

## Saksfremlegg

### Saksgang

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
<b>Styret i Sykehuset Telemark HF</b>	18.09.2024

<b>Type sak (sett kryss)</b>						
Beslutning	<input type="checkbox"/>	Etterretning	<input type="checkbox"/>	Orientering	<input checked="" type="checkbox"/>	Tema

Sak: 069 - 2024

### Virksomhetsrapport per 2. tertial 2024

Hensikten med saken

Saken presenterer virksomhetsrapport per 2. tertial 2024.

Forslag til vedtak

Styret tar virksomhetsrapport per 2. tertial til orientering

Skien, 11. september

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

### Vedlegg

- Ledelsesrapporten STHF 2024\_8
- STHF Utviklingsprogrammet - oppfølging og rapportering - aug 2024
- Risikovurdering per 2. tertial

## Innhold

1	Innledning.....	3
2	Tilgjengelighet .....	3
3	Aktivitet .....	4
	Somatikk.....	4
	Psykisk helsevern og TSB.....	5
4	Prioritering av psykisk helsevern og TSB .....	6
	Ventetider .....	6
	Polikliniske konsultasjoner .....	6
5	Bemanning.....	7
6	Økonomi .....	8
7	Tertialvise forhold.....	9
	Forskning .....	9
	Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.....	9

## 1 Innledning

Sykehuset Telemark rapporterer et økonomisk resultat på +12,2 millioner kroner i august, mot et budsjett på + 2,9 millioner kroner. Det positive budsjettavviket i august skyldes i hovedsak inntektsføring av ekstra basisbevilgning fra RNB.

Det er lagt ned stor innsats knyttet til ventetidsløftet fra siste halvdel av august. Antall pasienter på venteliste og samlet ventetid er stabilt. En større andel av pasientene har nå fått tildelt time. Det er reduksjon i antall pasienter som har ventet mer enn 1 år. Pasientkontakter passert planlagt tid er redusert de siste månedene, men er fortsatt på et for høyt nivå.

Det er utarbeidet risikovurdering per 2. tertial og denne er lagt ved virksomhetsrapporten.

## 2 Tilgjengelighet

Det er startet aktiviteter knyttet til ventetidsløftet som omfatter alle fag og poliklinikker i sykehuset. I første omgang prioriteres rydding i ventelister, kjøp av tjenester og ekstra ettersleppoliklinikker. Det er særlig fokus på inntak av de pasientene som har ventet lengst. Arbeidet omfatter både kortsiktige tiltak og langsiktige tiltak som skaper varig forbedring, for eksempel kompetansebygging i pasientadministrative rutiner, automatisering av arbeidsprosesser (robot), digital hjemmeoppfølging og riktig kapasitetsutnyttelse.

Kapasitetsutfordringer påvirker fortsatt ventelistene for flere fagområder og situasjonen ser ut til å vedvare. Kombinasjonen av færre polikliniske konsultasjoner og mange henvisninger inn gir økning i pasienter på venteliste. Antall pasienter passert planlagt tid er fortsatt altfor høyt. Fagområde mage-tarm har i lengre tid utmerket seg spesielt med negativ utvikling i ventelisteparameterne, og er et av fagene hvor tiltak nå iverksettes.

Et viktig tiltak for å bedre tilgjengelighet er å sikre at de riktige pasientene tas inn til poliklinikkene, og å rydde i ventelistene. Digital medarbeider prøves nå ut på poliklinikk for øre-nese-hals, og vil etter hvert rulles ut til flere poliklinikker. Innen flere fagområder er det dessuten etablert kriterier og laget fraser i DIPS for å avvise henvisninger, for å få kontroll på tilstrømningen av nye pasienter.

Det er fortsatt store rekrutteringsutfordringer innen flere fag. Sykefravær og mange vakanser i flere av legegruppene kombinert med høyt belegg på sengepostene fører til at kapasiteten i poliklinikkene reduseres fordi legene må omprioriteres dit. Det er fremdeles krevende å dekke vaktlinjene for medisinske LIS 2-3, selv om situasjonen er noe bedret.

*Total venteliste* er omlag uendret fra mai. Ved utgangen av perioden er det 61.941 pasienter som venter. Sammenlignet med samme tid i fjor er dette en økning på 1.411 pasienter (+ 2 %). *Passert planlagt tid* viser fortsatt et høyere nivå enn før innføringen av DIPS Arena, men antall og andel er redusert de siste månedene. Ved utgangen av august har 11.485 kontakter passert planlagt tid. Dette tilsvarer 17 % av kontaktene og er langt høyere enn målkravet om å ikke overstige 5 %.

*Offisiell venteliste* er stabil. Sykehuset har ved utgangen av august 7.925 pasienter som venter. Fag med høyest antall ventende er plast, ortopedi, Øre-Nese-Hals og Mage-tarm.

*Ventetid ventende* pasienter er redusert og *ventetid påstartet* er økt i august. Det er naturlig at ventetid påstartet pasient går opp når en større andel av de pasientene som har ventet lengst tas inn til behandling. Samtidig vil ventetid ventende pasienter gå ned.

Gjennomsnittlig *ventetid for pasienter med påstartet behandling* ligger for denne perioden på 77 dager for alle tjenesteområdene samlet. *Ventetid ventende* er nå 97 dager, som er 10 dager høyere enn for et år siden. Dette betyr at ventetid for påstartet vil øke framover når disse pasientene tas inn til behandling.

Andel *fristbrudd påstartet* er for perioden på 7,8 % samlet for alle tjenesteområder, på nivå med foregående måneder. Fagene med flest fristbrudd er Mage-tarm, Lunge, Hjerte og ØNH. Antall *fristbrudd ventende* reduseres til 1.174 denne periode. Mage-tarm står for 79 % av fristbruddene.

Antall *elektive henvisninger* hittil i år er 29.806 dette 9 %, lavere enn samme periode i fjor. Endringen kommer etter etableringen av felles henvisningsmottak, som innebærer bedre kvalitet og riktige henvisninger som behandles av våre leger. Antall *ø-hjelpshenvisninger* hiå er 12 % lavere enn på samme tid i fjor.

