

Saksfremlegg

Saksgang

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	14. februar 2024

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

Sak 006-2024

Virksomhetsrapport per 3. tertial 2023

Hensikten med saken

Saken presenterer virksomhetsrapport per 3 tertial 2023.

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Skien, 7. februar 2024

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

0 Sammendrag

Sykehuset Telemark rapporterer et økonomisk resultat på –1,7 millioner kroner i desember, mot et budsjett på +1,7 millioner kroner. Avregning Sykehuspartner og private institusjoner bidrar positivt med 9 millioner kroner. Øvrig drift viser en forbedring fra november, men foretaket står fortsatt i en meget alvorlig økonomisk situasjon som også vil utfordre drift og budsjett for 2024.

Viktigste bidrag til negative budsjettavvik i desember 2023 er

- høyt belegg med krevende driftssituasjon på somatiske sengeposter
- høye kostnader til variabel lønn
- høye kostnader til varekjøp
- høye gjestepasient- og fristbruddkostnader
- lavere inntekter fra ISF-aktivitet og poliklinisk aktivitet
- forsinket gjennomføring av budsjetterte merverditiltak
- kostnader knyttet til innføring av DIPS Arena

Det har over tid vært krevende forhold i klinikkene, med høyt belegg, ressurskrevende pasienter, høyt sykefravær og betydelige rekrutteringsutfordringer på flere områder. Dette har preget driftssituasjonen også i desember. Samtidig ser vi at lange ventelister og høyt antall fristbrudd innen enkelte fag genererer høye kostnader. Sykefraværet i desember er på det samme høye nivå som i foregående måned.

Kostnadene for innleie er redusert til 1,1 millioner kroner i desember, som er det laveste nivået i 2023, og betydelig lavere enn i de første 8 månedene av året. Innleie i VOP er avsluttet, og størstedelen av kostnadene i desember gjelder diagnostisk personell (radiologi).

Resultatet per desember er -90,5 millioner kroner, 110,5 millioner kr dårligere enn budsjett. Årsakene til budsjettavviket for året 2023 er i hovedsak de samme som nevnt ovenfor, i tillegg til høye kostnader til innleie og Fritt Behandlingsvalg tidligere i året. Inntektene (ISF og poliklinikk) er noe lavere enn budsjettert, etter svakere aktivitet enn budsjettert etter sommeren.

Det pågår omstillings- og forbedringsaktiviteter i alle deler av sykehuset. Sykehuset har hatt tett oppfølging av variabel lønn og innleie siden april, og alle klinikker har handlingsplaner for reduksjon av variabel lønn og innleie. Arbeidet med å redusere innleie har lyktes innenfor psykisk helsevern og i deler av somatikken. Det er imidlertid fortsatt behov for noe innleie i medisinsk klinikk og diagnostikk. Tiltak for kostnadskontroll som ble innført i april videreføres. Dette inkluderer ansettelsesstopp for ikke-klinisk personale, begrensninger på innkjøp, utsettelse av investeringer og strenge begrensninger på reiser.

Resultatene for desember gjenspeiler at den økonomiske situasjonen fortsatt er krevende, samtidig som ventelister, ventetider og fristbrudd er på et høyt nivå. Det vil kreve systematisk arbeid over tid å normalisere driften og å reetablere bærekraftig økonomi. For å sikre kraft i omstillings- og

forbedringsarbeidet har sykehuset etablert et utviklingsprogram som utgjør rammene for faglig, kvalitetsmessig og økonomisk utvikling av sykehuset. Utviklingsprogrammet har fokus på god ressursstyring, økt oppgavedeling, bedre pasientflyt og redusert overbehandling/uønsket variasjon, i tillegg til fortsatt arbeid med variabel lønn og innleie, strukturelle/organisatoriske grep, kostnadsreduksjoner og produktivetsforbedring.

Sykehuset gjorde i starten av desember en vellykket oppgradering av fra DIPS Classic til DIPS Arena. Erfaringen så langt er at oppstarten har gått bra. Imidlertid ser vi i forbindelse med desember-rapporteringen stor økning i blant annet ventetider og fristbrudd. Ved gjennomgang av datamaterialet ser vi at dette i stor grad skyldes feil bruk/registering i DIPS Arena, og at resultatene derfor ikke reflekterer den faktiske utviklingen. Tiltak er iverksatt for å korrigere feil og sikre korrekt registreringer fremover. Nivå og endringer i ventetider, fristbrudd osv i desember kommenteres derfor ikke nærmere.

Antall elektive henvisninger registrert hittil i 2023 er lavere enn i 2022 og 2019. Dette har sammenheng med at det er etablert et felles elektronisk henvisningsmottak i somatikken, som bidrar til at ikke-reelle henvisninger og henvisninger med feil stoppes før de registreres. Antall henvisninger til Ø-hjelp er på nivå med tiden før pandemien.

Det er store variasjoner i henvisningsmengden mellom fag. 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. Gjennom systematisk oppfølging av ventelister og samordning av behandlingkapasitet på tvers av lokasjoner har klinikken lyktes med å unngå nye fristbrudd i oktober og november. I tillegg er det startet et langsiktig forbedringsprosjekt for å øke produktivitet hos behandlerne.

Innhold

0	Sammendrag.....	2
1	Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD.....	5
1.1	Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.....	5
1.2	Bedre kvalitet og pasientsikkerhet.....	6
1.3	Tilgjengelighet og sammenhengende pasientforløp.....	6
2	Aktivitet.....	11
2.1	Somatikk.....	11
2.2	Psykisk helsevern og TSB.....	13
3	Bemanning - brutto månedsverk, samlet lønnskostnad og innleie.....	14
4	Økonomi.....	16
4.1	Sykehuset Telemark.....	16
4.2	Klinikkene.....	18
5.	Tertialvise forhold.....	21
5.1	Forskning.....	21
5.2	Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.....	22

1 Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD

Det er i Oppdrag og bestilling for 2023 definert tre hovedmål:

1. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
2. Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet
3. Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

1.1 Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Prioriteringsregelen

Ventetider

Kravet måles i absolutte tall, hvor ventetiden for VOP skal være under 40, BUP under 35 og TSB skal ha ventetid lavere enn 30 dager (OBD).

Prioriteringsregelen målt i ventetid er oppfylt innenfor TSB med sine 24 dager. Verken BUP med sine 43 dager eller VOP med sine 66 dager innfrir prioriteringsregelen hittil i år.

Ventetid ventende for økte fra november til utgangen av desember innen alle fagområdene. Antall ventende økte innenfor BUP, men uendret innenfor TSB og VOP. Antall henvisninger til voksenpoliklinikkene har økt med over 10 % hittil i år sammenlignet med fjoråret. Kapasitetsutfordringene forsterkes med en nedgang i antall terapeuter tilstede. Dette resulterer i økende antall fristbrudd og høye fristbruddskostnader. Det er satt i gang kveldspoliklinikker for å unngå ytterligere fristbrudd.

Polikliniske konsultasjoner

Kravet måles ved at aktiviteten i 2023 skal være høyere enn i 2022.

Aktiviteten innenfor TSB har økt (+8,4 %) sammenlignet med fjoråret, mens VOP og BUP har redusert antall konsultasjoner med hhv -4,0 % og -15,5 %.

Som følge av ny registrering og gruppering av enkelte polikliniske konsultasjoner, så er enkelte konsultasjoner ikke lenger tellende og således har vi ikke helt sammenlignbare tall å kommentere på.

Se avsnitt 2 **Aktivitet** for detaljer om utvikling.

Bruk av tvang

Målsetting for 2023 er å forhindre feil bruk av tvang og tilrettelegge tjenestene slik at forebygging av aggresjon og vold understøttes.

Det var 383 tvangsinnlagte i år, noe som er en reduksjon på 2,3 % fra i fjor. Antall tvangsinnlagte var rekordhøy i desember, men året under ett viser allikevel en nedgang.

Tallene tilsvarer et gjennomsnitt på 0,19 per 1000 innbyggere. Med 2290 antall innlagte er andelen tvangsinnlagte på 16,7 % i år, mens andelen tvangsinnlagte var 16,9 % i fjor.

Prioritere psyk.helsevern og TSB	mål 2023	2019	2020	2021	2022	Hittil 2023
Antall tvangsinnleggelse psyk./1000 innbyggere	lavere enn 2022	0,14	0,16	0,16	0,19	0,19
Andel tvangsinnleggelse	lavere enn 2022	14,3 %	17,4 %	16,5 %	16,9 %	16,7 %
Antall pasienter i døgnbehandling som har minst ett tvangsmiddelvedtak	reduseres	11	11	12	9	12

1.2 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	mål 2022							des. 23						
		jul.23	aug.23	sep.23	okt.23	nov.23	des.23	KIR	MED	MSK	ABK	BUK	VOP/TSB	
Sykehusinfeksjoner %	<3%			1,4 %		4,1 %								
Korridorpasienter - antall	0 %	147	155	325	207	201	174	27	147					
Korridorpasienter %	0,0 %	2,0 %	2,0 %	4,0 %	2,7 %	2,8 %	2,3 %	1,0 %	3,4 %					
Direkte time i %	100 %	65 %	67 %	70 %	69 %	63 %								
Antall åpne dokumenter > 14 dager	<2800	3 247	3 007	3 277	3 149	2 794	2 666	468	884	35	12	784	483	
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode og uten ny kontakt	reduseres	854	734	517	647	459	1 167	493	429	56	9	89	90	
Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse	>30%	24 %	23 %	24 %	24 %	24 %	24 %	24 %						

Rekordhøyt belegg i første halvår førte til økning i antall og andel korridorpasienter. Lavere belegg i 4. kvartal gir færre korridorpasienter. Kapasitetsutfordringer innen enkelte fag resulterer i mange fristbrudd og lavere andel direkte time. Antall åpne dokumenter er noe lavere de siste månedene. Det ble ryddet i åpne dokumenter og pasienter med åpen henvisningsperiode som forberedelse til overgang til DIPS Arena.

1.3 Tilgjengelighet og sammenhengende pasientforløp

Datakvalitet i desember-rapporteringen

Etter overgangen til DIPS Arena er erfaringen så langt at oppstarten har gått bra. Imidlertid ser vi at tallene for desember-rapporteringen har gitt oss **stor økning i ventetider, fristbrudd og passert planlagt tid**. På bakgrunn av dette er det foretatt en gjennomgang av datamaterialet for å avdekke årsaker.

Ved gjennomgangen ser vi at avvikende trender i all hovedsak skyldes feil bruk og registrering i DIPS Arena. Det er derfor behov for å gjennomføre en ryddejobb. Videre må det etableres gode rutiner internt for å sikre riktig kvalitet fremover i tid.

