

Arkivsak

Dato 01.03.2024

Saksbehandler Torhild Einstabland,
økonomidir.

Saksframlegg

| | | | |
|-------------------|---|-----------------|-----------------|
| Styre | Sørlandet sykehus HF | Sakstype | Orienteringssak |
| Møtedato | 01.03.2024 | | |
| Sak nr | 004-2024 | | |
| Sakstittel | Virksomhetsrapport per desember 2023 | | |

Forslag til vedtak

1. Styret tar virksomhetsrapporten per desember 2023 til orientering.
2. Styret ber administrerende direktør om å jobbe målrettet videre med tiltak for økonomisk omstilling, reduksjon av ventetider og fristbrudd, samt med arbeidsmiljø.

Vedlegg til saken

- Vedlegg 1 Rapport til styret – status tilsyn 3.tertial 2023
- Vedlegg 2 Tilsynsrapport arkiv og dokumentasjon 2023
- Vedlegg 3 Tilsynsrapport medisinsk sengepost 2A-SSK 2023
- Vedlegg 4 Tilbakemelding arkivverket
- Vedlegg 5 Virksomhetsrapport per desember 2023 (word)
- Vedlegg 6 Virksomhetsrapport per desember 2023 (ppt)
- Vedlegg 7 Kommentarer Des II

Kristiansand 01.03.2024

Nina Mevold
Administrerende direktør

1 Bakgrunn for saken

Administrerende direktør vil med dette informere styret om status for virksomheten per desember 2023.

2 Saksopplysninger

2.1 Virksomhetsrapport per desember 2023

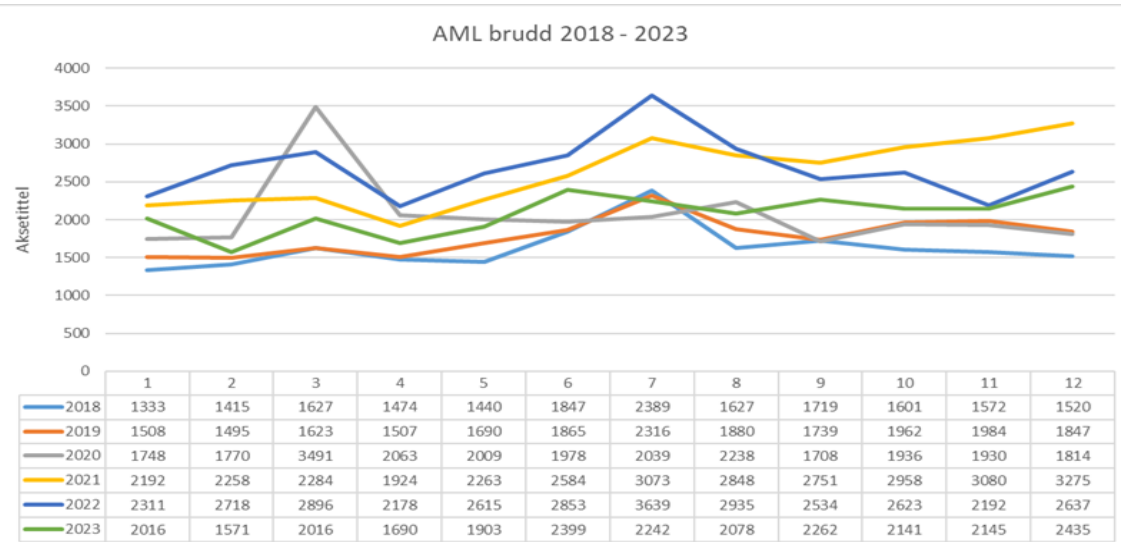
Virksomhetsrapporten dekker status for kvalitet og logistikk, aktivitet, økonomi og HR- relaterte tema.

Sørlandet sykehus HF har levert et positivt resultat i 2023 på 81 mkr, positivt budsjettavvik på 6 mkr.

