

Arkivsak

Dato

04.02.2026

Saksbehandler

Torhild Einstabland,
økonomidirektør.

Saksframlegg

Styre	Sørlandet sykehus HF		
Møtedato	12.02.2026		
Sak nr	010-2026	Sakstype	Orienteringssak
Sakstittel	Virksomhetsrapport 3.tertial 2025		

Forslag til vedtak

1. Styret tar virksomhetsrapporten per 3.tertial 2025 til orientering.
2. Styret anerkjenner det målrettede endringsarbeidet i foretaket gjennom 2025 og det gode årsresultatet, og ber administrerende direktør om å jobbe målrettet videre med bred involvering i hele lederlinjen og sikre gjennomføring av forbedringsaktiviteter i driften og fortsette den økonomiske omstillingen i foretaket.

Vedlegg til saken

- Vedlegg 1 Virksomhetsrapport HSØ (word)
- Vedlegg 2 Virksomhetsrapport SSHF (ppt)
- Vedlegg 3 ROS pr 3.tertial 2025 virksomhetens mål og krav
- Vedlegg 4 Eksterne tilsyn og konsernrevisjoner – status – oppdater 3.tertial 2025
- Vedlegg 5 Tilsynsrapport Branntilsyn PSA SSK 2025
- Vedlegg 6 Tilsynsrapport Kvalitet og forsvarlighet
- Vedlegg 7 Tilsynsrapport Tvungen somatisk helsehjelp Gyn avd. SSA 2025
- Vedlegg 8 Tilsynsrapport Arkiv og dokumentasjon

Kristiansand 12.02.2026

Nina Mevold

Administrerende direktør

1 Bakgrunn for saken

Administrerende direktør vil med dette informere styret om status for virksomheten per 3. tertial 2025. Det jobbes målrettet med et prioritert fokus på utvikling av styrings- og kvalitetssystemet og etterlevelsen av dette, ventetidsløftet, optimalisering av drift og tilpassing av bemanning opp mot budsjett. Klinikkenes følger opp ihht endret oppfølgingsstruktur som har styrket klinikkleddelsenes deltakelse i tiltaks- og prognosearbeidet.

