

Navn på foretak: Sørlandet sykehus HF

Periode: April 2024

1. OVERORDNET KOMMENTAR

Sørlandet Sykehus HF har i somatikken i april høyere aktivitet på alle omsorgsnivåene sammenlignet med samme periode i fjor; døgnopphold (5,9%), dagopphold (22,4%) og polikliniske konsultasjoner (30,4%). Det må tas i betraktning at påska i år var i mars, mens påska i fjor var i april og har ikke blitt tatt nok høyde for i budsjett 2024. Aktiviteten bør derfor i større grad vurderes akkumulert per april. Akkumulert ligger døgnbehandling (-1,9%) lavere enn samme periode i fjor, mens dagopphold (4,6%) og polikliniske konsultasjoner (0,3%) ligger høyere enn samme periode i fjor. Sammenlignet med akkumulert budsjett er avvikene på døgnbehandling, dagopphold og polikliniske konsultasjoner henholdsvis -4,8%, 1,1% og -3,5%. I psykisk helsevern og rus er veksten i døgnbehandlinger liggedøgn positiv for psykisk helsevern voksne, PHV, (9,3%), mens psykisk helsevern barn og unge, PHBU, (-24,5%) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, TSB, (-0,2%) har en nedgang mot samme periode i fjor. For poliklinikk er veksten positiv for alle fagområdene i april; PHV (29,6%), PHBU (60,5%) og TSB (37,3%). Flere fagområder både innenfor somatikk og psykisk helsevern og rus har bemanningsutfordringer som direkte påvirker aktiviteten.

I 2024 pågår prosjektene Utredninger 2040, Ta tiden tilbake (TTT), Behovsdrevet poliklinikk og Aktivitetsstyrt ressursplanlegging (ARP). Prosjektene er i ulike faser og bidrar med ulike innfallsvinkler til forbedringer, men har til felles å sikre kvalitet i pasientbehandlingen og økonomisk bærekraft. Pilotene i ARP-prosjektet har flere positive erfaringer og læringspunkter, men også noen utfordringer som avdekkes. Bemanningsplanene er halvårslige og evalueres fortløpende, men følger oppsatt fremdriftsplan. ARP forventes å gi jevnere belastning for medarbeidere, redusere sykefraværet, redusere overtidsbruk og merarbeid og redusere bruk av forskyvning av vakter. En direkte konsekvens av dette vil kunne være økt forsvarlighet og kvalitet til pasientene.

Brutto månedsverk for april ble 6.051. Dette er 91 flere månedsverk enn budsjett og utgjør et avvik på 1,5% for perioden. Antall brutto månedsverk er 149 høyere sammenlignet med samme periode i fjor, hvorav 62 brutto årsverk kan henføres til in-sourcing av nye ambulansestasjoner. Sykefraværet var i mars 7,8%, fordelt på 2,2% på korttidsfravær og 5,6% på langtidsfravær. Sammenlignet med 2023 utgjør sykefravær 40 færre årsverk og for fødselspermisjon 2 7 flere årsverk. Sykefraværet ser ut til å ha lagt seg på et høyere nivå enn før covid.

Lang ventetid og lavere måloppnåelse på flere kvalitetsindikatorer henger for mange fagområder sammen med rekrutteringsutfordringer. Å beholde og rekruttere gode medarbeidere vil være avgjørende for å fortsatt kunne levere gode og trygge helsetjenester 24/7 i hele helseforetaket. Det vil også være avgjørende å ha kapasitet og evne til å gjennomføre større strukturelle omstillinger, som

behovsstyrt poliklinikk, «Ta tiden tilbake» og oppgaveglidning. SSHF må også, i samarbeid med andre samfunnsaktører, trappe opp og systematisere arbeidet med å øke befolkningens helsekompetanse. Dette vil være helt avgjørende for å kunne bygge en bærekraftig helsetjeneste som kan håndtere de store demografiske endringene vi står ovenfor. Selv med gjennomføring av alle disse tiltakene vil de demografiske endringene utfordre muligheten til å fortsatt kunne gi like gode helsetjenester.

Resultatet i mars er -7,3 mkr, et negativt avvik på 12,3 mkr ifht budsjett. Foretaket har i april høyere aktivitetsbaserte inntekter enn budsjett. Kjøp av helsetjenester og finans bidrar positivt, mens foretaket har høyere kostnader til varekost, årsverk, innleie og andre driftskostnader enn planlagt.

Foretaket benytter aktivt dashboards som ledelsesverktøy for å sikre bedre oppfølging av driften. Dashboard kan enkelt oversettes med å visualisere fremstilling av data, hvor brukeren kan drille seg ned i ytterligere detaljer for å forstå resultatene enda bedre. Det være seg månedlig oppfølging av virksomhetsrapporten, hvor kvalitet/logistikk og aktivitet/økonomi/HR presenteres i dashboards. Foretaket videreutvikler styringsverktøy basert på behov, i tillegg til kontinuerlig opplæring i bruken og forståelsen av informasjonen.

2. FORETAKETS KOMMENTARER TIL VESENTLIGE AVVIK, TILTAK OG FORVENTEDE EFFEKTER

Kvalitet/kvalitetsindikatorer

Ventetider/behandlingskapasitet: Mål for ventetid i 2024 er at ventetiden skal være kortere enn i 2023. Gjennomsnittlig ventetid i voksenpsykiatrien i april var 44 dager, mot 50 dager på samme tidspunkt i fjor. I barne- og ungdomspsykiatrien var ventetiden 54 dager, fire dager kortere enn i 2023. TSB har også nådd målsettingen, med 27 dager ventetid i år mot 29 dager i 2023. I somatikken er gjennomsnittlig ventetid på foretaksnivå 78 dager, mot 75 dager i 2023. Med unntak av i somatikken nås altså den overordnede målsettingen å redusere samlet gjennomsnittlig ventetid.

Dette er ventetider for pasienter som er avviklet, altså har fått oppstart av utredning/behandling. Det er store variasjoner fra fagområde til fagområde, og større fagområder med spesielt lange ventetider påvirker gjennomsnittet. Som for øvrige kvalitetsindikatorer må ventetid overvåkes og følges opp på alle nivå i ledelseslinja, da gjennomsnittstall gir begrenset informasjon. Mye helsehjelp gis som øyeblikkelig hjelp, men også for planlagt behandling (elektiv behandling) er det relativt stort innslag av «halv-øyeblikkelig-hjelp», det vil si henvisninger som blir prioritert med raskt oppmøte. Medisinsk-faglig er det viktigst at de nasjonale prioriteringsveilederne for det enkelte fagområde blir fulgt. Det er gledelig å se at det er kort gjennomsnittlig ventetid på viktige tilbud som ved geriatrisk seksjon (11 dager), gastroseksjonen SSA (26 dager), korttidspoliklinikk DPS Strømme (17 dager) og psyk. poliklinikk Flekkefjord (18 dager) - mfl.

I somatikken er det fortsatt ortopedi (118-155 dager), øre-nese-hals (120 dager) og øye (94 dager) av de større fagområdene som har lengst gjennomsnittlig ventetid. I mindre fagområder er det fortsatt lang ventetid innen plastikk-kirurgi (199-284 dager) og kjevekirurgi (148 dager).