Foretaket har i desember høyere aktivitet for dagbehandlinger (1,7%) sammenlignet med samme periode i fjor. For akkumulerte tall er aktiviteten økt for både polikliniske konsultasjoner (5,3%) og dagbehandlinger (6,5%) sammenlignet med 2022. I desember hadde foretaket negative budsjettavvik for alle behandlingsnivåer, mens akkumulert har foretaket behandlet 2.352 flere polikliniske konsultasjoner enn budsjett, mens inneliggende og dagbehandlinger ligger henholdsvis 3.015 og 33 opphold under budsjett. Analyser tilsier at redusert volum for døgnbehandling (-62 mkr) har blitt kompensert med høyere gjennomsnittlige ISF-takster (+24 mkr), dvs at det har vært en noe annerledes pasientmiks enn planlagt. Lavere døgnaktivitet i forhold til budsjett har størst innvirkning på inntekten.

Foretaket har fremdeles høye fristbruddkostnader (80 mkr) og innleie fra vikarbyrå (107 mkr). Dette ble i noen grad kompensert av bortfall av kostnader til fritt behandlingsvalg innenfor psykisk helse/rus (32 mkr), justering av avsetning til utdanningspermisjoner (15 mkr), positiv avregning av ISF 3.tertial (4 mkr) og lavere pensjonskostnader (12 mkr).

SSHF har hatt 24.898 AML brudd i 2023. Dette er en reduksjon fra 2022 på 22,5% og skyldes i hovedsak at det ble inngått avtaler mellom arbeidsgiver og tillitsvalgte om utvidet bruk av overtid. Dette ble gjennomført i slutten av 2022. SSA har den største nedgangen i AML brudd (- 29%).



SSHF har hatt 186.293 timer utbetalt overtid (yrkesgrupper unntatt leger) i 2023. Dette er 14% under antall timer i 2022, men 0,8% flere timer enn 2021. For leger er både tilfeldig overtid og uforutsett vakt redusert fra 2022. Uforutsette vakter var i 2023 48.082 timer, en nedgang på 6% fra 2022. For tilfeldig overtid er det en reduksjon på 16.795 timer fra 2022 (- 8,7%).

Sykefraværet i 2023 var på 8%, hvorav 2,5% utgjorde korttidsfravær. For sykepleiergruppen er sykefraværet totalt på 9,2%, hvorav 2,7% utgjorde korttidsfraværet.

Når det gjelder turnover, så er det 205 sykepleiere som har sluttet i 2023. Dette gir en turnover på 10,2% hvorav 51 av de som sluttet er over 60 år. I 2022 var det 196 som sluttet (turnover 9,7%), hvor 46 var over 60 år. I 2023 er brutto årsverk 2.009 for sykepleiere, en økning på 4,5% fra 2019.

Det er 53 leger som har avsluttet arbeidsforholdet i 2023. Dette gir en turnover på 8,6%, hvorav 14 av de som sluttet var over 60 år. I 2022 var det 44 leger som sluttet (turnover 7,2%), hvorav 9 var over 60 år. I 2023 er brutto årsverk for leger 865, en økning på 9% fra 2019.

Ledelsen har stort fokus på «god drift» i alle klinikker og staber for å sikre god pasientbehandling for de som trenger det, og forbedre det økonomiske resultatet.

For nærmere beskrivelse, se vedlagt virksomhetsrapport oversendt HSØ per desember, som også inneholder detaljert oversikt over operasjonelle nøkkeltall, aktivitet, HR og økonomi for de tre somatiske klinikkene og klinikk for psykisk helse (ppt).

2.2 Risikovurdering per 3.tertial 2023

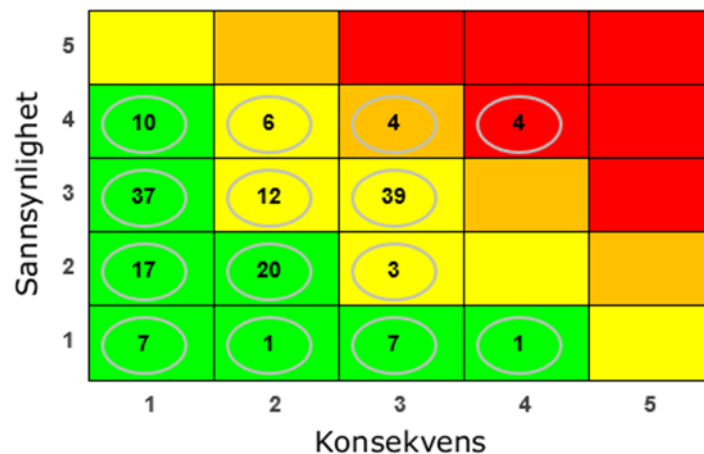
SSHF har endret metode for risikovurdering av foretaket fra 3.tertial 2023, fra å risikovurdere i hht OBD-dokumentet til foretakets 14 policyområder for virksomhetsstyringen.