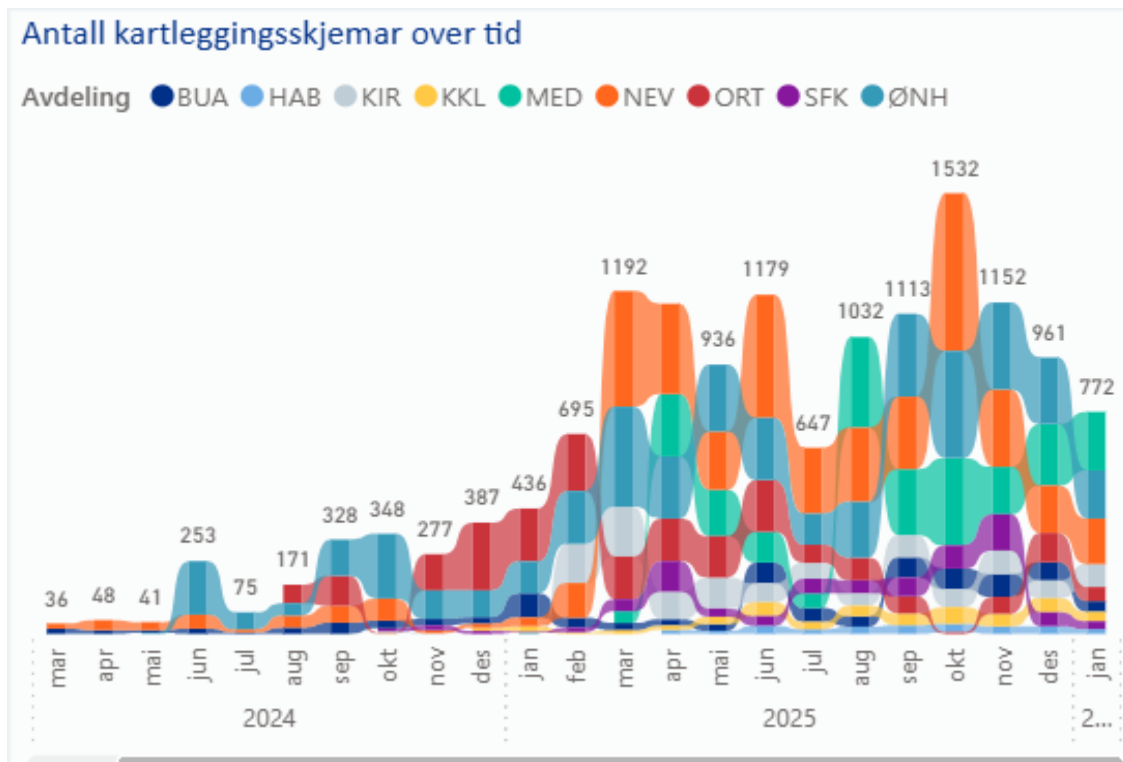
2 Saksopplysninger

2.1 Virksomhetsrapport per 3.tertial 2025

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

2.2 Systematisk oppfølging av ventetider

Sørlandet sykehus hadde ved utgangen av desember gjennomsnittlig ventetid ventende på 67 dager og ventetid avvirket 58 dager. Foretaket hadde ved utgangen av desember 10 personer som hadde ventet mer enn 365 dager. Seks av disse var innen fagfeltet ortopedi. All ekstraordinær poliklinikk med forhøyede satser er avsluttet i foretaket.



Behovsrevet poliklinikk har innført 28 pasientforløp og ytterligere 12 er under innføring. Som det fremgår av figuren til over har oppstarten innen ulike fag forskjellig form. For noen fag sendes det ut mange skjema i en kort periode, for andre sendes det ut skjema jevnlig. Om lag 8.217 kg CO2 er spart i 2025. Det settes stadig flere forløp i drift.

Det er iverksatt fem TaTidenTilbake-prosjekter, hvorav to er rullet videre ut i Helse Sør-Øst. Samarbeidet mellom SSHF og SI om «ADHD utredning voksne» er i prosess med å inkludere Ahus og VVHF. Det planlegges oppstart av flere nye forløp.

2.3 Årsverksutvikling

I 2025 har foretaket brukt 105 brutto årsverk og 89 netto årsverk mer enn samme periode i 2024, og 157 brutto årsverk over budsjett. I løpet av høsten sees det en trend for utflating av årsverk. Merforbruket kan knyttes til ulike forhold, blant annet økt behandlerkapasitet og økning i spesialavdelingene. Foretaket har økt med 31 netto årsverk for leger, hvorav 21 overleger, samt 14 psykologer, i forhold til i 2024. Innenfor pleietjenesten ser vi en utflating av sykepleierstillinger, men en økning på 17 årsverk på spesialavdelingene. Foretaket har også økt helsefagarbeidere (7 årsverk) og studenter (7 årsverk) i forhold til 2024.

Turnover i 2025 ble 6,9% mot 7,4% i 2024. For sykepleiere er turnover synkende, fra 10,3% i 2023, 8% i 2024 og 7,8% i 2025. Det er samme trend for leger, fra 8,3% i 2023, 7,2% i 2024 og 4,4% i 2025. Turnover bør ses på over en lengre periode da det er store svingninger gjennom året. Det varierer også internt i foretaket. Foretaket arbeider systematisk med å redusere sykefraværet som i 2025 endte på 6,8%, på samme nivå som 2024, men nedgang fra 7,3% i 2023.

I somatikken arbeides det med tiltak for å effektivisere pasientforløpene og redusere liggetiden. Det iverksettes ytterligere tiltak for å øke fleksibiliteten hos pleiepersonalet for å kunne tilpasse bemanningen forløpende ifh til aktiviteten. Dette videreutvikles gjennom aktivitetsstyrt ressursplanlegging og drift av poliklinikk. Det gjelder både mellom enheter, avdelinger og på tvers av de somatiske klinikkene. Det legges opp til mer fleksible arbeidstidsordninger og ytterligere endrede vaktkoder (eksempelvis langvakter og/eller midtvakter).

