til sammenligning angis en befolkningsvekst på 1,4 prosent i året for hele Helse Sør-Øst-området. Det er usikkert hvor stor innvandringen vil bli.

Den relativt lave befolkningsveksten i Telemark medfører at tildelingen av basisramme fra Helse Sør-Øst til STHF reduseres over tid, sett som andel av den totale rammetildelingen til alle helseforetakene i Helse Sør-Øst.

##### Behandlingstilbud og teknologi

Den medisinske og teknologiske utviklingen gir nye muligheter i pasientbehandlingen. Dette høyner samtidig forventningene til behandlingen, samtidig som utstyr og kompetanse er begrensede ressurser.

Faglige krav og medisinske og tekniske muligheter bidrar til en spesialisering av avansert medisinsk behandling. Dette er en sterk sentraliserende driver som sikrer god kvalitet og pasientsikkerhet. Samtidig gir teknologisk utvikling muligheter til å utføre pasientbehandling der pasienten bor. I sum gir dette en sentralisering av høyspesialisert behandlingstilbud, samtidig som behandlingstilbud til for eksempel kronisk syke og pasienter med lettere psykiatriske lidelser kan desentraliseres.

Det er også en endring i oppgavedelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Flere pasienter får i dag tilbud i kommunene i stedet for på sykehus. Denne utviklingen krever et nært samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, gode kommunikasjonssystemer og riktig finansiering av virksomheten, både for kommuner og spesialisthelsetjeneste.

### **Aldrende befolkning**

Telemark vil ha en økende andel eldre i befolkningen, utover gjennomsnittet i Helse Sør-Øst. Effekten av dette gir oss en økning av tildelt økonomiske ramme, men denne vil ikke i tilstrekkelig grad kompensere for nedgangen i rammen som følge av den lave befolkningsveksten.

Med en aldrende befolkning vil vi se en økning av kroniske tilstander og kreftsykdommer, samt et økt oppfølgingsbehov av pasienter som overlever alvorlig sykdom eller skade.

Den demografiske utviklingen vil medføre at det vil være relativt færre yrkesaktive som skal yte helsetjenestene, og dertil krevende å rekruttere nødvendig personell.

### **Pasientforløp**

Det er satt nye krav til standardiserte behandlingsforløp for kreft. Totalt er 28 pakkeforløp blitt innført i 2015, noe som stiller store krav til HF'enes interne ressurser, logistikk og planlegging. Pasientforløp vil også bli innført for andre sykdommer

Det er i dag en underkapasitet når det gjelder stråleterapi i kreftbehandlingen. Helse Sør-Øst planlegger derfor å desentralisere og øke stråletilbudet i regionen fram mot 2025. Innbyggerne i Telemark får minst stråling i Helse Sør-Øst. Dette skyldes til stor del at lang reisevei oppleves som en belastning for pasientene.

### **Legeutdanning i endring**

Det er definert en ny spesialitetsstruktur der grenspesialiteter blir hovedspesialiteter. Gastrokirurgi (mage-tarm-kirurgi) vil bli det nye bærende vaktfaget i kirurgi, og det opprettes en ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin.

Leger i spesialisering (LIS) skal ha fast ansettelse. Dette vil gi STHF større mulighet til å velge LIS til de spesialitetene der STHF vil ha behov de kommende årene.

### **Fritt behandlingsvalg**

Fritt behandlingsvalg ble innført høsten 2015. Endringen innebærer at behandlingstilbud vil bli mer dynamisk og styrt etter pasientenes behov. Rettigheten skal gis pasienten av det offentlige helsevesen, men pasienten kan velge å bruke denne rettigheten hos en privat aktør.

Fritt behandlingsvalg kan utfordre sykehusenes rekrutteringsstyrke og tilgang til spesialister fordi disse kan oppleve det mer attraktivt å arbeide i det private markedet. Erfaringsmessig har vi sett at private aktører lønner sine medarbeidere høyere enn det offentlige kan og gjør. Økonomiske forhold kan bli mer fremtredende i det private markedet, noe som kan lede til at det totale behandlingstilbudet blir påvirket og pasientstrømmer endres. Dette vil videre påvirke rammebetingelser og økonomi for helseforetakene.

### **Nasjonal helse- og sykehusplan**

Nasjonal helse- og sykehusplan gir føringer for nasjonalt system for kvalitet, pasientens helsetjeneste og fremtidens sykehusstruktur, der blant annet oppgaver og akuttfunksjoner vil tilpasses befolkningsgrunnlaget for hvert sykehus. Planen legges frem for Stortinget første gang høsten 2015 og skal rulleres hvert fjerde år.

## 6.2. Forventet økonomisk utvikling

Sykehuset Telemark har utarbeidet et driftsbudsjett for 2016 som legger opp til et økonomisk resultat på 15 millioner kroner. Hovedutfordringen i 2016 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 2016. Planen vil bli fulgt opp løpende gjennom året og følgende hovedmomenter vil være avgjørende for å sikre forventet økonomisk gevinst:

- Bedret utnyttelse av tilgjengelig kapasitet på tvers av geografi
- Økt aktivitet innenfor planlagt kirurgi
- 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. Et bærekraftig resultatnivå er definert til 80 millioner kroner. De økonomiske målene for de kommende årene er 45 millioner i 2017, 60 millioner i 2018 og 80 millioner i 2019.