### 3 Aktivitet

Den polikliniske aktiviteten innen somatikk og i barne- og ungdomspsykiatrien er lavere enn budsjettert hittil i år. Sykefravær og vakanser sammen med høyt press på sengepostene fører til avlysninger av poliklinikk. Et høyere antall pasientavlysninger enn normalt bidrar til mye ekstra arbeid med re-planlegging for å utnytte tilgjengelig kapasitet best mulig. Det er innført ukentlig oppfølging av den polikliniske aktiviteten med sikte på å øke aktiviteten. Den tette oppfølgingen vil fortsette framover, og tiltak knyttet til ventetidsløftet vil også bidra til økt aktivitet. Den polikliniske aktiviteten innenfor voksenpsykiatrien og TSB viser positive budsjettavvik og aktivitetsvekst målt mot fjoråret.

#### Somatikk

Samlet budsjettavvik vedrørende ISF poeng utført i eget HF (dag, døgn, poliklinikk) er i august -127 poeng (-3 %). Hittil i år er antall ISF-poeng utført i eget HF 730 poeng (-2,4 %) lavere enn budsjettert.

Antall sykehusopphold (2.083) var i august 4 % lavere enn budsjettert (2.169) og 3 % lavere enn i fjor (2.157). Hittil i år er antall sykehusopphold (17.043) 3 % lavere enn budsjettert (17.636) og moderat lavere enn fjoråret (17.399).

Den polikliniske aktiviteten i august var 6 % lavere enn budsjettert og 3 % lavere enn i fjor. August 2024 hadde 22 arbeidsdager; dette er 1 færre enn i fjor. Hittil i år er antall konsultasjoner 5 % lavere enn budsjettert og 4 % lavere enn i fjor.

Antallet dagbehandlinger (dagkirurgi, dialyse-behandlinger og cytostatika-kurer for kreftpasienter) var i august likt som budsjettert og 6 % lavere enn i fjor.

Andel video- og telefonkonsultasjoner er 11,5 % i august, noe høyere enn STHF's interne målsetting for somatikken som er 10 %. Hittil i år er andelen 10,4 %.

Antall pasienter på korridor er 108 for august måned. Det er en økning på 15 fra forrige periode, med en andel for august på 1,5 %. Det er medisinske fagområder som har de fleste korridorpatientene med 69. Dette samsvarer også med at det er de medisinske sengepostene som har hatt høyest belegget. Ordinære medisinske sengeposter hadde i august en gjennomsnittlig beleggspersent på 99.

## **Psykisk helsevern og TSB**

Hittil i år er antall konsultasjoner innenfor PHV og TSB 2,5 % lavere enn budsjettert nivå. BUP leverer 10,2 % lavere enn budsjett, VOP som budsjettert, mens TSB leverer 12,3 % bedre enn budsjettert. Aktiviteten ligger 2,7 % høyere enn på samme tid i fjor.

Antall ISF-poeng hittil i år viser et samlet negativt avvik på 5,1 %. BUP og VOP leverer et negativt avvik på hhv 11,0 % og 1,9 %, mens TSB leverer et positivt avvik på 17,1 %. I august måned isolert leverte PHV/TSB et samlet positivt budsjettavvik på 3,5 %.

Det er i 2024 satt et nasjonalt mål for andel telefon- og videokonsultasjoner på 15 % samlet for alle tjenesteområdene, og et internt mål om at andelen telefon- og videokonsultasjoner skal overstige 25 % for PHV/TSB. PHV/TSB viser hittil i år en andel på 18,2 % på telefonkonsultasjoner og 0,9 % på videokonsultasjoner. Dette er økning på 0,4 % - poeng fra sammenlignbar periode i fjor. TSB og BUP innfrir målet med hhv 36,5 % og 25,1 %, VOP har en andel på 11,3 %. Den regionale oversikten viser at vi samlet ligger 2,0 % - poeng over gjennomsnittet i HSØ for PHV/TSB.

Antall liggedøgn i de voksenpsykiatriske sengepostene har med unntak av mai måned ligget over fjoråret, og august isolert viser en økning på 1,1 %. Hittil i år er veksten på 2,9 %, noe som er 1,8 % over budsjettert nivå. Antall døgnopphold viser i august måned en nedgang på 2,6 % fra i fjor, noe som er som budsjettert. Hittil i år er antall døgnopphold redusert med 2,7 %, noe som gir et negativt budsjettavvik på 2,6 %. Den gjennomsnittlige liggetiden har økt med 0,7 døgn fra i fjor.

Aktiviteten på avrusningen har fra mars måned til nå ligget over fjorårsnivået. Både antall liggedøgn og opphold ligger høyere enn både budsjett og fjorår. Hittil i år viser aktiviteten en økning i antall liggedøgn (+1,3 %) og en kraftig vekst i antall døgnopphold (+17,4 %). Den gjennomsnittlige liggetiden er redusert med 1,0 døgn fra i fjor.

Aktiviteten på den ungdomspsykiatriske sengeposten har i år en økning i belegget, men en reduksjon i antall utskrevne pasienter. Liggetiden har økt med 4,9 dager målt mot fjoråret. Hittil i år har antall liggedager økt med 5,1 % fra i fjor, mens antall utskrevne er redusert med 25,8 %. Hittil i år har antall liggedager økt fra 858 til 902, mens antall døgnopphold har falt fra 66 til 49.

Verdt å nevne at både den ungdomspsykiatriske sengeposten og avrusningen er små enheter hvor prosentvis avvik fort blir store av reelt sett små endringer.

## 4 Prioritering av psykisk helsevern og TSB

### Ventetider

I årets OBD er kravet en reduksjon i ventetiden målt mot 2023.

Både antall ventende og ventetid ventende innenfor BUP har vist en fin fallende kurve fra april til juni, men ventetid ventende har økt noe over sommeren. Ventetid påstartet økte fra 36 dager i juli til 44 i august. Hittil i år er ventetiden 1 dager lenger enn på samme tid i fjor.

VOP har som kjent hatt veldig mange pasienter på venteliste og lange ventetider i år, men begynner å få kontroll på situasjonen. Antall ventende faller for sjette måned på rad, og ventetid ventende har gradvis falt fra 65,5 i januar til 43,8 dager i august. Ventetid påstartet er fremdeles for høy og er per august på 84,8 dager. Deler av dette skyldes systemfeil som har gitt tre pasienter ventetid mellom 2000 og 9000 dager. August isolert viser ventetid påstartet på 68,9 dager.

