

Styremøte Betanien sykehus

man. 22. mars 2021, 10.00 - 15.30

Teams

Agenda

10.00 - 10.10 **Konstituering av møtet**

10 min

Per Martin Knutsen

- Registrering av styremedlemmer
- Godkjenning av agenda
- Registrering av saker til eventuelt

10.10 - 10.30 **Sak 10-2021.** **Orientering fra sykehusdirektør**

20 min

Orientering *Eli Julseth Birkhaug*

Formål:

Å orientere styret om ulike saker direktør jobber med.

Forslag til vedtak:

1. Styret tar informasjonen til orientering.

10.30 - 11.30 **Sak 11-2021.** **Årsberetning, årsregnskap og revisors beretning**

60 min

Beslutning *Jostein Tarlebø*

Formål:

Å godkjenne årsberetning og årsregnskap 2020 for Betanien sykehus AS, samt motta revisors beretning.

Forslag til vedtak:

1. Styret godkjenner årsberetning og årsregnskap 2020 for Betanien sykehus AS.
2. Styret tar revisors beretning og annen informasjon fra revisor til etterretning.

 Sak 11 Årsberetning, årsregnskap og revisors beretning - Saksfremstilling.pdf (1 sider)

 Sak 11 Årsberetning, årsregnskap og revisors beretning - Vedlegg 1 - Årsberetning og årsregnskap 2020.pdf (18 sider)

11.30 - 11.40 **Sak 12-2021.** **Låneavtale**

10 min

Beslutning *Per Martin Knutsen*

Forslag:

Formålet med saken er å få godkjent låneavtale mellom Stiftelsen Betanien Bergen og Betanien sykehus AS i forbindelse med plassering av konsernets finanskapital samlet og til bedre betingelser enn plassering på høyrentekonto bank gir. Betanien sykehus AS er garantert en bedre rente enn plassering av likvide midler på høyrentekonto bank eller tilsvarende, med et påslag på 0,05%, slik det framgår av vedlagte låneavtale. Gjennom dette er Betanien sykehus AS sikret tilfredsstillende avkastning på

Confidential, Skjellevik, Åse Meistad, 03/22/2021 08:13:36

likvide midler på som er ment for spesialisthelsetjenesteformål.

Forslag til vedtak:

1. Styret gir sin tilslutning til framlagt låneavtale mellom Betanien sykehus AS og Stiftelsen Betanien Bergen, og ber sykehusdirektør signere avtalen på vegne av Betanien sykehus AS.

 Sak 12 Låneavtale Betanien sykehus AS og Stiftelsen Betanien Bergen - Saksfremstilling.pdf (2 sider)

 Sak 12 Låneavtale Betanien sykehus AS og Stiftelsen Betanien Bergen - Vedlegg 1 - Forslag til låneavtale mellom Stiftelsen Betanien Bergen og Betanien sykehus AS.pdf (2 sider)

11.40 - 11.55

15 min

Sak 13-2021.

Årsmeldinger 2020

Orientering

Eli Julseth Birkhaug

Formål:

Å informere styret om alle sider av driften gjennomført av Betanien sykehus i 2020.

Forslag til vedtak:

1. Styret tar årsmeldingene for 2020 til orientering.

 Sak 13 Årsmeldinger 2020 - Saksfremstilling.pdf (1 sider)

 Sak 13 Årsmeldinger 2020 - Vedlegg 1 - Virksomhetsrapport Betanien sykehus AS 2020.pdf (23 sider)

 Sak 13 Årsmeldinger 2020 - Vedlegg 10 - Årsrapport Avonova (bedriftshelsetjeneste).pdf (6 sider)

 Sak 13 Årsmeldinger 2020 - Vedlegg 11 - Årsmelding brukerutvalg Betanien sykehus.pdf (1 sider)

 Sak 13 Årsmeldinger 2020 - Vedlegg 2 - Kvalitetsrapport 2020.pdf (8 sider)

 Sak 13 Årsmeldinger 2020 - Vedlegg 3 - Årsmelding KEK.pdf (2 sider)

 Sak 13 Årsmeldinger 2020 - Vedlegg 4 - Årsmelding KPU.pdf (1 sider)

 Sak 13 Årsmeldinger 2020 - Vedlegg 5 - Avvik.pdf (2 sider)

 Sak 13 Årsmeldinger 2020 - Vedlegg 6 - Status avvik.pdf (20 sider)

 Sak 13 Årsmeldinger 2020 - Vedlegg 7 - Pasientsikkerhetsvisitt.pdf (2 sider)

 Sak 13 Årsmeldinger 2020 - Vedlegg 8 - Årsrapport farmasøytisk tjeneste.pdf (3 sider)

 Sak 13 Årsmeldinger 2020 - Vedlegg 9 - Årsrapport AMU.pdf (8 sider)

11.55 - 12.30

35 min

Lunsj

12.30 - 13.00

30 min

Tematime BUP

Anne Kløve

13.00 - 13.30

30 min

Sak 14-2021.

Virksomhetsrapport pr. februar

Orientering

Eli Julseth Birkhaug

Formål:

Å informere om kvalitet, aktivitet, personalsituasjonen og økonomi pr. 28.02.21 i Betanien sykehus AS.

Forslag til vedtak:

1. Styret tar virksomhetsrapporten pr. 28.02.21 til orientering.

13.30 - 14.00

30 min

Sak 15-2021.

Ledelsens gjennomgang 2021

Orientering

Eli Julseth Birkhaug

Formål:

Å presentere ledelsens gjennomgang 2021 for styret.

NB!

Saksfremstillingen ligger i møteboken, men vedlegget må lastes ned dra dokumentområdet ettersom det er en Excel-fil.

Forslag til vedtak:

1. Ledelsens gjennomgang tas til orientering.
2. Styret ber direktør evaluere iverksatte tiltak høsten 2021.

 Sak 15 Ledelsens gjennomgang 2021 - Saksfremstilling.pdf (1 sider)

14.00 - 14.10

10 min

Pause

14.10 - 15.30

80 min

Sak 16-2021.

Strategi

Diskusjon

Per Martin Knutsen

Saken legges fram muntlig i møtet.

15.30 - 15.30

0 min

Gjennomgang av protokoll

Åse Meistad Skjellevik

Sak 11-2021 – Årsberetning, årsregnskap og revisors beretning

Formål:

Å godkjenne årsberetning og årsregnskap 2020 for Betanien sykehus AS, samt motta revisors beretning.

Bakgrunn:

Styret har i henhold til lov og vedtekter ansvaret for å fastsette og godkjenne årsregnskap for 2020. Signert årsregnskap og revisors beretning sendes offisielt register i Brønnøysund.

Sammendrag:

Vedlagt følger årsregnskap 2020 for Betanien sykehus AS. Selskapet ble startet i april 2019 i forbindelse med virksomhetsoverdragelse av sykehusvirksomheten i Stiftelsen Betanien Bergen fra 01.01.2020. 2020 er første ordinære driftsår for selskapet, det er således ingen sammenlignbare tall med året før.

Medbestemmelse:

Godkjenning av årsregnskap er et ansvar som ligger til styret.

Verdier:

Årsregnskap og revisors beretning gir bekreftelse på hvordan året 2020 er forvaltet i forhold til lover, forskrifter, vedtekter og økonomisk bærekraft, og at det jobbes i tråd med verdiene våre; omsorg, helhetssyn, åpenhet, kreativitet og kvalitetsbevissthet.

Miljøperspektiv:

Vedtaksforslaget har ingen negativ påvirkning på det ytre miljø.

Forslag til vedtak:

1. Styret godkjenner årsberetning og årsregnskap 2020 for Betanien sykehus AS.
2. Styret tar revisors beretning og annen informasjon fra revisor til etterretning.

Vedlegg:

1. Årsberetning og årsregnskap 2020 for Betanien sykehus AS

Saksbehandler: Jostein Tarlebø, økonomisjef
Ansvarlig: Eli Julseth Birkhaug, sykehusdirektør



BETANIEN
SYKEHUS

Styrets årsberetning
og
årsregnskap

2020

BETANIEN SYKEHUS AS - STYRETS ÅRSBERETNING FOR 2020

STYRET FOR BETANIEN SYKEHUS AS (org. nr. 922 716 552)

Styrets leder:	Per Martin Knutsen
Styrets nestleder:	Anne Sissel Faugstad
Styremedlemmer:	Jan-Erik Fjukstad Hansen Nicolas Melchior Frederic Øyane Anita Lyssand Erik Vang Silje Norvoll Sletten Arefjord Sigfrid Alnæs
Varamedlemmer:	Nina Misje Heggøy Linn-Therese Juliane Paus Anne Mette Borg Almeland

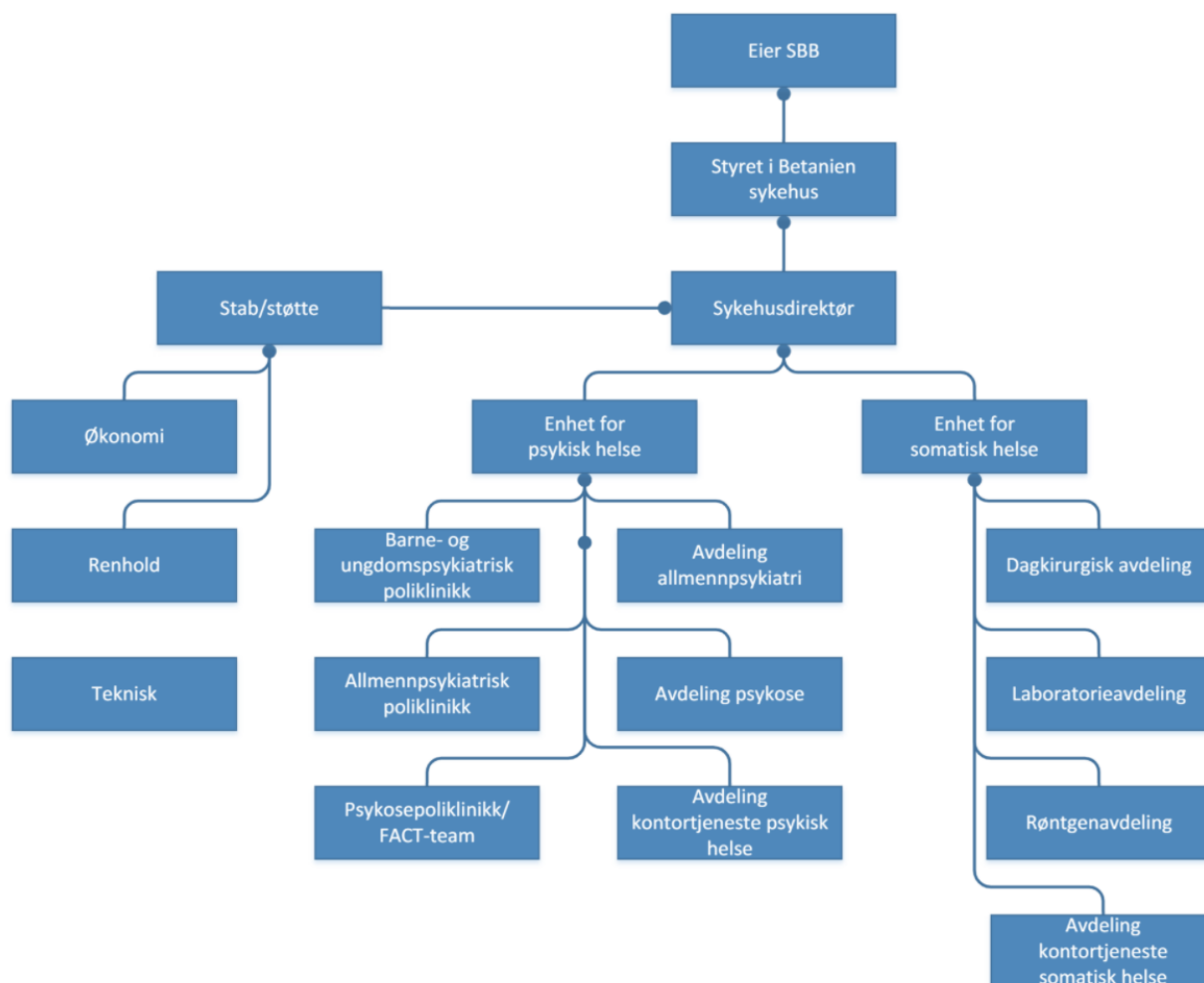
ORGANISASJON

Betanien sykehus AS er et aksjeselskap eid 100 % av Stiftelsen Betanien Bergen, som igjen er opprettet av Metodistkirken i Norge. Forretningskommune er Bergen. Selskapet ble etablert 09.04.2019 og fra 01.01.2020 ble sykehusdriften overført fra Stiftelsen Betanien Bergen til Betanien sykehus AS gjennom en virksomhetsoverdragelse. Administrerende direktør i Stiftelsen Betanien Bergen er styreleder i Betanien sykehus AS.

Betanien sykehus AS driftes i henhold til gjeldende lover, forskrifter og anerkjente faglige prinsipper. Sykehuset ledes av et styre på åtte medlemmer. Styret har mandat til å handle på stiftelsens vegne og være dens lovlige representant utad. Den daglige ledelse av sykehuset påligger daglig leder.

Betanien sykehus AS er organisert i to enheter; enhet for psykisk helse og enhet for somatisk helse, samt stabs- og støttefunksjoner.

Organisasjonskart for Betanien sykehus AS.



Enhet for psykisk helse

Enhet for psykisk helse består av barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, allmennpsykiatrisk døgnavdeling, allmennpsykiatrisk poliklinikk, psykose døgnavdeling, psykose poliklinikk (FACT-team) samt avdeling for kontortjenester.

På oppdrag fra Helse Vest RHF ivaretar enheten sørge-for ansvaret for bydelene Fyllingsdalen og Laksevåg.

Enhet for somatisk helse

Enhet for somatisk helse har fire avdelinger. Dagkirurgisk avdeling utfører dagkirurgi og poliklinikk innen gynekologi, generell kirurgi og gastroenterologisk problemstilling. Røntgenavdeling som utfører radiologiske undersøkelser som CT, MR, røntgen og ultralyd. Laboratoriet analyserer blodprøver for sykehusets egne avdelinger samt eksterne kunder. I tillegg har vi avdeling for kontortjenester som ivaretar de merkantile funksjonene i enheten.

Stab/støtte

I tillegg til sykehusets to enheter har sykehusdirektøren i sin stab administrative funksjoner som økonomi, HR, IKT, kvalitet og renholdstjenester.

ORIENTERING OM DRIFTEN

Formål og virksomhet

Betanien sykehus AS skal på kristen grunn yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt legge rette til forskning og undervisning.

Sykehuset har et ideelt formål og selskapets overskudd og formue skal ved oppløsning kun anvendes til dette formålet.

Betanien sykehus AS skal medvirke til at Helse Vest RHF kan oppfylle sitt tildelte sørge-for ansvar. Sykehuset skal drives innenfor de mål, resultatkrav og rammer som fastsettes av Helse Vest RHF gjennom avtaler, oppdragsdokument og årlige bestillinger.

Arbeidsmiljø, likestilling, kompetanse

Arbeidsmiljøet anses som godt og i tråd med retningslinjer og forskrifter. Alle avdelingene har i løpet av 2020 etablert egne nærværsgupper som skal ha oppmerksomhet på nærvær og HMS-arbeid generelt i avdelingen. Noen avdelinger som over tid har hatt et høyt fravær følges opp av gjennom et samarbeid med NAV arbeidslivssenter. Dette samarbeidstiltaket har stoppet noe grunnet Covid-19. Ordning hvor det kan søkes om HMS-midler som kan bidra til å øke nærværet har blitt videreført i 2020, men har også grunnet Covid-19 fått mindre oppmerksomhet.

Fraværet i sykehuset har gått noe ned siden 2019, men det er likevel høyere enn ønskelig. Over tid har det vist seg at det er de samme avdelingene som har henholdsvis lavt og høyt fravær. Som nevnt ovenfor, følges disse særskilt opp. Hvorvidt Covid-19 har medført en økning i fraværet, er vanskelig å svare på da Covid-19 fravær kan ha erstattet annet fravær. Det er likevel registrert en økning i korttidsfraværet, hvor mye av økningen kan tilskrives Covid-19.

Gjennom 2020 har lederopplæring i kvalitetsforbedring blitt videreført. Grunnet Covid-19, har ikke dette tiltaket blitt ferdigstilt som planlagt. Tiltaket er planlagt ferdigstilt primo 2021.

Som hovedregel gjennomføres det månedlige informasjons-, drøftings- og forhandlingsmøter (IDF) i sykehuset. Ledelsen i sykehuset deltar i tillegg i konsern IDF-møter, som behandler virksomhetsovergripende saker. Det gjennomføres 4 slike møter pr. år. Både de lokale og overordnede møtene er gode samarbeidsarenaer mellom ledelse og tillitsvalgte.

Det har vært gjennomført fem møter i arbeidsmiljøutvalget (AMU). Møtene fungerer som et godt samarbeids- og rådgivningsorgan for ledelsen og vernetjenesten i sykehuset. Ledelsen i sykehuset deltar i tillegg i konsern AMU-møter (KAMU). Det ble i 2020 gjennomført 4 møter i KAMU.

Det er ikke meldt alvorlige skader på ansatte i 2020. Mindre skader som har inntruffet, er rutinemessig meldt til NAV, og KLP. En del av sykefraværet i virksomheten er knyttet til muskel- og skjelettplager grunnet belastninger forårsaket av arbeidets art innenfor helse- og omsorgssektoren. Omfanget skiller seg ikke ut fra andre virksomheter det er naturlig å sammenligne seg med.

Ansatte har mulighet til å melde avvik, herunder også HMS-avvik, gjennom tilrettelagte system. Det meldes hyppigst om vold og trusler fra pasienter. Det er utarbeidet en rutine for forebygging av skader, vold og trusler. I november 2020 gjennomførte arbeidstilsynet tilsyn med oppmerksomhet på vold og trusler om vold. Sykehuset fikk etter tilsynet to pålegg. Det ene pålegget omhandlet avtalen sykehuset har inngått med bedriftshelsetjenesten (BHT), og at denne i større grad måtte konkretiseres med hensyn til de tjenester BHT skal levere til sykehuset. Det andre pålegget omfattet mangelfulle ROS-analyser knyttet til vold og trusler om vold på to avdelinger. Påleggene er fulgt opp og snarlig avsluttet.

Diskrimineringslovens formål er å fremme likestilling, sikre like muligheter og rettigheter og å hindre diskriminering på grunn av etnisitet, nasjonal opprinnelse, avstamning, hudfarge, språk, religion og

livssyn. Betanien sykehus AS arbeider aktivt, målrettet og planmessig for å fremme lovens formål innenfor vår virksomhet. Aktivitetene omfatter blant annet rekruttering, lønns- og arbeidsvilkår, forfremmelse, utviklingsmuligheter og beskyttelse mot trakassering. Når det gjelder trakassering er det utarbeidet en rutine for forebygging og håndtering av trakassering.

Gjennomsnittsalderen blant de ansatte i Betanien sykehus AS er ganske stabilt omkring 45-48 år. Men noe høyere for to av de større yrkesgruppene hjelpepleier/spesialhjelpepleier og spesialsykepleier.

Kvinneandelen er i overkant av 80 %, noe som ikke er uvanlig innenfor virksomheter i helse- og omsorgssektoren.

Antall årsverk, ledere (med kjønnsfordeling) og sykefravær:

	Sykefravær		Årsverk		Antall ledere			
	2020	2019	2020	2019	2020		2019	
					Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
Betanien sykehus AS	8,3 %	10,3 %	199,2	183,0	11	6		
Enhet for psykisk helse	8,2 %		138,2		5	2		
Enhet for somatisk helse	9,7 %	1)	46,0	1)	4	1	1)	1)
Stab/støtte	5,7 %		15,0		2	3		

1) Enhetene for psykisk helse og somatisk helse ble opprettet ved opprettelsen av Betanien sykehus AS i 2020. Har derfor ikke sammenlignbare tall for 2019.

Sykehuset legger til rette for videreutdanning og kompetanseheving for de ansatte.

Ytre miljø

Betanien sykehus AS forurensar ikke det ytre miljø utover det som er normalt for denne type virksomhet. Sykehuset arbeider aktivt for i så stor grad som mulig å gjennomføre kildesortering. Kjemikalieavfall fra røntgenvirksomhet behandles i tråd med forskrifter. Utstrakt grad av kildesortering, gjenbruk og miljøbevissthet i alle ledd og avdelinger i virksomheten blir vektlagt som en del av den daglige drift.

I bestilling fra Helse Vest RHF ligger det et krav om at Betanien sykehus AS miljøsertifiseres etter ISO 14001:2015. Hele Stiftelsen Betanien Bergen ble sertifisert i februar 2019. I oktober 2020 ble sertifiseringen revidert og fornyet.

Årsregnskap, finansiell stilling og fortsatt drift

Årsregnskapet gir et rettviseende bilde av Betanien sykehus AS sine eiendeler og gjeld, finansielle stilling og resultat.

I samsvar med regnskapslovens paragraf 3-3 bekreftes det at forutsetning for fortsatt drift er tilstede.

Fremtidig utvikling

Betanien sykehus AS drifter i henhold til årlige bestillinger på rammeavtale med Helse Vest RHF.

Vurdering av framtidig utvikling er normalt heftet med usikkerhet. Innenfor vår virksomhet er krav til kunnskap og kompetanse høyt, herunder IKT-kompetanse. Det pågår en stor utvikling innenfor digitalisering av virksomheten, både innenfor pasientbehandling og administrative funksjoner. Dette er noe som vil prege virksomheten de nærmeste årene.

Den økonomiske situasjonen i sykehuset er god. Men det arbeides likevel aktivt med å effektivisere driften i så stor grad som mulig, dette i tråd med bestillers ønsker.

Forskning og utvikling

Det er tilrettelagt for forskning og utviklingsarbeid. Sykehuset tar i bruk ny teknologi tilgjengelig via Helse Vest IKT etter behov og i tråd med prioriteringer. Sykehuset er i dialog med VID vitenskapelige høyskole om ytterligere samarbeid innenfor forskning og kvalitetsarbeid.

RESULTAT, INVESTERINGER, FINANSIERING OG LIKVIDITET

Driftsinntektene for Betanien sykehus AS i 2020 var på 259,5 millioner kroner. Det var ingen driftsaktivitet i aksjeselskapet i 2019, men sykehusets virksomhet i Stiftelsen Betanien Bergen hadde en omsetning på 248,8 millioner kroner i 2019. Inntekter reguleres årlig gjennom avtalen med oppdragsgiver Helse Vest RHF og aktivitetsnivå.

Årsresultatet for sykehuset viser et overskudd på 16,1 millioner kroner i 2020, aksjeselskapet hadde i 2019 et underskudd på 11 866 kroner. Driftsaktiviteten i Stiftelsen Betanien Bergen i 2019 gav et overskudd på 14,8 millioner kroner. Det er aktivert investeringer i 2020 på til sammen 12,5 millioner kroner, mens det i aksjeselskapet ikke ble aktivert investeringer i 2019.

Likviditetsbeholdningen var 71,8 millioner kroner pr. 31.12.2020, mot 31,8 millioner kroner pr. 31.12.2019. Økningen stammer fra åpningsbalansen etter virksomhetsoverdragelsen pr 01.01.2020.

Likviditeten er god og bidrar til stor grad av egenfinansiering av investeringer. Forholdet mellom omløpsmidler og kortsiktig gjeld (arbeidskapital) er tilfredsstillende.

Totalkapital ved utgangen av året var 125,5 millioner kroner, mot 31,8 millioner kroner pr. 31.12.2019.

Egenkapitalandelen pr. 31.12.2020 er på 65,9 %.

FINANSIELL RISIKO

Resultatet for 2020 er betydelig bedre enn budsjettert. Dette stammer både fra høyere inntekter enn hva det var budsjettert med, samtidig som at pensjonskostnadene ble langt lavere enn estimert.

Det vesentlige av inntektene kommer fra salg av tjenester til det offentlige på langsiktige kontrakter, dette innebærer forutsigbare og sikre inntekter fremover.

Betanien sykehus AS har ingen langsiktig gjeld som er eksponert mot endringer i rentenivået. Endringer i rentenivået kan påvirke investeringsmulighetene i fremtidige perioder.

Kredittrisikoen anses ut fra type virksomhet og kunder som lav.

Den finansielle situasjonen til sykehuset er god. Den operasjonelle aktiviteten viser en netto kontantstrøm på 4,3 millioner kroner.

Likviditeten i virksomheten er også god, og det er ikke besluttet å innføre tiltak som endrer likviditetsrisiko.

ÅRSRESULTAT OG DISPONERINGER

Årets overskudd på 16 064 059 kroner avsettes til annen egenkapital.

Egenkapital pr. 31.12.2020 utgjør etter dette 82,8 millioner kroner. Denne er ikke sammenlignbar med egenkapitalen pr 31.12.2019 grunnet virksomhetsoverdragelsen pr 01.01.2020.

Styret i Betanien sykehus AS.

Bergen, 22. mars 2021

Per Martin Knutsen
styreleder

Anne Sissel Faugstad
nestleder

Jan-Erik Fjukstad Hansen
styremedlem

Nicolas Melchior Frederic Øyane
styremedlem

Anita Lyssand
styremedlem

Erik Vang
styremedlem

Silje Norvoll Sletten Arefjord
styremedlem

Sigfrid Alnæs
styremedlem

Eli Julseth Birkhaug
daglig leder

Resultatregnskap

DRIFTSINNTEKTER OG DRIFTSKOSTNADER	NOTER	2020	2019
Salg av helse- og omsorgstjenester	2	258 676 286	
Andre driftsinntekter			
Leieinntekter		40 000	
Salg anleggsmidler		750 000	
<i>Sum driftsinntekter</i>		<u>259 466 286</u>	<u>-</u>
Varekostnader		11 810 276	
Lønnskostnader m.m.	3, 9	188 581 093	
Av- og nedskrivninger på varige driftsmidler	4	3 382 729	
Annen driftskostnad	3	40 295 428	11 866
<i>Sum driftskostnader</i>		<u>244 069 527</u>	<u>11 866</u>
Driftsresultat		<u>15 396 759 -</u>	<u>11 866</u>
FINANSINNTEKTER OG FINANSKOSTNADER			
Renteinntekter		667 300	
Rentekostnader		-	
Netto finansresultat		<u>667 300</u>	<u>-</u>
Ordinært resultat		<u>16 064 059 -</u>	<u>11 866</u>
OVERFØRINGER			
Avsatt til annen egenkapital		16 064 059	
Overført fra annen egenkapital			-
<i>Sum overføringer</i>		<u>16 064 059</u>	<u>-</u>

Balanse pr. 31. desember

EIENDELER	NOTER	2020	2019
Anleggsmidler			
Varige driftsmidler			
Arbeid under utførelse	4	1 314 222	
Driftsløsøre, inventar, maskiner e.l.	4	15 350 880	
<i>Sum varige driftsmidler</i>		<u>16 665 102</u>	-
Finansielle anleggsmidler			
Egenkapitalinnskudd KLP		11 526 052	
Pensjonsmidler	9	12 198 922	
<i>Sum finansielle anleggsmidler</i>		<u>23 724 974</u>	-
Sum anleggsmidler		<u>40 390 076</u>	-
Omløpsmidler			
Fordringer			
Kundefordringer		1 651 838	
Andre kortsiktige fordringer		11 692 601	
<i>Sum fordringer</i>		<u>13 344 439</u>	-
Aksje, obligasjons- og pengemarkedsfond		30 982 126	
Bankinnskudd, kontanter o.l.		<u>40 845 383</u>	31 832 087
Sum omløpsmidler		<u>85 171 948</u>	31 832 087
SUM EIENDELER		<u>125 562 024</u>	31 832 087

Balanse pr. 31. desember

EGENKAPITAL OG GJELD	NOTER	2020	2019
<i>Egenkapital</i>			
Innskutt egenkapital			
Aksjekapital	5	1 000 000	30 000
Overkurs	8	9 030 000	
<i>Sum innskutt egenkapital</i>		<u>10 030 000</u>	<u>30 000</u>
Opptjent egenkapital			
Annen egenkapital	8	72 731 542 -	11 866
<i>Sum opptjent egenkapital</i>		<u>72 731 542 -</u>	<u>11 866</u>
Sum egenkapital		<u>82 761 542</u>	<u>18 134</u>
<i>Gjeld</i>			
Langsiktig gjeld			
Annen langsiktig gjeld		5 245 203	-
<i>Sum langsiktig gjeld</i>		<u>5 245 203</u>	<u>-</u>
Kortsiktig gjeld			
Leverandørgjeld		4 322 385	
Skyldig offentlige avgifter		11 539 567	
Annen kortsiktig gjeld	6	21 693 325	31 813 953
<i>Sum kortsiktig gjeld</i>		<u>37 555 277</u>	<u>31 813 953</u>
Sum gjeld		<u>42 800 480</u>	<u>31 813 953</u>
SUM EGENKAPITAL OG GJELD		<u>125 562 023</u>	<u>31 832 087</u>

Bergen, 22. mars 2021

Per Martin Knutsen
styreleder

Anne Sissel Faugstad
nestleder

Jan-Erik Fjukstad Hansen
styremedlem

Nicolas Melchior Frederic Øyane
styremedlem

Anita Lyssand
styremedlem

Erik Vang
styremedlem

Silje Norvoll Sletten Arefjord
styremedlem

Sigfrid Alnæs
styremedlem

Eli Julseth Birkhaug
daglig leder

Kontantstrømoppstilling

KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER	2020	2019
Ordinært resultat før skattekostnad	16 064 059	
Ordinære av- og nedskrivninger	3 382 729	
Pensjonskostnad uten kontanteffekt	- 6 580 242	
Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler	- 26 163 162	
Poster klassifisert som investerings- eller finansieringsaktiviteter	- 944 023	
Endring i kundefordringer	- 1 651 838	
Endring i leverandørgjeld	4 322 385	
Endring i andre omløpsmidler og andre gjeldsposter	15 889 500	
Netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter	4 319 408	-
KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER		
Innbetalinger ved salg av varige driftsmidler		
Utbetalinger ved kjøp av varige driftsmidler	- 11 445 419	
Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	- 11 445 419	-
KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER		
Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	-	
Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld	-	
Innbetaling av konsernbidrag	30 403 135	
Tilførsel av egenkapital	16 589 487	
Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	46 992 622	-
Netto endring i bankinnskudd, kontanter o.l.	39 866 611	-
Beholdning av bankinnskudd, kontanter o.l. pr. 01.01.	31 832 087	
Beholdning av bankinnskudd, kontanter o.l. pr. 31.12.	71 698 698	-

Noter til årsregnskapet

Note 1 – Regnskapsprinsipper

Årsregnskapet er satt opp i samsvar med regnskapsloven av 1998 og god regnskapsskikk i Norge.

Hovedregel for vurdering og klassifisering av eiendeler og gjeld

Eiendeler bestemt til varig eie eller bruk er klassifisert som anleggsmidler. Andre eiendeler er klassifisert som omløpsmidler. Fordringer som skal tilbakebetales innen ett år er klassifisert som omløpsmidler. Ved klassifisering av kortsiktig og langsiktig gjeld er tilsvarende kriterier lagt til grunn.

Anleggsmidler vurderes til anskaffelseskost, men nedskrives til virkelig verdi når verdifallet forventes ikke å være forbigående. Anleggsmidler med begrenset økonomisk levetid avskrives planmessig. Omløpsmidler vurderes til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Annen langsiktig og kortsiktig gjeld er vurdert til pålydende.

Inntekter

Rammetilskudd fra Helse Vest RHF bruttoføres som inntekt i det året tilskuddet er gitt for.

Innsatsstyrt finansiering (ISF-inntekter), egenandeler og refusjoner fra Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) er knyttet opp mot produksjonen i virksomheten og blir inntektsført i den perioden aktiviteten er utført.

Salg av tjenester og leieinntekter inntektsføres når den er opptjent.

Kostnader

Kostnader regnskapsføres i samme periode som tilhørende inntekt. I de tilfeller det ikke er klar sammenheng mellom utgifter og inntekter fastsettes kostnadsfordelingen etter skjønnsmessige kriterier. Øvrige unntak fra sammenstillingsprinsippet er angitt der det er aktuelt.

Fordringer

Kundefordringer og andre fordringer oppføres til pålydende etter fradrag for avsetning til forventet tap. Avsetning til tap gjøres på grunnlag av en individuell vurdering av de enkelte fordringer. I tillegg gjøres det for øvrige kundefordringer en uspesifisert avsetning for å dekke antatt tap.

Bankinnskudd, kontanter o.l.

Bankinnskudd, kontanter o.l. inkluderer kontanter, bankinnskudd og andre betalingsmidler med forfallsdato som er kortere enn tre måneder fra anskaffelse.

Investeringer klassifisert som omløpsmidler

Finansielle instrumenter, herunder aksjer og obligasjoner, som inngår i en handelsportefølje og omsettes på børs, autorisert markeds plass og som har god eierspredning og likviditet, er vurdert til virkelig verdi på balansedagen.

Pensjoner

Betanien sykehus AS er pliktig til å ha tjenestepensjonsordning etter lov om obligatorisk tjenestepensjon, og har ytelsesbasert pensjonsordning som oppfyller kravene etter loven.

Ytelsesbaserte pensjonsordninger

Ved regnskapsføring av pensjon som ytelsesplan, kostnadsføres forpliktelsen over opptjeningstiden i henhold til planens opptjeningsformel. Allokeringsmetode tilsvarer planens opptjeningsformel med mindre det vesentlige av opptjeningen skjer mot slutten av opptjeningsperioden. Lineær opptjening legges da til grunn.

Estimatavvik og virkningen av endrede forutsetninger amortiseres over forventet gjenværende opptjeningstid i den grad de overstiger 10 % av den største av pensjonsforpliktelsen og pensjonsmidlene (korridor). Virkningen av planendringer med tilbakevirkende kraft som ikke er betinget av fremtidig ansettelse, innregnes i resultatregnskapet umiddelbart. Planendringer med tilbakevirkende kraft som er betinget av fremtidig ansettelse, fordeles lineært over tiden frem til ytelsen ikke lenger er betinget av fremtidig ansettelse.

Netto pensjonsforpliktelse er differansen mellom nåverdien av pensjonsforpliktelsene og verdien av pensjonsmidler som er avsatt for betaling av ytelsene. Pensjonsmidlene vurderes til virkelig verdi. Måling av pensjonsforpliktelse og pensjonsmidler gjennomføres på balansedagen. Arbeidsgiveravgift er inkludert i tallene, og er beregnet av netto faktisk underfinansiering.

Innskuddsordning

Innskuddsplaner periodiseres etter sammenstillingsprinsippet. Årets innskudd til pensjonsordningen kostnadsføres.

Valuta

Pengeposter i utenlandsk valuta er i balansen omregnet til balansedagens kurs.

Skatt

Virksomheten til Betanien sykehus AS er ikke skattepliktig for tjenester med ideelt formål og som ikke utgjør næringsaktivitet. Det gjøres fortløpende vurderinger av om aktiviteter og tjenester kan medføre skatteplikt.

Sammenligningstall

Ved endring av regnskapsprinsipp og ved reklassifisering av poster i regnskapet blir sammenlignbare tall rettet tilsvarende.

Note 2 – Inntekter fra helse- og omsorgstjenester

Helse- og omsorgstjenestene utføres i sin helhet i Bergen kommune.

Virksomhetsområder	2020	2019
<i>Spesialisthelsetjeneste Helse Vest RHF</i>		
Basistilskudd	209 304 992	
ISF/DRG-inntekter	31 679 643	
Polikliniske refusjoner fra Helfo	8 504 700	
Egenandeler og andre inntekter	9 186 951	
Sum inntekter fra helse- og omsorgstjenester	258 676 286	-

Betanien sykehus AS leverer spesialisthelsetjenester på oppdrag fra Helse Vest RHF. I den årlige bestillingen for 2020 inngår et basistilskudd for somatiske helsetjenester på 66 464 000 kroner. Innenfor psykisk helsevern er grunntilskuddet på 129 912 000 kroner, i tillegg til et kapitaltilskudd på 1 026 000 kroner. Totalt utgjør dette et tilskudd på 197 402 000 kroner i bestillingen fra Helse Vest RHF.

Det er i tillegg gitt et pensjonstilskudd på 6 347 000 kroner, dette som en kostnadsdekning for økning i pensjonskostnaden i årene 2011-2013. En slik kostnadsdekning er gitt i alle årene fra 2014.

Betanien sykehus AS har i 2020 også mottatt en koronakompensasjon fra Helse Vest RHF for bortfall av aktivitetsbaserte inntekter i perioden mars til mai. Denne kompensasjonen var på 4 564 000 kroner. I tillegg er gitt en tilsvarende kompensasjon for ekstra kostnader som følge av Covid-19. Kompensasjonen på 992 000 kroner skal kompensere for økte kostnader til og med oktober.

Note 3 – Lønnskostnad, årsverk, godtgjørelser, lån til ansatte m.m.

Lønnskostnad	2020	2019
Lønn, honorar, refusjoner m.v.	151 725 765	
Folketrygd / arbeidsgiveravgift	17 993 068	
Pensjonskostnader	16 608 876	
Andre ytelser	2 253 384	
Sum lønnskostnader	188 581 093	

Antall årsverk sysselsatt	199
---------------------------	-----

Avsetning for opptjent, ikke avviklet utdanningspermisjon for overleger og psykologer inngår i posten Annen langsiktig gjeld. Pr. 31.12.2020 er det avsatt 1 884 967 kroner til å dekke forpliktelsen for overleger. For psykologer er avsetningen 3 360 236 kroner pr. 31.12.2020.

Ytelser til ledende personer	Daglig leder	Styret
Honorar til styret		273 000
Lønn daglig leder	1 490 600	
Pensjonskostnad daglig leder	279 085	
Annen godtgjørelse daglig leder	16 556	
Sum ytelser til ledende personer	1 786 241	273 000

Daglig leder har i tillegg til avtalt årslønn, 5 virkedager ekstra fri, samt sluttvederlag tilsvarende seks måneders lønn ved fratreden etter styrets beslutning i henhold til arbeidsmiljølovens § 15-16. Det er ikke inngått avtaler om bonus eller andre lignende ytelser.

Godtgjørelse til revisor	2020	2019
Lovpålagt revisjon	157 600	
Andre attestasjonstjenester	120 882	
Andre tjenester utenfor revisjonen	25 400	
Sum revisorgodtgjørelse	303 882	

Andre tjenester utenom revisjon gjelder bistand i sammenheng med etablering av Betanien sykehus AS, innføring av personaladministrative system, samt avgiftsmessige problemstillinger.

Note 4 – Varige driftsmidler

Varige driftsmidler	Arbeid under utførelse	Driftsløsøre, inventar, maskiner e.l.	Sum
Anskaffelseskost pr 01.01	781 470	5 423 942	6 205 412
Tilgang kjøpte driftsmidler	1 314 222	12 528 197	13 842 419
Overført til tilgang driftsløsøre	- 781 470	781 470	-
Anskaffelseskost pr 31.12	1 314 222	18 733 609	20 047 831
Akkumulerte av- og nedskrivninger pr 01.01	-	-	-
Akkumulerte av- og nedskrivninger pr 31.12	-	3 382 729	3 382 729
Bokført verdi pr 31.12	1 314 222	15 350 880	16 665 103
Årets avskrivninger		3 382 729	3 382 729
Avskrivningsplan	Lineær	Lineær	
Økonomisk levetid	10 år	5-7 år	

Note 5 – Aksjekapital og aksjonærinformasjon

Aksjekapitalen i selskapet utgjør 1 000 000 kroner, fordelt på 1 000 aksjer hver pålydende 1 000 kroner.

Note 6 – Konsernforhold

Betanien sykehus AS er et 100 % eid datterselskap av Stiftelsen Betanien Bergen og inngår i konsernkonsolideringen i morselskapet. Morselskapet har forretningskontor i Bergen kommune.

Sykehusets mellomværende kortsiktige gjeld mot konsernet er på 5 650 791 kroner pr 31.12.2020.

Note 7 – Bankinnskudd og kortsiktige plasseringer av likvide midler

Bundne skattetrekksmidler i Betanien sykehus AS utgjør 5,8 millioner kroner.

Det er i tillegg plassert likvide midler i pengemarkedsfond med markedsverdi pr 31.12.2020 på 31,0 millioner kroner.

Andeler i fond	Kostpris	Markedsverdi	Periodens resultatførte verdiendring
Pengemarkedsfond	30 000 000	30 982 126	578 991
Sum	30 000 000	30 982 126	578 991

Note 8 – Egenkapital

	Aksjekapital	Overkurs	Annen egenkapital	Sum egenkapital
Egenkapital 31.12.2019	30 000		- 11 866	- 18 134
<i>Årets endring i egenkapital</i>				
Kapitalutvidelse	970 000	9 030 000		10 000 000
Kontinuitetseffekt ved virksomhetsoverdragelse			56 679 349	56 679 349
Årets resultat			16 064 059	16 064 059
Egenkapital 31.12.2020	1 000 000	9 030 000	72 731 542	82 761 542

Betanien sykehus AS har fått overført sykehusvirksomheten til Stiftelsen Betanien Bergen. Dette representerer en omorganisering som regnskapsføres til kontinuitet. Virkelig verdi på virksomheten er vurdert til 10 MNOK som danner grunnlaget for den selskapsrettslige kapitalforhøyelsen. Stiftelsen Betanien Bergen har regnskapsført pensjoner etter NRS 6 med korridorløsningen for estimatavvik.