I april ble det registrert 544 fristbrudd, tilsvarende 10 % av avviklede nyhenviste konsultasjoner. Antall fristbrudd var størst innen ØNH (126), ortopedi (100), urologi (99) og pediatri (48). Fristbruddene må sees i sammenheng med økende etterspørsel, rekrutteringsutfordringer, sykefravær og vakante legestillinger. Andel forfalte kontakter i april var 12,7 %. Det nasjonale målet er under 5,0 %.

Behovsstyrt poliklinikk er nå i gang ved nevrologisk poliklinikk, for pasientforløpet epilepsi. Så langt er 77 pasienter innrullet, og ytterligere 40 pasienter er klar for innrulling. Det betyr at disse pasientene tas ut av ventelisten, der de tidligere har stått med fremtidige kontroller med faste tidsintervall, og bare blir innkalt til konsultasjon dersom de digitale tilbakemeldingene fra pasientene tilsier at dette er nødvendig. Fra og med 8. mai ble også de første pasientene ved ortopedisk avdeling SSA inkludert i prosjektet. Alle pasienter som heretter gjennomgår planlagt kne- eller hofteproteseoperasjon, vil nå inngå i prosjektet. Tidligere møtte disse rutinemessig til kontroll etter 3 måneder. Også ved Kvinne-klinikken er de klare til å rulle ut prosjektet for pasienter som opereres for vaginalt fremfall. Deretter følger piloter ved Hørselsentralen for pasientforløpene hørseltap og tinnitus, samt for flere forløp ved barne- og ungdomsavdelingene. Prosjektet forutsetter både god pasient- og pårørendeopplæring, oppgaveglidning og gode digitale kommunikasjonskanaler. Helse Sør-Øst bidrar til finansiering av prosjektledelse og også med å sørge for erfaringsdeling på tvers av foretakene.

«Ta tiden tilbake» (TTT) handler om å redusere overbehandling. Gjennom dette prosjektet har SSHF redusert øvre skopier i aldersgruppen 18-44 år med 30 % de første tre månedene i år sammenlignet med fjoråret. TTT er også i gang for ADHD voksne, men her er det for tidlig å vurdere effekt. Videre er prosjektet i forprosjektfasen i fagområdet ortopedi. Sykehuset i Telemark er inne i prosjektet, og VV, SØ og SV er også på vei inn.

For utfordringene knyttet til ventetider, fristbrudd og forfalte kontakter vises det prosjektene Behovsstyrt poliklinikk og «Ta tiden tilbake», som handler om å redusere overforbruk av helsetjenester. Begge disse prosjektene er eksempler på større strukturelle grep som må gjøres for å redusere unødvendig etterspørsel og gjøre riktige prioriteringer. Dette må kombineres med god virksomhetsnær ledelse, oppgaveglidning med riktig bruk av samlet arbeidsstyrke, samt systematisk oppbygging av helsekompetanse hos pasienter og i befolkningen.

Pakkeforløp i kreftbehandling: Nasjonal målsetting for pakkeforløp i kreftbehandlingen er at andel pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid for hver av de 26 aktuelle kreftformene skal være minst 70 %. I april ble det startet til sammen 345 pakkeforløp innen kreft i SSHF. Gjennomsnittlig ventetid på start utredning var 8,2 dager. 70 % av pakkeforløpene hadde start utredning innen standard forløpstid. For 80 % av pakkeforløp håndtert i april var klinisk beslutning gjort innen standard forløpstid, og 77 % fikk behandling innen standard forløpstid. Målet for alle disse indikatorene er 70 %. Utredning og behandling av kreft involverer fire klinikker og over 20 ulike avdelinger i SSHF, og

innebærer utstrakt behov for samarbeid, både internt i sykehuset og eksternt, primært til OUS. Grad av måloppnåelse varierer mellom de ulike kreftformene.

Epikrisetid: Foretaket måles på andel epikriser sendt innen 1 døgn, der målsettingen også i 2024 er 70 %. Det er også her store interne variasjoner. Samlet for foretaket i april ble 70 % sendt innen 1 dag i somatikken, voksenpsykiatrien 63 %, TSB 85 % og barne- og ungdomspsykiatrien 50 %.

Somatikk SSA: Det er fortsatt svakt økende fristbrudd innen urologi. Det er etablert samarbeid med SSK og det jobbes videre med rekruttering. For plastikk er tallene for fristbrudd ventende fortsatt fallende, og det er effekt av tiltakene som er satt i verk. Innen gynekologi er situasjonen uendret siden forrige rapportering, det er høy aktivitet og både forfalte kontakter og fristbrudd faller. Avdelingen har fortsatt utfordringer med vakante overlegestillinger. Det arbeides med rekruttering. Ved Ortopedisk avdeling er situasjonen i bedring, se også over om innføringen av behovsstyrt poliklinikk. Avdelingen har imidlertid en utfordring innen fotkirurgi. Her vurderes nå den samlede behandlingsskapasiteten i foretaket.

Somatikk SSK: I kommende periode med lavaktivitet er operasjonsstuekapasiteten økt med 2 operasjonsstuer, 1 til gastro og 1 til ortopedi. Det er fortsatt ønske om økt kapasitet, nå sist fra KPH som ønsker mulighet til å få gjennomført ECT (elektrokonvulsiv behandling) også gjennom sommeren. Vanligvis tilbys dette kun som ø-hjelp i lavaktivitetsperioder. Klinikken ønsker å utrede muligheten for å kunne tilby ECT ved SSF. Ved ØNH er situasjonen uendret siden forrige rapportering. Det er spesielt knyttet bekymring til lang ventetid på øreoperasjoner som kan utvikle seg til cholesteatom. Ved BUA er det fortsatt bemanningsutfordringer og avdelingen viderefører tiltak som tidligere rapportert. Det sees god effekt av tiltakene. Styrking av overlegebemanning fra og med 2025 med tilstedevakt og en lege mer på dagtid, vil skape økt stabilitet og kunne bidra til bedre rekruttering. Ved HABU SSK er det for liten behandlerkapasitet, med få eller ingen søkere. Det er særlig vanskelig å rekruttere psykologspesialister/psykologer, leger, samt vernepleiere. Tiltak er innleie av behandlere og bruk av senioravtaler. Klinikken rapporterer om vesentlige rekrutteringsutfordringer for anestesileger.

Somatikk SSF: Klinikken har ikke meldt om spesielle nye områder med bekymring knyttet til behandlingsskapasitet, kvalitet eller måloppnåelse kvalitetsindikatorer i april.

Medisinsk service klinikk: I april var det totalt 26 fristbrudd innen radiologi, hvorav 11 ved SSA og 15 ved SSK. Årsak til fristbrudd er manglende kapasitet på modalitetene CT og MR, stor pågang av pakkeforløp-pasienter til MR av prostata og mangel på radiologer. Det er allerede nå varslet en stor økning i antall fristbrudd for mai, spesielt ved brystdiagnostisk senter. Det pågår et intensivt arbeid for å redusere svartiden. Klinikken er i kontakt med alle vikarbyråer i landet som tilbyr radiologer, kontakter kolleger i Norge som har aktuell spesialkompetanse, og har fritatt en radiolog fra vaktarbeid for kun å diktere MR bilder. I tillegg styrkes samarbeidet mellom de to radiologiske avdelingene i SSHF.

