

Utviklingsplan 2035 med strategi 2018-2020



Sammendrag

Denne utviklingsplanen bygger på Nasjonal helse- og sykehusplan, andre nasjonale og regionale føringer, tidligere vedtak, bl.a. om sykehusstruktur og akuttfunksjoner i Flekkefjord, og på de analyser og delutredninger som ble gjort til den første utviklingsplanen. Det er gjort en ny risiko- og mulighetsanalyse av den valgte driftsmodellen. Ekstern kvalitetssikring har bekreftet at foreliggende utviklingsplan på en tilfredsstillende måte møter kravene i *Veileder for arbeid med utviklingsplaner*.

Da styret i Sørlandet sykehus behandlet første versjon av utviklingsplanen i februar 2015, ble det vedtatt å videreutvikle en driftsmodell med tre somatiske sykehus i foretaket. Videre ble det bestemt at vi fortsatt skal ha tilbud innen psykisk helse og rus- og avhengighetsbehandling på mange steder i landsdelen. Det ble utredet flere modeller for akuttfunksjonene i Flekkefjord, og våren 2017 avgjorde helseministeren at akuttfunksjonene skal videreføres.

Forut for vedtaket i 2015 gjorde vi grundige analyser av ulike modeller for sykehusstruktur, og vurderte alternativene ut fra kriteriene: Faglig kvalitet, helhetlige pasientforløp, samfunnsmessig bærekraft, tilgjengelighet og økonomi. Vi avgrenset analysen til tre hovedmodeller som illustrerte prinsippforskjellene. Vi forutsatte at tilbud innen psykiatri fortsatt skal være sterkt desentralisert, og at ambulant virksomhet og ulike former for e-helse øker i årene framover. Graden av sentralisering eller desentralisering av somatiske tjenester var det som i hovedsak skilte alternativene. Det ble utarbeidet en samfunnsmessig konsekvensanalyse og en risiko- og sårbarhetsanalyse, begge deler på oppdrag fra Sørlandet sykehus og alle kommunene i Agder i fellesskap. Da vi valgte å fortsatt ha tre sykehus, la vi stor vekt på beredskap, nærhet og befolkningens opplevelse av trygghet.

Framskrivning av aktivitet og kapasitetsbehov

Sykehusbygg HF har gjort en ny framskrivning av aktivitet og kapasitetsbehov basert på en nasjonal modell de utvikler for de regionale helseforetakene. Modellen tar utgangspunkt i demografiske endringer (SSBs anslag for midlere vekst MMMM), og justerer for skjønsmessige vurderinger av andre endringsdrivere.

Befolkningen i SSHFs opptaksområde forventes å øke med 66 500 personer (+22 %) fra 2016 til 2035. Kristiansandsregionen og Østre Agder vil prosentvis vokse mest. Aldersgruppene over 67 år vokser med mer enn 50 %.

For de fleste tjenesteområder forventes omstilling fra døgn til dag å gi en relativ reduksjon i antall liggedøgn. Samlet for somatikk vil likevel antall liggedøgn øke, da den demografiske endringen slår sterkere ut i kapasitetsbehovet enn omstillingen. Innen psykisk helsevern for voksne har vi ambisjoner om en så kraftig omlegging fra døgn til dag at antall liggedøgn ventes å være uendret eller gå litt ned frem mot 2035. Framskrivningene viser at det er behov for en betydelig kapasitetsøkning i akutt- og intensivbehandling, tung overvåkning, observasjonsplasser, poliklinikk og dagbehandling i somatikken. Deler av denne kapasitetsøkningen må komme allerede i løpet av de neste fem årene.

Det er betydelig usikkerhet i framskrivningene gjort av Sykehusbygg HF, men de gir samlet et godt bilde av forventet utvikling i behovet for sykehustjenester. I perioden 2015-2035 forventes følgende endringer i kapasitetsbehov ved SSHF:

- +15 % i liggedøgn somatikk
- +43 % i antall kirurgiske opphold
- +55 % i polikliniske konsultasjoner somatikk
- +64 % i dagopphold somatikk
- +60 % i senger for intensiv- og intermedieærbehandling
- - 6 % i liggedøgn voksenpsykiatri
- +49 % i polikliniske konsultasjoner voksenpsykiatri og rus- og avhengighetsbehandling
- +42 % i polikliniske konsultasjoner innen barne- og ungdomspsykiatri
- noe reduksjon i liggedøgn rus- og avhengighetsbehandling
- betydelig økning i billediagnostikk og laboratorieanalyser
- betydelig økning i ambulant virksomhet innen psykisk helse

Utfordringer og muligheter

SSHF er et veldrevet helseforetak med kompetente medarbeidere og god kvalitet i pasientbehandlingen. Samtidig er det betydelige økonomiske, virksomhetsmessige og bygningsmessige utfordringer. Disse utfordringen reflekteres i de strategiske målene vi har satt oss for perioden 2018-2020.

Forbruk av somatiske tjenester på Sørlandet er noe lavere enn forventet behov for befolkningen. Det er store variasjoner, og forbruket i Lister-regionen ligger vel 10 % høyere enn forventet behov mens forbruket i Kristiansand-regionen ligger 3–4 % under forventet behov. Dette kan bety at pasienter blir vurdert og behandlet forskjellig ved våre tre sykehus. Også innen psykisk helsevern for voksne og rus- og avhengighetsbehandling er forbruket av sykehustjenester vesentlig høyere enn forventet behov.

Den eldre del av befolkningen øker relativt sett mest og denne utviklingen forsterkes etter 2030. Det forventes betydelig økning av pasienter med flere sykdommer og komplekse lidelser. Dette vil utfordre både vår kapasitet og vår evne til samarbeid på tvers av fagområder.

Innen flere fagområder har vi fortsatt lange ventelister og det forekommer brudd på lovfestede tidsfrister for behandling. Innen psykisk helsevern er tilbudet til flere pasientgrupper ikke tilfredsstillende.

Rekruttering av legespesialister er allerede vanskelig innen enkelte fagområder, og mangelen på spesialsykepleiere og legespesialister ventes å bli et økende problem i årene framover. Med vaktordninger på tre sykehus og begrenset pasientvolum, er det krevende å opprettholde robuste fagmiljø og å drive kvalitetsmessig godt og kostnadseffektivt. Store legeressurser er bundet opp i vaktordninger. Det er utfordrende å sikre standardiserte og helhetlige pasientforløp med parallell drift på flere sykehus.

For å sikre økonomisk bærekraft for nødvendige investeringer og forventet økning i kostnader til IKT, høykostmedisiner, behandlingshjelpemidler m.m., er det nødvendig med driftsomlegginger og betydelig økning av produktiviteten i de nærmeste årene. Driftsmarginen må økes til minst 6% i løpet av de neste sju årene i forhold til årets budsjett på om lag 3,5%. Vi må utnytte den samlede kompetanse og de totale ressursene i foretaket optimalt. Ved å ta i bruk ny teknologi, kan vi jobbe smartere og i større grad møte pasientene utenfor sykehusene.

Det er et betydelig etterslep på vedlikeholdsinvesteringer, i sum om lag 2,5 mrd.kr. Teknisk infrastruktur må oppdateres til dagens forskrifter og kapasiteten må utvides for å understøtte en kontinuerlig utvikling av den medisinske virksomheten.

Mangelfulle IKT-systemer oppleves som en betydelig hindring for effektiv drift og utvikling av virksomheten. I løpet av de nærmeste årene vil SSHF ta i bruk nye regionale systemløsninger på viktige områder. Vi vil også utvikle nye e-helse løsninger for samhandling mellom sykehusene og kommunene, og for direkte kommunikasjon med pasientene. Dette vi gi både økt pasientsikkerhet og mer effektive pasientforløp.

Den største utfordringen på kort sikt er underkapasitet og uhensiktsmessige lokaler for somatiske akutt- og intensivfunksjoner i Kristiansand. En større utbygging må gjøres i løpet av få år for at ikke virksomheten skal bli medisinsk uforsvarlig. Det er gjort en mulighetsstudie for et nytt akuttbygg i Kristiansand som kan danne grunnlag for oppstart av konkret planlegging.

Helhetlige pasientforløp og gode overganger mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten blir enda viktigere i årene framover. Særlig gjelder dette pasientgruppene barn, ungdom og eldre. Det er derfor viktig med bedre forståelse for hverandres utfordringer og bedre kjennskap til hverandres tjenester på tvers av kommune og helseforetak. *Samhandlingsmeldingen*, som sykehuset og kommunene har utarbeidet i fellesskap, er en del av grunnlaget for et fremtidig nærere samarbeid om tjenestetilbudet innen psykisk helsevern og avhengighetsbehandling. Vi skal lage egne handlingsplaner for å konkretisere samarbeid om utviklingsområdene.

Det er en målsetting nasjonalt og for SSHF å redusere behovet for døgninnleggelse i psykiatrien gjennom å tilby alternativer. Arbeidsgruppen «*Pasientforløp psykisk helsevern og rus*» foreslo i 2014 at døgntilbudet i DPS på sikt burde trappes ned og at den spesialiserte døgnbehandlingen skulle samles i psykiatrisk sykehusavdeling. Denne føringen er avdempet, da vi ser at nye behov for ivaretagelse og intensivt behandling kan kreve et noe høyere døgnplassnivå enn vi forutsatte. Det er imidlertid et økende behov for ambulant virksomhet, slik at ressurstilgangen til den polikliniske og ambulante kompetansen økes ytterligere i DPS, og innenfor tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser og barne- og ungdomspsykiatri. En ønsket utvikling er at vi i større grad gir pasientene behandling i deres kjente miljø.

Utviklingsmål

Vi skal møte befolkningens behov for sykehustjenester og takle de utfordringene vi ser i tiden fremover. For å klare det må vi kontinuerlig utvikle oss, jobbe smartere, ta i bruk ny teknologi og utnytte våre totale ressurser best mulig. Vi har definert utviklingsmål for ni områder som skal prege Sørlandet sykehus fram mot 2035. For hvert av disse utviklingsmålene er det laget strategiske mål for perioden 2018-2020. Konkrete tiltak for å nå målene skal utformes i årlige budsjetter og klinikkvise planer.

9 målområder	Utviklingsmål 2035
1. Pasientens helsetjeneste <i>SSHFs pasienter medvirker aktivt i egen behandling og oppfølging</i>	<ul style="list-style-type: none">• SSHF praktiserer samvalg «Ingen beslutning om meg uten meg»• SSHF styrker medarbeidere og brukerrepresentanter i deres pasient- og pårørende fokus• SSHF sikrer at pasienter og pårørende får den informasjon og opplæring de trenger
2. Pasientbehandling <i>SSHF gir pasientene rett behandling til rett tid</i>	<ul style="list-style-type: none">• SSHF har kvalitetsindikatorer for pasientbehandling som brukes aktivt i forbedringsarbeid• SSHF har en god pasientsikkerhetskultur med lavest mulig behandlingsrisiko• SSHF har effektive pasientforløp med høy faglig kvalitet• SSHF prioriterer pasienttilbudene systematisk
3. Oppgavedeling og samhandling <i>SSHF bidrar til å sikre samhandling i pasientens helsetjeneste</i>	<ul style="list-style-type: none">• SSHF har en kvalitetsbasert fordeling av funksjoner til pasientens beste. «Sykehus i nettverk»• SSHF samarbeider med eksterne aktører slik at pasientforløp skjer på en trygg og sømløs måte• SSHF sikrer at oppgavedeling med eksterne samarbeidsaktører er klart definert• SHF samarbeider med eksterne aktører om tjenesteutvikling
4. Organisering og ledelse <i>SSHFs organisering og ledelse understøtter tjenester av høy kvalitet, godt arbeidsmiljø og effektiv drift</i>	<ul style="list-style-type: none">• SSHF har engasjerte og motiverende ledere• SSHFs ledere samarbeider og organiserer virksomheten for å oppnå felles mål• SSHFs ledere gjennomfører gode endringsprosesser• SSHF er en attraktiv arbeidsplass med et helsefremmende arbeidsmiljø
5. Bemanning og kompetanse <i>SSHF rekrutterer, utvikler og beholder kompetente medarbeidere</i>	<ul style="list-style-type: none">• SSHF utvikler fagmiljøer med høy kompetanse• SSHF bruker riktig kompetanse på rett sted• SSHF samarbeider med utdanningsinstitusjoner og kommuner for å sikre riktig kompetanse i regionen
6. Forskning og innovasjon <i>SSHFs forskning og innovasjon bedrer pasientbehandling</i>	<ul style="list-style-type: none">• SSHF er det ikke-universitetssykehuset i landet med størst forskningsaktivitet• SSHF er et av de ledende sykehusene i Norge innen helseinnovasjon• SSHF er en pådriver for samhandling mellom sykehus, kommune og universitet innen forskning og innovasjon
7. Økonomi <i>SSHF har en bærekraftig økonomi som sikrer en god utvikling av sykehuset</i>	<ul style="list-style-type: none">• SSHF prioriterer innen de gitte økonomiske rammer for å gi et likeverdig helsetilbud til befolkningen i Agder• SSHF forbedrer kontinuerlig produktivitet og pasientlogistikk• SSHF har en bærekraftig økonomi som sikrer utvikling av fag, drift og investeringer
8. Teknologi og utstyr <i>SSHF utnytter teknologi effektivt for sikker og god diagnostikk, pasientbehandling og samhandling</i>	<ul style="list-style-type: none">• SSHF har medisinskteknisk utstyr og IKT-systemer som bidrar til rask og sikker diagnostikk og behandling• SSHFs medarbeidere har kompetanse og holdninger som sikrer god informasjonssikkerhet• SSHF har standardisert utstyr og systemer• SSHF satser aktivt og er en pådriver innen e-helse
9. Bygg <i>SSHF har bygg som fremmer trygg og effektiv pasientbehandling</i>	<ul style="list-style-type: none">• SSHFs bygg og tekniske installasjoner ivaretar virksomhetens behov• SSHFs bygg har en brukervennlig utforming• SSHFs forvaltning og vedlikehold sikrer pålitelig og effektiv drift• SSHF utnytter arealene optimalt• SSHFs bygg er sikret mot eksterne trusler

Funksjonsfordeling og sykehus i nettverk

Sykehuset i Kristiansand er et stort akuttsykehus med et bredt spekter av spesialisthelsetjenester innen diagnostikk, behandling og medisinske servicefunksjoner. Dette omfatter en fullverdig kvinneklinikk, indremedisinske og kirurgiske fagområder. Kristiansand har det største opptaksområdet og mest omfattende/komplette akuttfunksjoner i SSHF. Kristiansand har flere avdelinger/seksjoner med behandlingsansvar og vaktfunksjoner for hele Agder, blant annet kreftsenter med strålebehandling, nevrologisk avdeling som også er definert som HF-slagsenter, spesialisert rehabilitering, revmatologi, karkirurgi og bryst/endokrinkirurgi. Kristiansand har kirurgiske grenvakter innenfor karkirurgi, gastrokirurgi og urologi. Kristiansand har ØNH-avdeling med øyeblikkelig hjelpfunksjon.

Sykehuset i Arendal er et stort akuttsykehus med et bredt spekter av spesialisthelsetjenester innen diagnostikk, behandling og medisinske servicefunksjoner med fødeavdeling, akutt- og elektiv kirurgi og ortopedi og flere medisinske spesialiteter. Sykehuset har regional/høyspesialisert tjeneste innen døgkontinuerlig diagnostikk og behandling innen kardiolog (PCI) samt øyeavdeling med øyeblikkelig hjelp funksjon.

Sykehuset i Flekkefjord er et akuttsykehus med tilbud innen akuttkirurgi, ortopedi, fødeavdeling og indremedisin. Sykehuset har et tilbud som ivaretar lokale behov og de vanligste akutte tilstandene.

De tre sykehusene jobber i nettverk og er gjensidig avhengig av hverandre. Samlet dekker sykehusene de aller fleste behovene til befolkningen i Agder. Egendeckningsgraden målt i antall pasientmøter er 91 % for somatikk og 95 % for psykisk helse og avhengighetsbehandling. Enkelte fagområder er samlet ett sted. Det gjelder for eksempel karkirurgi, kreftkirurgi, PCI-behandling og ICD, som alle krever høy kompetanse og robuste fagmiljøer for å sikre god kvalitet. Psykisk helsevern og avhengighetsbehandling er lokalisert både på de tre sykehusene, og i DPSer og poliklinikker andre steder på Agder.

Psykisk helsevern er organisert på tvers av geografi, med fire distriktpsikiatriske sentre, psykiatrisk sykehusavdeling med døgnenheter i Kristiansand og Arendal og poliklinikker en rekke steder på Agder. Nytt bygg for døgnbehandling innen psykisk helse (PSA og ABUP) i Kristiansand skal være ferdig i 2021.

Det forventes ingen vesentlige endringer i akutfunksjonene og funksjonsfordelingen mellom sykehusene i planperioden. På grunn av endringer i behovet for spesialisthelsetjenester, i medisinske og teknologiske muligheter og endret oppgavefordeling mellom helsetjenestenivåene, vil virksomheten likevel være i kontinuerlig endring. Spesialiserte funksjoner der lavt pasientvolum medfører særlige kvalitetsutfordringer samt akutte behandlingstilbud som krever samarbeid mellom mange fagområder, vil i hovedsak være samlet til sykehuset i Kristiansand. Enkelte spissfunksjoner kan likevel plasseres ved sykehusene i Arendal eller Flekkefjord, forutsatt at sykehusene arbeider i nettverk.

Innhold

Sammendrag	3
Forord	11
1. Bakgrunn og historikk	12
1.1 Historikk for helseforetaket	12
1.2 Visjon, strategi og verdigrunnlag	12
1.3 Gjennomføring av arbeidet med utviklingsplanen.....	12
1.3.1 Interessenter, medvirkning og aktivitet.....	13
2. Nåsituasjon	15
2.1 Pasientens helsetjeneste	15
2.1.1 Samvalg	15
2.1.2 Pasient- og pårørendetilfredshet og involvering	15
2.1.3 Pasient- og pårørendeinformasjon og opplæring	16
2.2 Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og HMS	16
2.2.1 Demografi og sykdomsforekomst i Agder	16
2.2.2 Dagens aktivitet og kapasitet	17
2.2.3 Helseatlas, pasientstrømmer og forbruksrater	20
2.2.4 Pasienttilbud	23
2.2.5 Kvalitet, pasientsikkerhet, HMS og risiko.....	27
2.3 Oppgavedeling og samhandling	30
2.3.1 Oppgavedeling og samhandling – sykehus i nettverk	30
2.3.2 Samhandling med andre samarbeidsaktører	36
2.4 Organisering og ledelse	38
2.4.1 Organisering	38
2.4.2 Ledelse	38
2.4.3 Arbeidsmiljø	39
2.5 Bemanning og kompetanse.....	39
2.5.1 Bemanning	39
2.5.2 Kompetanse	40
2.5.3 Rekruttering	40
2.5.4 Utdanning av helsepersonell og samarbeid med utdanningsinstitusjoner.....	40
2.6 Forskning og innovasjon.....	41
2.6.1 Forskning	41
2.6.2 Innovasjon	42
2.7 Økonomi.....	43
2.8 Teknologi og utstyr.....	44
2.9 Dagens bygg – tilstand og muligheter	44
2.9.1 Areal.....	44
2.9.2 Teknisk tilstand og utviklingsmuligheter.....	45
3. Overordnede strategier og føringer	48
4. Utviklingstrekk	51
4.1 Pasientens helsetjeneste	51
4.1.1 Samvalg	51
4.1.2 Pasient- og pårørendetilfredshet og involvering	51
4.1.3 Pasient- og pårørendeinformasjon og opplæring	52
4.2 Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og HMS	52
4.2.1 Befolkningsutvikling	52
4.2.2 Demografi, sykdomsutvikling og pasientstrømmer i Agder	53
4.2.3 Aktivitetsframskrivning og kapasitetsberegning.....	53
4.2.4 Pasienttilbud	56
4.2.5 Kvalitet, pasientsikkerhet, HMS og risiko.....	60
4.3 Oppgavedeling og samhandling	62
4.3.1 Oppgavedeling og samhandling - sykehus i nettverk.....	62
4.3.2 Samhandling med samarbeidsaktører	63
4.4 Organisering og ledelse	66
4.4.1 Organisering	66
4.4.2 Ledelse	66

4.4.3	Arbeidsmiljø	67
4.5	Bemanning og kompetanse.....	67
4.5.1	Kompetanse	68
4.5.2	Rekruttering	68
4.5.3	Utdanning av helsepersonell og samarbeid med utdanningsinstitusjoner	69
4.5.4	Universitetssykehus i Agder?	69
4.6	Forskning og innovasjon.....	70
4.6.1	Forskning	70
4.6.2	Innovasjon	70
4.7	Økonomi.....	71
4.8	Teknologi og utstyr.....	72
4.9	Bygg.....	73
4.9.1	Utvikling av bygningsmassen	73
4.9.2	Nye areal for psykisk helse- psykiatri og avhengighetsbehandling.....	74
4.9.3	Oppgradering og utvidelse av bygningsmassen på Eg	74
4.9.4	Utvikling av andre bygg.....	75
5.	Fremtidig sykehusstruktur og driftsmodell	76
5.1	Alternative veivalg og debatten om fremtidig sykehusstruktur	76
5.2	Kriterier for videre utvikling av sykehusene på Sørlandet	77
5.3	Spesielle vurderinger av endring i øyeblikkelig hjelp-tilbud	79
5.4	Valgt struktur	79
5.5	Videre utvikling av valgt struktur	80
5.5.1	Høy egendekning og kvalitet gjennom samling av spesialiserte tjenester i SSHF	80
5.5.2	Samarbeid mellom sykehusene i SSHF – sykehus i nettverk.....	80
5.5.3	Akuttmottak og intensivfunksjoner	81
5.5.4	Traumeberedskap og akuttkirurgi.....	82
5.5.5	Akuttsykehus - Flekkefjord	82
5.5.6	Store akuttsykehus – Arendal og Kristiansand.....	83
5.5.7	Psykisk helse og rusbehandling	83
5.5.8	Samarbeid med primærhelsetjenesten - skape helhetlige pasientforløp.....	84
6.	Målbilde, tiltak og organisering for pasientens helsetjeneste	85
6.1	Pasientens helsetjeneste	85
6.2	Pasientbehandling - faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og HMS	86
6.3	Oppgavedeling og samhandling	87
6.4	Organisering og ledelse.....	88
6.5	Bemanning og kompetanse.....	89
6.6	Forskning og innovasjon.....	90
6.7	Økonomi.....	91
6.8	Teknologi og utstyr.....	92
6.9	Bygg.....	93
7.	Vedlegg	94

Forord

Dette dokumentet er prosjektrapport fra arbeidet med *Utviklingsplan 2035*. Planarbeidet har pågått i to faser siden høsten 2012. Første fase ledet frem til styrebehandling av en foreløpig utviklingsplan i februar 2015. Styret vedtok da å videreutvikle en struktur basert på tre sykehus i helseforetaket. Etter dette tok planarbeidet en pause i påvente av Nasjonal helse- og sykehusplan som kom i 2016. Gjennom hele 2017 har vi videreført arbeidet med utviklingsplanen. Utviklingsplanen ble sendt på høring fra 1. desember 2017 til 1. mars 2018. Høringsinnspillene har blitt vurdert og bearbeidet inn i planen, før et endelig planutkast legges frem for styret 12. april 2018. Planforslaget bygger i stor grad på de grundige analysene og vurderingene som ble gjort i perioden 2013-2014, men beskrivelser av nåsituasjonen og framskrivningene av kapasitetsbehov er oppdatert. Det siste året har vi i hovedsak arbeidet med konkretisering av mål og tiltak.