TSB hadde som følge av systemfeil ventetider i mai og juni over 350 dager. Det var også en feil denne måneden som førte til en ventetid påstartet i august på 101 dager. Den reelle ventetiden uten feilregistreringen er 27 dager i august. Ventetid ventende har ligget mellom 11 og 25 i samtlige måneder i år. Ventetid ventende er ved utgangen av juli på 25 dager. Som følge av de nevnte feilene så viser ventetid påstartet hittil i år 123,3 dager, mens den reelle ventetid påstartet ligger rundt 26 dager.

Hittil i år er det ingen av fagområdene som innfrir prioriteringsregelen målt i ventetid.

### Polikliniske konsultasjoner

Kravet måles ved at aktiviteten i 2024 skal være høyere enn i 2023.

Antall konsultasjoner innenfor TSB og VOP har økt med hhv 20,3 % og 4,3 % målt mot samme periode i fjor og innfrir dermed prioriteringsregelen hittil i år. BUP viser en nedgang på 4,3 %. Prioriteringsregelen er således ikke innfridd så langt.

Antall behandlere tilstede hittil i år viser en vekst innenfor TSB, mens VOP og BUP viser en nedgang målt mot fjoråret.

Det er fortsatt svært stor henvisningsstrøm til barne- og ungdomspsykiatrien. Økt produktivitet og tilsetting av flere behandlere har så langt håndtert økt behandlingvolum, men det er krevende å rekruttere spesialister. Høy turnover krever betydelige ressurser til opplæring og for å sikre kvalitet i pasientbehandlingen. Også i voksenpsykiatrien er det en stor henvisningsstrøm som har bidratt til økte ventetider og fristbrudd. Etter innføring av felles henvisningsmottak med avtalespesialistene har

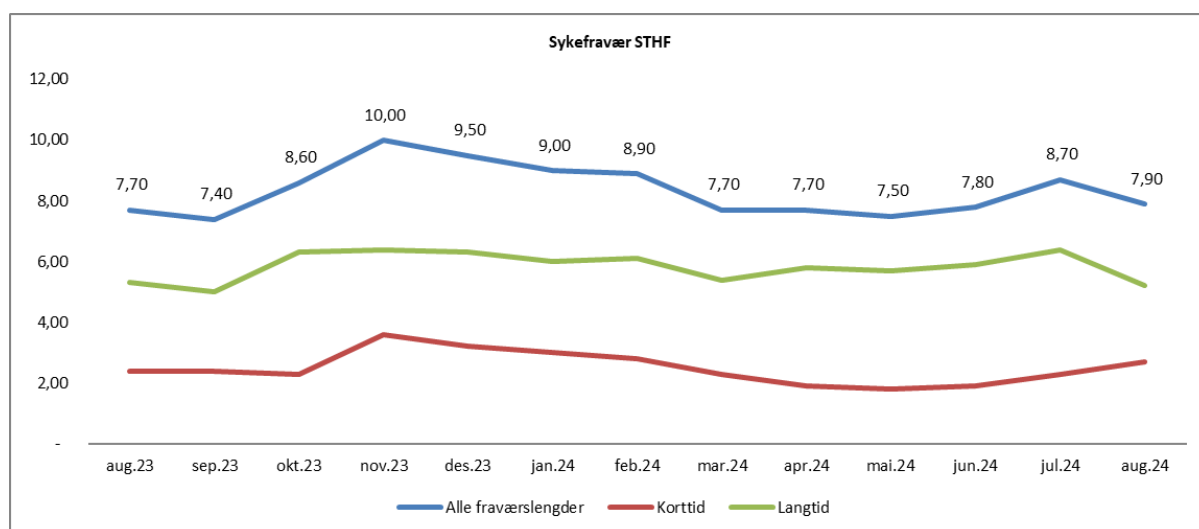
henvisningsmengden økt med 20 % sammenlignet med i fjor. Gjennom systematisk oppfølging av ventelister og samordning av behandlingsskapitet på tvers av lokasjoner har klinikken lyktes med å unngå nye fristbrudd i fra oktober 2023 frem til i dag. I tillegg er det startet et langsiktig forbedringsprosjekt for å øke produktivitet hos behandlerne.

## 5 Bemanning

Brutto månedsverk som ble utbetalt i august var 3523, noe som er 0,75 % over budsjettert nivå. Dette er 55 brutto månedsverk høyere enn august i fjor.

Hittil i år er det i gjennomsnitt utbetalt 3309 brutto månedsverk, noe som er 1,2 % over budsjettert bemanningsforbruk (+38) og 59 brutto månedsverk over fjorårsnivået.

Fra og med april måned 2023 overtok STHF de private ambulansestasjonene i Telemark, noe som utgjør ca. 75 brutto månedsverk per måned. Tallene vi rapporterer hittil i år blir ikke sammenlignbare med fjoråret.



Sykefraværet har vært gradvis fallende fra november måned i fjor med et sykefravær på 10 % til å være 7,5 % i mai. Sykefraværet hadde viste dessverre en økning i starten av sommeren, men august måned viste en nedgang fra 8,7 % i juli til 7,9 % i august. Dette er 0,2 % - poeng høyere enn august i fjor. Hittil i år er sykefraværet 8,2 %, noe som er 0,3 % - poeng over fjorårsnivået.

Korttidssykefraværet har vært stigende de 3 siste månedene, og økte fra 2,3 % i juli til 2,7 % i august, mens langtidssykefraværet falt fra 6,4 % i juli til 5,2 % i august. Dette er det laveste langtidssykefraværet vi har rapportert isolert for en måned hittil i år.

Samlede lønnskostnader for egne ansatte utgjør 1818,5 millioner kr hittil i år, mot budsjettert 1803,9 millioner kroner. Dette er 130,3 millioner kr høyere enn i fjor. Innleie fra byrå utgjør 10,8 millioner kr

hittil i år, mot et budsjett på 5,6 millioner kr. Dette er en reduksjon på 34,6 millioner målt mot fjoråret.

## 6 Økonomi

Sykehuset Telemark rapporterer et økonomisk resultat på +12,2 millioner kroner i august, mot et budsjett på + 2,9 millioner kroner. Det positive budsjettavviket i august skyldes i hovedsak inntektsføring av ekstra basisbevilgning fra RNB.