Prehospitale tjenester: Det er høyt aktivitetsnivå ved flere av ambulansestasjonene. Sykefraværet er fortsatt høyt, men har sammenlignet med de to foregående månedene en positiv utvikling. Fortsatt er

korttidsfraværet akseptabelt, men langtidsfraværet er høyt. Dette reflekteres i økonomisk merforbruk. I april ble det meldt mange uønskede hendelser knyttet til pasientreiser med forsinket transport av pasienter mm (17) og om fortsatte samarbeidsutfordringer med legevakten i Arendal (5). For øvrig uendret status fra tidligere rapporteringer.

Klinikk for psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling: Det er fortsatt utfordringer med kapasitet knyttet til overlege/psykiater ved ABUP poliklinikk i Kristiansand. Dette påvirker blant annet ventetid for oppstart av medisnutprøving. Avdelingen har etablert kontakt med spesialister som tidligere har avsluttet sitt arbeidsforhold, og utreder også omplassering/omorganisering av leger i ABUP Kristiansand. I voksenpsykiatrien er det vedvarende bekymring knyttet til kapasitet og ventetider ved DPS Østre Agder. Pågående tiltak videreføres. Det er også fortsatt bekymring knyttet til høyt belegg i nybygg psykisk helse, noe som påvirker akuttflyten i hele klinikken. Klinikken fortsetter arbeidet med utskrivningsklare pasienter og evaluering av akuttflyt, med påfølgende tiltak knyttet til struktur, arbeidsprosesser og pasientflyt. Klinikken er bekymret for rekrutteringssituasjonen, spesielt for spesialister. Det jobbes langsiktig med flere tiltak for å både beholde og rekruttere. Antall stillinger for LIS er utvidet, og det er opprettet stillinger for spesialister som ambulerer i turnus til Lister for å sikre spesialistdekning. Det er meldt to hendelser etter § 3-3a siden forrige rapportering, begge suicid.

Direkte booking: Det er bedt om å rapportere inn teller og nevner på antall pasienter med direkte booking særskilt. April måned: teller 3771, nevner 5044.

AKTIVITET (somatikk, VOP, BUP, TSB og legemidler/nye legemidler)

Somatikk

Plantallene for budsjett 2024 for totale egenproduserte ISF-poeng (ekskl H-resept) er 4,7 % høyere enn faktisk 2023. Økningen i poeng er knyttet til forventninger om økt antall behandlinger. Budsjett 2024 mot faktisk 2023 viser +3,8% for sykehusopphold, +2,4% for dagbehandlinger og +4,8% for polikliniske kontakter. Til gruppering av ISF-poeng er brukt ny oppdatert versjon av grupper som inneholder de gjeldende vektorer og grupperingslogikk for 2024.

ISF-poeng

Denne periode

I april har det vært en produksjon av ISF-poeng over budsjett. Det er avsatt 525 poeng for refusjon høykost legemidler utlevert på H-resept, som tilsvarer 2 mkr over budsjett. For alle tre pasientgrupper har aktiviteten gitt flere poeng enn budsjettet. Foretaket har hatt færre opphold på innlagte heldøgn enn budsjett, men får likevel flere poeng enn budsjettet. Dette skyldes at opptjente poeng pr pasientopphold er høyere enn indeks lagt i budsjettet. Bortfall av aktivitetsvolum kompenseres av høyere indeks på de faktiske opphold.

Pasientgruppe	Budsjett	Faktisk	Avvik poeng	Avvik %
Heldøgn	4 776	4 864	88	1,8 %
Dagbehandling	780	861	81	10,4 %
Poliklinikk	1 400	1 438	38	2,7 %
H-resepter	430	525	96	22,3 %
Sum	7 386	7 688	302	4,1 %

Hittil i år

Aktiviteten målt i ISF-poeng viser totalt en produksjon som ligger nært inntil budsjettet. Den polikliniske aktiviteten skiller seg ut med færre poeng enn budsjettet. For H-resepter er det et positivt avvik på poeng.

Pasientgruppe	Budsjett	Faktisk	Avvik poeng	Avvik %
Heldøgn	18 859	18 930	71	0,4 %
Dagbehandling	3 194	3 220	26	0,8 %
Poliklinikk	5 612	5 424	-189	-3,4 %
H-resepter	1 718	1 910	191	11,1 %
Sum	29 384	29 483	99	0,3 %

Budsjettavvik ved de tre somatiske klinikkene:

Klinikk	Budsjett	Faktisk	Avvik poeng	Avvik %
Arendal	8 849	9 408	559	6,3 %
Flekkefjord	2 369	2 248	-121	-5,1 %
Kristiansand	15 993	15 434	-559	-3,5 %

Legemidler

Antall poeng knyttet til utstedelse av H-resepter er avsatt med 1.910 poeng/ 4 mkr over budsjett.

Årsresultat

Det er ikke gjort endringer i årsprognoser siden forrige rapportering. Det vises til oversikt under.

Alle ISF-poeng Norge:	Konto	Poeng					Avvik kroner
		Årsbudsjett	Årsprognose	Avvik prognose vs budsjett	Avvik %		
Innleggelser heldøgn egen helseregion	3200	55 863	55 767	-96	-0,2 %	-2 000 000	
Dagbehandling egen helseregion	3201	9 170	9 027	-144	-1,6 %	-3 000 000	
Polikliniske kontakter egen helseregion	3202	16 185	15 803	-383	-2,4 %	-8 000 000	
H-resepter, høykost	3203	5 155	5 633	478	9,3 %	10 000 000	
Agder pas. beh. øvr. reg. innl./dag	3204	1 375	1 375	-	0,0 %	-	
Agder pas. beh. øvr. reg. poliklinikk	3204	475	475	-	0,0 %	-	
Innleggelser øvr. reg.	3210	906	906	-	0,0 %	-	
Dagbehandling øvr. reg.	3210	78	78	-	0,0 %	-	
Poliklinikk øvrige regioner	3211	153	153	-	0,0 %	-	
Sum alle		89 360	89 217	-144	-0,2 %	-3 000 000	

Pasientbehandling

Denne periode

Pasientgruppe	Budsjett	Faktisk	Avvik opphold	Avvik %
Heldøgn	3 863	3 687	-176	-4,6 %
Dagbehandling	3 404	3 668	264	7,8 %
Poliklinikk	32 160	33 032	872	2,7 %

Hittil i år

Pasientgruppe	Budsjett	Faktisk	Avvik opphold	Avvik %
Heldøgn	15 341	14 762	-579	-3,8 %
Dagbehandling	13 807	13 959	152	1,1 %
Poliklinikk	129 947	125 345	-4 602	-3,5 %

Til tross for at antall innlagte heldøgnsopphold er under budsjett, er tilhørende ISF-poeng over poengbudsjettet. Dette skyldes høyere oppnådd indeks enn det som ligger som forutsetning i budsjettet.

Årsresultat

Det er ikke gjort endringer i årsprognosene. Det vises til oversikt under.