Det ikke regnskapsførte estimatavviket i Stiftelsen Betanien er videreført i Betanien sykehus AS. Som følge av dette oppstår et positivt kontinuitetseffekt på egenkapitalen på 56 MNOK. For øvrige eiendeler og gjeld er det ikke identifisert forskjeller mellom virkelig verdi og tidligere bokført verdi i Stiftelsen Betanien.

Note 9 – Pensjonskostnader, -midler og forpliktelser

Selskapet er pliktig til å ha tjenstepensjonsordning etter lov om obligatorisk tjenstepensjon og har pensjonsordning som tilfredsstiller kravene i denne lov. Stiftelsen Betanien Bergen har foretakspensjonsordning i KLP for sine ansatte. Ordningen gir rett til fremtidige definerte ytelser. Disse er i hovedsak avhengig av antall opptjeningsår, lønnsnivå ved oppnådd pensjonsalder og størrelsen på ytelsene fra folketrygden.

Betanien sykehus AS	31.12.2020	01.01.2020
Nåverdi av årets pensjonsopptjening	21 079 167	
Rentekostnad av pensjonsforpliktelsen	11 272 608	
Avkastning på pensjonsmidler	- 16 548 254	
Resultatført estimeringstap/gevinst	888 229	
Administrasjonskostnader	1 086 918	
Periodisert arbeidsgiveravgift	2 224 231	
Netto pensjonskostnad inkl. aga	20 002 899	

Medlemsinnskudd fra ansatte	- 2 944 468
-----------------------------	-------------

Bokført pensjonskostnad	17 058 431
--------------------------------	-------------------

Pensjonsforpliktelsen	31.12.2020	01.01.2020
Brutto påløpt pensjonsforpliktelse	537 454 803	475 381 945
Pensjonsmidler	468 293 914	430 631 140
Netto forpliktelse før aga	69 160 889	44 750 805
Arbeidsgiveravgift	9 751 685	6 309 864
Brutto påløpt forpliktelse inkl. aga	547 206 488	481 691 809
Ikke resultatført aktuarielt gevinst (tap) inkl aga	91 111 496	56 679 349
Netto balanseført pensjonsforpliktelse inkl aga	12 198 922	5 618 680

Faktisk avkastning på pensjonsmidler	2020
Forventet avkastning på pensjonsmidler	16 548 254
Aktuarielt gevinst (tap) på pensjonsmidlene	11 416 021
Faktisk avkastning på pensjonsmidlene	27 964 275

Antall personer omfattet av ordningen pr 31.12

Aktive	270
Oppsatte	325
Pensjonister	193

Økonomiske forutsetninger 31.12	31.12.2020
Diskonteringsrente	1,70 %
Forventet avkastning på fondsmidler	3,10 %
Forventet lønnsregulering	2,25 %
Forventet pensjonsøkning	1,24 %
Forventet regulering av folketrygdens grunnbeløp (G)	2,00 %

Note 10 – Koronaviruset/Covid-19:

Økonomisk og likviditetsmessig har ikke sykehuset opplevd vesentlige negative endringer som følge av utbruddet og spredningen av koronaviruset/Covid-19 i 2020.

Vår oppdragsgiver gir i stor grad rammefinansierte driftstilskudd. En del av våre tilbud er aktivitetsbaserte, og vil resultere i inntektsreduksjon så lenge tilbudet er stengt og det ikke utføres pasientkonsultasjoner som gir rett til polikliniske refusjoner. Fra oppdragsgiver er sykehuset blitt tildelt kompensasjon for tapte inntekter på bakgrunn av koronaviruset/Covid-19. I tillegg er det også kompensert for økte kostnader grunnet pandemien.

Styret og ledelsen i sykehuset følger utviklingen nøye og gjør de tiltak som er nødvendige for å sikre forsvarlig og fortsatt drift innenfor de viktige samfunnsoppdrag sykehuset har for det offentlige og i tjeneste for mennesker som er avhengige av vårt tilbud.

Det er ikke forhold ved situasjonen som påvirker vurdering av regnskapsmessig resultat for 2020, og den finansielle stilling pr. 31.12.2020.

Forutsetning for fortsatt drift er tilstede gjennom det samfunnsoppdraget sykehuset ivaretar innenfor helse og omsorg. Den finansielle stillingen virksomheten har ved inngangen til 2021 og den ekstraordinære situasjonen helse- og omsorgssektoren opplever som følge av koronaviruset gir sykehuset grunnlag for og målsetting om å yte gode og tilpassede tjenester til våre pasienter og brukere også i 2021.

Note 11 – Hendelser etter balansedagen

Det har etter balansedagen ikke inntruffet hendelser av vesentlig betydning for det avlagte regnskapet.

Sak 12-2021 Låneavtale Betanien sykehus AS og Stiftelsen Betanien Bergen

Formål:

Formålet med saken er å få godkjent låneavtale mellom Stiftelsen Betanien Bergen og Betanien sykehus AS i forbindelse med plassering av konsernets finanskapital samlet og til bedre betingelser enn plassering på høyrentekonto bank gir. Betanien sykehus AS er garantert en bedre rente enn plassering av likvide midler på høyrentekonto bank eller tilsvarende, med et påslag på 0,05%, slik det framgår av vedlagte låneavtale. Gjennom dette er Betanien sykehus AS sikret tilfredsstillende avkastning på likvide midler på som er ment for spesialisthelsetjenesteformål.

Bakgrunn:

Stiftelsen Betanien Bergen har gjennom årene opparbeidet seg egenkapital og finanskapital gjennom kontantstrømmer fra driften og salg av eiendommer. Det ble tidlig på 2000-tallet investert midler i aksjefond og rentefond. Det ble i byggeperioden 2006-2010 tatt opp langsiktige lån for å finansiere nybygg, i tillegg til at to eiendommer i Bergen sentrum, herunder det gamle sykehusbygget i Kalfarveien, ble solgt. I 2017 ble ledig likviditet og plasseringer i aksjefond brukt til å betale ned på langsiktig gjeld, som ikke var øremerkede lån mot Helse Vest RHF og Bergen kommune. For aksjefond var målsettingen også å sikre gevinst (jf. styresak 47-2017). Etter nedbetaling av langsiktig gjeld ved bruk av bankinnskudd og aksjefond i 2017, økte egenkapitalprosenten betydelig.

Kontantstrømmene i stiftelsen har vært gode også etter nedbetaling av lån i 2017. Pr. 31.12.20 er situasjonen den at stiftelsen totalt sett har ca. 90 millioner kroner i finanskapital. Ca. 60 millioner av disse er ikke nødvendig for den daglige drift. Ut ifra en forsiktig tilnærming bør ca. 50 millioner kroner inngå i en mer aktiv finansforvaltning enn i dagens situasjon, med tanke på at avkastning på investeringen på 30 millioner kroner i rentefond gjennomført i juli 2019 ikke er tilfredsstillende ut fra Stiftelseslovens § 18 som setter krav om både forsvarlig forvaltning og tilfredsstillende avkastning for å ivareta stiftelsen formål. Saken er en oppfølging og implementering av styresak 6-2021, jf. sak 42-2020 og 58-2020, i Stiftelsen Betanien Bergen.

Sammendrag:

Det er i samarbeid med Advokatfirmaet PwC utarbeidet låneavtale mellom Betanien sykehus AS og Stiftelsen Betanien Bergen på 42.000.000 kroner. Resten av midlene som blir plassert via DNB Private Banking på 50.000.000 kroner er hentet fra Stiftelsen Betanien Bergen.

Medbestemmelse:

Saken er en oppfølging av vedtak i sak 6-2020 m.fl. i Stiftelsen Betanien Bergen, og er ikke gjenstand for drøfting.

Verdier:

Forvaltningen av konsernets finanskapital skal understøtte verdiene; **omsorg, helhetssyn, åpenhet, kreativitet, og kvalitetsbevissthet.**

Miljøperspektiv:

Saken har ingen negative konsekvenser for miljø.

Forslag til vedtak:

1. Styret gir sin tilslutning til framlagt låneavtale mellom Betanien sykehus AS og Stiftelsen Betanien Bergen, og ber sykehusdirektør signere avtalen på vegne av Betanien sykehus AS.

Vedlegg:

1. Forslag til låneavtale mellom Stiftelsen Betanien Bergen og Betanien sykehus AS

Saksbehandler: Eli J. Birkhaug, sykehusdirektør

Ansvarlig: Per Martin Knutsen, administrerende direktør

LÅNEAVTALE MELLOM
BETANIEN SYKEHUS AS OG STIFTELSEN BETANIEN BERGEN

Avtaleparter

Stiftelsen Betanien Bergen eier Betanien sykehus AS 100%. Sykehusdriften ble overført fra Stiftelsen Betanien Bergen til Betanien sykehus AS fra 01.01.2020 gjennom en virksomhetsoverdragelse.

Låntaker:

Stiftelsen Betanien Bergen (org nr 968 349 627)
Vestlundveien 23
5145 Fyllingsdalen

Långiver:

Betanien sykehus AS (org nr 922 716 552)
Vestlundveien 23
5145 Fyllingsdalen

Bakgrunn

For å oppnå tilfredsstillende avkastning på likvide midler i konsernet har Stiftelsen Betanien Bergen inngått avtale med ekstern kapitalforvalter om profesjonell forvaltning av konsernets likviditet. I forbindelse med virksomhetsoverdragelsen 01.01.2020 ble en vesentlig del av likvide midler overført Betanien sykehus AS. Stiftelsen Betanien Bergen har ressurser og er i posisjon til å ta risikoen med kapitalforvaltningen, og er derfor bakgrunnen for at denne låneavtalen inngås.

Betanien sykehus AS skal ha risikofri plassering og avkastning på egne og utlånte midler som tilsvarer en konkurransedyktig rente i bankmarkedet. Dette med bakgrunn i at Betanien sykehus AS sitt formål er å levere spesialisthelsetjenester, og ikke drive finansforvaltning.

Denne låneavtalen regulerer lånevilkår mellom Betanien sykehus AS og Stiftelsen Betanien Bergen.

Tilbakebetaling og renteberegning

Stiftelsen Betanien Bergen skal godskrive renter til Betanien sykehus AS for lånebeløpet tilsvarende gjeldende ordinær særvilkårsrente eller 3 måneders Niborrente + påslag. Kapitalisering skjer pr kvartal, hvor beløp inngår i påfølgende kapitaliseringer. Valg mellom gjeldende ordinær særvilkårsrente + 0,05%, eller 3 måneders Niborrente + ordinært påslag + 0,05%, gjøres forut for hvert kalenderår, innen 15.12.

Stiftelsen Betanien Bergen er ansvarlig for at lånebeløp med godskrevne og påløpte renter innfris overfor Betanien sykehus AS ved påkrav, men likevel slik at lånet i sin helhet er tilbakebetalt innen 31.12.2030. Ved forsinket betaling skal det betales lovbestemt forsinkelsesrente.

Lånebeløp

Mellom Betanien sykehus AS og Stiftelsen Betanien Bergen er det dags dato inngått avtale om et lånebeløp tilsvarende kr 42.000.000,-, som skal godskrives med avtalt rente.

Det skal ikke stilles sikkerhet for lånet.

For 2021 er det avtalt betingelser tilsvarende gjeldende ordinær særvilkårsrente hos vår nåværende bankforbindelse.

Godkjenning

Denne låneavtale har vært til behandling og godkjenning i styret i Betanien sykehus AS og styret i Stiftelsen Betanien Bergen.

Styrene i de respektive selskapene har gjennom sine vedtak delegert til daglig leder i Stiftelsen Betanien Bergen og daglig leder i Betanien sykehus AS å signere denne låneavtalen.

Fyllingsdalen, 22.03.2021

Per Martin Knutsen
Administrerende direktør
Stiftelsen Betanien Bergen

Eli J. Birkhaug
Sykehusdirektør
Betanien sykehus AS

Sak 13-2021 – Årsmeldinger 2020

Formål:

Å informere styret om alle sider av driften gjennomført av Betanien sykehus i 2020.

Bakgrunn:

Årsmeldingene er ment som informasjon og oppsummering av områder der det gjøres et systematisk arbeid som både direkte og indirekte er knyttet pasientarbeid.

Medbestemmelse:

Årsmeldingene skal gjøres tilgjengelig for alle i organisasjonen.

Verdier:

Kvalitet og åpenhet er noen av kjerneverdiene våre, og oppsummering av drift må være tilgjengelig for alle ansatte. Dette gir grunnlag for evaluering og korrigering i tråd med forskrift for ledelse- og kvalitetsforbedring.

Forslag til vedtak:

1. Styret tar årsmeldingene for 2020 til orientering.

Vedlegg:

1. Virksomhetsrapport 2020
2. Kvalitetsrapport 2020
3. Årsmelding KEK 2020
4. Årsmelding KPU 2020
5. Årsmelding avvik 2020
6. Status avvik 2020
7. Årsmelding pasientsikkerhetsvisitt 2020
8. Årsmelding farmasøytisk tjeneste 2020
9. Årsmelding AMU 2020
10. Årsmelding Avonova (bedriftshelsetjeneste) 2020
11. Årsmelding brukerutvalg Betanien sykehus 2020

Ansvarlig: Eli Julseth Birkhaug

Virksomhetsrapport

Betanien sykehus AS

2020

Kvalitet, aktivitet, økonomi, personal



Innhold

1	Sykehusdirektør sin vurdering.....	3
2	Pasientbehandling	5
2.1	Inntak av pasienter - alle	5
2.2	Ventetider – alle	5
2.2.1	Ventetider enhet for psykisk helse.....	5
2.2.2	Ventetider enhet for somatisk helse.....	6
2.3	Fristbrudd 2020.....	8
2.3.1	Fristbrud psykisk helsevern	8
2.3.2	Fristbrudd enhet for somatisk helse	9
2.4	Enhet for psykisk helse pasientflyt 2020.....	9
2.4.1	Enhet for psykisk helse – pasientflyt barn og unge (BUP)	9
2.4.2	Enhet for psykisk helse – poliklinisk behandling voksne	10
2.4.3	Pasientaktivitet – enhet for psykisk helse 2018-2020	10
2.4.4	Enhet for somatisk helse – pasientflyt	12
2.5	Oppfølging og samhandling.....	15
2.5.1	Psykisk helsevern – epikrisetid.....	15
2.5.2	Enhet for somatisk helse – epikrisetid – dagkirurgisk avdeling og røntgenavdeling ..	16
2.6	Behandlingsresultat og kvalitetsmål	16
3	Personell	17
3.1	Bemanning	17
3.2	Overtid	18
3.3	Fravær	18
4	Økonomi.....	21
4.1	Regnskap og budsjett.....	21
4.2	Uforutsette og ekstraordinære hendelser	22

1 Sykehusdirektør sin vurdering

Samlet sett har vi kommet gjennom Covid-19 pandemien med akseptable konsekvenser for våre pasienter. Det har vært mindre inntak i perioder, og noe økt ventetid, men alle som har rettigheter innen spesialisthelsetjenesten har fått hjelp. De sykeste blir prioritert. Det har vært praktisert hjemmekontor der det er mulig og delte arbeidslag der det er hensiktsmessig. Vi har brukt video- og telefonkonsultasjon der det er mulig. To ansatte har vært smittet av Covid-19. I begge tilfeller var det ingen nærkontakter og heller ikke smitte på sykehuset. En pasient kom til oss med kjent smitte fra en annen sykehusavdeling. Det har vært noe økt ventetid innen enhet for psykisk helse de siste månedene av 2020, men god aktivitet. Dagkirurgisk avdeling har hatt en fin utvikling siste 2-3 månedene, med økt aktivitet og reduksjon i ventetid.

Vi har i skrivende stund ikke mottatt bestilling for 2021, men det er gitt signaler om at krav til blant annet epikrisetid blir skjerpet og økt fokus på samarbeid og samhandling med andre tjenester (Helsefellesskapet).

Akkumulert sykefravær i sykehuset er 8,33 % pr. desember 2020. I dette ligger også Covid-19 relatert fravær. Vi ønsker en reduksjon av fravær til neste år. Dette har vært drøftet med ledere, i AMU og tatt opp med tillitsvalgte. Vi ønsker å sette oss avdelingsvise mål om 10 % reduksjon i fravær for 2021. Vi har stort fokus på nærvær hvor vi har etablert nærværsgupper i alle avdelinger, startet på HMS ROS-analyse og har spesielt fokus på de avdelingene som er mest belastet med fravær. Opplæring er gitt.

Forbedringsundersøkelsen som blir svart ut i løpet av mars 2021 vil gi oss en retning for HMS-arbeidet i 2021. Første mål er å øke svarprosent i forhold til 2020.

DNV GL gjennomførte miljørevisjon, med fokus på innkjøp i oktober 2020 med forutgående internrevisjon i flere avdelinger. Avvikene er utbedret innen frist som var 01.03.21.

Arbeidstilsynet hadde tilsyn i enhet for psykisk helse i november 2020 med fokus på vold og trusler om vold. Det arbeides med å lukke de to påleggene som ble gitt av Arbeidstilsynet etter tilsynet, knyttet til vold og trusler om vold. Frist 31.03.21.

01.01.20 ble Betanien sykehus AS opprettet som et datterselskap under Stiftelsen Betanien i Bergen. Det er laget en ny organisasjonsstruktur for å styrke tjenestene våre. Vi har fortsatt et arbeid å gjøre for å implementere ny organisering, men er kommet godt i gang. Det vil i 2021 bli gjennomført en evaluering i hele stiftelsen. I 2021 vil sykehuset ha spesielt fokus på samarbeidsarenaer innen enhet for psykisk helse og merkantiltjenesten for å jobbe med fellesfunksjoner og for å bedre arbeidsflyt både knyttet til pasient og administrativt arbeid.

MOT-porteføljen har blitt delvis implementert i 2020, i tillegg har vi forberedt implementering av nytt kvalitetssystem. Dette har vært krevende for de ansatte og arbeidet fortsetter inn i 2021. Våren/sommeren 2021 vil vi begynne å se effekten av flere systemer, slik at det kan frigis arbeidskraft til andre oppgaver.

Covid-19 har medført både tapte inntekter og økte kostnader for sykehuset. Helse Vest har meldt skriftlig at private ideelle skal få kompensasjon på lik linje med helseforetakene. Vi har mottatt en samlet kompensasjon for å dekke tap av aktivitetsbaserte inntekter og økte kostnader på 5,5 millioner kroner.

Prognosen for 2020 viser et bedre resultat enn budsjettet for 2020. Dette er blant annet relatert til pensjonskostnader og kompensasjon tapte inntekter grunnet Covid-19.

I kjølvannet av å ha etablert Betanien sykehus AS er det noe administrativt arbeid som har tatt lengre tid enn vi så for oss. Dette gjelder for eksempel implementering av fullmaktmatriksen. Det arbeides med dette i samarbeid med de andre virksomhetene.

Prioriterte oppgaver 2021:

- Utbygging og endring av areal til bruk dagkirurgisk avdeling og resepsjon
- Planlegging av pasientflyt enhet for psykisk helse (voksne) – med kontroll
- Epikrisetid enhet for psykisk helse
- Forbedre rapportene som vi får tilgang på gjennom Helse Vest (tidligere styringsportalen)
- Implementering av systemer og følge opp Alle møter/Vel møtt program
- Forbedre administrativ arbeidsflyt
- Nærvær
- Etablere plattform for kvalitet- og utviklingsarbeid og forskning.
- Effektivisere drift for å kunne bruke mest mulig ressurser inn mot pasientarbeid

2 Pasientbehandling

2.1 Inntak av pasienter - alle

Det har vært redusert inntak av pasienter i alle avdelinger men Covid-19 effekten har vært størst innen enhet for somatisk helse.

2.2 Ventetider – alle

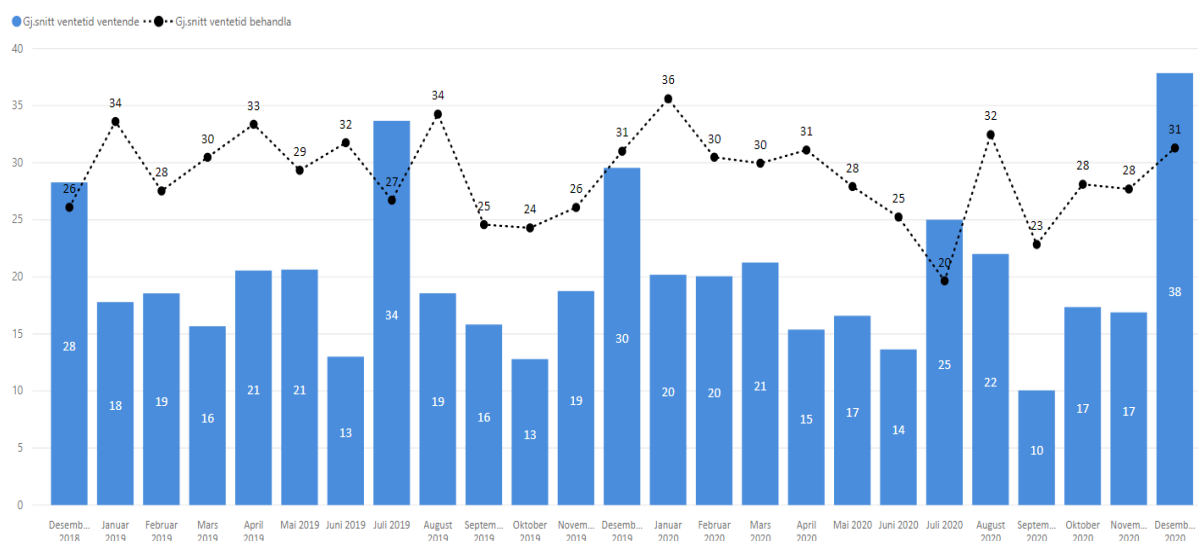
Ventetid innen enhet for psykisk helse har i løpet av de siste årene ligget stabilt og for det meste under kravet fra Helse Vest. Innen enhet for somatisk helse har det vært en god utvikling spesielt de siste 2-3 månedene av 2020.

2.2.1 Ventetider enhet for psykisk helse

BUP - ventetid

- Krav fra Helse Vest ventetid < 35 dager

Kravet er ivaretatt 11 av 12 måneder i 2020 tross Covid-19, økt antall henvisninger (20-25 %), mer alvorlige tilstander og hastehenvendelser. Gjennomsnittlig ventetid 2020 er 28,5 dager, i 2019 var ventetid i gjennomsnitt 29,4 dager.

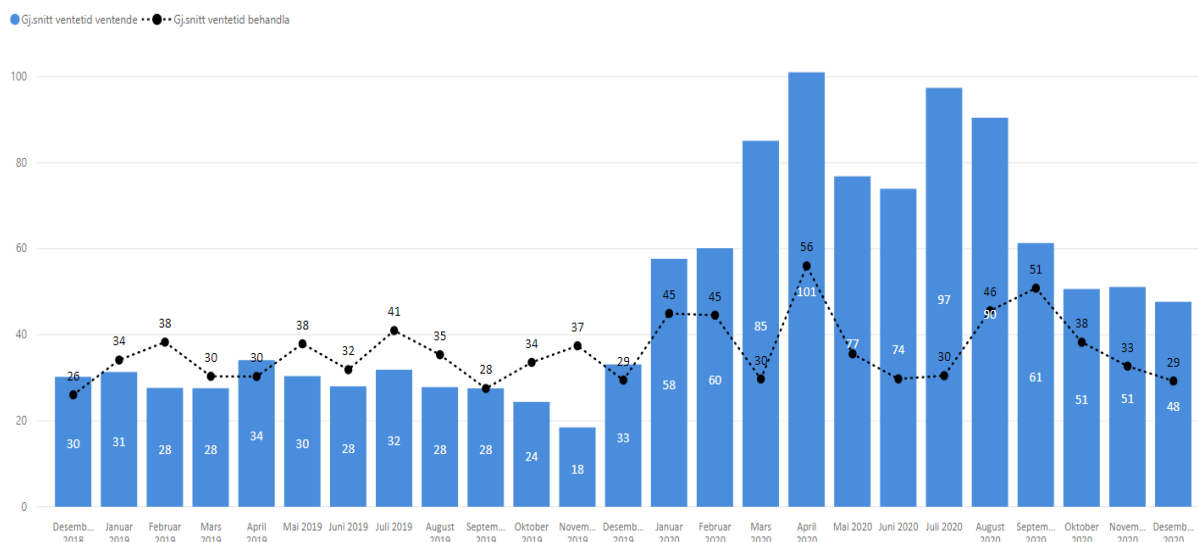


Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk - ventetid

Psykisk helsevern voksne – ventetid

- Krav fra Helse Vest < 40 dager

Poliklinikk for voksne har vært under måltall 7 av 12 måneder. Gjennomsnitt ventetid totalt 2020 ble 39 dager, mot 34 i 2019.



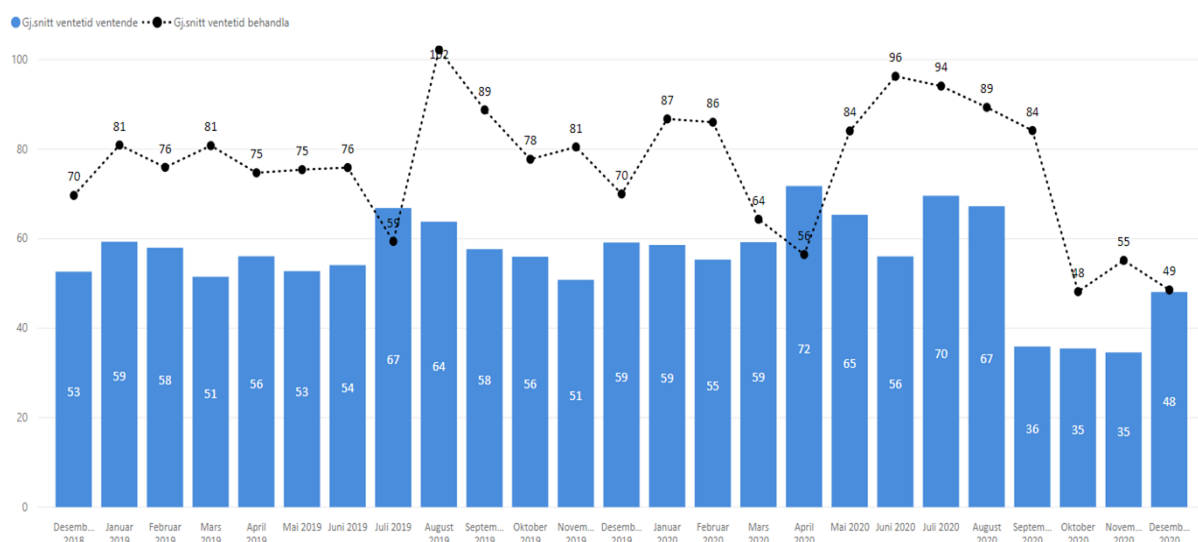
Psykisk helsevern voksne poliklinikk (allmenn- og psykosepoliklinikk) - ventetid

2.2.2 Ventetider enhet for somatisk helse

Dagkirurgisk avdeling – ventetid

- Krav fra Helse Vest < 53 dager

Dagkirurgisk avdeling hadde gjennom store deler av 2020 en ventetid som lå over måltallet fra bestillingen, med et gjennomsnitt på 74 dager. I hovedsak har den forhøyete ventetiden skyldtes Covid-19 og de utfordringer denne har gitt, men det har også vært knyttet til legefravær. Siste kvartal av 2020 fikk vi på plass innleid kirurg som bidro til å senke ventetiden innen generell kirurgi. I tillegg sluttet en gynekolog i avdelingen som bidro til at en pasientgruppe som genererte en del ventetid ble overflyttet til annet sykehus. Utviklingen gjennom 2020 har vist en nedadgående ventetid. I 2019 lå ventetiden i gjennomsnitt på 78 dager.

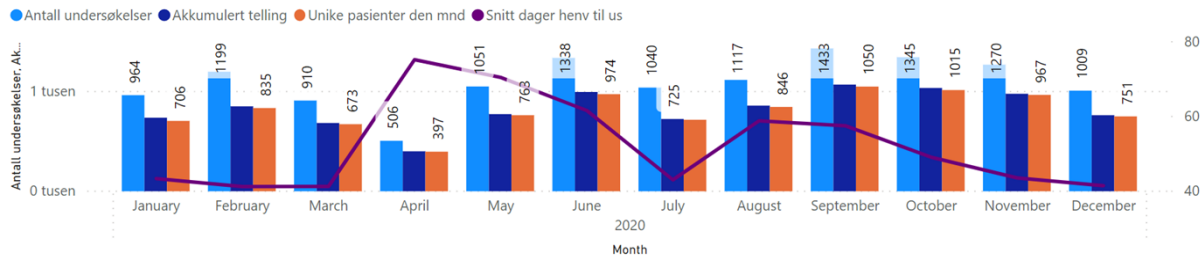


Somatisk enhet Dagkirurgisk avdeling - ventetid

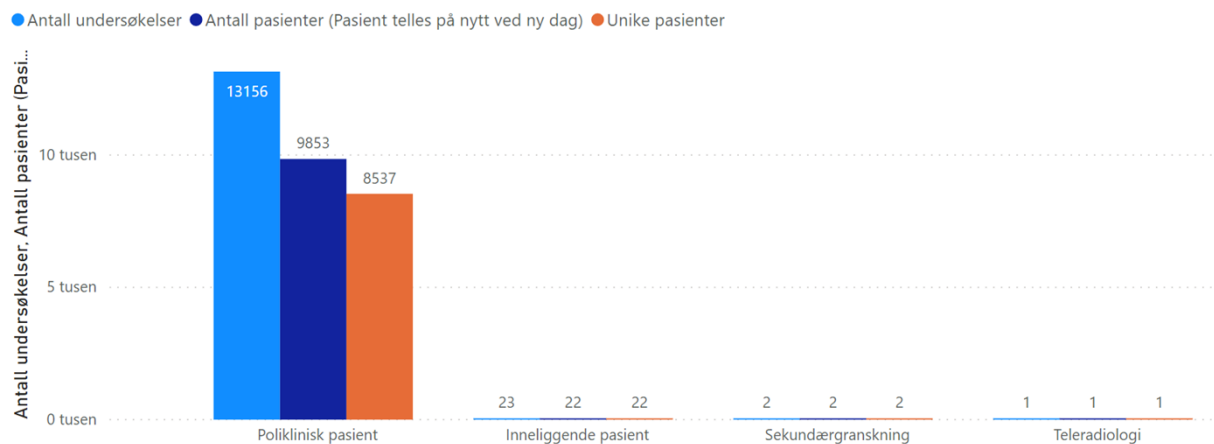
Røntgenavdeling - ventetid

Ventetid for radiologiske undersøkelser har også økt i 2020. I røntgenavdelingen skyldes økningen i ventetid en kombinasjon av Covid-19 og fravær av lege. Vi har i siste del av 2020 hatt stort fokus på å rekruttere radiologer, samtidig som vi har sett på mulighetene for å øke programmet igjen. Avdelingen har fått på plass flere radiologer og vi forventer en nedgang i ventetid i 2021.

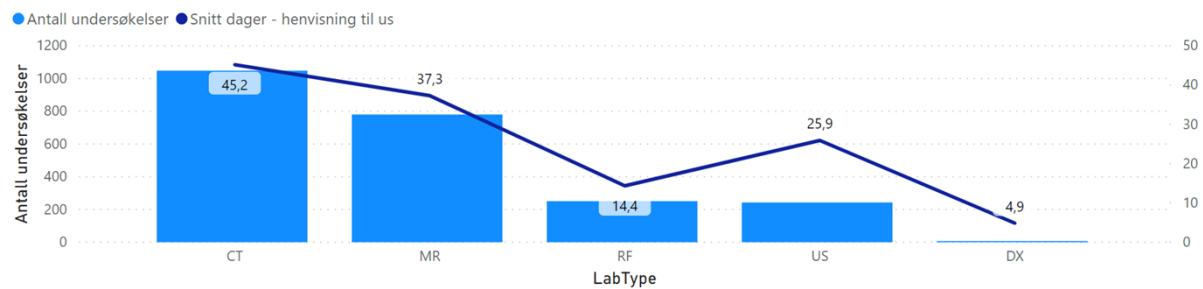
Månedsfordeling- Undersøkelser, akkumulert og unike pasienter



Henvisningskategori



Prioritet



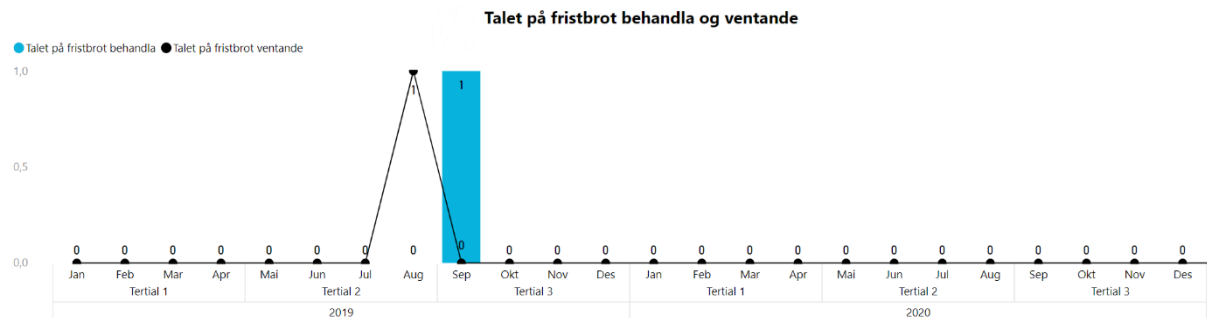
Laboratoriet – ventetid

Ingen ventetid.

2.3 Fristbrudd 2020

2.3.1 Fristbrud psykisk helsevern

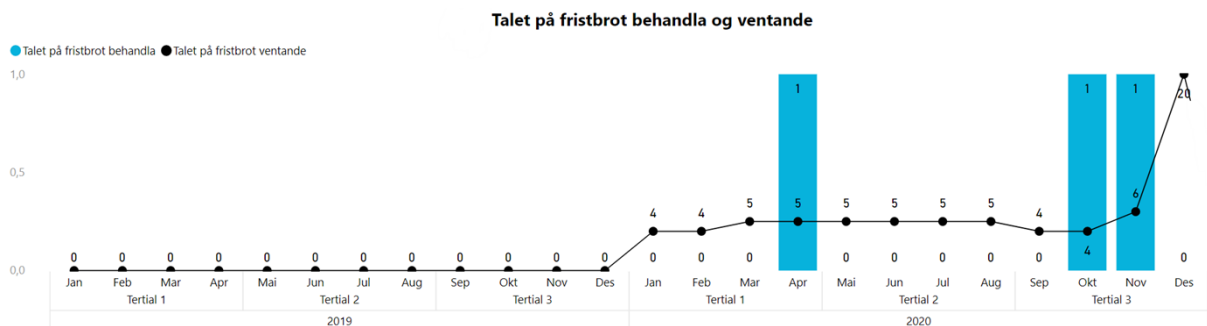
BUP har ikke hatt fristbrudd siden november 2018.



Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk - fristbrudd

I DPS har det vært registrert fristbrudd i 2020. De fleste registrerte fristbrudd har ikke vært reelle. Det har for eksempel vært snakk om registreringsfeil i overføring av pasienter mellom helseforetak og start behandling (fristbrudd ventende).

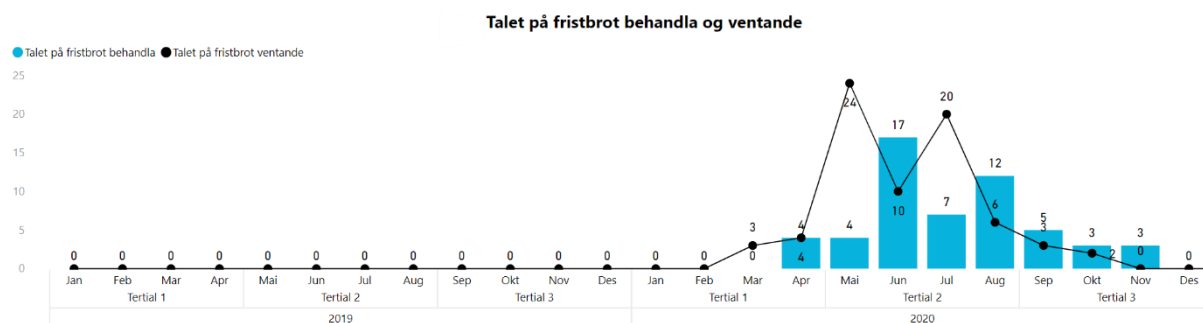
Vi har i en overgangsfase hatt redusert tilgang på kompetanse innen kontroll og oppfølging av aktivitet. Vi har ansatt merkbart leder med rett kompetanse, øker kompetansen til behandlere og merkbart i bruk av DIPS Arena. Fokus arbeidsflyt og det er nye rutiner etter innføring av DIPS Arena. Bedre kontrollrutiner.



Psykisk helsevern voksne poliklinikk (allmenn- og psykosopoliklinikk) - fristbrudd

2.3.2 Fristbrudd enhet for somatisk helse

De siste årene har det ikke vært fristbrudd ved dagkirurgisk avdeling. Da Covid-19 pandemien kom opplevde vi for første gang på lang tid at vi fikk fristbrudd i behandlingen. Fra april til august hadde vi stigende trend med fristbrudd, men i årets siste måneder klarte vi å snu trenden. Både i oktober og november hadde vi svært få fristbrudd, mens i desember klarte vi å unngå fristbrudd. Vi forventer at de grepene som er gjort med å øke legebemanningen vil medføre at vi holder oss lavt på fristbrudd også i 2021.

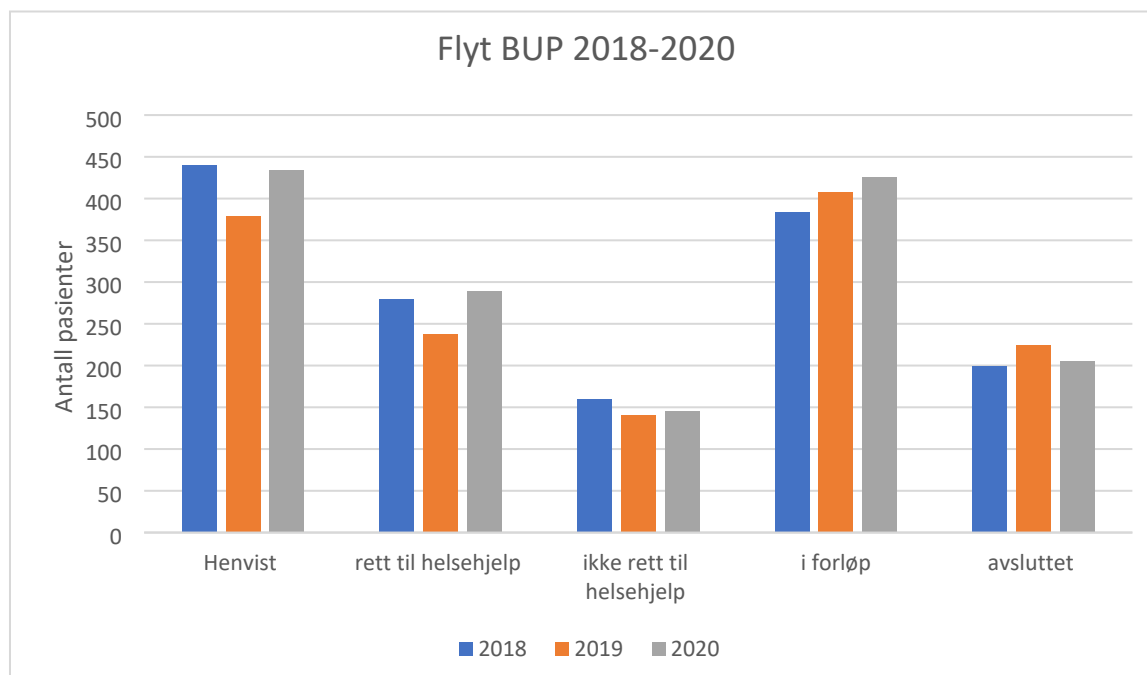


Somatisk enhet Dagkirurgisk avdeling – fristbrudd

2.4 Enhet for psykisk helse pasientflyt 2020

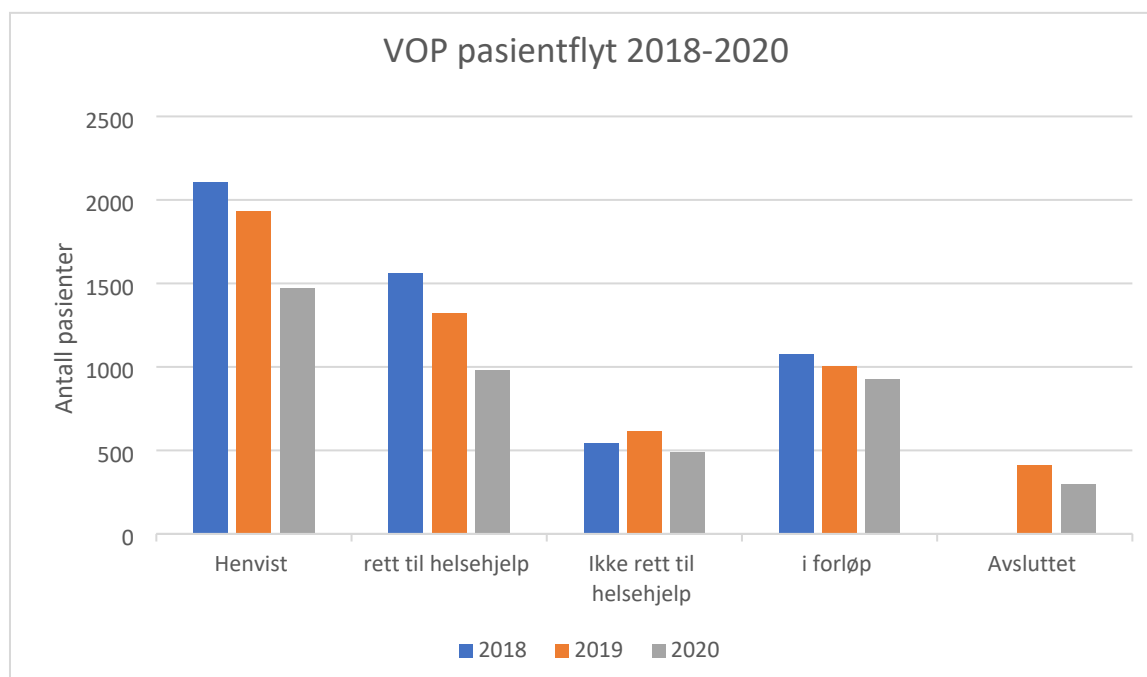
2.4.1 Enhet for psykisk helse – pasientflyt barn og unge (BUP)

Kurven viser aktivitet i BUP perioden 2018 til og med 2020. Antall henvisninger mottatt 2020 har økt sammenlignet med 2019, men ligger litt under antall henvisninger 2018. Flere har fått rett til helsehjelp i 2020 enn de to foregående årene. Færre saker har vært avsluttet i 2020, noe som gir flere saker i forløp. Det har fra BUP vært meldt om flere pasienter med alvorlige forløp og behov for sammensatte tjenester. Dette kan være en av forklaringene på økt press i poliklinikken i tillegg til økt antall pasienter henvist. Bemanning har vært uendret siste 5-6 årene.