Hittil i år er resultatet +4,4 millioner kroner, mot budsjettet 23,3 millioner kroner. Årsakene til budsjettavvik hittil i år er i hovedsak lavere ISF-aktivitet (både døgnet og poliklinikk) og høyere lønnskostnader (spesielt knyttet til overtid og øvrig variabel lønn).

Per august er det bokført 45,0 millioner kr knyttet til lønnsoppgjøret, som er 3,3 millioner kroner høyere enn budsjett. Merkostnad for lønnsoppgjør 2024 forventes å bli 6 millioner kroner.

Regnskapsresultat (1000 kr)	Regnskap per august	Budsjett per august	Avvik per august	Budsjett 2024	Prognose 2024	Avvik
Basisramme	2 276 557	2 245 693	30 864	3 419 745	3 485 389	65 644
ISF-inntekter	718 315	734 263	-15 948	1 111 522	1 091 055	-20 467
Gjestepasienter	106 509	108 850	-2 341	163 358	161 358	-2 000
Polikliniske inntekter	77 945	88 321	-10 377	132 482	121 482	-11 000
Andre driftsinntekter	218 301	221 840	-3 540	353 830	358 830	5 000
Sum driftsinntekter	3 397 626	3 398 967	-1 341	5 180 938	5 218 114	37 177
Gjestepasienter	325 584	333 546	7 962	497 214	488 214	9 000
Varekostnader knyttet til aktiviteten	440 612	443 724	3 112	672 235	672 235	-
Innleid arbeidskraft	10 789	5 596	-5 193	8 335	15 335	-7 000
Lønn til fast ansatte	1 560 689	1 563 332	2 642	2 388 277	2 388 277	-
Overtid og ekstrahjelp	123 429	101 514	-21 915	152 312	182 312	-30 000
Pensjon inkl. arbeidsgiveravg.	295 633	277 736	-17 897	424 293	451 139	-26 845
Off. tilskudd og refusjoner vedr. arbeidskraft	-114 126	-99 448	14 678	-149 409	-169 409	20 000
Annen lønn	248 480	238 516	-9 964	382 427	396 427	-14 000
Avskrivninger og nedskrivninger	69 995	71 932	1 937	107 727	105 227	2 500
Andre driftskostnader	452 293	454 862	2 569	684 555	683 387	1 168
Sum driftsutgifter	3 413 378	3 391 309	-22 069	5 167 967	5 213 144	-45 177
Driftsresultat	-15 752	7 658	-23 410	12 970	4 970	-8 000
Netto finansposter	20 168	15 676	4 492	22 030	30 030	8 000
<b>Årsresultat</b>	<b>4 416</b>	<b>23 333</b>	<b>-18 917</b>	<b>35 000</b>	<b>35 000</b>	<b>-0</b>

Omstillings- og forbedringsaktivitetene videreføres i alle deler av sykehuset, og det konkrete arbeidet med tiltak og gjennomføring tas opp igjen etter ferieperioden. Sykehuset fortsetter tett oppfølging av variabel lønn og innleie og tiltak for kostnadskontroll videreføres. Dette inkluderer fortsatt restriktiv ansettelsespraksis for ikke-klinisk personale, begrensninger på innkjøp, brems i investeringer og strenge begrensninger på reiser. Utviklingsprogrammet utgjør rammene for faglig, kvalitetsmessig og økonomisk utvikling av sykehuset og engasjerer bredt i alle deler av organisasjonen.

Utviklingsprogrammet har utgangspunkt i at problemene må løses av de som er tettest på og eier dem.



## 7 Tertialvise forhold

### Forskning

I OBD for forskning i 2024 står det at antall kliniske behandlingsstudier i helseforetaket som inkluderer pasienter i 2024, skal økes med minst 15 % sammenliknet med 2023, jf. målene i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier.

STHF hadde 11 kliniske behandlingsstudier (KBS) med inkludering i 2023. Dette er samme antall som vi hadde i 2019 og en nedgang på to studier siden 2022. I 2024 har fire nye KBS startet opp og ytterligere to er under oppstart, hvorav STHF er koordinerende senter i en av studiene; Pallsoft-studien som er finansiert med KLINBEFORSK-midler. Studiekoordinator for Pallsoft-studien er ansatt i forskningsavdelingen og sammen med initiativtaker og hovedutprøver ved ST, ledet de oppstartsmøte for Pallsoft studien som ble avholdt i slutten av august, med 11 deltakende sentra. Det er varslet om oppstart av ytterligere tre KBS ved ST, men det er foreløpig usikkert om disse vil komme i gang med pasientinkludering i 2024. To studier er under avslutning i 2024. Estimert økning i antall kliniske behandlingsstudier for 2024 er derfor 45-60 %, mens vi i 2020 inkluderte pasienter i 12 kliniske behandlingsstudier.

De fire etablerte forskningsgruppene ved ST har høy aktivitet, søker jevnlig om eksterne forskningsmidler og står for en stor andel av STs vitenskapelige publikasjoner. Hittil i år har vi bidratt til publisering av 35 krediterende vitenskapelige artikler. To PhD-stipendiater har levert avhandlingen sin i 2024, flere er under avslutning og en har disputert. Basert på resultatene så langt i år så er det ventet en beskjeden økning i totalt antall forskningspoeng for 2024 sammenliknet med siste år.

Gastronet, et nasjonal medisinsk kvalitetsregister som registrerer koloskopier for å forbedre endoskopikvaliteten, eies av STHF, og har i løpet av sommeren 2024 ferdigstilt arbeidet med å digitalisere registreringene. I tillegg har Gastronet, som det første av alle landets nasjonale medisinske kvalitetsregistre, igangsatt automatisk overføring av relevante journalopplysninger til Gastronet. Dette har vært en stor milepæl og etterspurt i mange år da registeringsbelastningen er stor for mange travle klinikere.

### Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

#### Pasientskader – målt med Global Trigger Tool (GTT)

Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres til 10 % i 2023, jf. mål i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

Tabellen viser utviklingen i GTT-målinger ved Sykehuset Telemark:

År	2017	2018	2019	2020	2021	2022
GTT	15,8 %	9,2 %	6,7 %	7,1 %	5,4 %	7,5 %

Kilde: Pasientskader i Norge målt med Global Trigger Tool, Helsedirektoratet

Målingene ved Sykehuset Telemark er basert på en årlig gjennomgang av 240 pasientjournaler i medisinsk- og kirurgisk klinikk. Medisinsk klinikk har siden høsten 2023 manglet journalgransker. I påvente av en løsning har kirurgisk klinikk journalene fra begge klinikkene.