Pasientgruppe	Årsbudsjett	Årsprognose	Avvik prognose vs budsjett	Avvik %
Innleggelser heldøgn	46 235	45 035	-1 200	-2,6 %
Dagbehandling	40 535	40 235	-300	-0,7 %
Polikliniske kontakter	377 929	368 729	-9 200	-2,4 %
Sum alle	464 699	453 999	-10 700	-2,3 %

Psykisk helsevern voksne, Psykisk helsevern barn og unge og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Aktivitet mot budsjett og samme periode i fjor

Siste måned (april)					
KPH	Budsjett 2024	Faktisk 2023	Faktisk 2024	Endring 23 til 24	% endr. 23 til 24
VOP:					
Ant. utskrevne pasienter døgntil behandling	235	225	206	-19	-8,4 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	4 405	4 473	4 890	417	9,3 %
Ant. ISF godkjente opphold poliklinikk	10 696	7 356	9 531	2 175	29,6 %
BUP:					
Ant. utskrevne pasienter døgntil behandling	9	12	16	4	33,3 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	227	269	203	-66	-24,5 %
Ant. ISF godkjente opphold poliklinikk	3 961	2 601	4 174	1 573	60,5 %
TSB/ARA:					
Ant. utskrevne pasienter døgntil behandling	60	55	70	15	27,3 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	1 552	1 444	1 441	-3	-0,2 %
Ant. ISF godkjente opphold poliklinikk	2 416	1 754	2 409	655	37,3 %

Aktivitet hittil i år

Hittil i år (april)					
KPH	Budsjett 2024	Faktisk 2023	Faktisk 2024	Endring 23 til 24	% endr. 23 til 24
VOP:					
Ant. utskrevne pasienter døgntil behandling	969	925	901	-24	-2,6 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	16 701	17 917	19 622	1 705	9,5 %
Ant. ISF godkjente opphold poliklinikk	39 377	36 858	35 030	-1 828	-5,0 %
BUP:					
Ant. utskrevne pasienter døgntil behandling	37	39	61	22	56,4 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	871	1 007	832	-175	-17,4 %
Ant. ISF godkjente opphold poliklinikk	14 654	13 260	14 941	1 681	12,7 %
TSB/ARA:					
Ant. utskrevne pasienter døgntil behandling	248	253	251	-2	-0,8 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	5 879	5 602	6 161	559	10,0 %
Ant. ISF godkjente opphold poliklinikk	8 918	8 218	9 266	1 048	12,8 %

I PHV-V fremkommer det en liten reduksjon i antall utskrevne pasienter. Samtidig forblir pasientene liggende noe lenger. Dette kan være som følge av pasientens grunntilstand og hva som er kunnskapsbasert behandling. Lengre liggetid vil medføre reduksjon i antall utskrevne pasienter fra døgntil. PHV-V viser en reduksjon i aktivitet i polikliniske opphold.

I PHV-BU er det en reduksjon i antall liggedøgn i døgntil behandling, men samtidig en økning i faktiske utskrevne pasienter. Aktiviteten ligger over budsjett for polikliniske opphold.

TSB viser både liggedøgn og ISF godkjente opphold over både budsjett og for samme periode i fjor.

PHV/VOP:

Ledergruppen ser at det er en reduksjon i poliklinisk aktivitet i PHV-V. Dette knyttes til blant annet turnover av spesialister og større andel nyutdannede. Dette påvirker aktiviteten noe negativt.

Avdelingslederne har følgende tiltak:

- Gjennomgang av planlagt aktivitet i poliklinikken
- Prioriteringer av oppgaver.
- Initiere tiltak som en-til-en oppfølging ved behov.
- Kveldspoliklinikk ved DPS Østre Agder og DPS Strømme (sistnevnte består av klinikere både fra DPS Strømme og DPS Solvang).
- Registrering følges opp
- Ta tiden tilbake – rettet mot ADHD henvisninger
- Standardisering og strukturering av pasientforløp (ADHD, traumerelaterte lidelser, depresjon)
- Utredning av digitale muligheter for utredning/behandling og samhandling.

Klinikkovergripende tiltak som er forventet å ha effekt på aktivitet:

- Implementering av Dragon (talegjenkjenning) blant psykologer og leger.

BUP/PHV BU:

ABUP har hatt en positiv utvikling når det kommer til aktivitet. Enhetsledergruppen jobber samlet for å sikre enhetlige tiltak inn i avdelingen og kompetanseoverføring mellom de ulike enhetene. Planlagt aktivitet følges opp av ledergruppen. Deriblant tiltakene:

- Forenkling og veiledning knyttet til dokumentasjon.
- Aktivitetskrav og forventninger til ansatte
- Styrt timebok

Oppgaveglidning mellom merkantile og behandlere.

TSB:

TSB viser både liggedøgn og ISF godkjente opphold over estimert budsjett.

Årsprognose- aktivitet

Årprognosene er endret på bakgrunn av aktivitet i første tertial.

ÅRSRESULTAT

KPH	Hittil i år (april)				
	Budsjett 2024	Faktisk 2023	Faktisk 2024	Endring 23 til 24	% endr. 23 til 24
VOP:					
Ant. utskrevne pasienter døgntilrettelagt	969	925	901	-24	-2,6 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	16 701	17 917	19 622	1 705	9,5 %
Ant. ISF godkjente opphold poliklinikk	39 377	36 858	35 030	-1 828	-5,0 %
BUP:					
Ant. utskrevne pasienter døgntilrettelagt	37	39	61	22	56,4 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	871	1 007	832	-175	-17,4 %
Ant. ISF godkjente opphold poliklinikk	14 654	13 260	14 941	1 681	12,7 %
TSB/ARA:					
Ant. utskrevne pasienter døgntilrettelagt	248	253	251	-2	-0,8 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	5 879	5 602	6 161	559	10,0 %
Ant. ISF godkjente opphold poliklinikk	8 918	8 218	9 266	1 048	12,8 %

Helår		
Budsjett 2024	Faktisk 2023	Estimat 2024
2 959	2 903	2 850
52 230	56 256	58 800
110 631	103 266	104 000
110	170	130
2 700	2 306	2 500
40 330	35 506	40 330
752	752	752
18 400	17 850	18 400
24 960	24 461	24 960

ISF poeng mars

Aktiviteten hittil i år målt i ISF poeng er under budsjett på VOP.

KPH	Budsjett april	Faktisk april	Avvik april	Avvik %	Avvik akk.april	Avvik % akk.april	Avvik akk.kroner
VOP: ISF-poeng	2 044	1 799	-246	-12,0 %	-874	-11,6 %	-3 210 530
BUP: ISF-poeng	1 306	1 375	69	5,3 %	95	2,0 %	348 139
TSB: ISF-poeng	475	462	-13	-2,8 %	55	3,1 %	201 735
Sum alle	3 826	3 636	-189	-5,0 %	-724	-5,1 %	-2 660 656

Årsprognose ISF-poeng

Det er ikke gjort endring i årsprognose. VOP forventes å ikke klare budsjett.

KPH	Årsbudsjett	Årsprognose	Avvik faktisk vs bud	Avvik %	Avvik akk. kroner
VOP: ISF-poeng	21 161	19 961	-1 200	-5,7 %	-4 410 000
BUP: ISF-poeng	13 302	13 302	-	0,0 %	-
TSB: ISF-poeng	4 926	4 926	-	0,0 %	-
Sum alle	39 389	38 189	-1 200	-3,0 %	-4 410 000

BEMANNING

Stillingsgrupper:

Sammenlignet med 2023 har antall brutto årsverk ved SSHF, per april, hatt en økning på 140 årsverk i 2024. Denne økningen skyldes i hovedsak overtakelse av nye ambulansestasjoner fra 1. januar 2024 (73 brutto årsverk), i tillegg til høyt belegg ved enkelte enheter, ekstraordinære værutfordringer foretaket var igjennom i januar og februar (overtid/merarbeid utbetales i februar og mars), samt en markant økning i fastvaktbehov ved enkelte sengeposter.