To tiltak gjennomføres:

- 1) Gjennomføre en dugnad/workshop med utvalgte ansatte fra ulike fagområder for å korrigere og rydde i Arena. Tiltaket gjennomføres innen 31.01.2024 for å sikre en korrekt og konsistent rapportering til HSØ, styret og ledergruppen for januar 2024.
- 2) Opplæring av resterende ansatte som har oppgaver knyttet til pasientadministrative rutiner (kontorfaglig, poliklinikk, post) innen somatikk og psykiatri. Opplæringen gjennomføres som klasseromundervisning. Tiltaket ferdigstilles innen 31.04.2024

DIPS Arena har justert antall rapporter som er tilgjengelig for bruk i rapporteringen. Det innebærer at vi på enkelte områder ikke har den kvaliteten som vi ønsker. Arbeidet med å etablere og kvalitetssikre data-uttrekk er omfattende. Dette gjelder bla. epikrisetid og direkte time. Arbeid pågår med mål om å kunne rapportere så korrekte tall som mulig for januar 2024.

På grunn av ovenstående viser enkelte av de rapporterte indikatorer for desember betydelig større avvik enn tidligere. Kommentarene og tall for desember er basert på det datagrunnlaget som nå foreligger fra DIPS Arena og må derfor leses med varsomhet.

Redusere unødvendig ventetid	mål 2023	jul.23	aug.23	sep.23	okt.23	nov.23	des.23	des.23					
								KIR	MED	MSK	BUK (som)	BUK (psyk)	VOP/TSB
Gjennomsnitt ventetid i dager	60 dager somatikk 30 dager BUP/VOP/TSB	63	79	83	73	75	101	115	72	74	95	38	134/79
Fristbrudd avviklede, antall pr mnd	0	117	202	234	211	216	344	224	79	4	23	-	13/1
Fristbrudd andel avviklede per mnd	0	7,3 %	8,0 %	8,7 %	8,3 %	7,7 %	17,0 %	19 %	15 %	4 %	40 %	0,0 %	11%/14%
Antall som venter	reduksjon	8 385	8 288	8 146	8 259	8 369	8 783	4 893	2 331	288	420	154	572/17
Antall med ventetid over 1 år	0	75	95	112	135	145	187	106	74	3	1	-	1/1
Andel telefon/videokonsultasjoner	Som: 10% PHV/TSB: 25%	13,2 %	12,2 %	11,7 %	11,6 %	11,8 %	11,5 %	5 %	15 %	6 %	12 %	24 %	10 %/ 21 %
Antall passert planlagt tid	reduksjon	9 076	9 410	10 174	10 266	10 533	13 477						
Andel passert planlagt tid %	<5%	14 %	14 %	16 %	16 %	16 %	20 %						

Sykehuset har over noen år valgt å ha egne lokale mål for tilgjengelighet ulike de nasjonale målene. For 2023 betyr dette mål for ventetider innen somatikk på 60 dager og 30 dager for BUP, VOP og TSB. I tabellen ovenfor er dette reflektert.

Ventetider og antall som venter

Kapasitetsutfordringer

Kapasitetsutfordringer påvirker fortsatt ventelistene for flere fagområder. Kombinasjonen av færre polikliniske konsultasjoner og mange henvisninger inn gir økning i pasienter på venteliste. Det er også økning i antall pasienter passert planlagt tid, som nå er det høyeste etter at indikatoren ble innført. To fagområdene som har utmerket seg i lengre tid, er mage-tarm (MATA) og Barn. I tillegg ser vi negativ utvikling innen endokrinologi, som har økte ventelister siden forsommeren.

Et viktig tiltak er å sikre at de riktige pasientene tas inn til poliklinikkene, og rydde i ventelistene. Det er også startet et i arbeid for å etablere kriterier for å avvise henvisninger, for å få kontroll på tilstrømningen av nye pasienter.

Flere poliklinikker har en utfordring med å få gjennomført mange nok polikliniske konsultasjoner til å håndtere pasientmengden. Dette gir seg utslag i økte ventetider, høyt antall fristbrudd og økt antall pasientavtaler passert planlagt tid, jfr. kommentarene nedenfor.

Det er store rekrutteringsutfordringer innen flere fag. Sykefravær og mange vakanser i legegruppene kombinert med høyt belegg på sengepostene fører til at kapasiteten i poliklinikkene reduseres fordi legene må omprioriteres dit. For medisinsk klinikk er 5 av 18 LIS 2-3 stillinger vakante, noe som medfører at overleger må dekke opp på sengepostene i stedet for å ha poliklinikk.

For Barn har vi sett en bedring i situasjonen i starten av året, men svært mange henvisninger inn sammen med høyt sykefravær de siste månedene utfordrer kapasiteten. Det er iverksatt tiltak for å prioritere økt poliklinikk-aktivitet, og startet systematisk forbedringsarbeid for å sikre god flyt og riktige pasienter inn, samt avslutte pasienter.

Antall på venteliste og passert planlagt tid

Total venteliste fortsetter å øke, og er nå på det høyeste nivået som er målt siden oppstart av målingen. I samme periode reduseres antall pasienter som har fått time.

For rapporteringsperioden er det 62.404 pasienter som venter. Sammenlignet med samme tid i fjor er det en økning på 3.038. Høyest andel som venter er innen de medisinske fagområdene.

Den totale ventelisten fordelte seg på 16.830 pasienter med tildelt time, reduksjon på 938 pasienter fra forrige periode, og 45.574 pasienter som ikke hadde fått time, økning på 2.041 pasienter fra forrige periode. *Med alle planlagte kontakter menes alle kontakter i venteliste og oppmøteliste (timebok) frem i tid. Total venteliste teller alle kontakter frem i tid, også etter at frist for start av helsehjelp, dvs. første konsultasjon er innfridd. Hver avtalte kontakt frem i tid har også en «frist», (tentativ dato).*

Passert planlagt tid viser det høyeste antall siden etablering av indikatoren. For perioden har vi 13.477 kontakter som er passert, det er en økning på 2.944 fra forrige periode. Andelen passert utgjør 19,9 % som er høyere enn målkravet om å ikke overstige 5%.

STHF ligger over snittet i HSØ som er på 15,4 % i perioden.

Økningen kan skyldes feil bruk og registrering i DIPS Arena, her arbeider STHF med tiltak for å sikre bedre kvalitet fremover.

Utviklingen i offisiell venteliste har hatt en jevn økning siden januar og er for denne perioden på 8.783, økning fra forrige periode (414). Fag med høyest antall ventende er Plast, Øre-Nese-Hals, Mage-tarm.

Fristbrudd

Økningen i fristbrudd kan skyldes feil bruk og registrering i DIPS Arena. STHF har iverksatt tiltak for å sikre bedre kvalitet fremover.

Andel *fristbrudd påstartet* er for perioden på 17 %, antallet er 344 (216) fristbrudd, endring på +128 fra forrige periode.

Andel *fristbrudd ventende* for alle tjenesteområder er 12,5 % (10,4 % forrige periode), antallet er 1.095 (871) endring på +224 brudd fra forrige periode.

Primær henvisninger

Elektive: Antall elektive henvisninger hittil i år er 49.419. Dette er lavere enn sammenlignet med i fjor (-3.266), og 9.010 færre enn i 2019. Endringen kommer etter å ha etablert felles henvisningsmottak, det innebærer bedre kvalitet og riktige henvisninger som behandles av våre leger.

Ø-hjelp (akutt-ankomster): Antall ø-hjelpshenvisninger hiå er omtrent på nivået i 2019. Totalt har vi 41.552 for hele 2023, +1.293 i forhold til samme tid i fjor.

Ventetider

Økningen kan skyldes feil bruk og registrering i DIPS Arena, her arbeider STHF med tiltak for å sikre bedre kvalitet fremover.

Gjennomsnittlig ventetid for *pasienter med påstartet behandling* ligger for denne perioden på 101 dager for alle tjenesteområdene samlet, som er en økning på 26 dager fra forrige periode. Sammenlignet med desember i fjor er det en økning på 36 dager.

Somatikk 100 (76) dager (denne periode/forrige periode), VOP 134 (76), BUP 43 (34) og TSB 79 (19).

Avdeler med høyest ventetid påstartet er (store volum): Plast 195 (178), Bar 110 (110), Ort 151 (90), ØNH 82 (89), DPS 82 (82).

Gjennomsnittlig ventetid for *ventende pasienter* for alle tjenesteområder er 91 (82) dager, som er +9 dag fra forrige periode. Ventetid ventende: Somatikk 94 (84) dager, VOP 70 (64), BUP 33 (25) og TSB 62 (33).

Avdeler med lengst ventetid: Plast 168 (158), ØNH 101 (92), Mage-tarm 158 (153), Hormon 105 (70), Bar 89 (85).

Antall ventende pasienter over 1 år forsetter å stige, og er på sitt høyeste nivå med 187 pasienter (+42 fra forrige periode). Plast har størst andel pasienter som venter med 97 (84), deretter Mage-tarm 66 (42).

Korridorpasienter

Antall pasienter på korridor er 174 (201) for perioden. Det er en -27 fra forrige periode, med en andel for perioden på 2,33 %.

Det er medisinske fagområder som har de fleste korridorpatientene med 147 (165) for perioden. Dette samsvarer også med at det er de medisinske sengepostene som har hatt høyest belegget.

Belegg

Ordinære sengeposter har for denne perioden et snitt forbruk av senger på 197. Dette tilsvarer en beleggsprosent på 95, som er på litt lavere enn forrige periode. Det er fortsatt et høyt belegg på alle medisinske sengeposter. Gjennomsnittlig antall senger i bruk for året 2023 er på 169, med snittbelegg på 106 % samlet. (Poster som inngår: Blod-kreft, Hjerte-nyre-hormon, Infeksjon-mage-tarm, Kirurgisk post 1., 3. og 6. etg, Lunge-geriatri, Nevrologi-slag-rehab, Barnepost, Kirurgisk og Medisinsk post Notodden.

Barnepost Skien har et snitt forbruk av senger på 7,5 for denne perioden, som tilsvarer 68 % belegg. Gjennomsnittlig antall senger i bruk for året 2023 er på 7,9 med snittbelegg på 73 % samlet.

Planleggingshorisont og operasjoner

Utviklingen i ventelister til operasjon har vært flat siden sommeren 2022, har økt gradvis gjennom sommeren 2023, og har nå stabilisert seg på et høyt nivå per desember. Hittil i år har ventelistene økt ca 20 %. Ventelistene anses som høye. I forbindelse med overgang til Dips Arena er ikke tall for planlagte og utførte operasjoner, eller strykningsprosent tilgjengelig for rapportering per desember.