2.4 Økonomi – forbedring av driften

Administrerende direktør har i 2025 tilpasset struktur for oppfølgingsmøter med klinikkene til driftsutfordringene. Administrerende direktør har i mai, oktober og januar 2026 gjennomført tertialvise oppfølgingsmøter med klinikkledelsene, der også avdelingssjefene (nivå 3-ledere) deltok. Hensikten er å redusere avstand mellom ledelsesnivåene, og skape samlet og helhetlig eierskap til utfordringer i egen klinikk, og styrke gjennomføring av beslutninger hele vegen ut i organisasjonen. Optimalisering av poliklinikkdrift reduserer ventetider og fristbrudd, og sikrer bedre utnyttelse av foretakets totale ressurser. Klinikken benytter digitale verktøy for å presentere status på drift og leveranse på OBD. Mellom de tertialvise møtene legges prognosemøter med klinikkdirektørene. Administrerende direktør har gjennomført prognosemøter i mars, juni og oktober, hvor hensikten er å sikre at avdelingene, klinikkene og foretaket leverer på budsjett. Hensikten ved å endre innretningen på oppfølgingsmøtene er at kulturen for omstilling og prognosearbeid skal modnes i organisasjonen.

Administrerende direktør følger med dette opp klinikkene på å forbedre driften og realisere gevinster. Stabene underbygger arbeidet. Det er en sterk sammenheng mellom det å sikre god bruk av ressursene, god pasientbehandling og det å forbedre det økonomiske resultatet. Klinikkdirktørene jobber med å oppnå optimal utnyttelse av poliklinikkene, fortsette med å bre aktivitetsstyrt ressursplanlegging (ARP) til alle sengeposter og spesialavdelinger og videreutvikle behovsstyrt poliklinikk, oppgaveglidning og TaTidenTilbake. Tillitsvalgte og ledere er omforente om utfordringen og ønsker å jobbe sammen om å videreutvikle eksisterende prosjekter til å forbedre den økonomiske situasjonen for foretaket.

Administrerende direktør reserverer i 2025 tid i foretaksledelsesmøtene annenhver uke til særskilt gjennomgang av driften i de somatiske klinikkene. Våren 2025 har det vært gjennomført gjennomganger med medisinske -, ortopediske - og gynekologiske avdelinger for å redusere uønsket variasjon på tvers av foretaket, samt optimalisere driften av poliklinikken internt i foretaket. Fagavdelingen har i forkant av disse møtene hentet ut relevante data om pasientbehandlingen som utgangspunkt for diskusjon med fagmiljøene på tvers av klinikkene. I klinikkene har avdelingssjefer jobbet med data for egne avdelinger. Denne måten å jobbe på blir videreført og fagmiljøene får en faglig tilnærming til å sikre rett pasient i poliklinikk og at pasienten treffer riktig helsepersonell. Det er utarbeidet detaljerte oversikter for alle klinikkene hvor økt aktivitet og best mulig bruk av årsverk/innleie fra vikarbyrå står i fokus. Videre oppfølging av disse fagområdene fortsetter høsten 2025.

Våren 2025 ble det gjennomført møte mellom administrerende direktør, klinikkdirktører og avdelingssjefer om bemanning og drift av sengepostene hvor Organisasjonsavdelingen i forkant hentet ut erfaringer og status i arbeidet med ARP. Avdelingssjefene følges opp på arbeidet med å øke fleksibiliteten for pleiepersonalet, reduksjon av fastvakter, pleietyngdemåling, og forbedring av pasientforløpene. Høsten 2025 gjennomførte administrerende direktør oppfølgingsmøte av drift av sengeposter, hvor følgende blant annet økt fleksibilitet, redusert innleie, kompetansesammensetting i helg, redusert omfang på fastvakter, pleietyngdemåling og administrative oppgaver var på agendaen.