Tekst_Gruppe	April				Hittil			
	Faktisk	Budsjett	Avvik mot budsjett	Endring 2023/2024	Faktisk	Budsjett	Avvik mot budsjett	Endring 2023/2024
Administrasjon/Ledelse	795	803	-9	9	791	800	-9	10
Pasientrettede stillinger	736	638	97	12	728	649	78	2
Leger	880	916	-36	22	877	917	-40	25
Psykologer	243	256	-13	14	241	256	-15	11
Sykepleier	2 017	2 023	-5	35	2 016	2 032	-16	34
Helsefagarbeider/hjelpepleier	181	163	17	19	177	164	13	19
Diagnostisk personell	325	332	-7	-5	326	332	-7	-13
Drifts/teknisk personell	477	468	9	-5	485	467	18	14
Ambulansepersonell	315	293	22	79	306	293	13	65
Forskning/utdanning	83	68	15	-31	84	67	18	-28
alt	6 051	5 960	91	149	6 031	5 977	54	140

Sykefravær:

Sykefraværet i SSHF har de siste 3 årene ligget relativt stabilt på rundt 8 %. Dette er også utviklingen på nasjonalt nivå innenfor Helse- og sosialtjenesten. I mars 2024 var sykefraværet på totalt 7,8%, hvorav 2,2% utgjorde korttidsfravær. Foretaket totalt har en reduksjon i sykefraværet i 2024 på -0,6 % sett opp mot samme periode i 2023.

År		Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	totalt etter 3 mnd
2023	Sykefravær	8,6%	8,8%	8,6%	7,6%	7,5%	7,3%	8,1%	7,2%	7,2%	7,8%	9,0%	8,8%	8,7%
	Korttid Sykefra	2,8%	2,5%	2,6%	1,9%	1,9%	1,8%	1,9%	2,1%	2,3%	2,5%	3,5%	3,4%	2,6%
	Langtid Sykefra	5,8%	6,3%	6,1%	5,7%	5,6%	5,5%	6,1%	5,1%	4,9%	5,3%	5,5%	5,4%	6,0%
2024	Sykefravær	7,9%	8,4%	7,8%										8,0%
	Korttid Sykefra	2,7%	2,6%	2,2%										2,5%
	Langtid Sykefra	5,2%	5,8%	5,6%										5,5%
Endring totalt		-0,8%	-0,3%	-0,8%										-0,6%

SSHF jobber systematisk med sykefravær og sykefraværsoppfølging, og det er mange faktorer som påvirker sykefraværet. Foretaket jobber med flere tiltak for reduksjon i sykefravær:

- Langsiktig og systematisk arbeid med arbeidsmiljø dvs god oppfølging av forbedring, vernerunde, medarbeidersamtale samt gjennomføre forsvarlighetsvurderinger av arbeidsmiljøet gjennom bl.a risikovurdering av vold og trusler.
- Gjentatte fravær – kartlegge omfanget av hva gjentatt fravær utgjør av det totale fraværet i foretaket.
- Utarbeide indikatorer som skal være til hjelp for å sette inn tiltak for å øke nærværet/reducere fraværet eks livsfaser, kjønn, yrkesgrupper, arbeidsbelastning mm.
- Videreutvikle felles holdninger/kultur og løsningsfokus når det gjelder nærvær/fravær
- Økt bruk av lønnstilskudd fra NAV

Innleie fra vikarbyrå:

Foretaket har opprettholdt godkjenning av innleie fra vikarbyrå til nivå 2 i 2024. Innleie fordeler seg i hovedsak for legespesialister i klinikk somatikk i Flekkefjord, klinikk for psykisk helse og medisinsk service klinikk. Det skyldes rekrutteringsutfordringer og for å opprettholdelse av akuttberedskap innen kirurgiske områder i Flekkefjord som er hovedårsak til innleie. Når det gjelder spesialsykepleiere benytter SSHF innleie på intensivsenhetene og fødeavdelingen for å gjennomføre ferieavviklingen.

Beløp			År		
Klinikk tekst	Kto	Kto#tekst	2022	2023	2024
Klinikk for somatikk Kristiansand	4680	Innleid pleiepersonell fra vikarbyrå (inkl opphold og reise)	6 645	7 193	5
	4681	Innleide leger fra vikarbyrå (inkl opphold og reise)	6 863	6 243	1 946
	4682	Innleie annet helsepersonell fra vikarbyrå	32	489	0
Klinikk for somatikk Kristiansand Totalt			13 541	13 924	1 951
Klinikk for psykisk helse	4680	Innleid pleiepersonell fra vikarbyrå (inkl opphold og reise)	14		301
	4681	Innleide leger fra vikarbyrå (inkl opphold og reise)	36 751	45 873	15 045
	4682	Innleie annet helsepersonell fra vikarbyrå	3	1 223	1 546
Klinikk for psykisk helse Totalt			36 768	47 096	16 893
Klinikk for somatikk Arendal	4680	Innleid pleiepersonell fra vikarbyrå (inkl opphold og reise)	3 760	9 006	2 419
	4681	Innleide leger fra vikarbyrå (inkl opphold og reise)	2 995	1 385	526
	4682	Innleie annet helsepersonell fra vikarbyrå			106
Klinikk for somatikk Arendal Totalt			6 754	10 391	3 052
Klinikk for somatikk Flekkefjord	4680	Innleid pleiepersonell fra vikarbyrå (inkl opphold og reise)	11 934	7 848	236
	4681	Innleide leger fra vikarbyrå (inkl opphold og reise)	9 381	12 847	4 313
	4682	Innleie annet helsepersonell fra vikarbyrå	37	225	0
Klinikk for somatikk Flekkefjord Totalt			21 352	20 920	4 549
Medisinsk serviceklinikk	4680	Innleid pleiepersonell fra vikarbyrå (inkl opphold og reise)	0		
	4681	Innleide leger fra vikarbyrå (inkl opphold og reise)	8 894	14 024	6 273
Medisinsk serviceklinikk Totalt			8 894	14 024	6 273
Totalsum			87 309	106 356	32 718

Status for Aktivitetsstyrt Ressurs planlegging (ARP):

Metodikken for Aktivitetsstyrt Ressursplanlegging (ARP) er igangsatt ved 15 sengeposter ved SSHF. Det er i tillegg startet arbeid med å implementere metodikken ved to enheter i KPH. Det jobbes systematisk med de fire steg i metodikken, og analyseverktøyet. Ressursteamet jobber sammen med enheten for å følge opp og justere eventuelle iverksatte tiltak. Både metodikk og analyseverktøy videreutvikles og forbedres etter som foretaket tilegner seg erfaringer. I løpet av mai vil foretaket ha etablert en første versjon av et «ARP- dashboard» som sammen med den standardiserte metodikken og analyseverktøyet i enda større grad vil kunne legge til rette for at ledere og ressursplanleggere kan styre bemanningsressursene i samsvar med den faktiske aktiviteten som til enhver tid er ved enheten/avdelingen. Et dashboard vil på sikt kunne gi bedre kontroll i lederlinjen.