Alle 14 policyområdene dekker OBD'en og er en bedre måte å gjennomføre risikovurdering på. SSHF benytter Kvalitetsportalen for å gjennomføre risikovurderingen. Det er to områder foretaket ikke har inkludert ved denne rapportering, men som vil bli ivaretatt ved neste rapportering. Dette gjelder Informasjonssikkerhet og personvern og Teknologi.

Den overordnede risikovurderingen er i tråd med føringer fra HSØ, for å identifisere hvilke risikoområder som kan true oppfyllelsen av virksomhetens mål og krav. Det utarbeides risikovurdering for hvert tertial og viser helseforetaket risiko slik ledelsen i SSHF vurderer den ved inngangen til neste tertial. Risikovurdering er et ledelsesverktøy som bidrar til å identifisere områder som skal ha størst prioritet og ledelsesmessig oppmerksomhet i kommende periodes internkontrollarbeid. Gjennom vurderingen identifiseres områder med behov for tettere oppfølging enn det som gjøres gjennom ordinær driftsoppfølging.

All drift er forbundet med risiko. Det er imidlertid ikke all risiko som krever at det iverksettes spesielle tiltak. Etablerte rapporteringssystemer og løpende monitorering av utvikling vil i mange tilfeller være tilstrekkelig for å hindre uønsket utvikling eller oppdage denne på et tidlig tidspunkt. For alle områder som er forbundet med «moderat» eller «høy» risiko synliggjøres tiltak som gjennomføres for å redusere risiko.

Oppsummert overordnet risiko per 3.tertial 2023:



Det er avdekket risiko innenfor flere områder. For disse områdene er det etablert tiltak for å redusere risiko – se vedlagt rapport (ppt). Det er to områder som foretaket må jobbe ytterligere med for å redusere risiko fra rødt nivå: budsjett oppnåelse og verdibevarende vedlikehold (finansiering). Administrerende direktør vurderer at risiko etter gjennomførte tiltak er innenfor akseptert risiko.

2.3 Status for Aktivitetsstyrt Ressurs planlegging (ARP)

ARP som metodikk dreier seg om å planlegge ressursene i tråd med analyser og bekreftet historisk aktivitet. Dette med intensjon om å skape arbeidsplaner med jevnere belastning for medarbeidere, noe som igjen kan føre til et bedret arbeidsmiljø, med redusert sykefravær, redusert overtidsbruk, redusert merarbeid og redusert bruk av forskyvning av vakter. En direkte konsekvens av dette vil kunne være styrket pasientsikkerhet og kvalitet. ARP vil også kunne bidra til mer samskapt planlegging som betyr at det for eksempel avdekkes avhengigheter gjennom ARP-

prosjektet. Arbeidsmetodikken legger til rette for mer planlegging på tvers av enheter og etter hvert mellom avdelinger.

ARP er nå igangsatt ved 15 sengeposter ved SSHF. Det jobbes strukturert med de fire steg i metodikken, samt med analyseverktøyet. Både metodikk og analyseverktøy utvikles og forbedres ettersom foretaket tilegner seg erfaringer. De første pilotenhetene tar systematisk ut data etter definerte målindikatorer og vil snart kunne se utvikling gjennom de siste måneder ved sin enhet opp mot intensjonen med metodikken.

Det er avdekket noen utfordringer som ARP isolert sett ikke vil kunne løse, men vi ser at gjennom metodikken blir avhengigheter, utfordringer med ledige stillinger og lignende, synliggjort gjennom gode analyser og data. ARP vil altså kunne bidra til resultater også på disse enhetene når lokal ledelse jobber systematisk med de funn som avdekkes.

2.4 Ta tiden tilbake

Fagavdelingen ved SSHF har utarbeidet en arbeidsmetode for å redusere bruk av helsetjenester innenfor områder hvor utredning eller behandling gir lav helsegevinst. Helse Sør-Øst har deltakelse i prosjektgruppen med ønske om å bre dette videre regionalt. Det er utarbeidet en generisk modell som tar utgangspunkt i dialog med klinikere, fastleger og pasienter. Det er avgjørende at det foreslås alternative måter å behandle eller informere om helseplagene på som bygger helsekompetanse for den enkelte pasient, og hvor totaleffekten blir færre henvisninger til denne typen undersøkelser og behandlinger.