Foretaket ser resultater av arbeidet i klinikkene ved at årsverkene i pleieavdelingene flater ut, pleiefaktor er i forbedring og det er en økning av helsefagarbeidere. Dette er et kontinuerlig utviklingsarbeid for alle ledere, på alle nivåer. Drift basert på ARP metodikk forbedres og utvikles og er nå en integrert del av ressursplanleggingen i foretaket. Det arbeides med å forbedre pasientforløpene ved å redusere innleggelser ved økt bruk av akutt- og mottaksmedisinere og overbehandling, differensiering av senger og økt bruk av CADD pumper. Arbeidet fortsetter i 2026.

2.5 Hovedtrekk fra driften

Sørlandet sykehus HF har levert et positivt resultat i 2025 på 134,2 mkr, et positivt budsjettavvik på 69,2 mkr. Den positive utviklingen følger av systematisk og

vedvarende arbeid med driftsoppfølging i klinikkene. Budsjettavviket på like under 70 mill. kr. skyldes i hovedsak fire forhold; oppdatert beregning av kjøp fra private (+31 mkr), endelig avregning av ISF 2024 (12 mkr), økt ISF-aktivitet for alle omsorgsnivåer (9 mkr) og kvalitetssikring prosjekter og tilskudd (6 mkr). Det er HSØ som fremskaffer tall når det gjelder kjøp fra private, hvor SSHF har avsatt en forventet kostnad på ca 26 mkr for hele 2025, med bakgrunn i aktivitetstall fra 2024. Når endelig avregning med oppdaterte aktivitetstall forelår ca 20 januar 2026, ble foretakets beregning endret til en positiv effekt på 5 mkr., dvs en netto endring på 31 mkr.

I somatikken har aktiviteten vært over fjoråret for både dagbehandling (+1,8%) og polikliniske konsultasjoner (+4,9%), mens for døgnbehandling er det en reduksjon (-1,6%). Foretaket har i 2025 hatt en reduksjon i akuttinnleggelser på 2,6 % sammenliknet med i fjor. I psykisk helsevern og rus har aktiviteten vært over fjoråret for antall utskrivinger (+1,7%) og poliklinisk aktivitet (7,8%), mens for antall liggedøgn er det en reduksjon (-5,3%). Vekstregelen innenfor psykisk helsevern (pol.kl) ble for PHV +10,1%, PHBU +6,4% og TSB +1,2%.

Akkumulert er foretakets fristbruddkostnader (39,5 mkr) 11,3 mkr høyere enn budsjett, men 16,5 mkr lavere enn i fjor. Det negative avviket henføres somatikken i Kristiansand og Arendal, men det er en variasjon i når pasientene takker 'ja' til Helfo. Basert på færre fristbruddpasienter, forventes det en reduksjon i kostnader de kommende månedene. Kostnader til innleie fra vikarbyrå (110 mkr) ligger 19 mkr over budsjett, men 20 mkr lavere enn i fjor. Det har vært behov for innleie av leger i somatikk i Kristiansand (9 mkr) og radiologer i DKS (9 mkr) utover budsjett, kompensert for mindre behov for innleie i Klinik for psykisk helse (-1,4 mkr) i forhold til budsjett.

2.6 Informasjonssikkerhet

Risiko innen informasjonssikkerhet inngår i foretakets samlede risikovurdering (kap 9): lagring utenfor fagsystemene, hvor eget prosjekt ivaretar filmigrering til sikre og godkjente områder og som omhandler tilgjengelighet av IKT-systemer ved store hendelser. I tredje tertial fremheves et nytt risikopunkt som henføres etterlevelse, jfr krav om å etterleve NSM sine grunnprinsipper for IKT, Normens krav og andre krav relevant for personvern, informasjonssikkerhet og IKT-sikkerhet. Dette følges opp gjennom ledelsens gjennomgang (LGG) og i tråd med konsernrevisjonens rapport. Egen handlingsplan vil bli utarbeidet.

2.7 Personvern

Risiko innen personvern inngår i foretakets samlede risikovurdering (kap 9) – se vedlagte Virksomhetsrapport for ytterligere detaljer.

