

Arkivsak

Dato 30.05.2024

Saksbehandler Torhild Einstabland,
økonomidir.

Saksframlegg

Styre	Sørlandet sykehus HF	Sakstype	Orienteringssak
Møtedato	30.05.2024		
Sak nr	027-2024		
Sakstittel	Virksomhetsrapport per 1.tertial 2024		

Forslag til vedtak

- Styret tar virksomhetsrapporten per 1.tertial 2024 til etterretning.
- Styret ber administrerende direktør om å jobbe målrettet videre med økonomisk omstilling, reduksjon av innleie fra vikarbyrå, reduksjon av ventetider og fristbrudd, samt med arbeidsmiljø.

Vedlegg til saken

- Vedlegg 1 Virksomhetsrapport HSØ per 1.tertial 2024 (word)
- Vedlegg 2 Virksomhetsrapport per 1.tertial 2024 (ppt)
- Vedlegg 3 ROS 1.tertial 2024 (ppt)
- Vedlegg 4 Risikostyring i de regionale helseforetakene og helseforetakene
- Vedlegg 5 Tilsynsrapport Medisinsk sengepost SSF 2024
- Vedlegg 6 Tilsynsrapport Akuttenhet B SSA 2024
- Vedlegg 7 Rapport til styret - status tilsyn 1.tertial 2024
- Vedlegg 8 Tilsynsrapport Arkiv og dokumentasjon 2023

Kristiansand 30.05.2024

Nina Mevold

Administrerende direktør

1 Bakgrunn for saken

Administrerende direktør vil med dette informere styret om status for virksomheten per 1.tertial 2024.

2 Saksopplysninger

2.1 Virksomhetsrapport per 1.tertial 2024

Virksomhetsrapporten dekker status for kvalitet og logistikk, aktivitet, økonomi og HR- relaterte tema. I tillegg gir foretaket en overordnet risikovurdering for virksomheten per 1.tertial.

Sørlandet sykehus HF har levert et negativt resultat i april 2024 på 7,3 mkr, et akkumulert resultat på -15,2 mkr, som gir et negativt budsjettavvik på 35,2 mkr.

Aktiviteten i april ligger over budsjett for dagbehandlinger (6,4%) og polikliniske konsultasjoner (2,5%), men under budsjett for døgnbehandlinger (-5,7%). Det negative budsjettavviket for døgnbehandlinger skyldes i all hovedsak lavere ø-hjelp i Kristiansand. Akkumulert ligger aktiviteten høyere enn fjoråret for dagbehandlinger (+4,6%) og polikliniske konsultasjoner (0,3%), men på grunn av mindre netto ø-hjelp i foretaket er døgnaktivitet (-1,9%) lavere enn i fjor. I forhold til budsjett hittil i år, er det kun dagbehandlinger som ligger over (1,1%), mens døgnbehandlinger (-4,8%) og polikliniske konsultasjoner (-3,5%) ligger under budsjett. Analyser tilsier at redusert volum for døgnbehandling (-17 mkr) har blitt kompensert med henholdsvis høyere gjennomsnittlige ISF-takster (+19 mkr), dvs at det har vært en noe annerledes pasientmiks enn planlagt. For dagbehandling ser vi tilsvarende resultat hvor høyere indeks (+1 mkr) kompenserer for redusert volum (-0,8 mkr), mens for poliklinisk aktivitet utgjør det negative budsjettavviket i all hovedsak lavere volum (-4,2 mkr).

Foretakets fristbruddkostnader (21,5 mkr) er akkumulert 2 mkr over budsjett, og kostnader til innleie fra vikarbyrå (32,7 mkr) ligger akkumulert 6,2 mkr over budsjett. Klinikk for psykisk helse (KPH) har det største negative avviket på innleie (-5 mkr), samtidig leverer KPH bedre enn budsjett akkumulert.

Administrerende direktør har stort fokus på god drift i alle klinikker og staber for å sikre god pasientbehandling og forbedre det økonomiske resultatet.