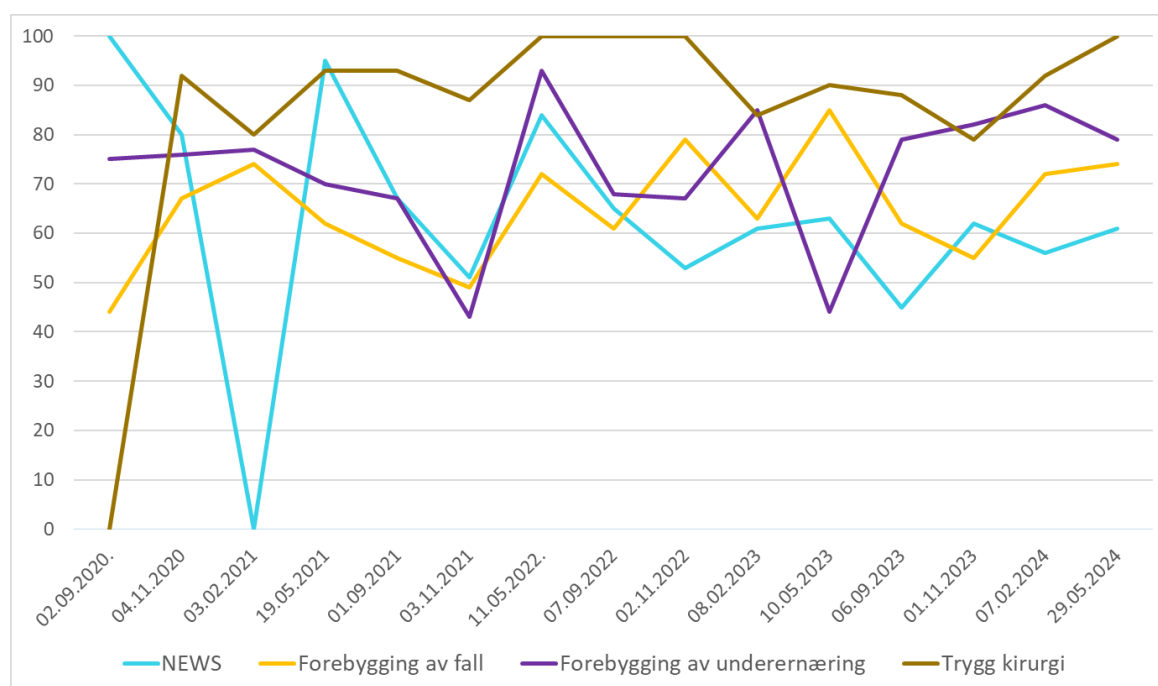
For å legge til rette for økt bruk av resultatene fra GTT-undersøkelsen, offentliggjør Helsedirektoratet kontrollgrafer hyppigere enn en gang i året; [GTT-undersøkelsen Kontrollgrafer og tabeller 2023 2. tertial.pdf \(itryggehender24-7.no\)](#).

Utviklingen i kontrollgrafer for Sykehuset Telemark, til og med 2. tertial 2023, kan tyde på at andel pasientskader er i ferd med å øke utover nivået i foregående; Målingene har de siste årene holdt seg lavt med små variasjoner.

### Prevalensundersøkelser – pasientsikkerhet

Prevalensundersøkelser pasientsikkerhet gjennomføres fire ganger årlig for å sikre implementeringen av Nasjonale fagråd og innsatsområder fra Pasientsikkerhetsprogrammet (Helsedirektoratet).

#### Prevalensmålinger



Bildet over viser utviklingen for prevalensmålingene fra sept. 2020 – mai 2024 for innsatsområdene NEWS (Tidlig oppdagelse av forverret tilstand), Forebygging av fall, Forebygging av underernæring og Trygg kirurgi.

Utvalgte resultater fra siste prevalensmåling i mai 2024 (utvalg):

- NEWS viser en negativ utvikling for tidsperioden, men de tre siste målingene tyder på at utviklingen er i ferd med å snu i positiv retning.
- Forebygging av fall, Forebygging av underernæring og Trygg kirurgi viser alle en positiv utvikling over tid

Resultatene fra prevalensundersøkelsene gjennomgås i felles prevalensmøter og følges opp i seksjonene.

### Kompetanseprogrammet for forbedringskunnskap i Sykehuset Telemark

Kompetanseprogrammet for forbedringskunnskap skal sikre sykehusets behov for kompetanse og kapasitet i forbedringskunnskap. Satsningen understøtter Utviklingsprogrammet.

#### Kompetanseprogrammet for forbedringskunnskap

NIVÅ 1: BASIS Alle ansatte	NIVÅ 2: UTVIDET Forbedringsagenter 10 % alle ansatte*	NIVÅ 3: EKSPERTER Forbedringsveiledere og eksperter 1 % alle ansatte*
Opplæring i HMS, pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring for nyansatte	Forbedringsopplæring Ytre Oslofjordmodellen (felles forbedringsopplæring i regi av SiVHF, SiØHF og STHF)	Opplæring forbedringsveiledere (2-4 deltakere per år i andre HF/RHF)
Grunnkurs i kontinuerlig forbedring for alle ansatte (e-læring, oppstart 2024)	Forbedringsopplæring LIS 2/3 (FKM)	
	Forbedringsopplæring i Helsefellesskapet Telemark – et samarbeid mellom STHF og kommunene/USHT (oppstart høst 2024)	
	Forbedringsopplæring for brukerrepresentanter (pilot 2024)	
<b>LEDERE: Alle ledere</b> Forbedringsopplæring for ledere (oppstart vår 2024)		

Tabellen over viser Kompetanseprogram for forbedringskunnskap med oversikt over opplæringsnivå og målgrupper. Referanse: Forbedringsmodellen (Helsedirektoratet)

Kompetanseprogrammets mål:

- Alle ledere har gjennomført lederopplæring i forbedringskunnskap innen utgangen av 2024
- 300 medarbeidere og ledere har utvidet kompetanse i forbedringskunnskap etter Forbedringsmodellen innen utgangen av 2025

#### Kompetanseprogrammet for forbedringskunnskap – gjennomført opplæring per 2. tertial 2024

Opplæring:	2022	2023	1. TERT 2024	2. TERT 2024	Summert per 2. tertial
<b>Forbedringsagenter</b>	13*	25	22	3	<b>63</b>
- <b>Ytre Oslofjord modellen</b>	7	10	12	-	<b>29</b>

Opplæring:	2022	2023	1. TERT 2024	2. TERT 2024	Summert per 2. tertial
- LIS 2/3		15	11	-	26
Forbedringsveiledere og eksperter	1	3**	-	3	7
Ledere	-	-	141	28	169
<b>Totalt</b>	<b>14</b>	<b>28</b>	<b>163</b>	<b>34</b>	<b>239</b>

Tabellen over viser gjennomført opplæring i forbedringskunnskap.