Pakkeforløp kreft

Det har vært svært utfordrende at man ikke har hatt tilgjengelige rapporter på pakkeforløp i 2023 og dette er fortsatt ikke på plass. Det har medført at det begrenset hvor godt man har kunnet følge utviklingen og gjort det tungvint å følge opp evt. flaskehals.

Samlede resultater (alle pakkeforløp) per 11 måneder viser at 73% av pasientene i pakkeforløp behandles innen standard forløpstid. Det er lavere enn samme periode i 2022 (77 %)

Urologi generelt har en god utvikling og god kontroll. Innen gynekologisk kreft har vi relativt få pasienter og tallene vil derfor svinge noe mer. Her er sykehuset avhengig av samarbeid med OUS. For føflekkreft (malignt melanom) oppnås 92 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid. Her utføres hele forløpet ved STHF.

Brystkreft er en stor pasientgruppe hvor det jobbes godt; 79 % er behandlet innen standard forløpstid.

43 % av pasientene med lungekreft er behandlet innen standard forløpstid. Tilgang på PET er i utgangspunktet ikke lenger en utfordring, men det er krevende at man i ferieperioder stenger. Leger og forløpskoordinator jobber aktivt for å redusere alle interne flaskehalsen samtidig som sykehuset har tett kontakt med OUS. Det er utfordrende når det gjelder legekapasitet innen lunge. 17 % av alle lymfomer (kun 12 pasienter) behandlet innen standard forløpstid, dette handler i hovedsak om mangel på legekompentanse og ledige timer. Diagnostikken (flow cytometri) utføres ved patologisk avdeling ved OUS, og man venter ofte lenge på svar.

Når det gjelder tykk – endetarmskreft har vi på tross av store utfordringer på bemanning klart å holde 60% innen forløpstid. Medisin og kirurgi jobber sammen for å få til en bedre pasientflyt som vi håper skal redusere ventetiden.

Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus

Målsetting for 2023 er at andel pasienter i pasientforløp innen psykisk helsevern og rusbehandling som sammen med behandler har utført en behandlingsplan, skal være minst 80 pst.

Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene skal sørge for at praksis i spesialisthelsetjenesten blir endret i tråd med anbefalingene i pasientforløpene. Målet er likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor, unngå unødig ventetid for utredning, behandling og oppfølging, økt brukermedvirkning og brukertilfredshet, sammenhengende og koordinerte pasientforløp og bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner. Det brukes fortsatt mye tid og ressurser på å følge opp koding av pasientforløp.

Resultatene er ikke tilgjengelig på helsedirektoratet sine sider for tiden, men basert på tidligere måneders oversikter, så er ikke målet innfridd. Ingen av tjenesteområdene oppnådde målsetningen. Det skal legges til at Sykehuset Telemark ligger over landsgjennomsnittet. Det jobbes fortløpende med opplæring av nytilsatte og nye rutiner som skal innarbeides.

2 Aktivitet

2.1 Somatikk

Samlet budsjettavvik vedrørende ISF poeng utført i eget HF (dag, døgn, poliklinikk) er for desember tilnærmet likt som budsjettet. Budsjettavviket for 2023 vedrørende ISF-poeng utført i eget HF er -737 poeng (-1,6 %).

ISF-poeng somatikk

	Denne periode				Hittil i år					ISF bud-avvik* (1000 kr)	
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2022	Budsjett 2023	
Kirurgisk klinikk	1 551	1 571	-21	-1 %	19 581	19 952	-371	-2 %	19 360	19 952	-7 446
Medisinsk klinikk	1 845	1 745	101	6 %	22 264	22 415	-151	-1 %	22 204	22 415	-3 039
BUK	180	244	-65	-26 %	2 834	3 010	-176	-6 %	2 770	3 010	-3 534
Akutt og beredskap	3	11	-8	-74 %	112	120	-8	-7 %	127	120	-161
MSK	19	30	-11	-35 %	358	400	-42	-11 %	341	400	-846
Ufordelt/kvalitetssikring	2		2	0 %	12		12	0 %	9		239
DRG Somatikk utført ved STHF	3 600	3 601	-1	-0 %	45 160	45 897	-737	-2 %	44 811	45 897	-14 787

Aktivitet dag, døgn og poliklinikk somatikk

Somatikk	Denne periode				Hittil i år				Endring HiÅ 2023 - 2022		
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2022	Endring	%
Antall utskrivninger Døgnbehandling	2 231	2 105	126	6,0 %	26 130	26 000	130	0,5 %	25 839	291	1,1 %
Antall liggedøgn Døgnbehandling	7 464	7 528	-64	-0,9 %	96 284	93 000	3 284	3,5 %	94 145	2 139	2,3 %
Antall oppholds dager Dagbehandling	2 231	2 186	45	2,1 %	29 717	27 744	1 973	7,1 %	27 762	1 955	7,0 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	11 507	13 619	-2 112	-15,5 %	180 849	187 391	-6 542	-3,5 %	182 700	-1 851	-1,0 %

Antall sykehusopphold (2.231) var i desember 6 % høyere enn budsjettet og 5,7 % høyere enn i fjor (2.108).

Den polikliniske aktiviteten i desember var 15,5 % lavere enn budsjettet og 14 % lavere enn i fjor. Desember 2023 hadde 19 arbeidsdager – dette 2 færre enn i fjor. Hittil per 12 måneder var antall polikliniske konsultasjoner 3,5 % lavere enn budsjettet, og tilnærmet likt med i fjor.

Antallet dagbehandlinger (dagkirurgi, dialyse-behandlinger og cytostatika-kurer for kreftpasienter) har i desember vært 4 % flere enn budsjettet og 8 % færre enn i fjor. Hittil i år har antallet dagbehandlinger vært 7 % høyere enn budsjettet og 7 % høyere enn i fjor.

Andel video- og telefonkonsultasjoner er 9,4 % i desember, noe lavere enn STHF's interne målsetting for somatikken som er 10 %. Andelen hittil i år er 8,6 %.

Kirurgisk klinikk ligger 371 ISF-poeng bak budsjett per desember. Avviket har oppstått over de fire siste månedene, og gjelder forlenget sommerdrift i august, samt noe driftsforstyrrelser i høstferie- og høstmøteuka, og økt sykefravær i november. Klinikken har levert omtrent som budsjettet for antall dagopphold (+0,8 %), men lavere for døgn (-2,4 %) og poliklinikk (-2,2 %). Indeksene har vært omtrent som budsjettet for året.

Aktiviteten i **Medisinsk klinikk**, målt i antall ISF-poeng, i 2023 151 poeng lavere enn budsjettet (-1%), og på nivå med samme periode i 2022. Aktiviteten knyttet til dagbehandling (dialysebehandling og medikamentell kreftbehandling) er 10 % høyere enn budsjettet, og 10 % høyere enn i fjor. Antall polikliniske konsultasjoner er lavere enn budsjettet også i desember. Per desember er antall konsultasjoner 3 % lavere enn budsjettet.

Barne- og ungdomsklinikken har et negativt budsjettavvik på -176 ISF-poeng (-5,8 %) etter 12 måneder. Avviket er i hovedsak knyttet til friske nyfødte/nyfødt intensiv og barnepoliklinikken. Sengepost for barn har aktivitet som budsjett. Det jobbes systematisk for å øke den polikliniske aktiviteten. Perioder med høyt sykefravær og vakanser har medført redusert poliklinisk aktivitet.

2.2 Psykisk helsevern og TSB

Antall liggedøgn i de voksenpsykiatriske sengepostene endte 0,9 % høyere enn i fjor. Desember isolert viste en liten nedgang. Antall døgnopphold viste en økning på 3,9 % fra i fjor. Den gjennomsnittlige liggetiden er redusert med 0,6 døgn. Budsjettavviket i år viser et positivt avvik på 2,8 % på antall døgnopphold, men et negativt avvik på 0,2 % på antall liggedager.

Aktiviteten på avrusningen viser en reduksjon i både antall liggedøgn og antall døgnopphold. Antall liggedøgn er redusert med 7,1 %, og antall døgnopphold viser en nedgang på 6,2 %. Den gjennomsnittlige liggetiden er redusert med 0,1 døgn fra i fjor.

I den ungdomspsykiatriske sengeposten viser tallene en stor nedgang i antall døgnopphold (-38,0 %), og det er også nedgang i antall liggedager i år (-5,4 %). Den gjennomsnittlige liggetiden har økt med 4,6 døgn sammenlignet med fjoråret. Dette skyldes i hovedsak to pasienter med lang liggetid.

Sykehuset Telemark	des.23				Hittil i år				Endring HiÅ 2023 - 2022		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	Avvik i prosent	HiÅ 2022	Endring	%
VoP - Psykisk helsevern for voksne											
Antall døgnopphold	147	125	22	17,6 %	1 773	1 725	48	2,8 %	1 708	65	4 %
Antall liggedøgn	2 745	2 474	271	11,0 %	32 522	32 536	-14	0,0 %	32 256	266	1 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	2 466	2 996	-530	-17,7 %	40 051	41 000	-949	-2,3 %	41 723	-1 672	-4 %
BUP - Psykisk helsevern for barn og unge											
Antall døgnopphold	10	11	-1	-9,1 %	101	165	-64	-38,8 %	163	-62	-38 %
Antall liggedøgn	112	123	-11	-8,9 %	1 371	1 500	-129	-8,6 %	1 444	-73	-5 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	2 059	2 359	-300	-12,7 %	31 248	33 401	-2 153	-6,4 %	36 965	-5 717	-15 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling											
Antall døgnopphold	26	31	-5	-16,1 %	421	455	-34	-7,5 %	449	-28	-6 %
Antall liggedøgn	160	224	-64	-28,6 %	3 043	3 325	-282	-8,5 %	3 274	-231	-7 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	686	482	204	42,3 %	9 002	6 600	2 402	36,4 %	8 303	699	8 %

ISF-poeng PHV og TSB utført ved STHF											
	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2022	Budsjett 2023	ISF avvik hittil
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%			
DPS nedre Telemark	216	257	-42	-16 %	3 353	3 519	-166	-5 %	3 229	3 567	-584 987
DPS øvre Telemark	65	128	-63	-49 %	1 180	1 748	-569	-33 %	1 483	1 772	-2 005 732
Psykiatriske sykehusavdeling	46	68	-22	-32 %	812	927	-115	-12 %	874	940	-407 102
Poliklinisk avdeling TSB og psykose	268	292	-24	-8 %	3 456	3 184	272	9 %	3 048	3 227	-960 757
Raskere tilbake PHV og TSB (underlagt Med.kl)	-	5	-5	-100 %	-	65	-65	-100 %	30	66	-228 028
Klinikk for PHV og TSB + Raskere tilbake	595	749	-154	-21 %	8 801	9 444	-642	-6,8 %	8 665	9 571	-2 265 092
Avdeling for barn og unges psykiske helse - ABUP	469	713	-244	-34 %	8 816	10 101	-1 285	-12,7 %	9 627	10 237	-4 531 398
Barne- og ungdomsklinikken	469	713	-244	-34 %	8 816	10 101	-1 285	-12,7 %	9 627	10 237	-4 531 398
SUM ISF psykisk helsevern og TSB på STHF	1 064	1 462	-398	-27 %	17 618	19 545	-1 927	-9,9 %	18 291	19 809	-6 796 489

Antall konsultasjoner innenfor PHV og TSB var i desember 10,7 % lavere enn budsjettert nivå. BUP leverer 12,7 % lavere enn budsjett, VOP leverer 17,7 % lavere enn budsjett, mens og TSB leverer hele 42,0 % bedre enn budsjettert. Det store avviket i BUP skyldes i hovedsak budsjettert aktivitetsvekst som følge av sammenslåing og redusert antall lokasjoner. Forventningen om økt aktivitet har så langt

ikke innfridd. Antall konsultasjoner i PHV/TSB endte 0,9 % lavere enn budsjettetert nivå. TSB (+36,4 %) bidrar med positivt avvik, mens VOP (-2,3 %) og BUP (-6,4 %) ligger lavere enn budsjettetert nivå.