For nærmere beskrivelse, se vedlagt virksomhetsrapport oversendt HSØ per 1.tertial, som også inneholder detaljert oversikt over operasjonelle nøkkeltall, aktivitet, HR, økonomi og ROS.

2.2 Økonomisk status for somatikken i Kristiansand og Arendal

I styremøte 18.04.2024 ba styret administrerende direktør om å gi en nærmere presentasjon av de somatiske klinikkene i Kristiansand og Arendal mht. avvik mot budsjett. Administrerende direktør ønsker å oppsummere de konkrete tiltakene som klinikkene arbeider med i denne saken. I tillegg vil økonomidirektør gjennomgå tiltakene i styremøtet 30.5.2024.

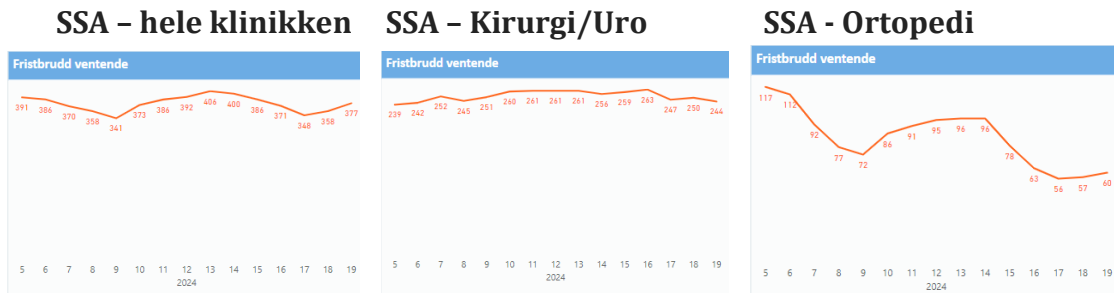
Somatikk Arendal

Klinikken i Arendal forvalter ca 1,3 mrd kr av foretakets totale budsjett. Ved inngangen til 2024 var det etablert et budsjett med risiko på ca 2,3% (28 mkr) henført til klinikkens aktivitetsinntekter, fristbruddkostnader, innleiekostnader og andre definerte tiltak. I tillegg hadde klinikken lagt opp til å redusere forbruk av årsverk i forhold til siste 12 måneders forbruk, så total risiko ved inngangen til 2024 var 4,4% (53 mkr).

Akkumulert per april er det negative budsjettavviket for klinikken 6,7% (31 mkr), hvor klinikken leverer inntekter over budsjett, 15 mkr (3,2%), men høyere kostnader for å levere den økte aktiviteten på til sammen 46 mkr (9,9%). I risikovurderingen ved inngangen til budsjettåret 2024 var det forventet noe høyere aktivitetsinntekter, men ikke det nivået på kostnader som vises. Når det gjelder den negative utviklingen for varekost, henvises til virksomhetsrapporten for foretaket på generell basis.

Klinikkledelsen gjennomfører månedlige oppfølgingsmøter med hver avdeling, i tillegg til at det rapporteres løpende til administrerende direktør. Klinikkdirektør har tre fokusområder for å minimere det negative budsjettavviket i Arendal, i tillegg til å følge opp alle aktiviteter som leverer i hht forventninger. Det er viktig å understreke at dette er krevende prosesser som tar tid å endre og må jobbes med kontinuerlig og over tid.