Turnover:

Turnover for sykepleiere er redusert i forhold til 2023. I mars 2024 var det 23 fast ansatte som avsluttet arbeidsforholdet, hvorav 7 personer var over 60 år. Dette gir en glidende ekstern turnover på totalt 8 % i SSHF. Ekstern turnover for mars 2023 var på 9,3%. Det ble registrert totalt 10 sykepleiere som avsluttet arbeidsforholdet i mars 2024. Totalt per mars 2024, er det registret 24 sykepleiere som har avsluttet arbeidsforholdet, dette gir en glidende ekstern turnover på 8,5 %. På samme tidspunkt i 2023 var det 57 sykepleier som avsluttet sitt arbeidsforhold, dette ga en ekstern turnover på 10,3%. I sluttundersøkelsen oppgir sykepleierne høy arbeidsbelastning som hovedårsak til at de avslutter arbeidsforholdet sitt ved SSHF. Det er en forventning til at innføring av ARP på sengepostene vil bidra til at arbeidsbelastningen reduseres.

ForBedring:

Den årlige medarbeiderundersøkelsen ForBedring ble gjennomført 6. mars til 10. april. Svarprosenten

ble som i 2023, 80 prosent. Rapportene etter undersøkelse viser at det er bedre score på 7 av 10 områder. Arbeidsforhold økte fra en score på 66 til 70, noe som gjør at foretaket ligger på samme nivå som referansen. Antall enheter med lav score på 5 eller flere indikatorer er redusert. Alle ledere har fått tilsendt rapport for sin enhet. De vil utforme tiltak sammen med sine ansatte i HMS-handlingsplan. Oppfølging av resultatene følges opp av administrerende direktør i hennes ledermøter.

ØKONOMI

Resultat

Denne periode

Inntektene er 6,5 mkr høyere enn budsjett. Avviket knyttet til aktivitetsbaserte inntekter utgjør 4,4 mkr. Foretaket hadde negative effekter av periodisering og «inneklemte dager» i mars, mens dette gir positive effekter i april. Resultateffektene av grupperendringene gjenspeiler det nivået som ble innarbeidet i budsjettet.

Kostnadene er 24,5 mkr høyere enn budsjett og skyldes en kombinasjon av flere forhold. Lønn har et negativt avvik på 16,1 mkr. Avviket på lønnskostnader inkluderer innleie fra vikarbyråer som i april er 0,7 mkr over budsjett. Innleiekostnadene er i hovedsak knyttet til rekrutteringsutfordringer i MSK, KPH og SSF. Sengepostene i Arendal har over lengre tid hatt utfordringer med omfanget av utskrivningsklare pasienter, mens det sees en positiv utvikling de siste månedene. Psykiatrisk sykehusavdeling har gjennom hele april hatt høyt belegg i nytt psykiatribygg som har gitt seg utslag i høye kostnader til variabel lønn. Foretaket har mindre kostnader på kjøp av helsetjenester (2,2 mkr), mens fristbrudd er 1,7 mkr over budsjett. Det har de siste månedene vært en positiv utvikling på fristbrudd innenfor ortopedi, men antall ventende er nå noe økende. Det er en negativ utvikling på ØNH. Fristbrudd i 2023 og tidligere år knyttet til DPS Østre Agder gir seg utslag i høye fristbruddkostnader i 2024 grunnet lange behandlingsforløp. Med bemanningsutfordringer og flere områder med lange ventelister, er det risiko knyttet til fristbruddkostnadene de nærmeste månedene. Foretaket har et negativt avvik på varekost på 8,6 mkr, hvorav merkostnader på høykostmedikamenter utgjør 1,2 mkr. Pasientenes uttak av medikamenter svinger noe mellom måneder. Foretaket har økte kostnader til cytostatikabehandlinger. Andre driftskostnader (-1,6 mkr) har et negativt avvik i april, mens finans (1,9 mkr) bidrar positivt.

Resultat i april er -7,3 mkr, et negativt budsjettavvik på 12,3 mkr.

Hittil i år

Inntekten er totalt 3,8 mkr høyere enn budsjett, hvor aktivitetsinntektene utgjør 4,1 mkr. Polikliniske egenandeler utgjør et akkumulert positivt avvik på 3,5 mkr. Netto avvik per april utgjør 99 ISF-poeng, som gir et positivt avvik mot budsjett på 2,1 mkr.

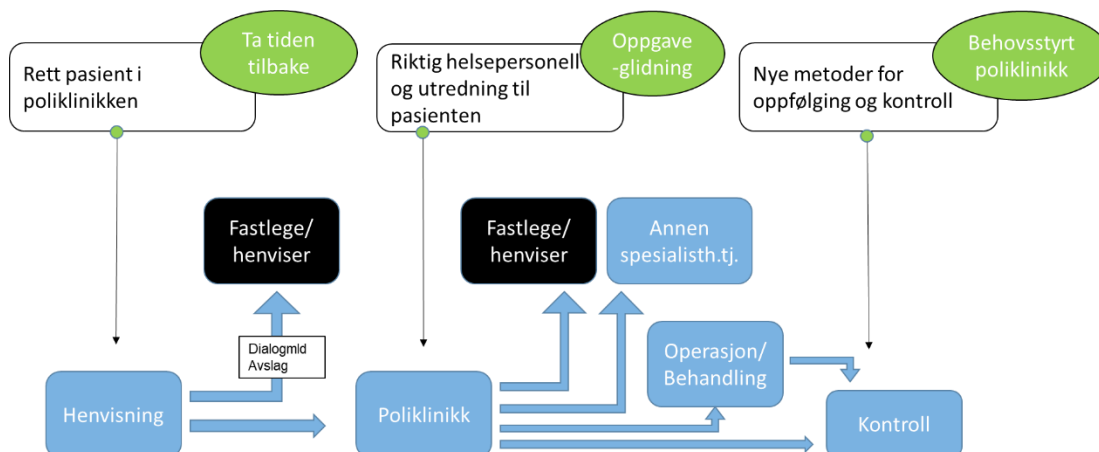
Kostnadene er i sum 59,1 mkr over budsjett. Kjøp av helsetjenester (2,3 mkr) og andre driftskostnader (0,8 mkr) utgjør positivt avvik. Fristbrudd kostnadene har per april et negativt avvik mot budsjett (-2,0

mkr). Ledelsen har ukentlig oppfølging på utvikling av fristbrudd for alle fagområder. Lønnskostnader inkludert innleie utgjør et negativt avvik på 44,7 mkr, hvorav innleie utgjør 6,2 mkr, ekstra pensjonskostnad i henhold til ny aktuar utgjør 15,3 mkr, mens kostnader knyttet til «dyre årsverk» (overtid/ekstrahjelp) utgjør 12,1mkr hensyntatt refusjoner. Ekstra pensjonskostnad blir kompensert i Revidert nasjonalbudsjett i mai og månedlig resultat korrigeres tilsvarende. Varekostnader utgjør et negativt avvik på 17,1 mkr, hvor pasientadministrerte legemidler utgjør et positivt avvik på 2,2 mkr og det negative avviket på 14,9 mkr er fordelt på flere områder. Det er i budsjett 2024 lagt inn forventning om prisstigning på 2,9% og kjente forhold knyttet til pris og volum på 1%, mot faktisk 2023. Mens det har vært en økning akkumulert på 9,3%. Foretaket fortsetter å gjøre analyser på volum og pris for å sikre bedre innsikt i utviklingen. Avskrivninger er på budsjett, mens finans har et positivt avvik (4,7 mkr).