Som følge av ny registrering og gruppering er enkelte kontakter ikke lenger tellende som konsultasjoner, og således har vi ikke helt sammenlignbare tall å kommentere på. Men på tross av dette viser TSB en vekst fra fjoråret.

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

Antall ISF-poeng viser et samlet negativt avvik på 11,1 %. BUP og VOP leverer et negativt avvik på hhv 14,7 % og 9,9 %, mens TSB leverer et positivt avvik på 11,1 %.

Det er i 2023 satt et nasjonalt mål 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 i desember en andel på 14,6 % på telefonkonsultasjoner og 0,9 % på videokonsultasjoner.

I 2023 ble andelen telefon- og videokonsultasjoner 18,8 %. Det er TSB som har den høyeste andelen med 29,4 %. BUP har en andel på 22,2 % og VOP har 11,8 %.

Den regionale oversikten viser at vi samlet ligger 2,1 % - poeng over gjennomsnittet i HSØ for PHV/TSB.

3 Bemanning - brutto månedsverk, samlet lønnskostnad og innleie

Brutto månedsverk som ble utbetalt i desember var 3325, noe som er 3,1 % over budsjettetert bemanningsforbruk og 135 brutto månedsverk over fjorårsnivået.

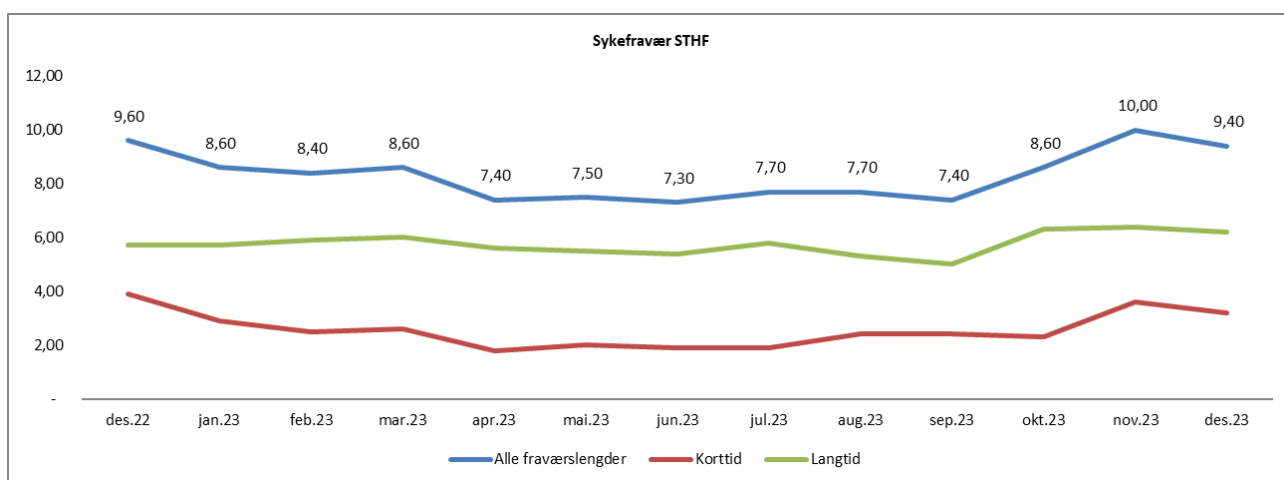
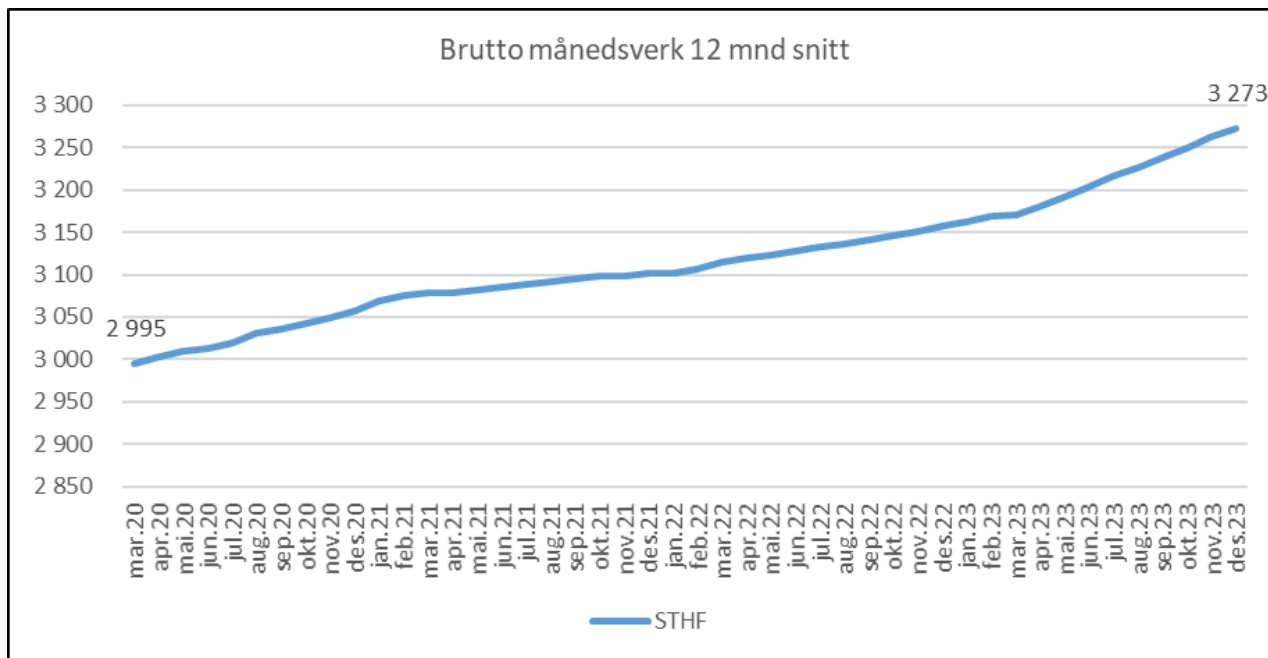
Fra og med april måned så overtok STHF de private ambulansestasjonene i Telemark, noe som utgjør ca. 70 brutto månedsverk per måned. Dette er årsaken til den store veksten fra mai måned og utover.

Hittil i år er det i gjennomsnitt utbetalt 3273 brutto månedsverk, noe som er 2,6 % over budsjettetert nivå. Budsjettavviket økte fra 81 til 83 brutto månedsverk fra november til desember. I dette tallet inngår også årsverk som er ekstern-finansiert og ikke budsjettetert.

Sykefraværet har gradvis økt fra 7,4 % i september til 10,0 % i november, mens foreløpige registrert fravær for desember viser 9,4 %. Korttidssykefraværet falt fra 3,6 % i november til 3,2 % i desember, mens langtidsfraværet falt fra 6,4 % til 6,2 %.

Oppsummert for året så ble sykefraværsprosenten 8,2 %, fordelt på 2,5 % korttid og 5,7 % langtid. Sykefraværsprosenten var 8,6 % i fjor, med fordelingen 3,1 % korttid og 5,5 % langtid.

Samlede lønnskostnader for egne ansatte utgjorde 2645 millioner kr i år, mot budsjettet 2544 millioner kroner. Dette er 237 millioner kr høyere enn i fjor. Innleie fra byrå utgjorde 55,2 millioner kr i år, mot et budsjett på 37,4 millioner kr.



Registrert sykefravær per 14. januar. Erfaring viser at det gjenstår noe fraværsregistrering ved månedsskiftet.

4 Økonomi

4.1 Sykehuset Telemark

Sykehuset Telemark rapporterer et økonomisk resultat på –1,7 millioner kroner i desember, mot et budsjett på +1,7 millioner kroner. Kjøp og salg av helsetjenester bidrar positivt til resultatet, grunnet ekstra tildeling legemidler og avregning private kjøp på til sammen 17,2 millioner kroner. Øvrige forhold bokført i perioden er avregning SP +1,8 millioner kroner, etterbetaling kompensasjon for takstendringer 1.halvår +0,8 millioner kroner og ISF avregning 2022 – 1,5 millioner kroner.

Klinikkene rapporterer bedre resultater, en kombinasjon av moderat kostnadsnivå, redusert innleie og høyere aktivitet. Foretaket står imidlertid fortsatt i en meget alvorlig økonomisk situasjon som også vil utfordre drift og budsjett for 2024.

Viktigste bidrag til negative budsjettavvik i desember 2023 er

- høyt belegg med krevende driftssituasjon på somatiske sengeposter
- høye kostnader til variabel lønn
- høye kostnader til varekjøp
- høye gjestepasient- og fristbruddkostnader
- lavere inntekter fra ISF-aktivitet og poliklinisk aktivitet
- forsinket gjennomføring av budsjetterte merverditiltak
- kostnader knyttet til innføring av DIPS Arena

Det har over tid vært krevende forhold i klinikkene, med høyt belegg, ressurskrevende pasienter, høyt sykefravær og betydelige rekrutteringsutfordringer på flere områder. Dette har preget driftssituasjonen også i desember. Samtidig ser vi at lange ventelister og høyt antall fristbrudd innen enkelte fag genererer høye kostnader. Sykefraværet i desember er på det samme høye nivå som i foregående måned.

Kostnadene for innleie er redusert til 1,1 millioner kroner i desember, som er det laveste nivået i 2023, og betydelig lavere enn i de første 8 månedene av året. Innleie i VOP er avsluttet, og størstedelen av kostnadene i desember gjelder diagnostisk personell (radiologi).