2.4.2 Enhet for psykisk helse – poliklinisk behandling voksne

Oversikten viser trenden de siste tre årene for poliklinikkene i psykisk helsevern voksne. Det har vært en reduksjon i antall henvisninger siste tre årene. Avvisningsprosenten har blitt noe redusert, men vi tar imot færre pasienter enn tidligere år. Det er en liten reduksjon i antall pasienter i forløp og lett reduksjon i avsluttede saker fra 2019 til 2020. Dette kan skyldes at noen går over i andre forløp med avtalespesialister eller spesialiserte løp for eksempel fire dagers klinikk. Det meldes fra om tyngre pasientgrupper og mer sammensatte behov.



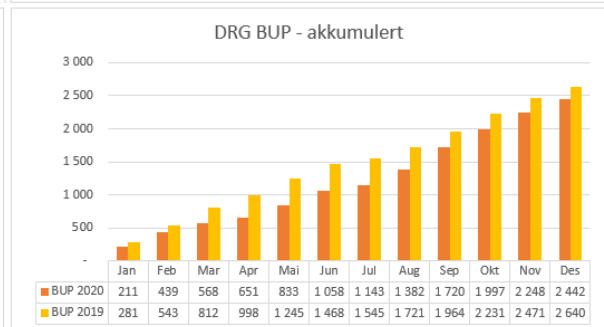
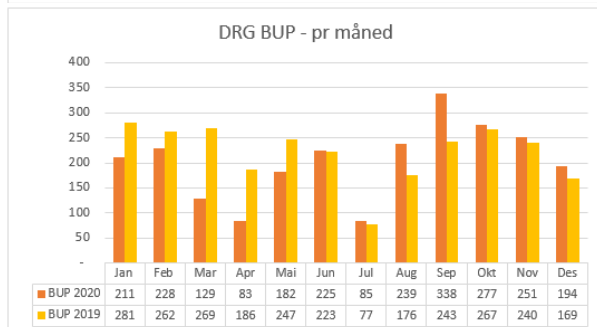
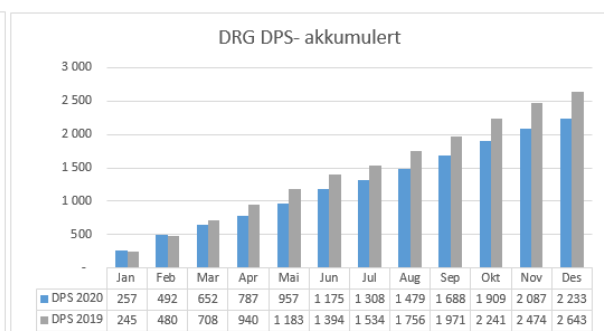
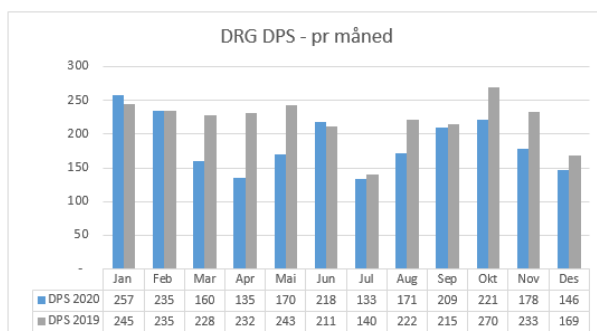
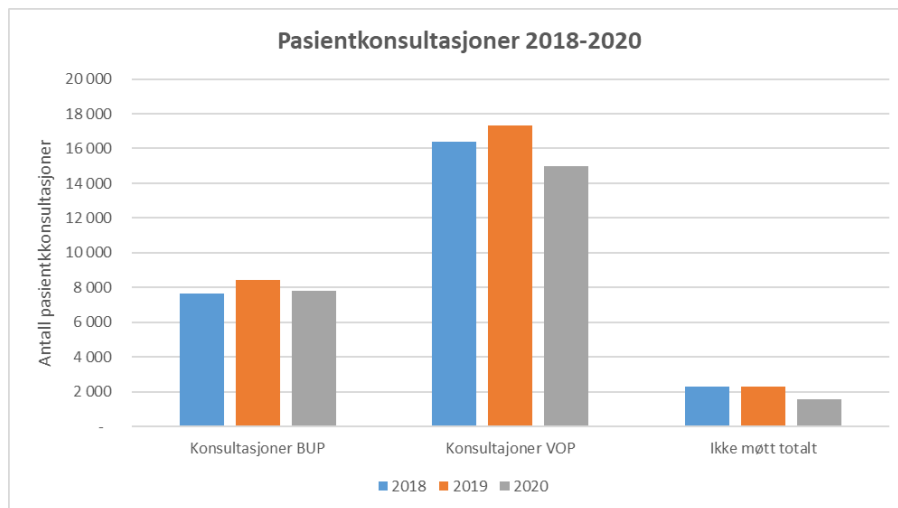
2.4.3 Pasientaktivitet – enhet for psykisk helse 2018-2020

- Krav bestilling barn og unge, 8.200 konsultasjoner
- Krav i bestilling voksne, 17.000 konsultasjoner

Antall konsultasjoner i BUP og poliklinikk for voksne har ligget stabilt de siste årene, til tross for flere tilbud i førstelinjen.

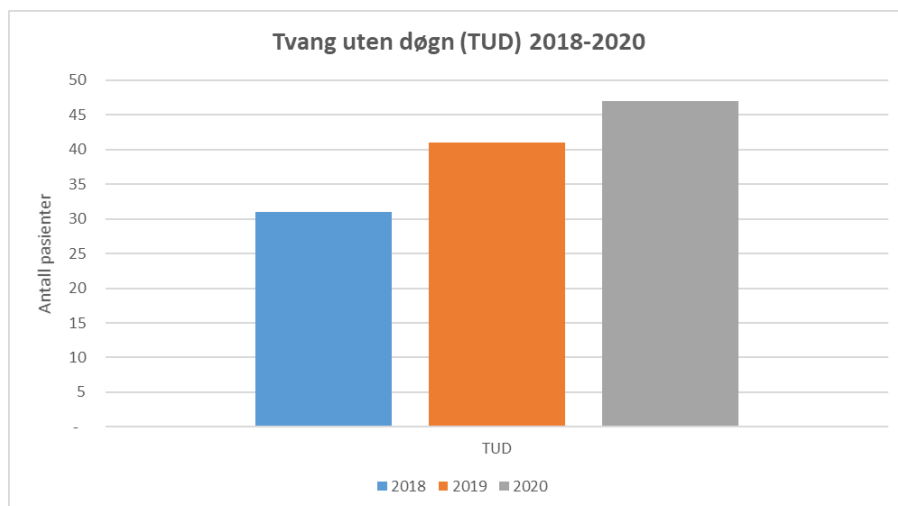
Antall DRG har variert gjennom året og ligger like under resultatet for 2019. BUP har levert DRG over måltall for 2019 fra juni og ut året 2020.

Det er en lett reduksjon i antall pasientkonsultasjoner i 2020 i forhold til 2019. Dette er mest Covid-19 effekt. En forklaring på at det ikke er større avvik er at man raskt var over på video- og telefonkonsultasjoner med pasientene.



Tvang uten døgnopphold

Betanien DPS er godkjent for tvang uten døgnopphold (TUD). Antall TUD-pasienter har i gjennomsnitt økt fra 2018 med nærmere 40 %. Det er betydelig belastning i våre opptaksområder (bydelene Laksevåg og Fyllingsdalen) med alvorlige psykiske lidelser og rusproblematikk. I bydelene våre er også de fleste kommunale bofellesskap samlet. Målet er å følge opp de mest alvorlig syke i psykosepoliklinikk/FACT-team. Det er et press på å utvide inklusjonskriteriene tilsvarende andre FACT-team, noe som vil være svært kapasitetsutfordrende. Det er også et pågående prosjekt internt med mål om å flytte pasienter som får oppfølging av behandlere i andre avdelinger til FACT-team. Vi styrket avdelingen med ett legeårsverk i 2019. Vi jobber med å rekruttere spesialister innen psykologi og psykiatri for å kunne håndtere dette forsvarlig.



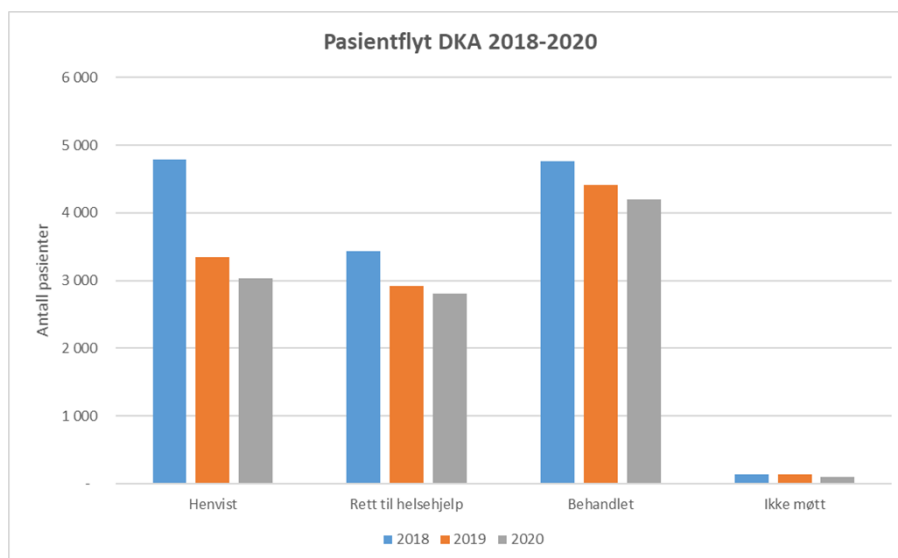
Tvang uten døgnopphold, utvikling over tid

2.4.4 Enhet for somatisk helse – pasientflyt

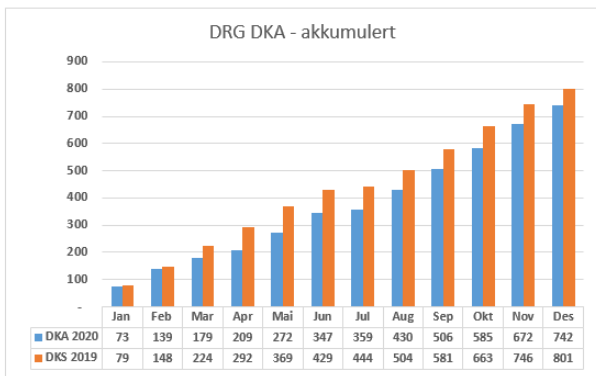
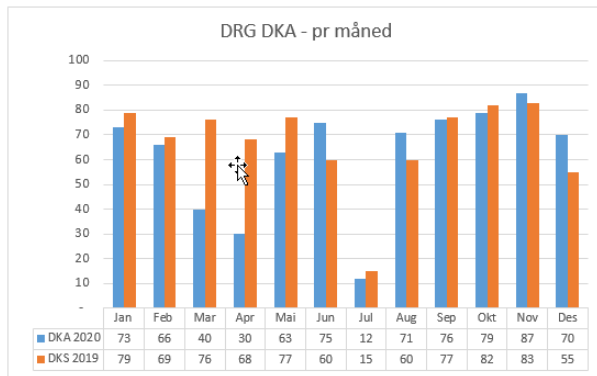
Aktiviteten i enhet for somatisk helse ble tatt ned da Covid-19 pandemien rammet oss i mars. Spesielt mars og april ble måneder med svært lav aktivitet. Etter dette startet vi arbeidet med å øke driften igjen, men vi så at vi gjennom hele sommeren og starten på høsten hadde færre pasienter enn vanlige år.

Siste kvartal i 2020 leverte vi gode tall på dagkirurgisk avdeling sammenlignet med tidligere år, mens det på røntgen har vært lavere drift gjennom hele året sammenlignet med tidligere år.

Totalt ble det i 2020 produsert 741 DRG ved dagkirurgisk avdeling. Dette er 91 DRG bak bestillingen fra Helse Vest. Det er imidlertid gledelig å se at vi på slutten av året leverer jevnt over gode tall sammenlignet med året før, og vi mener vi har potensiale til å levere betraktelig høyere DRG hver måned fremover i 2021. Vi har gjort ansettelser som vil øke antall legestillinger ved avdelingen, men disse vil først ha effekt i løpet av 2021. Selv om ikke alle stillingene er på plass fra januar av forventer vi høy produksjon også i årets første måneder ettersom vi gjør grep for å utnytte den kapasiteten vi allerede har på en best mulig måte.



Pasientflyt dagkirurgisk avdeling over tid

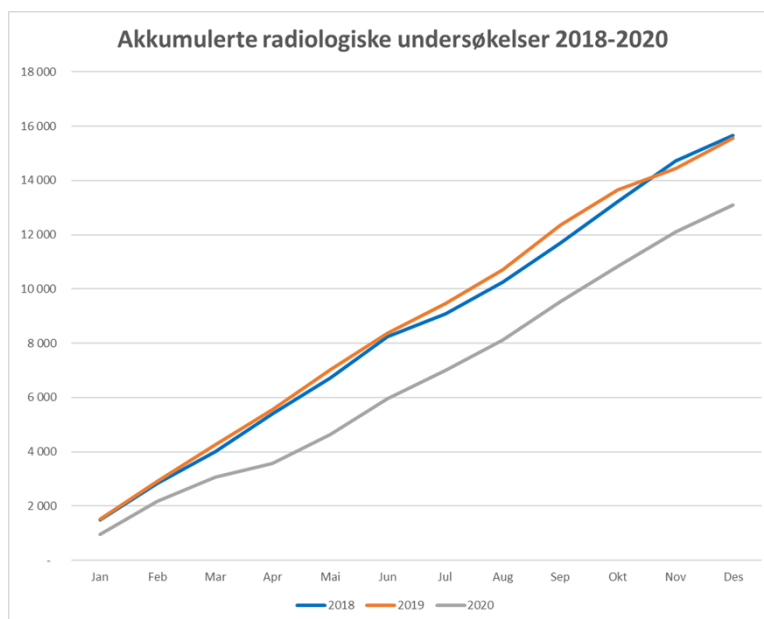
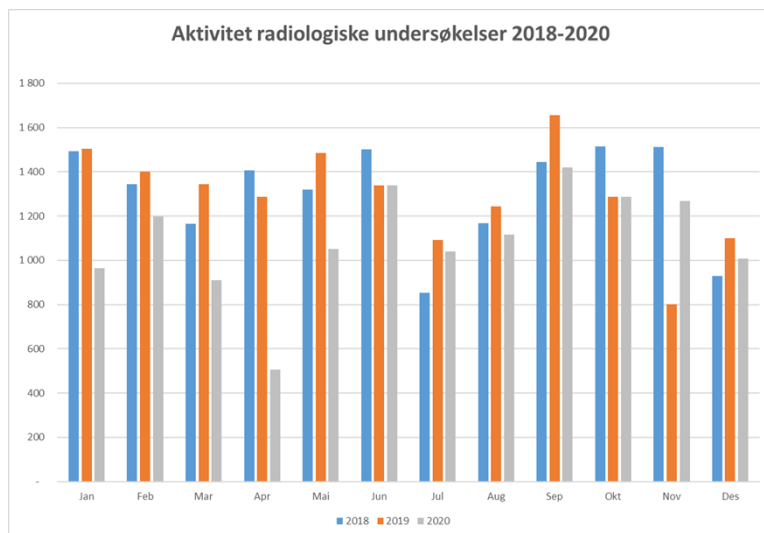


DRG dagkirurgisk avdeling 2019-2020

Driftsdata røntgenavdelingen 2020

Krav fra Helse Vest

- 21.000 radiologiske undersøkelser / år

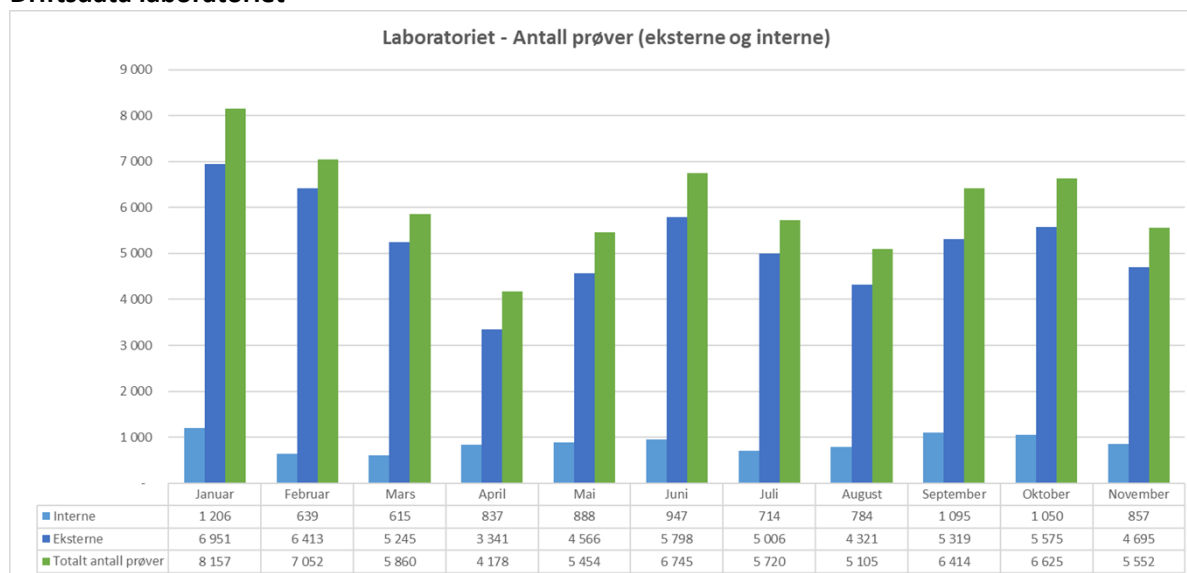


Ved røntgenavdelingen har vi over de siste årene ikke levert i henhold til bestillingen. Hovedgrunnen til dette er en endring i hvordan man regner antall undersøkelser. Det har vært en historisk utvikling med tanke på hvilke undersøkelser man bruker. Tidligere fikk man uttelling for flere undersøkelser pr. MR- eller CT-undersøkelse, mens man nå kun får uttelling for én undersøkelse.

Med bakgrunn i dette har vi meldt inn til Helse Vest et ønske om å endre måltall i bestillingen slik at dette er i henhold til dagens praksis med tanke på å telle undersøkelser. Vi hatt et måltall på 21.000 undersøkelser i året og har spilt inn ønske om å justere antall undersøkelser til 17.000.

I 2020 utførte røntgenavdelingen 13.105 undersøkelser. Dette skyldes en sammenheng mellom Covid-19 restriksjoner i pasientbehandlingen samtidig som vi har vært sårbare knyttet til radiologressurser. Vi forventer at 2021 blir et bedre år ettersom vi nå får på plass flere ressurser som radiolog samtidig som vi forventer at vaksineringsen mot Covid-19 vil gi oss muligheter til å drifte avdelingen mer likt det vi har gjort tidligere.

Driftsdata laboratoriet



Krav fra Helse vest:

- Laboratorieanalyser: 107.000

Laboratoriet har gjennom hele 2020 meldt om reduserte bestillinger på blodprøver. Vi antar at deler av dette skyldes Covid-19, men vi ser også at vi har potensiale til å utføre flere analyser enn det vi gjør i dag. For hele 2020 ble det utført 71.820 analyser. I bestillingsmøtet for 2021 tematiserte vi bestilling innenfor laboratorietjenester og ble bedt om å komme med forslag til endring som står i forhold til dagens aktivitet.

For å øke driften har vi vært på tilbudssiden til Helse Bergen i forhold til å avhjelpe dem med å ta blodprøver. Vi har fast avtale om å ta blodprøver på Kronstad DPS, men har også hjulpet med å ta blodprøver på Haukeland universitetssykehus og på Bjørgvin DPS i perioder. Disse tiltakene gir ikke utslag på antall analyser ettersom prøvene kjøres av Helse Bergen, men vi fakturerer dem for den jobben vi gjør.

For 2021 blir det viktig å være proaktiv i markedet for å forsøke å tiltrekke oss flere avtaler om blodprøvetaking. Vi må også gjennomføre en akkreditering av laboratoriet slik at vi kan kjøre enda flere analyser selv på Betanien sykehus og på den måten ikke sende fra oss analyser som bidrar i statistikken.

2.5 Oppfølging og samhandling

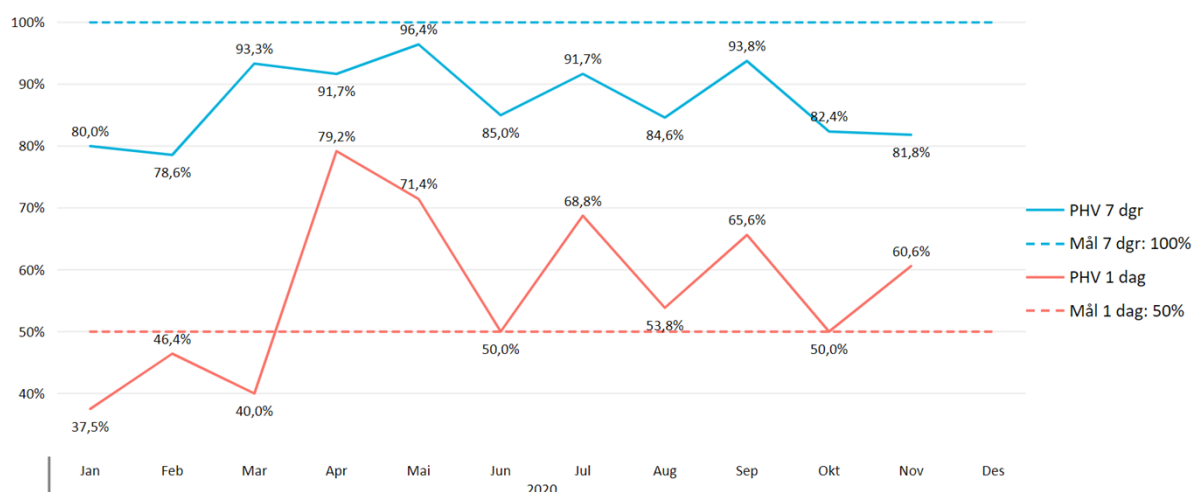
2.5.1 Psykisk helsevern – epikrisetid

Krav:

- Sengeavdeling innen psykisk helsevern, 50 % av epikrisene skal være sendt innen 1 dag
- Øvrige epikriser innen 1 uke

Epikrise sendt innen 1 dag, sengepost psykisk helsevern har i gjennomsnitt ligget over måltall for en av postene, men målet er ikke nådd hver måned, for hver avdeling.

Redusert spesialistbemanning på FACT forsinker endelig godkjenning da epikrisene må gjennom flere ledd. I allmenpsykiatrisk poliklinikk har det vært jevnt fokus, men variasjon knyttet til andre administrative utfordringer. Etter innføring av DIPS Arena har det vært perioder med manglende kompetanse. Det er nå satt nytt fokus på endring, forenkling og samkjøring av rutiner. Ny merkantilleder har fokus på forbedring av flyten i samarbeid med avdelingene både på sengepost og poliklinikk også knyttet til epikriseflyt.



Grunnlagstallene innen PHV

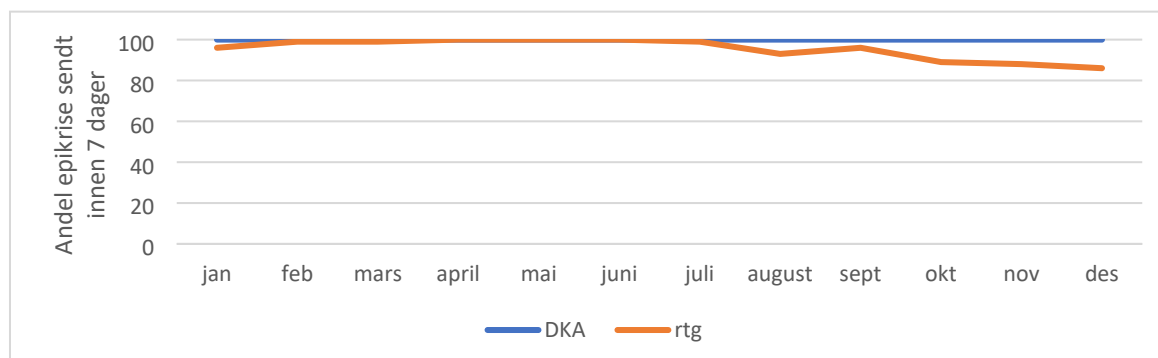
HF	Andel innen 7 dgr PHV	Andel innen 1 dag PHV	Innen 7 dgr PHV	Innen 1 dag PHV
☐ BETANIEN SYKEHUS AS	87,1 %	56,2 %	316	204
☒ Enhet for psykisk helse	87,1 %	56,2 %	316	204
Totalt	87,1 %	56,2 %	316	204

2.5.2 Enhet for somatisk helse – epikrisetid – dagkirurgisk avdeling og røntgenavdeling

Krav fra Helse Vest:

- Dagkirurgisk avdeling epikrise sendt innen 1 uke
- Røntgenavdeling, ingen formelle krav, men målsetning om å sende svar på undersøkelse innen 1 uke

Dagkirurgisk avdeling har oppnådd mål gjennom hele 2020. Svar fra radiologiske undersøkelser har innen 7 dager i gjennomsnitt 95 %. Økt legedekning i 2021 vil sannsynligvis gi resultater nærmere 100%.

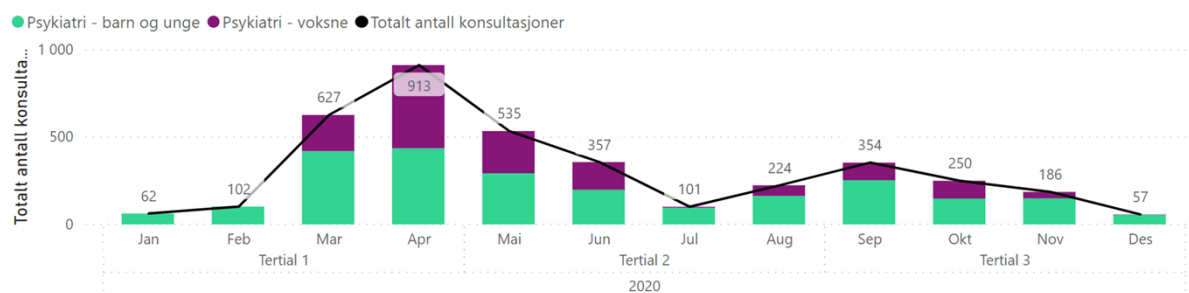


2.6 Behandlingsresultat og kvalitetsmål

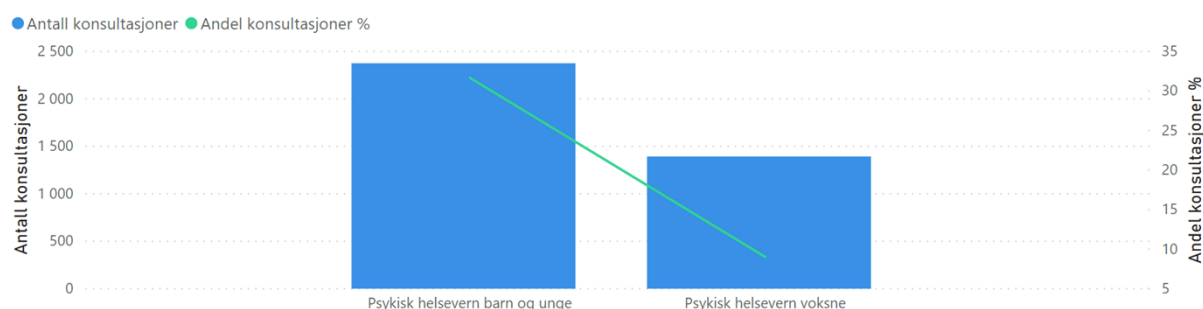
Videokonsultasjon

Oversikten under viser bruk av videokonsultasjoner gjennom året. Ved pandemistart mars og april var videokonsultasjon/telefonkonsultasjon hyppig i bruk. Forekomst ble redusert frem mot sommeren, men det ble en liten økning igjen i august, september dvs. i den andre smittebølgen. Bruk er igjen dalende frem mot årsskifte. Kurven som viser variasjon i bruk ved Betanien er svært lik andre virksomheter innen psykisk helsevern.

Totalt antall konsultasjoner (Drill ned for detaljer -->)



Konsultasjoner per fagområde



3 Personell

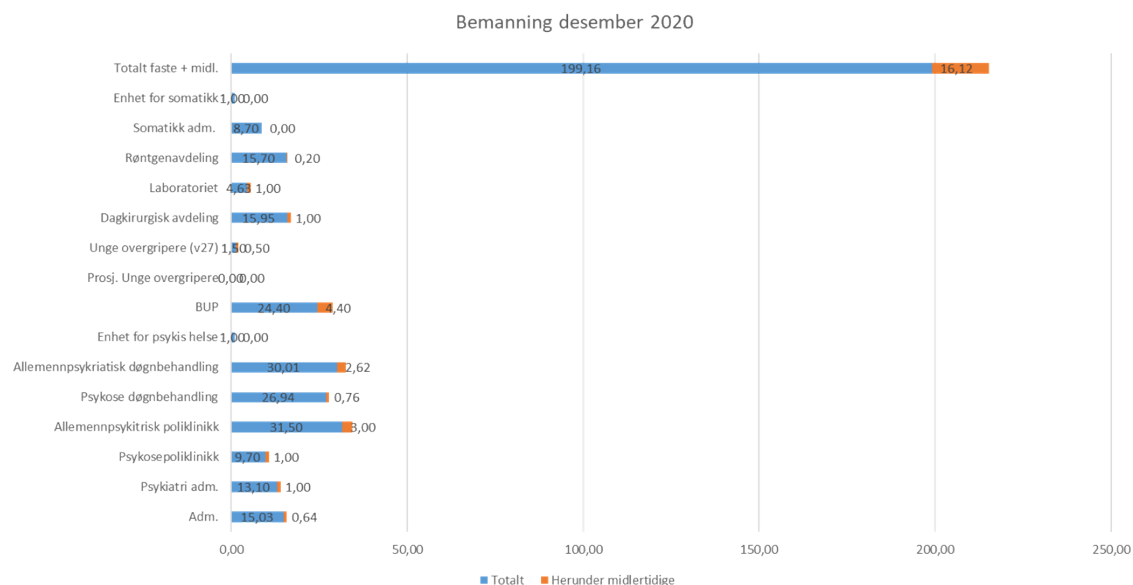
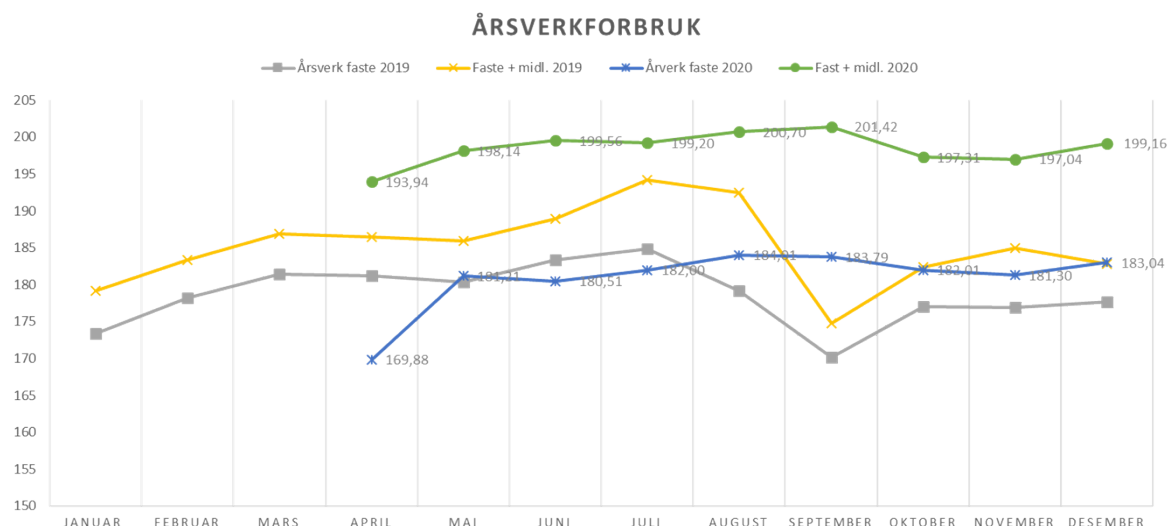
3.1 Bemanning

Økningen i årsverksforbruk fra 2019 til 2020 henger hovedsakelig sammen med at sykehuset ved årsskiftet fikk virksomhetsoverdradd ansatte fra SBB sin stab og støttefunksjoner. I forbindelse med organisasjonsendringen ble det tillegg opprettet en ny lederstilling, samt endring av oppgaver for en leder som har medført rekruttering av en ny leder. Med bakgrunn i disse parameterne er bemanningen i Betanien sykehus stabil.

Det har i tillegg har vært en økning i det totale årsverksforbruket da det i forbindelse med Covid-19 har vært behov for å ta inn ekstraressurser for å dekke opp for fravær. Videre har det vært nødvendig å øke opp på bruken av renholdspersonell. Det siste er det besluttet å videreføre ut året.

At det er en økning av bemanningen i tidsrommet juni til august henger sammen med at det tas inn ekstra bemanning knyttet til ferieavviklingen.

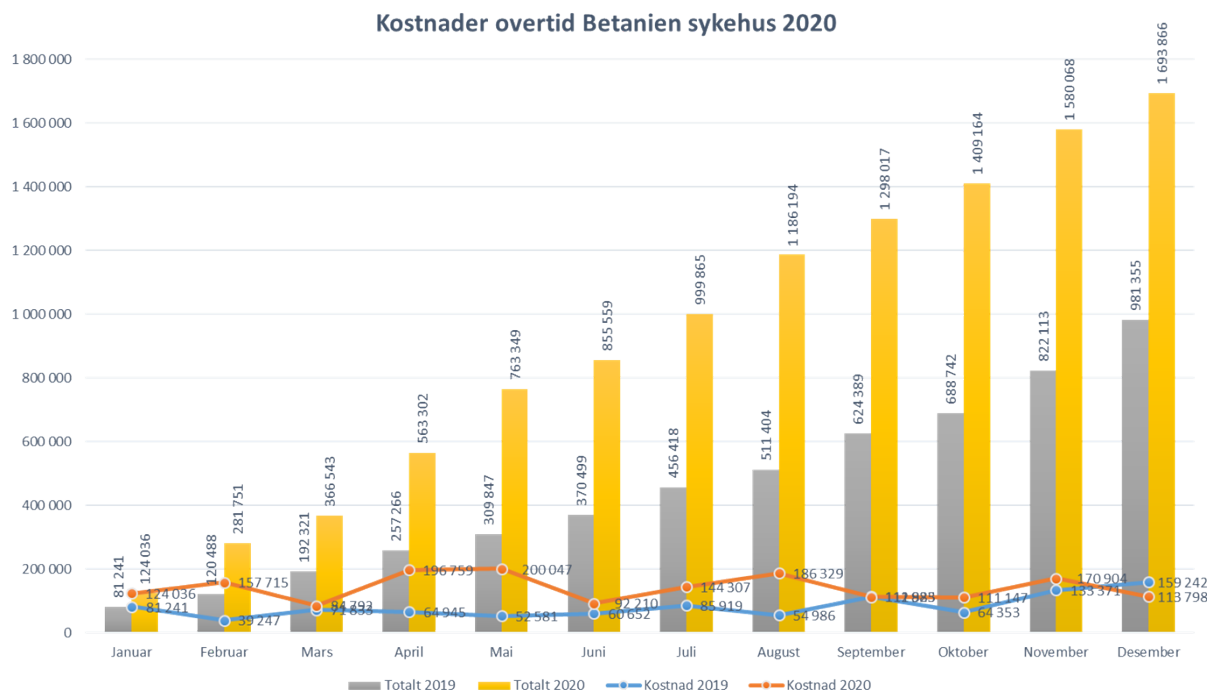
Hovedkonklusjonen knyttet til årsverkforbruk er at dette holder seg svært stabilt, og at svingningene gjennom året er marginale.



3.2 Overtid

Overtidsbruken i 2020 ligger jevnt høyere i 2020 enn i 2019. Dette gjelder alle måneder etter april. Forklaringen her er knyttet til Covid-19, det er totalt registrert 336 timer overtid direkte knyttet til dette. Ekstraarbeid knyttet til Covid-19 utgjør 886 timer, noe av dette blir utbetalt som overtid.

I desember var overtidforbruket noe lavere enn på samme tid i fjor. Forklaringen på dette er at det på samme tid i fjor var et høyere fravær enn i år, og følgelig nødvendig med økt bruk av ekstra personell.



3.3 Fravær

Målet for Betanien sykehus er å ha et sykefravær på under 8 %. I vår fraværstatistikk er fravær knyttet til Covid-19 summert med i statistikken. Totalt er det registrert totalt 614 dagsverk med fravær som er knyttet til Covid-19 i 2020. Dette omfatter sykefravær, karantene og ventetid for testing etter utenlandsopphold. Den hyppigste årsaken til fravær knyttet til Covid-19 er hjemmekarantene, dette utgjør 363 dagsverk.

Samlet sykefravær er lavere enn i fjor. 2019 var et spesielt år med uvanlig høyt fravær sammenlignet med de tre foregående år (8,77 %). Tidligere år var samlet fravær godt under 8 %. I januar og februar hadde fraværet en utvikling likt perioden 2016-18. Tradisjonelt har dette gått ned i andre og tredje kvartal, for deretter å øke noe i fjerde kvartal. Med Covid-19 fikk vi i år en økning i mars, som vi med unntak av 2019, ikke har sett tidligere. Av fraværstatistikken ser dette ut til å ha normalisert seg, og trenden fra tidligere år er gjenopprettet. Dersom det tas hensyn til Covid-19 fraværet ville fraværsprosenten vært ytterligere lavere. Tidligere år har langtidsfraværet utgjort mellom 60-70 % av det totale fraværet, i 2020 har dette utjevnet seg noe. For 2020 utgjør langtidsfraværet 60 % av det totale fraværet. Økningen av korttidsfravær kan i hovedsak tilskrives Covid-19.