Ansatte viser høy bevissthet rundt håndtering av personopplysninger på en trygg og sikker måte. Vurderingen er basert på sakene som meldes og hvordan disse håndteres. Det kan likevel ikke fastslås med full sikkerhet, da foretaket mangler gode verktøy for å måle tilstanden konkret. Foretaket følger arbeidet i HSØ med utvikling

av saksbehandlings- og måleverktøy og vil ta disse i bruk når de blir tilgjengelige. I løpet av 2026 gjennomfører SSHF et tiltak for å utvikle et risikoverktøy i kvalitetsportalen, slik at foretaket kan måle tilstanden systematisk og kontinuerlig. Rapportene herfra, sammen med parametere fra HSØ, vil gjøre foretaket i stand til å følge utviklingen på en mer strukturert måte. Det er opprettet god kontakt mellom foretaket, ved personvernleder, og nytt regionalt personvernombud. For området forskning er det etablert gode rutiner og oppfølging av prosjekter og registre. Siste tertial er det igangsatt et arbeid med å ta i bruk saksbehandlingsverktøyet "PEIK" for alle forskningsprosjekter.

2.8 ROS per 3.tertial 2025

Det er avdekket risiko innenfor de fleste områdene. Foretaket har etablert tiltak for å redusere risiko og har fremdeles to områder som er i rød kategori. Disse områdene er innenfor økonomiområdet mht tilstrekkelig omstilling av drift for å fristille midler til investeringer, basert på utviklingen i årsverk. Dette henger også sammen med risiko for å sikre finansiering for vedlikeholdsetterslep og udekket behov for funksjonstilpasning.

I tredje tertial har foretaket oransje risiko på følgende områder:

- Manglende etterlevelse av risikostyring (ny)
- Uønsket variasjon i det systematiske arbeidet med forbedring og utvikling innen kvalitet og pasientsikkerhet (ny)
- Havari for medisinsk teknisk utstyr
- Nedetiden for kliniske IKT-systemer.
- Reduksjon av innleie fra vikarbyrå

Foretaket jobber systematisk med opplæring av risikostyring hos ledere. Det være seg økt forståelse og modenhet, for deretter å sikre gjennomføringsevne.

Noe om klinikk-ROS

LGG viser en utvikling i modenhetsnivå og ROS vil bli fulgt tettere opp fra administrerende direktør i 2026.

Det er for stor variasjon i hvordan avdelingene jobber systematisk med kvalitetsforbedring og styrker pasientsikkerhet. Selv om meldekulturen er dokumentert i god positiv utvikling og på foretaket ligger på et høyt nivå, viser rapport etter stedlig tilsyn gastrokirurgi SSA, samt to ulike systemtilsyn våren 2025 behovet for sterkere tiltak for å sikre implementering av kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring på alle nivå i organisasjonen. Det pågår oppfølging av sak om uønsket hendelser, samt systemtilsynet fra Helsetilsynet. I tillegg har administrerende direktør inkludert temaet i avdelingssjefssamlinger i 2025, etablert refleksjonsgrupper og forsterket lederopplæring.

Foretaket har en aldrende MTU-utstyrspark som medfører risiko for havari. MTU-områdeplan for 2025 viser et stort investeringsbehov for utskiftninger, men på

grunn av anstrengt økonomi blir det mindre investeringsmidler tilgjengelig som øker risikoen i foretaket ytterligere.

Det har siden oppgradering til DIPS Arena vært relativt mye uplanlagt nedetid og forsinkelser i systemet. Foretaket arbeider tett med andre foretak, Sykehuspartner og HSØ for å få større robusthet i den tekniske IKT-løsningen, og ikke minst raskere tilgang til reserve-/katastrofeløsninger ved nedetid. Gjennom høsten har det vært mindre driftsforstyrrelser enn tidligere. Sykehuspartner har gjort løsningen mer robust og har en tettere overvåkning for å kunne agere raskere ved eskalerende problem. Det er imidlertid et større fokus på ytelsesutfordringer/treghet i løsningen. Det pågår konkret arbeid for å måle, kartlegge og utbedre ytelsesutfordringer.