## 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 suksessplanlegging for å sikre riktig tilstrekkelig kompetanse. Sykehuset Telemark har utfordringer med å rekruttere og beholde overleger spesielt innen spesialitetene; psykiatri, radiologi, gynekologi samt psykologspesialister. Nå er rekrutteringssituasjonen langt bedre innen gastrokirurgi, ortopedi, geriatri og spesielt innen onkologi, der vi tidligere også hadde utfordringer.

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 avviker 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.

Gjennom 2016 vil vi videreutvikle vår strategi for å rekruttere, utvikle og beholde nødvendig kompetanse ved sykehuset. Det er planlagt en egen styresak i 2016, som konkretiserer utfordringsbilde og som kommer med forslag til praktiske tiltak som øker sannsynligheten for måloppnåelse.

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

Sykehuset Telemark HF har en eiendomsmasse på ca. 170.000 kvm fordelt på seks hoved lokasjoner. Denne sykehusstrukturen medfører et høyere arealbehov enn 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 bygnings 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 %	100 %	0%	0 %	1,18
Rjukan	9.700	0 %	41 %	39 %	0 %	1,41
Notodden	16.400	12 %	57 %	28 %	2 %	1,39
Seljord	6.500	0 %	100 %	0 %	0 %	0,94
Skien	107.500	7 %	67 %	26 %	0 %	1,25
Porsgrunn	22.500	24 %	35 %	41 %	0 %	1,10
Kragerø	8.700	48 %	0 %	52 %	0 %	0,88
Samlet	174.800	11 %	59 %	29 %	0 %	1,22

Som tabellen viser er hele 70 prosent av bygningsmassen totalt sett vurdert som god (TG 0) eller tilfredsstillende (TG 1), mens 29 prosent 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 93 % av bygningsmassen har slike behov. Av dette har 53 prosent kritiske behov (elementer med tilstandsgrad 3). I henhold til HSØs vedtatte eiendomsstrategi skal ingen enkeltelement ha tilstandsgrad 3.

Estimert vedlikeholdsetterlep på samtlige bygninger er på vel 1000 millioner kroner. Av dette er 78 prosent relatert til manglende reinvesteringer av tekniske installasjoner.

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. Planer for utviklingen

Utviklingsplanen 2014-2016 beskriver hovedtrekkene i STHFs tjenestetilbud. Planens fundament er å skape gode, trygge og likeverdige tjenester for befolkningen i hele Telemark.

Sykehuset har behov for investeringsmidler til nye sengefasiliteter i Skien. Nåværende sengfløy 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.

Ved å legge til rette for gode polikliniske areal i den nåværende sengfløyen 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. Disse endringene er beskrevet i Utviklingsplan 2014-2016.

Det arbeides med en utviklingsplan i et 2030-perspektiv (U30). Her beskrives forventet behandlingsbehov frem mot 2030. Modeller for hvordan disse tjenestene best kan gis, både med vurdering av kapasitet, kompetanse og bygningsmasse beskrives. Denne planen skal STHFs styre behandle våren 2016 slik at HSØs styre kan vurdere om STHF kan gå videre med disse planene i idfasearbeid.

I en situasjon med begrenset økonomisk handlingsrom, hadde Sykehuset Telemark i 2015 hovedfokus på å opprettholde nivået på utstyrsparken. Foreløpig er gjennomsnittsalderen på vårt utstyr tilfredsstillende, men dette vil åpenbart utfordres i kommende år hvis ikke handlingsrommet økes. Det er etablert gode prosesser for å planlegge og gjennomføre anskaffelser i tråd med overordnede planer. Av større investeringer er vi i gang med et forprosjekt for å anskaffe ny CT i Skien. Vi vil dessuten i løpet av første tertial 2016 starte et forprosjekt for å utrede investering i en ny laboratorielinje. Når det gjelder etablering av et PET-tilbud, er sykehuset innstilt på å inngå en avtale med HSØ om en mobil PET-løsning.



## DEL IV: VEDLEGG

### 8. Vedlegg 1:

#### Brukerutvalgets årsmelding for 2015:

##### Brukerutvalget ved Sykehuset Telemark HF 2015

Brukerutvalget (BU) ved STHF skal være rådgiver og samarbeidspartner for ledelsen 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 bruker-organisasjonene, pasienter og pårørende.

Samarbeidet mellom BU og sykehusledelsen har gjennom driftsåret 2015 har vært tett, godt og tillitsfullt, og ledelsen har deltatt i alle møter.

Frammøte av BU's valgte medlemmer har vært svært bra.