Resultatet per desember er -90,5 millioner kroner, 110,5 millioner kr dårligere enn budsjett. Årsakene til budsjettavviket for året 2023 er i hovedsak de samme som nevnt ovenfor, i tillegg til høye kostnader til innleie og Fritt Behandlingsvalg tidligere i året. Inntektene (ISF og poliklinikk) er noe lavere enn budsjettert, etter svakere aktivitet enn budsjettert etter sommeren.

Det pågår omstillings- og forbedringsaktiviteter i alle deler av sykehuset. Sykehuset har hatt tett oppfølging av variabel lønn og innleie siden april, og alle klinikker har handlingsplaner for reduksjon av variabel lønn og innleie. Arbeidet med å redusere innleie har lyktes innenfor psykisk helsevern og i deler av somatikken. Det er imidlertid fortsatt behov for noe innleie i medisinsk klinikk og diagnostikk. Tiltak for kostnadskontroll som ble innført i april videreføres. Dette inkluderer

ansettelsesstopp for ikke-klinisk personale, begrensninger på innkjøp, utsettelse av investeringer og strenge begrensninger på reiser.

Resultatene for desember gjenspeiler at den økonomiske situasjonen fortsatt er krevende, samtidig som ventelister, ventetider og fristbrudd er på et høyt nivå. Det vil kreve systematisk arbeid over tid å normalisere driften og å reetablere bærekraftig økonomi. For å sikre kraft i omstillings- og forbedringsarbeidet har sykehuset etablert et utviklingsprogram som utgjør rammene for faglig, kvalitetsmessig og økonomisk utvikling av sykehuset. Utviklingsprogrammet har fokus på god ressursstyring, økt oppgavedeling, bedre pasientflyt og redusert overbehandling/uønsket variasjon, i tillegg til fortsatt arbeid med variabel lønn og innleie, strukturelle/organisatoriske grep, kostnadsreduksjoner og produktivitetsforbedring.

Regnskapsresultat pr. desember 2023	regnskap desember	budsjett desember	avvik desember	Budsjett 2023	Prognose 2023	avvik 2023
Basisramme	3 204 527	3 187 047	17 480	3 187 047	3 204 527	17 480
Kvalitetsbasert finansiering	15 596	15 347	249	15 347	15 596	249
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	745 420	742 148	3 272	742 148	743 139	991
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	162 023	169 091	-7 068	169 091	163 831	-5 260
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	62 138	68 934	-6 796	68 934	62 957	-5 977
ISF fritt behandlingsvalg	1 298	-	1 298	-	34	34
ISF refusjon pasientadministrerte legemiddel (H-resepter)	68 289	57 401	10 887	57 401	68 207	10 805
Utskrivningsklare pasienter	35 309	26 306	9 004	26 306	35 306	9 000
Gjeste pasienter	24 618	23 571	1 046	23 571	24 571	1 000
Konserninterne gjestepasientinntekter	102 092	116 888	-14 796	116 888	101 888	-15 000
Polikliniske inntekter	121 016	124 412	-3 396	124 412	121 412	-3 000
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	-	-	-	-	-	-
Andre øremerkede tilskudd	40 252	25 305	14 947	25 305	41 305	16 000
Andre driftsinntekter	319 888	297 325	22 564	297 325	304 325	7 000
SUM DRIFTSINTEKTER	4 902 465	4 853 774	48 691	4 853 774	4 887 096	33 322
Kjøp av offentlige helsetjenester	50 823	47 986	-2 837	47 986	50 986	-3 000
Kjøp av private helsetjenester	91 488	75 444	-16 044	75 444	91 444	-16 000
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	635 468	599 669	-35 799	599 669	634 669	-35 000
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	55 213	37 456	-17 757	37 456	57 456	-20 000
Konserninterne gjestepasientkostnader	387 107	379 225	-7 883	379 225	389 225	-10 000
Lønn til fast ansatte	2 240 489	2 188 716	-51 773	2 188 716	2 232 716	-44 000
Overtid og ekstrahjelp	176 881	150 093	-26 788	150 093	177 093	-27 000
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	387 150	410 359	23 209	410 359	388 126	22 233
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-152 799	-139 064	13 734	-139 064	-152 064	13 000
Annen lønn	380 357	344 409	-35 948	344 409	377 409	-33 000
Avskrivninger	107 040	112 634	5 594	112 634	107 134	5 500
Nedskrivninger	-	-	-	-	-	-
Andre driftskostnader	659 288	652 955	-6 333	652 955	652 309	645
SUM DRIFTSKOSTNADER	5 018 504	4 859 880	-158 624	4 859 880	5 006 502	-146 622
DRIFTSRESULTAT	-116 039	-6 106	-109 934	-6 106	-119 406	-113 300
Finansinntekter	46 860	42 691	4 168	42 691	46 491	3 800
Finanskostnader	21 318	16 586	-4 732	16 586	22 086	5 500
FINANSRESULTAT	25 541	26 106	-564	26 106	24 406	-1 700
(ÅRS)RESULTAT	-90 498	20 000	-110 498	20 000	-95 000	-115 000
Pensjonskostnader	-	-	-	-	-	-
RESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER	-90 498	20 000	-110 498	20 000	-95 000	-115 000

4.2 Klinikkene

Klinikkene har betydelige negative budsjettavvik som følge av høyere kostnader.

Tilleggsbevilgningene i RNB er inntektsført på Felles. Økte enhetspriser ISF er ført på klinikkene.

Budsjettavvik pr. klinikk vises i tabellen under:

BUDSJETTAVVIK per desember 2023	lønn	andre driftskostnader	driftsinntekter	Sum
Kirurgi	-15 825	-6 153	-1 861	-23 839
Medisin	-38 575	-28 912	3 617	-63 871
Barne- og ungdomsklinikken	-6 378	-5 871	-5 455	-17 703
Akutt og beredskap	-33 708	-4 235	3 426	-34 517
Medisinsk serviceklinik	9 407	-22 285	-1 752	-14 630
Psykiatri og rus	2 559	-16 524	-1 185	-15 150
Service og systemledelse	-9 286	-20 678	5 544	-24 419
SUM klinikker	-91 807	-104 657	2 334	-194 130
Administrasjon	1 883	50	-7 650	-5 717
Kjøp og salg av helsetjenester		-22 699	-6 855	-29 553
- biologiske legemidler og kreftlegemidler		-3 579	9 483	5 904
- gjestepasientoppgjør somatikk (inkl lab, rad)		-1 834	-8 023	-9 857
- psykiatri og TSB - gjestepasienter og fritt behandlingsvalg		-17 285	-8 315	-25 600
Felles poster	8 654	49 385	60 861	118 900
BUDSJETTAVVIK per desember 2023	-81 270	-77 921	48 691	-110 500

Kirurgisk klinikk har et negativt resultat per desember på -23,8 millioner kroner, hvorav -1,9 millioner kroner gjelder inntektssiden og -22,0 millioner kroner gjelder kostnadssiden. Inntektssiden inkluderer 5,2 millioner som gjelder økt DRG-pris utover budsjett. Avviket på kostnadssiden gjelder primært lønn (-14,0 millioner), og herav i stor grad variabel lønn. Sykefraværet i november er ca 10,6 %. Øvrige avvik på kostnadssiden gjelder varekostnader og innleie, hovedsakelig sommervikarer på fødeseksjonen.

Medisinsk klinikk har et negativt avvik på -63,9 millioner kroner per desember. Høye varekostnader og høye kostnader knyttet til personelle er årsak til merforbruket. Forbruket av variabel lønn er fortsatt betydelig. Belegget på de medisinske sengepostene er lavere de siste månedene, men økt sykefravær øker behovet for vikarer. De direkte pasientrelaterte varekostnadene har også vært høyere enn budsjettet som en konsekvens av høy døgn-aktivitet. Klinikken melder at antall kombinasjonsbehandlinger øker innenfor kreftbehandlingen, samt at enkelte kostbare kreftmedikamenter tas i bruk for stadig flere pasientgrupper. Klinikken opplever rekrutteringsutfordringer ved enkelte av de indremedisinske sengepostene, samt for leger i Notodden og ved fagene mage/tarm, lunge og infeksjon i Skien.

Barne- og ungdomsklinikken har et negativt avvik på 17,7 millioner kroner per desember. Avviket skyldes lavere ISF-inntekter i somatikken og i psykiatrien, samt høyere kostnader enn budsjettet vedrørende lønn og innleie. ABUP hadde høye kostnader med innleie av lege- og psykologspesialister

i 1. halvår – disse innleie-avtalene er nå stort sett avsluttet. Høyt sykefravær på sengepostene og blant legene, kombinert med ressurskrevende pasienter har gitt utfordringer å dekke vakter med tilstrekkelig kompetanse, og ført til svært høye vikar- og overtidskostnader.

Akutt og beredskapsklinikken har et resultat i desember måned som viser et negativt budsjettavvik på 4 millioner kroner, og med et akkumulert merforbruk i 2023 med 34,5 millioner kroner. Anestesileger har overtatt driften av akuttmottakslegene fra og med november. Det er høy aktivitet på ambulanse, intensiv og akuttmottakene. Utgifter til EFO og innleie henger sammen med høyt sykefravær samt ressurskrevende pasienter hvor det er krevende å dekke vakter med tilstrekkelig kompetanse. EFO og innleie fra byrå viser positiv utvikling fra november til desember. Sykefraværet i klinikken viser en svak positiv utvikling og er på 9 % i desember måned. Driften av klinikken konsentreres om å gi pasientbehandling med høy kvalitet i kombinasjon med aktiv daglig ressursstyring, blant annet med bruk av ressurser på tvers av seksjoner og lokasjoner.

Medisinsk serviceklinikk har et negativt avvik på 0,3 millioner kroner i desember måned, og akkumulert merforbruk er 14,6 millioner kroner i 2023. Det negative resultatet hittil i år skyldes i hovedsak kostnader til innleie i radiologisk avdeling. Resultatet i desember viser en forbedring sammenlignet med tidligere måneder og skyldes etterbetaling av laboratorieinntekter for økte satser for 1. halvår 2023. Innleiekostnaden i desember er på samme nivå som i november. Vakanse i stillinger har bidratt til lave lønnskostnader i klinikken. Kostnaden til EFO har vært i positiv utvikling siden mai måned. Klinikken har høy aktivitet på alle avdelinger. Sykefraværet er redusert fra forrige måned, og viser i desember 8,4 %.

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling leverer et negativt budsjettavvik på 15,2 millioner kroner i 2023. Det er en resultatforverring på 0,9 millioner i desember måned.