Samlet resultat er -15,2 mkr som gir et negativt avvik på 35,2 mkr per april.

Tiltak

Foretaket har i 2024 fokus på områdene innleie, oppgavedeling, ventelister og fristbrudd, sykefravær og «ledelse helt ut». Overordnet tar man utgangspunkt i pasientforløp hvor de ulike stabsavdelingene jobber systematisk sammen med fagmiljøene.



Det pågår flere prosjekter som vil bidra positivt til å sikre kvalitet i pasientbehandlingen og økonomisk bærekraft, herunder Utredninger 2040, Ta tiden tilbake, Behovsdrevet poliklinikk og Aktivitetsstyrt ressursplanlegging (ARP).

Ledelsen har ukentlig oppfølging på utvikling av fristbrudd for alle fagområder. Ved utgangen av april hadde foretaket ca 1.388 kommende fristbrudd, som er en reduksjon på 230 fra forrige måned. Disse fordelte seg i hovedsak mellom ØNH (ca 410) ORT (ca 260), KIR/URO (ca 230), Nevro (ca 75) og BUA (ca 50). Rotårsak til fristbrudd er i hovedsak vakante stillinger, mens økt sykefravær, uttak av utdanningspermisjoner og behov for avvikling av ferie påvirker også. Foretaket jobber systematisk med de tre områdene Ta tiden tilbake, Oppgaveglidning og behovsdrevet poliklinikk som beskrevet i modellen ovenfor. Det er utarbeidet separate handlingsplaner innenfor fagområder med lange

ventelister og fristbruddkostnader som følges opp med de ulike klinikkene hver måned. Barne- og ungdomsavdelingen ved SSK har gjort et omfattende forbedringsarbeid de siste månedene, hvor de blant annet har ryddet i ventelister som har gitt bedre oversikt. Flere tiltak er satt i gang for å få ned ventetiden. Blant annet er endret konsultasjonstid blitt prøvd ut og det jobbes aktivt med oppgaveglidning. Ved Gastrokirurisk seksjon ved SSA er det gjort et stort arbeid med å strukturere poliklinikkdriften i tett samarbeid mellom leger, sykepleiere og merkantil. Det ha vært fokus på oppgaveglidning og optimal utnyttelse av ressurser. Effektene har gitt reduserte ventetider og reduserte fristbrudd.

Foretaket fokuserer på å utvikle kultur for god økonomistyring hvor prioritering av begrensede midler står sentralt, samt sikre «ledelse helt ut». Det er viktig at beslutninger for god pasientbehandling og god drift ligger så nær pasienten og de ansatte som mulig. I tillegg jobbes det systematisk med overordnede analyser og hypoteser fra de ulike stabene for å hjelpe foretaket med å ta de riktige beslutningene fremover. Fra mars har foretaksledelsen satt av tid hvor hver klinikk-/stabsdirektør presenterer sine prognoser for resultater i egen klinikk/stab. Hensikten er å skape felles forståelse for driftssituasjonen, være transparent og vurdere hvordan foretaket i fellesskap kan nå mål i oppdrag og bestiller dokumentet (OBD2024).

Klinikkene har fått bedre verktøy til å ta gode driftsbeslutninger i form av ulike dashboards. Ledere rapporterer at dette er til hjelp i hverdagen og gir støtte for å sikre god drift innenfor egen enhet og avdeling. Klinikkene har et høyt fokus på å finne og igangsette tiltak som forbedrer økonomistyringen av ressurser og drift.

Foretaket har over flere år hatt høyt fokus på arbeid med raskt bytte av legemidler når nytt førstevalg er blitt fremforhandlet med leverandørene. På flere områder er det spart flere millioner kroner ved å gjøre raske bytter og være disiplinerte med å foreskrive i tråd med inngåtte avtaler. Fag- og økonomiavdelingen samarbeider om å optimalisere dette arbeidet. En viktig sparringspartner for foretaket er farmasøyt/rådgiver legemiddelinnkjøp ved Sykehusapoteket som bidrar med viktig informasjon om bytter av legemiddel, effekter av dette m.v.

Årsestimat

Årsestimat for 2024 er oppdatert til +58 mkr. Det er gjort vurderinger på kjente forhold og endringen i estimatet er i hovedsak knyttet til økning i varekost, hvor det er stor usikkerhet knyttet til utviklingen. Det ble i budsjett 2024 lagt inn en prisvekst 2,9% i tillegg til en økning knyttet til kjente forhold på volum og pris på 1,0% i forhold til faktisk 2023. Veksten i varekost for 1.terial sett opp mot samme periode i fjor er på 9,3%. Foretaket vil jobbe videre med analyser av varekost på pris og volum for å sikre bedre innsikt i utviklingen. I tillegg er det gjort justeringer på økning i fast lønn, refusjoner, samt finansinntekter. Foretaket har en lav utvikling i faktisk forbruk av faste årsverk, men større økning av 'dyre årsverk' enn det som ligger inne i budsjett, og det er derfor behov for å øke estimatet noe. I tillegg ligger refusjoner for permisjoner og fravær høyere enn budsjett og er tatt inn i estimatet. Utviklingen på forbruk av innleie ligger noe høyere enn samme periode i fjor og budsjett. Det ble tidlig tatt i inn i

årsprognosen et estimat på merkostnad på innleie på 5 mkr. Det jobbes med tiltak for å redusere innleie Fristbrudd har et merforbruk på 2 mkr per april. Antall fristbrudd er synkende, men i noe lavere takt enn forutsatt i budsjettet. Det jobbes strukturert med å få antall fristbrudd ned, og det er da ikke tatt inn økt kostnad til fristbrudd i estimatet. Foretaket har grunnet høyere rentesatser enn budsjettet høye renteinntekter. Dette er nå innarbeidet i estimatet.

Estimatet inkluderer ikke vurderinger knyttet til avregning; kjøp fra private, Sykehuspartner, Sykehusapotekene, og legemiddelkostnader sjeldne sykdommer, heller ikke aktuarberegning på pensjon for 2024.

Foretaket fokuserer i tillegg på resultat før avskrivninger og finans (EBITDA) som i april var på 0,8% og akkumulert på 1,3%, mot 2,6% i budsjett både for april og akkumulert. Det er behov for å sikre en forbedring av den underliggende driften for å håndtere de planlagte investeringene.

INFORMASJONSSIKKERHET

Overordnet om informasjonssikkerhetsrisikoen og -tilstand:

a) De største risikoene:

Risiko innen informasjonssikkerhet inngår i foretakets samlede risikovurdering for 1.tertial.

b) Ett av de mest alvorlige informasjonssikkerhetsbruddene

Det har ikke vært alvorlige hendelser i perioden som har berørt konfidensialitet eller integritet.