Innleie fra vikarbyrå er redusert og benyttes i hovedsak for å sikre et forsvarlig pasienttilbud innen psykisk helse og rusbehandling, radiologi og opprettholdelse av akuttfunksjoner i Listerområdet innen kirurgisk fag. Øvrige innleie er i hovedsak benyttet for å dekke opp for ferieavvikling. Det er bemanningsutfordringer innen nevrologi og bioingeniører i Flekkefjord. For bioingeniører er det etablert avtale om rotasjon og økonomiske incentiver. Det er rekruttert flere LIS 3 i nevrologi og det vurderes tre-delte utdanningsløp og selvfinansierte LIS 1.

Administrerende direktør vil i tillegg trekke fram risiko i forhold til bemanning i andre enheter i helseforetaket, dette gjelder spesielt innen kirurgiske fag hvor SSHF har utfordringer med rekruttering og bemanning innen flere avdelinger. Utredningen "Kirurgi på tvers" som ble lagt frem for styret høsten 2025 har belyst dette og anbefalte forslag er igangsatt. Det er iverksatt kompenserende tiltak innenfor kirurgiske fag med blant annet økonomiske incentiver innenfor enkelte områder, endringer i pasientforløp og et styrket samarbeid mellom SSK og SSA.

Administrerende direktør vil sikre tette oppfølging og prioritering for å redusere risikoen fremover som beskrevet i tiltaksplanen.

2.9 Status tilsyn og revisjoner

Oversikt over alle tilsyn fremgår av vedlegget «Rapport til styret – status tilsyn 3. tertial 2025». For tilsyn der modulen i Kvalitetsportalen er tatt i bruk følger også utfyllende rapporter.

Sørlandet sykehus HF har mottatt varsel om tilsyn ved flere enheter fra Arbeidstilsynet. Tilsynene med tema muskel- og skjelettplager og psykiske plager, er planlagt gjennomført uke 3 og 4 2026.

Tredje tertial 2025 gjennomførte Kristiansandregionen brann og redning IKS et tilsyn ved det nye Psyk-bygget. Formålet med tilsynet var om virksomheten arbeider systematisk med brannsikkerheten. Det ble avdekket 1 avvik som omhandlet byggverkets bruk i samsvar med kravene til brannsikkerhet, spesielt tilknyttet samtalerom som brukes som pasientrom. Foreløpig frist for oversendelse av fremdriftsplan er 30.01.2026.

I oktober 2025 gjennomførte Statens helsetilsyn stedlig tilsyn ved gastrokirurgisk seksjon, Kirurgisk avdeling SSA. Bakgrunnen for tilsynet var Statsforvalterens oversendelse av uønskede pasienthendelser meldt fra SSHF etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a. SSHF mottok utkast til rapport fra dette tilsynet 17.12.25. Foretaket har sendt inn styrebehandlede merknader innen fristen for oversending av ev. merknader om feil eller mangler som var 01.02.26.

SSHF har mottatt varsel fra Arbeidstilsynet om stedlig tilsyn i tredje tertial 2025 ved klinikk for medisinsk diagnostikk og klinisk service. Hensikten med tilsynet er å kontrollere hvordan virksomheten jobber systematisk forebyggende for å unngå at arbeidstakerne får arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager og psykiske plager. Tre timer veiledning fra Arbeidstilsynet og 2,5 timer e-læring for aktuelle ansatte er gjennomført, men på grunn av omorganiseringen i klinikkene er tilsynet utsatt til uke 3 og 4 2026.

Arbeidstilsynet gjennomførte i 2.tertial 2025 dokumenttilsyn ved 5 enheter i SSHF: Dialyseenheten SSK, Medisinsk poliklinikk SSF, Nyremedisinsk seksjon SSA, Lungeseksjonen SSA og Hjertemedisinsk sengepost SSK. Tilsyn ved 3 av enhetene ble avsluttet uten pålegg, mens det ble gitt pålegg ved Dialyseenheten SSK (2) og Hjertemedisinsk sengepost SSK(1). Disse påleggene er nå lukket, og tilsynet er avsluttet.