Utfordringene i klinikken har frem til og med sommeren vært de store innleiekostnadene. Alle avtalene er nå avsluttet og innleie er erstattet med fast ansettelse. Kombinasjonen av økt henvisningsmengde og ressursmangel har ført til at ventelistene har bygget seg opp, og antall fristbrudd har økt kraftig. Dette har resultert til et økende antall pasienter som blir behandlet privat, noe som har gitt klinikken en merkostnad på 1,7 millioner i desember måned og 11,1 millioner samlet for året. Det er satt i gang kveldspoliklinikker for å unngå ytterligere fristbrudd.

Service- og Systemledelse har et negativt resultat i 2023 med 24,4 millioner kroner. Klinikken har en reduksjon i EFO kostnader sammenlignet med 2022, og ligger i desember noe under 2019-nivå. Arbeidet med EFO fokus har gitt en nedgang i overtidbruk som ikke er vakt-relatert. Klinikken har en stor andel av vare- og andre driftskostnader som ikke er prisjustert i forhold til den faktiske prisutviklingen. I resultatet ligger det ekstraordinær forbruk innenfor BHM (-1,4 millioner kroner), ekstraaktivitet i klinikkene (-3,3 millioner kroner), medisinskteknisk insulinutstyr (-5 millioner kroner) og pasientreisekostnader uten rekvisisjon (RUR, -3,3 millioner kroner). Sykefraværet er opp på 8,54%, som er en liten forbedring i forhold til 2022.

Administrasjonen har et resultat 5,7 millioner kroner dårligere enn budsjettet per desember. Eiendomsavdelingen er flyttet fra SSL til Utviklingsavdelingen i september, og påvirker resultatet negativt med 5,6 millioner. Bemanningssenteret bidrar også negativt til resultatet, med høyt sykefravær, færre som leies ut på timebasis (enkeltvakter) og for høyt budsjett for sykepengerefusjoner, men dette veies opp av innsparinger grunnet stillinger som holdes vakant i administrasjonen.

Felles: Fellesposter har et resultat 118,9 millioner kroner bedre enn budsjett, grunnet inntektsføring av tilleggsbevilgning i RNB, avregning private institusjoner, samt redusert pensjonskostnad og økte inntekter knyttet til utskrivningsklare pasienter.

5. Tertialvise forhold

5.1 Forskning

Sykehuset Telemark vil bli kreditert for 55-60 vitenskapelige artikler i 2023 og tre doktorgrader ble avsluttet i 2023. Ytterligere to PhD-studenter har levert sin avhandling og venter på bedømmelse. Basert på denne forskningsproduksjonen ser vi en liten økning i antall forskningspoeng og inntekter til sykehuset. Vi forventer en videre øking da 6 PhD-prosjekter har sluttdato i 2024.

Mye av forskningen vår holder en høy vitenskapelig kvalitet. Dette vises ved at en stadig økende andel av forskningspublikasjonene publiseres i tidsskrifter med høy impact faktor (nivå 2 tidsskrift). Over en tredjedel av publikasjonene fra STHF er utgitt i nivå 2 tidsskrift i 2023 og dette er en stor andel sammenliknet andre helseforetak i Helse Sør-Øst. Dette indikerer at forskningen vi driver ved STHF leses av mange og det gjenspeiles også i medieoppmerksomheten noen av publikasjonene har fått.

I 2023 har vi fått anledning til å presentere et forskningsdrevet innovasjonsprosjekt i den nasjonale rapporten for forskning og innovasjon i spesialisthelsetjenesten. Prosjektet er et samarbeidsprosjekt med Sustaintech som har utviklet en ny metode for å rense avløpsvann for legemiddelrester og antibiotikaresistente bakterier. Prosjektet vies oppmerksomhet da det kan få betydning for folkehelse og miljø. Økt kvalitet og synliggjøring av forskning og innovasjon ved sykehuset Telemark bidrar til å bygge et godt omdømme og gjøre sykehuset attraktivt for pasienter og ansatte.

Sykehuset Telemark rekrutterer pasienter til 13 kliniske behandlingsstudier og ytterligere fem er i oppstartsfasen. Vi har avsluttet rekruttering til LIPØDEM-studien med 44 pasienter inkludert. Vi har hatt en økt aktivitet i kliniske studier som følge av en målrettet økt satsning. Sykehuset har nylig fått tildelt 20 millioner fra KLINBEFORSK for å være nasjonal utprøver og drive et forskningsprosjekt om palliativ stråleterapi, PALLSOFT. Dette er den største bevilgningen som er gitt til ett forskningsprosjekt ved Sykehuset noen gang, og vi gratulerer initiativtaker til PALLSOFT-studien, Kjersti Skipar med tildelingen. PALLSOFT vil bidra til verdifull forskning for stråleterapipasienter i hele landet og forskningen er viktig for fagmiljøet som knyttes til nytt strålesenter i Telemark.

Forskningsavdelingen bygger opp flere forskningsstøttefunksjoner rettet mot kliniske behandlingsstudier, bredt samtykke og forskningsbiobanker i forbindelse med gjennomføring av PALLSOFT-studien og flere andre kliniske behandlingsstudier som skal starte opp i 2024.

5.2 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 %

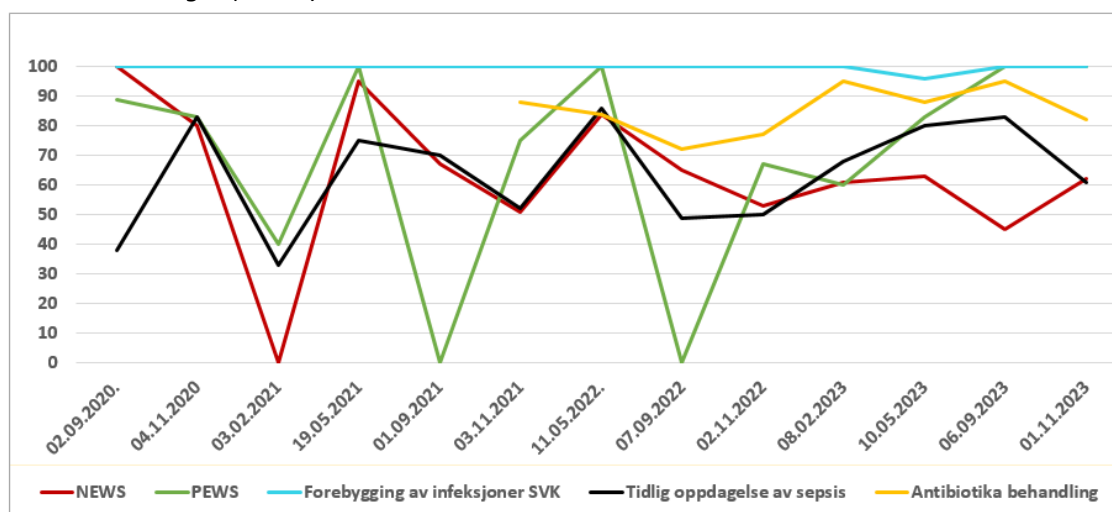
Kilde: Pasientskader i Norge målt med Global Trigger Tool, Helsedirektoratet

Målingene ved Sykehuset Telemark er basert på en årlig gjennomgang av 240 pasientjournaler i medisinsk og kirurgisk klinikk. GTT-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 innsatsområdene fra Pasientsikkerhetsprogrammet (Helsedirektoratet).

Prevalensmålinger (1 av 3)



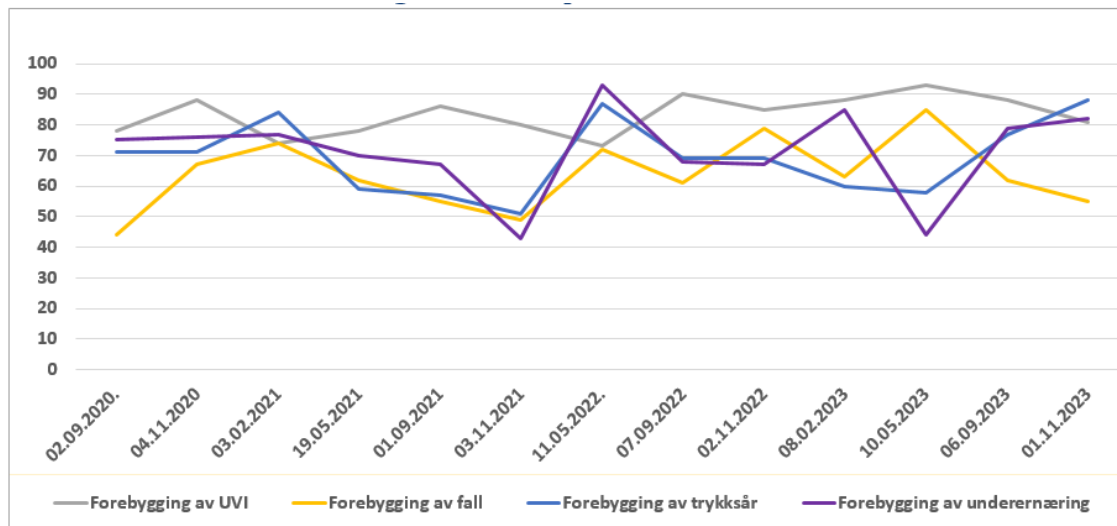
Bildet over viser utviklingen for prevalensmålingene fra sept. 2020 – nov. 2023 (del 1 av 3 for totalt 14 innsatsområder).

Trender per 3. tertial 2023:

- Innsatsområdene «Forebygging av infeksjoner SVK» og «PEWS» ses en positiv utvikling i perioden.
- Innsatsområde «NEWS» viser også en svak positiv utvikling for perioden.

- “Tidlig oppdagelse av sepsis” og “Antibiotika behandling” har noe nedgang i perioden.

Prevalensmålinger (2 av 3)



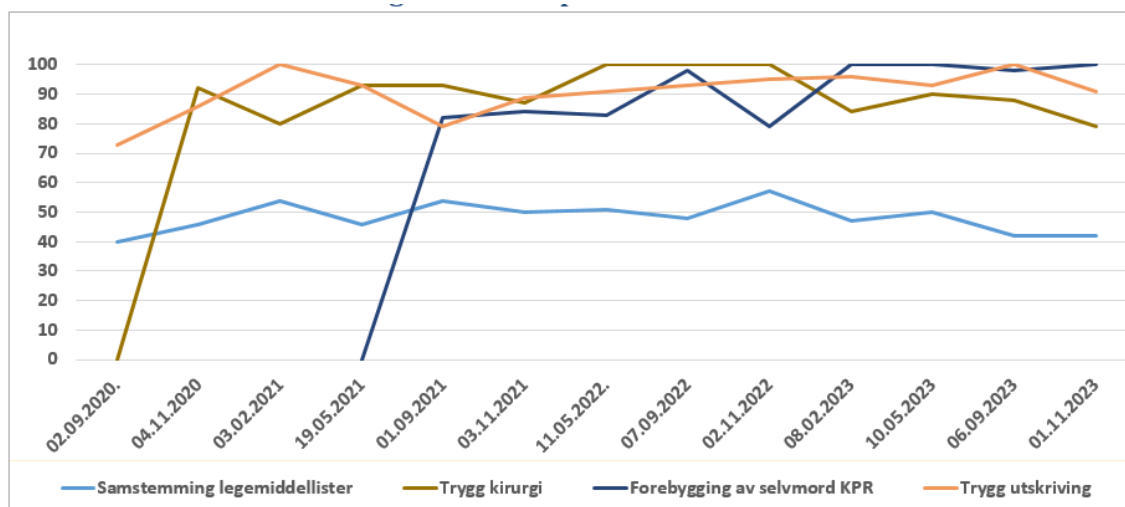
Bildet

over viser utviklingen for prevalensmålingene fra sept. 2020 – nov. 2023 (del 2 av 3 for totalt 14 innsatsområder).