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

Brukerutvalgets medlemmer er valgt fra ulike brukerorganisasjoner i Telemark. Brukerutvalget ved STHF har gjennomført åtte møter og behandlet 107 saker i 2015. 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 2015 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 2015.
- Brukerutvalgets leder og nestleder møter fast i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget ved STHF.
- Brukerutvalgets medlemmer har gjennom 2015 engasjert seg i prosjekter og arbeider der brukermedvirkning har vært etterspurt (ca. 30 ulike prosjekter og utvalg).
- Brukerutvalget har vært representert på en regional konferanse om brukermedvirkning i regi av HSØ høsten 2015.
- Brukerutvalget ved leder og nestleder har vært representert ved nasjonal pasientsikkerhetskonferanse i Bergen høsten 2015.

Sammensetning av utvalget ved utgangen av 2015:

Idar Grotle, A-larm, leder

Thyra Giæver, FFO, nestleder

Ann Kristin Semb, SAFO

Birte Helene Moen, FFO

Elena Dahl, FFO

Egil Rye Hytten, FFO

Else Kari Myhra Tovsli, Pensjonistforbundet

Ingrid Venanger, FFO

Kari Thomasen, Kreftforeningen

Tor Strømme, Pensjonistforbundet

Vidar Bersendsen, FFO

I tillegg møter disse fast i brukerutvalget:

Administrerende direktør Bess Margrethe Frøyshov

Pasient- og brukerombudet Else Jorunn Saga

Klinikkssjef Per Urdahl, Medisinsk klinikk

Rådgiver Anne Brynjulfsen, Psykiatrisk klinikk

Det ble foretatt et skifte i sekretærfunksjonen til brukerutvalget i oktober 2015 (Bjarne Lia, rådgiver HR gikk ut, Anne Borge Kallevig, administrasjonskonsulent direktørens kontor kom inn).

Andre bidragsytere hentes inn til møter etter behov.

Noen saker som har opptatt brukerutvalget i 2015:

- Kvalitet, pasientsikkerhet, korridorpasienter, ventetider, fristbrudd , sykehusinfeksjon med mer
- Regnskap og budsjett
- Åpning av Brukerkontor
- Sykehusstrukturen i Telemark ved nedlegging av Rjukan og Kragerø sykehus
- Oppretting av pilotprosjekt Brukerkontakt(er) ved lokasjon Notodden
- De bygningsmessige forhold, gamle sengfløyer
- Endring av møtestrukturen i BU (møter sammen med styret)
- Åpenhet omkring uønskede hendelser.
- Innføring av kreftpakker
- Innføring av ”Samvalg”
- Vanskelige parkeringsforhold for HC generelt, og spesielt utenfor nevrologisk poliklinikk
- Oppmerking av gangfelt
- Synliggjøring av BU i organisasjonskartet
- Arbeid med oppretting av en stråleenhet ved STHF

Brukermedvirkning i utarbeidelse av årlig melding 2015 er ivaretatt ved at brukerutvalget har fått tilsendt mal for årlig melding med mulighet til å gi input til rapporteringen på et tidlig tidspunkt i prosessen. Brukerutvalget har også medvirket til årlig melding gjennom sin observatørrolle i styret.

Oppdragsdokumentet gir etter brukerutvalgets syn klare føringer for økt brukermedvirkning og betydningen av dette. I helseforetaket blir brukermedvirkningen bedre, men brukerutvalget vil presisere at alle henvendelser omkring brukermedvirkning skal kanaliseres gjennom brukerutvalget.

Brukerutvalget er representert i et stort antall utvalg og prosjekter, og er tilfreds med å være med i de arbeidene hvor BU kan påvirke utviklingen.

Oppdragsdokumentet har også i seg et punkt om å;

Offentliggjøre og bruke pasienterfaringer i systematisk forbedringsarbeid. Brukerutvalget og STHF har vært representert i hele denne prosessen, fra arbeid med regional standard til lokale retningslinjer. Hensikten med dette er å skape åpenhet om at uønskede hendelser er viktig for læring og forbedring, og det gir pasienter og publikum mulighet for å ha en realistisk forventning til helsetjenesten. Et åpent og ærlig helsevesen gir en mer troverdig helsetjeneste som igjen er viktig for pasientens trygghet og tilliten til sykehuset. Publisering av uønskede hendelser bør gjøres på en enhetlig måte og slik at hensynet til taushetsplikt, personvern og arbeidsmiljø blir ivaretatt. Det er et mål at publiseringen skal reflektere hvordan kvalitetsarbeidet utføres.

Ansvarlig for retningslinjen er administrerende direktør.

Klinikkssjef er ansvarlig for at klinikken publiserer 20 prosent av de pasientrelaterte uønskede hendelser, herunder utarbeider oppsummering av hendelsen med fokus på læring og forbedring.

Kvalitetsavdelingen er ansvarlig for publisering av statistikk kvartalsvis og kvalitetssikring av meldinger før publisering.

Kommunikasjonsavdelingen er ansvarlig for å publisere hendelsene.

Publiseringsteksten bør utformes i et enkelt språk med tanke på pasienter, pårørende og publikum. Publiseringsteksten skrives som en kortfattet, anonym oppsummering.

Brukerutvalget mener at her er lagt et godt grunnlag for å styrke pasientenes trygghet og tillit til STHF.

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

Årsmelding fra brukerutvalget og årlig melding 2015 behandles i brukerutvalgets første møte i 2016.