Merknader:

\*: I 2022 var det 5 forbedringsagenter som allerede hadde gjennomført utdanningen,

\*\* I 2023 ble det rekruttert 2 overleger med ekspertutdanning i forbedringsarbeid.

Per 2. tertial er det totalt 239 personer som har gjennomført utvidet opplæring i forbedringskunnskap. Det vurderes at målet med 300 innen utgangen av 2025, er innen rekkevidde.

#### *Stor oppslutning og engasjement*

Lederopplæring i administrerende direktørs ledergruppe, stab og alle klinikkene er gjennomført i første halvår 2024, med tett på full oppslutning. Videre lederopplæring settes opp med jevne mellomrom.

Forbedringsagentopplæring i Helsefelleskapet Telemark er utviklet i samarbeid mellom Sykehuset Telemark og kommunene representert ved Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, USHT-Telemark. Opplæringen starter primo september, av 25 påmeldte med 11 påmeldte fra sykehuset.

Forbedringsagentopplæring for brukerrepresentanter er en pilot som utvikles i tett samarbeid med representanter både fra Ungdomsrådet og Brukerutvalget. Planlagt oppstart er høsten 2024.

Grunnkurs i kontinuerlig forbedring for alle ansatte (e-læring) lanseres på Pasientsikkerhetskonferansen 2024.

#### *Forbedringspoliklinikken*

Forbedringspoliklinikken åpnet i mars 2024 og er et tilbud til alle ansatte om veiledning i forbedringsarbeid - fra idé til varig forbedring. Forbedringspoliklinikken organiserer også veiledningen til deltakerne i sykehusets ulike forbedringsopplæringer. Forbedringspoliklinikken koordineres av kvalitetsavdelingen og bemannes av sykehusets forbedringsveiledere.

#### **Uønskede pasienthendelser**

Registrering og oppfølging av uønskede pasienthendelser er en forutsetning for læring og forbedring av pasientsikkerheten. Sykehuset arbeider kontinuerlig for å sikre en god meldekultur. Uønskede pasienthendelser følges tett opp gjennom året og behandles hver vår som egen sak i adm. direktørs ledergruppe og sykehusets styre.

*Utviklingen i uønskede pasienthendelser, varsler om alvorlige hendelser og hendelsesanalyser:*

Rapportering	Uønskede pasienthendelser	Varsel om alvorlige hendelser (§ 3-3a)	Hendelsesanalyser
2018	934	22	
2019	1078	18	
2020	1036	16	
2021	1260	28	20
2022	1554	14	12
1.tertial 2023	650	10	6
2.tertial 2023	571	3	4
3.tertial 2023	719	7	3
2023	1940	20	13
1.tertial 2024	822	11	-
<b>2.tertial 2024</b>	<b>825</b>	<b>14</b>	<b>3</b>

*Kilde: TQM, EQS og Public 360. Merk: Det må tas høyde for at tallene kan bli justert, både som følge av at hendelser blir registrert i ettertid eller inaktivert som følge av feilregistreringer. Fra 2024 blir hendelsesanalysene registrert når de er ferdigstilt og behandlet i sykehusets og/eller klinikkens kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg.*

Antall registrerte pasienthendelser øker. Økningen kan sees i sammenheng med implementeringen av EQS med stort fokus på kurs og opplæring i pasientsikkerhet og forbedringsarbeid – og stort fokus på meldekultur over tid.

I 2. tertial er det varslet 14 alvorlige pasienthendelser til Statens helsetilsyn og Ukom jf. spesialisthelsetjenesteloven §3-3 a. Dette er en økning i forhold til siste år. I fire av § 3-3a sakene kan lang ventetid og fristbrudd for koloskopi være knyttet til alvorlig forverret prognose.

Flere hendelsesanalyser er under planlegging/gjennomføring. Tre hendelsesanalyser er ferdigstilt og behandlet i kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalget (KPU-STHF).

### **Spesielt om uønskede pasienthendelser og legemiddelsikkerhet**

*Hendelsestype legemidler - utvikling registrerte uønskede pasienthendelser per tertial:*

Rapportering	2. tertial 2022	3. tertial 2022	1. tertial 2023	2. tertial 2023	3. tertial 2023	1. tertial 2024	2. tertial 2024
Legemiddelhendelser	72	74	57	59	69	67	65

*Kilde: EQS/NOKUP. Tabellen viser den tertialvise utviklingen i pasienthendelser som er klassifisert som legemiddelhendelser etter innføringen av EQS. Tallene vil oppdateres etter hvert som ubehandlede hendelser blir klassifisert.*

Antallet registrerte legemiddelhendelser holder seg på samme nivå.

Hendelsestypen legemidler deles inn i ulike underkategorier med mer detaljert informasjon om type hendelse. De kategoriserte hendelsene i tabellen under viser at risikoen for feil er størst under ordinering og utdeling av legemidler.

Hendelsestype Legemidler – fordelt på underkategorier:	2023	1. tertial 2024	2. tertial 2024
2.7.1 Ordinering av legemidler	52	22	17
2.7.2 Tilgjengelighet/legemiddelkvalitet	7	2	-
2.7.3 Tilberedning/istandgjøring av legemidler	21	9	9
2.7.4 Utdeling av legemidler	78	33	36
2.7.5 Observasjon/målinger ved legemiddelbehandling	2	1	1
2.7.6 Bivirkning/interaksjon av legemidler	5	0	2

*Kilde: EQS/NOKUP. Tallene vil oppdateres etter hvert som ubehandlede hendelser blir klassifisert*

Legemiddelsikkerhet er et prioritert satsningsområde i Sykehuset Telemark. Sykehusets Handlingsplan for legemiddelsikkerhet skal bidra til en faglig forsvarlig, trygg og sikker legemiddelhåndtering.