Trender per 3. tertial 2023:

- I innsatsområdene «Forebygging av trykksår» og «Forebygging av underernæring» ses en positiv utvikling i perioden.
- Innsatsområdene «Forebygging av UVI» viser også en nedgang for perioden. «Forebygging av fall» fortsetter en negativ trend. Nasjonale faglige råd for forebygging av fall er under utarbeidelse og skal etter planen ferdigstilles i første tertial 2024.

Prevalensmålinger (3 av 3)



Bildet over viser utviklingen for prevalensmålingene fra sept. 2020 – nov. 2023 (del 3 av 3 for totalt 14 innsatsområder).

Trender per 3. tertial 2023:

- I innsatsområdet «Samstemming av legemiddellister» holder seg stabilt på et lavt nivå. Et Nytt tiltak med opplæring av LIS 1 i Akuttmottakene ved farmasøyter er under innføring.
- Innsatsområde «Trygg kirurgi» viser en nedgang for perioden. Arbeidet med etablering av Nasjonale faglige råd for innsatsområdet pågår, men er veldig forsinket.

Resultatene fra prevalensundersøkelsene behandles fortløpende av administrerende direktørs ledergruppe. Videre følges resultatene opp i felles prevalensmøter med seksjonene.

Kompetanseprogrammet for forbedringskunnskap i Sykehuset Telemark

Høsten 2023 ble Kompetanseprogrammet for forbedringskunnskap etablert. Formålet er å sikre sykehusets behov for kompetanse og kapasitet i forbedringskunnskap. Satsningen understøtter Utviklingsprogrammet.

Kompetanseprogrammet for forbedringskunnskap i Sykehuset Telemark

NIVÅ 1: BASIS Alle ansatte	NIVÅ 2: UTVIDET Forbedringsagenter 10 % alle ansatte*	NIVÅ 3: EKSPERT Forbedringsveiledere 1 % alle ansatte*
Opplæring i pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring for nyansatte (revideres og videreføres)	Ytre Oslofjordmodellen (videreføres)	Opplæring forbedringsveiledere: Vurdere 2-4 deltakere på utdanning i andre HF/RHF per år
Regionalt e-læringskurs i HMS, pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (oppstart 2024)	Forbedringsopplæring LIS 2/3 - FKM (videreføres)	
	Forbedringsopplæring Helsefelleskap Telemark – et samarbeid mellom STHF og USHT/ kommunene (plan 2024 – oppstart 2025)	
	Forbedringsopplæring Brukerrepresentanter (pilot 2024)	
LEDERE: Alle ledere Forbedringsopplæring for ledere (oppstart vår 2024)		

Tabellen over viser Kompetanseprogram for forbedringskunnskap etter Forbedringsmodellen, med oversikt over opplæringsnivå og målgrupper.

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

Pilotprosjekt: Selvskading og selvmordsforsøk - rutiner ved somatiske mottak

Helse Sør-Øst RHF har i samarbeid med foretak og sykehus i regionen, utviklet en veileder for ivaretagelse av pasienter i akuttmottak og andre somatiske enheter etter selvskading og selvmordsforsøk.

FOVA Notodden og Akuttmottaket Skien (ABK) piloterer veilederen med forbedringsprosjektet «Selvskading og selvmordsforsøk – rutiner ved somatiske akuttmottak». Pilotprosjektet gjennomføres med veileder fra Helse Sør-Øst RHF og erfaringene fra Sykehuset Telemark vil brukes i implementeringsarbeidet ved andre helseforetak.

Innføring av brukerstyrte poliklinikker

Sykehuset Telemark har startet arbeidet med innføring av brukerstyrte/behovsstyrte poliklinikker (BPOL) gjennom oppstart av 3 piloter innen hhv ortopedi, diabetes voksne og diabetes barn. Pilotene har jobbet med å kartlegge dagens tjenester og hvordan fremtidige behovsstyrte/digitale tjenester skal se ut. Videre fremdrift forutsetter anskaffelse av DHO-verktøy (Digital HjemmeOppfølging) og sykehuset er i prosess for å vurdere dette. Videre plan er utvikling og bredding av DHO-forløp i relevante poliklinikker.

Uønskede pasienthendelser

Registrering og oppfølging av uønskede hendelser 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

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 2023 blir hendelsesanalysene registrert når de er ferdigstilt og behandlet i sykehusets og/eller klinikkens kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg.

De fem siste årene har antallet registrert pasienthendelser mer enn doblet seg, fra 934 (2018) til 1940 (2023). Økningen knyttes særskilt til innføringen av nytt avviks- og forbedringssystem (EQS) og kurs og opplæring i pasientsikkerhet og forbedringsarbeid. Dette tyder på en positiv trend i sykehusets meldekultur.

Varsler om alvorlige hendelser (§ 3-3a) viser en liten økning fra 14 (2022) til 20 (2023), mens antall hendelsesanalyser ligger på samme nivå, 12 (2022) og 13 (2023).

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
Legemiddelhendelser	72	74	57	59	69

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

Antallet legemiddelhendelser har holdt seg på samme nivå siden innføringen av EQS i 2022.

Hendelsestypen legemidler deles inn i ulike underkategorier som gir mer informasjon om type hendelse. Tabellen under med kategorisering av legemiddelhendelser for 2023 og viser at risikoen for feil er størst under ordinerings og utdeling av legemidler.

Hendelsestype Legemidler – fordelt på underkategorier:	2023
2.7.1 Ordinerings av legemidler	52
2.7.2 Tilgjengelighet/legemiddelkvalitet	7
2.7.3 Tilberedning/istandgjøring av legemidler	21
2.7.4 Utdeling av legemidler	78
2.7.5 Observasjon/målinger ved legemiddelbehandling	2
2.7.6 Bivirkning/interaksjon av legemidler	5

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

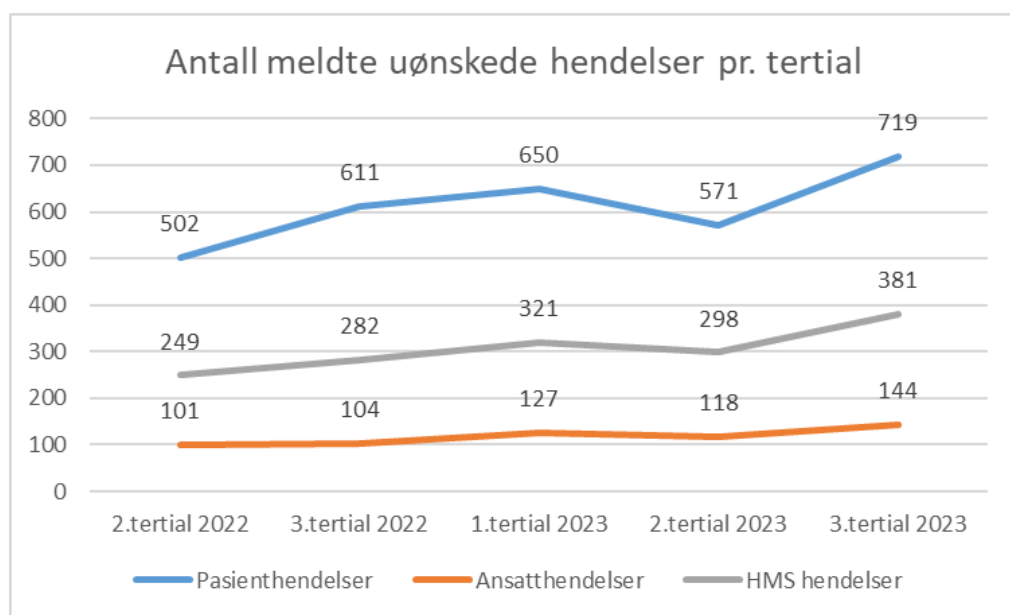
Legemiddelsikkerhet er et prioritert satsningsområde i Sykehuset Telemark. Sykehusets Handlingsplan for legemiddelsikkerhet skal bidra til en faglig forsvarlig, trygg og sikker legemiddelbehandling.

Implementering forbedringssystemet EQS

EQS ble implementert i 2022 og brukes i hele sykehuset. Bruk av systemet følges opp gjennom klinikkenes systemadministrator i samarbeid med kvalitetsavdelingen, og meldeordningen.no kan brukes til spørsmål fra brukere og ledere. 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 kursgjennomføringen kan følges opp i Kompetanseportalen.

Avvik og uønskede hendelser følges opp og klassifiseres ved bruk av Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser (NOKUP). Gjennomgang av klassifisering av meldinger viser at det fortsatt er behov for mer opplæring i bruk av NOKUP for ledere slik at meldinger kategoriseres mer enhetlig.