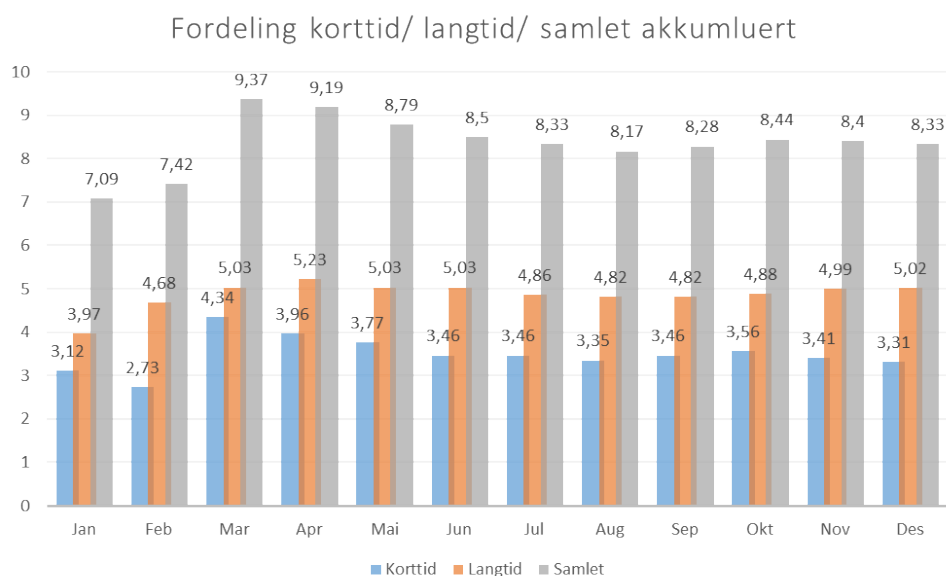
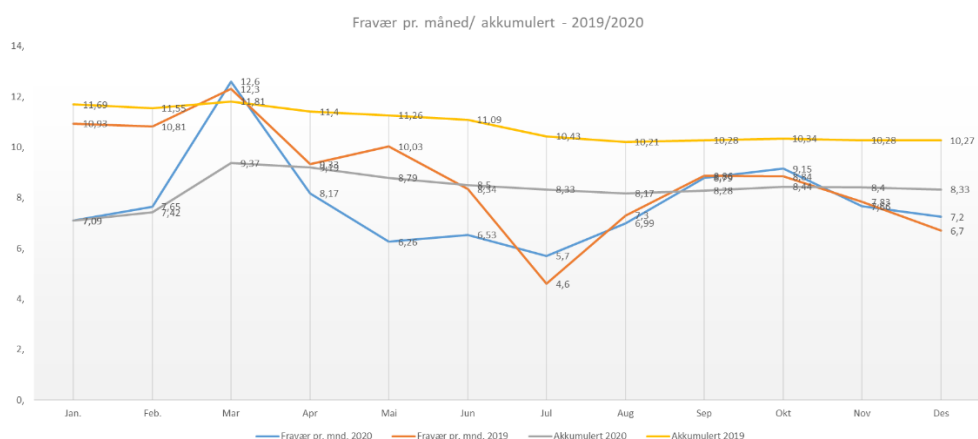
Administrasjonen har hatt et stabilt lavt fravær gjennom 2020. Med tanke på at renholdere utgjør en del av statistikken, er dette svært positivt. Tidligere år har det vært et høyt fravær innenfor denne yrkesgruppen. Det er likevel grunn til å merke seg at dette har økt noe etter ferien.

Enkelte avdelinger sliter med høyt fravær og har gjort dette over lengre tid. Dette gjelder spesielt kontortjenestene både i somatikk og psykiatri. Det samme gjelder avdeling psykose og allmennpsykiatrisk poliklinikk. Dagkirurgisk avdeling har de siste månedene hatt en økning i fraværet som krever oppfølging. Det har blitt arbeidet målrettet for å redusere fraværet i disse avdelingene. Et av tiltakene har vært et samarbeidstiltak med NAV, hvor de aktivt har gått inn i avdelingene for å avdekke årsakene til det høye fraværet og finne mulige tiltak for å redusere dette. Covid-19 har medført at dette arbeidet har blitt satt i bero. NAV arbeider med å finne et opplegg for å komme i gang igjen med dette tiltaket. Noen avdelinger er svært små, noe som gjør at fravær av en ansatt gir store utslag. Dette gjelder blant annet prosjektavdeling for SSA (se oversikt fordeling bemanning).

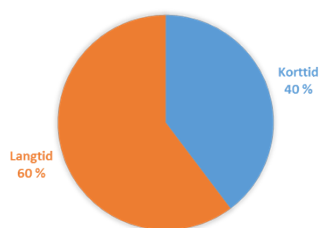
Når det gjelder fravær knyttet til Covid-19 er det også verdt å merke seg at arbeidsgiver får refusjon for fravær etter 4 dager. Dette er en ordning regjeringen har vedtatt skal videreføres til 31. mars 2021.

De tidligere omtalte nærværsgroppene har nå stort sett kommet i gang i alle avdelinger.

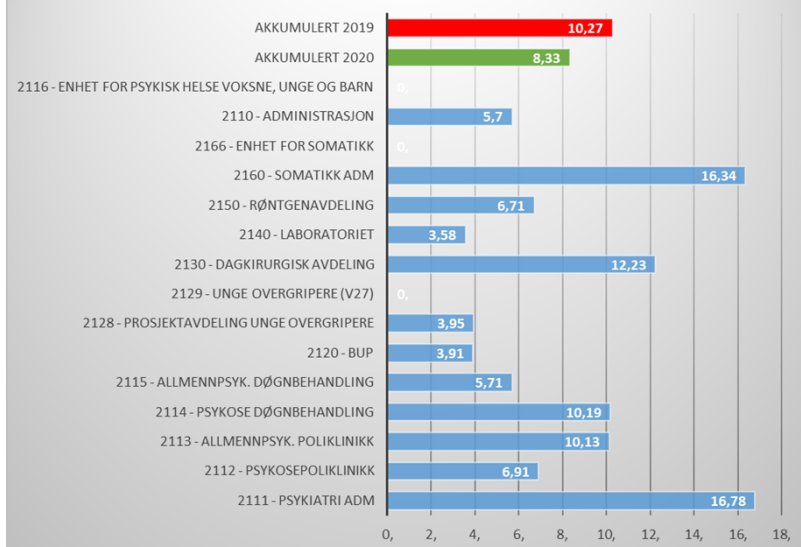
Nylig har bedriftshelsetjenesten bistått flere avdelinger med å gjennomføre ROS-analyser innenfor HMS-området. Dette arbeidet skal være ferdig gjennomført for alle avdelinger innen februar 2021. Det vil etter dette utarbeides en overordnet handlingsplan for sykehuset.



FORDELING



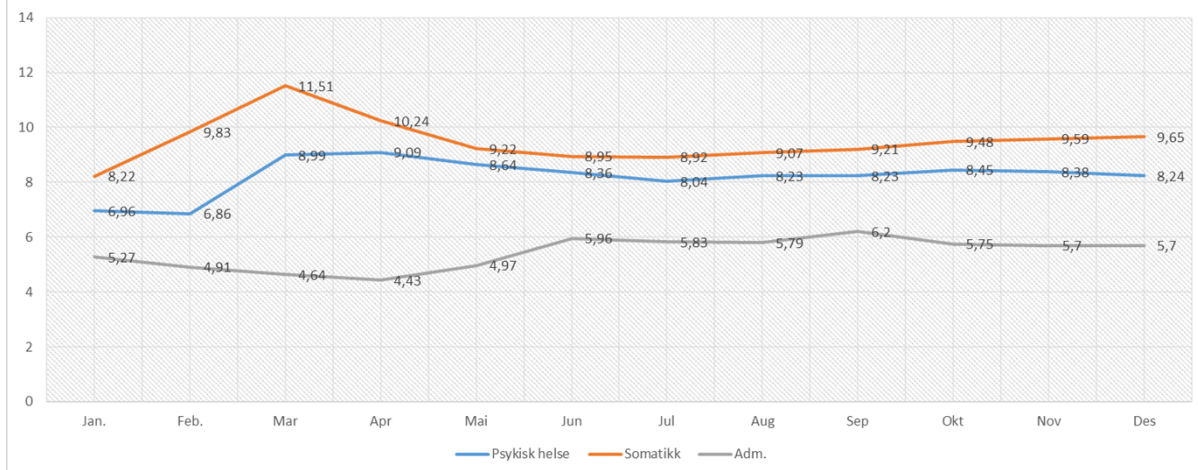
Akkumulert fravær pr. desember 2020



Trukket fra for
Covid-19:
6,96 %

Fraværskode	Sum dagsverk	Sum tilfeller
116 Syk med sykemelding, KORONA	168	52
206 Sykt barn/barnepasser syk, KORONA	83	99
208 Stengt barnehage/ skole, KORONA	0	0
504 Hjemmekarantene Koronavirus	208	117
505 Hjemmekarantene Koronavirus	155	81
Sum	614	349

Akkumulert fravær pr. enhet - desember



4 Økonomi

4.1 Regnskap og budsjett

Budsjett og resultatkrav for 2020 er påvirket av verdsettelsesarbeidet som ble utført høsten 2019, samt utviklings- og investeringsplaner. Ut fra historisk inntjening, størrelse på egenkapitalen og at sykehusdriften ikke skal gi permanent overskudd, ble budsjett og resultatkrav satt lavere enn tidligere år. Bakgrunnen er at midlene er bestemt for spesialisthelsetjenesteformål slik det framkommer i avtale og bestillinger fra Helse Vest RHF. Det er avgjørende at midlene benyttes etter hensikten. For 2020 kan det derfor være et gap mellom konkrete planer og nivå, i forhold til det resultatkrav som ble fastsatt.

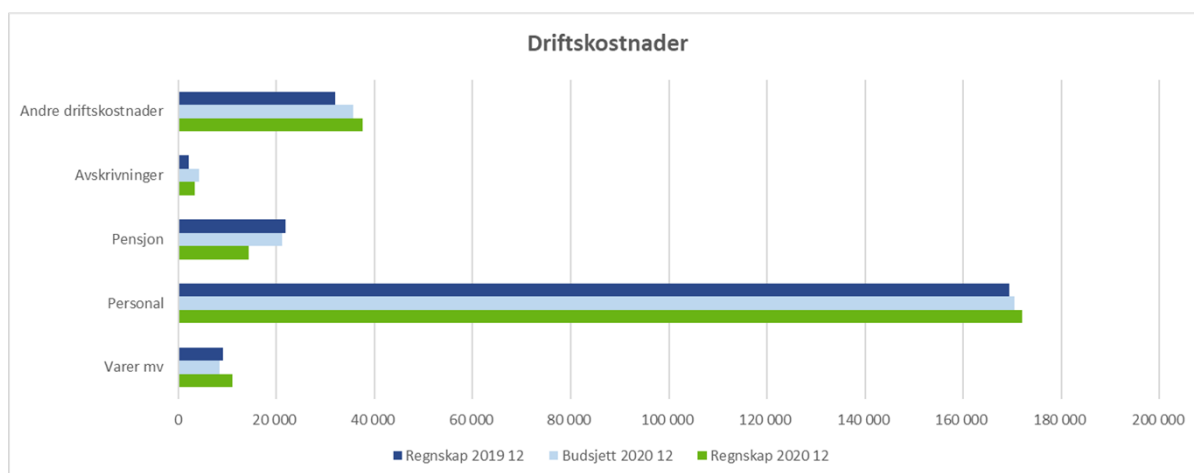
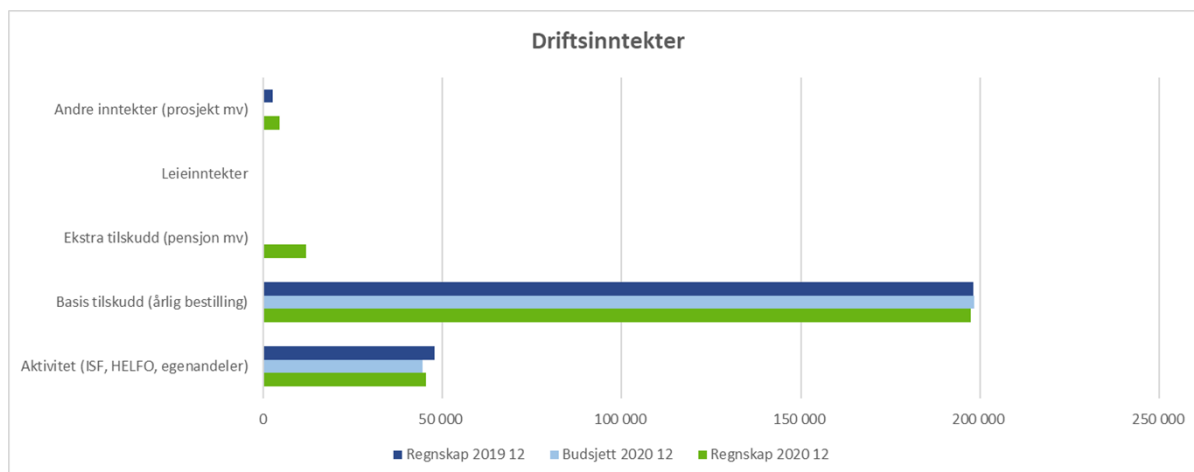
Årets resultatkrav er på 3,1 millioner kroner. Pr 31. desember ble driftsresultatet på 21,2 millioner kroner.

I driftsregnskapet er det ført ekstra tilskudd fra Helse Vest RHF på totalt 11,9 millioner kroner. Dette inkluderer et ekstra pensjonstilskudd på 6,3 millioner kroner samt Covid-19 kompensasjon på totalt 5,6 millioner kroner (se også punkt 4.2).

Øvrige ekstra inntekter utover budsjett er på ca. 4,6 millioner kroner. Dette gjelder blant annet fakturering til Bergen kommune for utskrivningsklare pasienter, fakturering for nasjonalt kompetansesenter SSA, samt et salg av medisinsk teknisk utstyr for 750.000 kroner.

Pensjonskostnadene er vesentlig lavere enn budsjettert grunnet forsiktig budsjettering knyttet til overgangen til AS, samt lavere beregnede pensjonskostnader i 2020 enn det som ble lagt til grunn høsten 2019.

Betanien sykehus AS - 2020	Mot budsjett			Mot forrige år		
	Regnskap 2020 12	Budsjett 2020 12	Avvik 2020 12	Regnskap 2020 12	Regnskap 2019 12	Avvik 2019 09
RESULTAT I 1 000 R						
Inntekter						
Aktivitet (ISF, HELFO, egenandeler)	45 448	44 456	992	45 448	47 881	-2 433
Basis tilskudd (årlig bestilling)	197 402	198 430	-1 028	197 402	198 080	-678
Ekstra tilskudd (pensjon mv)	11 903		11 903	11 903		11 903
Leieinntekter	40	40	0	40	44	-4
Andre inntekter (prosjekt mv)	4 673	28	4 645	4 673	2 764	1 909
Sum inntekter	259 466	242 954	16 512	259 466	248 769	10 697
Kostnader						
Varer mv	11 019	8 461	2 558	11 019	9 080	1 939
Personal	171 941	170 456	1 485	171 941	169 419	2 522
Pensjon	14 382	21 215	-6 833	14 382	21 891	-7 509
Avskrivninger	3 383	4 191	-808	3 383	2 125	1 258
Andre driftskostnader	37 511	35 564	1 947	37 511	32 020	5 491
Sum kostnader	238 236	239 887	-1 651	238 236	234 535	3 701
Driftsresultat	21 230	3 067	18 163	21 230	14 234	6 996



4.2 Uforutsette og ekstraordinære hendelser

Covid-19

Grunnet stort innslag av basistilskudd i rammene våre og som følge av at aktiviteten vår er størst innenfor psykiatri, er vi ikke så hardt rammet av Covid-19 som andre sykehus.

Situasjonen har imidlertid gitt en del konsekvenser. Covid-19 har medført et inntektstap på ISF, refusjoner og egenandeler, i tillegg til noe økte kostnader for vikarer og andre diverse kostnader. Samtidig er det kompensert ved lavere arbeidsgiveravgift i tredje termin og sykelønnsrefusjoner allerede fra dag 4 for Covid-19 relatert sykefravær.

For egenandeler og refusjon Helfo er tapet beregnet til 1,8 millioner kroner. Beregnet basert på endrede inntekter i forhold til 2019.

For ISF-inntekter er inntektstapet beregnet til 1,5 millioner kroner på enhet for somatisk helse og 1,7 millioner kroner for enhet for psykisk helse. Beregnet basert på endringer i opptjent DRG i forhold til 2019.

Ekstra kostnader ført på prosjekt Covid-19 er på 1,6 millioner kroner. Dette gjelder overtid/vikar, samt diverse varekostnader.

Samtidig har vi fått redusert arbeidsgiveravgift med 1,1 millioner kroner, samt refusjon av sykefravær dag 4-16 for Covid-19 relatert fravær.

Tapte inntekter og påførte merknader er rapportert månedlig til Helse Vest RHF. Basert på dette har vi mottatt kompensasjon på 4,6 millioner kroner for bortfall av inntekter og 1 million kroner for ekstra kostnader, totalt 5,6 millioner kroner.

Årsrapport 2020 for Betanien sykehus

RAPPORT FRA AVONOVA

Oppdragsgiver

Frode Strøm

Distribuert til

Eli Julseth Birkhaug, Direktør

Frode Strøm, HR- leder

Fredrikke Helle Skarnagel, hovedverneombud

Utarbeidet av

Åse Flatøy Sørbrøden, kundeansvarlig

Oversendt kunde: 19.02.21

Innhold

1.	<u>Innledning</u>	3
2.	<u>Rådgivere fra Avonova</u>	3
3.	<u>Aktivitetsoversikt for 2020</u>	3
4.	<u>Samarbeidet og måloppnåelse i 2020</u>	4
5.	<u>Anbefalte tiltak for 2021</u>	4
6.	<u>Referanser</u>	5
	<u>§ 13-2.Arbeidsgivers bruk av bedriftshelsetjenesten</u>	5
	<u>Vedlegg: Beskrivelse av aktiviteter, med utgangspunkt i handlingsplanen</u>	6

1. Innledning

Årsrapporten er en oppsummering av de tjenester Avonova har bistått med gjennom året. Rapporter og notater som beskriver utførte oppdrag har blitt oversendt fortløpende. Årsrapporten gir også anbefalinger for videre arbeid i 2021.

Tjenesten skal dekke virksomhetens behov for HMS-oppfølgning og bistand i henhold til Arbeidsmiljølovens § 3-3, Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning kapittel 13 og Forskrift om systematisk HMS-arbeid § 5.

2. Rådgivere fra Avonova

Kundeansvarlig i 2020 har vært Karianne Lisund og Åse Flatøy Sørbrøden

Andre rådgivere som har bistått i 2020 er:

- Jan Rasmussen, senior HMS-rådgiver
- Ellen Sævereid, Ergoterapeut
- John Petter Wadseth, Psykologspesialist

3. Aktivitetsoversikt for 2020

Tabell med oversikt over avtalte og gjennomførte aktiviteter finnes i vedlegg.

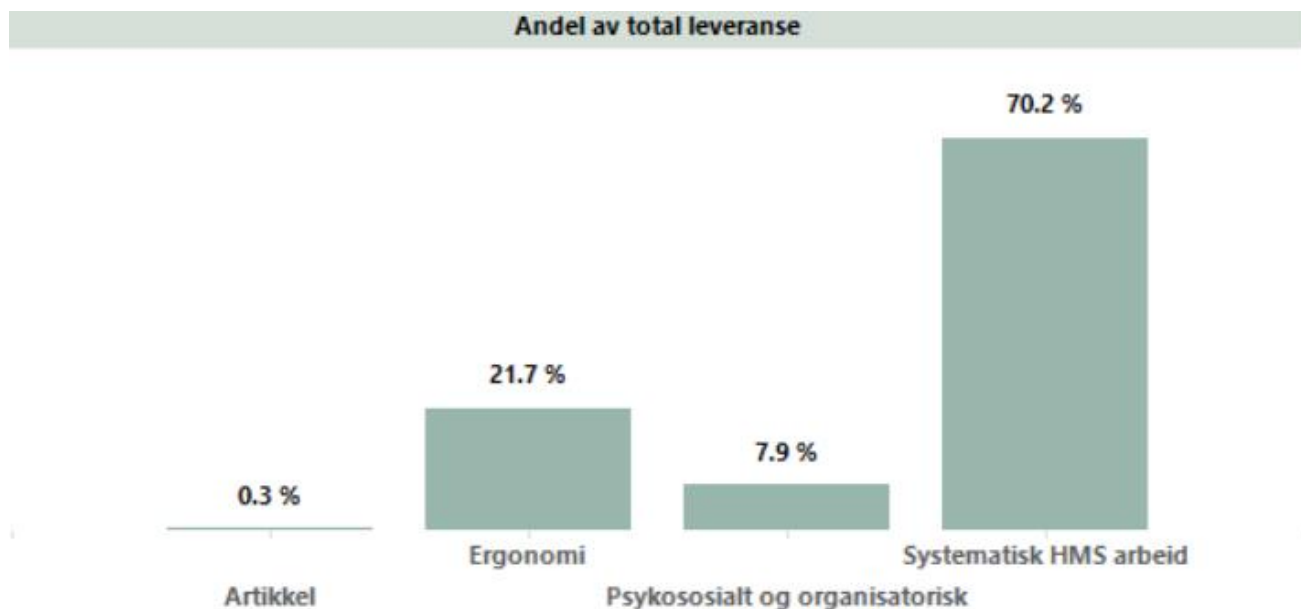


Diagram 1: Viser leverte tjenester i 2020 i prosent for de ulike tjenesteområdene.

Se vedlegg 1 for detaljert leveranseoversikt

4. Samarbeidet og måloppnåelse i 2020

Den 12. mars 2020 innførte Norge de strengeste samfunnstiltak i fredstid noensinne. I arbeidslivet har det handlet om å omstille seg til den nye hverdagen, med begrensninger på utføring av arbeid, nye rutiner og arbeidsmetoder, smittevern, hjemmekontor og fjernledelse. Det ble ganske tidlig klart at arbeidsplasser raskt evnet å iverksette smittevernstiltak som gjorde arbeidstakere, kunder og brukere smittetrygge. Arbeidsmiljømessig har året vært preget av usikkerhet og bekymring rundt pandemien, og rundt virksomhetens og egen arbeidssituasjon. Av store endringer i det organisatoriske og psykososiale arbeidsmiljøet med utstrakt bruk av hjemmekontor, og av konsekvensene av disse; hvor de største har vært lettere psykiske helseplager og muskel- og skjelettplager.

Fokusområder for samarbeidet i 2020 har vært deltakelse i AMU-møter og opplæring i risikovurdering og bistand ved gjennomføring av risikovurdering ved de ulike avdelingene.

5. Anbefalte tiltak for 2021

Når vi står foran et nytt år som også delvis vil preges av usikkerhet og de samme tiltakene, oppfordrer vi alle kunder til å tenke arbeidsmiljø sett i lys av dette også i 2021. Å planlegge for å kartlegge og risikovurdere, og videreføre og/eller innføre tiltak som forebygger de plager og utfordringer vi har sett gjennom 2020, vil hjelpe oss å redusere negative konsekvenser både for medarbeidere og virksomheter i året som kommer.

Avonova ønsker å bidra til sunne og trygge arbeidsforhold for deres ansatte, og å hjelpe til slik at dere når de målene som settes for HMS-arbeidet. Vår jobb er å hjelpe dere med å følge lovkrav og forebygge plager, skader og sykdom, samt bidra med tiltak som fremmer et sunt, lønnsomt og attraktivt arbeidsmiljø. Med forebyggende og risikobaserte tiltak ønsker vi å skape overskudd sammen med dere, også i kommende periode.

Basert på erfaringer fra vårt samarbeid anbefaler vi at dere til neste år bør ha fokus på følgende områder og tiltak:

- AMU- møter
- Statusmøter med gjennomgang av handlingsplan for 2021
- Fortsette arbeidet med opplæring og gjennomføring av overordnet risikovurdering ved de ulike avdelingene
- Risikovurdering av vold og trusler ved de ulike avdelingene
- Tilby gruppehelsesamtale og helsekontroll renholdere og ansatte som jobber natt

På vegne av Avonova takker jeg for samarbeidet i året som gikk, og ser frem til et godt, helsefremmende og konstruktivt samarbeid i 2021.

6. Referanser

[Arbeidsmiljølovens § 3-3](#)

[Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning kapittel 13](#)

§ 13-2.Arbeidsgivers bruk av bedriftshelsetjenesten

Arbeidsgiver skal sørge for at bedriftshelsetjenesten

- a) bistår med planlegging og gjennomføring av fysiske og organisatoriske endringer i virksomheten, herunder etablering, vedlikehold og tilrettelegging av arbeidsplasser, lokaler, utstyr og arbeidsprosesser,
- b) bistår med utarbeidelse og endring av retningslinjer for bruk av kjemikalier, maskiner, og utstyr og øvrige arbeidsprosesser,
- c) bistår med løpende kartlegging av arbeidsmiljøet, foretar undersøkelser av arbeidsplassene og arbeidsprosessene og vurderer risiko for helsefare,
- d) fremmer forslag om forebyggende tiltak og sammen med virksomheten arbeider med tiltak som reduserer risikoen for helseskade,
- e) bistår i arbeidet med å overvåke og kontrollerer arbeidstakernes helse under hensyn til arbeidssituasjonen og foretar nødvendig oppfølging,
- f) bistår med individuell tilrettelegging, herunder deltagelse i dialogmøter og utarbeidelse av oppfølgingsplan i henhold til arbeidsmiljøloven § 4-6,
- g) bistår med informasjon og opplæring om relevant helse-, miljø- og sikkerhetsrisiko og aktuelle tiltak,
- h) bistår ved henvendelser fra arbeidstaker, verneombud og arbeidsmiljøutvalg.

[Forskrift om systematisk HMS-arbeid \(internkontrollforskriften\) § 5](#)

Vedlegg: Beskrivelse av aktiviteter, med utgangspunkt i handlingsplanen
Tabell 1: Viser avtalte og gjennomførte aktiviteter i 2020, med utgangspunkt i avtalt samarbeidsplan.

Tjenesteområde	Avtalt aktiviteter	Gjennomført aktivitet
Systematisk HMS-arbeid		
Handlingsplanmøte	13.01	Gjennomført samarbeidsmøte for Stiftelsen Betanien Konsern. Karianne Lisund deltok fra BHT
Oppfølging/statusmøter	27.11	Statusmøte vedrørende risikovurderinger samt gjennomgang av rapport etter tilsyn av Arbeidstilsynet.
Møter i AMU/utvalg	4- AMU møter i konsern 4- AMU møter for sykehuset	Deltatt i 4 møter i konsern AMU samt et ekstra ordinært AMU- møte Deltatt i 4 møter for AMU sykehus.
Risikovurdering	Bistå med overordnet risikovurdering ved ulike avdelinger. Tema: ergonomi, kjemisk/biologisk, psykososialt/organisatorisk, sikkerhet, fysisk	Bistått med opplæring og gjennomføring av risikovurdering ved: 1. Somatikk - Dagkirurgi - Røntgen/laboratoriet - Merkantil 2. Psykisk helse - Merkantil - Psykose poliklinikk 3. Renhold
Opplæring	AMU's rolle og funksjon	Gjennomgang av AMU's rolle og funksjon for AMU- medlemmer i forbindelse med ekstra ordinært konsern AMU
Psykososialt arbeidsmiljø, organisasjonsutvikling		
Støttesamtaler individ	På forespørsel	Støttesamtale en ansatt
Ergonomi		
Kartlegging av arbeidsplass	På forespørsel	Ergonomisk vurdering av 2 arbeidsplasser ved BUP

ÅRSMELDING 2020 FOR BRUKERUTVALGET I BETANIEN SYKEHUS.

Utvalgets sammensetning:

Leder: Pål N. Vallevik, Mental Helse
Nestleder: Trude Aarseth, LPP
Ruth Helen Knudsen, ADHD
Anniken Haukanes, RIO
Trond Stensland, Erfaringskonsulent, Betanien DPS

Sekretær: Eli Julseth Birkhaug, Direktør i Betanien sykehus

Brukerutvalget har avholdt 4 møter i 2020, 24/2, 25/5, 7/9 og 22/10. To færre enn planlagt på grunn av pandemien. Det ble behandlet 26 saker.

Pål har vært observatør med talerett og forslagsrett i styret for Betanien sykehus. Trude har vært vara. Trude og Pål er også med i KEK (Klinisk etisk komite). Vi var med i et møte der før pandemien. Pål var også med i et møte i Styringsgruppen V23, 1. etasje.

Som tidligere år er informasjon fra Betanien sykehus vesentlig for Brukerutvalget. De ansatte har vært velvillige og stilt opp for utvalget. Dessuten er deltagelse i prosjekt, komiteer og lignende viktig. Dette har vært noe redusert i 2020 på grunn av pandemien.

Bergen, 09.03.2021

Pål N. Vallevik

Betanien sykehus AS 2020

Kvalitetsrapportering, avvik, tilsyn, klagesaker

Innhold

1	Kvalitetsforbedring – oppsummering	2
2	Avvik og avvikshåndtering.....	3
3	Betanien sykehus- tilsyn og klager 2020	5
3.1	Enhet for psykisk helse – Tilsyn og klager Fylkesmannen i Vestland 2020	5
3.2	NPE-saker enhet for psykisk helse.....	5
3.3	Alvorlige hendelser psykisk helsevern	6
4	Enhet for somatisk helse – tilsyn og klager	6
4.1	Tilsyn/klager Fylkesmannen i Vestland og NPE-saker 2020	6
5	Oversikt over klager og NPE-saker Betanien sykehus 01.01.-31.12.2020	7
6	Andre tilsyn/ revisjoner	8
6.1	Internrevisjon kartlegging av suicidfare	8
6.2	Internrevisjon ved farmasøyt	8
6.3	Internrevisjon miljø før ekstern revisjon	8
6.4	Revisjon miljø ISO 14001 – revisjon 2020	8
6.5	Arbeidstilsyn – tilsyn november 2020	8

1 Kvalitetsforbedring – oppsummering

Kvalitet

Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring ligger til grunn for det arbeidet som utføres ved Betanien sykehus. Betanien sykehus har sammen med Stiftelsen Betanien i Bergen laget et styringssystem for ledelse- og kvalitetsforbedring.

I 2019 startet en opplæring av ledere i kvalitetsforbedringsarbeid gjennom fem samlinger. Oppøringen har en teoridel og en praktisk del der lederen skal gjennomføre et kvalitetsprosjekt etter metodikk i kvalitetsforbedringshjul. Tre samlinger er gjennomført, de to siste ble utsatt til 2021 grunnet covid-19 situasjonen.

Forebyggende og oppfølgende arbeid

- **Opplæring** ledere og ansatte får opplæring i kvalitetsarbeid og bruk av verktøy.
- Veiledning forbedringsprosjekter.
- **Forbedringsundersøkelsen og handlingsplan.** Nærværsgupper etablert i alle avdelinger. Forbereder personalmøter og følger opp HMS handlingsplan.
- **Årlig vernerunde.** Handlingsplaner samordnes med HMS handlingsplan og handlingsplan forbedringsundersøkelsen
- **Kvalitet og pasientsikkerhetsutvalg (KPU).** Møte ca. hver 2-3. måned i enhet for psykisk helse. Gjennomgang av alle klagesaker og tilsynssaker. Møtet har også blitt brukt til refleksjon rundt vanskelige saker. Sykehusets ledergruppe har vedtatt å etablere to KPU, et i hver enhet.
- **Læringsmøter etter alvorlige hendelser.** Gjennomgang med de som har stått i saken og andre ansatte. Dele erfaring på tvers av avdelingene. Dele med DPS ledernetverk. Læringsmøter på tvers av foretak og etater.
- **Pasientsikkerhetsvisitter.** Gjennomføres i hver avdeling annethvert år. Visittene ledes av sykehusdirektør og følger oppsettet fra pasientsikkerhetsprogrammet. I 2020 følger vi plan med pasientsikkerhetsvisitt på dagkirurgisk avdeling, BUP, avdeling allmennpsykiatri og psyko-sepoliklinikk/FACT-team. Tema som tas opp er relevant og det lages små og større forbedringsprosjekt.
- **Ledermøter.** Gjennomgang av avvik og fokus på forbedring.
- **Personal- og driftsmøter** i avdelingene med gjennomgang av avvik og forbedringsområder.
- **HMS ROS analyser i alle avdelinger** sees i sammenheng med det HMS-arbeid som blir gjort i vernerunde og forbedringsundersøkelsen.
- **Arbeidstilsyn vold og trusler.** Arbeidstilsyn gjennomførte tilsyn ved avdeling psyko-se og allmennpsykiatrisk poliklinikk i uke 48.
- Implementering av Netpower som nytt **kvalitetssystem.** Pilot gikk frem til nyttår. Planlagt implementering for resten av sykehuset februar 2021. Kvalitetssystemet inneholder rutiner og prosedyrer, avvikssystem og ROS-modul.

Spesielle fokusområder for registrering av avvik i 2020

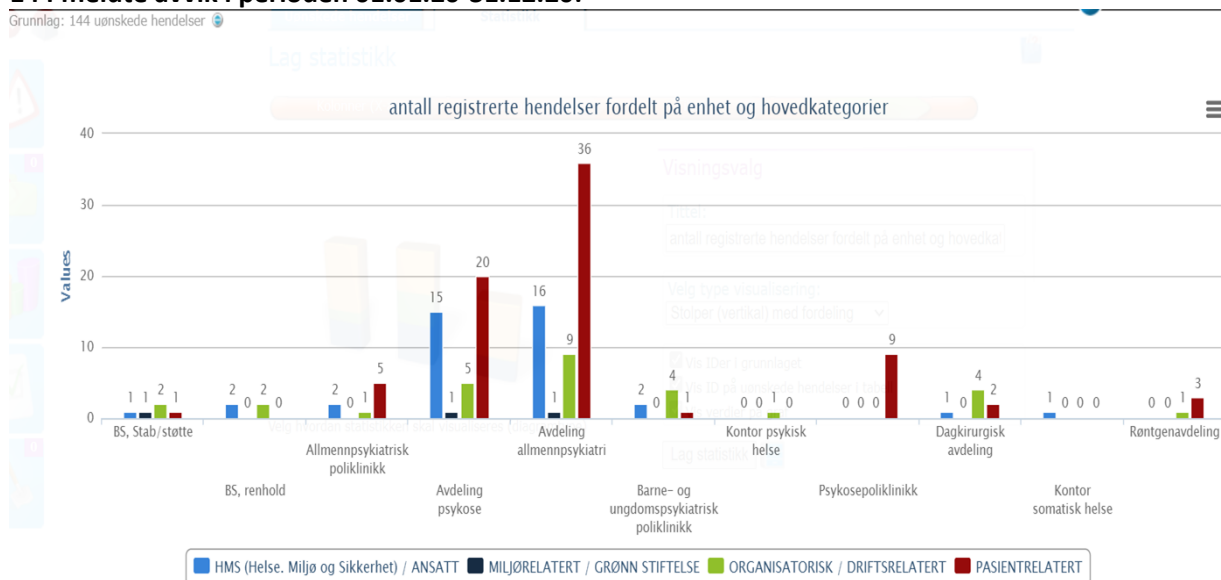
- Medisinavvik
- Vold og trusler

2 Avvik og avvikshåndtering

Under presenteres oversikt over avvik 2020. Fokus på vold og trusler i tillegg til legemiddelavvik i sykehuset. Første diagram gir en oversikt over alle avvik fordelt på avdelinger og hovedkategorier, til sammen 144.

Vi tror fortsatt det er en underrapportering på alle avvik og skal ha fokus på vold/ trusler og medikamentavvik også i 2021.

144 meldte avvik i perioden 01.01.20-31.12.20:



Kommentar:

Fordelt på hovedkategorier

- Pasientrelatert: 79
- HMS relatert: 43
- Driftsrelatert: 32
- Miljørelatert: 2

Noen avvik er dobbelført. Renhold er under stab støtte

Tiltak:

- Fokus på viktighet av å melde avvik (forbedringstankegang)
- Opplæring i det nye kvalitetssystemet, Netpower
- Gjennomgang av avvik i ledermøter BS tertialvis
- Gjennomgang i enhetsledergruppene tertialvis
- Gjennomgang avdelingsvis på personal/driftsmøter
- Læring på tvers av avdelingene
- Forbedringsprosjekt for eksempel i pasientsikkerhetsvisitt

Meldte avvik vold, trusler og legemidler i perioden 01.01.20-31.12.20

Vold og trusler

41 meldte avvik

- Verbal trakassering: Flest mindre alvorlig til moderat i enhet psykisk helse. En registrert i enhet somatisk helse øvrige i enhet for psykisk helse.
- Verbal trussel: En registrert betydelig alvorlighetsgrad i enhet psykisk helse.

Tiltak: I mange tilfeller kan vold og trusler forebygges. Vi har brukt TERMA (terapeutisk møte med aggresjon) som verktøy for å forebygge vold/ trusler. Vi reviderer rutinen om forebygging vold og trusler og lager en ny rutine på pasienters bruk av opptak og video i samtaler. Vi planlegger nye TERMA kurs så snart Covid-19 pandemi tillater det. Påbegynt ROS-analyse i alle avdelinger høsten 2020.

Legemidler:

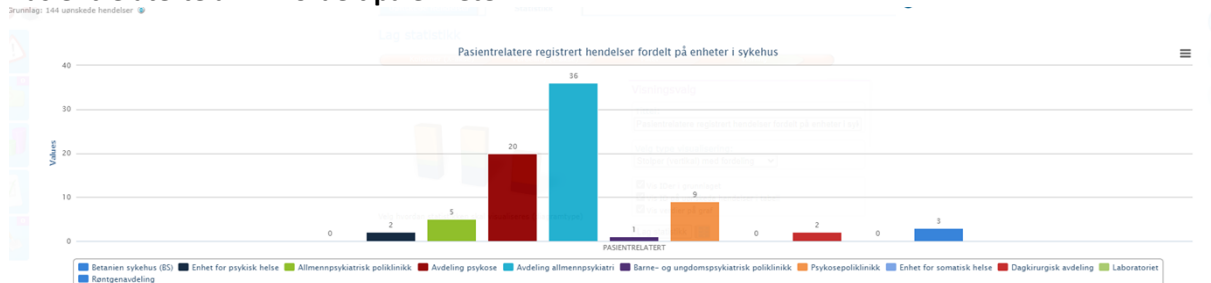
22 meldte uønskede hendelser

- Ingen meldte avvik i enhet for somatisk helse
- Tilbereding av legemidler: Ingen konsekvens: 10, Mindre alvorlig: 1
- Utdeling av legemidler: Ingen konsekvens: 4, Mindre alvorlig: 6, Moderat: 1

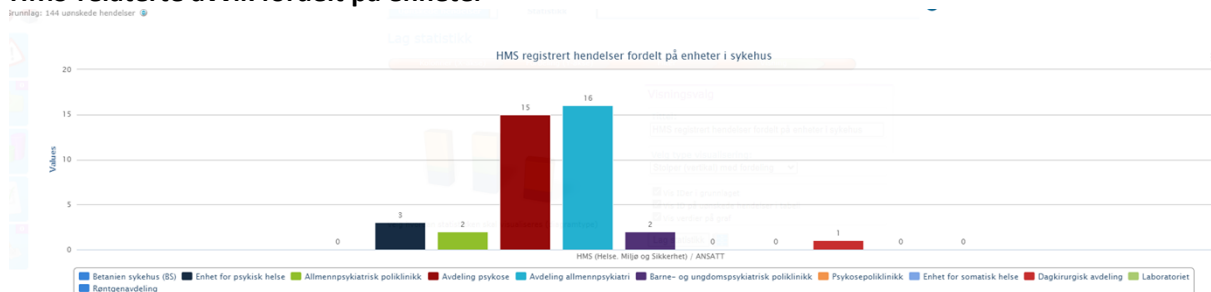
Kommentar: Alle avvikene er håndtert til tilbereding og utdeling av legemidler. Alle utenom et avvik klassifiseres til å ha ingen eller mindre alvorlig konsekvens for pasient. Et avvik ble klassifisert som moderat konsekvens for pasient.

Tiltak: Tema har blitt fulgt opp i pasientsikkerhetsvisitt, og man jobber med forbedringstiltak.

Pasientrelaterte avvik fordelt på enheter



HMS-relaterte avvik fordelt på enheter



Organisatoriske avvik fordelt på enheter

runntall: 144 utsøkte hendelser



Miljørelaterte avvik fordelt på enheter

runntall: 144 utsøkte hendelser



3 Betanien sykehus- tilsyn og klager 2020

3.1 Enhet for psykisk helse – Tilsyn og klager Fylkesmannen i Vestland 2020

21 saker med pasientklager som kommer via Fylkesmannen i Vestland, derav en alvorlig sak (suicid), 15 knyttet til tvangsmedisinering og 5 omhandler andre forhold. I en av de 15 sakene om tvangsmedisinering fikk pasient medhold i klagen.

Kommentar: Vi har sett en økning av klagesaker fra Fylkesmannen i Vestland som omhandler medikamentklage (tvangsmedisinering) og retting, sletting journal. Antall klager har økt etter lovendring om bruk av tvang, og etter at pasienten fikk innsyn i egen journal.