- 1) Reduksjon av ventelister og fristbruddkostnader for urologi, ortopedi og plastikkirurgi. Tiden for overleger må hele tiden prioriteres mellom operasjon og poliklinikk, hvor det er polikliniske pasienter som generer fristbrudd. Det er pågående aktiviteter for å utnytte operasjonsteamene fullt ut, da det til tider er ledige operasjonsstuer, samtidig som det er prosess med å ansette en ny ortoped, med spesialkompetanse innen fotortopedi, ila 2024. Basert på antall nyhenvisninger, har klinikken (og foretaket) behov for en ekstra ortoped med denne kompetansen. Det utredes i tillegg å ansette urolog, som kan jobbe i både Arendal og Kristiansand, for å redusere ventelistene på begge steder. Klinikken utvikler bruk av telefon- og videokonsultasjoner i alle avdelinger (8,1%). Innen plastikkirurgi ser klinikken en positiv utvikling, med fall i fristbrudd, etter ansettelse av ny plastikkirurg. Det er pågående arbeid med å 'rydde' i de fagområder som har de eldste ventende. Det er gjennomført for BUA og pågår for lunge, og vil bli fulgt opp fortløpende for alle avdelinger fremover. Utvikling fristbrudd:



- 2) Reduksjon av lønn/årsverk i Avdeling for pleie og poliklinikk (APP).
 - a. Reduksjon av liggetid og belegg. Det er gjort en analyse av liggetid ved medisinsk avdeling og denne viser at SSA har noe lengre liggetid for noen infeksjoner (lungebetennelse, urinveis- og bløtdelsinfeksjoner). Det er et pågående arbeid for å sikre at overgang til tablettbehandling, og mulighet for tidligere utskrivning, skjer i henhold til antibiotikaveilederens anbefaling. I tillegg planlegger klinikkledeledelsen ukentlige møter med Arendal kommune, før og gjennom sommeren, for oppfølging av utskrivningsklare pasienter. Samhandling med alle kommunene (delavtale 5) er vesentlig for ledelsen å følge opp, spesielt inn mot sommeren.
 - b. Reduksjon av fastvakter. Det finnes overvåkningsteknologi som kan redusere bruken av fastvakter, men det er per i dag ikke tatt i bruk ved de somatiske klinikkene. Det er pågående prosesser sentralt i foretaket hva gjelder å vurdere overvåkningsteknologi og annen pasientnær teknologi i regi av avdeling for teknologi og innovasjon i samarbeid med klinikkene. Per i dag er det ikke regionale aktiviteter som understøtter en slik satsning.
- 3) Redusere overtid og antall uforutsatte vakter. Klinikken har god oppfølging av sykefravær, selv om dette har etablert seg på et høyere nivå enn pre-pandemi. Nye tiltak fra klinikkledeledelsen våren 2024 er etableringen av en fadderordning for sykepleiere og helsefagarbeidere, med den hensikt å beholde ansatte lenger. For LIS2/3 vil det vurderes å etablere en fadderordning etter modell fra Sykehuset i Vestfold og A-hus; «en fadderordning av LIS, for LIS». SSHF er i prosess med å se på «kirurgi på tvers» i foretaket. Klinikken i Arendal har hatt utfordringer med å beholde LIS 2 på grunn av manglende faglig utvikling, hvor det blir viktig å sikre kirurgiutdanningen innad i foretaket på en best mulig rekrutteringsfremmede måte i tiden som kommer. Dette arbeidet er planlagt oppstart 1. august 2024.

Somatikk Kristiansand

Klinikken i Kristiansand forvalter ca 2,1 mrd kr av foretakets totale budsjett. Ved inngangen til 2024 var det etablert et budsjett med risiko på ca 2,3% (49 mkr)

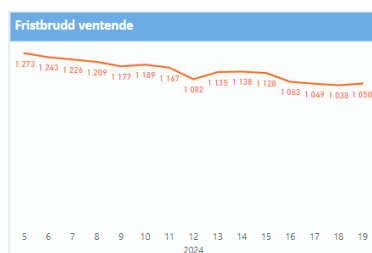
henført til klinikkens aktivitetsinntekter, fristbrudd kostnader, innleie kostnader og andre definerte tiltak. I tillegg hadde klinikken lagt opp til å redusere forbruk av årsverk i forhold til siste 12 måneders forbruk, så total risiko ved inngangen til 2024 var 3,4% (71 mkr).