Metodikken er en nyvinning utviklet ved SSHF. Prosjektet er startet opp på gastromedisin, og vår modell vil i første omgang gjenbrukes i Telemark, Vestfold og Østfold frem til våren 2024. En metodeartikkel er innsendt for publisering. Ved SSHF har vi hittil redusert om lag 20% av polikliniske timer for øvre gastroskopi hos personer mellom 18 og 44 år. Flere prosjekter er i oppstartsfasen for barn (magesmerter), ADHD (utredning barn og voksne) og ortopedi (slitasjegikt i kne og hofter). I tillegg pågår det arbeid innenfor CT angiografi/PCI. Dette arbeidet har litt annen karakter, da dette forløpet i større grad er internt i SSHF.

2.5 Status tilsyn og konsernrevisjoner

Oversikt over alle tilsyn fremgår av vedlegget «Rapport til styret – status tilsyn 3. tertial 2023». For tilsyn der modulen i Kvalitetsportalen er tatt i bruk følger også utfyllende rapporter.

I tredje tertial 2023 gjennomførte Statens helsetilsyn et tilsyn ved psykiatrisk avdeling, Kristiansand, med tilsynstema forebygging og gjennomføring av skjerming i akuttavdelinger i psykisk helsevern voksne. Det foreligger et utkast til rapport som konkluderer med 5 lovbrudd, hvorav fire brudd på psykisk helsevernloven og ett brudd på spesialisthelsetjenesteloven.

Arbeidstilsynet har i løpet av første og andre tertial 2023 gjennomført tilsyn ved Medisinsk sengepost SSF, Medisinsk sengepost 2A SSK, Kvinneklinikken SSK og Geriatrisk seksjon SSA. Alle tilsyn med hensikt å kontrollere hvordan SSHF arbeider med forebygging av arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager, samt psykiske plager hos arbeidstakerne. Totalt ble det gitt 14 pålegg som omhandler forbedring av kartlegging og risikovurdering ifm. HMS-arbeid, kartlegging og risikovurdering av psykiske plager, vold, trussel om vold og uheldige belastninger, opplæring i forebygging av vold- og trusselsituasjoner, opplæring av verneombud, samt involvering av bedriftshelsetjenesten innen de nevnte områdene. 12 av påleggene er oppfylt og lukket. Ved Kvinneklinikken SSK gjenstår det 2 pålegg å lukke. Det er varslet tvangsmulkt i tilknytning til disse påleggene. Det er planlagt møte med Arbeidstilsynet 16.01.24.

I første tertial gjennomførte Arbeidstilsynet dokumenttilsyn ved 6 Ambulansestasjoner (Arendal, Grimstad, Lillesand, Kristiansand, Lindesnes og Lyngdal), alle med tilsystema arbeidstidsordninger. Det ble gitt ett pålegg ved alle ambulansestasjonene (totalt 6) med krav om å dokumentere rutiner som inneholder krav til forsvarlighetsvurdering, inkl. at ambulansestasjonene forsvarlighetsvurderes årlig, eller ved endring av turnus. Pålegget ved ambulansestasjonen i Kristiansand er oppfylt, mens de resterende 5 gjenstår å lukke.

Arkivverket gjennomførte i første tertial 2023 stedlig tilsyn ved Arkiv og dokumentasjonsseksjonen hvor målet var å vurdere om virksomheten oppfylder de pliktene som følger av arkivloven med forskrifter. I rapporten som ble tilsendt fremkom det ni pålegg. Det er utarbeidet en handlingsplan for oppfølging etter tilsynet. Handlingsplanen og status på oppfølgingsarbeidet er tilsendt Arkivverket. SSHF ønsker å gjennomføre et grundig forbedringsarbeid, og har derfor bedt Arkivverket om en utsettelse av fristene som opprinnelig var satt til 01.12.23 for tre av påleggene og 01.03.24 for de resterende seks påleggene. I tilbakemelding av 24.01.24 viser Arkivverket til at helseforetaket har tatt flere fornuftige grep i arbeidet med å lukke avvik, og at det er forståelse for at flere av påleggene må ses i sammenheng, på grunn av flere avhengigheter i de ulike prosessene. Når det gjelder pålegget om å lage en oppdatert bevarings- og kassasjonsplan, gir Arkivverket beskjed om at dette kan lukkes, da plan nå er sendt inn til Norsk Helsearkiv. Arkivverket påpeker imidlertid at det legges opp til at helseforetaket skal sitte igjen med svært mye pasientarkiv som faktisk kunne ha vært avlevert til Norsk Helsearkiv. Det bes om at SSHF oversender en oppdatert status og tidsplan, sammen med en formell og begrunnet søknad om utsatte frister, innen 15.3.2024.