Tiltak:

- Alle svar på klager følges opp i den avdeling klagen blir mottatt med gjennomgang med aktuelle behandlere og eventuelt læringsmøte for ledere ansatte i avdelingen. Der det har vært aktuelle saker for andre, utvidet læringsmøte i DPS ledernetverk (Helse Bergen og de andre private ideelle)
- Presentasjon i kvalitet og pasientsikkerhetsutvalg (KPU)
- Fra organisasjonsendring 01.01.20 er BUP representert i KPU
- Pasientsikkerhetsvisitt – fokus forebygging

3.2 NPE-saker enhet for psykisk helse

Voksne: To saker i perioden 01.01.20-31.12.20

Barn og unge: Ingen saker i perioden 01.01.-31.12.20

Tiltak: Forebygging, følges opp i KPU, fokus på avvik og håndtering av disse.

3.3 Alvorlige hendelser psykisk helsevern

En alvorlige hendelser i perioden 01.01.20-31.12.2020 med suicid pasient fulgt opp ved Betanien DPS.

- Sak 1: Ikke grunnlag for tilsyn.
- Sak 2: Gjennomført tilsyn. **Avgjørelse:** Betanien DPS har gitt forsvarlig helsehjelp

Tiltak: Gjennomgang i avdeling med de involverte. Debriefing og oppfølging i avdeling etter prosedyre oppfølging etter suicid. Møte med etterlatte. Læringsmøte for ansatte. Presentert i KPU.

4 Enhet for somatisk helse – tilsyn og klager

4.1 Tilsyn/klager Fylkesmannen i Vestland og NPE-saker 2020

Røntgen- og laboratorieavdeling:

- Ingen klager, NPE-saker eller alvorlige hendelser i perioden 01.01.20-31.12.20
- En avgjørelse i NPE-sak tilbake fra 2017. Erstatningskrav betalt.

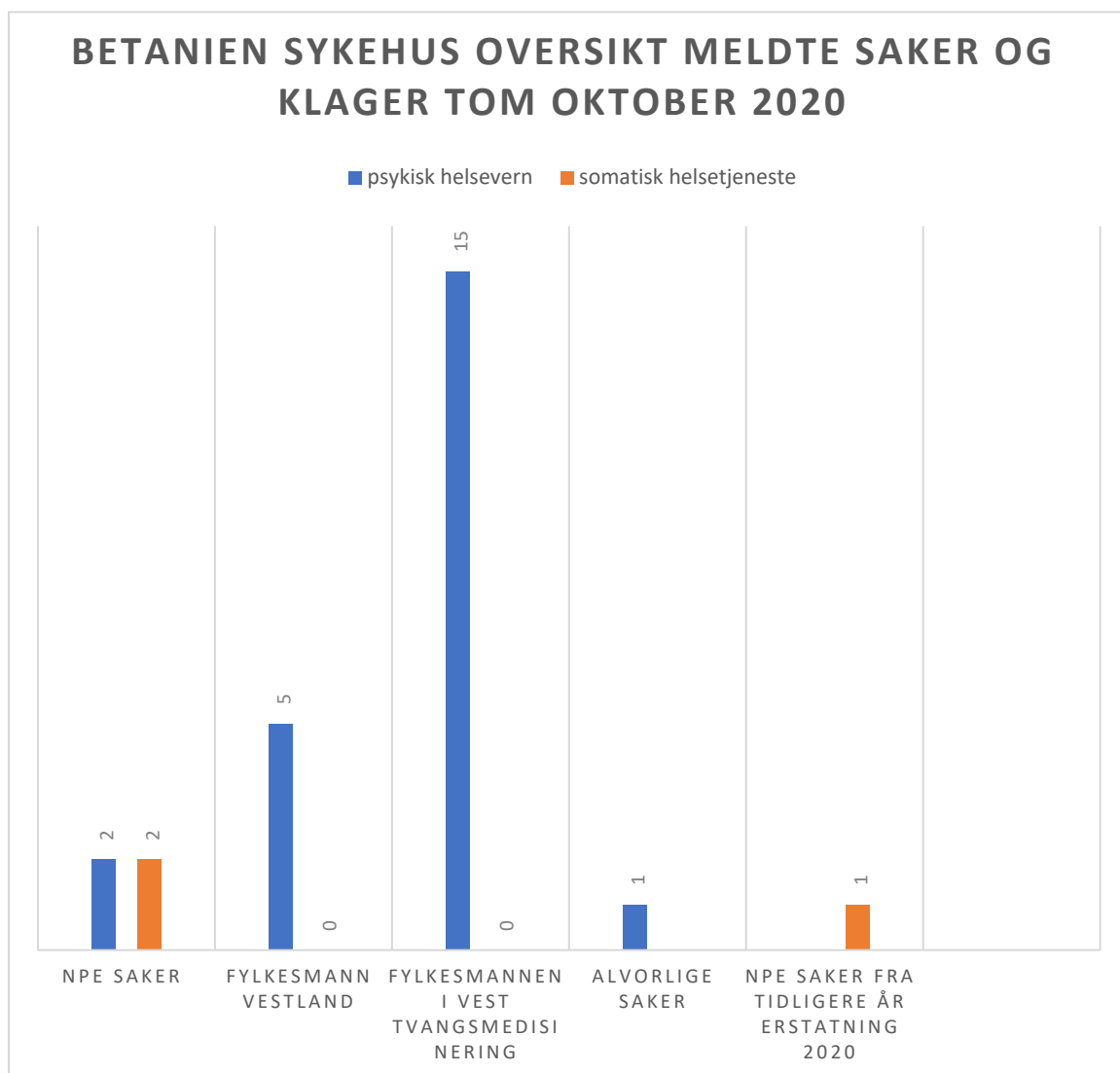
Dagkirurgisk avdeling:

Ingen klager, 2 NPE-saker. Ingen alvorlige hendelser registrert i perioden 01.01 -31.12.20.

Tiltak enhet for somatisk helse:

- Reetablere KPU i enheten
- Kvalitetsforbedringsprosjekt i tråd med retningslinjer og anbefalinger fra **pasientsikkerhetsprogram**
- Pasientsikkerhetsvisitt
- Fokus i **personal- og driftsmøter**
- Etablering av **nærværsgupper** i hver avdeling som skal jobbe med HMS

5 Oversikt over klager og NPE-saker Betanien sykehus 01.01.-31.12.2020



6 Andre tilsyn/ revisjoner

6.1 Internrevisjon kartlegging av suicidfare

Det er gjennomført internrevisjon sammen med de privat ideelle og Helse Bergen psykisk helsevern og kartlegging suicidalfare. Det ble funnet avvik blant annet på dokumentasjon av vurdering i forhold til selvmordsvurdering.

Forbedringstiltak:

- Gjennomgang rapport med ledere og ansatte i psykisk helsevern
- Forbedring av rutiner
- Stikkprøver i journal (Helse Vest bestilling 2019)
- Fokus på dokumentasjon i journal både ved inntak og utskrivning

6.2 Internrevisjon ved farmasøyt

Gjennomføres årlig ved farmasøyt. Pågående.

Forbedringstiltak: det lages handlingsplan for lukking av avvik fra hver avdeling

6.3 Internrevisjon miljø før ekstern revisjon

Gjennomført september og oktober 2020. Gjennomført for laboratoriet, røntgen, dagkirurgisk avdeling, avdeling psykose, psykosepoliklinikk/FACT-team og teknisk avdeling.

Forbedringstiltak: Avvik fulgt opp og lukket innen frist.

6.4 Revisjon miljø ISO 14001 – revisjon 2020

Gjennomført 13.10 og 14.10.2020. mottatt rapport. Avvik skal lukkes innen 15. januar 2021.

Forbedringstiltak: Avvik lukket innen 15. januar 2021.

6.5 Arbeidstilsyn – tilsyn november 2020

Gjennomføres digitalt 26.11.2020 Fokus på vold og trusler. En del av et større tilsyn Arbeidstilsyn gjennomfører. Spesielt fokus på avdeling psykose og allmennpsykiatrisk poliklinikk.

Forbedringstiltak: Pålegg lukkes innen 31.03.21. ROS-analyse vold og trusler alle avdelinger. Plan for bedriftshelsetjenestens bistand i virksomheten.

12.03.21

Eli Julseth Birkhaug

Direktør

Betanien sykehus AS

Årsmelding 2020 Klinisk etikk-komité Betanien Sykehus

Formål

Alle norske helseforetak skal ha en klinisk etisk komite.

Bidra til økt etisk bevissthet og kompetanse om verdispørsmål knyttet til pasientbehandling

Bidra til økt forståelse av forholdet mellom klinisk-etiske problemstillinger og spørsmål knyttet til ressursbruk og prioriteringer i helseforetakene

Bidra til at pasienter og pårørende blir godt ivaretatt i møte med spesialisthelsetjenesten

Bidra til økte ferdigheter i å identifisere, analysere og avklare etiske problemer og dilemmaer

Stimulere til systematisk etisk refleksjon og bistå i drøfting av konkrete etiske utfordringer f r og/eller etter at beslutninger tas

På foresp rrel gi råd om hvordan konkrete etiske problemer kan l ses

V re  pen og ikke-diskriminerende i livssynsspørsmål

Bidra til virksomhetenes kvalitetsarbeid

Sammensetning

Nina Misje Heggøy, kvalitetsrådgiver (Leder av komiteen)

Kjersti Hammersland Dagestad (sekretariatsfunksjon)

Nils Ingar Fatland allmenn poliklinikk - spesialvernepleier

Kristin Fosheim BUP - psykologspesialist

Eva Ruth Borlaug Laboratoriet - bioingeniør

Britt Norunn Johnson Dagkirurgisk avdeling - spesialsykepleier (møtende vara)

Kjersti Kismul Avdeling psykose - overlege

Pål Vallevik, leder brukerutvalget ved Betanien Sykehus

Trude Aarseth, leder brukerutvalget ved Betanien Sykehus

Arbeidsform

Alle kan henvende seg til KEK

Behandling av saker skal som hovedregel skje med basis i anonymiserte pasientopplysninger. Ved fravikelse fra hovedregelen om anonymisering, må det innhentes samtykke fra pasienten f r saken fremlegges for KEK, jf. helsepersonelloven   22. Medlemmene i KEK har taushetsplikt om personidentifiserende opplysninger (eller helseopplysninger) de får adgang eller kjennskap til som

medlem av komiteen. Deltakere i KEK som ikke omfattes av helsepersonelloven (for eksempel jurist og brukerrepresentant) bør underskrive taushetserklæring

Komiteen bestemmer selv møtehyppighet og arbeidsform innen mandatets rammer, men komiteen skal ha mulighet for å samles på kort varsel i hastesaker

Komiteen skal skrive referater

Komiteen skal skrive årsrapport

Komiteens arbeid skal jevnlig evalueres iht. gjeldende rutiner for evaluering i helseforetakene

Det er ønskelig med et samarbeid med andre helseforetak

Ansvar for nasjonal koordinering og fagutvikling av de kliniske etikk-komiteene (KEK) er tillagt Senter for medisinsk etikk (SME) ved Universitetet i Oslo. Dette ansvaret inkluderer blant annet å sørge for opplæring, veiledning, erfaringsutveksling og kvalitetssikring i KEK-arbeidet og gjennomføre forskning omkring KEK-arbeidet. Det skal utarbeides årsmelding i hver enkel KEK.

KEK har avhold to av fire planlagte møter i 2020.

Behandling av saker med spørsmål om råd/drøfting:

KEK har ikke fått inn saker med spørsmål om råd/drøfting i 2020y.

Hastesaker

KEK har ikke vært involvert i hastesaker i 2020.

Behandling av generelle saker

KEK har ikke vært involvert i generelle saker i 2020.

Innspill til høringer

KEK har ikke gitt innspill til høringer i 2020

Seminarer/fagdager/annen undervisning

KEK deltakere har ikke deltatt på seminarer og fagdager.

KEK planlegger å gjenoppta fagdag når det er mulig å samles stedlig igjen.

KEK planlegger bruk av SME modellen i etisk refleksjon rundt tema covid 19, vaksiner og hjemmekontor i 2021.

03.02.2020

Nina Misje Heggøy

Leder for Kliniske Etikk-komité

Årsmelding 2020 Kvalitet og pasientsikkerhetsutvalg (KPU)

Det har vært avholdt to KPU-møter i 2020. 01.04 og 11.11.2020

Det er planlagt minimum to møter i halvåret, men dette ble vanskelig å få gjennomført pga div utsettelse knyttet til Koronasituasjonen.

Medlemmer i utvalget:

- Silje Benedicte Vignæs, leder
- Maria Hauser, Avdelingsleder
- Bjørn Østervold, avdelingsleder
- Anne Kløve, avdelingsleder
- Thomas Høiseth, avdelingsleder
- Monica Luise Heimark, avdelingsleder
- Trond Steinsland, Erfaringskonsulent
- Alina Drozdova, Utdanningsansvarlig overlege
- Asle Teigen
- Wenche Merete Fonn
- Ellen Marie Haldorsen
- Tine Mjaastad

Tema i møtene har vært:

- Gjennomgang av suicid ved posten
- Journalføring fra bakvaktene
- Koronavirkinger, redusert lavterskeltilbud, destabilisering av dårlige pasienter. Vår rolle ?
- Pasienters ønske om sletting av journal (flere saker)
- Gjennomgang av læringsmøte etter suicid

12.03.2021

Silje Benedicte Vignæs
Enhetsleder psykisk helsevern



Årsmelding 2020 uønskede hendelser Betanien Sykehus

Formål

Registrere og behandle avvik/uønsket hendelse i Betanien sykehus for å:

- bidra til å kunne kartlegge omfang og typer av uønskede hendelser
- kartlegge forbedringsområder
- forebygge feil og mangler for å begrense skade, hindre gjentakelser og sette i verk korrigerende tiltak
- læring

2020

Kvartalsvis- og årsrapport over status avvik/uønskede hendelser sendes til sykehusdirektør. Se vedlagt status uønskede hendelser.

I 2020 ble det registrert 144 avvik/uønskede hendelser i Betanien sykehus.

Fordelt på hovedkategorier er det flest registrerte pasientrelaterte og HMS relaterte hendelser og minst organisatoriske og miljørelaterte hendelser.

Fordelt på avdelinger i sykehus er det flest registrerte uønskede hendelser i psykisk enhet og minst i enhet somatisk helse.

Fokusområder vold og trusler og legemidler:

- 41 registrerte uønskede hendelser på vold og trusler med konsekvens for ansatt
 - Flest mindre alvorlig til moderat registrerte på verbal trakassering og verbal trussel
 - En registrert betydelig alvorlighetsgrad på verbal trussel i enhet psykisk helse
 - En registrert verbal trakassering i enhet somatisk helse
- 22 registrerte uønskede hendelser på legemidler med konsekvens for pasient
 - Flest med ingen konsekvens ved tilberedning av legemidler
 - Flest mindre alvorlig til moderat på utdeling av legemidler

26 avvik er ikke lukket i Compilo - 16 under behandling og 10 ikke åpnet 2020. Sykehus direktør og kvalitetsrådgiver gjennomgår avvikliste og overfører avvik som må følges opp videre i 2021.

I 2020 ble det besluttet overgang til nytt kvalitetssystem. Det ble gjennomført pilot og nytt system Netpower ble planlagt operativt 01.01.21

Viser til vedlagt statistikk.

Med vennlig hilsen
Nina Misje Heggøy
Kvalitetsrådgiver
08.02.2021

Betanien sykehus AS

Status uønskede hendelser

01.01.20 – 31.12.20

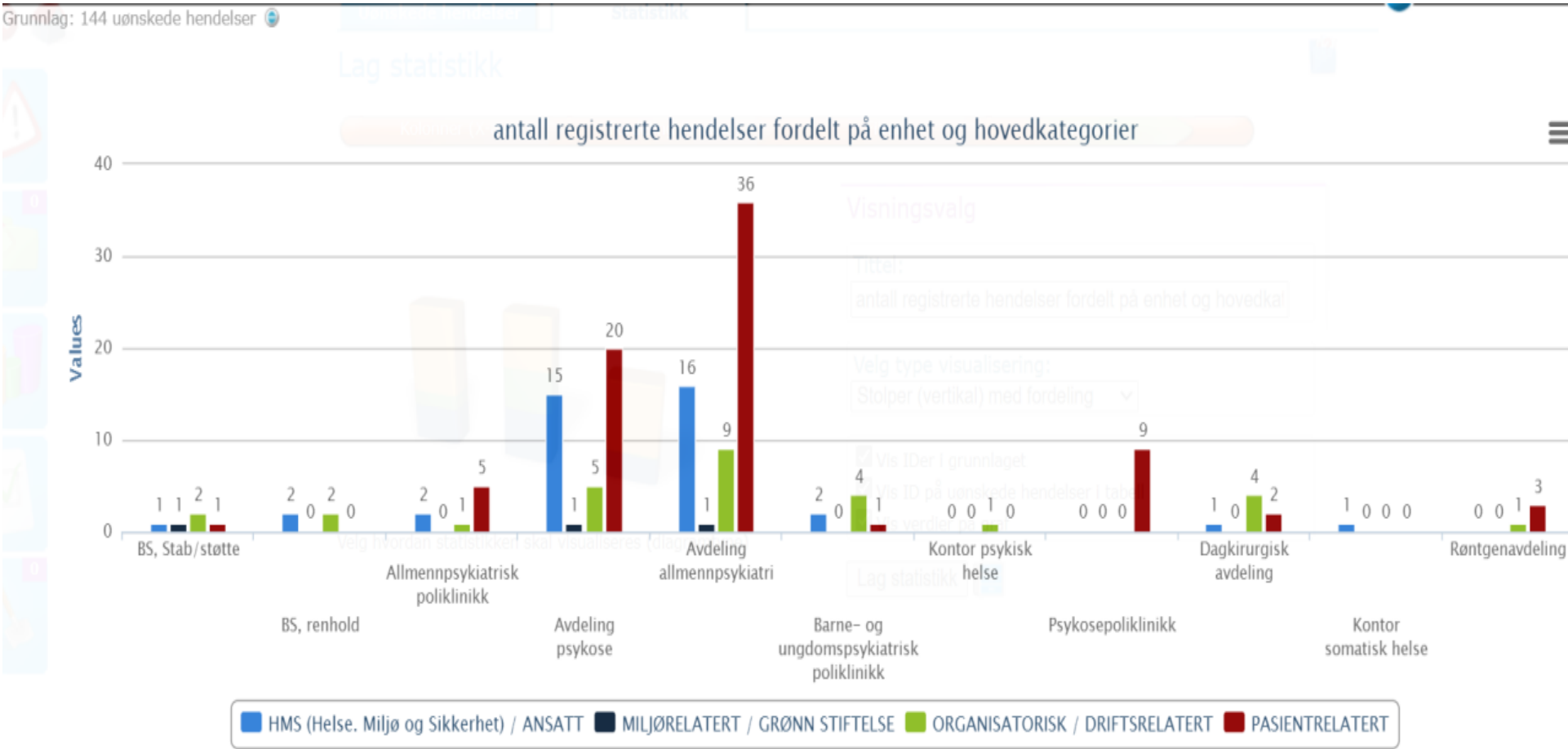


144 registrerte uønskede hendelser i perioden 01.01.20 – 31.12.20

Fordelt på hovedkategorier

Pasientrelatert: 79
HMS relatert: 43
Driftsrelatert: 32
Miljørelatert:2

(Noen dobbelført renhold er under stab støtte)

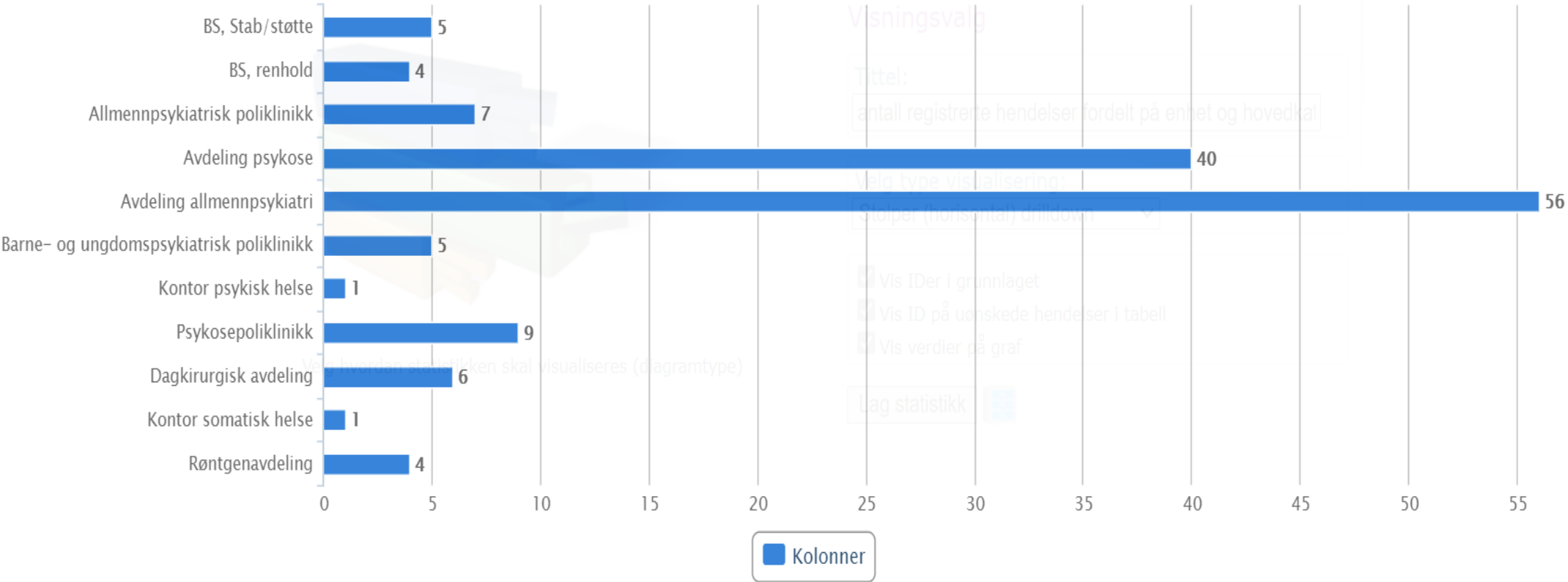


Lag statistikk

Kolonner

antall registrerte hendelser fordelt på enhet og hovedkategorier

Klikk for å se detaljer. Klikk igjen for å returnere.



Lag statistikk

antall registrerte hendelser fordelt på enhet og hovedkategorier

Klikk for å se detaljer. Klikk igjen for å returnere.

HMS (Helse, Miljø og Sikkerhet) / ANSATT

Visningsvalg

MILJØRELATERT / GRØNN STIFTELSE

antall registrerte hendelser fordelt på enhet og hovedka

Velg type visualisering:

Stolper (horisontal) drilldown

Vis IDer i grunnlaget

Vis ID på uønskede hendelser i tabell

Vis verdier på graf

ORGANISATORISK / DRIFTSRELATERT

Velg hvordan statistikken skal visualiseres (diagramtype)

PASIENTRELATERT

0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36

Avdeling allmennpsykiatri

Lag statistikk

antall registrerte hendelser fordelt på enhet og hovedkategorier

Klikk for å se detaljer. Klikk igjen for å returnere.

HMS (Helse, Miljø og Sikkerhet) / ANSATT

Visningsvalg

MILJØRELATERT / GRØNN STIFTELSE

Tabell

antall registrerte hendelser fordelt på enhet og hovedka

Velg type visualisering:

Stolper (horisontal) drilldown

Vis IDer i grunnlaget

Vis ID på uønskede hendelser i tabell

Vis verdier på graf

ORGANISATORISK / DRIFTSRELATERT

Velg hvordan statistikken skal visualiseres (diagramtype)

PASIENTRELATERT

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Avdeling psykose

Confidential, Skjellevik, Åse Meistad, 03/22/2021 08:13:36

16.03.2021

status uønskede hendelser 2020/nmhe

4

Grunnlag: 144 uønskede hendelser

Uønskede hendelser

Statistikk

Lag statistikk

antall registrerte hendelser fordelt på enhet og hovedkategorier

Klikk for å se detaljer. Klikk igjen for å returnere.

HMS (Helse, Miljø og Sikkerhet) / ANSATT

2

MILJØRELATERT / GRØNN STIFTELSE

ORGANISATORISK / DRIFTSRELATERT

1

PASIENTRELATERT

5

Velg hvordan statistikken skal visualiseres (diagramtype)

Allmennpsykiatrisk poliklinikk

Visningsvalg

Tittel:

antall registrerte hendelser fordelt på enhet og hovedkategorier

Velg type visualisering:

Stolper (horisontal) drilldown

☒ Vis IDer i grunnlaget

☒ Vis ID på uønskede hendelser i tabell

☒ Vis verdier på graf

Lag statistikk

Grunnlag: 144 uønskede hendelser

Statistikk

Lag statistikk

antall registrerte hendelser fordelt på enhet og hovedkategorier

Klikk for å se detaljer. Klikk igjen for å returnere.

HMS (Helse, Miljø og Sikkerhet) / ANSATT

MILJØRELATERT / GRØNN STIFTELSE

ORGANISATORISK / DRIFTSRELATERT

PASIENTRELATERT

Velg hvordan statistikken skal visualiseres (diagramtype)

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Psykosepoliklinikk

Visningsvalg

Tittel:

antall registrerte hendelser fordelt på enhet og hovedkategorier

Velg type visualisering:

Stolper (horisontal) drilldown

☐ Vis IDer i grunnlaget

☒ Vis ID på uønskede hendelser i tabell

☐ Vis verdier på graf

Grunnlag: 144 uønskede hendelser

Statistikk

Lag statistikk

antall registrerte hendelser fordelt på enhet og hovedkategorier

Klikk for å se detaljer. Klikk igjen for å returnere.

HMS (Helse, Miljø og Sikkerhet) / ANSATT

MILJØRELATERT / GRØNN STIFTELSE

ORGANISATORISK / DRIFTSRELATERT

PASIENTRELATERT

Velg hvordan statistikken skal visualiseres (diagramtype)

0

1

2

3

4

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

Visningsvalg

Tittel:

antall registrerte hendelser fordelt på enhet og hovedkategorier

Velg type visualisering:

Stolper (horisontal) drilldown

☐ Vis IDer i grunnlaget

☒ Vis ID på uønskede hendelser i tabell

☐ Vis verdier på graf

Lag statistikk

Confidential, Skjellevik, Åse Meistad, 03/22/2021 08:13:36

16.03.2021

status uønskede hendelser 2020/nmhe

6

Klassifisering GUL

73/124

Grunnlag: 144 uønskede hendelser

Lag statistikk

antall registrerte hendelser fordelt på enhet og hovedkategorier

Klikk for å se detaljer. Klikk igjen for å returnere.

HMS (Helse, Miljø og Sikkerhet) / ANSATT

MILJØRELATERT / GRØNN STIFTELSE

ORGANISATORISK / DRIFTSRELATERT

PASIENTRELATERT

Velg hvordan statistikken skal visualiseres (diagramtype)

0

1

Kontor psykisk helse

Visningsvalg

Tittel:

antall registrerte hendelser fordelt på enhet og hovedkategorier

Velg type visualisering:

Stolper (horisontal) drilldown

☐ Vis IDer i grunnlaget

☐ Vis ID på uønskede hendelser i tabell

☐ Vis verdier på graf

Lag statistikk

Grunnlag: 144 uønskede hendelser

Lag statistikk

antall registrerte hendelser fordelt på enhet og hovedkategorier

Klikk for å se detaljer. Klikk igjen for å returnere.

HMS (Helse, Miljø og Sikkerhet) / ANSATT

MILJØRELATERT / GRØNN STIFTELSE

ORGANISATORISK / DRIFTSRELATERT

PASIENTRELATERT

Velg hvordan statistikken skal visualiseres (diagramtype)

0

1

Kontor somatisk helse

Visningsvalg

Tittel:

antall registrerte hendelser fordelt på enhet og hovedkategorier

Velg type visualisering:

Stolper (horisontal) drilldown

☐ Vis IDer i grunnlaget

☐ Vis ID på uønskede hendelser i tabell

☐ Vis verdier på graf

Lag statistikk

Confidential, Skjellevik, Åse Meistad, 03/22/2021 08:13:36

16.03.2021

status uønskede hendelser 2020/nmhe

Lag statistikk

antall registrerte hendelser fordelt på enhet og hovedkategorier

Klikk for å se detaljer. Klikk igjen for å returnere.



HMS (Helse, Miljø og Sikkerhet) / ANSATT

MILJØRELATERT / GRØNN STIFTELSE

ORGANISATORISK / DRIFTSRELATERT

PASIENTRELATERT

Velg hvordan statistikken skal visualiseres (diagramtype)

0

1

2

3

4

Røntgenavdeling

Visningsvalg

Tittel:

antall registrerte hendelser fordelt på enhet og hovedkategorier

Velg type visualisering:

Stolper (horisontal) drilldown

☒ Vis IDer i grunnlaget

☒ Vis ID på uønskede hendelser i tabell

☒ Vis verdier på graf

Lag statistikk

Lag statistikk

antall registrerte hendelser fordelt på enhet og hovedkategorier

Klikk for å se detaljer. Klikk igjen for å returnere.



HMS (Helse, Miljø og Sikkerhet) / ANSATT

MILJØRELATERT / GRØNN STIFTELSE

ORGANISATORISK / DRIFTSRELATERT

PASIENTRELATERT

Velg hvordan statistikken skal visualiseres (diagramtype)

0

1

2

3

4

Dagkirurgisk avdeling

Visningsvalg

Tittel:

antall registrerte hendelser fordelt på enhet og hovedkategorier

Velg type visualisering:

Stolper (horisontal) drilldown

☒ Vis IDer i grunnlaget

☒ Vis ID på uønskede hendelser i tabell

☒ Vis verdier på graf

Lag statistikk

Grunnlag: 144 uønskede hendelser

Visualiseringsvalg

STATISTIKK

Lag statistikk

antall registrerte hendelser fordelt på enhet og hovedkategorier

Klikk for å se detaljer. Klikk igjen for å returnere.

HMS (Helse, Miljø og Sikkerhet) / ANSATT

MILJØRELATERT / GRØNN STIFTELSE

ORGANISATORISK / DRIFTSRELATERT

PASIENTRELATERT

Velg hvordan statistikken skal visualiseres (diagramtype)

0

1

2

BS, Stab/støtte

Visningsvalg

Titel:

antall registrerte hendelser fordelt på enhet og hovedkat

Velg type visualisering:

Stolper (horisontal) drilldown

Velg hvordan statistikken skal visualiseres (diagramtype)

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Grunnlag: 144 uønskede hendelser

Visualiseringsvalg

STATISTIKK

Lag statistikk

antall registrerte hendelser fordelt på enhet og hovedkategorier

Klikk for å se detaljer. Klikk igjen for å returnere.

HMS (Helse, Miljø og Sikkerhet) / ANSATT

MILJØRELATERT / GRØNN STIFTELSE

ORGANISATORISK / DRIFTSRELATERT

PASIENTRELATERT

Velg hvordan statistikken skal visualiseres (diagramtype)

0

1

2

3

BS, renhold

Visningsvalg

Titel:

antall registrerte hendelser fordelt på enhet og hovedkat

Velg type visualisering:

Stolper (horisontal) drilldown

Velg hvordan statistikken skal visualiseres (diagramtype)

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Velg visningstype

Confidential, Skjellevik, Åse Meistad, 03/22/2021 08:13:36

16.03.2021

status uønskede hendelser 2020/nmhe

9

Fokusområder

Vold og trusler

41 registrerte uønskede hendelser

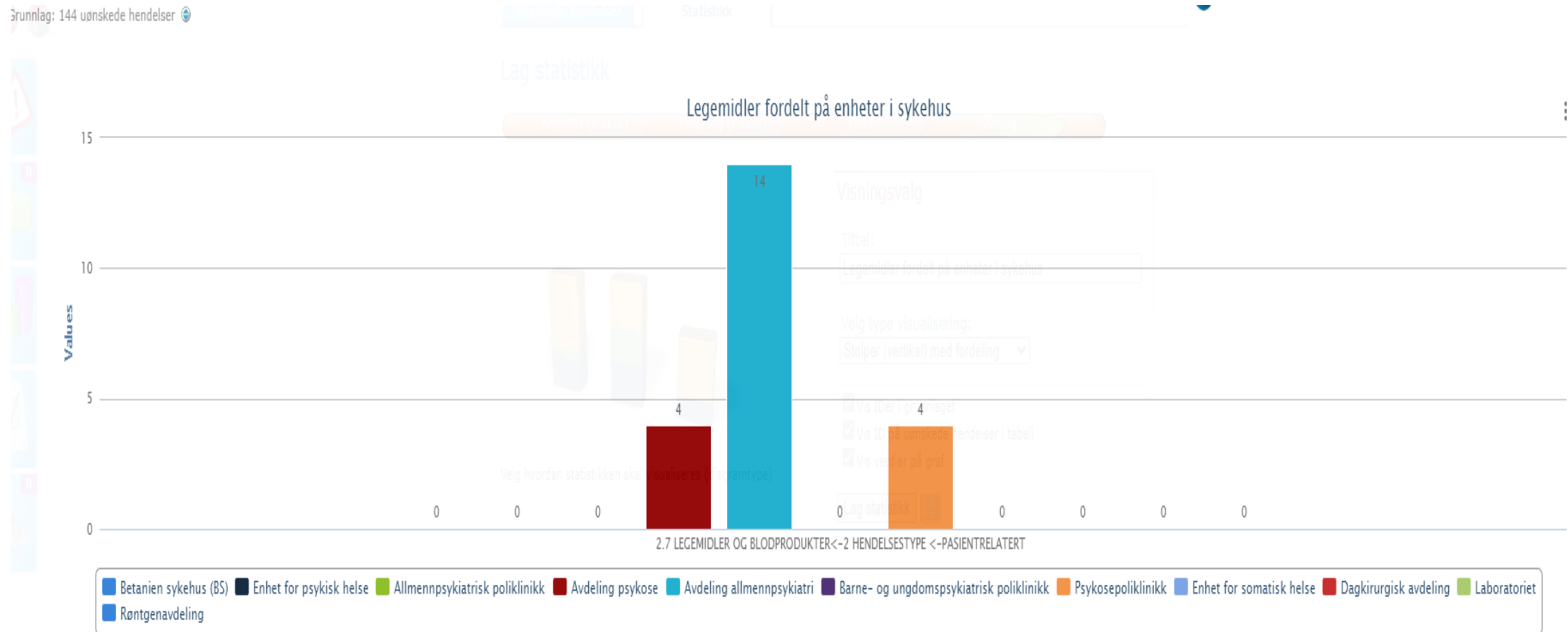
- Verbal trakassering
 - Flest mindre alvorlig til moderat i enhet psykisk helse
 - En registrert i enhet somatisk helse
- Verbal trussel
 - En registrert betydelig alvorlighetsgrad i enhet psykisk helse

Legemidler

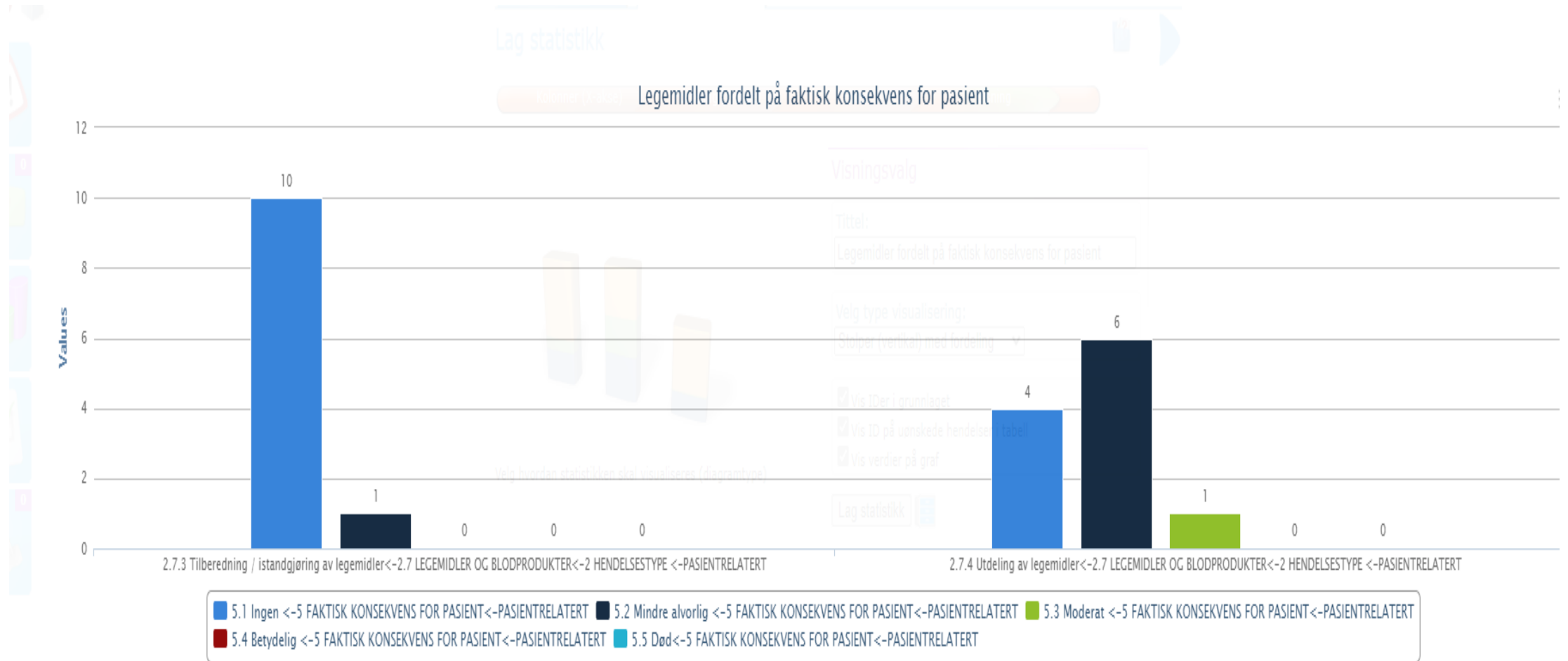
22 registrerte uønskede hendelser

- Tilbereding av legemidler:
 - Ingen konsekvens: 10
 - Mindre alvorlig: 1
- Utdeling av legemidler:
 - Ingen konsekvens: 4
 - Mindre alvorlig: 6
 - Moderat: 1