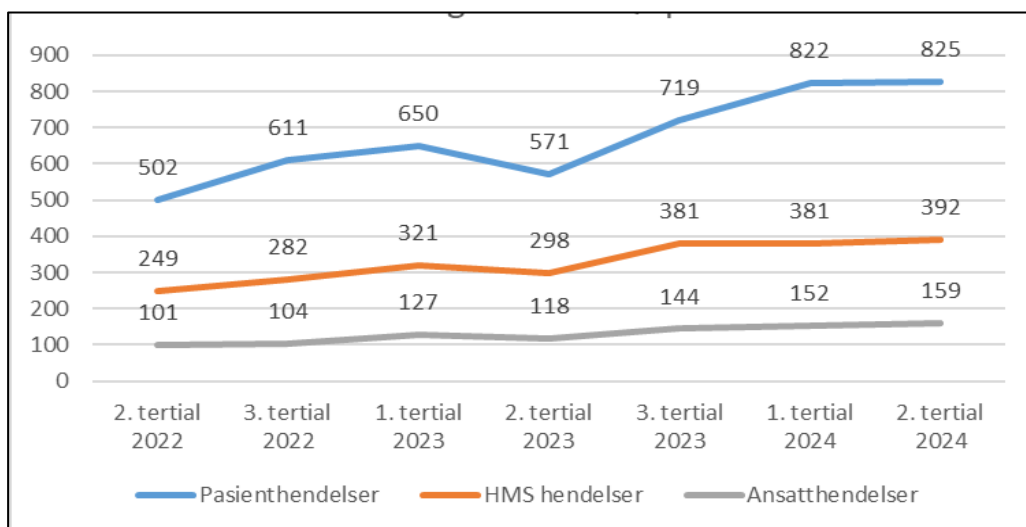
#### **Implementering forbedringssystemet EQS**

EQS er sykehusets avvik- og forbedringssystem. Bruk av EQS følges opp gjennom klinikkens systemadministrator i samarbeid med kvalitetsavdelingen. Kvalitetsavdelingen supporterer EQS gjennom meldeordningen@sthf.no der medarbeidere og ledere kan stille spørsmål. Det er jevn etterspørsel fra klinikkene og enhetene om bistand til å utarbeide tilpasset statistikk og rapporter. Det gjennomføres regelmessig kurs for ledere, saksbehandlere og lederstøtte. Enkelte av kursene er obligatoriske for ledere og kurs-gjennomføringen kan følges opp i Kompetanseportalen.

Avvik og uønskede hendelser følges opp og klassifiseres ved bruk av Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser (NOKUP). Gjennomgang av NOKUP-klassifiseringen viser at det fortsatt er behov for mer opplæring i bruk av NOKUP for ledere for å sikre kvaliteten på klassifiseringen. God kvalitet på NOKUP-klassifiseringen i den enkelte melding er avgjørende for kvaliteten på statistikk og analyse som grunnlaget for forbedringsarbeid på systemnivå.

Det pågår et nasjonalt prosjekt for å integrere sykehusenes avvik/forbedringssystem med meldeportalen [www.melde.no](http://www.melde.no)

*Utvikling meldefrekvens i EQS – alle hendelsestyper per tertial*



Tabellen over viser utvikling i meldefrekvens fra oppstart EQS 2. tertial 2022 til 2. tertial 2024.

Antall registrerte hendelser er fortsatt økende i alle hendelsestyper.

Gevinstrealiseringen for EQS følges opp jevnlig i sykehusets Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (KPU-STHF). Rapporter med statistikk og analyse basert på NOKUP tas ut i sanntid som grunnlag for klinikkens forbedringsarbeid og presenteres i årlig ledergruppesak.

### NPE-saker

Saker – Norsk pasientskadeerstatning (NPE)

Rapportering	Antall nye saker	Antall vedtak medhold	Antall vedtak avslag	Avvist (totalt per år)	Henlagt (totalt per år)
2020	92	34	54		
2021	120	32	62		
2022	116	17	68		
2023	125	23	82	23	8
1. tertial 2024	40	3	28		
2. tertial 2024	46	5	27		

Tabellen over viser utviklingen i NPE-saker. Rapporteringen omfatter fra 2023 årlig rapportering på antall avviste og henlagte saker hos NPE. Kilde: NPE og P360.

- Det er ikke sammenheng mellom mottatte saker og vedtak innenfor samme år. Vedtak som blir fattet i år kan gjelde saker som ble mottatt tidligere år.
- Avviste saker: Avvisningsgrunner kan være at erstatningssøkerne ikke har hatt et økonomisk tap på 10 000 kroner eller mer, eller at forholdet er foreldet.
- Henlagte: Saker blir henlagt fordi erstatningssøker/pårørende trekker saken, eller ikke har gitt alle opplysningene NPE trenger for å behandle saken.

I 2. tertial er det registrert 46 nye NPE-saker, 5 saker med vedtak om medhold og 27 saker med vedtak om avslag.

#### *Kvalitetsindikator for meldekultur og NPE-saker*

Rapportering	STHF	KPR	KIR	MED	ABK	MSK
2021	7/13	0/0	1/6	5/6	1/1	0/0
2022	4/8	1/1	1/3	1/2	1/1	0/0
2023	7/19	1/1	5/15	0/2	0/0	1/1
1.tertial 2024	0/2	0/0	0/2	0/0	0/0	0/0
2.tertial 2024	0/4	0/0	0/2	0/2	0/0	0/0

Kilde: Public 360 og TQM/EQS. Tabellen viser «antall nye medholdsaker som er meldt i avvikssystemet/ antall nye medholdsaker». Målingene inkluderer saker med hendelsesdato etter 01.01.2020.

I 2. tertial har NPE gitt medhold i 4 pasientskadesaker, hvorav to er knyttet til ortopedi: én på grunn av forsinket diagnostisering og én på grunn av en uønsket hendelse under kirurgi/invasiv intervensjon. De to andre sakene gjelder lungesykdommer, hvor begge er knyttet til feilaktig eller utilstrekkelig kliniske vurderinger. Ingen av sakene var registrert som pasientskader i avvikssystemet EQS/TQM.