Med bakgrunn i revisjonsplan 2023 gjennomfører konsernrevisjonen en varslet revisjon om legemiddelberedskap i Helse Sør-Øst. Intervju med fagdirektør, fagdirektørens medisinsk faglige rådgiver og beredskapssjef ble gjennomført i september 2023.

Konsernrevisjonen gjennomførte tredje tertial 2022 en revisjon med mål om å undersøke om helseforetaket har etablert et hensiktsmessig system for å sikre nødvendig kompetanse vurdert opp mot dagens oppgaver og fremtidige behov. SSHF og konsernrevisjonen ble sammen enige om å velge ut akuttmiljøene ved SSF, SSK, SSA og KPH. Endelig rapport med 4 konkrete anbefalinger ble lagt frem for styret 27.02.23. Rapporten følges opp av klinikkdirektørene, og i samarbeid med

organisasjons-direktøren er det laget en plan for oppfølging av revisjonen. Planen ble vedtatt i foretaksledelsen 02.05.23.

Riksrevisjonen gjennomførte en undersøkelse (foranalyse) om risikostyring våren 2022. Revisjonen tar sikte på å belyse hvordan risikostyringen gjennomføres, og hvordan risikostyringen bidrar til forbedret måloppnåelse. Administrerende direktør etablerte i slutten av 2022 en arbeidsgruppe med følgende mandat: foreslå plan for implementering av risikostyring i SSHF. Oppdraget hadde som mål å sikre at god risikostyring blir implementert på alle nivå i hele organisasjonen, på en måte som sikrer at risiko er kjent, eid, kommunisert og håndtert. Nye retningslinjer for risikostyring, risikovurdering og fullmaktstruktur for godkjenning av risiko er utarbeidet og godkjent av administrerende direktør.

3 Administrerende direktørs vurderinger

Foretaket hadde et ambisiøst budsjett for 2023, men er godt fornøyd med et positivt budsjettavvik på 6 mkr for året. Det henvises til styresak 018-2023 Fordeling av økt bevilgning 2023 i HSØ, hvor SSHF ble tildelt 123,4 mkr. i økt basisramme for 2023. Det varige tilskuddet er estimert til å være 111 mkr for SSHF, som skal sette foretaket i bedre stand til å prioritere psykisk helsevern, rask tilgang til helsetjenester, samt sikre investeringer i kompetanse, bygg, IKT og medisinsk utstyr i årene som kommer. Foretaket har fått 63,5 mill kr til pris- og lønnsvekst.

Økonomisk omstillingsarbeid, kostnadsreduksjoner og ny bruk av teknologi og logistikk er ledelsesarbeid som krever kompetanse, involverende ledelse og gjennomføringskraft. Det fordrer en solid innsats i hver klinikk, og tiltak på tvers av klinikkene. Det arbeides med verktøy som understøtter klinikkens økonomistyring.

SSHF har utarbeidet et notat etter bestilling fra HSØ basert på aksjonspunkt fra styret i HSØ (112-2023), hvor foretaket belyser forbedringsområder i driften. De nevnte tiltakene blir innarbeidet i budsjett 2024. Tiltakene vurderes som ambisiøse, samtidig er det viktig å redusere ventetider for pasientene og følgelig forbedre driften for å sikre nødvendig investeringsnivå i årene som kommer.

Administrerende direktør vurderer driften til å nærme seg pre-pandemi, og fortsetter å jobbe målrettet sammen med øvrig ledelse med å sikre gevinstrealisering, økonomisk balanse og reduserte ventelister. Administrerende direktør inviterer styret til å ta virksomhetsrapport per desember 2023 til orientering.