Andre tertial 2025 ble det gjennomført tilsyn ved Gynekologisk avdeling SSA. Tilsynet ble gjennomført av Statsforvalteren som en systemrevisjon. Formålet med tilsynet var å undersøke om SSHF sikrer etterlevelse av myndighetskrav som gjelder bruk av tvang for å yte nødvendig helsehjelp til pasienter som ikke har samtykkekompetanse. Rapporten konkluderer med at SSHF mangler en dokumentert oversikt over praktiseringen av tvungen helsehjelp. I tillegg er det ikke sørget for tilstrekkelig opplæring og etterlevelse av rutiner som skal sikre at pasienter som mangler samtykkekompetanse og får gjennomført undersøkelser og/eller behandling i narkose får vurdert om det skal gjøres i hjemmel i et vedtak etter pbrl. kap. 4A. Det er utarbeidet en handlingsplan hvor oppfølgingen er beskrevet i 4 konkrete tiltak. Statsforvalteren vil følge opp forbedringsarbeidet.

I første tertial 2025 ble det gjennomført felles tilsyn av Statsforvalteren i Innlandet, Agder og Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus ved akuttmottaket i Arendal. Tilsynet hadde fokus på om SSHF legger forholdene til rette for at helsepersonell kan utføre sine oppgaver på en faglig forsvarlig måte. Rapporten konkluderer med at foretaket ikke bruker styringsdata systematisk ved planlegging, gjennomføring, evaluering og kvalitetsutvikling i akuttmottaket Arendal, og at det ikke er gjennomført risikovurdering i akuttmottaket. Fagrådet for akuttmottakene har utarbeidet plan for å implementere styringsdata med måling av kvalitetsparametre. Rapporten dokumenterer også andre mangler i etterlevelse av krav i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. De tre somatiske akuttmottakene ved SSHF samarbeider om å følge opp dette tilsynet. Det

jobbes videre med begge systemtilsynene fra Statsforvalteren for å spre læring og økt forståelse i hele lederlinja om hva forskriften krever av virksomheten.

Direktoratet for medisinske produkter (DMP) gjennomførte stedlig tilsyn første tertial 2025 hvor de så på virksomhetens kvalitetssystemer, aktiviteter og plikter vedrørende klinisk utprøving av StaySafe, som har vært utprøvd ved KPH. Rapporten avdekker at SSHF manglet tillatelse til utprøvingen og ikke har oppfylt forpliktelser som følger av rollen som sponsor. SSHF har nå opprettet en prosedyre som tydeliggjør rutinene for kliniske utprøvinger av medisinsk utstyr. Rutine for identifisering av sponsor og sikre at regulatoriske krav som påhviler sponsor er inkludert i prosedyren. Tilsynet er avsluttet.

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. Alle 9 pålegg er nå lukket og Arkivverket anser tilsynet som avsluttet.

Tredje tertial 2025 ble det gjennomført en konsernrevisjon ved SSHF. Formålet med revisjoner er å kartlegge og vurdere om helseforetak på foretaksnivå har etablert et helhetlig og hensiktsmessig ledelses- og styringssystem som bidrar til å forebygge sykefravær, og samtidig bidrar til læring og forbedring. 16 intervjuer av direktører, hovedverneombud, hovedtillitsvalgte m.fl. er gjennomført, i tillegg til oversendelse av dokumenter på forespørsel. Konsernrevisjonens rapport er p.t. ikke mottatt.

3 Administrerende direktørs vurderinger

Det er god fremdrift i arbeidet med driftsforbedringer. Systematisk oppfølging av ventetider følges fremdeles opp i møte mellom stabs- og klinikkdirektører, hvor avdelingene jobber med å oppnå god poliklinikkdrift. Lederne i foretaket utvikler modenhet med bruk av styringsdata fra måned til måned, men det er fremdeles variasjon og behov for opplæring for å endre tidligere praksis på flere områder.

Kommende fristbrudd er redusert med 1.308 fra desember 2024 (1.755) til desember 2025 (447). Det er fremdeles høyest andel innenfor ØNH og ortopedi. Fristbrudd er uheldig for pasientene og medfører økte kostnader for foretaket. Det er satt i verk tiltak for å effektivisere driften av poliklinikkene ved prosjektet TaTidenTilbake, i tillegg til søkelys på oppgaveglidning og behovsstyrt poliklinikk. Dette arbeidet må videreføres til flere enheter. Det ble benyttet 11 årsverk frivillig poliklinikk / ekstra poliklinikk for å få ned ventetid hittil i år.