Arbeidet med Utviklingsplan 2035 har skapt stort engasjement internt i våre fagmiljøer, blant lokale politikere og i deler av befolkningen. Mange personer har bidratt i prosjektet, ut fra et felles ønske om å lage en utviklingsplan som legger grunnlaget for at SSHF kan oppfylle sin visjon om *trygghet når du trenger det mest*. Medias interesse for saken bekrefter at helsetjenester og sykehuslokalisering er viktig for folk flest. Prosjektrapporten er omfangsrik fordi prosjektet har gjort grundige kartlegginger, analyser og beskrivelser og ønsker å presentere et komplett beslutningsgrunnlag. Kompliserte spørsmål omkring viktige samfunnsgoder fortjener seriøs og grundig behandling. Grunnlagsdata, overordnede føringer og tidligere delutredninger finnes som referanser i denne prosjektrapporten. Plandokumentet inkluderer nå også mål for strategiplanperioden 2018-2020.

Helsetjenesten nasjonalt og regionalt står foran store utfordringer i årene som kommer knyttet til en aldrende befolkning, begrensede økonomiske rammer, ny teknologi og endringer i sykdomsbildet som krever nye måter å organisere tjenesten på. Overordnet handler Utviklingsplan 2035 om å videreutvikle SSHFs virksomhet for å sikre faglig og økonomisk bærekraft og best mulig helsetilbud til hele befolkningen på Sørlandet. Samtidig er det viktig at utviklingsplanen og sykehusstrukturen gir den nødvendige fleksibilitet for å tilpasse tjenester og struktur til eksterne forhold og rammebetingelser i endring. Vår største ressurs er våre medarbeidere. Å rekruttere og beholde attraktiv arbeidskraft er en samfunnsmessig hovedutfordring både nasjonalt og lokalt. SSHF er en virksomhet hvor verdigrunnlaget respekt – faglig dyktighet – tilgjengelighet og engasjement er tungt forankret. SSHF skal kjennetegnes av gode og inkluderende arbeidsmiljø. Spesialistene innen helse søker tunge fagmiljø der de kan få utviklet sine interesser. Det kan stå i motsetning til pasientenes ønske om nærhet til tjenestene. Å etablere et samlet fagmiljø i Sørlandet sykehus HF som kan bidra til interessante oppgaver og kvalitet på tvers av lokasjoner blir et viktig virkemiddel for rekruttering i framtiden. Kampen om kompetansen handler om å gjøre landsdelen og sykehusene mest mulig attraktive sammenlignet med andre deler av landet og resten av Skandinavia.

Utviklingsplan 2035 skal være styrende for all strategisk planlegging i helseforetaket. Det er en samlet plan som skal sørge for at underliggende planer støtter opp om et overordnet felles formål.

Kristiansand, 5. april 2018

Per B. Qvarnstrøm
Konstituert administrerende direktør

1. Bakgrunn og historikk

1.1 Historikk for helseforetaket

Sørlandet sykehus helseforetak (SSHF) er ett av ti helseforetak som inngår i det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst (HSØ). SSHF ble etablert i 2003 ved fusjonering av daværende Aust-Agder sykehus HF, Vest-Agder sykehus HF og Lister sykehus HF. Etter 2003 er sykehusene i Mandal og Farsund lagt ned slik at foretaket nå har tre somatiske sykehus: Arendal, Kristiansand og Flekkefjord. Rehabiliteringsvirksomheten på Kongsgård i Kristiansand ble overført fra Rikshospitalet til SSHF i 2008.

I perioden 2004 til 2010 var det en betydelig oppgradering av tilbudene innen psykisk helsevern, med blant annet nytt poliklinikkbygg for ABUP i Kristiansand. Det ble bygget flere nye distriktpsikiatriske senter (DPS), andre ble oppgradert og noen ble avviklet. Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det virksomhet en rekke steder i Agder.

I 2001 ble Senter for kreftbehandling i Kristiansand bygget med begge Agder-fylkene og deler av Telemark som opptaksområde. I 2002 var sykehuset i Arendal ferdig oppgradert med en ny fløy for blant annet operasjon, intensiv, laboratorier og røntgen.

Allerede før sykehusreformen i 2002 var det et omfattende samarbeid mellom sykehusene i Agder, men situasjonen både før og etter reformen har også vært preget av konkurranse og strid om funksjonsfordeling mellom sykehusene. SSHF hadde tverrgående klinikkstruktur i perioden 2003-2015. Det ble fra 2016 vedtatt å innføre ny organisasjonsstruktur for SSHF med tre somatiske klinikker med stedlig ledelse, en for hver lokalisasjon: Flekkefjord, Kristiansand og Arendal. Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling (KPH) og Medisinsk serviceklinikk (MSK) ble opprettholdt som tverrgående funksjoner. Prehospitaltjenester (PTSS) ble organisert som egen tverrgående klinikk.

1.2 Visjon, strategi og verdigrunnlag

SSHFs visjon er *Trygghet når du trenger det mest*.

Verdiene til sykehuset er: *Respekt, faglig dyktighet, tilgjengelighet og engasjement*. Verdigrunnlaget beskriver hvordan medarbeidere ved sykehuset skal opptre og utføre arbeidet i møte med pasienter, pårørende, kolleger, studenter, eiere, samarbeidspartnere og omgivelsene.

SSHF hadde flere fokusområder i siste strategiplanperiode 2015-2017, men spesielt seks satsningsområder:

- kvalitet og pasientsikkerhet – trygghet når du trenger det mest
- kultur for helhet
- samhandling for høyere kvalitet, effektivitet og pasientsikkerhet
- fremst innen rusbehandling og selvmordsforebygging
- kreftbehandling – det beste områdesykehuset i regionen
- planlagt kirurgi – bedre utnyttelse av kapasitet

1.3 Gjennomføring av arbeidet med utviklingsplanen

SSHFs styre ba høsten 2012 om en plan for hvordan det ville være mest hensiktsmessig for SSHF å innrette sin virksomhet i fremtiden, uavhengig av dagens sykehusstruktur og oppgavefordeling, og slik utarbeide grunnlaget for en helhetlig og langsiktig plan for oppgradering av bygningsmassen. Mandatet for arbeidet ble vedtatt av SSHFs styre 26.10.2012 (sak 102/2012)¹. Arbeidet med *Utviklingsplan 2030* ble organisert som et prosjekt med administrerende direktør som prosjekteier. Styringsgruppe, prosjektgruppe og flere arbeidsgrupper ble etablert for prosjektet. Prosjektledelsen engasjerte en gruppe med eksterne rådgivere og det ble utarbeidet flere analyser, utredninger og rapporter. For en detaljert oversikt over deltakere og delutredninger vises det til utviklingsplan 2030. Ekstern kvalitetssikring ble utført av Terramar AS, Hospitalitet AS og Oslo Economics i henhold til generelle krav fra HSØ og overlevert til SSHF 29.1.2015². En foreløpig Utviklingsplan 2030 ble styrebehandlet 5.2.2015 (sak 002-2015)³, og styret valgte en struktur med tre sykehus i helseforetaket⁴.

¹ SSHF styre 26.10.2012 (sak 102-2012) [Mandatet for arbeidet med en utviklingsplan for SSHF](#)

² [Ekstern kvalitetssikring av Utviklingsplan SSHF 2030. 29.1.2015 av Terramar AS, Hospitalitet AS og Oslo Economics AS](#)

Etter styrebehandling av Utviklingsplan 2030 i februar 2015 ble det en pause i planarbeidet i påvente av Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP)⁵. Gjennom 2017 har SSHF oppdatert utviklingsplanen med utgangspunkt i analyser og vurderinger som var grunnlag for styrevedtaket 5.2.2015, ekstern kvalitetssikring, NHSP, *Veileder for arbeid med utviklingsplaner*⁶ og føringer fra HSØ⁷. SSHF har også sett behov for å oppdatere beskrivelse av nåsituasjonen, utviklingstrekk, framskrivninger og kapasitetsberegninger. Sykehusbygg HF har oppdatert framskrivningen i henhold til føringer fra HSØ.

Planen fra 2015 var lite konkret i beskrivelse av mål og tiltak for virksomheten. Dette har derfor vært et sentralt tema i oppdateringen av utviklingsplanen, og er gjort i henhold til kapittel 6 i *Veileder for arbeid med utviklingsplaner*. For å møte framtidens behov og utfordringer for helsetjenesten i Agder, er det utarbeidet mål på mellomlang og kort sikt: *Utviklingsmål 2035* og *strategiske mål 2018-2020*. Tiltak til de strategiske målene vil bli utarbeidet i klinikkvise planer og i avdelingene hvor målene er aktuelle i den daglige driften. Tiltakene skal henge sammen med økonomisk langtidsplan og årlig budsjett. Utviklingsmål og strategiske mål kan leses i sin helhet i kap. 6.

Tidligere har SSHF hatt treårige strategiplaner i tillegg til utviklingsplan. SSHF har ønsket å forenkle planverket og planprosessene, og har derfor valgt å kombinere Utviklingsplan 2035 og strategiplan 2018-2020 i samme dokument. En oppdatert Utviklingsplan 2035 med strategi 2018-2020 peker nå på ønsket utviklingsretning for helseforetaket med utgangspunkt i nasjonale- og regionale føringer, samt vedtatt sykehusstruktur.

Oppdatering av utviklingsplanen er gjort av direktørens stab med bred involvering av ledere, fagpersoner, tillitsvalgte, brukere, kommuner og andre interessenter. Utredning om fremtidig akuttfunksjoner ved sykehuset i Flekkefjord ble organisert som en egen prosess parallelt med det øvrige utviklingsplanarbeidet.

I 2014 ble det utarbeidet en samfunnsmessig konsekvensanalyse på oppdrag fra SSHF og kommunene⁸. Det ble også utarbeidet en risiko- og sårbarhetsanalyse, utført av PwC⁹. Begge på oppdrag fra SSHF og alle kommunene i Aust-Agder og Vest-Agder i fellesskap. Risiko- og sårbarheter ble vurdert til de tre driftsmodellene. I følge *veileder for arbeid med utviklingsplaner* skal det gjennomføres risiko- og mulighetsanalyse for vesentlige endringer. Den oppdaterte versjonen av utviklingsplan 2035 har ikke lagt opp til vesentlige endringer i oppgaver, og det er dermed ikke et krav at det skal gjennomføres en risiko- og mulighetsanalyse. SSHF ønsket likevel å oppdatere risiko- og sårbarhetsanalysen fra 2014 for den valgte sykehusstrukturen, jf. styrevedtak 5.2.2015, med fokus på mulighetsanalysen (vedlegg 1).

Det har vært god dialog med HSØ underveis i arbeidet med utviklingsplanen.

SSHF har etter anbefaling fra *veilederen* utført ekstern kvalitetssikring for den oppdaterte versjonen av utviklingsplanen for å sikre at prosessen som er beskrevet rundt utarbeidelsen av utviklingsplanen er fulgt⁶. Kvalitetssikringen er gjort av Ernst & Young i perioden januar til mars 2018 (vedlegg 2).

Plandokumentet må revideres i henhold til nasjonale- og regionale føringer, og SSHF tar sikte på å revidere dokumentet hvert 4. år slik at det henger sammen med Nasjonal helse- og sykehusplan.

1.3.1 Interessenter, medvirkning og aktivitet

Arbeidet med utviklingsplan for SSHF har pågått siden 2012, og det ble den gang utarbeidet en interessentanalyse og kommunikasjonsplan. Denne ble oppdatert i 2016. Kommunikasjonsarbeidet har hatt som mål å sørge for at interessenter kjente til prosjektet, utnytte interessentenes kompetanse og legge til rette for at interessenter ble involvert og kunne la seg høre. SSHF har etter beste evne forsøkt å følge *veilederen*, informert og involvert interessenter slik at de har kjent til planprosessen, dets hovedmål og når ulike beslutninger har blitt tatt. Arbeidet har hatt mål om mye dialog og full åpenhet, involvering og en forutsigbar prosess.

Diverse interne og eksterne fora har blitt benyttet som formelle og uformelle referansegrupper underveis i arbeidet. Samtalepunkter med både interne og eksterne aktører ble løpende etablert, og dialog ble prioritert fra prosjektledelsen. Alt ferdig og uferdig materiale ble lagt ut på egen internettside, sshf.no/2035. Prosjektet etablerte en

³ SSHF, [Styresak 5.2.2015 \(sak 002-2015\) Utviklingsplan 2030](#)

⁴ SSHF, [Styrevedtak 5.2.2015 \(sak 002-2015\) Sakstittel: Utviklingsplan 2030](#)

⁵ Helse- og omsorgsdepartementet, [Meld. St. 11 \(2015-2016\). Nasjonal helse- og sykehusplan \(2016-2019\)](#)

⁶ Helse Sør-Øst, [Styresak 16.6.2016 \(sak 056-2016\) Veileder for arbeid med utviklingsplaner](#)

⁷ Helse Sør-Øst, [Styresak 2.2.2017 \(sak 008-2017\), Strategier, planer og regionale føringer for HFenes utviklingsplaner](#)

⁸ PwC, Rapport til SSHF og kommunene i Aust- og Vest-Agder, 15. September 2014, [Samfunnsmessig konsekvensanalyse SSHF Utviklingsplan 2030](#)

⁹ PwC, Rapport til SSHF og kommunene i Aust- og Vest-Agder, 15. September 2014, [ROS-analyse, SSHF Utviklingsplan 2030](#)

facebookside, Utviklingsplan 2035, hvor det jevnlig ble lagt ut informasjon og som ga mulighet for innspill. Prosjektet publiserte og sendte ut nyhetsbrev til interessenter fra høsten 2012. Det ble spredd informasjon også gjennom dagspresse, i form av flere kronikker, debattinnlegg og nyhetsoppslag.

Siden oppstarten av arbeidet i 2012 var det direkte dialog med kommuner i Aust-Agder og Vest-Agder, fylkeskommunene, stortingsrepresentanter fra Aust- og Vest-Agder og Universitetet i Agder (UiA). Samtlige regionråd i Agder, bystyrrer, formannskapsmøter og kommunestyrrer ble informert og involvert underveis i arbeidet. Fra desember 2013 deltok 5 deltakere fra kommunene i styringsgruppen, én fra hver av kommuneregionene. Det ble samarbeidet omkring ROS-analyse og samfunnsmessig konsekvensanalyse hvor kommunene i Agder og SSHF var likeverdige oppdragsgivere.

Interessen for utviklingsplanen i 2012 var ganske beskjeden i startfasen både i og utenfor SSHF, og det var til dels vanskelig å få god og bred deltakelse. Det ble invitert til folkemøter i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord, med varierende oppmøte og engasjement fra befolkningen. I 2013 og begynnelsen av 2014 arrangerte SSHF dialogkonferanse mellom kommunene i Agder og medarbeidere på sykehuset. Det ble lagt opp til diskusjon og innspill på planarbeidet. I arbeidet med oppdatering av utviklingsplanen ble det arrangert tre workshoper i løpet av 2017 hvor det var deltakelse fra SSHF, brukere, tillitsvalgte, kommuner og andre interessenter. Formålet var å få innspill på kapitlene 2, 4 og 6. Workshopene ble regnet som en effektiv arbeidsform sammenlignet med arbeidet i 2012-2015, hvor det var jevnlig møter i arbeidsgrupper. Alt uferdig materiale fra workshopene ble publisert, og interessenter har hatt mulighet til å komme med innspill underveis.

Prosjektledelsen informerte jevnlig i klinikk- og avdelingsmøter. Brukerutvalget og Ungdomsrådet ved SSHF arbeidet aktivt med planarbeidet og var viktige rådgivere og bidragsytere. Prosjektledelsen forela ulike problemstillinger for Brukerutvalget og Ungdomsrådet, som så kom med konkrete forslag og innspill til både prosess og planens innhold. OSS (Overordnet strategisk samarbeidsutvalg mellom kommunene i Agder og SSHF) og dialogmøtet (foretakstillitsvalgte, hovedverneombud og foretaksledelsen) fikk jevnlig informasjon fra prosjektledelsen og ga viktige innspill. I tillegg ble det gjennomført møter med flere støtteforeninger og interesseorganisasjoner, blant andre brukerorganisasjoner i Kristiansands- og Arendalsområdet, ulike partilag og diverse frivillige organisasjoner.

Utviklingsplanen ble sendt på høring 1.12.2017 til 1.3.2018, hvor det kom 44 innspill fra enkeltpersoner, enheter og avdelinger, organisasjoner og interesseforeninger, kommuner og faginstanser. Det har blitt utarbeidet en oppsummering av høringsinnspillene med sykehusledelsens kommentar¹⁰. En del av argumentene som er fremkommet gjennom høringsuttalelsene, er drøftet og omtalt i den oppdaterte planen. Innspill som er bearbeidet er blant annet tydeligere definisjoner på begreper, bedre beskrivelse av levekårsutfordringer i Agder og økt andel eldre i befolkningen. I tillegg er omtalen av Flekkefjord sykehus mer utfyllende og fokuserer mer på muligheter.

¹⁰ [Sshf.no/2035 – Høring](https://sshf.no/2035-Horing)

2. Nåsituasjon

Kapitlet gir en beskrivelse av dagens situasjon (per 2018) innenfor ni tema i henhold til *Veileder for arbeid med utviklingsplaner*. Temaene i kapittel 2 er inndelt på samme måte som utviklingstrekk i kapittel 4 og mål i kapittel 6.

2.1 Pasientens helsetjeneste

SSHF har stor oppmerksomhet rundt pasient- og pårørendeopplæring, og brukermedvirkning. Pasientens rolle er i endring. I pasientens helsetjeneste er pasienten en aktiv og likeverdig partner som medvirker i egen helse, behandling og utvikling av helsetjenesten. Pasientopplæring er en forutsetning for å lykkes med samvalg og brukermedvirkning.

2.1.1 Samvalg

Ved samvalg samarbeider pasient og helsepersonell om å treffe beslutninger om utredning, behandling og oppfølging, i den grad og på de måter pasienten ønsker. SSHF arbeider med samvalg og har utviklet pedagogiske ressurser som benyttes nasjonalt: e-læring, film om samvalg og animasjonsfilm om samvalgsverktøy. Pasienten får dermed støtte til å vurdere alternativene, og utforske egne verdier og preferanser¹¹.

2.1.2 Pasient- og pårørendetilfredshet og involvering

HSØ har i mange år gjennomført omdømmeundersøkelser for å kartlegge befolkningens oppfatning av sykehustilbudet. I undersøkelsen måles også befolkningens vurdering av fire omdømmerelaterte påstander om det nærmeste sykehuset. SSHF har skåret jevnt over godt siden undersøkelsene ble startet. I omdømmeundersøkelsen for 2017 skåret SSHF signifikant høyere enn gjennomsnittet på flere av påstandene og spørsmålene¹². Det gjaldt spørsmål om tilfredshet med det samlede sykehustilbudet, påstandene om at sykehuset er en interessant arbeidsplass, at sykehuset yter god pasientbehandling og at sykehuset nyter stor tillit blant folk.

Ifølge en nasjonal undersøkelse om pasienters erfaringer med norske sykehus i 2015 (PasOpp)¹³ skåret SSHF som helhet godt, og var på linje med andre sykehus i landet på de fleste av pasienterfæringsindikatorerne. Sykehuset i Flekkefjord skåret signifikant bedre enn landsgjennomsnittet på de fleste indikatorerne, og var ett av fire sykehus i landet med best totalskår.

Pasient- og brukerombudene¹⁴ stiller spørsmål ved i hvilken grad pasienterfaringer faktisk tas på alvor, og peker på PasOpp 2015 som viser at mer enn én av fire pasienter fortsatt ikke er fornøyd med informasjonen de mottar under sykehusoppholdet. Som i alle foregående år, skårer sykehusene dårligst på forholdene rundt utskrivning og informasjon. SSHF har et tydelig forbedringspotensial på dette området. Ombudene påpeker også at pasienter og brukere i liten grad kjenner til sine rettigheter eller benytter sin klageadgang. Samtidig erfarer de at det i for liten grad informeres om klagemulighet og klagebistand til de som trenger det. Når det gjelder å ha fokus på barn som pårørende, er SSHF nasjonalt ledende ved å ha bidratt til lovendring og produsert nasjonale prosedyrer på området. Tilsyn høsten 2016 avdekket avvik fra retningslinjene når det gjaldt barn som pårørende. Nye retningslinjer og rutiner er innarbeidet i hele SSHF som følge av tilsynet.

SSHF har brukerutvalg som fungerer som et rådgivende organ for styret og for administrerende direktør i spørsmål som angår spesialisthelsetilbudet. Ungdomsrådet er ungdommenes stemme inn i sykehuset. Det er en høringsinstans, og gir råd og innspill til hvordan barn og unge kan få det enda bedre ved SSHF. Leder og nestleder av brukerutvalget deltar på foretakets styremøter og som hovedregel deltar medlemmer i brukerutvalget i alle prosjektorganisasjoner og systematisk forbedringsarbeid.

KPH er opptatt av brukererfaring i utforming av tjenestetilbudet. I praksis viser dette seg gjennom for eksempel FACT-team (fleksibelt aktivt oppsøkende rehabiliteringsteam), erfaringskonsulenter og miljøarbeidere med erfaringskompetanse. Videre har KPH brukerstyrte senger, der pasienten selv kan bestemme innleggelse i et begrenset antall dager. Innen somatikk er det etablert brukerstyrte poliklinikker innen fagområdene ME og HIV.

¹¹ Helse Norge, [Årsmelding 2015, Pasient- og brukerombudene i Norge](#)

¹² Helse Sør-Øst 2017, [Omdømmeundersøkelse for Helse Sør-Øst, Områderapport – Sørlandet](#)

¹³ [Folkehelseinstituttet \(Holmboe O, Bjertnæs OA\). Pasienterfaringer med norske sykehus i 2015. Resultater etter en nasjonal undersøkelse](#)

¹⁴ [PasOpp-rapport nr. 147 – 2016. \(ISSN 1890-1565\)](#)

2.1.3 Pasient- og pårørendeinformasjon og opplæring

Informasjon

SSHF har tatt i bruk felles nasjonal nettløsning. Nettsiden sshf.no er «en del av» sykehuset, en del av pasientforløpet og en del av behandlingen. På sshf.no får pasienter og pårørende relevant informasjon om hva som skjer på sykehuset før, under og etter behandling, samt praktisk informasjon om behandlingsstedet. I tillegg opplyses det om ventetider og kvalitet. Spesialisthelsetjenesten på nett bidrar til å hjelpe pasienter og pårørende i en sårbar del av livet.

Fagpersonell i samarbeid med erfaren bruker på det enkelte fagområde utformer og har ansvar for kvalitetssikret pasientinformasjon knyttet til spesifikke pasientforløp. Pasienter får denne informasjonen i papirformat. Kreftpasienter mottar i tillegg «Pasientens bok», en mappe med generell og diagnosespesifikk pasientinformasjon. Informasjon til pårørende etter pasienters død er samlet i «Etterlattemappen».

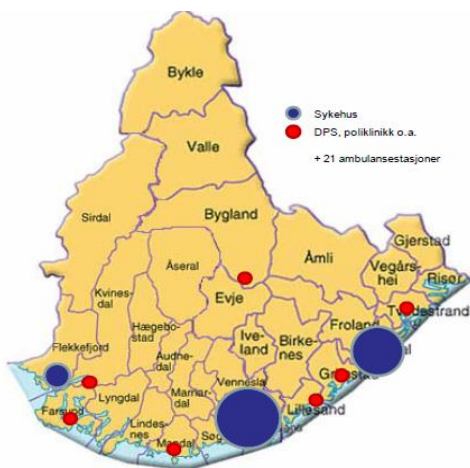
Pasienter får i noen tilfeller forsinket informasjon etter polikliniske konsultasjoner og ved utskrivning fra sykehuset. Det kan svekke pasientsikkerheten når medarbeidere i kommunehelsetjenesten ikke er oppdaterte.