Sykehusets kvalitetsindikator for meldekultur og NPE-saker skal understøtte forbedringsarbeidet med å øke oppmerksomheten på registrering av pasientskader i EQS. Formålet med registrering av uønskede hendelser i EQS er å forebygge skader og redde liv.

NPE-rapporten [Samsvar mellom pasientskader og saker meldt i avvikssystemet på sykehus 2018-2021](#), viste at for NPE-saker der sykehuspasienter fikk medhold, var kun 39 % meldt som avvik. For Sykehuset Telemark var tallet 43 %. Av disse gjaldt 35 % svikt i behandling, mens 64 % gjaldt svikt i diagnostikk.

#### **Eksterne tilsyn og revisjoner**

Formålet med tilsyn og revisjoner er å kontrollere sykehusets styring og kontroll med at aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og kontrolleres i samsvar med lovverket, eierkrav og egne definerte krav og målsetninger.

God forberedelse og oppfølging av tilsyn og revisjoner er en sentral del av det systematiske forbedringsarbeidet innen kvalitet, pasientsikkerhet og HMS.



Eksterne tilsyn og revisjoner per 2. tertial 2024.

Tid	Tilsyn	Enhet	Tema	Funn	Status
19 – 20 Okt 2023	Arkivverket	SSL/Seksjon for Pasient- dokumentasjon og arkivtjenester	Kontroll av arkivforholdene ved STHF	Det er gitt 5 pålegg etter tilsynet: Pålegg 1: Oppdater arkivplanen Pålegg 2: Lag en systemoversikt med beskrivelse av alle aktive og avsluttede elektroniske system Pålegg 3: Lag en plan for langtidsbevaring av elektronisk arkivmateriale Pålegg 4: Lag en plan for å rengjøre papirarkiver Pålegg 5: Sikre at kravene til lokaler for arkiv er ivaretatt	Arbeid for lukking er under gjennomføring og vil ferdigstilles innen frist.
Feb 2023	Stats- forvalteren i Vestfold og Telemark	ABK/ FOVA Notodden	Stikkprøvetilsyn og innhenting av opplysninger Tema for tilsynet er om Sykehuset Telemark HF sørger for forsvarlig pasientbehandling for akuttinnlagte pasienter ved FOVA Notodden.	Rapport fra Statsforvalteren viser funn i form av lovbrudd og uforsvarlig pasientbehandling for 3 av 15 pasienter.	Rapport er sendt og godkjent, Statsforvalteren har bedt om ny rapport etter oppfølging av tiltak innen 01.12.24
Des. 23	Miljørettet helsevern Grenland	SSL: Trekløveren barnehage	Tilsyn med skadedyr- bekjempelse i skoler og barnehage	3 avvik er gitt i tilsynet: Avvik 1 – Substitusjonsprinsippet er ikke fulgt,  Avvik 2 – Protokoller mangler relevante opplysninger og vurderinger  Avvik 3 - Nødvendig nabovarsel er ikke gitt	Avvik er fulgt opp internt og tilsynet er lukket.

Tid	Tilsyn	Enhet	Tema	Funn	Status
Jan 2024	Arbeidstilsynet	Medisinsk klinikk: Seksjon medisinsk sengepost Øvre Telemark	Dokumenttilsyn – Forsvarlighetsvurdering av arbeidstidsordning	Pålegg: Arbeidstid – vurdering av om arbeidstidsordningene er fullt forsvarlig	Tilsynet er svart opp og avsluttet.
Jan 2024	Arbeidstilsynet	Medisinsk klinikk: Indremedisinske leger	Dokumenttilsyn – Forsvarlighetsvurdering av arbeidstidsordning	Pålegg - Arbeidstidsordning – vurdering av forsvarlighet	Tilsynet er svart opp og avsluttet.
Jan 2024	Riksrevisjonen	Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling	Forvaltningsrevisjon om helse- og velferds-tjenester til personer med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser - spørreundersøkelse i helseforetak	Det etterspørres navn på to kontaktpersoner for spørreundersøkelsen.	Kontaktpersoner fra STHF er oppgitt.
Mars 2023	Arbeidstilsynet	Akutt og beredskapsklinikken: Ambulansetjenesten Skien	Stedlig tilsyn med fokus på det fysiske arbeidsmiljøet. Tilsyn for oppfølging etter tilsyn 2018.	Tilbakemelding etter tilsyn: Krav om opplysninger Varslet 4 pålegg - med frist for å svare opp:  1 Pålegg - Arbeidsplasser og arbeidslokaler - ferdsel og atkomst  2 Pålegg - Arbeidsplasser og arbeidslokaler – garderober  3 Pålegg - Arbeidsplasser og arbeidslokaler -	Tiltak er igangsatt og vil svares opp innen frist 07.09.24.

Tid	Tilsyn	Enhet	Tema	Funn	Status
				utforming og innredning  4 Pålegg - Bedriftshelsetjeneste - bistand til påleggs-gjennomføring	
April 2024	Arbeids-tilsynet	Akutt og beredskapsklinikken: Ambulansetjenesten Skien – Bygg 65	Stedlig tilsyn med fokus på det fysiske arbeidsmiljøet.	Pålegg: 1. Inneklima i bygg 65 – kartlegging og risikovurdering av inneklima med måling fra BHT.	Tiltak er igangsatt og vil svares opp innen frist 07.09.24.
Mai 2024	Konsern-revisjonen	Medisinsk klinikk	Revisjon Nasjonale faglige retningslinjer – implementering og etterlevelse på områdene diabetes, hjerneslag og Multippel sklerose (MS)	Planlagt gjennomgang utkast rapport.	
Mai 2024	Arbeidstilsynet	Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling	Dokumenttilsyn etter uønsket ansatt hendelse/ arbeidsulykke	Krav om opplysninger vedrørende: arbeidsavtale, opplæring, hendelsen med årsaksanalyse, oppfølgingstiltak, risikovurdering vold og trusler	Tilsynet er svart opp og avsluttet.
Juli 2024	Statsforvalteren i Vestfold og Telemark	Medisinsk klinikk	Tilsyn og anmodning om rapport fra virksomheten	Tilsynet har grunnlag i bekymringsmelding fra ansatte i medisinsk klinikk.	Tiltak igangsatt