Administrerende direktør ønsker å fremheve vekst i poliklinikk innenfor både somatikk 4,9% og psykisk helse VOP 10,1%, BUP 6,4% og TSB 1,1% i forhold 2024. Døgnaktiviteten ligger 3,9% under budsjett og 1,69% under fjoråret i somatikken, som i hovedsak skyldes nedgangen i ØH i Kristiansand. Basert på nedgang i ØH har det vært utfordringer med å tilpasse bemanning på utvalgte sengeposter, men

trenden i løpet av høsten er en bedring av aktivitetsstyrt ressursplanlegging og utjevning av pleiefaktor. Pleiefaktoren viser netto årsverk per brukt seng. Administrerende direktør har gjennomført oppfølgingsmøter med de største sengepostene i april, juni og november, hvor hensikten er å identifisere og iverksette tiltak for å optimalisere ressursbruk innenfor pleiepersonalet. Det er igangsatt innføring av ARP i akuttmottakene og intensivenhetene, da disse har hatt økende forbruk av årsverk sett opp mot aktivitet. Brutto månedsverk i 3.tertial ligger 165 over budsjett, hvor somatikken i Kristiansand (104) og somatikken i Arendal (56) utgjør de største avvikene. Netto månedsverk i 2025 ble 89 høyere enn 2024, hvor det har vært en positiv trend i løpet av høsten. Det har vært størst økning i somatikk Kristiansand (32), KPH (19) og somatikk Arendal (14). Sykefravær, ferie og permisjoner påvirker forholdet mellom brutto- og netto månedsverk. De somatiske klinikkene arbeider målrettet med etablerte tiltak.

Det er redegjort for flere tilsyn med SSHF fra tilsynsmyndigheter. I tilsynene ved gynekologisk avdeling Arendal om bruk av tvang ved helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse og ved akuttmottaket Arendal om systematisk bruk av styringsdata og bruk av risikostyring fremheves det fremkommet viktige funn og mangler. Handlingsplaner er laget og arbeidet med iverksetting igangsatt. Det pågår arbeid med å spre lærdom på tvers i organisasjonen. Tilsynet fra Statens helsetilsyn innen kirurgi i Arendal har alvorlige funn som styret er kjent med. Det redegjøres for oppfølging av fagmiljøet i sak 12/2026 Orientering ved administrerende direktør.

Når det gjelder gjennomgang av egen drift, vil administrerende direktør trekke fram det gode arbeidet som de tre fagområdene medisin, ortopedi og gynekologi nå gjennomfører som en oppfølging av de dedikerte tirsdagsmøtene for standardisering og optimalisering av poliklinisk virksomhet på tvers av lokalisasjonene. Fagavdelingen gjennomfører omfattende forarbeider før disse møtene. For fagområdene er oppfølgingen også krevende, og det å bruke tid på møter og analysearbeid oppleves å stå i motstrid til krav om redusert ventetid og økonomisk omstilling. Det er avgjørende at dette arbeidet fortsetter og ferdigstilles, for framtidig bedring av drift og riktig bruk av ressursene.

Administrerende direktør er tilfreds med et positivt resultat på 134,2 mkr. i 2025. Det er fremdeles et uttalt behov for å fortsette arbeidet med omstilling av driften med stor styrke for å øke resultatet og sikre en økonomi som tar høyde for investeringsbehovet. Det fordrer en solid innsats i hver klinikk med å ta ut gevinster i form av spart tid og mer effektiv drift, samt tiltak på tvers av klinikkene. Det gjøres et godt arbeid med å redusere sykefravær i fagmiljøene, likevel er et forsterket arbeid med sykefraværet et viktig forbedringsområde. Omstilling i sykehusavdelinger er et krevende arbeid, men det arbeides videre med tett oppfølging og videreutvikling av verktøy som understøtter klinikkens økonomistyring.

Administrerende direktør anbefaler styret å ta virksomhetsrapporten per 3.tertial 2025 til orientering.