SSHF har tilbud om sykehusguider i Arendal og Kristiansand. Noen pasienter, pårørende og besøkende kan ha problemer med å finne frem på sykehusene. Frivillige sykehusguider fra Røde Kors er servicetorgetts «forlengede arm» og følger pasienter som trenger det til riktig behandlingssted. Også pårørende og andre besøkende kan få hjelp. Sykehusguider gjennomfører et opplæringsprogram i forkant. Brukerkontoret holder til i hovedekspedisjonene ved de tre sykehusene. Her møter pasienter og pårørende personer med erfaring som kan rettledende og gi nyttig informasjon. Brukerkontoret har god oversikt over ulike organisasjoner, og kan bistå med å komme i kontakt med den organisasjonen eller foreningen som er aktuell.

Opplæring

Sykehuset har et opplæringsansvar og skal dekke pasientens og pårørendes behov for opplæring. Hovedansvaret for pasientopplæringen ligger i klinikken. Det utføres her mye god opplæring for at pasienter og pårørende skal forstå og kunne anvende helseinformasjon og få hjelp til å mestre sykdom og/eller funksjonsnedsettelse. Lærings- og mestringssenteret er en ressurs som bistår og veileder fagpersoner innen klinisk kommunikasjon og pedagogikk, samt i utvikling, gjennomføring og evaluering av gruppebasert pasient- og pårørendeopplæring. Læring og mestringssenteret jobber også for å sikre reell brukermedvirkning i opplæringen¹⁵. Det undervises også sammen med kommunene innen noen diagnosespesifikke grupper. En rekke studier internasjonalt viser at deltakelse på lærings- og mestringstilbud gir stor nytteverdi for pasienten, og gode helseøkonomiske gevinster. En statuskartlegging for SSHF gjennomført i 2015¹⁶, viser et stort forbedringspotensial knyttet til opplæring.

2.2 Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og HMS



Figur 1: Lokalisering av SSHFs virksomhet i 2017

SSHF betjener befolkningen i begge Agder-fylkene. SSHF har også lokalsykehusfunksjon for kommunene Lund og Sokndal i Rogaland. Befolkningsgrunnlaget i 2018 var ca. 300 000 mennesker.

SSHF driver sin virksomhet over store deler av Agder og sykehuset har et bredt spekter av spesialisthelsetjenester innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

2.2.1 Demografi og sykdomsforekomst i Agder

Agderfylkene har gjennom generasjoner skåret lavt på *levetidsdata*. En del barn og unge lever under marginale omsorgsforhold og en stor andel av den voksne befolkningen har utfordringer knyttet til arbeid, økonomi og helse. Et stort antall har lav tilknytning til arbeidslivet og regionen skårer gjennomgående lavt på SSBs likestillingsindeks, som igjen kan relateres til høyt uttak av uførepensjon.^{17 18}

¹⁵ SSHF, [Lærings- og mestringssenteret](#)

¹⁶ Rapport 2015/11. [Hvordan arbeider klinikkene med pasient- og pårørendeopplæring? En kartlegging ved Sørlandet sykehus. Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring i HSØ](#)

¹⁷ Folkehelsebarometer/folkehelseprofil for agderfylkene 2017: [Aust-Agder](#) og [Vest-Agder](#)

Psykiske lidelser og lidelser i muskel- og skjelettsystemet medfører flest tapte kvalitetsjusterte leveår, og er den hyppigste årsaken til manglende tilknytning til arbeidslivet. Tall fra NAV viser at 63 % av uføretrygd i Norge innvilges på bakgrunn av psykiske lidelser eller muskel- og skjelettlidelser¹⁹. Aust- og Vest-Agder har høy andel uføretrygdede (2-3 % over landsgjennomsnittet) med lettere psykiske lidelser som vanlig diagnose som bakgrunn for trygdeytelsen. Mange av disse er unge i alderen 18-30 år. Fylkene har også flere langvarige sykemeldinger enn gjennomsnittet i landet, og andelen som mottar avklaringspenger er høyere enn landsgjennomsnittet. Korsryggsmerter representerer den hyppigst brukte diagnosen både i allmennpraksis og i sykefraværstatistikken. De fleste tilstandene er uspesifikke og sammensatte, og det er få eller lite objektive medisinske funn.

Kvinner og menn med lavest utdanningsnivå rapporterer om høyest forekomst av symptomer på angst/depresjon²⁰. Ifølge folkehelseinstituttet viser statistikk at legemiddelforbruket i Agder er høyere enn landsgjennomsnittet når det gjelder forbruk av angstdempende medisiner, sovemedisiner og beroligende midler. I både 2016 og 2017 var det i overkant av 130 brukere pr 1000 innbyggere i Aust- og Vest-Agder, mot landsgjennomsnittet på 110 brukere pr 1000 innbyggere²¹.

Omtrent hver syvende pasient er minoritetsspråklig, og over 10 % av befolkningen på Sørlandet har minoritetsbakgrunn. Det er generelt mangelfull kunnskap om innvandrerbefolkningens særskilte helsebehov, og språklige utfordringer begrenser kommunikasjonsmulighetene i pasientmøtet. Dette er spesielt utfordrende innen posttraumatiske følgetilstander og følger etter tortur. Det er en rekke utfordringer når det gjelder innvandreres tilgjengelige helseinformasjon og selvrapporterte helse, som muskel-/skjelettlidelser, diabetes, kroniske sykdommer og lidelser, svangerskap, fødsel, barsel og psykiske lidelser. Flyktninger er funnet å ha mer psykiske plager enn andre innvandrere og befolkningen for øvrig. Særlig rapporteres det større grad av depresjon, angstlidelser og traumatisering i denne gruppen. Det forekommer imidlertid variasjon knyttet til opphavsland. Det er også funnet høyere forekomst av psykiske plager blant barn og unge med innvandrerbakgrunn.

2.2.2 Dagens aktivitet og kapasitet

SSHF har en kapasitet som dekker befolkningens behov i et 2018-perspektiv. Dette er oppnådd gjennom en svært høy egendekningsgrad innen somatiske fag, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, kombinert med reduksjon i ventetider i de fleste fag og et forbruk på eller over behovsberegningene. SSHF har likevel størst utfordringer når det gjelder areal- og kapasitet knyttet til akuttmottak, intermediær-/intensivsenger, isolat (smitte), medisinske servicefunksjoner, samt kvinneklinikken og barne- og ungdomsavdelingen i Kristiansand.

Somatikk

For somatikk har Arendal og Flekkefjord forholdsvis god kapasitet til å betjene befolkningen, mens for Kristiansand er det mer presset. Dette gjenspeiles også i noen grad i forbruksratene. Kirurgi har antydning til overkapasitet innen ortopedi, mens det innen øye og øre-nese-hals med fordel kunne vært noe økt kapasitet i foretaket.

SSHF har innen somatikk totalt sett hatt en nedgang i antall døgnplasser fra 668 i 2004 til 485 i 2018. Utnyttelsesgraden i somatiske sengeposter er til tider svært høy i både Arendal, Kristiansand og Flekkefjord. Operasjonskapasiteten ved de tre sykehusene sett under ett viser at det er rom for vekst i aktivitet totalt. SSHF har 34 operasjonsrom (13 i Kristiansand, 16 i Arendal og 4 i Flekkefjord). Det er ulike standard på operasjonsrommene mht ventilasjon og utstyr. Det er 35 dialyseplasser (16/13/6), 279 poliklinikkrom (140/109/30), samt dagplasser for kirurgiske og medisinske pasienter. Antall billeddiagnostiske enheter er 28 (14/9/5) og laboratorier 78 (54/21/3).

¹⁸ SSB, 2017, [Sosiale ulikhet i bruk av helsetjenester. En kartlegging.](#)

¹⁹ Helsedirektoratet, 2015. (IS-2264): [Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker](#)

²⁰ Folkehelseinstituttet, Vest-Agder fylkeskommune, Aust-Agder fylkeskommune, 2017. Hvordan har du det? [Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel 2015](#)

²¹ Folkehelseinstituttets nettside, uttrekk av [reseptregisteret](#), besøkt 20.3.2018.

Aktiviteten for somatikk i 2017, fordelt på Arendal, Kristiansand og Flekkefjord, fremgår av tabellen på under. Aktiviteten er fordelt på de viktigste områdene innen somatikk.

Aktivitet SSHF 2017 fordelt på enheter, antall og i % av hele SSHF												
	Døgn- opphold	% av SSHF	Ligge- dager	% av SSHF	Dag- opphold	% av SSHF	Polikl. konsult	% av SSHF	Opera- sjoner	% av SSHF	Bilde- diagnostikk	% av SSHF
Kristiansand	28 349	55,4 %	81 849	55,9 %	16 136	49,4 %	174 892	54,7 %	9 226	44,2 %	85 185	52,0 %
Arendal	17 019	33,2 %	48 227	32,9 %	13 311	40,8 %	122 414	38,3 %	8 919	42,8 %	57 052	34,8 %
Flekkefjord	5 817	11,4 %	16 443	11,2 %	3 196	9,8 %	22 350	7,0 %	2 716	13,0 %	21 628	13,2 %
Totalt	51 185		146 519		32 643		319 656		20 861		163 865	

Tabell 1: Aktivitet somatikk 2017 fordelt på sykehusenheter, antall og i %. Tallene er eksklusiv DRG 390, 391 – friske nyfødte

Det er akuttmottak for somatikk i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord. Kristiansand har store utfordringer når det gjelder funksjonelle areal for akuttmottak og observasjonsenheten. Situasjonen er kritisk da pasientstrømmen er doblet siden 1990: fra 14 000 som var den normerte kapasitet til 29 000 pasienter årlig. Årlig økning var tidligere ca. 500 pasienter, men de siste tre årene har økningen steget til 1 000 - 1 400 flere pasienter årlig. Økningen er særlig stor når det gjelder kritisk syke, teamkrevende pasienter. Det er trange lokaler for pasientene og for medarbeiderne som jobber under svært vanskelig arbeidsforhold. Taushetsplikten utfordres med flere pasienter i samme rom. Det gjør det svært krevende å gi et forsvarlig medisinsk tilbud hver dag, hele døgnet.

Akuttmottaket i Arendal påpeker mangler innen triagekapasitet, smitterom samt utfordringer med å ivareta taushetsplikt overfor pasienter som ligger i åpent mottaksrom. Sengepostene har svært høyt belegg, og dermed blir pasienter liggende for lenge i mottaket. Arendal kommune planlegger å bygge ny legevakt i løpet av få år som har tilliggende arealer og kan bidra til å løse noen av utfordringene.

Som i Arendal og Kristiansand, har det også i Flekkefjord vært en betydelig økning i akuttmottak og poliklinikker og opplever til tider arealknapphet.

SSHF har knappe ressurser innenfor intensiv- og intermedieær, og i perioder utfordrer dette pasientsikkerheten. Intensiv- og intermedieærkapasiteten er særlig utfordrende i Kristiansand. Økning av kapasiteten er forbundet med særlig høye kostnader til kompetanse og bemanning, men det er også klare arealmessige begrensninger i Kristiansand. Oslo universitetssykehus (OUS) ønsker i tillegg å overføre intensivpasienter tidligere enn før. Disse pasientene er ofte svært ressurskrevende tidlig i sykdomsforløpet. Det er gjort flere utredninger som definerer krav til areal og bemanning i Kristiansand for å dekke både dagens og fremtidige intensiv-/intermedieærbehov.

På grunn av økt pasientandel med antibiotikaresistente bakterier er det behov for flere isolater med enerom og eget toalett, spesielt i intensivavdelingen. Når SSHF allerede har sprenget kapasitet på smitteisolering, medfører pasientøkningen at isolering i henhold til anbefalingene er svært utfordrende. Flere norske sykehus som SSHF deler pasienter med, har gjentagende utbrudd med antibiotikaresistente bakterier.

Klinikk for psykisk helse- psykiatri og avhengighetsbehandling (KPH)

Tjenestetilbudet til voksne innen psykisk helsevern er i dag fordelt mellom fire distriktpsikiatriske sentre (DPS), og én sykehusavdeling med plasser både i Arendal og Kristiansand (PSA). Spesialisert poliklinikk for psykosomatikk og traumer (SPST) har spesielt fokus på, og skal løfte frem migrasjonshelse, traumekompetanse og psykosomatikk i KPH. Psykisk helsevern for barn og unge (ABUP) er i hovedsak et poliklinisk tilbud i dag, lokalisert i Lister, Kristiansand og Arendal. Ungdomsklinikken i Arendal med 6 døgnplasser dekker hele Agder. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) tilbys i dag ved to lokalisasjoner med døgnplasser, dagtilbud og poliklinikker i Kristiansand og Arendal. På Byglandsfjord er det i tillegg en døgninstitusjon med noe lengre oppholdstid. Nytt bygg for døgnbehandling innen psykisk helse (PSA og ABUP) er påbegynt og forventes ferdig i 2021.

Innen psykisk helsevern er kapasiteten dekkende, men pasientflyten og utnyttelsen av plassene kan forbedres. Antall døgnplasser for tverrfaglig spesialisert rusbehandling har økt med 27 fra 2004 til 2017, mens for psykisk helsevern er døgnplassene redusert med vel 100 fra 2004 til 2017. Den polikliniske aktiviteten har de senere år vokst betydelig. Tabellen under viser fordelingen mellom PSA, DPS, ARA, ABUP og SPST. Tabellen viser også dagens kapasitet (2017) innen KPH i antall døgnplasser:

	Antall polikliniske konsultasjoner med refusjon			Antall utskrivinger			Antall liggedager			Antall døgnseger
	2013	2015	2017	20013	2015	2017	2013	2015	2017	2017
PSA	6 183	6 459	6 346	1 794	1 628	1 689	35 432	33 770	33 715	
PSA Kristiansand										73
PSA Arendal										36
DPS	83 845	88 411	97 989	1 527	1 363	1 536	23 356	19 243	19 273	
DPS Aust-Agder										26
DPS Lister										12
DPS Solvang										20
DPS Strømme										25
ARA	24 647	28 688	33 164	883	849	866	20 474	21 608	20 842	73
ABUP	57 584	45 109	46 698	105	128	146	1 708	1 396	1 695	6
SPST	3 174	3 842	3 699							
KPH, SSHF										271

Tabell 2: Aktivitet KPH 2013-2017 og antall døgnplasser 2017

Kliniske støttefunksjoner: Bildediagnostikk og laboratorietjenester

For både bildediagnostikk og laboratorier er det en årlig vekst til tross for at sykehusets somatiske behandling av inneliggende pasienter er noe redusert. Hovedgrunnen er at andelen av henvisninger fra fastleger øker og økning i poliklinikk, samt nye krav til avansert utredning og kontroll ved pakkeforløp kreft. Det utredes modeller for mer rasjonell drift, herunder oppgaveoverføring av granskninger. Samtidig er det allerede utstrakt bruk av private tjenester ved ukompliserte diagnoser.

Bildediagnostikk	2017				Laboratorietjenester	2017			
	SSK	SSA	SSF	SSHF		SSK	SSA	SSF	SSHF
CT	15 966	9 903	3 871	29 740	Medisinsk biokjemi	3 583 709	2 167 406	295 366	6 046 481
MR	5 814	4 776	710	11 300	Mikrobiologi	379 572			379 572
Intervensjon	2 873	539		3 412	Transfusjonsmedisin	59 338	30 729	4578	94 645
Konv. Røntgen	48 255	37 424	15 956	101 635	Immunologi	203 999			203 999
Nukleærmedisin	3 007			3 007	Patologi	59 301			59 301
UL	9 270	4 410	1 091	14 771	Blodbank	5 350	2 284	729	8 363
Totalsum	85 185	57 052	21 628	163 865	Totalsum	4 291 269	2 200 419	300 673	6 792 361

Tabell 3: Bildediagnostikk og laboratorietjenester SSHF 2017

Prehospitaltjenester

Prehospitaltjenester (PTSS) har 21 ambulansestasjoner. SSHF driver 13 av disse, mens 8 er eksterne. SSHF har et ambulanshelikopter med base i Arendal som i hovedsak betjener Agder-fylkene, samt to kommuner i Rogaland og to kommuner i Telemark. Tabellen under viser aktivitetsøkningen og utviklingen i ambulansetjenester de siste fem årene.

	2013	2015	2017	Økning % 2013-17
Antall ambulansoppdrag	31 123	33 983	40 040	28,65 %
Hastegradfordeling				
Akutt	13 944	16 581	21 257	52,45 %
Haster	8 783	9 124	9 880	12,49 %
Vanlig	8 396	8 278	8 903	6,04 %
Kjørte KM	2 039 076	2 122 413	2 317 941	13,68 %

Tabell 4: Aktivitet PTSS 2013-2017

2.2.3 Helseatlas, pasientstrømmer og forbruksrater

SSHF skiller seg ut fra øvrige helseforetak innen somatikk ved å ha en spesielt høy egendekningsgrad. De somatiske tjenestene ved SSHF dekker 91 % av befolkningens behov, målt i antall pasientmøter, og 83 % målt i DRG-poeng (vektet verdi for behandlingstilbudene). Den øvrige pasientstrømmen går hovedsakelig til OUS og til nabohelseforetakene Sykehuset Telemark HF og Helse Stavanger HF, samt noe til Helse Bergen HF. Med unntak av universitetssykehusene, som i større grad tilbyr behandling på regionnivå, er dette den høyeste egendekningen i landet målt i liggedager²². For psykisk helsevern er det svært få pasienter som får døgnbehandling utenfor Agder-fylkene. Enkeltpasienter får tilbud ved f.eks. regionalsikkerhetsavdeling (RSA) og ved kompetansesentre for spiseforstyrrelser, men det er svært sjeldne hendelser som ikke gir volumutslag. Det er noen helsetjenester som gis til studenter ved universiteter eller høyskoler, men heller ikke disse gir noen dimensjon for døgnbehandling eller polikliniske konsultasjoner. Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) benyttes langtids døgnplasser hos private leverandører i større grad, slik at dekningsgraden for SSHF her er ca. 50 %.

Forbruket i befolkningen av somatiske tjenester ligger i snitt ca. 2 % under beregnet behov for Sørlandets befolkning. Det er variasjon mellom de fem kommuneregionene, hvor Lister ligger 10 % høyere enn forventet behov, Setesdal ligger 5 % over forventet behov, Østre Agders befolkning ligger på forventet behov, Region Kristiansand ligger 3–4 % under, og Lindesnes ligger 10–12 % under forventet behov. De to Rogalandskommunene får dekket store deler av sitt behov ved sykehuset i Stavanger. To Telemarkskommuner får dekket vesentlige deler av sine behov i Arendal. SSHF yter tjenester til østre deler av Telemark innen PCI²³- og ICD²⁴-behandling, samt stråleterapi.

Forbruk og variasjon

Både for høy og for lav terskel for behandling kan ramme den enkelte pasient. Det er store forskjeller i tjenesteforbruket, og nasjonalt er dette en betydelig utfordring. Ulike prosedyrer/metoder og behandlingslinjer for samme sykdom gjelder både store og små sykehus. I praksis betyr dette at pasienter blir vurdert og behandlet/operert på forskjellig måte ved ulike sykehus. SSHF har per dags dato uønsket variasjon i ventetider for samme type inngrep. Det jobbes aktivt med å redusere variasjonen. Eksempler på tiltak er felles prosedyrer, pakkeforløp og tettere samhandling mellom fastleger og sykehusleger. Kvalitetsutvalgene og fagrådene fokuserer også på dette.

Bilediagnostikk er en vesentlig diagnostisk ressurs for sykehusets drift, og har de senere år vokst både i antall enheter og forbruk i befolkningen. Sørlandet har et betydelig forbruk av bildediagnostiske tjenester ved private røntgeninstitutter. Dette utgjør ca. 50 % av den totale diagnostikken av befolkningen i Agder. Det totale forbruket av poliklinisk bildediagnostikk er likevel noe lavere enn snittet i landet og det behovsberegningene skulle tilsi. Det private tilbudet er med på å øke forbruket av MR-undersøkelser, kne- og skulderoperasjoner.

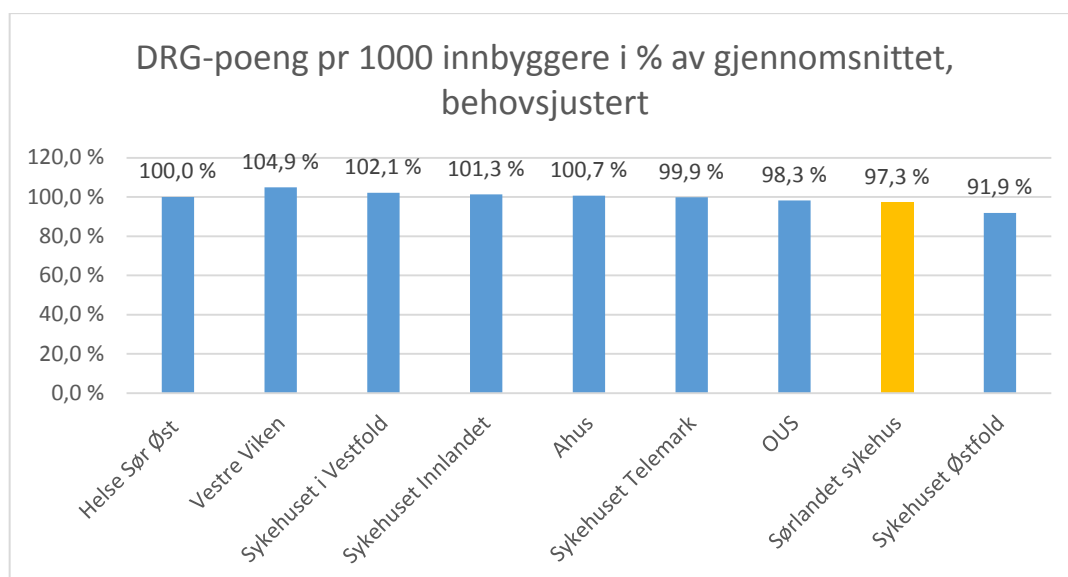
Kommentarer til forbruksmønster somatikk

SAMDATA viser analyser og styringsdata på utvikling og variasjon i spesialisthelsetjenesten. Figur 2 vises en total oversikt over forbruket av somatiske tjenester i SSHF sammenlignet med de andre helseforetakene i HSØ per 1000 innbygger, behovsjustert. SSHF bruker 2,7 % mindre enn gjennomsnittet i HSØ, justert for forventet behov i befolkningen.

²² [Samdata spesialisthelsetjenesten](#)

²³ Perkutan koronar intervensjon

²⁴ Implanterbar cardioverter-defibrillator



Figur 2: DRG-poeng pr 1000 innbygger behovsjustert, SAMDATA 2016

Når det gjelder befolkningens forbruk av dagkirurgi, skiller ikke SSHF seg ut fra resten av landet²⁵. Det er derimot store nasjonale forskjeller i bruk av somatiske spesialisthelsetjenester i den eldre befolkningen²⁶. Omtrent 80 % av befolkningen over 80 år (i Agder) hadde kontakt med spesialisthelsetjenesten i 2016. *Planlagte polikliniske konsultasjoner og dagbehandling* stod for 80 % av episodene, men utgjør bare 20 % av estimert ressursbehov for aldersgruppene samlet. Når det gjelder poliklinisk aktivitet (eksklusiv avtalespesialister), har antall pasienter per innbygger, antall polikliniske konsultasjoner per innbygger samt antall konsultasjoner per pasient økt fra 2012 til 2016 for aldersgruppen 67 år og eldre.