1 uønskede hendelser er rapportert med konsekvens «betydelig» i perioden (mot 4 i T3-2023). Avviket gjelder utilgjengelighet ifm planlagt nedetid som følge av siste måneders gjentakende problemer med nettverk og telefoni i Kristiansand. Nedetid var estimert til 1,5t, men tok 3t. Dette skjedde ved vaktskifte og førte til mangelfull overlevering av informasjon om innlagte pasienter. Det understrekes her at dette er en angivelse av potensiell konsekvens, det IKKE er meldt avvik om faktisk konsekvens for pasienter ifm denne hendelsen.

c) Antall informasjonssikkerhetsbrudd

Det er ikke meldt om alvorlige sikkerhetsbrudd, men det har forekommet tilfelles av 1A-hendelser, håndtert av Sykehuspartner:

- 14/3/24 Sertifikatfeil i DIPS. Medførte følgefeil.
- 4 forekomster av til dels langvarige feil med nettverk og telefoni (se ovenfor) i Kristiansand. Sykehuspartner i grønn beredskap. Også 1 hendelse i mai, forhåpentligvis løst etter en oppgradering gjennomført 9. mai.

d) Antall avvik innen informasjonssikkerhet

Bakgrunn og info om hvordan avvik registreres ved SSHF: Det er en kultur blant ansatte i SSHF hvor avvik registreres. Hos SSHF benyttes begrepet «uønskede hendelser» om disse.

I avvikssystemet registreres det ikke strukturert informasjon om bruddet har ført til oppfølging av pasient, skade på pasient eller oversikt over kostander til reparasjon eller andre vesentlige kostander. Dette inngår dermed ikke i grunnlaget for rapportering her.

Ved Sørlandet sykehus registreres og kategoriseres uønskede hendelser knyttet til personvern og informasjonssikkerhet på følgende måter:

1. Pasienthendelser:
 - a) med valg av standard NOKUP-kategori «Informasjonssikkerhet/personvern» og hvor det med dette menes konfidensialitetsbrudd og/eller taushetspliktbrudd
 - b) eller hvor årsak er satt til IKT/Tilgjengelighet (uten nødvendigvis å være kategorisert)
2. HMS-hendelser:
 - a) med valg av kategorien «Sikkerhet» og underkategoriene «HMS Personvern/Informasjonssikkerhet». Her er det ikke spesifisering av K, I eller T
 - b) eller hvor årsak er satt til IKT/Tilgjengelighet (uten nødvendigvis å være kategorisert)
3. Andre hendelser:
 - a) med valg av kategorien «Personvern og IT-/Informasjonssikkerhet», med alle underkategorier dekkende for både K, I og T
 - b) eller hvor årsak er satt til IKT/Tilgjengelighet (uten nødvendigvis å være kategorisert)

Av de uønskede hendelsene for 1. tertial 2024 er det registrert til sammen 71 uønskede hendelser (mot 92 i T3-2023). 1 av disse er kategorisert med alvorlighetsgrad «Betydelig» (mot 4 saker i T3-2023). Samlet oversikt for konsekvens for alle 3 type hendelser er som følger:

Type	Konsekvens						Sum
PAS	ikke valgt	ingen	mindre	moderat	betydl	Død	
1 a)		9	3	1			13
1 b)		1	5				6
HMS							
2 a)		2					2
2 b)		2	3	1			6
Andre							
3 a)	3	11	5	1			20
3 b)	6	8	9		1		24
	9	33	25	3	1	0	71

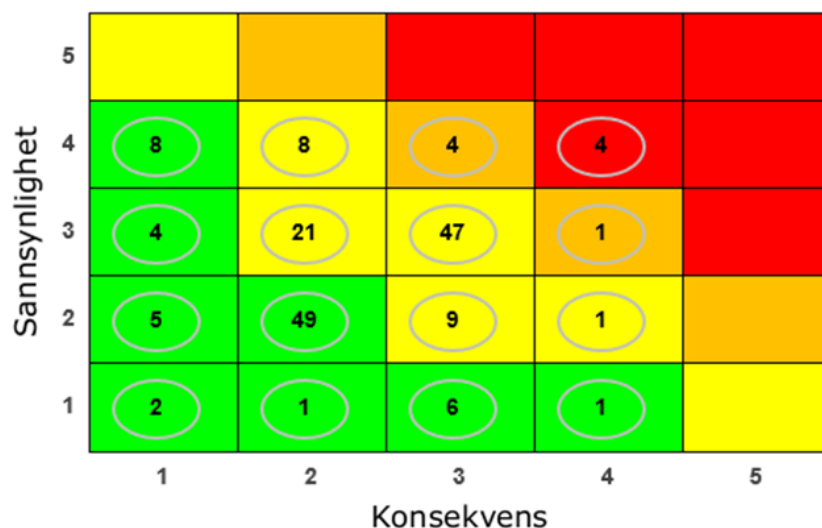
RISIKOVURDERING

SSHF gjennomfører risikovurdering av foretaket ved å vurdere alle 14 policy områdene, som også inkluderer OBD-dokumentet. SSHF benytter Kvalitetsportalen for å gjennomføre risikovurderingen. Det er første tertial hvor foretaket gjennomfører risikovurdering av alle policy områdene og fokus fremover vil være å utvikle større modenhet i å risiko vurdere basert på denne metoden.

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 1.tertial 2024:



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

3. Salg

Det er ikke budsjettert med salg i 2024. I februar ble det solgt en bil. Dette gav en gevinst på 0,05 mkr. I april ble det solgt 2 ambulanser. Dette gav en gevinst på 0,01 mkr.

4. Endring i arbeidskapital

Foretaket har en utgående likviditet pr april på +155 mkr som innebærer en økning på +13 mkr fra forrige måned. I forhold til budsjettert nivå på -113 mkr innebærer det at foretaket pr april endte med et avvik på +267 mkr.

Resultat inkludert pensjonseffekt avviker mot budsjett med -36 mkr.

Foretaket har en negativ driftskredittramme på 1.276 mkr som innebærer en fri likviditetsreserve på +1.430 mkr.

Framdriften på investeringsprosjekter ligger lavere enn budsjettert nivå med -38 mkr.

4.1 Endring i arbeidskapital

Arbeidskapital er differansen mellom omløpsmidler og kortsiktig gjeld i balansen.

Arbeidskapitalen er hittil i år er økt med 7 mkr ift IB 01.01.

4.2 Forskjell mellom inntektsført og utbetalt ISF

Likviditetseffekt av inntektsført og utbetalt ISF utgjør +9,6 mkr og er i tråd med avstemt kontrollskjema i SAS.

5 Pensjon

Pensjon er kostnadsført iht NRS januar 2024.

6 EBITDA (tertialvis)

Nybygg psykisk helse ble overtatt 1. mars 2023. Nybygget gir klinikken et handlingsrom, ikke bare om lokaler og bygg, men også med hensyn til at funksjoner og oppgavefordeling internt i klinikken skal sikre utviklingen av en moderne, fremtidsrettet og bærekraftig helsetjeneste. Klinikken har høyt fokus på å følge nye bemanningsplaner fremover som er lagt for nytt bygg. Høyt belegg for PSA i 1. tertial (96%) har medført et ekstraordinært økt bemanningsbehov som har utlignet de oppnådde gevinstene. Høyt belegg skyldes blant annet mange utskrivningsklare pasienter og økning av pasienter på dom. Det jobbes med langsiktige tiltak mot kommuner og det er prosess om å søke DPS godkjent for tvang med døgnbehandling.