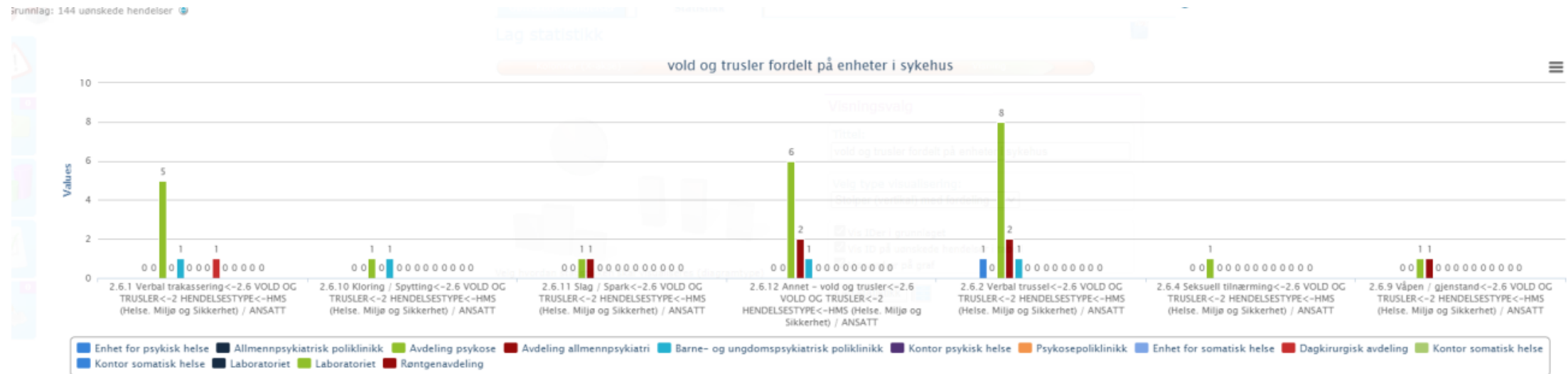
Legemidler fordelt på enheter i sykehus



Legemidler med faktisk konsekvens for pasient



HMS - vold og trusler fordelt på enheter



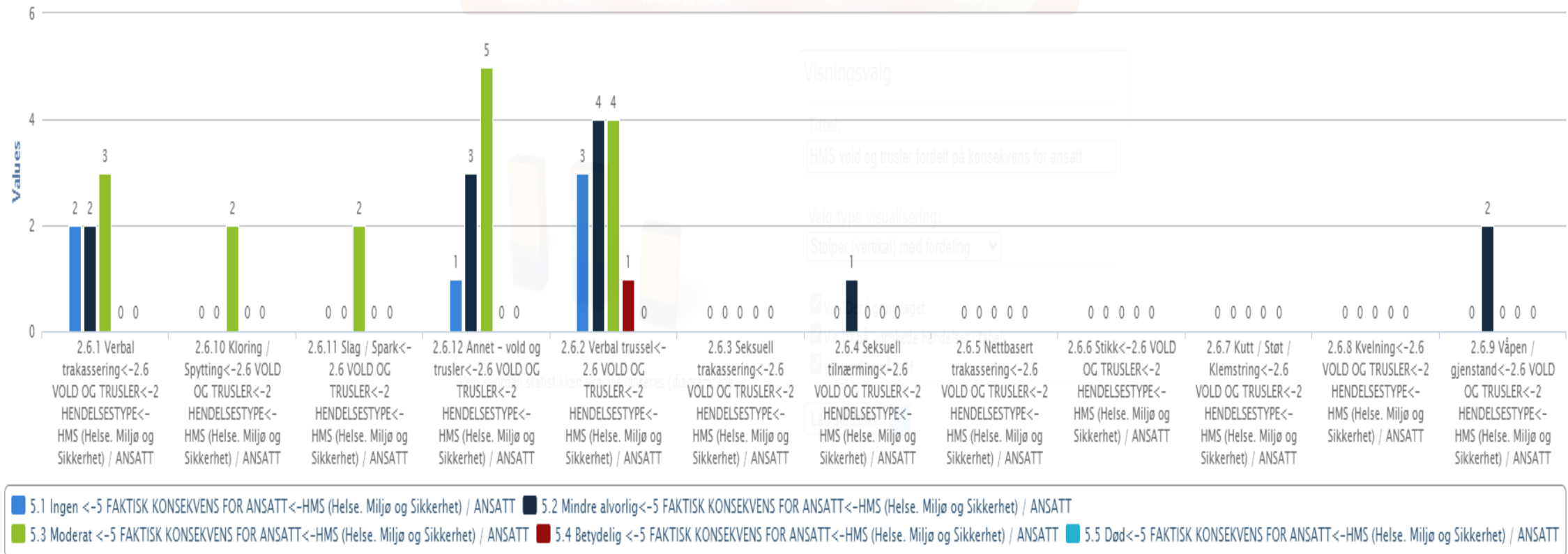
Statistikkresultat

Kategorier	Antall avvik	Enheter
2.6.1 Verbal trakassering<-2.6 VOLD OG TRUSLER<-2 HENDELSESTYPE<-HMS (Helse. Miljø og Sikkerhet) / ANSATT	7	Avdeling psykose 5 Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk 1 Dagkirurgisk avdeling 1
2.6.10 Kloring / Spyting<-2.6 VOLD OG TRUSLER<-2 HENDELSESTYPE<-HMS (Helse. Miljø og Sikkerhet) / ANSATT	2	Avdeling psykose 1 Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk 1
2.6.11 Slag / Spark<-2.6 VOLD OG TRUSLER<-2 HENDELSESTYPE<-HMS (Helse. Miljø og Sikkerhet) / ANSATT	2	Avdeling psykose 1 Avdeling allmennpsykiatri 1
2.6.12 Annet - vold og trusler<-2.6 VOLD OG TRUSLER<-2 HENDELSESTYPE<-HMS (Helse. Miljø og Sikkerhet) / ANSATT	9	Avdeling psykose 6 Avdeling allmennpsykiatri 2 Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk 1
2.6.2 Verbal trussel<-2.6 VOLD OG TRUSLER<-2 HENDELSESTYPE<-HMS (Helse. Miljø og Sikkerhet) / ANSATT	12	Enhet for psykisk helse 1 Avdeling psykose 8 Avdeling allmennpsykiatri 2 Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk 1
2.6.4 Seksuell tilnærming<-2.6 VOLD OG TRUSLER<-2 HENDELSESTYPE<-HMS (Helse. Miljø og Sikkerhet) / ANSATT	1	Avdeling psykose 1
2.6.9 Våpen / gjenstand<-2.6 VOLD OG TRUSLER<-2 HENDELSESTYPE<-HMS (Helse. Miljø og Sikkerhet) / ANSATT	2	Avdeling psykose 1 Avdeling allmennpsykiatri 1

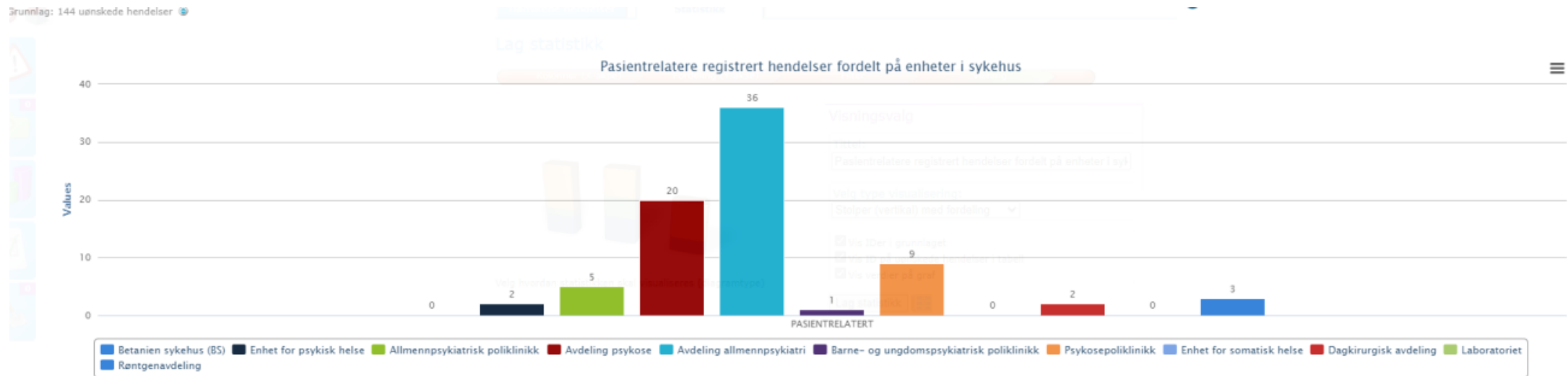
HMS vold og trusler fordelt på konsekvens for ansatt

Grunnlag: 144 uønskede hendelser

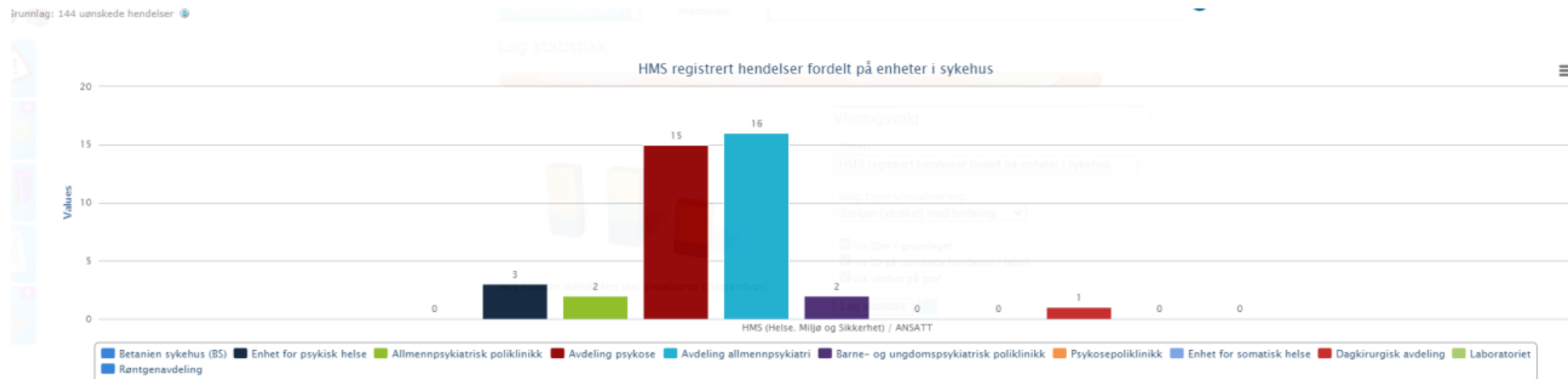
HMS vold og trusler fordelt på konsekvens for ansatt



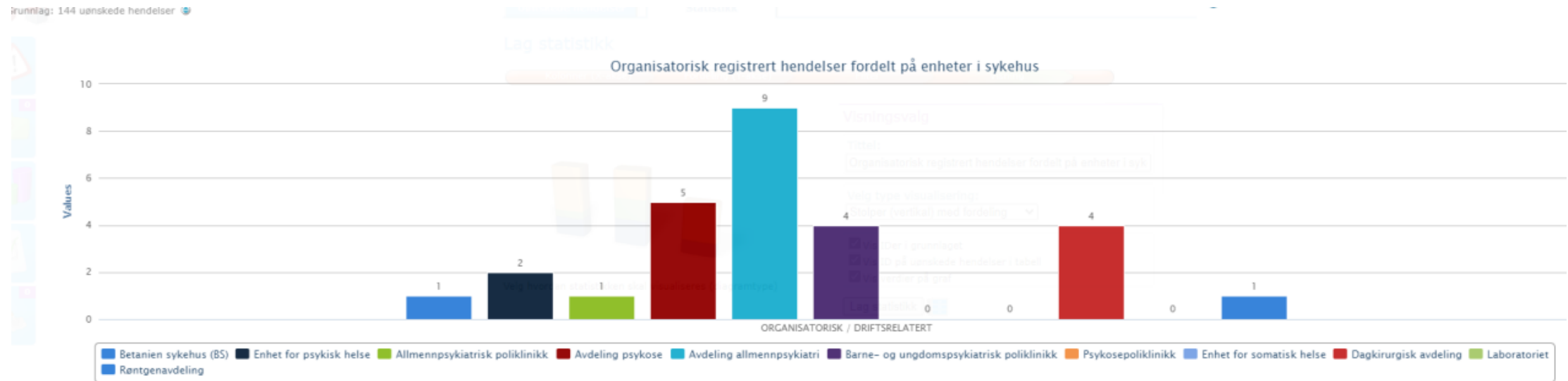
Pasientrelaterte hendelser fordelt på enheter



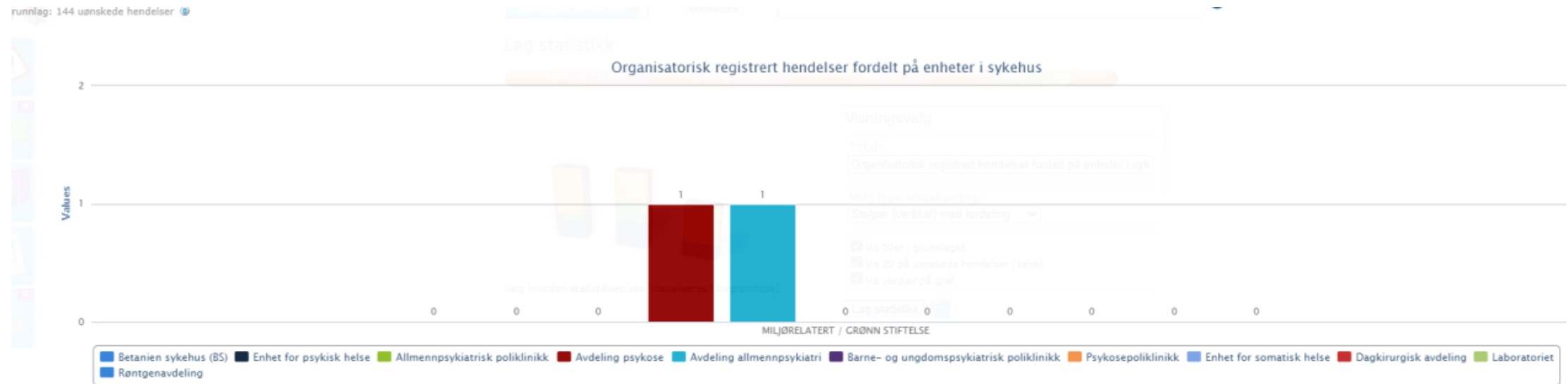
HMS relaterte hendelser fordelt på enheter



Organisatoriske hendelser fordelt på enheter



Miljørelaterte hendelser fordelt på enheter



26 avvik er ikke lukket i Compilo - 16 under behandling og 10 ikke åpnet 2020

Sykehus direktør og kvalitetsrådgiver gjennomgår avviksliste og overfører avvik som må følges opp videre i 2021.

Sist aktivitet	Alvorlighetsgrad	Tittel/Emne (ID)	Rapportert til	Behandler: uønsket hendelse
26.1.2021	Lav	skremmende pasient (2542) 6 8	Enhet for psykisk helse	Enhet for psykisk helse
15.1.2021	Middels	Uønsket hendelse (2529) 17 42	Dagkirurgisk avdeling	Dagkirurgisk avdeling
10.12.2020	Lav	Manglende utfylling av ansettelsesdokument (2497) 53 7	Kontor psykisk helse	Kontor psykisk helse
8.12.2020	Lav	Ventilasjon (2494) 56 4	Dagkirurgisk avdeling	Dagkirurgisk avdeling
3.11.2020	Høy	melding i Compilo ikke lest (3447) 90 40	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk
21.10.2020	Høy	urettmessig innsyn i journal (3422) 104 44	Allmennpsykiatrisk poliklinikk	Allmennpsykiatrisk poliklinikk
17.9.2020	Høy	Blitt utsatt for verbal utskjelling og blitt kastet ting på/ spyttet på (3292) 180 120	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk
17.9.2020	Middels	Maur invasjon i sommer også på Kjøkken nede (3244) 153 70	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk	Enhet for psykisk helse
5.9.2020	Høy	Samarbeid OCD- team, Avdeling psykisk helse, Betanien DPS (3243) 210 60	Allmennpsykiatrisk poliklinikk	Enhet for psykisk helse
15.10	Lav	Utagende pasient (3215) 221 71	Dagkirurgisk avdeling	Dagkirurgisk avdeling
15.05	Middels	Ingen ventilasjon /høy temperatur på undersøkelserom Rom: Gyn us (gamle friser) (2675) 302 45	Dagkirurgisk avdeling	Stiftelsen Betanien Bergen (SBB)
19.11.2020	Høy	Uriktig bruk av pasientjournal (3053) 308 14	Psykoepoliklinikk	Allmennpsykiatrisk poliklinikk
23.9.2020	Middels	Behandling etter PHL (3309) 173 71	Psykoepoliklinikk	Enhet for psykisk helse
23.9.2020	Lav	Manglende etterlevelse av lov og avtaleverk ad ansattes medbestemmelse (3351) 146 71	Betanien sykehus (BS)	Enhet for psykisk helse
14.8.2020	Lav	meona (3247) 206 111	Avdeling allmennpsykiatri	Enhet for psykisk helse
31.7.2020	Middels	AH telefon ubemannet (3280) 185 125	Enhet for psykisk helse	Allmennpsykiatrisk poliklinikk
31.7.2020	Middels	mangelfull dokumentasjon og pasient oppfølging av behandler (3246) 208 125	Allmennpsykiatrisk poliklinikk	Allmennpsykiatrisk poliklinikk
14.1.2020	Middels	Byggene forfaller (2852) 419 385	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk	Stiftelsen Betanien Bergen (SBB)
29.10.2019	Lav	Miljøavvik (2701) 486 462	Dagkirurgisk avdeling	Stiftelsen Betanien Bergen (SBB)
19.10.2019	Lav	Søkersliste på stilling ikke sendt ut til alle aktuelle arbeidstakerorganisasjoner (1912) 877 472	Enhet for psykisk helse	Stiftelsen Betanien Bergen (SBB)
19.10.2019	Lav	Bør flagges med flere søkeord (2419) 644 472	Allmennpsykiatrisk poliklinikk	Stiftelsen Betanien Bergen (SBB)
18.6.2019	Middels	printer 2. etasje pol.klinikk for voksne (1732) 973 505	Allmennpsykiatrisk poliklinikk	Stiftelsen Betanien Bergen (SBB)
27.1.2021	Middels	Uregistrert om pas. har fått A-preparat medikament eller ikke (3457) 86 34	Avdeling psykose	Avdeling psykose
19.10.2020	Lav	Digiport (3384) 123 65	Rentgenavdeling	Rentgenavdeling
1.9.2020	Lav	Samarbeid med Avdeling psykisk helse (3186) 237 117	Allmennpsykiatrisk poliklinikk	Enhet for psykisk helse
13.5.2020	Lav	Personvern ansatt (3076) 291 291	BS, Stab/støtte	Stiftelsen Betanien Bergen (SBB)

Årsmelding 2020 pasientsikkerhetsvisitt Betanien Sykehus

Formål

En pasientsikkerhetsvisitt går ut på at ansatte som møter pasienter i sitt daglige arbeid kan diskutere utfordringer rundt pasientsikkerheten med øverste ledelse i sykehuset.

Hensikten med visittene er å avdekke risikoforhold og forbedringsområder ved å lytte til de ansattes tanker og opplevelser knyttet til deres egen arbeidshverdag. Pasientsikkerhetsvisittene kan bidra til å utvikle en kultur hvor åpenhet rundt pasient sikkerhet har førsteprioritet.

Med pasientsikkerhetsvisitter kan følgende oppnås:

Øke bevisstheten rundt pasientsikkerhet

Gjøre pasientsikkerhet til en prioritert oppgave for øverste ledelse.

Innhente informasjon som identifiserer områder som kan forbedres, og innføre konkrete tiltak i henhold til dette.

Bygge opp kommunikasjonskanaler og relasjoner mellom øverste ledelse og personale i pasientnært arbeid.

Sammensetning

Sykehusdirektør Eli Birkhaug Julseth – leder

Rådgiver Nina Misje Heggøy – sekretær/koordinato

På pasientsikkerhetsvisitten har det vært intill fem personer fra avdelingen er tilstede. Gruppen har bestå av ulike tverrfaglig yrkesgrupper med avdelingsleder som obligatorisk deltaker. Avdelingsleder har selv plukket ut deltakerne i gruppen.

Arbeidsform

De ansatte har hatt mulighet til å ta opp eventuelle spørsmål som gjelder pasientens sikkerhet underveis.

Tema/spørsmål:

Når ble en pasient sist skadd eller utsatt for nestenulykke i avdelingen? Hva skjedde?

Kommunikasjon, miljø, opplæring, arbeid i grupper, samarbeid, rapportering av hendelser, melder du alltid fra når du gjør en feil?, utstyr, bemanning, prosess og ville du likt at et medlem av din familie var innlagt i avdelingen?

Når visitten er gjennomført har avdelingen formulert tre forbedringsområder de skal fokusere på videre. Etter ca 1 måned er det gjennomført et oppfølgingsmøte på avdelingen, hvor forbedringsområdene gjennomgås.

I 2020 har det vært gjennomført pasientsikkerhetsvisitt på

- **Dagkirurgisk avdeling.** Forbedringsområder: 1) Interne skjema for registrering av observasjoner og medikasjon – spesielt knyttet til operasjonssykepleierne. 2) Dokumentasjon ved overliggere på 2 A. 3) Scoop-sentral - monitorering
- 1. **Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUP).** Forbedringsområder: 1) Forenkle arbeid med pasienter som foregår i tverrfaglige team. 2) Kartlegge omfang av hastehjelp i BUP for å planlegge tjenesten
- **Allmennpsykiatrisk avdeling.** Forbedringsområder: 1) *psykologisk trygghet* i møte med utagerende og selvskadende pasienter. 2) medikamenthåndtering med fokus på tillaging og utdeling av medisiner.
- **Psykosepoliklinikk.** Forbedringsområder: 1) Uønskede hendelser, info til ansatte og bygge god meldekultur. 2) Informasjonsmateriell om tjenestetilbud, revideres. Hvordan får det ut til pasientene. 3) Implementere monitoreringsverktøy.

Pasientsikkerhetsvisittene gjennomføres hver andre år på hver avdeling.

02.02.2021

Nina Misje Heggøy

Til

Eli Julseth Birkhaug
Direktør, Betanien Sykehus

Kopi:

Leder Dagkirurgisk senter Tarja Valtanen
Avdelingsleder Betanien røntgensenter Therese Von der Fehr
Avdelingsleder avd. allmennpsykiatri Bjørn Arne Østevold
Avdelingsleder avd. psykose Maria Hauser
Avdelingsleder psykose poliklinikk Kirsti Sætre

Bergen, 20.1.21

ÅRSRAPPORT for Betanien Sykehus fra avdeling for farmasøytiske tjenester (AFT)

Viser til avtale mellom Betanien Sykehus og Sjukehusapoteket i Bergen om farmasøytiske tjenester.

Farmasøyt Zahid Zarar har levert farmasøytiske tjenester til Betanien Sykehus.

Stillingsstørrelse Betanien Sykehus: 10 %

Oppgavene ble utført ut fra årsplan 2020 og etter ønsker fra ledere av de forskjellige avdelingene ved Betanien Sykehus.

Ta gjerne kontakt ved innspill eller kommentarer til årsrapport.

Vennlig hilsen

Zahid Zarar
Sykehusfarmasøyt
Mobil: 98669923
E-post: zahid.zarar@sav.no

Marianne Saugestad
Avdelingsleder AFT



ÅRSRAPPORT 2020

fra Avdeling for farmasøytiske tjenester
Sjukehusapoteket i Bergen
Sjukehusapoteka Vest

BETANIEN SYKEHUS

Tjenesteområde	Aktivitet
Logistikkrettede tjenester	Utarbeide og vedlikeholde basislistesortiment i elektroniske bestillingsløsning Farmasøyt har bidratt med vedlikehold/utarbeidelse av basislister, i samarbeid med lege/sykepleier ved Betanien Sykehus og andre farmasøyter på Sykehusapoteket, til allmennpsykiatri sengepost og psykose sengepost.
Øvrige tjenester	Gi farmasøytisk informasjon og rådgivning Muntlig og skriftlig farmasøytisk informasjon og rådgivning. Standardisert tilbakemelding, fortrinnsvis skriftlig med referanser, ble formidlet direkte til spørsmålsstillere. Informasjonsmateriale Informasjon som ble sendt ut fra farmasøyt: • Synonymliste 2020 - 2021 og plakater til medisinrom for alle poster • Oppdatert blandetabell for antibiotika • Ordnet registreringsfritaksskjema av uregistrerte preparater for hele sykehuset. Alle skjema ble signert av direktør og overlege Eli Julseth Birkhaug. Det er en ny ordning fra SLV/apoteket at en overlege på overordnet nivå ved sykehuset kan skrive under på alle søknader for hele sykehus. Legemiddelrevisjon Tema: Generell legemiddelhåndtering og gjennomgang av medisinrom DPS: Avdeling Allmennpsykiatri sengeposten 14.10.20 Avdeling Psykose sengeposten 21.10.20 Psykose poliklinikk 4.11.20 DKS: 9.9.20 Røntgen: 30.9.20

Øvrige tjenester	Skriftlige rapporter fra alle revisjoner ble sendt til avdelingsledere med kopi til direktør. Postene har vært flinke med å holde orden på medisinerrommene. 3 av de 5 postene hadde ingen avvik ved revisjon hos de aktuelle postene med unntak av enkelte merknader for forbedring. Aktuelle ledere sendte tilbakemeldinger om tiltak for å rette opp de avvikene og merknader som var funnet under revisjoner. Arbeid med skriftlige legemiddelhåndteringsprosedyrer/retningslinjer Bidra til revidering, implementering og evaluering av retningslinjer for legemiddelhåndtering. Enkelte dokumenter i retningslinjer for legemiddelhåndtering ved DPS ble oppdatert i 2020. Farmasøyt har bidratt med innspill og kommentarer før godkjenning. Utarbeide legemiddelinnkjøpsrapporter og analyser Utarbeiding og analyse av legemiddelinnkjøps- og forbruksstatistikk. • Månedlig innkjøpsstatistikk for A- og B-preparater ble sendt til avdelingsledere ved de aktuelle postene. • Innkjøpsstatistikk av A og B preparater for de siste 5 årene (2016 – 2020) for hele sykehus ble utarbeidet og sendt til direktør Eli Julseth Birkhaug etter forespørsel fra direktøren. • Innkjøpsstatistikk av A og B preparater for de siste 5 årene (2016 – 2020) for psykose sengepost ble utarbeidet og sendt til avdelingsleder Maria Hauser etter forespørsel fra henne. • Innkjøpsstatistikk av antibiotika for hele 2020 er sendt til hygiene sykepleier Kjersti Dagestad. Undervisning: Psykose sengepost har benyttet seg av undervisningstilbudet. Tema for undervisning Legemiddelhåndtering og legemidler som inneholdt følgende emner: Ansvarsfordeling for legemiddelhåndtering, lover, forskrifter og retningslinjer for legemiddelhåndtering, gode råd for legemiddelhåndtering, tilberedning av legemidler og midler mot depresjon.
-------------------------	---

ÅRSRAPPORT 2020

ARBEIDSMILJØUTVALG (AMU) BETANIEN SYKEHUS

Etter Aml. § 7-2, sjette ledd skal arbeidsmiljøutvalget (AMU) hvert år avgi rapport om sin virksomhet til virksomhetens styrende organer og arbeidstakernes organisasjoner. Rapporten nedenfor er forelegges de tillitsvalgte til orientering i IDF-møte 01.02.2021.

Fra AMU i Betanien sykehus		
Formannsverv i perioden - HVO Fredrikke Helle Skarnagel		
AMUs stemmeberettigede medlemmer:		
Arbeidsgiver:	Eli Julseth Birkhaug (sykehusdirektør), Frode Strøm (HR-dir.). Silje Benedicte Vignæs (enhetsleder psykisk helsevern), Pål Inge Gjerde Sæbø (enhetsleder somatikk)	
Vernetjeneste:	HVO Fredrikke Helle Skarnagel Tove Jensen Nina Misje Heggøy Lisa Meguenni	Vara: Tove Jensen (vara HVO) Kristin Fosheim Britt Norunn Johnson Linda Monstad
Bedriftshelsetjeneste	Bedriftshelsetjenesten ved Stamina endret navn til Anonova.	
Antall møter:	5	

Aktiviteter	Følgende saker har vært fast på dagsorden i alle møter: • Godkjenning av dagsorden • Godkjenning av protokoll • Informasjon fra arbeidsgiver, vernetjenesten og bedriftshelsetjenesten • Saker fra KAMU • Gjennomgang av sykefravær • Gjennomgang av AML-brudd • Gjennomgang av uønskede hendelser i Compilo Møte 18. mars 2020 • Presentasjon av medlemmer og gjennomgang av AMUs rolle • Gjennomgang av punkt som skal stå fast på dagsorden, jf. ovenfor. • Konstituering av AMU. HVO valgt som leder for første periode. Arbeidsgiver valgt som sekretær. • Avklaring av rutiner for utsending av dagsorden og saker. • Avklaring av rutine for å sende kommentarer til protokoll og signering av denne. • Presentasjon av Stamina (BHT) • Enighet om at protokoller gjøres tilgjengelig for alle ansatte. • Gjennomgang av sykefravær pr. februar og status for nærværprosjektet. Møte 12. juni 2020 • Informasjon fra arbeidsgiver: – Oppfølging av vernerunder. – Alle avdelinger har etablert nærværsgupper – Alle avdelinger har fått frist til å utarbeide handlingsplan for oppfølging av ForBedringsundersøkelsen slik at overordnet plan kan ferdigstilles innen 8. september. – Informasjon om arbeidsgivers rett til å endre planlagt ferie skal sendes ut til ledere. • Informasjon fra vernetjenesten – Beredskapsplaner for sommeren må gjøres kjent på alle avdelinger, herunder avklaring på hvem som har ansvar under leder ferieavvikling. • Fra BHT – Grunnet Covid-19 har ikke BHT kommet i gang med så mange aktiviteter.
--------------------	--

	– BHT skal etter ferieavviklingen starte opp arbeidet med å bistå avdelingene med ROS analyser innenfor HMS området. • Saker fra KAMU – Frist gitt KAMUs medlemmer til å gjennomgå overordnet HMS-plan og HMS-årshjul satt til uke 25. – Nedsatt arbeidsgruppe for å utvikle e-læringskurs for nystilsatte – Tiltak for å forhindre PTSD for ansatte som har arbeidet med Covid-19. – Arbeidsgruppe nedsatt for å oppdatere rutine for varsling og varslingsplakat. • Gjennomgang av sykefravær pr. mai (akk. 8,45%, trend<) • Gjennomgang av avvik i Compilo (gjort tilgjengelig i AdminControl) • Gjennomgang av AML brudd (135 brudd, 40% knyttet til Covid-19) • Gjennomgang av status for oppfølging av ForBedringsundersøkelsen (i rute). Møte 10. september 2020 • Presentasjon av ny kundeansvarlig for BHT. • Informasjon fra arbeidsgiver – Økt møtehyppighet i beredskapsgruppen. Innføring av hjemmekontor for administrasjonen. Tilbud av munnbind til ansatte som benytter kollektivtrafikk. All info knyttet til Covid-19 gjøres tilgjengelig på Workplace. – Tiltak i regi av Arbeidsmiljøsenderet for å effektivisere AMU møtene m.m. – Budsjettprosessen for 2021. – Status for ombyggingsarbeidene i Vestlundveien 23 1. etg. • Informasjon fra vernetjenesten – Gjennomgang av saker fra verneombudsmøte, med særlig oppmerksomhet på informasjon til ansatte knyttet til Covid-19. VO fornøyde med informasjonen som er gitt. Ellers opptatt at arbeidstakere som har hjemmekontor ivaretas av ledere. Viktig at renholdere som ikke får omgås kolleger som normalt også ivaretas. – Bekymring knyttet til situasjonen for merkantilgruppen i psykisk helse. Arbeidsgiver kommenterte og viste til rekruttering og andre tiltak som er iverksatt.
--	---

	– Arbeidsgiver gjennomfører sluttsamtaler med alle som har sagt opp. • Informasjon fra BHT – Covid-19 gir fremdeles utfordringer knyttet til å komme ordentlig i gang med planlagte aktiviteter. • Saker fra KAMU – Ikke avholdt møte siden forrige møte i AMU BS. Sakene fra forrige gang følges opp. • Sykefravær gjennomgått, trend nedadgående. – NAV arbeidslivssenter er innstilte på å følge opp nærværarbeidet. – HVO ønsker å få kartlagt hvorvidt tilretteleggingsstrategien følges opp. – Måltall for 2021 skal være tema i neste AMU møte. • Avvik compilo – Avvik gjennomgått. – Det ble besluttet at i 2021 skal det rettes særlig oppmerksomhet mot medikament avvik og vold og trusler. – Det må arbeides med å lage rutiner for å fange opp alle meldte yrkesskade som er meldt til NAV. – TERMA (nå MAP møte med aggresjonsproblematikk) kurs skal gjenopptas når Covid-19 situasjonen tillater det. • AML brudd – Registrert 191 brudd hittil i år. Mange skyldes Covid-19. Opplæring er gitt til ledere for å legge inn AML dispensasjon for ansatte som har avtalt å arbeide flere søndager på rad. • ForBedringsundersøkelsen. – Styresak ble gjennomgått av AMU. – HVOs forslag til årshjul for undersøkelsen ble godkjent. Møte 5. November 2020 • Informasjon fra Arbeidsgiver – Beredskapsgruppens møter. Enhetsledere deltar nå på et av ukens tre møter. – Informasjon om planarbeidet knyttet til ombygging av Vestlundveien 23 1 etg. – Inndeling i to arbeidslag på røntgen for å redusere smittefare og gjøre driften mindre sårbar ved utbrudd. Ansatte ved DKA bruker munnbind, og pasienter bes om å
--	---

	gjøre det samme og tilbys munnbind om de ikke har selv. Når avstandsregler ikke kan overholdes, pålegges pasienter å bruke munnbind. PHV har stor oppmerksomhet på avstandsreglene overholdes. Informasjon om Covid-19, oppdateres løpende på Workplace. – Budsjettarbeidet følger oppsatt plan. – I samarbeid med BHT er det nå gjennomført ROS-analyser knyttet til HMS i tre avdelinger. To avdelinger starter opp dette arbeidet i uke 46. – Strategiarbeid for sykehuset er starter opp, og det er gjennomført SWOT analyser som skal danne grunnlag for det videre arbeid. Arbeidet i ses i sammenheng med tilsvarende prosess i SBB. • Informasjon fra vernetjenesten. – Det er nå verneombud på alle avdelinger. Det har vist seg vanskelig å rekruttere VO. Det er derfor behov for å utarbeide en strategi for å gjøre dette mer attraktivt. – VO deltar i ROS analysene som fasiliteres av BHT. – For tiden er det mye nytt å sette seg inn i for VO. I tillegg til ROS analyser, må de også forholde seg til bl.a. DIPS arena og FAMAC. – De fleste av VO har fått sin grunnopplæring gjennom BHT. – Alle avdelinger har gjennomført ROS analyser knyttet til brannvern innen fristen. – HVO har brukt en del tid på å gjøre forberedelser til Arbeidstilsynets tilsyn 26. november. – HVO opplever at VO er flinke til å melde saker. Det er mer utfordrende å engasjere ansatte i dette arbeidet. – VO melder tilbake at de opplever at informasjonen rundt Covid-19 er god. – HVO er fremdeles opptatt av arbeidssituasjonen for kontortjenesten innen PHV. – Det må rekrutteres nytt VO for kontortjenesten PHV, når nåværende VO slutter. • Informasjon fra BHT – BHT har bidratt til gjennomføring av ROS analyser knyttet til HMS, og skal delta i slike analyser i alle avdelinger. – Det er laget en handlingsplan som gjelder ut året. AMU diskuterte tiltak for å sikre ivaretagelse av arbeidstakere som har hjemmekontor.
--	---

	• Saker fra KAMU – HVO gjennomgikk protokollen fra KAMU og orienterte om følgende: ○ Nytt e-læringskurs for nyansatte ○ Redigert varslingsrutine og varslingsplakat ○ Redigert konflikthåndteringsrutine ○ Sak vedr. beskyttelse mot opptak gjort av pasienter under konsultasjon. ○ Tiltak for sikre at informasjon fra AMU kommer ut i organisasjonen. • Sykefravær pr. september. – Sykefraværet ble gjennomgått. Trenden er en svak økning fra forrige rapportering, men fraværet er lavere enn på samme tid i fjor. Fraværet ville lagt under måltallet på 8%, dersom fravær knyttet til Covid-19 trekkes fra. – AMU besluttet at målet for 2021, bør være at alle avdelinger reduserer sitt fravær med 10%. – AMU er opptatt av at arbeidet knyttet til tilretteleggingsstrategi m.v. gjenopptas. • Avvik i Compilo – AMU ber om at det utarbeides en rutine for registrering av alle skademeldinger som sendes til NAV og forsikringsselskap – AMU er opptatt av at det planlegges en god opplæring av ansatte knyttet til implementeringen av Netpower. – AML brudd • ForBedringsundersøkelsen – De fleste avdelinger har fulgt opp sine handlingsplaner knyttet til undersøkelsen. – AMU er opptatt av det i forkant av neste undersøkelse lages en informasjonsstrategi for å øke svaroppslutningen. Ekstraordinært møte 30. november 2020 • Budsjett 2021 ble gjennomgått av økonomisjef. – HVO stilte spørsmål knyttet til de ansattes involvering i arbeidet. Økonomisjef viste i denne sammenheng til møtene som har vært avholdt underveis i prosessen. • Informasjon om Arbeidstilsynets tilsyn – Det ble gitt informasjon om bakgrunnen for og gjennomføringen av selve tilsynet. – De to påleggene ble gjennomgått. – AMU tok informasjonen til orientering.
--	---

	• Informasjon om ROS-analyse modulen i Netpower – Informasjonssjef i stiftelsen orienterte om status for arbeidet med å implementere denne modulen. Allmennpsykiatrisk poliklinikk skal prioriteres slik av pålegget fra Arbeidstilsynet kan følges opp. – AMU tok informasjonen til orientering	
Er det utarbeidet oppfølgingsplan i henhold til IA -avtalen?	Den nye sentrale IA avtalen stiller ikke de samme kravene til virksomhetene. Det er nå opp til hver enkelt virksomhet å lage planer innenfor dette området. Betanien sykehus har ikke gjort endringer knyttet til tidligere planer. Disse løper således videre.	
Yrkesskader, nestenulykker vold og trusler behandlet i overordnet AMU <i>Kommentar: Yrkesskader har inntruffet i 2019 og en del er registret i Compilo. AMU har belyst at det det er nedgang i melding av avvik og at det av denne grunn trolig er et høyere antall yrkesskader, nestenulykker og vold og trusler. Yrkesskader skal rutinemessig meldes til NAV og KLP og håndteres avdelingsvis. Rutinen er gjort kjent i organisasjonen ila 2019.</i> <i>Yrkesskader, nestenulykker, vold og trusler er en del av HMS årshjulet og dermed blir et fast punkt på AMU møter. Forbedringsarbeidet knyttet til denne type skader/ulykker har dog vært begrenset i 2019. Dette sees i sammenheng med at det er mangler i nåværende kvalitetsforbedringssystem.</i> <i>Vold og trusler har vært et belyst tema gjennom hele året. Rutine for håndtering av vold og trusler er utarbeidet og implementert. AMU har rettet oppmerksomhet mot økende grad av alvorlige vold/trusler i Betanien sykehus- psykisk helsevern.</i>	Antall skader med fravær (ansatte)	Det foreligger gode rutiner for å melde skader på ansatte. Dette utføres av nærmeste leder. Det er her behov for å lage bedre rutiner for å registrere dette på et overordnet nivå.
	Antall skader uten fravær (ansatte)	Se over.
	Antall nestenulykker - fulgt opp?	Ikke kjent
	Vold og trusler registrert i Compilo	32 tilfeller pr. 31.10.2020
Er det gjennomført arbeidsmiljøundersøkelse siste 3 år?	Ja	

Hvis ja: Hvordan er den fulgt opp?

Alle avdelinger har laget handlingsplaner på bakgrunn av ForBedringsundersøkelsen. Disse er blitt fulgt opp av ledere og nærværsgroppene i sykehuset. Det er i tillegg laget en overordnet handlingsplan som gjelder for hele sykehuset. Denne følges opp av ledergruppen.

Er det gjennomført risikovurdering?	Fysisk arbeidsmiljø?	Ja	Gjennom vernerunder og ForBedrings- undersøkelsen
	Stress/tidspress?	Ja	
	Omstilling/endring?	Ja	

Sak 14-2021 – Virksomhetsrapport pr. februar

Formål:

Å informere om kvalitet, aktivitet, personalsituasjonen og økonomi pr. 28.02.21 i Betanien sykehus AS.

Bakgrunn:

Å informere styret om viktige forhold ved driften innenfor kvalitet, aktivitet, personal og økonomi.

Sammendrag:

Se vedlagte virksomhetsrapport.

Risiko:

At forhold som er vesentlige ikke er rapportert og fulgt opp.

Medbestemmelse:

Saken er av interesse for alle deler av organisasjonen, både ansatte og ledere.

Verdier:

Virksomhetsrapportering skal understøtte verdiene; **omsorg, helhetssyn, åpenhet, kreativitet, og kvalitetsbevisst.**

Miljøperspektiv:

Vedtaksforslaget har ingen negativ påvirkning på det ytre miljø.

Forslag til vedtak:

1. Styret tar virksomhetsrapporten pr. 28.02.21 til orientering.

Vedlegg:

1. Virksomhetsrapport pr. februar 2021

Saksbehandler: Jostein Tarlebø ,øvrige stab og enhetsledere

Ansvarlig: Eli Julseth Birkhaug

Virksomhetsrapport

Betanien sykehus AS

Pr. februar 2021

Kvalitet, aktivitet, økonomi, personal



Innhold

1	Sykehusdirektør sin vurdering.....	3
2	Pasientbehandling	3
2.1	Inntak av pasienter	3
2.2	Ventetider.....	3
2.2.1	Ventetider – enhet for psykisk helse	3
2.2.2	Ventetider – enhet for somatisk helse	4
2.3	Fristbrudd	5
	Fristbrud enhet for psykisk helse	6
2.3.1	Fristbrudd enhet for somatisk helse.....	6
2.4	Behandlingsaktivitet	7
2.4.1	Enhet for psykisk helse – pasientflyt	7
2.4.2	Enhet for somatisk helse – pasientflyt.....	11
2.5	Oppfølging og samhandling.....	15
2.5.1	Enhet for psykisk helse – epikrisetid.....	15
2.5.2	Enhet for somatisk helse – epikrisetid.....	15
2.6	Behandlingsresultat og kvalitetsmål.....	16
3	Personell	17
3.1	Bemanning.....	17
3.2	Overtid.....	18
3.3	Fravær	19
4	Økonomi.....	21
4.1	Regnskap og budsjett	21
4.2	Uforutsette og ekstraordinære hendelser.....	22
4.3	Utsikter resten av året.....	22

1 Sykehusdirektør sin vurdering

Bestilling fra Helse Vest er ikke mottatt og eventuelle nye krav i bestilling vil bli tatt med i neste rapporteringsperiode.

Det er en reduksjon i aktivitet i alle avdelinger 2021, bortsett fra dagkirurgisk avdeling som har hatt en økning. Dette er som forventet og har blant annet sammenheng med Covid-19 pandemien.

Det blir viktig å følge opp sykefravær i månedene som kommer. Det er satt mål om at hver avdeling skal ha en 10 % reduksjon i sykefraværet i løpet av 2021. Vi har ikke nådd dette målet i verken januar og februar. Det er etablert nærværsgupper i alle avdelinger som skal være en støtte for leder i HMS-arbeidet, herunder nærværsarbeidet. Vi har tro på at nærværsgroppene vil kunne bidra på en positiv måte i arbeidet med nærvær og HMS generelt. Forbedringsundersøkelsen ble lukket 15. mars og resultatene foreligger 16. mars. Det er laget et årshjul for oppfølging Forbedringsundersøkelsen som vil bli fulgt opp utover våren.