Døgnopphold utgjør omtrent 9 % av all kontakt med spesialisthelsetjenesten. Ressursbruk relatert til planlagt døgnopphold (minst én overnatting) øker gradvis med alder, fra å utgjøre 23 % hos aldersgruppen 18-29 år, til mellom 30-35 % for aldersspennet 50 til 79 år. Deretter reduseres andelen til 24 % for de mellom 80 og 89 år, og til 11 % for de over 90 år. Planlagte innleggelser gjelder i hovedsak planlagt kirurgi. For alle aldersgruppene over 67 år gikk gjennomsnittlig liggetid ved døgnopphold ned fra 2012 til 2016, på linje med befolkningen totalt sett.

Ø-hjelsraten for den eldre befolkningen øker fra 104 innleggelser per 1 000 innbyggere for aldersgruppen 62-66 år til 378 for gruppen 80-89 år, en vekst på over 260 %. Ø-hjelsraten for befolkningen over 90 år øker ytterligere med 40 % sammenlignet med de mellom 80 og 89 år.

Forbruk av private avtalespesialister innen somatikk er relativt høyt på Sørlandet. Dette gjelder spesielt innen barnemedisin. Helseatlas for barn beskriver forbruk av innleggelser for utvalgte diagnoser hos barn²⁷. SSHF har et signifikant høyere forbruk enn landet (aldersjustert pr 100 000), i perioden 2011-2014. Dette gjelder økt forbruk av astmapoliklinikk, høyt antall innleggelser i barneavdelingene og all dagbehandling/poliklinikk. Dette utgjør 2,85 konsultasjon/pas/år, noe som er høyest i landet. Variasjonen i SSHF kan ikke forklares med forskjeller i sykkelighet eller avstand til sykehus. Dette gjenspeiles i forbruk av private avtalespesialister innen somatikk hvor barnemedisin, og spesielt astma, har et relativt høyt forbruk sammenlignet med landsgjennomsnittet.

²⁵ [Helseatlas dagkirurgi, Dagkirurgi i Norge 2011-2013, Rapport 1/2015](#)

²⁶ SAMDATA Spesialisthelsetjenesten, Analysenotat 17/2017: [Kostnader i spesialisthelsetjenesten](#)

²⁷ [Helseatlas barn 0-6 år, 2011-2014](#)

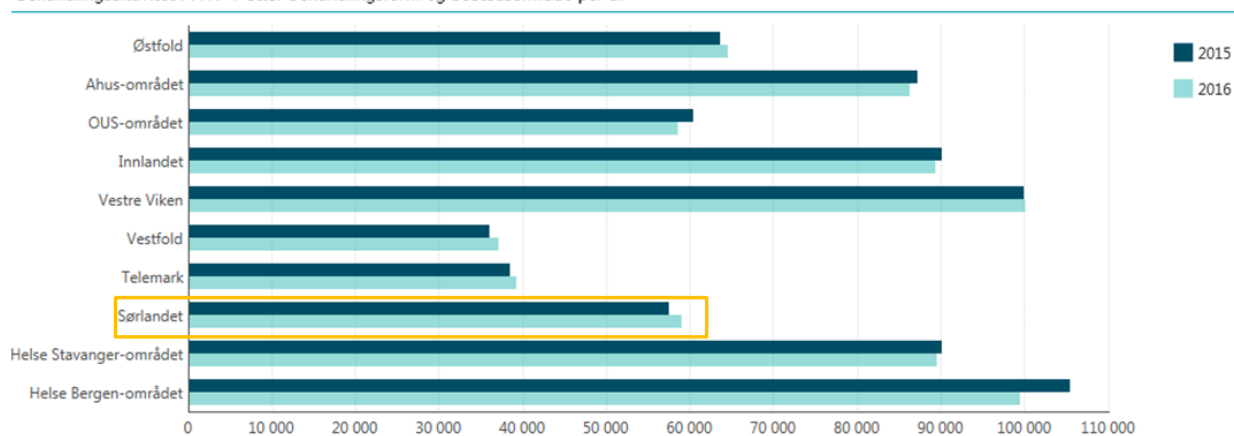
Kommentarer til forbruksmønster psykisk helse- psykiatri og avhengighetsbehandling

SSHF dekker over 95 % av befolkningens behov for spesialisthelstjeneste innen psykisk helsevern for voksne, ca. 99 % av behovet for psykisk helsevern for barn og unge og ca. 50 % av dagens behov i befolkningen for døgnplasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det resterende dekkes av private, ideelle aktører.

Innen TSB er det et merforbruk/overkapasitet når tilbudet sees i sammenheng med eksterne aktører og resten av landet. Forbruksrater for døgnopphold innen psykisk helsevern og TSB er høyest på Sørlandet sammenlignet med øvrige opptaksområder i HSØ²⁸. Forbruket er mer enn 7 % høyere enn landssnittet innen psykisk helsevern for voksne og ca. 50 % høyere innen TSB. Forbruket blant barn og unge er rett under landssnittet. Det har vært en stor økning i polikliniske konsultasjoner de siste årene, mens døgnopphold har vært svakt nedadgående.

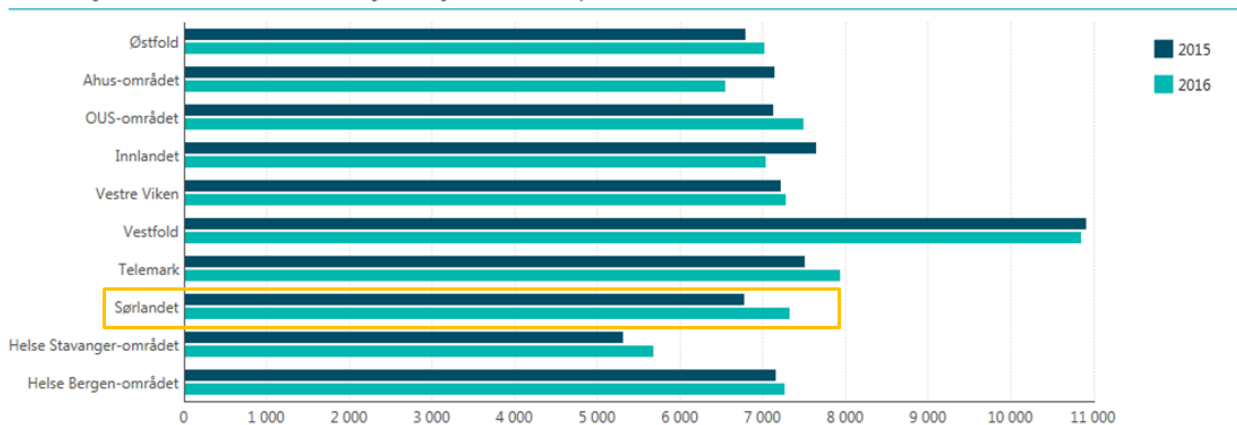
Figur 3 til 5 viser behandlingsaktivitet sammenlignet med andre helseforetak innenfor psykisk helsevern voksne, barn og unge og for tverrfaglig spesialisert rusbehandling per 10 000 innbyggere.

Behandlingsaktivitet i PHV-V etter behandlingsform og bostedsområde per år



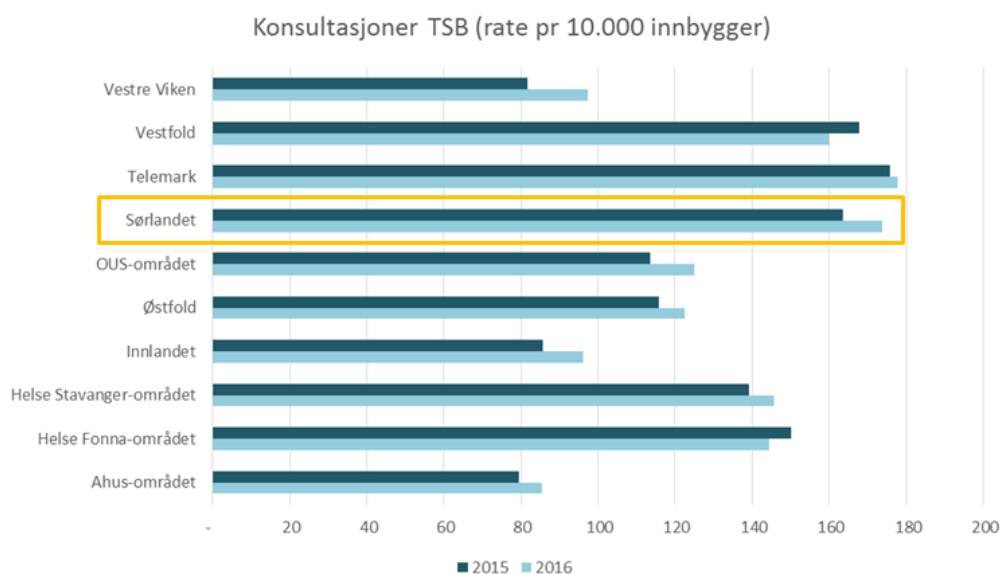
Figur 3: Polikliniske konsultasjoner psykisk helsevern voksne pr 10 000 innbyggere

Behandlingsaktivitet i PHV-BU etter behandlingsform og bostedsområde per år



Figur 4: Polikliniske konsultasjoner psykisk helsevern barn og unge pr 10 000 innbyggere

²⁸Statistikk helsedirektoratet, Bruk av tjenester: [Pasienter TSB og bidrag Psykisk helsevern for voksne 2016](#)



Figur 5: Polikliniske konsultasjoner tverrfaglig spesialisert rusbehandling pr 10 000 innbyggere

2.2.4 Pasienttilbud

SSHF tilbyr de fleste tjenestene i eget foretak med unntak av noen få (for eksempel nevrokirurgi, hjertekirurgi og behandling av noen kreftformer). Under beskrives pasienttilbudet innen de utvalgte fagområdene hvor HSØ har gitt spesielle føringer til utviklingsplanarbeidet. I tillegg beskrives spesielt barn og ungdom, og pasientgruppen eldre.

Psykisk helsevern

Psykisk helsevern er et særlig satsningsområde jfr. nasjonale føringer gitt i fra sentrale myndigheter og eier gjennom Oppdrag og bestilling over flere år. Til tross for en tiårig opptrappingsperiode fra 1998 med påfølgende utforming av strategiplaner, faglige retningslinjer og veiledere, er dette et område som fremdeles trenger særlig oppmerksomhet, både faglig og ressursmessig. KPH har jobbet målrettet med forbedring av tjenesten og psykisk helsevern er et fagfelt med høy prioritet.

Psykiske lidelser er et vanlig helseproblem i Norge. Folkehelseinstituttet anslår at omtrent halvparten av den norske befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet²⁹. Psykiske lidelser medfører redusert livskvalitet, helsetap og økt dødelighet. Personer med alvorlige psykiske lidelser er funnet å leve omtrent 15-20 år kortere enn den øvrige befolkningen³⁰. I henhold til Folkehelseinstituttet er psykiske lidelser og rusrelaterte lidelser på annenplass over årsaker til ikke-dødelige helsetap i Norge i 2015^{29,29}.

Psykiske lidelser påvirker mennesker i alle aldre, fra alle samfunnslag. Det er en årsak til uhelse og påvirker dagliglivets fungering. I tillegg til å ramme den enkelte, påvirker det også familien og barn som pårørende samt sosioøkonomisk. Psykiske lidelsers årsak er ofte sammensatt. I tillegg til det genetiske utgangspunkt, vil således ulike psykologiske, biologiske og psykososiale faktorer bidra til utviklingen av en psykisk lidelse. Dette stiller krav til bred, systematisk tilnærming både for forebygging, utredning og behandling.

Innen psykisk helsevern innebærer vurdering og håndtering av selvmordsrisiko et av de mest alvorlige pasientsikkerhetsområdene. SSHF har hatt et betydelig fokus på å øke kompetansen blant medarbeidere på vurdering og håndtering av selvmordsrisiko med systematisk opplæring av ansatte i utredning, behandling og tiltak ved selvmordsrisiko (Collaborative Assessment Management of Suicidality/CAMS) samt ansatte tilsatt for å jobbe spesifikt med selvmordsforebygging. Hvert år dør 500 mennesker etter selvmord i Norge. I aldersgruppen 15-49 år er selvmord den dødsårsaken som tar flest liv. Dette er urovekkende høye tall, og har ikke endret seg de seneste årene²⁹.

²⁹ Folkehelseinstituttet, rapport 2018, [Psykisk helse i Norge](#)

³⁰ Mestre hele livet Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)

Klinikk for psykisk helse har særlig fokus på utvikling og standardisering av utrednings- og behandlingsforløp, hvilket er i samsvar med de føringer som gis gjennom implementering av pakkeforløp. Klinikken har et anerkjent behandlingstilbud for pasienter med OCD lidelser både i voksen, og barne/ungdomspopulasjonen. Videre har man utviklet gode og sammensatte tjenestetilbud for et mangfold av pasientgrupper. Klinikken er involvert i forskning og utvikling av tjenestetilbud blant annet både innen psykoseproblematikk og personlighetsforstyrrelser.

I *Regional samhandlingsmelding for rus- og psykisk helsefeltet i Agder*³¹ er det i samarbeid mellom kommune og SSHF jobbet med å beskrive et felles utfordringsbilde. I Samhandlingsmeldingen påpekes det at særlige utfordringer knyttet til overganger mellom tjenester, være seg internt i egen tjeneste, interkommunalt eller mellom henholdsvis primær- og spesialisthelsetjenesten. Uklare ansvarsforhold og oppgavefordeling, både mellom tjenestenivå, og internt i pasientforløp bidrar til å gjøre samhandlingen utfordrende. Årsak til utfordringene i samhandlingen knyttes til manglende kommunikasjon og informasjon. Dette er i Samhandlingsmeldingen knyttet til «...lovverk (taushetsplikt), geografisk avstand mellom rus- og psykisk helsetjenestene, felles elektronisk plattform og koordinering av tjenester».

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Rusrelaterte lidelser er estimert å øke på verdensbasis. Alkoholavhengighet er den rusbrukslidelsen i Norge som inntreffer hyppigst. Cannabis er det mest brukte illegale rusmidlet²⁹. Ved somatiske avdelinger i norske sykehus er 15-20 % av alle innleggelse rusrelaterte²⁹. Samtidig er 70 % av akuttinnleggelse i psykisk helsevern, funnet å kunne relateres til rusmiddelmissbruk jfr NHSP.

Avdeling for rus og avhengighetsbehandling har fokus på å utvikle tjenestetilbudet sitt i samsvar med pasientgruppen. Dette har medført et sammensatt tilbud for utredning og behandling. Pasientbehandling gis både individuelt og i gruppe. Pasientgruppen har som følge av sammensatte tilstandsbilder ofte behov for oppfølging av flere instanser, noe som utfordrer tjenestenes evne til samhandling. Rusrelaterte lidelser opptrer ofte samtidig som psykiske lidelser, med høy grad av samsykelighet. ARA har egen døgnenhet for utredning av komorbiditet rus og psykiatri. I tillegg utvikler man et ambulant tjenestetilbud også til denne pasientgruppen. ARA/KPH tilbyr som eneste helseforetak behandling etter 12 trinnsmodellen.

Personer som har alvorlige psykiske lidelser og samtidig rusavhengighet er en gruppe som ikke har et tilstrekkelig godt helsetilbud fra spesialisthelsetjenesten og kommuner i dag.

Rehabilitering

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (AFR) gir tilbud til hele Agders befolkning. Det rehabiliteringsfaglige tyngdepunkt er tydelig organisert i SSHF, etter «èn-dør-inn»-prinsippet. Sykehuset har tilbud for døgnbasert rehabilitering i tidlig fase etter akutt sykdom/skade. AFR har også et ambulerende team, som følger behandlingsforløpet til pasienter med hjerneskade/hjerneslag i forkant av innleggelse, under innleggelse og etter utskrivelse. AFRs organisering er i tråd med føringer fra HSØ for å kunne håndtere den demografiske utviklingen og sykdomsutviklingen i årene fremover. Et felles fagutvalg for rehabilitering i Agder var operativt fra høsten 2017.

Det er etablert et tett samarbeid med Knutepunktkommunene gjennom prosjektet *Samhandling innen rehabiliteringsfeltet*. Dette samarbeidet er videreutviklet på oppdrag fra det regionale samarbeidsutvalget, Knutepunkt Sørlandet ved Fagutvalget for rehabilitering. Utvalget har utarbeidet rapporten «Anbefalinger om somatisk rehabilitering»³². Dette arbeidet danner basis for ansvarsfordeling og organisering av rehabiliteringstilbudet i Agder.

Parallelt med Utviklingsplan 2035 arbeider HSØ med en egen delplan for rehabilitering.

Habilitering

Habiliteringsseksjonene for barn og unge (HABU) og voksne (HAVO) har ansvar for utredning og diagnostikk for personer som ikke følger normal utvikling, har syndromtilstander eller som har medfødt eller ervervede skader som gir betydelig funksjonsnedsettelse. Det har de siste årene vært en stor økning av unge voksne som trenger utredning. Det gjelder spesielt utredning av autismespekterforstyrrelse (ASF). SSHF har kapasitetsutfordringer knyttet til utredning, diagnostikk og tiltak for barn med ASF og utagerende atferd.

Barn og unge med medfødt ruskskade er en stor og «skjult» pasientgruppe som i stor grad ikke har fått den spesialistoppfølgingen innen habilitering som de har behov for. Barna trenger ofte spesialisttjenester fra både HABU og

³¹ [Samhandlingsmelding for rus- og psykisk helsefeltet i Agder](#)

³² Kristiansand kommune. Mars, 2015. [Prosjektrapport med anbefaling: Samhandling innen rehabiliteringsfeltet](#)

ABUP. Regional Kompetansetjeneste – Medfødte Russkader ble opprettet i 2015 i Arendal og har som hovedoppgave å innhente og systematisere kunnskap om medfødte russkader, og formidle kompetanse om diagnostikk, utredning og oppfølging til fagpersoner innen spesialisthelsetjenesten i HSØ. Tjenesten gir også et klinisk 3. linjetilbud i HSØ til særlig komplekse pasienter.

Program Intensivert Habilitering (PIH) er et regionalt henvisningskompetansesenter i Kristiansand for behandling av førskolebarn med ulike former for hjerneskader og funksjonsnedsettelse.

Habiliteringsseksjonene både for barn og voksne har de siste årene registrert en stor økning av henvisninger fra flyktning- og immigrantfamilier. Disse barna og deres familier har ofte et stort og sammensatt behov for utredning/diagnostikk og behandling/tiltak. Dette gir en økning av behov for tolketjenester, involvering av flere faggrupper i tjenesten og et tettere samarbeid med kommunene for både utredning og tiltak. Barn og unge fra disse familiene har økt forekomst av ulike nevrologiske tilstander som medfører funksjonsnedsettelse. Dette er en pasientgruppe som forutsetter lengre konsultasjonstid, betydelig mer tid til pasientinformasjon og oppfølging, og også mer veiledning og støtte til kommunene. I dag er ikke HABU dimensjonert til å kunne gi denne gruppen et fullverdig tilbud, og det må arbeides for at spesialisthelsetjenesten tilføres ressurser for å dekke disse oppgavene. HAVO har hatt en økt forekomst av psykisk sykdom hos personer med utviklingshemming som krever en bred utredning og behandling. I tillegg er seksjonen involvert i mange saker om tvang etter Helse- og omsorgstjenesteloven, og da begrensninger av tvang og makt.

Hjerneslag

HSØ har utredet og vedtatt organisering av slagbehandlingen i HSØ, jf. *Strategier, planer og regionale føringer for HFenes arbeid med utviklingsplaner*. Det legges til grunn en organisering som beskrevet i HSØ rapport *Akutt og subakutt behandling av hjerneslag i HSØ, 2016. Sykehus i nettverk*³³. Rapporten anbefaler at det i hvert helseforetak utvikles et HF-slagsenter med overordnet ansvar for slagbehandlingen i sitt opptaksområde, i nettverk med lokalsykehus og det spesialiserte slagsenteret ved OUS - Oslo slagsenter. Kristiansand er SSHFs slagsenter, i tråd med nye regionale retningslinjer.

Slagpasienter blir mottatt, og akutt slagbehandling med trombolyse utføres, ved alle de tre somatiske sykehusene i SSHF. Nevrologisk avdeling i Kristiansand har systemansvar for slagbehandling, og gir teleslagstøtte med video til sykehusene i Flekkefjord og Arendal.

Slagforum Agder, der alle avdelinger som driver slagbehandling og rehabilitering deltar, fungerer som tverrgående fagråd for SSHF. Slagrehabilitering i akuttfasen foregår ved alle de tre somatiske sykehusene. Spesialisert rehabilitering av slagpasienter utføres ved AFR. Kommunene har over tid overtatt en økende andel av slagrehabiliteringen.

Kreftkirurgi

Kreftforekomsten har økt, men medisinske framskritt kombinert med økt satsning innen kreftbehandling har gitt økt levetid med god livskvalitet ved mange kreftformer. Flere trenger likevel oppfølging og lindrende behandling (palliasjon).

Gjeldende funksjonsfordeling av kreftkirurgien ble vedtatt av styret i HSØ 16.12.2010, sak 085-2010³⁴. Blærekreft er sentralisert til Tønsberg, de fleste typer gynekologisk kreft er sentralisert til OUS og kreft i magesekken ble overført til OUS i 2014. Regionalt fagråd for kreft har hatt som fast oppdrag å evaluere kreftkirurgien årlig og i evalueringen undersøke om vedtatt funksjonsfordeling overholdes, samt gi rapport med anbefalinger til HSØ.

For SSHF er større inngrep og lavvolum kreftkirurgi samlet i Kristiansand. Et unntak er robotassistert prostatakreftkirurgi som kun utføres i Arendal. I tillegg utføres lavrisiko kirurgisk kreftbehandling i Arendal og Kristiansand. Medikamentell kreftbehandling utføres på alle de tre somatiske sykehusene. SSHF har organisert all kreftbehandling inkludert kreftkirurgi i et kreftprogram som består av 12 organspesifikke delplaner med hvert sitt fagråd, og med egen programledelse. Det har vært en lang prosess å etablere kreftprogrammet, men et viktig organisatorisk grep for å sikre kvalitet i behandlingen på et høyest mulig nivå. Programmet har bidratt til at pasienter oppnår behandlingsresultater på nivå med det beste i landet. Det viser overlevelsesdata fra Kreftregisteret.

³³ Helse Sør-Øst, [Rapport Akutt og subakutt behandling av hjerneslag i Helse Sør-Øst, 2016 «Sykehus i nettverk»](#)

³⁴ Helse Sør-Øst, Styrevedtak sak 085-2010. 16.12.2010. [Funksjonsfordeling av kreftbehandling i Helse Sør-Øst](#)

Prehospitaltjenester

Ambulansetjenesten er en nøkkelaktør i samarbeidet mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten. Avdelingen bidrar både med akuttmedisinske tjenester, men også transporttjenester som ikke krever akuttmedisinsk behandling. De operative ambulansemannskapene utøver sitt yrke som generalister på mange fagområder. Ambulansepersonellet arbeider svært selvstendig og mange av oppdragene gjennomføres uten støtte av legevakttjenesten i kommunen. Økende sentralisering av legevakter gjør at ambulansene ikke nødvendigvis har legevaktslege i umiddelbar tilgjengelighet. Økende funksjonsfordeling av tjenester, samt at befolkningen blir eldre har ført til at det er en tydelig oppadgående kurve når det gjelder aktivitet i ambulansetjenesten.

Det er utarbeidet en egen rapport for *Akuttmedisinsk kjede på Agder* i forbindelse med forrige strategiplanperiode 2015-2017³⁵. Rapporten beskriver dagens akuttmedisinske kjede - og samarbeidet med kommunene i Agder. Arbeidet kom frem til at det praktiske arbeidet fungerer godt på tvers av nivåer og organisasjonsstrukturer, men at det er utfordringer knyttet til strategi for oppgavedeling mellom legevakt og akuttmottak.