Akkumulert per april er det negative budsjettavviket for klinikken 5,2% (39 mkr), hvor klinikken leverer lavere inntekter på 15 mkr (0,9%) og høyere kostnader på 32 mkr (4,3%) enn budsjett. I risikovurderingen ved inngangen til budsjettåret 2024 var det forventet noe lavere aktivitetsinntekter, men ikke det nivået på kostnader som vises. Når det gjelder den negative utviklingen for varekost, henvises til virksomhetsrapporten for foretaket på generell basis.

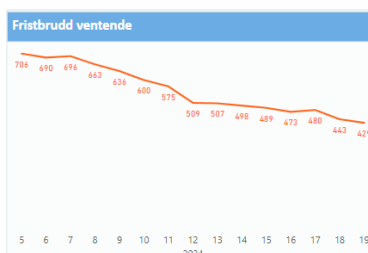
Klinikkledelsen gjennomfører regelmessige oppfølgingsmøter med hver avdeling, i tillegg til at det rapporteres løpende til administrerende direktør. Klinikkdirktør har tre fokusområder for å minimere det negative budsjettavviket i Kristiansand, i tillegg til å følge opp alle aktiviteter som leverer i hht forventninger. Dette er prosesser som tar tid å endre og må jobbes med kontinuerlig og over tid.

1. Reduksjon av ventelister og fristbruddkostnader for bla urologi, ØNH og ortopedi. Arbeidstiden for overleger må hele tiden prioriteres mellom operasjon og poliklinikk, hvor det er polikliniske pasienter som generer fristbrudd. Klinikken benytter frivillig poliklinikk innenfor flere fagområder som har fristbrudd. I tillegg er det pågående gjennomgang av utnyttelse av operasjonsstuer hvor de ulike fagområdene vurderes i hht stueutnyttelse. Konseptet med «time i hånden» er med på å forbedre planleggingshorisonten som skal økes til over 50% for alle avdelinger i klinikken. Det er flere pasientforløp som deltar i prosjektet Ta-tiden-tilbake, samt behovsstyrt poliklinikk. Klinikken har i lengre tid jobbet systematisk med digitalisering, hvor analyser rundt behovet for kontroll er kartlagt, samt utvidet bruk av telefon- og videokonsultasjoner (8,4%). Avdelingene KIR, ORT, BUA og ØNH har innført bruk av checkware (behovsstyrt poliklinikk) og ØNH og Lungeseksjonen benytter Airview for å redusere forfalte kontakter/fristbrudd. Klinikken har utvidet bruk av hjemmedialyse. Det er pågående arbeid med å 'rydde' i de fagområder som har de eldste ventende. Det er gjennomført for BUA og pågår for ØNH og Ortopedi, i tillegg er det hentet ut tallmateriale for Medisinsk- og Kirurgisk avdeling som vil starte fortløpende. Utvikling fristbrudd:

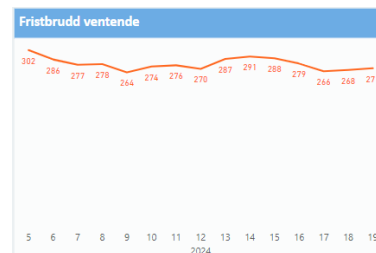
SSK – hele klinikken



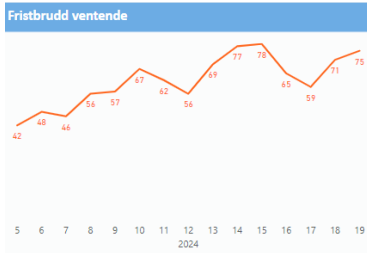
SSK – ØNH



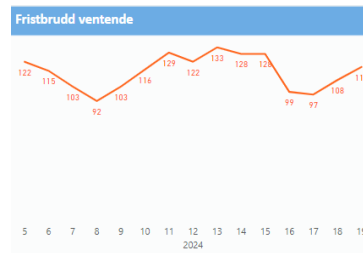
SSK – ORT



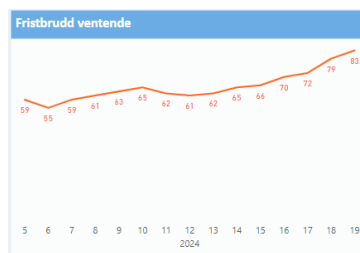
SSK – BUA



SSK – KIR (uro)