Vi lå an til et resultat på ca. 7,5 millioner kroner for 2021. Det er fortsatt en del usikkerhet knyttet til pandemien, og til avklaringer knyttet til husleie og konsernstabsutgifter til stiftelsen.

Beredskapsarbeidet fortsetter fram til pandemisituasjonen er over. Vi har ikke hatt flere smittede i sykehuset, verken ansatte eller pasienter. Vi er ivaretatt med tanke på vaksinerings gjennom Helse Bergen, og er i god dialog om videre opplegg.

2 Pasientbehandling

2.1 Inntak av pasienter

I BUP har det vært en økning i henvisninger fra høsten 2020. Det har vært en økning antall pasienter januar og februar i år sammenlignet med 2020. Det er for tidlig å si noe om prognosen for året, men en kombinasjon av økt antall henvisning, henvisninger med sammensatte problemstillinger og redusert tilgang på elektiv innleggelse gjør at vi har satt inn forsterkninger og åpnet opp for overtid i en periode. Det gjøres også organisatoriske grep for å avhjelpe situasjonen. DPSet har hatt en lett nedgang i antall henvisninger, men også der meldes det og om en større andel pasienter med sammensatte problemstillinger.

Dagkirurgisk avdeling (DKA) hadde en økning i antall henvisninger de siste månedene i 2020, og en økning de to første månedene i 2021.

2.2 Ventetider

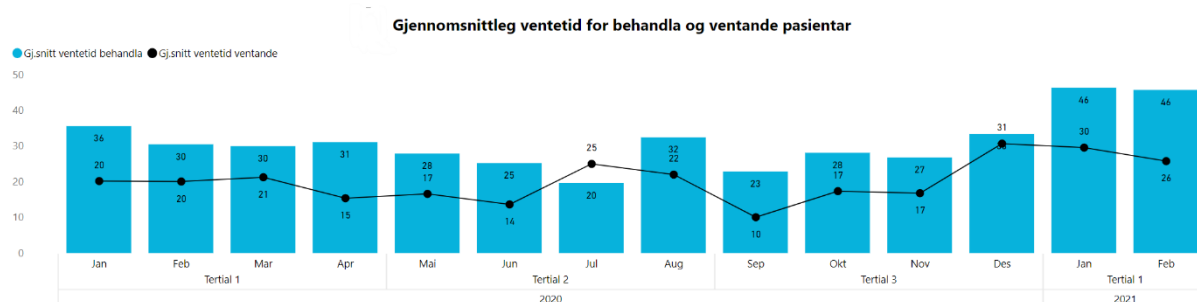
Økt antall henvisninger i BUP og DKA de siste månedene i 2020 har fulgt med inn i 2021. BUP har for første gang siden januar 2020 ikke nådd kravet om ventetid. Allmennpsykiatrisk poliklinikk har holdt seg innenfor kravet i februar. DKA hadde en fin utvikling på ventetiden de siste månedene i 2020, men har hatt en økning i ventetid og i aktivitet grunnet økt antall henvisninger.

2.2.1 Ventetider – enhet for psykisk helse

BUP – ventetid

Krav fra Helse Vest ventetid < 35 dager.

Som følge av Covid-19 pandemien har det vært en økt pågang på BUP fra slutten av 2020 som har fortsatt ut februar. Sprengt kapasitet har medført forhøyet ventetid i januar og februar. Det jobbes både med forebyggende tiltak og hastetiltak knyttet til rekruttering, samt utvidet tilbud med bruk av overtid.

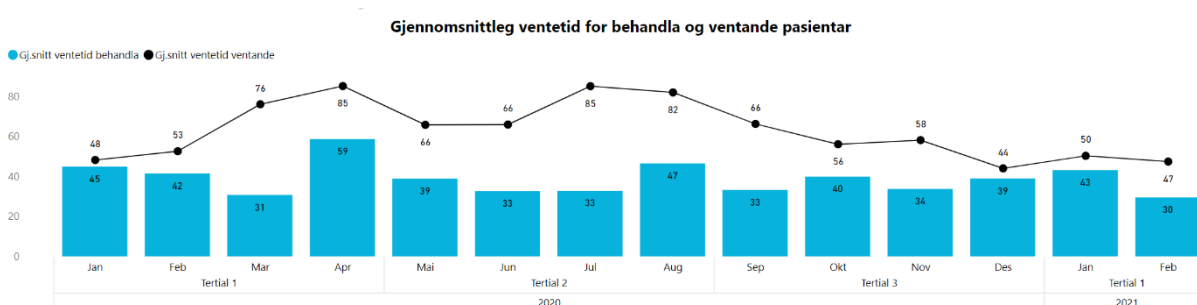


Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk ventetid oversikt

DPS – ventetid

Krav fra Helse Vest < 40 dager.

Noen pasienter ble grunnet en administrativ feil i 2020, registrert i januar 2021. Det er fortsatt noen utfordringer knyttet til oppstart DIPS Arena som handler om kompetanse hos merkantilt personale og behandler. Ventetid er innenfor krav i februar.



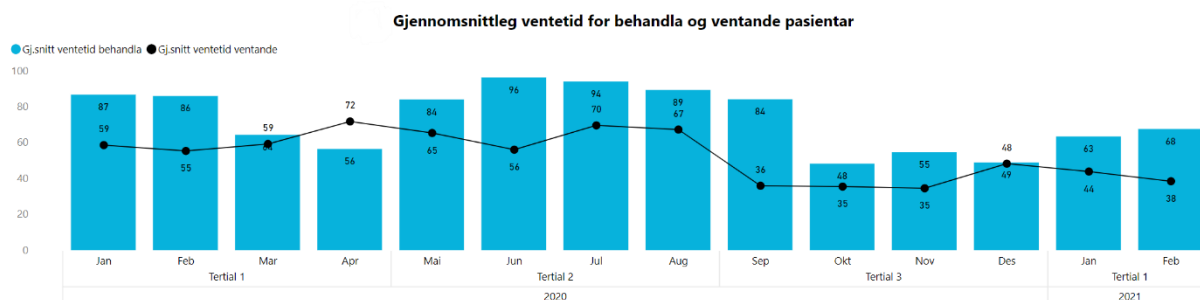
Poliklinikker DPS (allmennpsykiatrisk og psykosepoliklinikk)

2.2.2 Ventetider – enhet for somatisk helse

Dagkirurgisk avdeling – ventetid

Det har vært en økning i ventetiden i årets to første måneder. Dette må sees i sammenheng med økt antall henvisninger i november, desember og januar. Det har vært fravær på legesiden innen generell kirurgi siden nyttår. En ny gynekolog starter i 80 % stilling den 22. mars. Etter noe tid til opplæring vil denne ressursen bidra til å holde ventetidene nede.

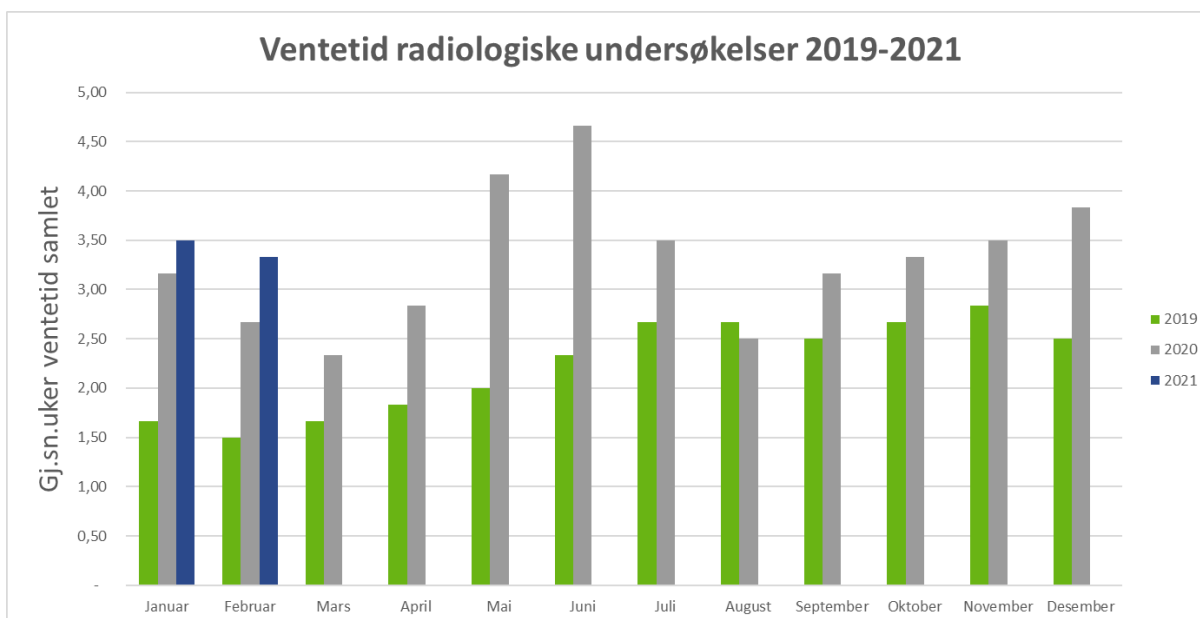
Det skal gjennomføres et arbeid med avdelingslederne for avdeling kontortjeneste og dagkirurgisk avdeling for å se på mulige tiltak for å redusere ventetiden.



Dagkirurgisk avdeling

Røntgenavdeling – ventetid

I januar og februar har det vært lengre ventetid enn det har vært de to siste årene. Det er fortsatt noen restriksjoner knyttet til Covid-19 som reduserer mulighetene til å kjøre fulle program. Økningen i ventetid skyldes hovedsakelig at antall henvisninger har økt. Det er mottatt spesielt mange MR-henvisninger. Pr. i dag gjennomføres det kveldsprogram på MR mandag-torsdag på MR, men det vurderes å utvide dette også til fredag. Avdelingen har en robust dekning av radiologer og arbeider med å strukturere avdelingen på en måte som gjør at kapasiteten utnyttes bedre.



Laboratorium – ventetid

Ingen ventetid.

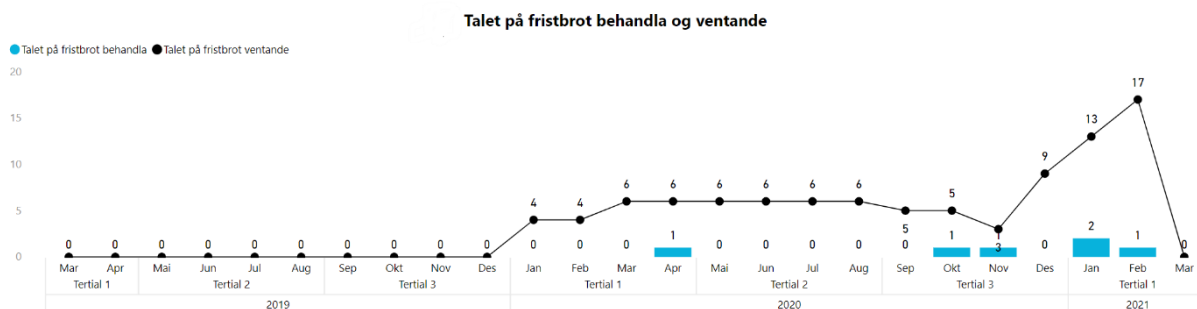
2.3 Fristbrudd

Fristbrudd skal ikke forekomme i spesialisthelsetjenesten. Vi har styringsverktøy som kan hjelpe oss i planlegging av start helsehjelp og overvåking av ventelister. Flere av de fristbruddene som har vært i sykehuset har vært ikke reelle og oppstått grunnet administrativ svikt. Dette har vi mål om å få kontroll på i løpet av 1. halvår 2021. Det har vært et skifte, og en styrking av merkantil ledelse, i tillegg til at vi har fått riktig kompetanse på plass fra 2021.

Fristbrudd enhet for psykisk helse

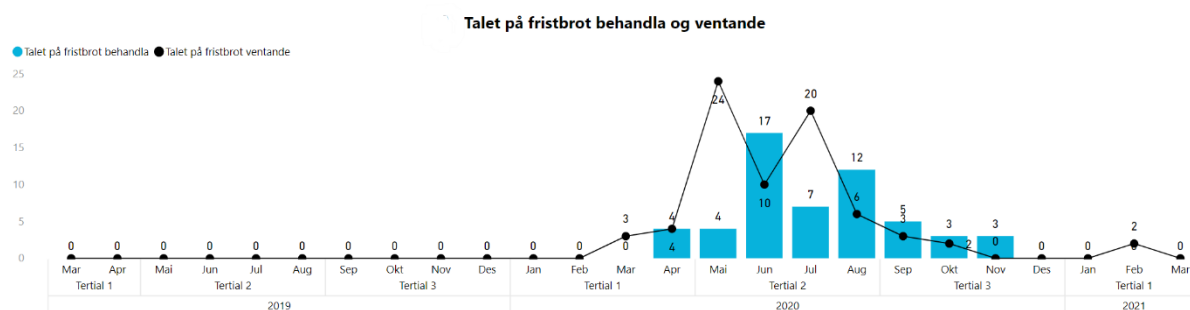
Tall som er rapportert harmoniserer ikke med inntaksarbeid og pasientflyt slik det er organisert nå.

- **Fristbrudd behandlet:** Opphoping av saker avdekket på slutten av året, som ikke hadde registrert oppstart, fløt uten kobling til avdeling, og fikk ny oppstartdato i løpet av januar/februar slik at det ble ett fristbrudd.
- **Fristbrudd ventende:** Fortsatt manglende kompetanse og uklarhet knyttet til DIPS Arena knyttet til teknisk måte å legge inn oppstart, endringer av time og feil knyttet til registrering av pasientutsatte timer, dvs. ikke reelle fristbrudd. Dette sees på detaljert med nye rutiner for sjekk hver uke.



2.3.1 Fristbrudd enhet for somatisk helse

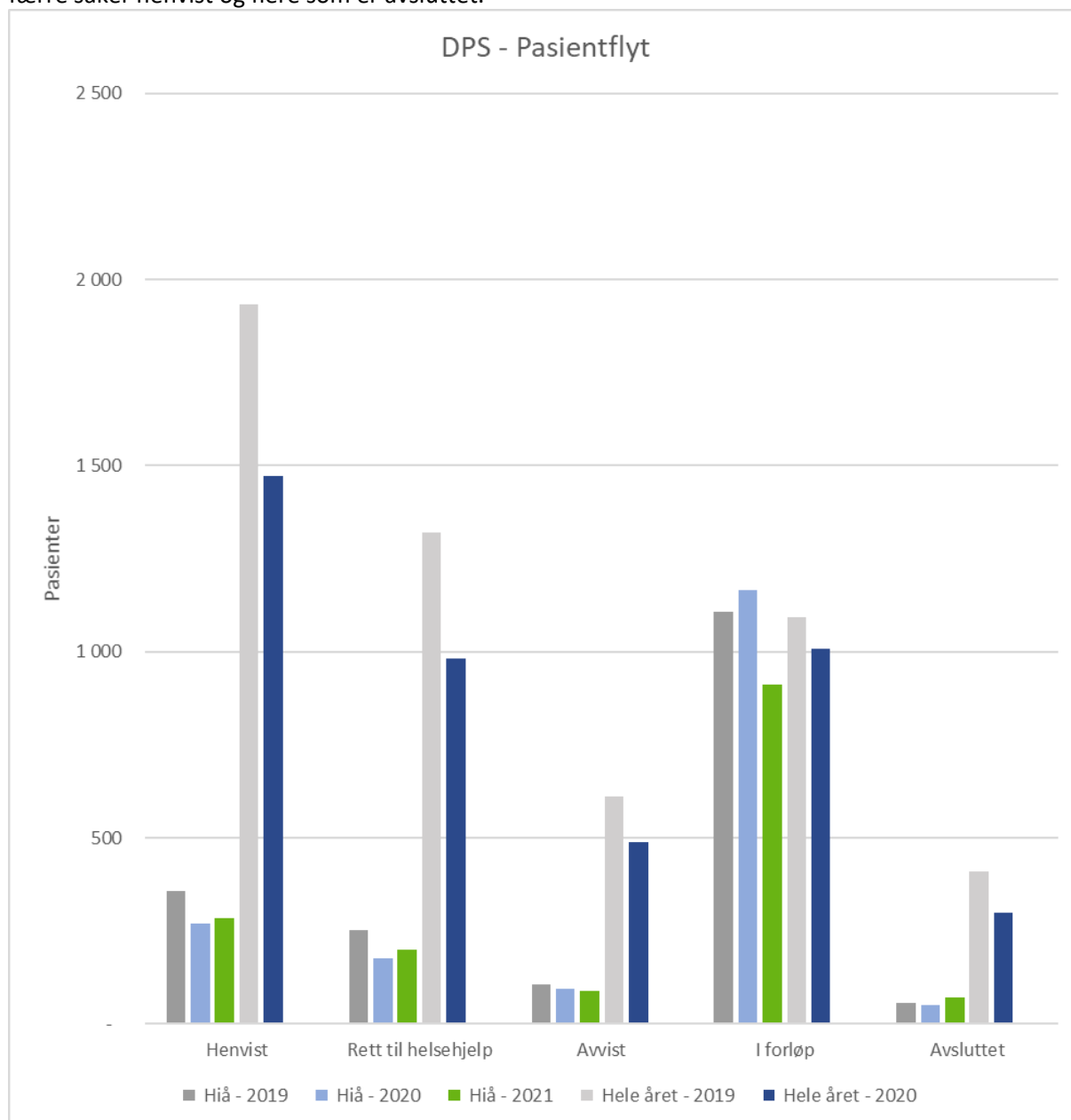
Med bakgrunn i tiltak innført i 2020 starter året som ventet med få fristbrudd. Vi ser likevel at vi hadde to fristbrudd i februar. Disse fristbruddene skyldes det uventede fraværet på generell kirurg. Vi vil holde høyt fokus på dette i tiden fremover. Målet om å ikke ha fristbrudd har vi forventning om å levere på.



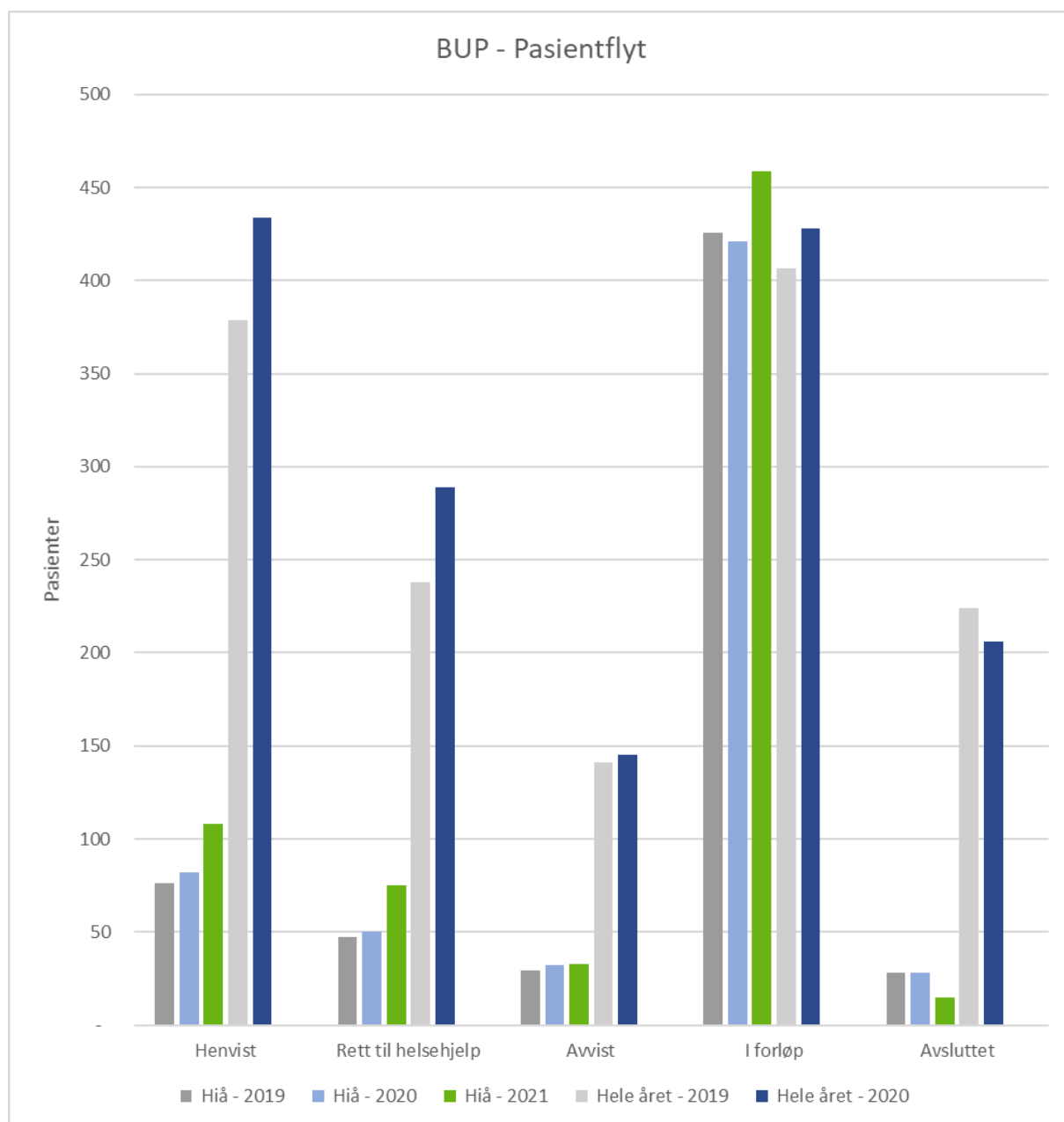
2.4 Behandlingsaktivitet

2.4.1 Enhet for psykisk helse – pasientflyt

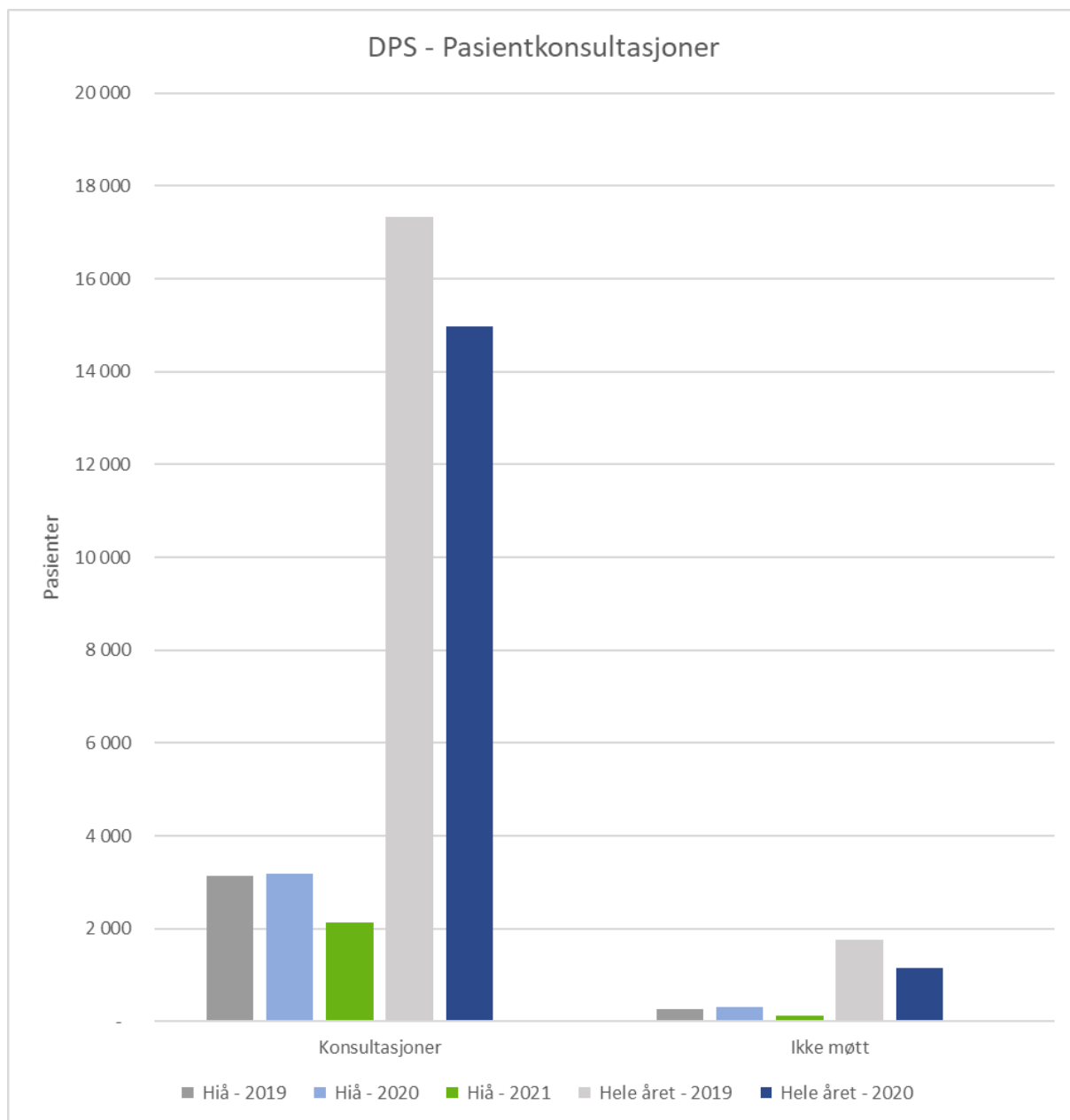
Kurven viser utvikling knyttet til pasientflyt i de voksenpsykiatriske poliklinikkene i perioden 2019-2021. Vi har sammenlignet de to første månedene i år med de to første månedene 2019 og 2020. Det er en reduksjon i antall henvisninger slik det ser ut i dag, men færre blir avvist. Det er en reduksjon i pasienter som er i forløp fra 2019 til 2020. Dette ser vi også i år, noe som kan forklares med at det er færre saker henvist og flere som er avsluttet.



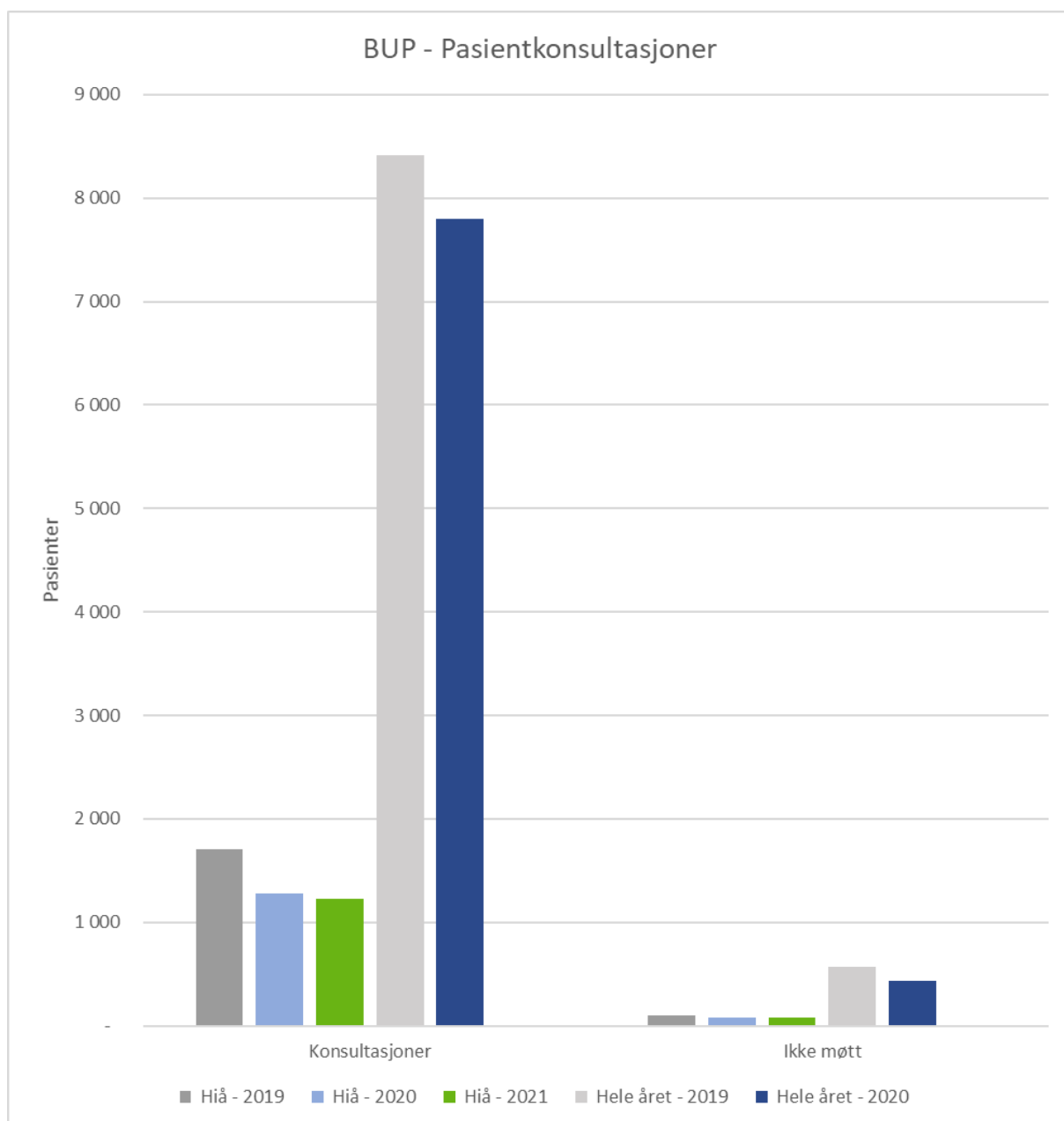
Kurven viser oversikt over pasientflyt BUP. Vi ser en økning i henvisninger fra 2019 til 2020 og flere med rett til helsehjelp. Det er også en økning i henvisninger når man sammenligner de to første månedene i år med de to første månedene i 2019 og 2020. Det er en økning i pasienter i forløp, som sammen med nevnte faktorer er et resultat av at færre saker avsluttes.



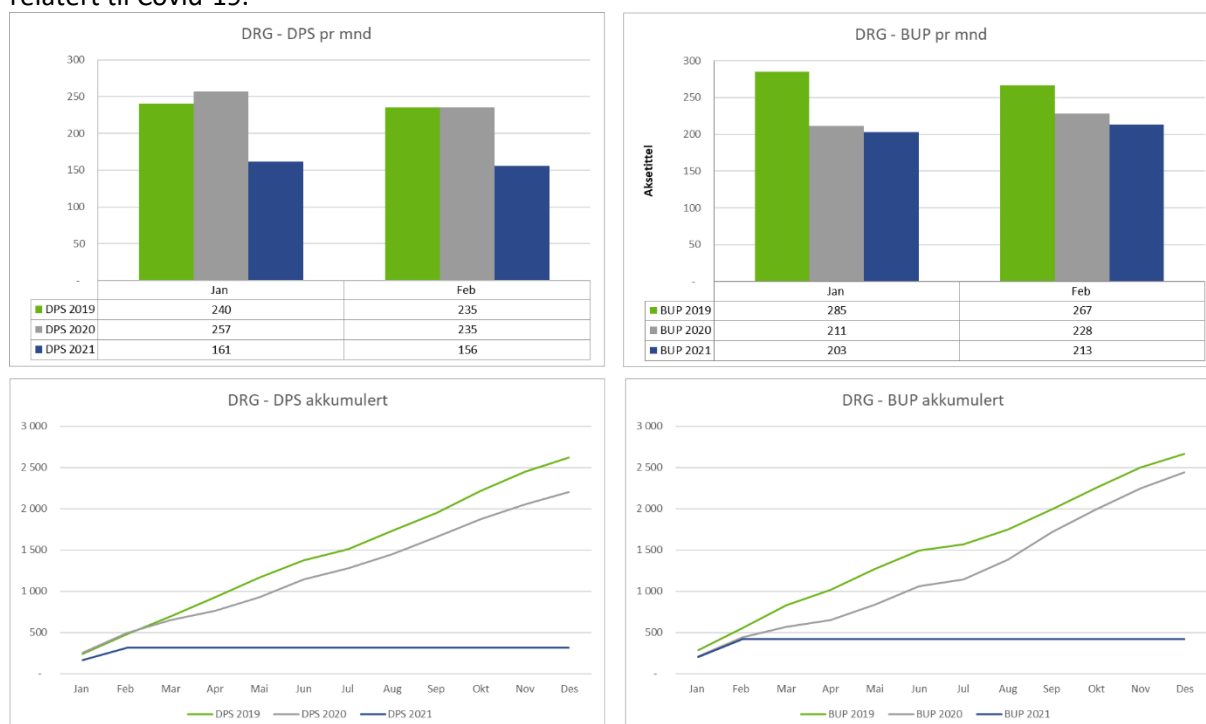
Oversikt over pasientkonsultasjoner i de voksenpsykiatriske poliklinikkene viser en reduksjon fra 2019 til 2020. Det er også en reduksjon når man sammenligner de to første månedene i år med foregående år.



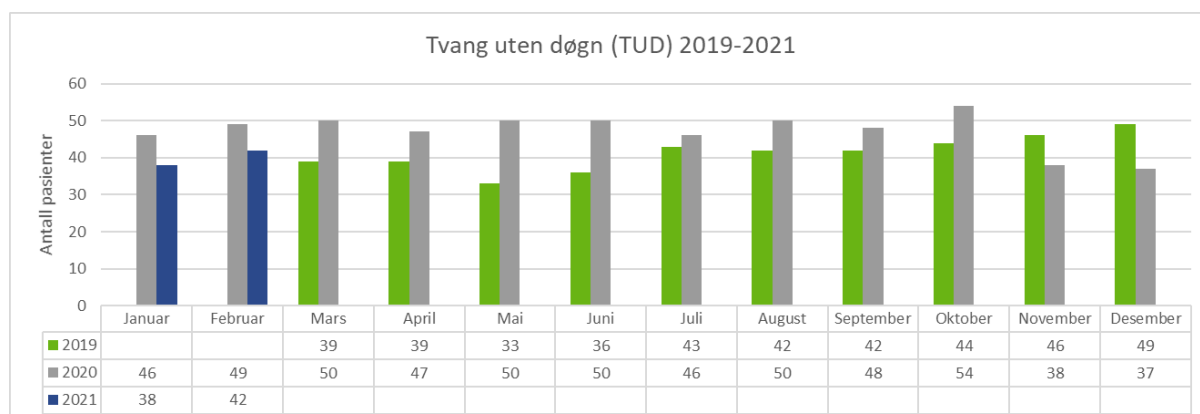
Oversikt over pasientkonsultasjoner BUP, viser en lett reduksjon fra 2019 til 2020. Tallet er stabilt om man sammenligner de to første månedene i år med 2020.



Både i BUP og i de voksenpsykiatriske poliklinikkene er det en reduksjon i produserte DRG-poeng i januar og februar fra 2019 til 2021 i samsvar med redusert aktivitet. Forklaringen er sannsynlig relatert til Covid-19.



Kurven viser at det har vært en økning i TUD-pasienter (tvang uten døgn) fra 2018. Betanien ivaretar et geografisk område med stor belastning av psykiske helseproblemer, i tillegg til bosentre. Dette er en stor utfordring for DPSet. TUD ivaretas nå fragmentert av spesialister spredd rundt på DSPSet. Det er en målsetting at alle ivaretas i psykosepoliklinikken, men vi mangler nok spesialistkompetanse på både psykolog- og legesiden.

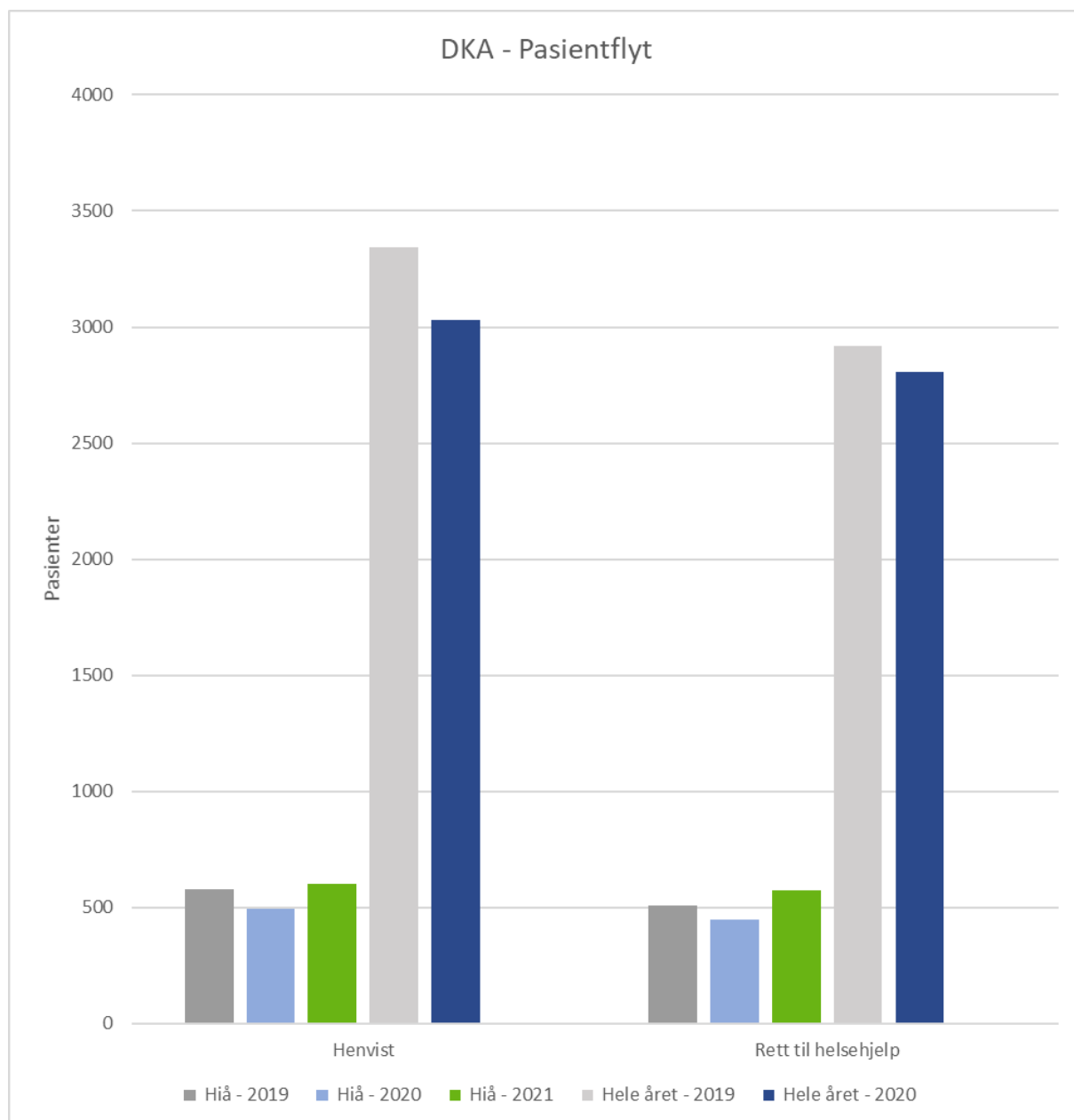


2.4.2 Enhet for somatisk helse – pasientflyt

Både i januar og februar har det vært stor tilstrømming av pasienter. Sammenlignet med 2020 var det kun to måneder med høyere antall henvisninger enn det vi mottok i årets to første måneder. Innen generell kirurgi kommer henvisningene fra allmennlegene, mens det innen gynekologi hovedsakelig kommer fra avtalespesialistene. Helse Bergen har tatt kontakt med oss med et ønske om å formalisere et samarbeid mellom dagkirurgisk avdeling og Kvinneklubben. Det er satt ned en arbeidsgruppe som skal utarbeide et forslag til samarbeidsavtale. Denne gruppen starter sitt arbeid 19. mars. Fra Betanien sykehus sin side er det viktig at et eventuelt samarbeid sikrer en variert

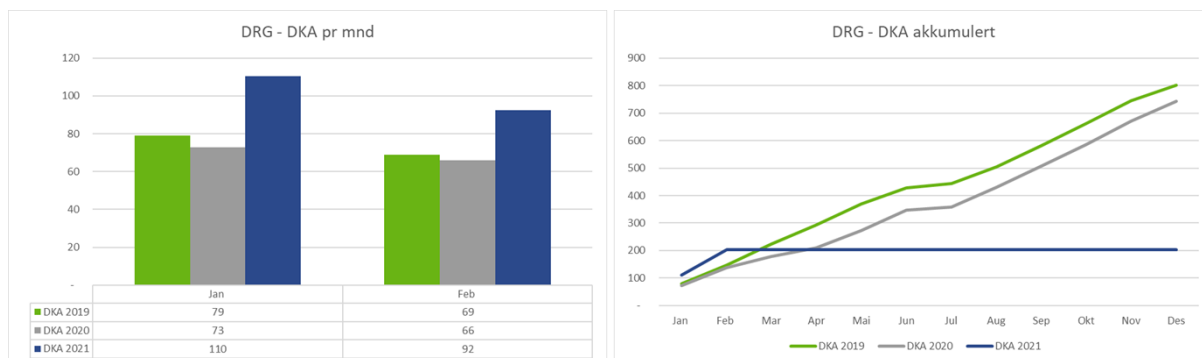
pasienttilstrømming samtidig som det gir et jevnt tilfang av pasienter. Deltakerne fra Betanien sykehus er utfordret til å diskutere mulighetene for å få til en funksjonsfordeling innen fagfeltet.