Barn og ungdom

Barne- og ungdomsmedisinen har lavt pasientvolum på mange områder, siden barnepopulasjonen er begrenset. De to barne- og ungdomsavdelingene har derfor i en årrekke fordelt ansvaret for ulike funksjoner mellom seg. Eksempelvis har Kristiansand ansvar for nyfødttintensiv behandling, mens Arendal har ansvar for barnegastroenterologi.

Innenfor psykisk helsefeltet for barn og ungdom prioriteres arbeid med standardisering og utvikling av robuste utrednings- og behandlingstilbud. Avdeling for barn og unges psykisk helse har den senere tiden fokusert særlig på å utvikle gode koordinerte og samordnede tjenestetilbud på tvers av forvaltningsnivå for pasientgrupper med sammensatt problematikk. Et særlig fokus er rettet inn mot barn i barneverntjenestens omsorg. Både i denne pasientgruppen og generelt har man vært opptatt av styrking av pasientens ressurser og gi hjelp til å mestre egen psykisk lidelse. Fokus på foreldretrening, foreldregrupper, veiledning og systemarbeid står sentralt i pasienttilbudene ved ABUP. Samtidig har KPH/ABUP et særlig fokus på utrednings- og behandlingstilbud innen OCD og angstgrupper. KPH/ABUP prioriterer arbeid med sammensatte og kompliserte saker, og har ambulerende akutteam i begge fylker. Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP) driver utstrakt samhandlingsvirksomhet, og har blant annet et prosjekt (Akuttprosjektet) i tett samarbeid med barnevernstjenesten i flere kommuner i Vest-Agder. Avdelingen har også en satsning på utredning og behandling av barn som både begår eller har vært utsatt for overgrep og/eller utøver vold.

Eldre

Det blir flere eldre i befolkningen i Agder som i landet for øvrig – spesielt i distriktene og blant innvanderne. Økt andel eldre gir økt forekomst av aldersrelaterte sykdommer som kreft, hjerte- og karsykdommer, diabetes og demens, samt en økning i risikofylt alkoholbruk. Eldre har generelt større risiko for å få flere sykdommer samtidig, såkalt komorbiditet. Dette er en utfordring for både diagnostikk og behandling som stiller krav til riktig kompetanse. Alle de tre somatiske sykehusene har derfor etablert ortogeriatrisk tilbud. Demente pasienter stiller både kommuner og SSHF overfor særlige utfordringer.

SSHF er det helseforetaket som har lavest forbruk av døgnopphold og ø-hjelp i den eldre befolkningen (over 80 år). Eldre forventes å forbruke mest helsetjenester nasjonalt. SSHF har både lavest liggetid og lavest antall liggedager. Både det lave forbruket og liggetid har ingen opplagt forklaring. Det kan forklares med forskjellig pasientsammensetning forårsaket av ulik terskel for innleggelse. Forskjeller i kommunale tilbud kan påvirke gjennomsnittlig liggetid for pasientene samlet sett. Dersom det hadde betydning økt sykkelighet ville det forventes lengre liggetid, tvert i mot ser vi det motsatte for SSHF samlet sett for de over 80 år. Dette skal analysere og følges opp i kommende strategiperiode.

³⁵ Sørlandet sykehus HF, Strategiplan 2015-2017, Arbeidsgruppe 2. juni 2016. [Akuttmedisinsk kjede på Agder](#)

2.2.5 Kvalitet, pasientsikkerhet, HMS og risiko

Helsepersonell har fokus på kvalitet, og tar i bruk stadig flere verktøy for å kunne arbeide mer systematisk med kvalitetsforbedring. SSHF tilstreber åpenhet om sine tjenester. Pasienter og pårørende har blitt stadig mer opptatt av egen behandlingssikkerhet. Tilgang på informasjon påvirker deres forventninger og opplevde trygghet. Helse er en av de viktigste tjenestene i samfunnet, og det gjenspeiler seg i en betydelig økt politisk interesse for hvordan helsesystemet skal fungere.

SSHF definisjon av kvalitet i helsetjenesten³⁶:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Pasientsikkerhet og forbedringsarbeid

Målsetning for SSHFs forbedringsarbeid er systematisert i faser i henhold til forskrift om ledelse og kvalitet³⁷. SSHF setter pasientsikkerhet høyt, og har derfor etablert et nettverk av ressurser som skal gi opplæring og veiledning innen pasientsikkerhet og systematisk forbedringsarbeid. Nettverket tar utgangspunkt i «lean» metodikk i tillegg til anbefalte tiltak fra det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender».

Forbedringsnettverket har definert en foretrukket fremgangsmetode for forbedringsarbeid og utviklet et heldagskurs som kan tilbys medarbeidere som er involvert i forbedringsinitiativer. Psykiatrisk sykehusavdeling (PSA) har igangsatt en pilot der alle medarbeidere skal gjennomføre dette kurset i løpet av 2018, for så å jobbe videre med forbedringer i egen enhet. Somatikk Flekkefjord har også besluttet at samme opplæring skal gjennomføres for alle medarbeidere i Flekkefjord. I sykehusets øvrige klinikker gjennomføres flere forbedringsinitiativer med støtte fra forbedringsnettverket. Samme systematiske metode brukes i alle prosjektene.

Pasientsikkerhetsprogrammet omfatter tiltakspakker både innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. SSHF har jobbet med tiltakene i pasientsikkerhetsprogrammet, men ligger noe etter på enkelte områder. En utfordring har vært manglende koordinering i linjen, og for lite ressurser dedikert til veiledning i implementeringsarbeid. Som følge av dette har nå alle klinikker en dedikert koordinator i klinikkstaben, og sentral stab har etablert et team av prosessveiledere til støtte i implementeringsarbeidet.

Ernæringstilstanden skal vurderes ved innleggelse i helseinstitusjon. Flere tiltak er iverksatt for å møte dette kravet. I periode 2015-2017 utpekte SSHF ernæring som et strategisk satsningsområde og det ble utarbeidet og godkjent en handlingsplan for videre satsning. I forbindelse med pasientsikkerhetsprogrammet har en undergruppe for ernæring fra SSHF utarbeidet retningslinjer og verktøy.

En risikobasert tilnærming er bærende i kvalitetsforbedrende tiltak i SSHF. Det handler om pasienters vitale funksjoner og risiko for alvorlig forverring av klinisk tilstand og eventuelt død under oppholdet. Når kartlegging og identifisering av risikopasienter og risikoområder i tjenestene blir synliggjort, på for eksempel risikoskjemaer (TILT) eller tavlemøter, blir forbedringstiltak lettere satt i verk. Denne strategiske modellen har vært grunnlaget for innsatsområdene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet. I tillegg har modellen blitt brukt ved andre kliniske områder ved SSHF. Tavlemøter anbefales brukt på alle sengeposter i somatikk for å sikre en systematisk oppfølging av tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet eller andre aktuelle risikoområder. Tavlemøter er ennå ikke fullt implementert på alle relevante sengeposter.

³⁶ Sosial- og helse direktoratets rapport, «Og bedre skal det bli» fra 2005

³⁷ Helse- og omsorgsdepartementet. 28.10.2016: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Systemforbedring og håndtering av uønskede hendelser

SSHF har et felles system for registrering og oppfølging av uønskede hendelser. Alle medarbeidere har rett og plikt til å rapportere uønskede hendelser. Oppfølging av rapporterte hendelser gjøres av nærmeste leder. Kvalitetsrådene i klinikkene gjennomgår tverrgående eller alvorlige hendelser for å sikre god oppfølging og læring. SSHF bruker flere metoder for kartlegging og analyse av uønskede hendelser:

- *Hendelsesanalyser* er i økende grad tatt i bruk ved alvorlige uønskede hendelser, eller der hendelsen involverer flere avdelinger eller klinikker. Hensikten med hendelsesanalyser er å gjøre en systematisk tverrfaglig gjennomgang av hendelsen for å identifisere årsaker og fremme tiltak for systemforbedring.
- *Systematisk journalgjennomgang og audits* brukes også ved behov, og gir kunnskap om kvalitet i klinisk praksis. Denne metodikken er en støtte til lederne ved implementering og oppfølging av systemer og rutiner i enhetene.

SSHF har tilbakemeldinger og statistikk over meldte uønskede hendelser, men det er en underrapportering. Fra noen grupper i organisasjonen er det uttrykt manglende tillit til melding om avvik. Kvalitetsutvalg i klinikkene utfører kontinuerlig analyser og beslutter tiltak basert på forbedringsområder, rapporter fra kvalitetsregistre og uønskede hendelser. Det kan likevel være behov for bedre samordning, for å få til felles læring. Utfordringen er å følge opp og evaluere gjennomførte tiltak, da det settes av få ressurser til dette.

Helse, miljø og sikkerhet som del av pasientsikkerhetsarbeidet (HMS)

SSHF jobber for et godt arbeidsmiljø i sikre omgivelser ved systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (HMS). HMS er regulert i *forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter*. I SSHF omfatter HMS arbeidsmiljø, beredskap, sikkerhet, ytre miljø og smittevern. HMS-arbeidet i SSHF regulert av HMS-årshjul, som tar opp i seg de ulike aktivitetene i HMS-arbeidet. Ansvar for HMS-arbeidet er delegert i linjen av adm.dir. Det skal være samsvar mellom delegert HMS-ansvar og myndighet til å løse oppgaver knyttet til dette ansvaret. Alle ledere skal kunne dokumentere et planmessig, systematisk HMS-arbeid som er beskrevet i retningslinjen *Systematisk HMS-arbeid i SSHF*, og at de obligatoriske aktivitetene i HMS-årshjulet gjennomføres.

Et godt arbeidsmiljø bidrar til god pasientsikkerhetskultur som gir bedre sikkerhet mot utilsiktet pasientskade. Pasientsikkerhet og HMS sees derfor i sammenheng. HMS-vurderinger gjøres i pasientsikkerhetsarbeidet der det er naturlig, for eksempel ved årsaks-/hendelsesanalyser.

Det fremgår av *ForBedring 2018* at SSHF har en sterk pasientsikkerhetskultur. Undersøkelsen sier noe om hvor lett medarbeidere opplever at det er å snakke om pasientsikkerhet og risiko, samt melde fra om uønskede hendelser.

Risikoområder og status

SSHF har etablert et system for å kartlegge og følge opp risikopasienter. For strategiplan (2015-2017) har det vært fokus på følgende utvalgte risikoområder:

- System for hastegradsvurdering (triage) og personell med god vurderingskompetanse innen akutt- og mottaksmedisin (leger og sykepleiere). Dette er samordnet i akuttmottakene og prehospitaltjenester. Det gir raskere diagnose og riktig prioritering av behandling. Det er ønskelig at legevaktene får samme system.
- Tidlig identifisering av livstruende tilstander (TILT) er gjennomført ved de fleste kliniske enheter som har risikopasienter. Det samme gjelder flere kommunale øyeblikkelig hjelp døgnopphold.
- Utvikling av system for tidlig identifisering av barn og unge med utfordringer knyttet til psykisk helse.
- Metoden Integrated Medicines Management (IMM) har blitt tatt i bruk for å kvalitetssikre opptak og oppfølging av legemiddelanamnese.
- Det er generelt et godt samarbeid mellom Flekkefjord og Kristiansand/Arendal. Det pågår et arbeid for å redusere risikoen innenfor enkelte kirurgiske fagområder.
- Sykehuset driftes med for stor risiko i perioder med for lav kapasitet i forhold til den høye pasientaktiviteten. Dette er mest tydelig i akuttmottakene i Arendal og Kristiansand samt flere medisinske sengeposter ved alle tre sykehusene.
- Lavt pasientvolum er en utfordring for å opprettholde kompetanse og ferdighetstrening for SSHFs helsepersonell.
- Det er bekymring for utvikling av antibiotikaresistens og for høy bruk av bredspektrede antibiotika. Antibiotikastyringsprogram er igangsatt.
- Dype infeksjoner etter operasjon må reduseres/holdes på et lavt nivå. Dette gjøres gjennom aktiv overvåking, forebyggende tiltak og årsaksanalyser.

Kvalitetsindikatorer

SSHF leverer data til flere enn 90 % av nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Det finnes i dag ikke et godt nasjonalt komplikasjonsregister for norske sykehus. I dag registreres komplikasjoner i forbindelse med operasjon i forskjellige fagspesifikke registre. Det er vanskelig å få en samlet oversikt over komplikasjoner, samt lett tilgjengelige rapporter. Registrering av uønskede hendelser gir et bilde av kvaliteten, men sier lite om nivået. Infeksjoner er den hyppigste årsaken til komplikasjoner i norske sykehus (ref. pasientsikkerhetsprogrammet).

Når det gjelder 30 dagers totaloverlevelse, ligger SSHF signifikant lavere enn landet ellers for perioden 2016. Halvparten av pasientene som dør innen 30 dager etter innleggelse, gjør det etter utskrivelse. Her mangler tallene for hvert sykehus i foretaket, og data som belyser hvilke diagnosegrupper som dominerer. Tilsvarende tall på totaloverlevelse var lik de nasjonale i 2014 og 2015. Når det kommer nye og bredere datasett, må kommuner og SSHF sammen se på hele pasientforløpet fra innleggelse og de neste 30 dagene.

Det finnes få nasjonale kvalitetsregistre innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Indikatorer som rapporteres til Helsedirektoratet har alene ikke vært gode nok til evaluering av klinisk praksis og systematisk forbedringsarbeid. KPH har derfor supplert disse indikatorene med egne virksomhetsdata (eksempelvis tall for tvangsbruk, akutte innleggelser, overføringer til DPS, andel avslag, osv.). Det rapporteres til LAR-pasientregisteret (SERAF, UiO). Av andre kvalitetsregistre som brukes i KPH, nevnes Dagbehandlingsnettverket (UiO),

KPH er akkreditert etter den nasjonale danske kvalitetsmodellen (DDKM) som mål på at sentrale administrative og faglige kvalitetskrav er oppfylte. Laboratorievirksomheten i SSHF er akkreditert etter NS-EN ISO 15189, på tvers av fagområder og lokasjoner. Erfaringer fra laboratorienes arbeid med kvalitetssystem generelt og internrevisjoner spesielt, overføres i stadig større grad til andre avdelinger i SSHF. Det er ønskelig å gjennomføre sertifisering og akkreditering på flere fagområder, der dette forventes å skape kvalitetsforbedring.

Det mangler et brukervennlig IKT-system for registrering og rapportering av data om kvalitet og pasientforløp. Mange arbeidstimer brukes på manuell registrering som kunne vært gjort i et egnet journalsystem/elektronisk kurve. Kvalitetsdataene er en del av styringsverktøyet på SSHF. Kvalitet er summen av mange målinger, da det ikke finnes én indikator som sier noe om helhetsbildet av kvaliteten i et sykehus. SSHF benytter følgende målingsverktøy:

- nasjonale og internasjonale registre
- system for uønskede hendelser
- komplikasjonsregistre
- journalgjennomgang (GTT)
- hendelsesanalyser
- interne revisjoner

GTT angir andelen av pasienter som har opplevd skade eller uønskede hendelser under sykehusoppholdet. I løpet av de siste fem årene har SSHF hatt en forbedring fra 16 % til 8 %. Dette er en betydelig reduksjon i risiko ved innleggelsen.

Pakkeforløp

Pakkeforløp er standardiserte pasientforløp som omfatter hele forløpet fra henvisning til spesialisthelsetjenesten til oppfølging og kontroller. Pakkeforløp innen kreftbehandling har bidratt til raskere behandling. I 2016 og 2017 var 70 % av pasientene som fikk diagnostisert kreft inkludert i et pakkeforløp. Det er derimot forsinkelse på diagnose av urologisk kreft og diagnostikk for brystkreft. Radiologisk kapasitet er en flaskehals. I tillegg har bryst- og endokrinkirurgisk seksjon betydelige rekrutteringsutfordringer. Dette er en nasjonal og internasjonal utfordring. Det er også behov for bedre lokaler til et brystdiagnostisk senter.

Pakkeforløp for psykiatri og avhengighetsbehandling er under etablering. Det er utarbeidet standard utredning for voksne i KPH. Videre er det utarbeidet pasientforløp for flere diagnosespesifikke forløp.

Utfordringen ved å prioritere pakkeforløp for én pasientgruppe er at man risikerer å trekke ressurser fra andre pasientgrupper, hvilket kan bety ytterligere forsinkelser for disse. En fare med pakkeforløp kan være overbehandling. SSHF har i dag kapasitetsproblemer innen bildediagnostikk, men lavest kapasitet er det i Kristiansand. Nye pakkeforløp som blir etablert bidrar også til større press på bildediagnostiske tjenester. Nasjonale retningslinjer for implementering av pakkeforløp har ført til at enkelte andre pasientgrupper har fått lengre ventetid. SSHF opplever stor henvisningspågang fra fastlegene.

Ventetid og fristbrudd

SSHF har utfordringer med ventetider og fristbrudd innen noen områder. Sykehuset har ligget noe høyere enn de andre HFene i HSØ, men det har vært en gradvis bedring siden 2016. Utfordringene er knyttet til øye og delvis lunge. Ventetid for første kontakt ligger innen normen i HSØ i alle pasientkategorier.

SSHF har en utfordring med ventetid fra første konsultasjon til igangsatt behandling. Utfordringene er knyttet til ulike fagområder og gjelder alle tre lokalisasjoner. SSHF skal oppdatere månedlig ventetider for de ulike behandlingstilbudene på nettsiden til *Fritt behandlingsvalg*.

Det foregår et samarbeid på tvers i SSHF om avvikling av pasientlister innen flere fagområder, men det er ikke formalisert felles ventelister. SSHF arbeider med å innføre seks måneders planleggingshorisont for alle yrkesgrupper og dette bidrar til bedre planlegging og kortere ventetider.

Fristbruddportalen er implementert. Flere fagområder samarbeider tett, og pasienter overføres mellom sykehusene ved behov. Få pasienter takker ja til eksternt tilbud, etter å ha blitt henvist til HELFO når fristbrudd nærmer seg. De fleste velger å vente på avtale i SSHF. Langtidsventende varierer mellom 50 – 100 pasienter, etter en grundig forbedring fra 1200 i 2014. Øye- og ØNH-pasienter utgjør en vesentlig andel av disse pasientene.

Fagprosedyrer og fagråd

SSHF har etablert et kvalitetssystem med overordnede prosedyrer og retningslinjer på foretaksnivå, og lokale prosedyrer og retningslinjer på klinikk- og avdelingsnivå. Ansvaret for utvikling og etterlevelse av den styrende dokumentasjonen ligger i klinikkene. Generelt er det en utfordring å implementere nye prosedyrer og beslutninger. Implementering av en prosedyre er et lederansvar. Implementeringen er lettere dersom prosedyrene er utarbeidet av et fagmiljø med høy legitimitet. Sykehusets bibliotek er hjelpelig med ressurser.

Ved mer samordning og standardisering øker kvalitet, pasientsikkerhet og effektivitet i pasientforløpene. Det arbeides med samordning av prosedyrer på tvers i SSHF, med systematikk i oppfølging av kvalitetsregistre/indikatorer og tiltak, men det er et tidkrevende arbeid. Fagrådene på tvers av de somatiske klinikkene skal fungere som rådgivende organ og være sentrale for samordningen av prosedyrer. Det arbeides også med å koordinere prosedyrearbeid i HSØ. Avklaring av gjeldende føringer gjøres i fagråd på foretaksnivå eller i regionalt fagråd.

En relativt høy andel av henvisninger til poliklinisk behandling innen psykisk helsevern for voksne får avslag. For å møte dette er det opprettet et samarbeidsforum, hvor praksiskonsulentene (fastleger) og DPSene møtes for å etablere felles forståelse og lik praksis vedrørende henvisninger, vurderinger og epikriser med mer.

2.3 Oppgavedeling og samhandling

2.3.1 Oppgavedeling og samhandling – sykehus i nettverk

Slik NHSP definerer *sykehus i nettverk* handler det om å sikre samarbeid om pasientforløp, bemanning, utdanning av helsepersonell og hospiterings-/ ambuleringsordninger slik at resultatet blir kvalitet i alle ledd, og gode og sømløse pasientforløp (NHSP, s. 105). Begrepet *sykehus i nettverk* erstatter det tidligere begrepet «kultur for helhet» som i 2012 ble definert som et satsningsområde i sykehusets strategiplan. SSHF mener at begrepene er komplementære og at det som ligger i begrepet *kultur for helhet* videreføres i nettverks- og teamarbeidet i SSHF. Kultur for helhet bygger på SSHFs visjon om *trygghet når du trenger det mest*, og har representert følgende 5 målsetninger:

- likeverdige tilbud til alle pasienter i Agder
- robuste fagmiljøer på tvers i SSHF
- god virksomhetsstyring hvor Agder-perspektivet ligger til grunn
- trygge medarbeidere, godt arbeidsmiljø og respekt for hverandre
- godt omdømme hvor befolkningen og omgivelsene forholder seg til SSHF som en enhet

Det har blitt jobbet kontinuerlig med disse målsetningene, og de inngår nå i å videreutvikle SSHF og *sykehus i nettverk*. SSHF har bred erfaring med *sykehus i nettverk* som arbeidsform etter i mange år å ha jobbet med oppgavefordeling, ambulerende team (desentraliserte team), multidisiplinære (tverrfaglige) team og telemedisin. Medarbeidere samarbeider og benytter telefonkonferanser, videokonferanser og tverrfaglig-/multidisiplinære teammøter. Dette er spesielt aktuelt i akutte situasjoner som slagbehandling eller traume, eller i elektive situasjoner som planlegging av kreftbehandling eller annen komplisert behandling. Robotkirurgi (både for urologi og gynekologi) er eksempler på samarbeid om bruk av teknologi. Stillinger som deles, eller stillinger som ambulerer for å bistå med kompetanse er et annet eksempel på hvordan SSHF arbeider i nettverk.

Sykehuset i Flekkefjord arbeider i nettverk med Kristiansand og Arendal. De har i flere år vært bevisst på at de trenger å være en del av et større fagmiljø for å sikre gode helsetjenester til befolkningen. De har i mange år arbeidet i team med både Kristiansand og Arendal rundt pasientforløp, utdanning av helsepersonell og ambuleringsordninger. Dette gjelder særlig innen indremedisinske fagområder. Tilsvarende nettverk er under utvikling innen kirurgi, ortopedi og radiologi.

SSHF samarbeider godt med OUS og har faste møter når det gjelder kreft. SSHF overtar flere av pasientkontrollene fra OUS. PCI-senteret har også ukentlige møter med OUS for felles vurdering av pasientbehandling. SSHF er presset til overføring av intensivpasienter i større grad enn det er ressurser til.

SSHF har noen formaliserte nasjonale funksjoner, regionale og flerområdefunksjoner som nevnes under.