SSK–Nevro



2. Beholde og rekruttere. Klinikledelsen har pågående prosesser hvor det vurderes å starte opp med fadderordninger for LIS2/3 (HSØ prosjekt), samt sikre god ivaretagelse av LIS 1. Det arbeides med rekruttering av overlege i BUA og andre avdelinger som har rekrutteringsutfordringer. Flere enheter/avdelinger deltar aktivt i Aktivitetsstyrt ressursplanleggingsprosjektet og er en stor pådriver for etablering av 'pleietyngde' på sengepostene. Oppgavedeling pågår i barne- og ungdoms-, anestesiv/intensiv-/operasjons- og ortopediavdelingen, samt senter for kreft. Klinikledelsen har stort fokus på å begrense innleie fra vikarbyrå og benytter det i all hovedsak ved ferieavvikling. Behovet for fastvakter er økende, og det er stor interesse for bruk av sensorteknologi for å redusere behovet for bemanning (se avsnitt 2b) fra somatikk Arendal over).
3. Det vurderes ytterlige forbedringstiltak i klinikken.
 - a. Urologi: hvordan planlegge poliklinikken best mulig; bruk av uroterapeut, oppgavedeling, ansette flere urologer som har ansvar både ved SSA/SSK
 - b. Ortopedi: evaluere reduksjon av brudd kontroller, forundersøkelser hos SSF, tilgang til bedre romkapasitet til poliklinikk og juridiske avklaring mellom SSF og SSK mht felles ventelister, Ta Tiden Tilbake
 - c. ØNH: benytte avtalespesialist ca 10%, øke mulighet for å benytte erfaren LIS mer i avdelingen

2.3 Status tilsyn og revisjoner

Oversikt over alle tilsyn fremgår av vedlegget «Rapport til styret – status tilsyn 1. tertial 2024». For tilsyn der modulen i Kvalitetsportalen er tatt i bruk følger også utfyllende rapporter.

Sørlandet sykehus HF har i likhet med flere helsevirksomheter mottatt henvendelse fra Datatilsynet med pålegg om å gjennomføre en gjennomgang av interne lagringsområder hvor det potensielt kan behandles personopplysninger, for å tilse at kravene til personopplysningsikkerhet etterleves. Frist for gjennomgangen er satt til 20.09.24.

Brannvesenet har i første tertial 2024 varslet tre ulike tilsyn. 11.01.24 ble det gjennomført tilsyn ved avdeling for rus- og avhengighetsbehandling hvor det i tilknytning til brannsikkerheten ble gitt 1 anmerking for forbedringspotensial for opplæring. Den 9.februar 2024 ble det gjennomført tilsyn ved avdeling for fysikalsk

medisin og rehabilitering uten at det ble avdekket avvik eller gitt anmerkning. Det tredje tilsynet skal gjennomføres ved DPS Solvang.

Som en oppfølging av stedlig tilsyn 20.06.23 gjennomførte Arbeidstilsynet i første tertial 2024 et dokumenttilsyn ved medisinsk sengepost 2C SSA, medisinsk sengepost 2A SSK og medisinsk sengepost SSF. Det ble gitt ett pålegg ved hver av lokasjonene knyttet til arbeidstidsordning og vurdering av forsvarlighet. Alle tre påleggene er oppfylt og lukket.

Statens helsetilsyn har i første tertial 2024 bedt om oppdatert informasjon om godkjent donorsykehus. Ansvarlige leger ved SSK og SSA har besvart tilsendt spørreskjema. Utvalgt helseforetak vi bli varslet om eventuelt tilsyn, og SSHF har p.t. ikke mottatt en slik henvendelse.