Det er igangsatt nasjonalt prosjekt for å integrere sykehusenes avvik/forbedringssystem med meldeportalen www.melde.no

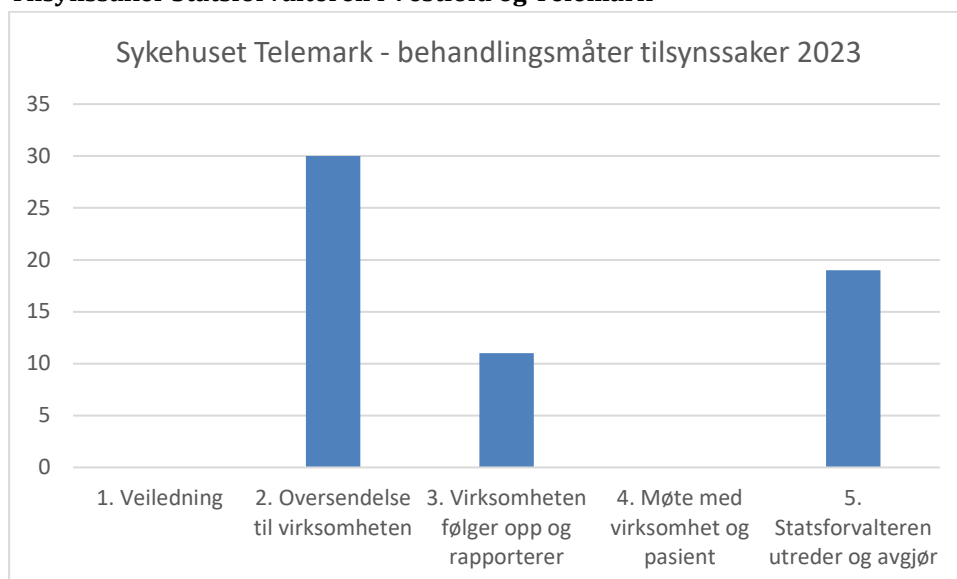


Tabellen over viser utvikling i meldefrekvens fra 2. tertial 2022 til 3. tertial 2023 i EQS. Antall registrerte hendelser er økende i alle hendelsestyper, men spesielt for pasienthendelser.

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 klinikkenes forbedringsarbeid og presenteres i årlig ledergruppesak.

Tilsynssaker Statsforvalteren i Vestfold og Telemark



Tabellen viser Statsforvalterens behandlingsmåter i tilsynssaker ved Sykehuset Telemark i 2023. Kilde: Statsforvalteren i Vestfold og Telemark

Tall for behandlingsmåte 1. *Veiledning* er ikke tilgjengelig. Veiledning er som regel den mest brukte behandlingsmåten. Av de tallfestede behandlingsmåtene, er behandlingsmåte 2. *Oversendelse til virksomheten*, brukt i flest saker (30). Behandlingsmåte 3. *Virksomheten følger opp og rapporterer* omfatter 11 saker. Ingen saker er klassifisert med behandlingsmåte 4. *Møte med virksomhet og pasient og Statsforvalteren*. I behandlingsmåte 5. *Statsforvalteren utreder og avgjør*, ble det konkludert med lovbrudd i 10 av 19 saker. Ingen saker er oversendt Statens helsetilsyn for reaksjon mot helsepersonell. Til sammenligning ble behandlingsmåte 5. *Statsforvalteren utreder og avgjør*, brukt i 31 av sykehusets tilsynssaker i 2022. Det ble påvist lovbrudd i 18 av de 31 sakene.

Rettighetsklager

År	Rettighetsklager
2018	138
2019	221
2020	151
2021	188
2022	317
2023	459

Tabellen viser utviklingen i rettighetsklager ved Sykehuset Telemark. Kilde: Public 360

Det har vært en betydelig økning i antall rettighetsklager. Dette er en nasjonal trend som blant annet sees i sammenheng med informasjon om klageadgang og introduksjonen av elektronisk klageskjema på Helse Norge. I Helse Sør-øst RHF har alle sykehus brevmaler med informasjon om klageadgang og lenke til klageskjema. I rettighetsklager der avgjørelsen opprettholdes, skal saken sendes til Statsforvalteren for klagesaksbehandling.

NPE-saker

Saker – Norsk pasientskadeerstatning (NPE)

Rapportering	Antall nye saker	Antall vedtak medhold	Antall vedtak avslag	Avvist	Henlagt
2020	92	34	54		
2021	120	32	62		
2022	116	17	68		
1. tertial 2023	48	5	33	8	2
2. tertial 2023	43	7	30	6	2
3. tertial 2023	34	11	19	9	4
2023	125	23	82	23	8

Tabellen over viser utviklingen i NPE-saker. Rapporteringen omfatter fra 2023 også avviste og henlagte saker. Kilde: NPE.

- 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.

Antall nye NPE-saker har holdt seg på samme nivå de tre siste årene. Antall vedtak medhold gikk ned i 2022 for igjen å ha en liten økning 2023. Antall vedtak om avslag er økende.

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
1. tertial 2023	1/4	1/1	0/2	0/1	0/0	0/0
2. tertial 2023	1/4	0/0	1/4	0/0	0/0	0/0
3. tertial 2023	5/11	0/0	4/9	0/1	0/0	1/1

Rapportering	STHF	KPR	KIR	MED	ABK	MSK
2023	7/19	1/1	5/15	0/2	0/0	1/1

Kilde: NPE 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.

Andelen nye medholdsaker som er meldt i avvikssystemet, er relativt stabilt og under ønsket nivå.

Til sammenligning viste NPE-rapporten [Samsvar mellom pasientskader og saker meldt i avvikssystemet på sykehus 2018-2021](#), at av 1216 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 3. tertial 2023.

Tid	Tilsyn	Enhet	Tema	Funn	Status
19 – 20 Okt 2023	Arkiv-verket	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 påstartet og planlegges gjennomført innen frist.
10- 11 jan. 2023	Statens legemiddelver- k	MSK/Blodbanken Notodden og Rjukan	Tilsyn ved blodbanken	4 avvik: 1. Kvalitetssystemet har enkelte mangler	Tiltak avsluttet fra SLV.

Tid	Tilsyn	Enhet	Tema	Funn	Status
				<p>2. Dokumentasjon av medarbeidernes kompetanse er stedvis mangelfull</p> <p>3. Seksjonsleder og blodbankansvarlig fungerer som kvalitetsansvarlig</p> <p>4. Kriterier for godkjenning av blodgivere for tapping ikke i henhold til prosedyre</p>	
17-18 jan 2023	Statens legemiddelverk	MSK/ Blodbanken Skien, Porsgrunn og Kragerø		<p>2 avvik:</p> <p>1. Kvalitetssystemet har enkelte mangler</p> <p>2. Dokumentasjon av vedlikehold av utstyr er stedvis mangelfullt</p>	Tiltak avsluttet fra SLV.
Feb 2023	Statsforvalteren i Vestfold og Telemark	ABK/ FOVA Notodden	<p>Stikkprøvetilsyn og innhenting av opplysninger</p> <p>Tema for tilsynet er om Sykehuset Telemark HF sørger for forsvarlig pasientbehandling for akuttinnlagte pasienter ved FOVA Notodden.</p>	Rapport fra Statsforvalteren viser funn i form av lovbrudd og uforsvarlig pasientbehandling for 3 av 15 pasienter.	<p>Det er igangsatt arbeid for oppfølging av funn med plan for gjennomføring av tiltak og oppfølging av om disse har hatt effekt. Arbeidet involverer ledelse ved FOVA og samarbeidende legeenheter fra ABK, Med og KIR. Svarfrist utsatt til 01.04.2024.</p>
Mai 2023	Arbeids-tilsynet	Med. Klinik, Seksjon hjerte,	Tilsynet gjelder systematisk HMS arbeid med	8 pålegg er gitt: 1) HMs arbeid – forbedring av kartlegging og	Tilsynet er svart opp og lukket for 7 av

Tid	Tilsyn	Enhet	Tema	Funn	Status
		nyre, hormon sengepost,	forebygging av muskel- og skjelettplager og psykiske plager.	risikovurdering, 2) Manuelt arbeid – informasjon og opplæring 3) Vold og trussel om vold - opplæring 4) Opplæring - arbeidsgiver 5) Verneombud - opplæring 6) verneombud – inndeling i verneområder 7) Bedriftshelsetjeneste – plan om bistand 8) Bedriftshelsetjeneste – bistand til påleggsgjennomføring.	8 pålegg. Ny frist for å svare ut pålegg 6 er 30.01.24. Arbeid pågår for oppfølging av pålegg på sykehusnivå.
Mai 2023	Arbeids-tilsynet	Med. Klinikk, Seksjon kreft, palliasjon og blod-sykdommer sengepost	Tilsynet gjelder systematisk HMS arbeid med forebygging av muskel- og skjelettplager og psykiske plager.	5 pålegg er gitt: 1) HMs arbeid – forbedring av kartlegging og risikovurdering, 2) Manuelt arbeid – informasjon og opplæring 3) Vold og trussel om vold - opplæring 4) Bedriftshelsetjeneste – plan om bistand 5) Bedriftshelsetjeneste – bistand til påleggsgjennomføring.	Tilsynet er svart opp innen frist og lukket.
Mai 2023	Arbeids-tilsynet	Med. Klinikk, Seksjon lunge og geriatri sengepost	Tilsynet gjelder systematisk HMS arbeid med forebygging av muskel- og skjelettplager og psykiske plager.	5 pålegg er gitt: 1) HMs arbeid – forbedring av kartlegging og risikovurdering, 2) Manuelt arbeid – informasjon og opplæring 3) Vold og trussel om vold - opplæring 4) Bedriftshelsetjeneste – plan om bistand 5) Bedriftshelsetjeneste – bistand til påleggsgjennomføring.	Tilsynet er svart opp innen frist og lukket.

Tid	Tilsyn	Enhet	Tema	Funn	Status
Sept 23	Notodden Brann- og Feiervesen	Notodden sykehus	Branntilsyn	Det ble gitt 1 avvik: Kontroll og vedlikehold av byggningsdeler og sikkerhetsinnretninger - sprinkelanlegg	Det er redegjort for oppfølging og tilsynet er avsluttet.
Okt 23	Statens Helsetilsyn	Blodbanken Skien,	Egenkontroll – rapport skjema - Håndtering av blod, blodkomponent er, celler og vev	Ingen avvik eller merknader	Tilsynet er avsluttet
Okt 23	Statens Helsetilsyn	Blodbanken Notodden	Egenkontroll – rapport skjema - Håndtering av blod, blodkomponent er, celler og vev	Ingen avvik eller merknader	Tilsynet er avsluttet
Okt 23	Statens Helsetilsyn	Fertilitetsklinikke n	Egenkontroll – rapport skjema - Håndtering av blod, blodkomponent er, celler og vev	Ingen avvik eller merknader	Tilsynet er avsluttet
Okt 23	Statens Helsetilsyn	MSK: Beinbanken	Egenkontroll – rapport skjema - Håndtering av blod, blodkomponent er, celler og vev	Ingen avvik eller merknader	Tilsynet er avsluttet
Des. 23	Miljørettet helsevern Grenland	SSL: Trekløveren barnehage	Tilsyn med skadedyr- bekjempelse i skoler og barnehage		Tilsynet pågår, dokumentasjo n oversendt.

Tid	Tilsyn	Enhet	Tema	Funn	Status
12-13/12-23	Norsk akkreditering	Avd. For laboratoriemedisin		Det er gitt avvik i form av: - lenker til nettside fungerer ikke - mangler adgangskontroll til blodbank - mangel på sporbarhet på vekter, lodd og temperaturkalibreringsutsyr	Det jobbes med lukking av avvik. Frist for lukking av 12/2/24