SSHF har formalisert nasjonale funksjoner innen

- Nasjonal kompetansetjeneste og referansefunksjon for flåttbårne sykdommer
- BarnsBeste, et nasjonalt kompetansenettverk for innsamling, systematisering og formidling av kunnskap om barn som har foreldre med somatiske, psykiske og/eller rusrelaterede lidelser

SSHF har regionale og flerområdefunksjoner innen

- Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring (RK-PPO)
- Regionale behandlingsplasser for pasienter innlagt i Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling etter *Lov om helse- og omsorgstjenester § 10-2 og § 10-3*
- Regional kompetansetjeneste for barn med medfødte ruskader (RK-MR)
- Program Intensivert Rehabilitering (PIH), et regionalt henvisningskompetansesenter for behandling av førskolebarn med ulike former for hjerneskader og funksjonsnedsettelse
- PCI-behandling (perkutan koronar intervensjon) for Telemark og Agder
- Innlegging av ICD (implanterbar cardioverter-defibrillator) for Telemark og Agder.
- Rehabilitering av pasienter med alvorlig traumatisk hodeskade (ATBI) for Telemark, Vestfold og Agder

SSHFs tjenestetilbud og lokalisering

SSHF har tre godt etablerte somatiske sykehus. Funksjons- og oppgavedeling er gjennomført i tråd med nasjonale og regionale føringer og det skal være akuttfunksjoner ved alle tre sykehusene. Tilbudet innen KPH er tverrgående organisert i helseforetaket og med lokale distriktpsykiatriske sentre (DPS). Det har over år skjedd en betydelig funksjonsdeling av døgntilbudene mellom lokalisasjonene, slik at helseforetaket samlet dekker behovene til befolkningen i opptaksområde. Fagområder har gjennomført i betydelig grad oppgavefordeling som er hensiktsmessig og som skal videreføres.

Flere fagområder i SSHF er funksjonsfordelt. Behandlingstilbud som karkirurgi, PCI, ICD og kreftkirurgi har det vært nødvendig å samle på ett av sykehusene da det er spesialiserte og/eller lavvolum tjenester som krever høy kompetanse og robuste miljøer for å sikre kvalitet. Karkirurger ambulerer til SSA tre dager/uke for å ivareta det tverrfaglige samarbeidet med andre faggrupper, tilsyn til enkeltpasienter samt vene-/variceoperasjoner og poliklinikk. SSHF har en høy egendekning, men lavt volum utfordrer kvaliteten og forutsetter systematiske målinger på behandlingsresultatene. Fordelingen er et resultat av beslutninger som er gjort av sykehusledelsen og/eller styret over en årrekke. Flere av beslutningene om å samle funksjonene er basert på vedtak/føringer fra HSØ, som for eksempel kreftkirurgi og HF-slagsenter.

Høsten 2017 ble det ferdigstilt en utredning innen tre kirurgiske fagområder: Karkirurgi, ortopedi og gastrokirurgi. Fokuset i utredningen var funksjons- og kapasitetsfordeling av ikke-krefttilstander, felles ventelister og felles prosedyrer. Tilsvarende arbeid innen urologi pågår. Parallelt med utredningen ble det faglige samarbeidet mellom Flekkefjord og Kristiansand innen ortopedi og gastrokirurgi formalisert. Fokuset var sykehus i nettverk og tettere samarbeid om prosedyrer og den individuelle pasientbehandlingen.

Under hver funksjon er det diagnostiske undergrupper, for eksempel barnemedisin, der elektiv mage-/tarmmedisin og langtids EEG-registrering med videoovervåking gjøres i Arendal. Kreft hos barn, utredning og behandling, avansert kardiologi, nyfødteintensiv, intensiv behandling for barn opp til 12 år og utredning og oppstart av langtidsmekanisk ventilasjonsstøtte gjøres i Kristiansand. En funksjon er ikke nødvendigvis organisert som egne organisatoriske enheter, men det er definert et gitt antall senger med et fast behandlingsteam. Eksempelvis mottar og behandles det pasienter med akutt lungesykdom ved alle tre sykehusene, men bredere utredning er kun organisert i Kristiansand og Arendal. De større funksjonsområdene nevnes i tabell 5. Funksjonene med øyeblikkelig hjelp er markert med ø.

FAGOMRÅDER, TJENESTETILBUD, Ø-HJELP (Ø)	Arendal	Kristiansand	Flekkefjord
Prehospitaltjenester ¹	● Ø	● Ø	● Ø
Intensiv	● Ø	● Ø	● Ø ²
Anestesi	● Ø	● Ø	● Ø
Akuttmottak	● Ø	● Ø	● Ø
Traumatologi	● Ø	● Ø	● Ø
Barnemedisin og barnehabilitering	● Ø	● Ø	
Nyfødtintensiv		● Ø	
Onkologi		● Ø	
Kardiologi		● Ø	
Seksuelle overgrep		● Ø	
Intensiv <12 år		● Ø	
Non-invasiv hjemme ventilasjon		● Ø	
Gastroenterologi inkl spiseteam	● Ø		
Intensiv rehabilitering - regionalt		● Ø	
RK-MR, barn med medfødt ruskade - regionalt	● Ø		
Fysikalsk medisin og rehabilitering inkl. konservativ behandling av sykkelig overvekt		●	
Indremedisin			
Lunge	● Ø	● Ø	● Ø
Gastroenterologi	● Ø	● Ø	● Ø
Endokrinologi	● Ø	● Ø	● Ø
Hjertemedisin/kardiologi	● Ø	● Ø	● Ø
PCI	● Ø		
ICD		●	
Hematologi	●	●	●
Infeksjonsmedisin	Ø	● Ø	
Geriatrici	● Ø	● Ø	
Nefrologi/ dialyse	● Ø	● Ø	●
Nevrologi			
Nevrologiske pasienter ikke-slag		● Ø	
Slagenhet	● Ø	● Ø	● Ø
HF slagsenter		● Ø	
Revmatologi		●	
Kreft			
Strålesenter		●	
Kreftkirurgi	³	● Ø	
Palliasjon	●	●	●
Medikamentell kreftbehandling	●	●	●
Smertepoliklinikk	●		
Kirurgiske fag (unntatt kreftkirurgi)			
Generell kirurgi	● Ø	● Ø	● Ø
Gastrokirurgi	● Ø	● Ø	Ø ⁵
Overvektskirurgi	●		
Plastikkirurgi	●	⁴	
Urologi	● Ø	● Ø	
Endokrinologisk kirurgi		●	
Karkirurgi	⁶	● Ø	
Ortopedi	● Ø	● Ø	● Ø
Ortogeriatrici	● Ø	● Ø	Ø
Øre-nese-hals		● Ø ⁷	
Kjevekirurgi	●		
Øye	● Ø		
Gynekologi/obstetikk	● Ø	● Ø	● Ø

1: AMK lokalisert på Fyresmoen, helikopterbase i Arendal, 21 ambulansestasjoner fordelt i opptaksområdet
2: Ikke respiratorpasienter over et døgn
3: Prostatakraft/robot
4: Onkoplastikk ved Kristiansand
5: Kun mindre bukningrep (brokk, galle, blindtarm)
6: Varicer ved Arendal
7: Begrenset kirurgi i Arendal

PSYKISK HELSE, RUSBEHANDLING OG VOKSENHABILITERING	Arendal	Kristiansand	Flekkefjord
Barn og unges psykisk helse	● ∅	● ∅	● ∅
Distriktpsikiatriske behandlingstilbud (DPS) ¹	●	●	●
Spesialisert poliklinikk for psykosomatikk og traumer		●	
Psykiatriske sykehusfunksjoner inkl voksenhabilitering	● ∅	● ∅	
Tverrfaglig spesialisert avhengighetsbehandling (ARA) ²	● ∅	● ∅	
Barn og unges psykisk helse	●	●	
1: DPS: Kristiansand (Solvang og Strømme), Lister (Kvinesdal, Farsund, Flekkefjord) og Aust-Agder (Bjorbekk, Tvedestrand og Grimstad) + Akuttambulans team. 2 ARA: Også Byglandsfjord			

MEDISINSK SERVICE	Arendal	Kristiansand	Flekkefjord
Immunologi		●	
Transfusjonsmedisin/ blodbank	● ∅	● ∅	● ∅
Medisinsk biokjemi	● ∅	● ∅	● ∅
Medisinsk mikrobiologi		● ∅	
Patologi		●	
Radiologi	● ∅	● ∅	● ¹
1: Radiologisk tolkning av bilder i Flekkefjord utenfor normal arbeidstid gjøres neste dag eller i Kristiansand			

Tabell 5: Lokalisering av kliniske funksjoner i SSHF

SSHFs tjenestetilbud i Kristiansand – Stort akuttpsykehus

Sykehuset i Kristiansand er et stort akuttpsykehus med et bredt spekter av spesialisthelsetjenester innen diagnostikk, behandling og medisinske servicefunksjoner. Dette omfatter en fullverdig kvinneklinikk, indremedisinske og kirurgiske fagområder. Kristiansand har det største opptaksområdet og mest omfattende/komplette akuttfunksjoner i SSHF. Kristiansand har flere avdelinger/seksjoner med behandlingsansvar og vaktfunksjoner for hele Agder, blant annet kreftsenter med strålebehandling, nevrologisk avdeling som også er definert som HF-slagsenter, spesialisert rehabilitering, revmatologi, karkirurgi og bryst/endokrinkirurgi. Kristiansand har kirurgiske grenvakter innenfor karkirurgi, gastrokirurgi og urologi. Kristiansand har ØNH-avdeling med øyeblikkelig hjelpfunksjon.

Viktige akuttfunksjoner i sykehuset er:

- Akuttmottak for alle fagområder, inkludert alvorlig skadde pasienter (traumemottak, avansert bildediagnostikk, nødkirurgiske prosedyrer, radiologisk embolisering, stabilisering og eventuelt overflytting til traumesenter ved OUS ifølge Nasjonal traumeplan - traumesystem i Norge 2016). Pasienter skal motta disse tjenestene med kvalitet på nivå med beste kliniske praksis. Det må opprettes to-sjikt LIS vaktlag ved Kirurgisk avd. SSK og operasjonssykepleier i traumeteam for å oppfylle kravene til nasjonal traumeplan – (kompetansekrav for teamleder, jf. Nasjonal traumeplan)
- I samarbeid mellom kirurger og intervensjonsradiologier videreutvikles metoder for multidisiplinær intervensjon ved større traumer og komplisert kirurgi
- Pasienter med mistanke om sepsis. Fagmiljøene har utviklet god rutine for mottak og diagnostikk, igangsatt behandling i et samarbeid mellom alle tre akuttmottak. Medisinske team ivaretar pasienter med mistanke om sepsis

Planlagt akuttbygg i Kristiansand er vesentlig for å sikre at pasienter skal motta disse tjenestene med kvalitet på nivå med beste kliniske praksis.

Sykehuset i Kristiansand har følgende akuttberedskap:

- Intensiv overvåking og behandling av syke nyfødte. Dette inkluderer de minste barna ned til 26-28 uker gestasjonsalder, som krever egen grenvakt pediater med neonatal kompetanse
- Intensiv- og intermedieær overvåking og behandling voksne og barn. Anestesi tilstedevakt
- Kardiologi (hjertesvikt, hjerteinfarkt, rytmeforstyrrelser) med ICD. Egen grenvakt. Pasienter som trenger koronar stenting sendes til PCI-senteret i Arendal
- Nevrologi med akutt slagbehandling med trombolyse, slagsenter. Det er egen vakt. LIS til stede i nevrologi.
- Ortopedi, inkludert ortogeriatrisk enhet. Egen tilstedevakt
- Gastrokirurgi har grenvakt.
- Karkirurgi. Sentralisert funksjon i SSHF. Egen grenvakt.
- Urologi. Egen grenvakt.
- Gynekologi. Spesialist i kvinnesykdommer i tilstedevakt
- Fødsler. Kristiansand har kvinneklinikk i ifølge kriteriene i Fødeveilederen. Samme vakt som gynekologi
- Indremedisinske spesialiteter. Egen tilstedevakt. Felles endoskopisk beredskapsordning for blødninger i mage/tarmsystemet på tvers av Arendal og Kristiansand
- Barn. Egen vakt pediater og egen neonatalvakt

- ØNH. Egen vakt LIS og overlege i hjemmevakt. Dekker hele foretaksområdet
- Radiologi. Radiologisk tilstedevakt for LIS, overlege i hjemmevakt. Det må etableres en vaktordning som er tilgjengelig 24/7 for intervensjonsradiologi

Diagnostikk og intervensjonsradiologi:

- Laboratorier for generell diagnostikk (medisinsk biokjemi og utvalgte mikrobiologiske undersøkelser) og transfusjonsmedisin (blodbank)
- Laboratorier for avansert bildediagnostikk (CT, MR o.a.) og intervensjonsradiologi
- Laboratorium for ICD
- Endoskopilaboratorier
- Egen vakt for laboratorietjenester

Døgn, dag og poliklinikk:

Alle fagområder i listen over har også elektiv virksomhet på poliklinikk, dag- og eventuelt døgnopphold. Kristiansand har dedikerte ressurser for undervisning og forskning. I tillegg har Kristiansand:

- Bryst- /endokrinologisk kirurgi
- Kreftkirurgi (større inngrep og lavvolum) er i hovedsak samlet i Kristiansand med unntak av robotassistert prostatakreft.
- All strålebehandling er samlet ved SFK i Kristiansand
- Medikamentell kreftbehandling og palliasjon
- Svangerskapspoliklinikk, revmatologi og alle indremedisinske spesialiteter.
- Poliklinikk for ME og HIV
- Geriatrisk enhet og ortogeriatreri
- Base og beredskap for nevrologi/akutt slagbehandling inkludert trombolyse, SSHFs slagsenter
- Dialyseenhet med beredskapsordning
- Infeksjonsenhet
- Spesialisert rehabilitering (annen rehabilitering skjer i kommunale eller private enheter)

SSHFs tjenestetilbud i Arendal – stort akuttstusykehus

Sykehuset i Arendal er et stort akuttstusykehus med et bredt spekter av spesialisthelsetjenester innen diagnostikk, behandling og medisinske servicefunksjoner med fødeavdeling, akutt- og elektiv kirurgi og ortopedi og flere medisinske spesialiteter. Sykehuset har regional/høyspesialisert tjeneste innen døgnkontinuerlig diagnostikk og behandling innen kardiolog (PCI) samt øyeavdeling med øyeblikkelig hjelp funksjon.

Viktige akuttfunksjoner i sykehuset er:

- Akuttmottak for alle fagområder inkludert alvorlig skadde pasienter (traumemottak, avansert bildediagnostikk, nødkirurgiske prosedyrer, stabilisering og eventuelt overflytting til traumesenter ved OUS ifølge Nasjonal traumeplan - traumesystem i Norge 2016). Pasienter skal motta disse tjenestene med kvalitet på nivå med beste kliniske praksis
- Pasienter med mistanke om sepsis. Fagmiljøene har utviklet god rutine for mottak og diagnostikk, igangsatt behandling i et samarbeid mellom alle tre akuttmottak. Medisinsk tverrfaglig team ivaretar pasienter med mistanke om sepsis
- PCI-senteret mottar pasienter med hjertestans og kardiogent sjokk fra hele Sør Norge (nedslagsfelt 500 000).

Sykehuset i Arendal har følgende akuttberedskap:

- Intensiv- og intermedisær overvåking og behandling av voksne. LIS tilstedevakt; overleger i bakvakt.
- Hjertesyke pasienter (hjertesvikt, hjerteinfarkt, PCI-senter for Telemark og Agder). Egen grenvakt/PCI-vakt
- Slagbehandling Vakt dekkes av nevrologisk avdeling på dagtid og medisinsk avdeling på kveld, natt og helg.
- Geriatrisk døgnavdeling med akuttgeriatri,
- Ortopedi, inkludert ortogeriatrisk enhet. LIS-vakt med overleger i bakvakt.
- Gastrokirurgi. I dag deles vakt mellom gastrokirurger og urologer, men det arbeides for egen grenvakt i gastrokirurgi allerede i 2018 for å sikre kontinuerlig tilgang på gastrokirurger i akuttberedskap.
- Urologi. Urologi inngår i generell kirurgisk vakt. Med etablering av grenvakt gastrokirurgi blir det også behov for egen vaktordning urologi.
- Gynekologi. Egen vakt
- Fødsler. Arendal har fødeavdeling i henhold til kriteriene i den nasjonale Fødeveilederen. Samme vakt som gynekologi
- Barn. Beredskap tverrfaglig nyfødttteam i forhold til fødsler; barneteam ift akuttmottak,

- Indremedisinske spesialiteter. Egen vakt. Felles beredskapsordning for blødninger i mage/tarmsystemet på tvers av Arendal og Kristiansand
- Øye. Egen vaktordning som dekker hele foretaket.
- Kjevekirurgi er en del av ØNH-avdelingen og ledes fra Kristiansand, men har egen vakt som holder til i Arendal.
- Radiologi. Egen vaktordning.

Diagnostikk og intervensjonsradiologi:

- Laboratorier for generell diagnostikk (medisinsk biokjemi og utvalgte mikrobiologiske undersøkelser) og transfusjonsmedisin (blodbank)
- Laboratorier for bildediagnostikk (CT, MR o.a.) og intervensjonsradiologi
- Laboratorium for angio/PCI
- Endoskopilaboratorier (med felles endoskopiberedskap SSK/SSA)

Døgn, dag og poliklinikk:

Alle fagområder i listen over har også elektiv virksomhet på poliklinikk, dag- og eventuelt døgnopphold. Arendal har dedikerte ressurser til undervisning (medisinerstudenter fra UiO) og forskning. Arendal har i tillegg:

- Senter i SSHF for overvektskirurgi og plastikkirurgi. Plastikkirurgi har ikke akuttfunksjoner, men har døgn- og dagbehandling samt poliklinikk.
- Robotkirurgi, som i dag omfatter urologi, gynekologi og gastrokirurgi. Kirurger fra både SSA og SSK opererer på roboten. Det er etablert et faglig samarbeidsforum for robotkirurgi i SSHF, ledet fra Arendal.
- Senter for avansert stenbehandling er vedtatt lagt til SSA (Styresak 069-2012).
- Medikamentell kreftbehandling og palliasjon
- Poliklinikk for svangerskap og for alle indremedisinske spesialiteter. Enkelte poliklinikker dekkes fra Kristiansand: karkirurgi, nevrologi, onkologi og revmatologi.
- Geriatrisk døgnenhet med akuttgeriatri
- Dialyseenheten. Beredskap dekkes av medisinske leger
- Regionalt kompetansesenter for barn med medfødte ruskader er lokalisert til Barneavdelingen i Arendal.
- Smertebehandling er et tverrfaglig tilbud til hele Agder for pasienter med ikke-maligne kroniske smerter.

SSHF's tjenestetilbud i Flekkefjord – akuttpsykehus

Sykehuset i Flekkefjord er et akuttpsykehus med tilbud innen akuttkirurgi, ortopedi, fødeavdeling og indremedisin. Sykehuset har et tilbud som ivaretar lokale behov og de vanligste akutte tilstandene.

Viktige akuttfunksjoner i sykehuset er:

- Akuttmottak for alle fagområder, inkludert alvorlig skadde pasienter (traumemottak, avansert bildediagnostikk, nødkirurgiske prosedyrer, stabilisering og eventuelt overflytting til traumesenter ved OUS ifølge Nasjonal traumeplan - traumesystem i Norge 2016). Pasienter skal motta disse tjenestene med kvalitet på nivå med beste kliniske praksis
- *Pasienter med mistanke om sepsis.* Fagmiljøene har utviklet god rutine for mottak og diagnostikk, igangsatt behandling i et samarbeid mellom alle tre akuttmottak. Medisinske team som ivaretar pasienter med mistanke om sepsis må etableres

Spesialisert akutt beredskap innen:

- Indremedisinske spesialiteter. Egen vakt
- Slagbehandling med mottak, trombolyse, monitorering, akuttbehandling inkludert rehabilitering. Vakt dekkes av medisinsk avdeling
- Ortopedi. I dag felles vaktordning for kirurgi/ ortopedi. Ny vaktordning under vurdering med frivillig vakt samarbeid med Kristiansand
- Gynekologi. Egen vakt
- Fødeavdeling i hht. Fødeveilederen. Samme vakt som gynekologi
- Enklere gastrokirurgi unntatt bukkirurgi. Tett samarbeid i team (konferering) med Kristiansand. Egen liste er utarbeidet for seleksjon av pasienter som behandles i Flekkefjord. I dag felles vaktordning kirurgi/ ortopedi. Ved eventuell etablering av egen ortopedisk vakt videreføres generell kirurgisk vakt parallelt
- Begrenset intensiv overvåking og behandling av voksne, medisin og kirurgi. Flekkefjord har ikke kapasitet til å ha en respiratorpasient mer enn ett døgn. Pasientene flyttes da til Kristiansand eller Arendal. Flekkefjord mottar intermedieære pasienter fra Kristiansand. Anestesi hjemmevakt
- Radiologi. Ikke egen vakt. Samarbeid i team med Kristiansand om enkeltpasienter

Døgn, dag og poliklinikk:

Alle fagområder i listen over har også elektiv virksomhet på poliklinikk, dag- og eventuelt døgnopphold. Det er utarbeidet liste over aktuelle kirurgiske og ortopedisk inngrep som skal gjøres i Flekkefjord hhv. akutt og elektivt. I tillegg har Flekkefjord:

- Medikamentell kreftbehandling og palliasjon
- Endoskopilaboratorier, poliklinikk for svangerskap, indremedisin barn (en dag i uken)
- Dialyseenheten, dekkes av spesialister i indremedisin

Diagnostikk:

- Laboratorier for generell diagnostikk (medisinsk biokjemi og utvalgte mikrobiologiske undersøkelser) og transfusjonsmedisin (blodbank)
- Laboratorier for bildediagnostikk (CT, MR o.a.). Undersøkelser utføres på døgnbasis i nært samarbeid med Kristiansand

2.3.2 Samhandling med andre samarbeidsaktører

Samarbeid med kommunene i Agder er formalisert gjennom avtaleverk, etablerte møteplasser og samhandling rundt pasientbehandlingen. Samhandlingsreformen ble innført i 2012 som et av flere pågående tiltak for å håndtere et økt behov for helsetjenester, manglende koordinering av tjenestene, sviktende aldersbæreevne og begrensede ressurser. Samhandling er ikke et mål i seg selv, men et verktøy for å:

- dempe veksten i behovet for helsetjenester
- sikre prioritering og koordinering av helsetjenestene
- optimalisere oppgavedelingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten etter LEON-prinsippet (LEON-prinsippet (prinsippet om Lavest Effektive Omsorgsnivå) tilsier at utredning, behandling og oppfølging som kan gjøres bedre eller like godt i kommunehelsetjenesten, bør flyttes ut fra spesialisthelsetjenesten)
- utvikle pasientens helsetjeneste

Administrativ samhandling

SSHF og kommunene i Agder har en rekke samarbeidsorgan: Overordnet Strategisk Samarbeidsutvalg (OSS), Regionale Samarbeidsutvalg (RS) og flere fagutvalg i både OSS- og RS-regi. Målsetningen er at disse administrative organene understøtter samhandling og utvikling av pasientens helsetjeneste. Måloppnåelsen oppleves svak.

Samhandlingspartene har et felles ønske om å arbeide for å endre forhold som hemmer samhandling.

Samhandlingsavtaleverket består av en overordnet avtale, 11 obligatoriske og 2 frivillige delavtaler. Både *Evaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)*³⁸, *Riksrevisjonens rapport*³⁹ og *Sluttrapport fra nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen*⁴⁰ konstaterer at avtaleverket er for omfattende og ikke har ført til vesentlige endringer i opplevd samarbeid. SSHF kjenner seg igjen i disse konklusjonene og opplever i tillegg at tolkning og bruk av avtaleverket til tider har motarbeidet selve intensjonen i samhandlingsreformen og utviklingen av pasientens helsetjeneste. SSHF har sammen med kommunene i Agder inngått avtale med Kommunenes Sentralforbund (KS) og helseforetakenes nasjonale topplerprogram (NTP) om å gjennomføre en pilot for et utviklingsprogram av samhandling i OSS. Målsettingen er å øke kompetansen og kunnskapen om hverandres styringssystemer, rammebetingelser og gjennom dette utvikle samarbeidet.

Kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold ØHD

ØHD er en lovpålagt LEON-oppgave som skal redusere veksten av innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Alle de 30 kommunene i Agder har et ØHD-tilbud, de fleste i form av interkommunale samarbeid. Det er store lokale variasjoner på kapasitet, kompetanse, innhold og innleggelsesrutiner mellom de forskjellige ØHD-tilbudene i Agder. Tilsvarende er det stor variasjon i bruk, med beleggsprosent på mellom 15 - 80 %. Riksrevisjonen, EVASAM og Nettverket har i sin evaluering presisert følgende som særskilte suksesskriterier for ØHD:

- kontinuerlig informasjon (god kjennskap til tilbudet er avgjørende for bruken)
- tillit til kompetansen (spesifikt knyttet opp mot legeberedskap)
- tydelige innleggelsesrutiner (inkludert inklusjons- og eksklusjonskriterier)

³⁸ fra Forskningsrådet, 13. juni 2016

³⁹ Dokument 3:5, 2015-2016

⁴⁰ Nettverket, 18.12.2015

Riksrevisjonen konstaterer at ØHD-tilbud med lav legeberedskap ikke har vist noen effekt på akutte innleggelser på indremedisinske avdelinger.

Utskrivningsklare pasienter

Mottak av utskrivningsklare pasienter er en oppgave som de fleste kommunene i Agder løser på en god måte, slik tilfellet også var før samhandlingsreformen ble innført. Det er generelt få utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehuset (overliggere) som skyldes at kommunen ikke tar imot, men et fåtall kommuner utpreger seg i negativ forstand. Kapasitetssvikt som oppstår på sykehuset kan utfordre pasientsikkerheten både for den som venter på overføring og andre pasienter som trenger sykehusseng, eks influensaepidemier.

Ifølge data fra HSØ har gjennomsnittlig liggetid vært relativt uendret i perioden januar 2013 til desember 2016 (data ikke tilgjengelig før 2013). Det har ikke vært mulig å påvise at ØHD og avtale om utskrivningsklare pasienter har påvirket liggetiden ved SSHF.

Kompetansedeling

SSHF samarbeider med kommunene om hospitering og felles opplæringstiltak. Egen nettside for kompetansedeling er etablert og det er laget en felles kurskalender mellom SSHF, UiA og kommuner i Agder. Forutsigbare hospiteringsløp for et utvalg profesjoner er etablert. Tilbudene, søknadsskjema og informasjon om ordningen fremkommer av nettsiden.

Praksisnær samhandling

Samhandlingen mellom helsepersonell som har daglig kontakt med pasienter fungerer generelt svært godt i Agder, noe det også gjorde før reformen ble innført. I løpet av 2016 ble det gjennomført en ROS-analyse av utskrivningsprosessen ved SSHF. På bakgrunn av denne har SSHF iverksatt flere tiltak som skal bedre pasientsikkerheten i overgangen mellom nivåene. Kvaliteten på samhandlingen evalueres også gjennom systematisk gjennomgang av alle mottatte samhandlingsavvik fra kommunene.

SSHF har engasjert seg i *Læringsnettverket for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke*, et læringsnettverk i regi av KS og Kunnskapscenteret. SSHFs tre somatiske klinikker og alle 30 kommuner i Agder er med. Læringsnettverket er til støtte i kvalitetsforbedring innen pasientforløp og brukerinvolvering i daglig drift.

Praksiskonsulentordningen (PKO) er sentral i SSHFs samhandling med fastleger. Informasjonsutveksling gjennom nettsiden Praksisnytt.no er sykehusets viktigste informasjonskanal til fastlegene, og praksiskonsulentene bidrar aktivt med innspill til avdelingene ved alle tre lokalisasjoner for å videreutvikle samhandlingen.

I dag fungerer ordningen med kreftkoordinator bra, og SSHF bidrar med kunnskap innen kreft til kommunene.

Private avtalespesialister og institusjoner

Innslaget av private tjenesteleverandører påvirkes av tilgangen til offentlige tjenester og politisk styring. Private aktører har tidligere vært en nødvendig avlastning for SSHF slik at pasienter har unngått lang ventetid innen enkelte fag. I dag har SSHF kortere ventetid, og private leverandører/aktører er nå i en konkurransesituasjon om enkelte pasientgrupper.

Forholdet til privatpraktiserende avtalespesialister formaliseres nå gjennom samarbeidsavtaler.

Primær og sekundær forebygging

En av spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver er pasientopplæring. Spesialisthelsetjenesten skal fremme folkehelsen og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming. Primærforebyggende arbeid og tidlig innsats inngår i stor grad i kommunens folkehelsearbeid. Spesialisthelsetjenesten må likevel forholde seg til de store folkesykdommene og livsstilssykdommene som muskel- /skjelettlidelser, psykiske lidelser, rus, sykkelig overvekt, hjerte- og kar sykdommer og lungesykdommer.

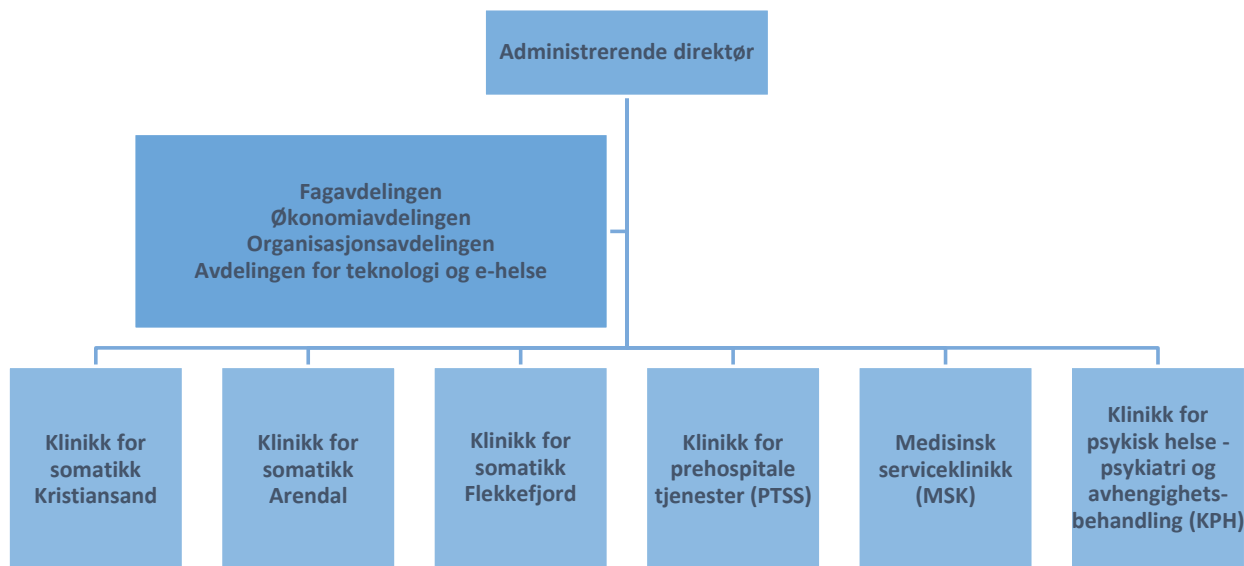
I pasientens helsetjeneste har spesialisthelsetjenesten også et ansvar for å se hele mennesket i sin psykososiale kontekst og fokusere på pasientens og pårørendes ressurser, muligheter og egenmestring. For pasientene er det viktig å få avklart sin situasjon når «livsstilen» gir alvorlige symptomer og få innsikt i årsakssammenhenger mellom livsstil, symptomer og sykdom. De må få opplæring i egen sykdom og få kompetanse i å mestre egen livssituasjon for å bremse sykdomsutvikling, komplikasjoner og eventuelt innleggelser.

Helsepersonell i SSHF kan bli bedre på å ta opp levekår og levevaner med pasientene ved akutte hendelser, og sørge for at dette er et tema i overføringen til neste forvaltningsnivå.

2.4 Organisering og ledelse

2.4.1 Organisering

SSHF består av tre stedlige somatiske klinikker og Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling (KPH), mens gjennomgående støttefunksjoner dekkes av Medisinsk serviceklinikk (MSK) og Klinikk for prehospitale tjenester (PTSS). PTSS, MSK og KPH er tverrgående organisert. I tillegg til klinikkene er det fire sentrale stabsavdelinger: Avdeling for teknologi og e-helse, Fagavdelingen, Økonomiavdelingen og Organisasjonsavdelingen. Figuren under viser klinikker og stabsavdelinger i SSHF. Administrasjonssenteret for SSHF ligger i Kristiansand.



Figur 6: Klinikker og stabsavdelinger i SSHF pr 1.4.2018

Klinikkstrukturen for de kirurgiske og medisinske fagområdene i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord ble endret fra 2016. Hensikten var økt ledelseskraft og bedre oppfølging i organisasjonen. Målet var å gi bedre forutsetninger for å oppnå resultatkravet og legge til rette for en god drift for SSHF, ved bedre oppfølgingsrutiner og innføring av bedre styringsinformasjon for ledere på alle nivåer i organisasjonen. Etter at SSHF innførte stedlig ledelse i 2016 har det pågått et betydelig arbeid med å etablere en ny organisasjon og samkjøre gamle avdelinger i medisinsk og kirurgisk klinikk i felles somatiske klinikker. Det har vært jobbet aktivt med å etablere en felles kultur og tilhørighet. Samarbeidet mellom avdelingene (gamle medisinsk og kirurgisk klinikk) ser ut til å ha blitt bedre internt per lokalisasjon. Innføring av stedlig ledelse har medført økt tilstedeværelse av klinikkdirektører i avdelingene, reduksjon av reisetid og bedre lokalt samarbeid per lokalisasjon. Omorganiseringen skal evalueres vinteren 2018/2019.

Mange avdelinger har god erfaring med å arbeide i nettverk og har etablert et godt samarbeid på tvers av sykehusene, med rotasjon, undervisning og prosedyrer. Til tross for tverrgående organisering i mange år, gjenstår det arbeid med å få befolkningen og medarbeidere til å oppfatte SSHF som ett helseforetak.

SSHF har også tatt i bruk ambulerende tjenester. Ambulerende tjenester innebærer at helsepersonell reiser til et behandlingssted som er nær pasienten. Dette har vært praksis i mange år innen eksempelvis lindrende behandling, hjertemedisin, onkologi og delvis barnemedisin. Ambulerende tjenester er svært utbredt innen psykisk helse og rus, også i form av hjemmebesøk. Sykehus i nettverk og ambulerende tjenester gir pasienten rask hjelp og samme kvalitet. Det er etablert fagråd på tvers av klinikkene innen en rekke fagområder.

2.4.2 Ledelse

På avdelingsnivå varierer organiseringen mellom tverrgående og stedlig ledelse. SSHF har som hovedregel 4 ledernivåer. Enkelte klinikker har innført et 5. nivå (seksjonsleder, mellom «avdeling» og «enhet»). SSHF er bygget opp og styres etter prinsippet for linje-stab-organisering. Det betyr at det er klare linjer for ansvar og myndighet. Hver enkelt medarbeider har én personalleder, men kan ha en eller flere faglige rådgivere. SSHF har en stor variasjon i kontrollspenn for enhetsledere. Enhetsledere har felles stillingsbeskrivelser, men personalansvaret kan variere fra for eksempel 5 og opptil 100 medarbeidere.

SSHF har definert krav til ledere og forventninger til ledere på alle nivåer. Det er inngått i driftsavtaler som beskriver hvilket ansvar ledere har for å sikre god drift, faglig utvikling, administrasjon og god personalledelse. Ledere har totalansvar for sin enhet. Det omfatter fag, kvalitet, personal, økonomi og HMS. SSHF gjennomfører lederutviklingsprogram for både avdelingssjefer og enhetsledere, introduksjonskurs for nye ledere og «den lille lederskole». SSHF er opptatt av å rekruttere gode ledere og gjennomfører ledermobiliseringsprogram for å fremme dette. I tillegg deltar medarbeidere i SSHF på nasjonalt topplederprogram.

2.4.3 Arbeidsmiljø

Det psykososiale arbeidsmiljøet kartlegges årlig gjennom en egen arbeidsmiljøundersøkelse, *ForBedring*. Formålet med undersøkelsen er å gi ledere og medarbeidere et praktisk verktøy til lokalt forbedringsarbeid. Oppfølgingsarbeidet er basert på bred medvirkning fra medarbeidere og deres representanter. Aktiviteter og tiltak etter kartleggingen dokumenteres som en del av det systematiske forbedringsarbeidet. Det rapporteres til arbeidsmiljøutvalg og ledelse. Et trygt og godt arbeidsmiljø er en forutsetning for at medarbeidere i SSHF kan levere en kvalitativt god helsetjeneste.

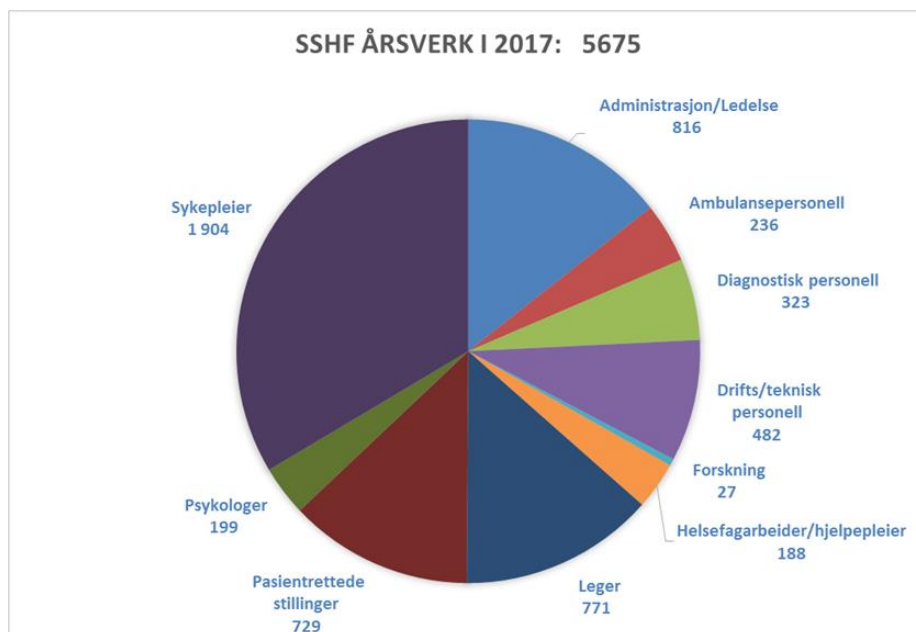
Undersøkelsen *ForBedring* ble gjennomført for første gang i 2018. 84 % av medarbeiderne svarte på undersøkelsen, noe som er den høyeste svarprosenten SSHF har hatt på denne type kartlegging. Da undersøkelsen ble gjennomført for første gang i 2018, har ikke HSØ en referanse vi kan sammenligne med. Det ble i 2017 ikke gjennomført kartlegging av arbeidsmiljø i form av spørreundersøkelse.

Resultatene viser at medarbeiderne i SSHF trives på sykehuset, er motiverte og har like stor eller større arbeidsglede enn medarbeiderne i andre helseforetak i HSØ. SSHF har et forbedringspotensial når det gjelder å øke andelen som deltar i oppfølgingen av undersøkelsen og andelen gjennomførte medarbeidersamtaler.

2.5 Bemanning og kompetanse

2.5.1 Bemanning

SSHF hadde 5 675 brutto årsverk i 2017, og 7 335 medarbeidere. Helsepersonell utgjorde ca. 85 % av hele arbeidsstyrken ved SSHF. Figuren under viser fordeling av de ulike yrkesgruppene som arbeider ved SSHF. Administrasjon/ledelse inkluderer merkantilt personell.



Figur 7: Fordeling av yrkesgrupper ved SSHF per 2017

2.5.2 Kompetanse

SSHF har tatt i bruk kompetansemodule i arbeidsplanleggingsverktøyet GAT for å få bedre oversikt over den individuelle kompetansen i foretaket. Det er utarbeidet ulike kategorier som enhetene bruker til å dokumentere kompetanse. Dette benyttes i kombinasjon med læringsportalen. Leger i spesialisering har tatt i bruk kompetanseportalen Dossier og det er ønskelig at denne implementeres for alle yrkesgrupper på sikt.

Tilsyn i akuttmottakene i 2016⁴¹ viste behov for bedre system i diagnostikk og behandling, samt behov for høyere legekompentanse i front ved alle akuttmottakene. Det betyr at spesialister eller erfarne leger i spesialisering (LIS-leger) (> 3 år) må være til stede i akuttmottakene i den mest belastede delen av døgnet. I en overgangsperiode inntil nye spesialister innen den nye spesialiteten mottaksmedisin/akuttmedisin er ferdigutdannet, kan dette være erfaren indremedisiner, anestesileger eller allmennmedisinere med tilleggskompetanse. For Flekkefjord kan det bli aktuelt med andre løsninger. Det er også behov for spisset kompetanse innen akuttmedisin hos sykepleiere i akuttmottaket.

SSHF har god kompetanse på utvikling av e-læringsprogram, samt kompetanse for mobile løsninger for e-læring. SSHF har etablert SIM-Sørlandet hvor medarbeidere trener på medisinsk simulering i Kristiansand og kirurgisk ferdighetstrening (MIS) i Arendal. Simulering benyttes i økende grad for å trene på ferdigheter og samspill/teamarbeid i gitte situasjoner. Implementering av ny spesialiststruktur for leger forutsetter økt simuleringstrening, og det er utarbeidet en plan for utdanning av flere instruktører som sikrer tilstrekkelig kapasitet på området.

2.5.3 Rekruttering

Rekrutteringssituasjonen for de fleste yrkesgrupper ved SSHF er generelt god, men det er noen utfordringer knyttet til:

- Psykologspesialister og enkelte legespesialister som f.eks., psykiatri, patologi, enkelte medisinske og kirurgiske fagområder i Kristiansand og Arendal, og legespesialister generelt til Flekkefjord.
- Jordmødre, intensiv- og operasjonssykepleiere til SSHF samt sykepleiere til Flekkefjord.

SSHF har ulike vakt- og beredskapsordninger for leger, alt fra 16-delt vakt til 3-delt vakt. Det er begrenset tilgang på spesialister innen enkelte fagfelt. Det gjør det vanskelig å opprettholde robuste, bærekraftige vaktordninger som ivaretar behov for beredskap, krav til utdanningsinstitusjoner for LIS-leger og ivaretagelse av vernebestemmelsene, samt å gjennomføre ferieavvikling. Utfordringsbildet er knyttet til fordeling av kompetansen på ulike lokalisasjoner og opprettholde egne vaktordninger innen samme fagfelt på flere steder. Det er spesielt utfordrende å rekruttere spesialister til fagområder som har 3- og 4-delte vaktordninger.

Spesialiseringsforløp for leger og psykologer gjennomføres i samarbeid mellom avdelinger, noe som sikrer kompetanseflyt uavhengig av lokalisasjoner. Det er etablert samarbeidsavtaler mellom avdelinger og lokalisasjoner for å sikre utdanning av leger i spesialisering og for spesialsykepleiere.

Det er etablert en 2-årig traineeordning for nyutdannede sykepleiere. Nyutdannede sykepleiere får fulle stillinger og roterer hver 8. måned mellom medisin, kirurgi og psykiatri/rus. Det er utarbeidet opplærings- og veiledningsplan, og erfaringene er positive.

2.5.4 Utdanning av helsepersonell og samarbeid med utdanningsinstitusjoner

Utdanning er en av sykehusets hovedoppgaver, og SSHF er en stor utdanningsinstitusjon. Det er studenter i praksis fra mer enn 20 ulike utdanningsløp (bachelor, etterutdanning og videreutdanning eller mastergrad). Hovedtyngden er sykepleier- og bioingeniørstudenter. SSHF har et velfungerende samarbeid med UiA, innen helseutdanninger og har etablert et samarbeid med Høgskolen i Sørøst-Norge for videreutdanning av jordmødre.

SSHF har lærlinger innen flere områder, blant annet ambulanselærere, helsefag, kokker, håndverkere og kontor. Det er gjennomført CEN-sertifisering⁴² i akuttmottak hvor sykepleiere har deltatt. Få sykepleiere har gjennomført CEN-sertifiseringen, og det oppleves ikke at sertifiseringen har ført til en vesentlig kompetanseheving i akuttmottaket. Det er aktuelt å vurdere en satsning på videreutdanning innen akuttisykepleie.

⁴¹ Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder, 6.7.2016: [Rapport fra tilsyn med identifisering og behandling av pasienter med sepsis eller mistanke om sepsis i akuttmottak ved Sørlandet sykehus HF, Arendal og Kristiansand 2016](#)

⁴² Certified Emergency Nurse, og er en validert sertifisering i USA

Store endringer er gjort innen det pasientadministrative arbeidet og kompetansebehovet for sekretærene er endret. Det er gjennomført et kompetanseprogram for å autorisere sekretærer til helsesekretærer. Det må vurderes å utvikle ordningen.

SSHF har fokus på nettverksbygging, økt samarbeid og samspill på tvers av lokalisasjonene og avdelinger for å kunne beholde spesialister i foretaket. Det er utarbeidet samarbeidsavtaler der hvor det er nødvendig. SSHF samarbeider med UiA om forskning blant annet på flått, flåttbårne sykdommer og e-helse. Det er også etablert gode forskningssamarbeid med Universitetet i Oslo (UiO), Universitetet i Bergen (UiB) og NTNU. Dette samarbeidet vil fortsatt utvikles.

2.6 Forskning og innovasjon

2.6.1 Forskning

SSHF har etablert seg som det mest forskningsaktive sykehuset utenfor universitetsmiljøene i Norge. Fra 2010 til 2016 leverte forskere ved SSHF omlag seks doktorgrader årlig. I samme tidsrom økte SSHF antall publiserte artikler årlig i referee-baserte tidsskrifter fra 59 til 106 (økning på 80 %), hvorav omlag 30 % i nivå 2-tidsskrifter. Antall vitenskapelige poeng (NIFU-step) er økt fra 40 til 98. I nasjonal og internasjonal sammenheng har SSHF spesielt sterke forskningsmiljøer innen nevrologi/flåttbårne sykdommer, revmatologi, gastroenterologi, kardiologi, onkologi, kvinnesykdommer, rus og psykiatri, og tematisk innen epidemiologi, livsstilintervensjon, livskvalitet og helseøkonomi. PhD-prosjekter ved SSHF er som regel eksternt finansiert for somatikk, mens det innen psykisk helse og TSB i større grad også er internt finansierte PhD-prosjekter.

SSHF er med i nasjonale forskningsnettverk innen de fleste fagfelt. I tillegg har SSHF innledet samarbeid med Regional forskningsstøtte ved OUS for videooverføring av kurs, og når formålstjenlig, gjennomføring av lokale kurs. Dette er ressurseffektivt med hensyn til personalressurser og økonomiske ressurser.

Forskningsenheten har et utstrakt internasjonalt samarbeid og en rekke avdelinger har faglig samarbeid med ulike samarbeidspartnere. Noen godt utviklede relasjoner er til:

- Universitetet, det psykiatriske sykehuset og tuberkulosesykehuset i Arkhangelsk
- Haydom Lutheran Hospital, partner siden 2002, med samarbeid på en rekke områder
- Nettverket Foundation Asklepios, samarbeid mellom flere europeiske miljøer innen psykisk helse
- European Health Management Association

Nasjonal kompetansetjeneste for flåttbårne sykdommer (NKFS) ble etablert i 2014 for å øke og spre kunnskap om årsaksforhold, forekomst, klinisk bilde, diagnostikk, behandling, prognose og forebygging av flåttbårne sykdommer gjennom nasjonal forskning og internasjonalt forskningssamarbeid. Denne nasjonale tjenesten sammen med det sterke forskningsmiljøet innen nevrologi oppfattes som den første klyngedannelsen ved SSHF.