Oversikten over pasientflyt i dagkirurgisk avdeling viser en lett nedgang i henviste pasienter, men i de siste månedene i 2020 var det flere henvisninger enn året før. Sammenligner vi de to første månedene i år med 2019 og 2020 er det en økning.



Kurven viser DRG oppnådd i 2021 sammenlignet med januar og februar de to foregående årene. Dersom bestilling på antall DRG blir som i 2020 tilsvarer dette 832 DRG. Om vi regner vi 10 effektive driftsmåneder må vi oppnå 83 DRG hver av disse måned for å levere i henhold til bestilling.

I januar utførte avdelingen helsehjelp tilsvarende 110 DRG, mens avdelingen i februar leverte 92 DRG. Dette betyr at vi på årets to første måneder allerede ligger totalt 37 DRG over. Dette betyr at avdelingen i løpet av årets to første måneder har produsert et overskudd på ca. kr 850 000.



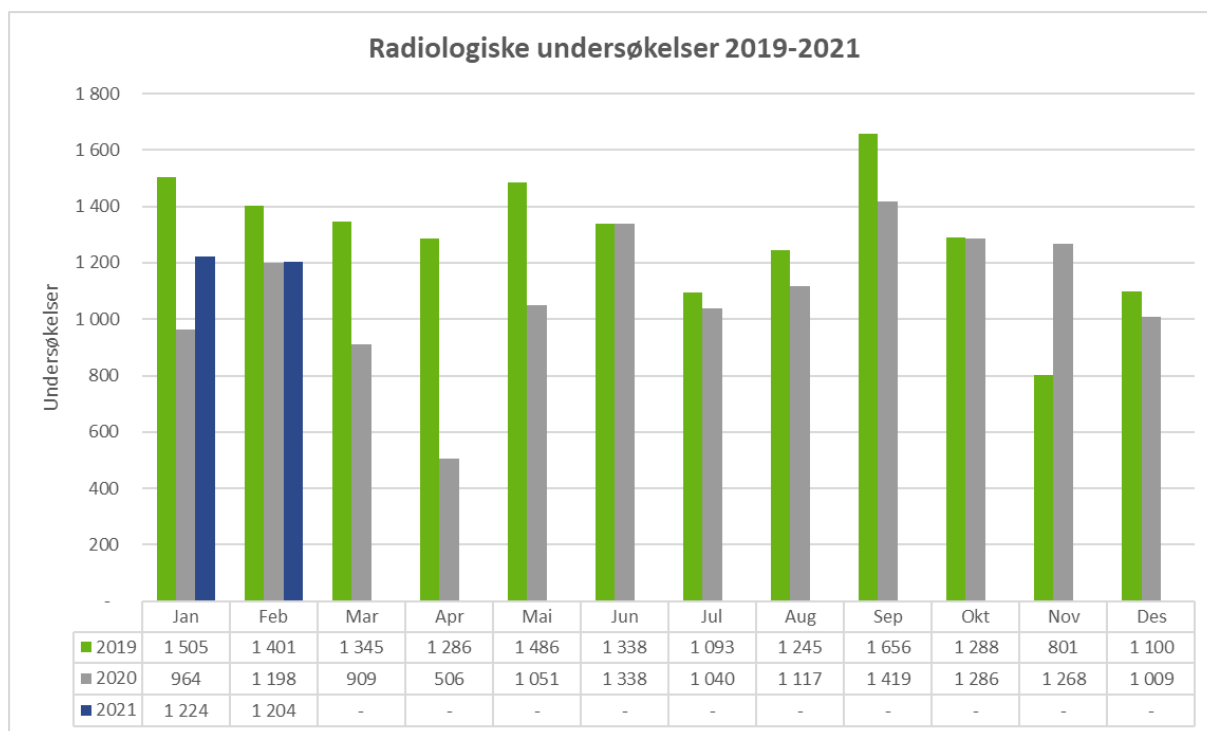
Driftsdata røntgenavdelingen

Antall undersøkelser ved røntgenavdelingen er i årets to første måneder noe høyere enn de to første månedene i fjor. Likevel ser vi at vi leverer betydelig mindre undersøkelser enn vi gjorde samme periode i 2019.

De siste årene har avdelingen ikke levert i henhold til bestilling fra Helse Vest. Bakgrunnen for dette er beskrevet i tidligere rapporter, og skyldes i hovedsak at måltallet ikke har ble justert da man endret hvordan man teller antall røntgenundersøkelser.

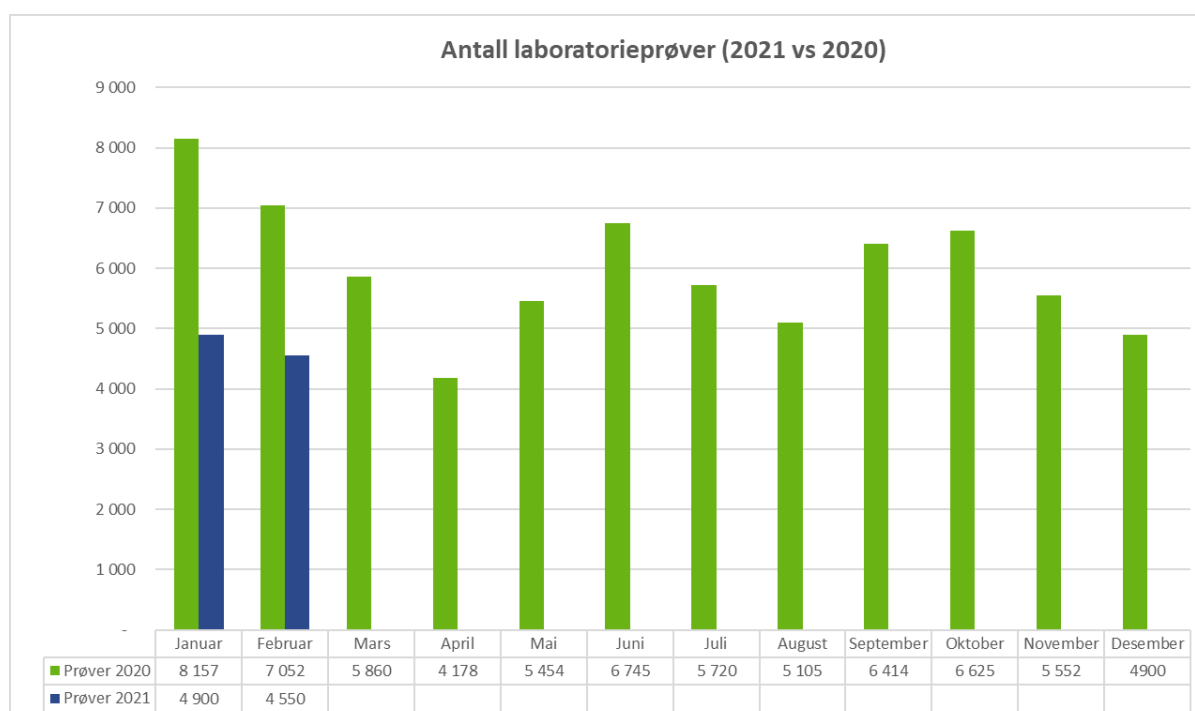
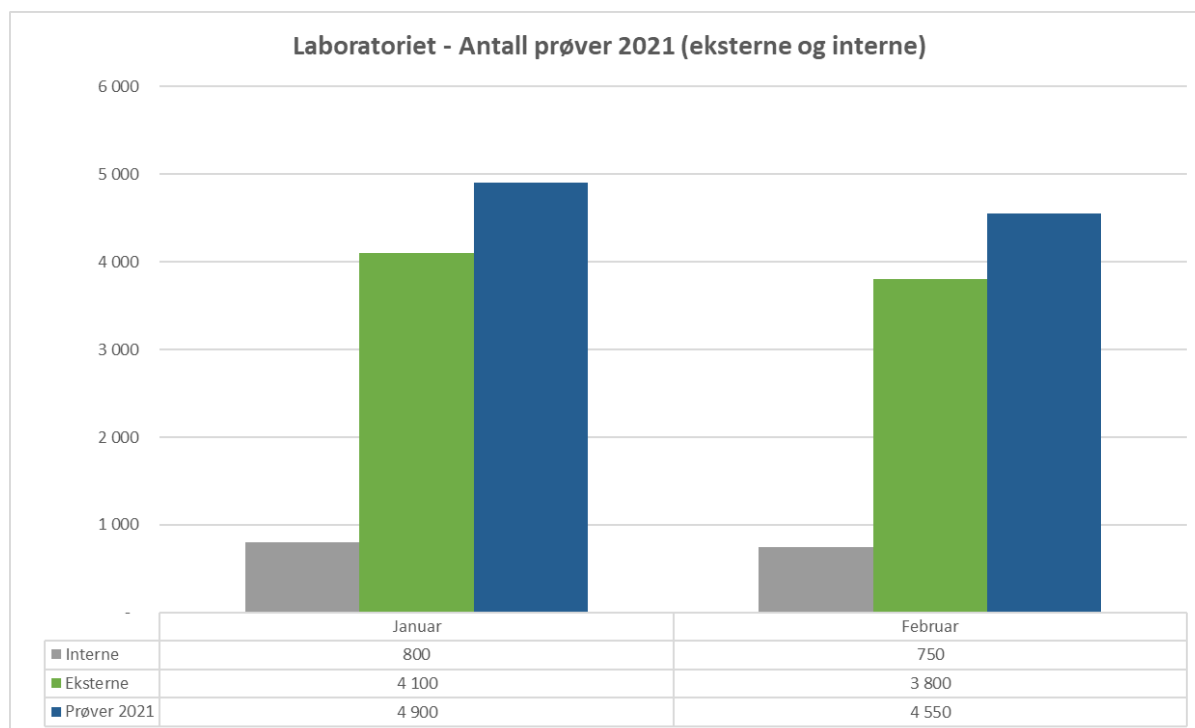
I arbeidet med bestillingen for 2021 meldte vi derfor inn et ønske til Helse Vest om å endre måltallet for avdelingen. Vi har meldt inn at 17.000 undersøkelser er et mer realistisk måltall.

Dersom vi får aksept for det nye måltallet skal vi i snitt utføre 1.416 undersøkelser hver måned. Både i januar og februar ligger vi bak dette tallet. Som tidligere beskrevet har vi nå kommet i en situasjon hvor vi har god dekning på radiolog til å beskrive undersøkelser, og vi må derfor arbeide aktivt for å få gjennomført flere undersøkelser av radiografene. Dette arbeidet er påbegynt.



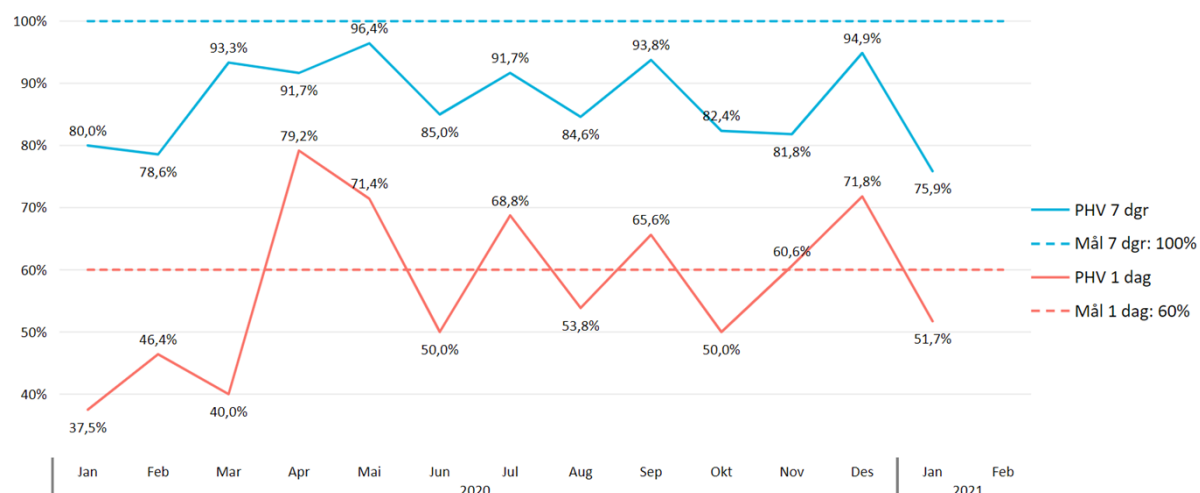
Driftsdata laboratoriet

Vi ser fortsatt ser vi nedgang i antall analyser ved laboratoriet. I januar og februar utførte vi ca. halvparten av de analysene som planlagt i henhold til bestilling. De tre siste årene har antall analyser falt jevnt ved avdelingen. Slik vi ser situasjonen er vi nødt til å tiltrekke oss flere pasienter. Vi forsøkte å levere inn anbud til Bergen kommune når de lyste ut jobben med å ta blodprøver ved byens kommunale sykehjem. Vi vant dessverre ikke denne konkurransen, og må derfor se oss om etter andre mulige samarbeidspartnere. Vi har et tett samarbeid med Laboratorieklinikken i Helse Bergen, og gjennom dette samarbeidet sikrer vi oss en del analyser. Vi tar fast blodprøver for Helse Bergen ved Kronstad DPS. I tillegg vi vi forespørsel i februar om vi kan avhjelpe dem med å ta blodprøver ved Bjørgvin DPS i en periode. Dette er vi nå startet med.



2.5 Oppfølging og samhandling

2.5.1 Enhet for psykisk helse – epikrisetid

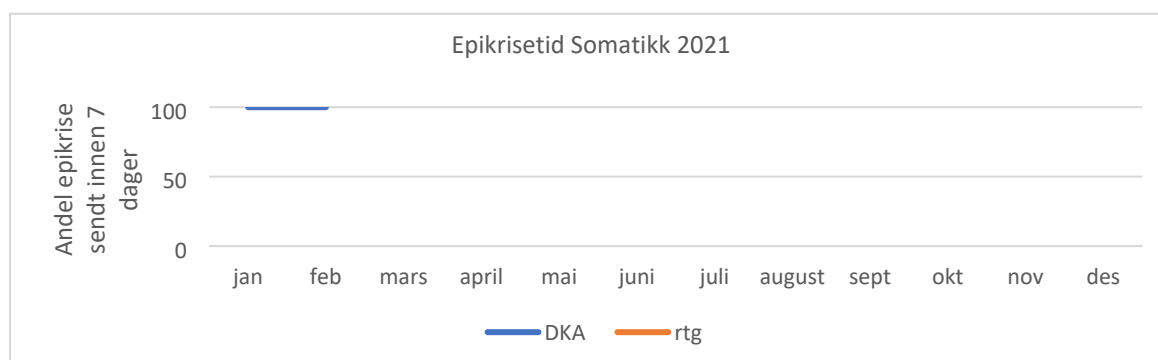


Mangler data for februar.

Nye samkjørte rutiner utarbeides etter innføring DIPS Arena. Fokus i behandlergruppen på faglige kvalitetsaspekt, ferdigstillingskrav til siste kontakt og forståelse for tid til formelle registreringer. Fokus ansvar hos merkantil knyttet til kontroll og ferdigstilling.

2.5.2 Enhet for somatisk helse – epikrisetid

Kurven viser tid for utsendelse av operasjonsbeskrivelse fra dagkirurgisk avdeling og ligger på 100 % januar og februar. Røntgen har levert beskrivelse innen 7 dager for 67 % av svarene. Det foreligger ikke tall for februar. Nedgangen sammenlignet med 2020 skyldes ferieavvikling i slutten av desember. Vi forventer at svarprosenten vil bedre seg i månedene som kommer.



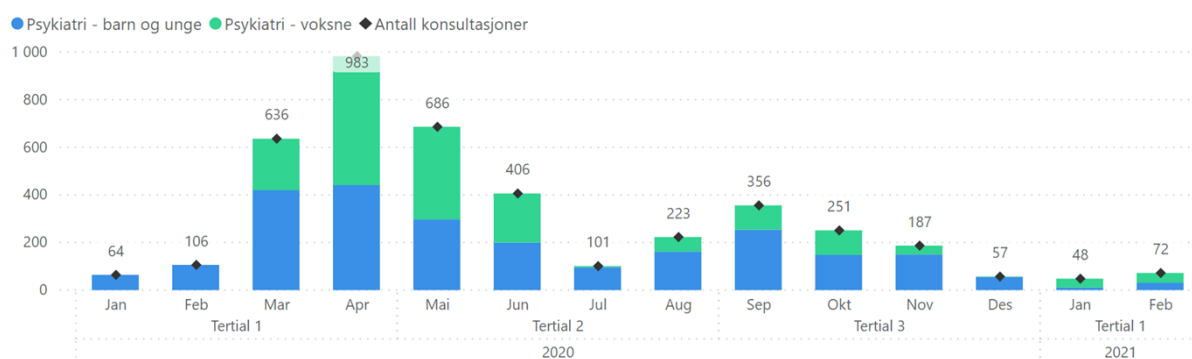
2.6 Behandlingsresultat og kvalitetsmål

Telefon- og videokonsultasjon

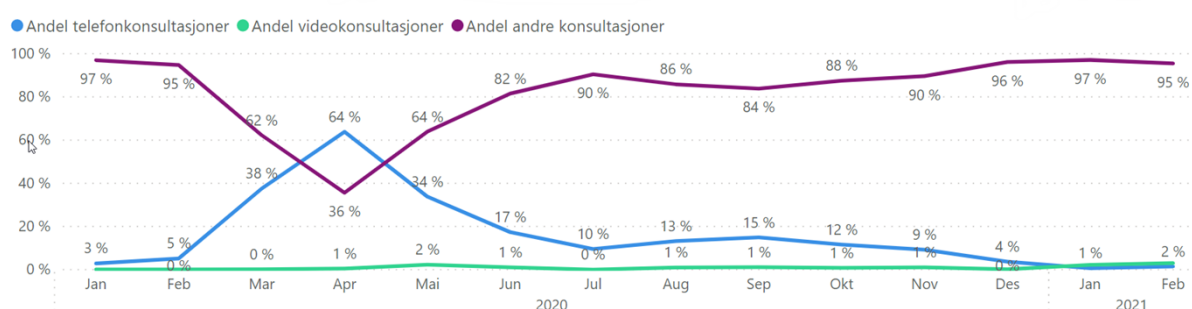
Kurven viser bruk av videokonsultasjon fra januar 2020 til og med februar 2021. Vi har i de to første månedene ligget under bruk i 2021. Behandlingspersonalet minnes nå om bruk av videokonsultasjon der det egner seg hver uke. De har dialog med pasientene, som primært velger fysisk oppmøte.

Innføring av valgfrihet gjennom Helse Norge knyttet til kontrolltimer vurderes å kunne ivaretas.

Antall konsultasjoner



Total andel konsultasjoner

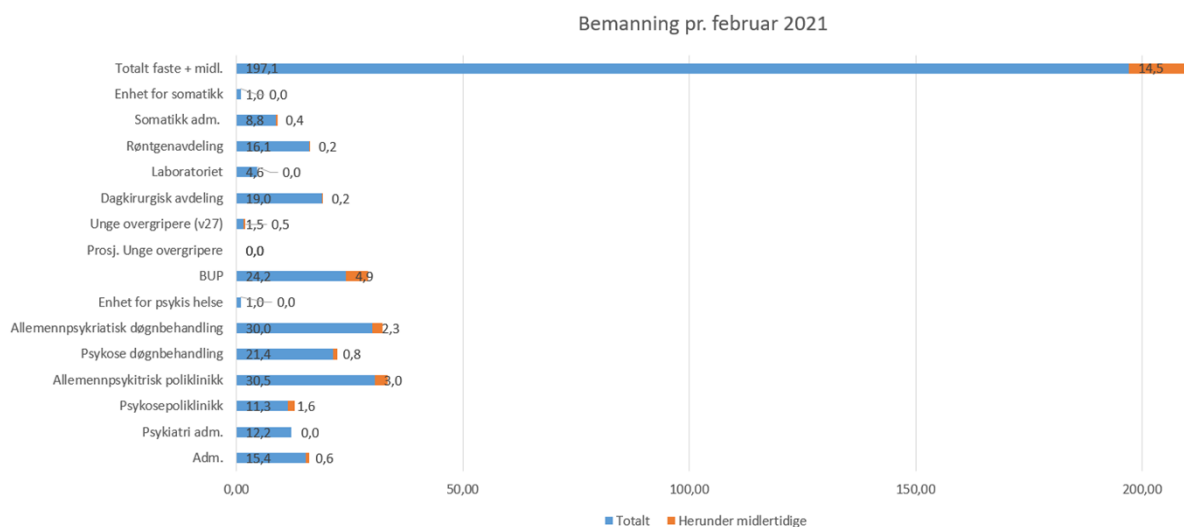
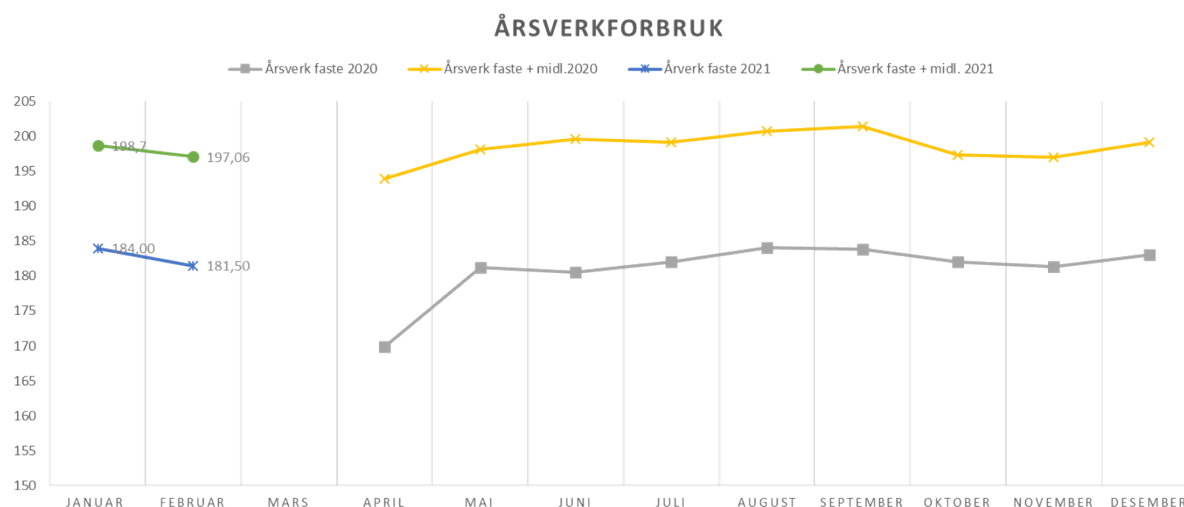


3 Personell

3.1 Bemanning

Årsverkforbruket i sykehuset er stabilt over tid. Det er kun marginale svingninger fra måned til måned.

Bruken av midlertidige ansatte er gjennomgående lavt for alle avdelinger. De to avdelingene med høyest forbruk av midlertidige ansatte er BUP og allmennpsykiatrisk poliklinikk. Førstnevnte har i forbindelse med Covid-19, merket en økt belastning på sine tjenester og har hatt behov for å bemanne opp noe. Sistnevnte har hatt en økning i sykefraværet og bruk av ekstra bemanning har således vært nødvendig.



3.2 Overtid

Overtidsforbruket så langt i år følger samme trend som fjoråret. Nedgangen i overtidforbruk fra januar til februar henger sammen med at overtidarbeid utført i forbindelse med jul- og nyttår som utbetales i januar.

Dersom situasjonen knyttet til Covid-19 holder seg stabil i Bergen, er det håp om at den store økningen som inntraff i perioden mars-mai i fjor ikke gjentar seg i år.

At kostnadene i februar har gått ned sammenlignet med samme tid i fjor, selv om det er brukt flere overtidstimer, henger sammen med en kombinasjon av behov for type personell og økt kostnadsbevissthet.



3.3 Fravær

Inngangen til 2021 gir et høyere fravær enn vi hadde på samme tid i fjor. Sykehuset har satt seg som mål å redusere fraværet med 10 % i alle avdelinger. Selv om Covid-19 relatert fravær trekkes fra, ligger sykehuset fortsatt over dette måltallet.

Det er de samme avdelingene som over tid har henholdsvis lavt og høyt fravær. Det er særlig kontortjenestene i begge enheter som over tid har hatt et spesielt høyt fravær. Begge avdelingene er relativt små med ca. 9-12 årsverk. Fraværsprosenten blir følgelig høy dersom kun et fåtall ansatte har fravær.

I og med at fraværet i disse avdelingene har holdt seg stabilt høyt over tid, er det satt inn særlige tiltak for å arbeide mer målrettet for å redusere dette. At det er ansatt en ny leder i avdeling kontortjeneste, enhet for psykisk helse, gir forhåpninger om at det blir arbeidet systematisk med dette fremover. I denne avdelingen har også NAVs arbeidslivsenter blitt engasjert for å bistå avdelingen i sitt nærværarbeid.

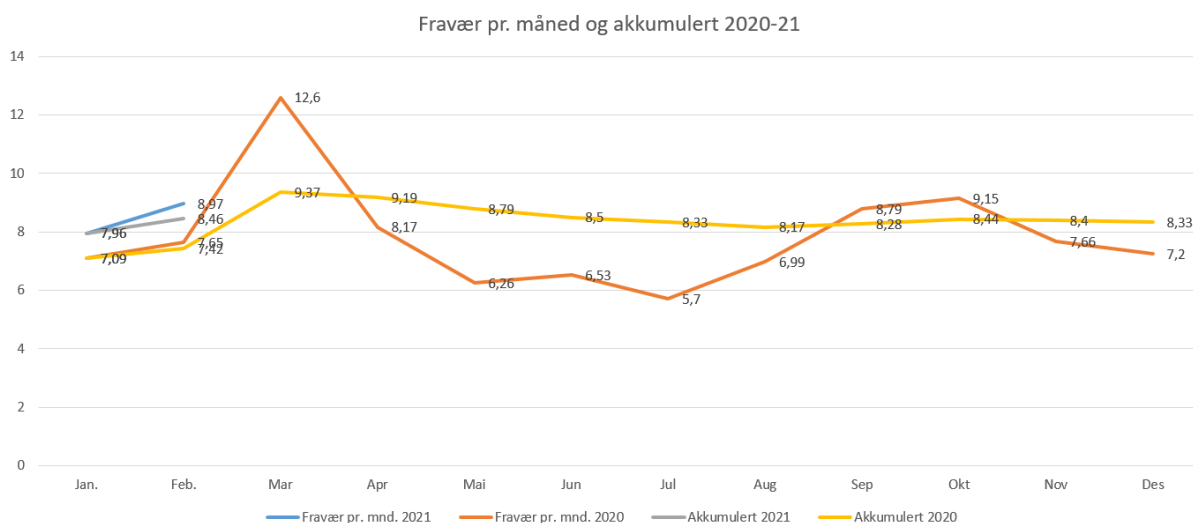
Det er videre grunn til å følge opp allmennpsykiatrisk poliklinikk, som etter en markant nedgang i perioden mai-juni 2020, har hatt en gradvis økning i sitt fravær siden oktober 2020 og har pr. utgangen av februar et fravær på ca. 15 %. Det er grunn til å anta at dette henger sammen med den økte belastningen Covid-19 har påført de ansatte.

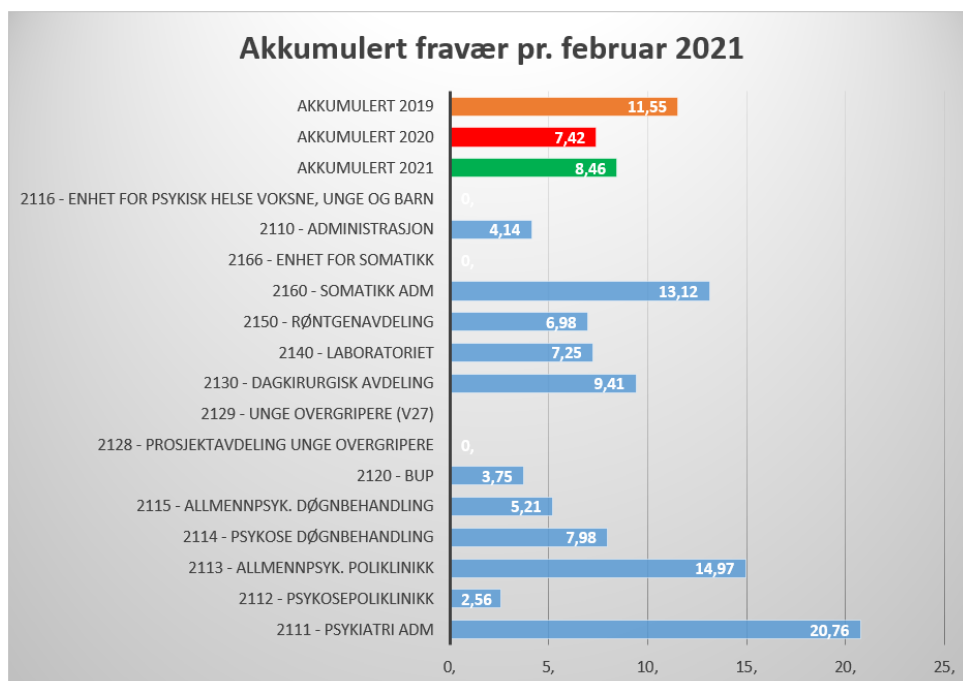
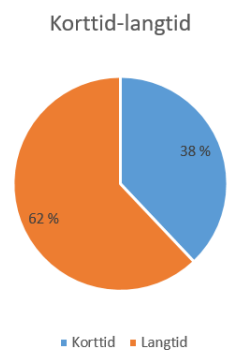
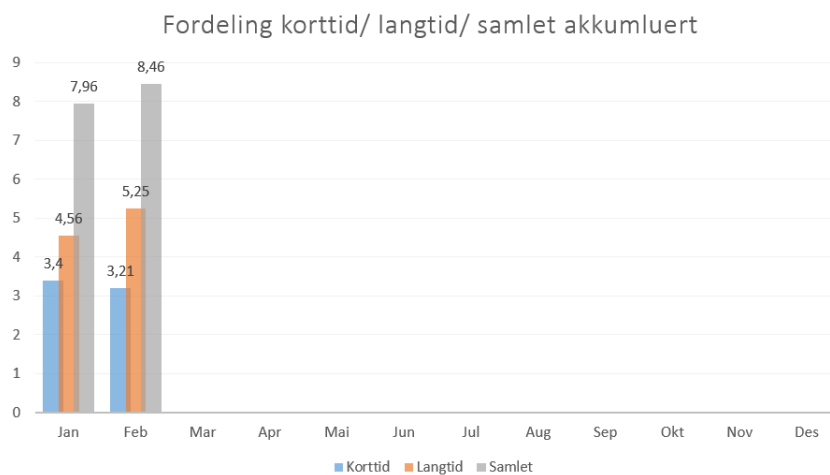
Dagkirurgisk avdeling er også en avdeling som har behov for oppfølging. I denne avdelingen svinger fraværet betydelig, og har fraværstopper på over 20 %.

De øvrige avdelingene har et akseptabelt fraværsnivå, dog med fraværstopper som i blant ligger på rundt 10 %.

Administrasjonen og BUP har over tid bidratt til å trekke snittet ned. Under administrasjonen ligger renholdere. Dette er en yrkesgruppe som ofte har høyt fravær. Det gjelder ikke renholderne i Betanien sykehus. Det er også gledelige av BUP, til tross for høy belastning knyttet til Covid-19, har et svært lavt fravær. Siden mai 2020 har ikke denne avdelingen i noen måneder hatt fravær over 5 %.

At korttidsfraværet utgjør en så høy andel som 38 % av fraværet kan tilskrives Covid-19, da det meste av fraværet knyttet til disse fraværskodene er av kort varighet. Korttidsfraværet i for eksempel 2018 utgjorde til sammenligning 29 % av det totale fraværet.



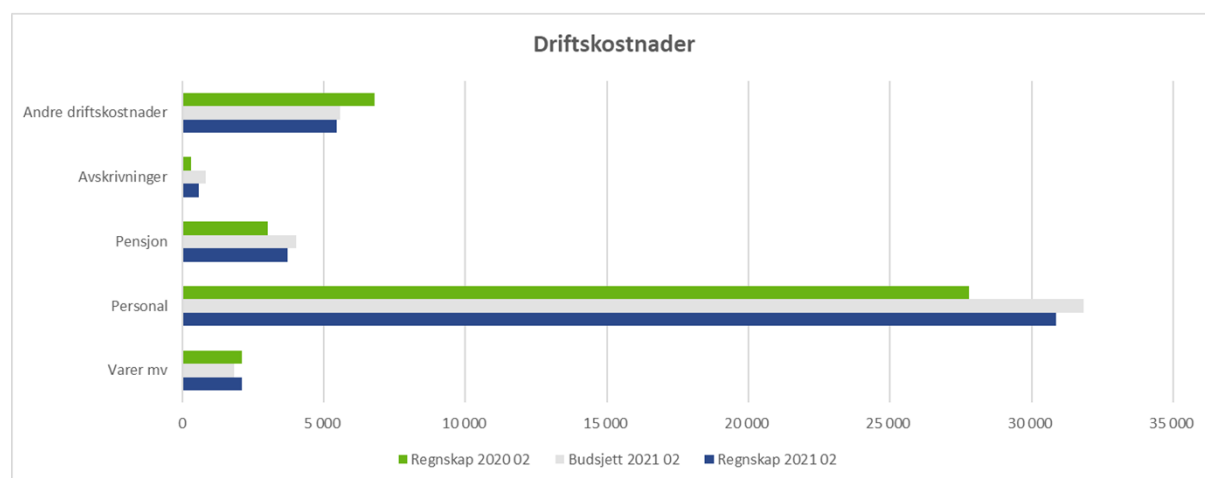
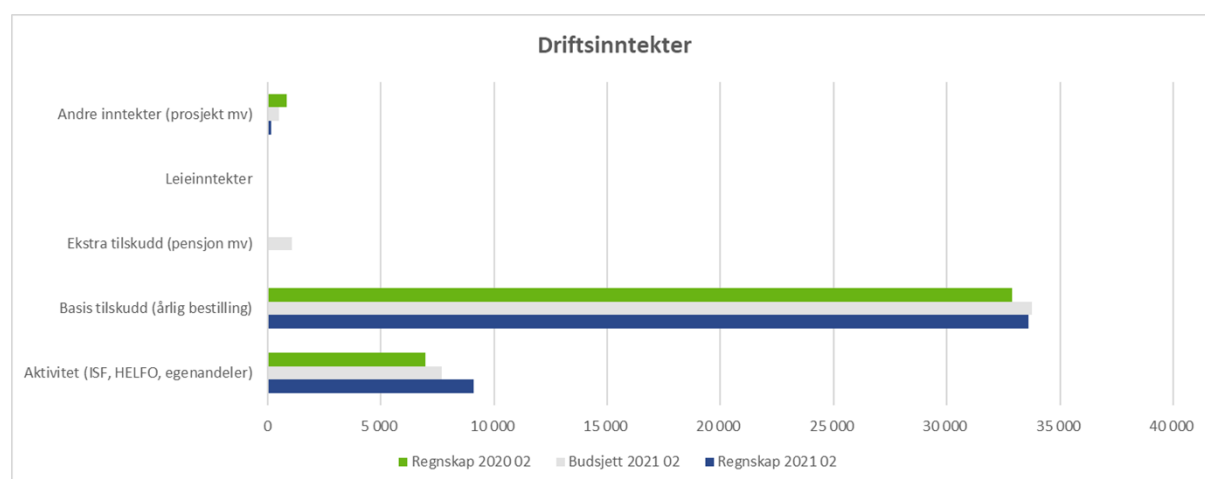


Trukket fra for Covid-19: 7,7%

4 Økonomi

4.1 Regnskap og budsjett

Betanien sykehus AS - 2020	Mot budsjett			Mot forrige år			Årsbudsjett 2021	Årsregnskap 2020
	Regnskap 2021 02	Budsjett 2021 02	Avvik 2021 02	Regnskap 2021 02	Regnskap 2020 02	Avvik 2020 02		
RESULTAT I 1 000 R								
Inntekter								
Aktivitet (ISF, HELFO, egenandeler)	9 109	7 693	1 416	9 109	6 976	2 133	46 156	44 932
Basis tilskudd (årlig bestilling)	33 591	33 751	-160	33 591	32 900	691	202 508	197 402
Ekstra tilskudd (pensjon mv)	0	1 058	-1 058	0	0	0	6 347	11 903
Leieinntekter	20	7	13	20	20	0	40	40
Andre inntekter (prosjekt mv)	148	500	-352	148	848	-700	3 000	5 189
Sum inntekter	42 868	43 009	-141	42 868	40 724	2 144	258 051	259 466
Kostnader								
Varer mv	2 115	1 843	272	2 115	2 109	6	11 059	11 810
Personal	30 850	31 838	-988	30 850	27 793	3 057	176 790	174 199
Pensjon	3 702	4 027	-325	3 702	3 018	684	24 161	14 382
Avskrivninger	589	836	-247	589	296	293	5 013	3 383
Andre driftskostnader	5 442	5 567	-125	5 442	6 787	-1 345	33 401	40 295
Sum kostnader	42 698	44 111	-1 413	42 698	40 003	2 695	250 424	244 069
Driftsresultat	170	-1 102	1 272	170	721	-551	7 627	15 397



Vi ser at det i årets to første måneder har vært spesielt god aktivitet på dagkirurgisk avdeling, dette har ført til aktivitetsbaserte inntekter godt over budsjett. Se for øvrig også kommentarene under punkt 2.4.2.

Ellers er det brukt en del over budsjett på posten for vareinnkjøp, så her bør vi være oppmerksom på utviklingen fremover.

4.2 Uforutsette og ekstraordinære hendelser

Covid-19

Smittevernrestriksjoner har blitt videreført også inn i 2021, vi ser derfor at noe av aktivitetsnivået ikke er sammenlignbart med de to første månedene i 2020 innen enhet for psykisk helse.

4.3 Utsikter resten av året

En stor usikkerhet fremover er Covid-19 situasjonen og hvordan den vil påvirke den videre driften for året. Foreløpig ser driften innen enhet for psykisk helse ut til å ligge på nivå med i fjor høst, mens den for dagkirurgisk avdeling har tatt seg kraftig opp.

Det er nylig presentert nye priser på husleie og konserntjenester fra Stiftelsen Betanien Bergen. Dette vil medføre en kostnadsøkning på rundt 5,5 millioner kroner i forhold til hva som er budsjettet. Det vil derfor bli en utfordring for sykehuset å kompensere for dette med kostnadsnivået for den øvrige drift.

Sak 15-2021– Ledelsens gjennomgang 2021

Formål:

Å presentere ledelsens gjennomgang 2021 for styret.

Bakgrunn:

Ledelsen gjennomgang (LGG) er Betanien sykehus sin egenrevisjon. LGG sikrer at sykehusets ledelse får en totaloversikt over kvaliteten på systemene og tjenestene, og at resultatene er som forventet. Derneft skal ledelsen treffe beslutninger om forbedringer.

Ledelsens gjennomgang (vedlegg 1) bygger på gjennomgåelser som er utført på avdelings- og enhetsnivå.

Skjemaet ble brukt for første gang i 2020. I skjemaet for 2021 har vi endret verdiskalaen fra 1-3 til 1-5 for å differensiere enda tydeligere mellom oppgaver som kan vente og oppgaver som snarlig må prioriteres.

Vi har hatt bred involvering på enhets- og avdelingsnivå f  r det ble laget en ny LGG. Vi har fulgt opp handlingsplan for 2020 og videreført uferdige oppgaver for forrige LGG.

Medbestemmelse:

- Alle ledere i sykehuset har vært involvert i arbeid med LGG.
- Vernetjeneste og tillitsvalgte involveres på avdelingsnivå vil informeres i IDF m  te og AMU.
- Brukerutvalget informeres og bes vurdere LGG 2021.03.15

Verdier:

Bygger opp om våre verdier:

- **Kvalitetsbevissthet:** Ved at LGG gir kontroll i eget hus og retning for forbedringsarbeid.
- **  penhet:** Ved at vi tydeligg  r forbedringsområder og plan for utbedring.

Forslag til vedtak:

1. Ledelsens gjennomgang tas til orientering.
2. Styret ber direktør evaluere iverksatte tiltak høsten 2021.

Vedlegg:

1. Ledelsens gjennomgang 2021

Saksbehandler: Ledergruppen Betanien sykehus
Ansvarlig: Eli Julseth Birkhaug, direktør