Første tertial 2024 ble det mottatt varsel om tilsyn ved avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin, blodbanken i Kristiansand, Arendal, Flekkefjord og Mandal. Tilsynet er planlagt gjennomført 02.09.24.

Arbeidstilsynet fører tilsyn med at virksomhetene følger kravene i arbeidsmiljøregelverket, og har gjennomført stedlig tilsyn ved akuttenehet B SSA. I tilsynet ble det gitt 4 pålegg relatert til systematisk HMS-arbeid, opplæring om vold og trusler om vold, samt bedriftshelsetjenestens bistand. Frist for tilbakemelding er satt til 15.06.24. Det er også mottatt varsel fra Arbeidstilsynet om stedlig tilsyn ved psykiatrisk akuttmottak 29.08.24.

Første tertial 2024 varslet Helsetilsynet om tilsyn ved døgnenheten ved DPS Strømme. Tilsynsbesøket fant sted 14. og 15.03.24, samt en journalgjennomgang 05.03.24. Tema for tilsynet var selvmordsforebygging i psykisk helsevern. Foreløpig rapport er tilsendt og foreløpig konklusjon viser at det ikke er lagt til rette for og fulgt opp at alle pasienter med depresjon ved døgnenheten blir personlig undersøkt av spesialist under oppholdet og at pasienter får behandling basert på oppdaterte diagnostiske vurderinger. Det er heller ikke alltid lagt til rette for ny time etter utskrivning, kriseplan og kontakt med pårørende. Kommentarer på rapporten ble sendt Helsetilsynet 16.04.24.

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 4 lovbrudd knyttet til planlegging, gjennomføring og evaluering av skjerming, vedtak om skjerming, evalueringssamtale etter skjerming og praksis for å evaluere og bruke informasjon fra egen skjermingspraksis.

Arbeidstilsynet har i løpet av første og andre tertial 2023 gjennomført tilsyn ved Medisinsk sengepost SSF, Medisinsk sengepost 2A SSK, Kvinneklubben 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. Samtlige 14 pålegg er nå oppfylt og lukket.

I første tertial 2023 gjennomførte Arbeidstilsynet dokumenttilsyn ved 6 ambulansestasjoner (Arendal, Grimstad, Lillesand, Kristiansand, Lindesnes og Lyngdal), alle med tilsynstema 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 forsvarlighets vurderes årlig, eller ved endring av turnus. Pålegget ved ambulansestasjonen i Kristiansand er oppfylt, mens de resterende 5 gjenstår å lukke, med frist 10.05.24.

Arkivverket gjennomførte i første tertial 2023 stedlig tilsyn ved Arkiv og dokumentasjonsseksjonen hvor målet var å vurdere om virksomheten oppfyller de pliktene som følger av arkivloven med forskrifter. I rapporten som ble tilsendt fremkom det 9 pålegg. Ett av påleggene knytte til oppdatert bevarings- og kassasjonsplan for pasientarkiv er lukket. SSHF ønsker å gjennomføre et grundig forbedringsarbeid og har derfor bedt Arkivverket om en utsettelse av fristene for gjenstående pålegg.

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. Endelig rapport fra konsernrevisjonen er mottatt og rapporten er bedt om å legges frem som sak til etterretning i styret SSHF, samt status for legemiddelberedskapen ved SSHF.

Riksrevisjonen har undersøkt hvordan de regionale helseforetakene og helseforetakene jobber med risikostyring. SSHF og de andre foretakene svarte på en omfattende spørreundersøkelse og oversendte etterspurt dokumentasjon i 2022. I mars 2024 forelå Riksrevisjonens rapport, se vedlegg, med følgende hovedkonklusjon:

- Det er kritikkverdig at mange av foretakene ikke arbeider systematisk med risikostyring. Dette kan føre til at viktige utfordringer ikke blir identifisert, eller at nødvendige korrigerende tiltak ikke blir gjennomført og fulgt opp. Foretakenes evne til å systematisk innrette virksomheten på en måte som bidrar til måloppnåelse, blir dermed redusert. Blant annet AHUS og SSHF har god praksis i deler av risikostyringen. Det er derfor grunnlag for læring på tvers av foretakene.
- De regionale helseforetakene har ikke i tilstrekkelig grad fulgt opp om helseforetakene har fungerende risikostyringssystemer. Dette er ikke tilfredsstillende. De regionale helseforetakene har det overordnede ansvaret for at det er etablert styringssystemer i helseforetakene de eier. Svak

risikostyring i helseforetakene vil kunne påvirke de regionale helseforetakenes evne til å ivareta sitt sørge for-ansvar.

SSHF startet i 2021 en lengre prosess med systematisk forbedring av risikostyring som en integrert del av foretakets virksomhetsstyring. Det vises her også til LGG (ledelsens gjennomgang), der risikostyring siste gang ble gjennomgått i mars 2024. Det foreligger oppdaterte retningslinjer som skal bidra til at risiko er kjent, eid, kommunisert og håndtert i organisasjonen. Vinteren 2024 ble det innført en forenklet versjon av ROS (risiko- og sårbarhetsanalyse) i Kvalitetsportalen, for å legge til rette for økt bruk av ROS. Opplæring settes i system fra og med 2024. Fra og med 2024 er også metoden for den tertialvise ROS-rapporteringen til HSØ oppdatert. SSHF som organisasjonen er imidlertid fortsatt i prosess på dette området. Vi er i en tidlig fase for bruk av nye digitale verktøy og det krever modning før ledere på alle nivå erfarer nytte av risikostyring, samt får erfaring med og behersker verktøyene. Riksrevisjonens rapport gir nyttige innspill til det videre arbeidet med dette.

3 Administrerende direktørs vurderinger

Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter har en positiv trend i april for VOP (44 dg), BUP (54 dg) og TSB (27 dg), men dessverre en liten økning for somatikken (78 dg) sett i forhold til samme periode i fjor. Akkumulerte ventetid per april ligger på samme nivå som i fjor for somatikk (75 dg), VOP (50 dg) og TSB (29 dg), mens det er en positiv utvikling hva gjelder BUP (55 dg).

Vekstregelen for polikliniske konsultasjoner innenfor psykisk helse viser en positiv utvikling for BUP (12,1%) og TSB (12,4%), men en noe negativ utvikling for VOP (-5,7%). Det jobbes målrettet med aktiviteter innenfor alle pasientgruppene, og målet er at ventelistene skal reduseres i forhold til i fjor og ned mot målene i OBD. Kommende fristbrudd er synkende og var ved utgangen av april 1.388, hvor høyest andel er innenfor ØNH, Ortopedi og Urologi. Dette er uheldig for pasientene og medfører økte kostnader for foretaket. Det er satt i verk tiltak for å effektivisere driften av poliklinikkene ved prosjektet Ta-tiden-tilbake, i tillegg til fokus på oppgaveglidning og behovsdrevet poliklinikk.

Foretaket har et ambisiøst budsjett for 2024, noe som gjenspeiler starten på året. 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. De økonomiske utfordringene hva gjelder somatikken i Kristiansand og Arendal er utfordrende, men tas med stort alvor og dedikasjon for å komme i budsjettbalanse. De andre klinikkene i foretaket opplever tilsvarende

utfordringer med høyere sykefravær enn pre-pandemi, hvor en økning i fravær for stillingsgrupper over 6G (ca 0,7 mkr) heller ikke gir rett til refusjon fra folketrygden.

Administrerende direktør vurderer driften til å nærme seg pre-pandemi, og fortsetter å jobbe målrettet sammen med øvrig ledelse for å sikre gevinstrealisering, økonomisk balanse og reduserte ventelister. Driftssituasjonen er i sum fortsatt krevende, og den underliggende driften medfører fortsatt stort behov for omstilling. Administrerende direktør inviterer styret til å ta virksomhetsrapport per 1.tertial 2024 til orientering.