Forskningsenheten understreker viktigheten av brukermedvirkning i alle forsknings- og innovasjonsprosjekter. Brukere er også i økende grad med i styringsgrupper og prosjektgrupper. Det er også økende fokus på helseøkonomiske analyser og da særlig kost-nytteanalyser og gevinstrealisering.

Forskningskompetanse bidrar til innovasjonskultur. Forskningsenheten har ansvar for å ta innovative idéer, som er en del av forskningsprosjekter videre, og presentere dem for innovasjonsmiljøet, slik at hvert enkelt prosjekt får mest mulig hjelp med det innovative aspektet. Dette viser seg innen kliniske fagområder og innen tjenesteutvikling. SSHF samarbeider tett med både universitetsmiljøet og andre helseforetak i innovasjonsarbeid.

Et eksempel på vellykket innovasjonsprosjekt som forskningsenheten har støttet, er patenteringen av en ny medikamenteffekt som ble oppdaget ved Senter for kreftbehandling i november 2013. Dette var mulig gjennom systematisk dokumentasjon og solid forskningskompetanse i aktuelle fagmiljø. Andre eksempler er utvikling av egenrapportering av medisinske data for KOLS-pasienter gjennom telemedisinprosjektet United4Health i samarbeid med blant annet DevoTeam (nå EGDE Consulting) og støttet av EU og Forskningsrådet (NFR). Dette arbeidet er videreført i innovasjonsprosjektet 3P innen telemedisin sammen med Helse Vest og Helse Nord, og TELMA (videreutvikling av telemedisinsk plattform for kronikere i 30 kommuner og spesialisthelsetjenesten i Agder støttet av NFR). Innovasjonsarbeidet ved SSHF har blitt betydelig styrket og profesjonalisert de siste årene med etableringen av en egen innovasjonsavdeling (se nedenfor).

Det følger av Strategiplanen for perioden 2015-2017 at SSHF skal utrede muligheten for å kunne søke om å få status som universitetssykehus. En første kartlegging er under gjennomføring i regi av forskningsenheten.

2.6.2 Innovasjon

SSHF har gjennom 2016 og 2017 systematisk økt fokuset på intern innovasjonsstøtte, med den hensikt å kunne realisere gevinster fra idéer som kommer fra medarbeidere. En av aktivitetene er samarbeid om en nasjonal innovasjonsplattform, hvor SSHF er delaktig i en nasjonal prosjektgruppe i tillegg til å implementere plattformen i eget foretak våren 2017. En koordinert innovasjonsplattform innen helseforetakene er til stor nytte både for interne idéhavere, og for samarbeidsprosjekter på tvers av helseforetak.

Innovasjonsarbeidet styrkes av et godt samarbeid med forskningsenheten spesielt, samt aktiv deltakelse fra øvrige deler av organisasjonen. SSHF samarbeider med UiA, Grimstad kommune, private e-helse-aktører og Sykehuspartner for å etablere et senter for e-helse- og innovasjonsutvikling på Sørlandet, kalt I4Health⁴³. Senteret jobber for å ta en nasjonal rolle i utvikling og utprøving av e-helse-relaterte teknologiløsninger, og vil etablere nettverkssamarbeid med andre relevante nasjonale og internasjonale innovative miljøer. I4H-miljøet har blant annet fokus på pasientnære data (PROMS)⁴⁴, omsorgsteknologi, samhandling og beslutningsstøtte. I4Health-lab-etableringen trekker veksler på UiAs kompetansemiljøer: Senter for forskning på kunstig intelligens (CAIR) og Mechatronics Innovation Lab (MIL).

⁴³ Idea, Involvement, Innovation, Implementation

⁴⁴ Patient Related Outcome Measures. Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. [Kva er PROM](#)

2.7 Økonomi

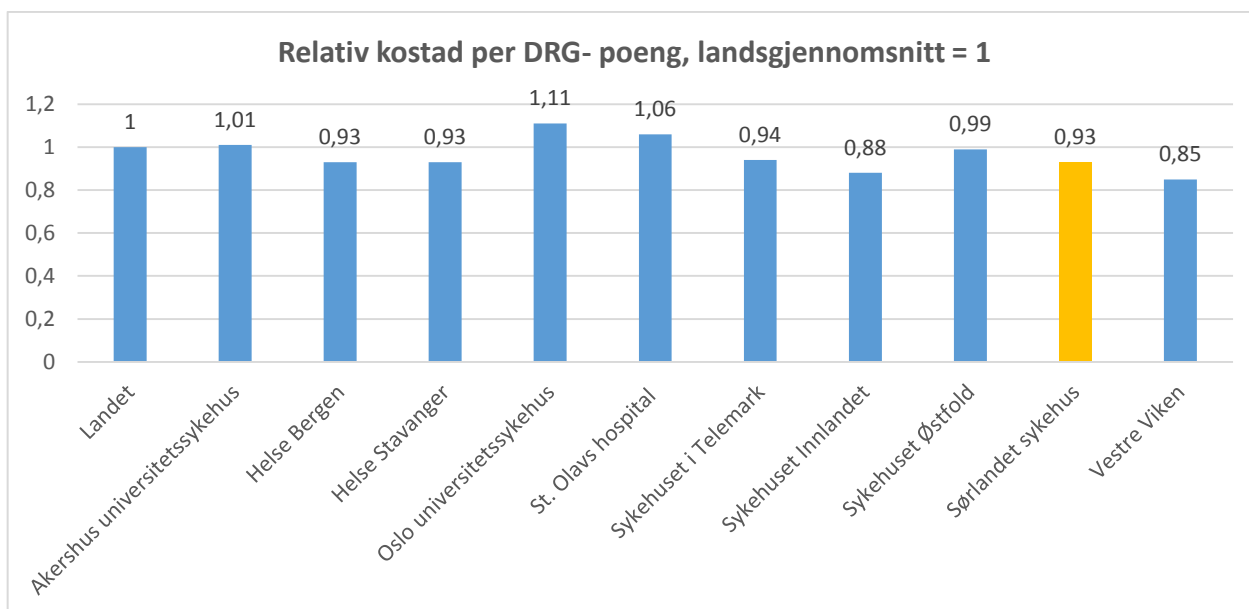
Dagens driftsmodell har utfordringer knyttet til økonomisk bærekraft, faglig kvalitet på grunn av små volumer og rekruttering av spesialister. For analyser for økonomisk bærekraft vises det til rapport utarbeidet av PwC i 2014⁴⁵.

Veksten i årsverk og kostnader i somatikk har de siste årene vært større enn veksten i budsjett og rammer. Fra tidligere å ha vært blant de beste i landet, har driften i somatikk nå betydelige produktivitetsutfordringer. Innen KPH er den økonomiske situasjonen under kontroll, men den lave rammeveksten de siste årene hemmer en ønsket utvikling av tjenestetilbudet.

Det er i 2018 budsjettert med en produktivitsvekst på omlag 4 % i somatikk. Dette tilsier en forbedring på ca. 60 millioner kroner fordelt på de tre lokalisasjonene. Så langt viser dette seg svært vanskelig å oppnå både når det gjelder pasienttilgang og legetilgang, spesielt innen de kirurgiske fagene. SSHF hadde et resultat på 121,9 millioner kroner i 2017 for foretaket. Det meste av dette kom fra psykiatri og eksterne forhold, mens somatikken leverte nær et 0-resultat, basert på en betydelig lavere aktivitet enn budsjettert.

SSHF har et investeringsetterslep på 2,5 milliarder kroner, hvorav over 300 millioner kroner på medisinskteknisk utstyr, og 2,1 milliarder kroner på bygningssiden.

Tabell 6 viser relativt kostnadsnivå i 2016.



Tabell 6: Relativ kostnad per DRG-poeng, landsgjennomsnitt = 1, Samdata 2016

Kostnad per DRG for SSHF har utviklet seg negativt fra 2010, fra 0,85 (2010) til 0,93 (2016) sett mot landsnittet i denne perioden. Dette skyldes i all vesentlighet liten aktivitetsvekst målt i DRG og høy vekst i årsverk i samme periode innen somatikk. Dette kombinert med parallelle beredskapsordninger ved tre lokalisasjoner og nødvendig styrking av vaktordninger for leger på en rekke fagområder, gir betydelige økonomiske utfordringer.

IKT-kostnader, kostnader til høykostnadsmedisiner, gjestepasienter ved OUS og behandlingshjelpemidler har også de siste årene hatt en vekst langt utover rammeveksten for foretaket, noe som igjen har bidratt til svakere resultater og mindre midler til investeringer enn ønskelig. Disse områdene vil fortsette å vokse betydelig også i de kommende årene.

Sykehuset har også betydelige utfordringer knyttet til store utgifter til pasienttransport i fylkene. Forbruket per innbygger er relativt høyt på Sørlandet i forhold til de fleste sykehusområdene i regionen. Dette skyldes i noen grad store avstander, men også høy bruk av både taxi og ambulanser i forbindelse med behandlinger ved sykehus, legevakter, fastleger og hos annet helsepersonell.

⁴⁵ PwC, 15. September 2014, Utviklingsplan 2030 Sørlandet sykehus HF, [Økonomiske vurderinger av ulike scenarier](#)

2.8 Teknologi og utstyr

Moderne pasientbehandling og effektiv sykehusdrift krever omfattende og kompliserte informasjonssystemer. SSHF opplever at både mangel på IKT-systemer og rigide og foreldede systemer i økende grad hindrer effektiv drift og god kommunikasjon internt og eksternt. I tillegg er forskriftsmessig dokumentasjon av aktiviteten på enkelte områder vanskelig på grunn av manglende/mangelfulle IKT-løsninger. Manglende IKT-løsninger for blant annet medikamentell kreftbehandling, elektronisk kurve og lukket legemiddelsøyfe er en betydelig trussel mot behandlingskvalitet og pasientsikkerhet. SSHF støtter de regionale strategiene på IKT-området, men standardisering og innføring av fellesløsninger er meget ressurskrevende og tar ofte svært lang tid.

Etter etableringen av SSHF i 2003 er IKT-løsninger i stor grad standardisert internt i foretaket og applikasjonsporteføljen er kraftig redusert i løpet av de siste årene.

SSHF deltar i HSØs program for digital fornying. SSHF har blant annet innført kjernejournal og e-resept, SMS-varsling ved innkalling av pasienter, elektronisk timehåndtering, nettbutikk for behandlingshjelpemidler og andre digitale tjenester. Regional standardisering av DIPS pågår. Elektronisk meldingsutveksling med primærhelsetjenesten og andre helseforetak er tatt i bruk. Ulike datasystemer er likevel et vesentlig hinder for effektiv samhandling mellom forvaltningsnivåene (sykehus-kommune-fastlege-private). Det er planer for innføring av flere regionale systemer de neste fem årene, hvorav *elektronisk kurve og medikasjon* er det største og viktigste.

Elektronisk meldingsutveksling mellom nivåene har muliggjort kommunikasjon i sanntid, og mulighetsrommet er stort for utviklingen av samhandling og e-helse. Samtidig hemmes denne utviklingen av fortsatt uklar standardisering og av at de ulike systemene sliter med å kommunisere med hverandre.

Medisinsk-teknisk utstyr er i mindre grad standardisert på tvers av lokalisasjoner. SSHFs utstyrspark har en relativ høy gjennomsnittsalder. En betydelig andel av det medisinsktekniske utstyret er mer enn 10 år gammelt. De nærmeste årene må store deler av laboratorie- og røntgenutstyret fornyes hvis kapasiteten og kvaliteten skal opprettholdes.

Det er en teknisk utfordring og økonomisk svært krevende å anskaffe og vedlikeholde komplisert medisinskteknisk utstyr på flere lokalisasjoner. Ulikt teknisk utstyr kan også være en utfordring ved ambulering/rotasjon av personell mellom sykehusene. Samtidig gir dublering av utstyr økt sikkerhet ved feil og driftstans ett sted.

Enhet for behandlingshjelpemidler har hatt en økning i antall pasienter som behandles hjemme. I 2016 fikk omlag 10 000 pasienter i Agder hjemmebehandling. All behandling blir igangsatt av spesialisthelsetjenesten. For de mest behandlingstrengende pasientene er det ofte et nært samarbeid med primærhelsetjenesten.

2.9 Dagens bygg – tilstand og muligheter

2.9.1 Areal

SSHF disponerer i 2017 bygg med samlet bruttoareal på 250 000 kvm. Bygningenes alder varierer mellom 15 og 135 år. I tillegg til sykehusområdene på Eg og Kongsgård i Kristiansand, i Arendal og i Flekkefjord, eier eller leier SSHF bygg for psykiatri, avhengighetsbehandling, prehospitale tjenester og personalboliger en rekke steder i Agder-fylkene.

Lokalisasjon	Antall bygninger (stk)	Gjennomsnitt alder (år)	Totalt bruttoareal (kvm) vurdert
Arendal	53	33	92 583
Flekkefjord	14	34	19 580
Kristiansand	73	39	137 609
Samlet	140	37	249 772

Tabell 7: SSHFs bygningsmasse i 2016

Den bygningsmessige kapasiteten for SSHFs kjernevirksomhet er for tiden rimelig god ved sykehusene i Arendal og Flekkefjord. Mange avdelinger opplever likevel areal knapphet og til dels uhensiktsmessige lokaler. Ved ytterligere optimalisering av arealbruken, bør det her være rom for noe økning av aktiviteten.

Ved sykehuset på Eg er arealmangel en vesentlig begrensning for kapasitet og virksomhetsutvikling innen somatiske fagområder og medisinske servicefunksjoner. Spesielt bekymringsfull er situasjonen for akuttmottak, intensivavdelinger, bildediagnostikk og laboratorier. Arealutvidelser er nødvendig i løpet av de nærmeste årene for å opprettholde forsvarlig kvalitet og pasientsikkerhet.

2.9.2 Teknisk tilstand og utviklingsmuligheter

Store deler av kjernevirksomheten har gode og funksjonelle arealer. Det er likevel et betydelig vedlikeholdsetterslep, og store deler av bygningsmassen og den tekniske infrastrukturen trenger teknisk oppgradering og modernisering. Investeringsbehovet for tekniske oppgraderinger er beregnet til drøye 2 milliarder kroner⁴⁶ av ekstern konsulent i henhold til standard metodikk i HSØ. Omkring 35 % av oppgraderingsbehovet er relatert til bygninger og bygningsdeler med så dårlig tilstand at tiltak for oppgradering bør skje i løpet av de nærmeste fem år. Arealutvidelser og funksjonell modernisering kommer i tillegg, slik at samlet investeringsbehov er vesentlig høyere.

I 2014-2016 ble det foretatt en grundig gjennomgang av bygningsmassen for somatikk ved alle de tre sykehusene med sikte på arealoptimalisering. Det ble funnet flere muligheter for mindre ombygginger og rokkeringer som kan gi bedre driftsforhold for klinikkene, og noen av disse er allerede gjennomført. Optimaliseringsarbeidet har samtidig styrket oppfatningen av at det er behov for større arealutvidelser og oppgraderinger ved Kristiansand i løpet av de nærmeste årene.⁴⁷

Kristiansand

Sykehusområdet på Eg ligger ca. 1,5 km nord for sentrum og E18. Eiendommen er begrenset av friarealer (Baneheia/Bymarka) og vestbredden av Otra. Veiadkomsten er god for alle trafikantgrupper, men beredskapsmessig er det uheldig med bare én adkomstvei. Statens vegvesen planlegger en ny lokalvei til sykehuset på bro over Otra. Kristiansand kommune har utarbeidet en ny områderegeringsplan for hele sykehusområdet⁴⁸. Den legger godt til rette for langsiktig utbygging av sykehuset, samt private og kommunale helsetjenester på Eg. Tomteområde som er mulig å bygge på utgjør ca. 80 mål. Grunnforholdene er undersøkt i forbindelse med reguleringsplanen⁴⁹. På grunn av leire/kvikkleire på store deler av området, må videre utbygging av somatiske funksjoner skje på nordsiden av nåværende hovedbygg hvor grunnforholdene er gode.



Bilde 1: Sørlandet sykehus Kristiansand, deler av hovedanlegget på Eg

Den eldste bygningsmassen som brukes av Klinikken for psykisk helse er lite egnet for dagens virksomhet, og byggene har begrenset tilpasningsdyktighet til nye funksjoner. Nytt bygg for psykisk helse er vedtatt og under prosjektering. Bygget omfatter 70 døgnplasser for voksne og 10 døgnplasser for barn og unge. Det skal erstatte eksisterende, gamle psykiatribygg på Eg samt ungdomsklinikken i Arendal.⁵⁰

Kapasiteten til den tekniske infrastrukturen på Eg er i dag fullt utnyttet. Hovedbygg somatikk er 29 år gammelt i 2018 og de fleste tekniske anlegg har nådd forventet levetid. Elektriske anlegg som ikke tilfredsstillers dagens forskrifter virker sterkt hemmende for en løpende utvikling av byggene og virksomheten. Strakstiltak for oppgradering av reservekraft og nødstrøm pågår. Hovedbygget er oppført i en periode hvor kravet til dagslys var vesentlig mindre enn i dag. En utnyttelse av de innerste delene i bygget til nye eller endrede funksjoner vil kunne by på utfordringer. Husets hovedkonstruksjon med store søylefrie arealer og tekniske mellometasjer gir imidlertid stor frihet til å endre/bygge om.

⁴⁶ Multiconsult AS, 26.1. 2017/01, [Rapport Kartlegging av teknisk tilstand ved Sørlandet sykehus HF 2016](#)

⁴⁷ Hospitalitet AS, 5.3.2014, [SSHf, AFR og arealeffektivisering hovedbygg somatikk](#) og [Styringsgruppemøte for Arealprosjektet SSHf](#), 23.6.2016

⁴⁸ Kristiansand kommune, [Områderegeringsplan for Eg sykehusområde](#). Vedtatt 11.5.2016

⁴⁹ Kristiansand kommune, [Kvikkleireutredning – Eg sykehusområde. Områdestabilitet Eg sykehusområde. Dato: 5.5.2015](#)

⁵⁰ SSHf, [Styresak 19.5.2016 \(sak 044-2016\), Nybygg psykisk helse SSK – Revidert konseptrapport](#)

Ved akuttmottaket er kapasiteten sprengt. I tillegg er det betydelig behov for utvidelse av behandlingsskapasiteten innen intensiv/intermediær i Kristiansand. Det er også underdekning på isolater og observasjonsplasser. Deler av operasjons- og anestesivdelingen er oppgradert og modernisert de siste årene. Sykehuset på Eg har ikke en godkjent landingsplass for helikopter.

Barneavdeling og føde-/barselavdeling holder til i et bygg som ikke er egnet for avanserte kliniske funksjoner, på grunn av teknisk tilstand og begrensede muligheter for oppgradering. Det er i svært begrenset grad mulig å legge til rette for familiesentrert omsorg. I tillegg har nyfødmedisin påtrengende behov for arealutvidelse.

Arealet er nå den største begrensning for å ta i bruk nye instrumenter/ny teknologi ved samtlige laboratorier. I poliklinikk for blodprøvetaking er det på grunn av lokalenes utforming, vanskelig å ivareta taushetsplikten ovenfor pasientene og støynivået er svært høyt.

Ved radiologisk avdeling er det ikke mulig å samle funksjoner hensiktsmessig på grunn av manglende areal (Brystdiagnostisk senter). Kapasitet på ultralydundersøkelser begrenses av tilgang på undersøkelsesrom. Det finnes ikke egnet ventareal for pasienter i seng.

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling på Kongsgård har forholdsvis gode lokaler, bortsett fra en poliklinikk hvor det er vedtatt nybygg. Somatiske funksjoner på Kongsgård holder til i eldre og til dels uhensiktsmessige bygg, og bør på sikt flyttes til Eg.

Arendal

Sykehuset ligger sentralt ca. 1 km nord for sentrum, omringet av veier på alle kanter. Tomteområdet er kupert og grunnen er for det meste fjell. Hovedbygg for somatikk har en god utforming med stjerneform og fire fløyer bygget i forskjellige tidsperioder. Det er gode utvidelsesmuligheter i tilknytning til E-fløyen. E-fløyen ble bygget i 2002 og er et moderne behandlingsbygg med god kapasitet for poliklinikk og operasjoner og fremstår som funksjonelt og teknisk bra. Kapasitetsutnyttelsen er generelt god. Det er noe ledig kapasitet i operasjonsstuer, mens andre funksjoner opplever arealknapphet. Akuttmottaket har hatt stor aktivitetsøkning de senere år, og mangler smitterom, kontorer, poliklinisk behandlingsrom og trenger økt triagekapasitet. I løpet av få år skal Arendal kommune bygge ny legevakt, og dette vil frigjøre nærliggende arealer og gi mulighet for utvidelser av SSHFs akuttmottak. Eldre fløyer har behov for teknisk oppgradering og funksjonell modernisering. Alle fløyene i hovedbygget har søylekonstruksjon, som begrenser mulighetene for ombygging til moderne og effektive driftsmodeller. Hovedbygget er vernet⁵¹, og dette kan gi noen utfordringer for fremtidig utvikling av anlegget.

Sykehuset har en helikopterbase i direkte tilknytning til akuttmottaket.



Bilde 2: Sørlandet sykehus Arendal

PSA, ABUP og ARA holder til i egne bygg vest og nordøst for hovedbygget, med kort avstand imellom. Med unntak av døgnenhet for barn og unge som er vedtatt flyttet til nytt bygg i Kristiansand, fremstår KPHs bygg i Arendal som funksjonelle og teknisk gode. På grunn av topografien og nærhet til helikopterbasen, er utvidelsesmulighetene likevel svært begrenset. DPS Aust-Agder driftes i eldre og til dels uhensiktsmessige lokaler.

⁵¹ Helse- og omsorgsdepartementet, Helsebygg i Norge – ei historisk oversikt. [Landsverneplan for helsesektoren](#)

Flekkefjord

Sykehuset ligger på en høyde i landskapet sentralt i Flekkefjord. Eiendommen er omringet av Engvald Hansens vei på tre sider. Tomten er på ca. 16 dekar. Grunnen er fjell og det er bratte skrenter mot nordvest og sydvest. I tillegg har sykehuset et stort parkeringsområde øst for hovedbygget.



Bilde 3: Sørlandet sykehus Flekkefjord

Tomten er tilnærmet fullt utbygget. Videre utbygging må eventuelt utføres som påbygg og mindre tilbygg. På lengre sikt er det mulighet for en betydelig utvidelse mot sør-øst eller på nåværende parkeringsareal.

Store deler av hovedbygget er modernisert og teknisk oppgradert de senere år og fremstår som meget bra, men fløyen fra 1980 med medisinske poliklinikker samt ambulansesentralen har fortsatt stort behov for oppgradering. Lav etasjehøyde gir begrenset mulighet for endringer. Kapasitetsutnyttelsen er generelt god.

KPH har et eget bygg like ved siden av hovedbygget. Dette er en enkel trebygning med liten mulighet for utvidelse, og med begrenset levetid.

3. Overordnede strategier og føringer

De viktigste nasjonale, regionale og lokale planer, strategier og dokumenter som utviklingsplanen bygger på vises til under.

Styret behandlet utkast til Utviklingsplan 2030 i møte 5.2.2015 (sak 002-2015) og gjorde følgende vedtak⁴:

1. *Styret tar framlagte prosjektrapport for Utviklingsplan 2030 til orientering.*
2. *Styret vil videreutvikle en driftsmodell for SSHF med tre sykehus i helseforetaket og med hovedsykehus i Kristiansand. Delregionale senterfunksjoner som PCI og ICD skal videreføres i tråd med gjeldende føringer fra Helse Sør-Øst RHF.*
3. *Styret forventer at direktøren legger frem Utviklingsplan 2030 for endelig behandling i styret når nasjonal helse- og sykehusplan foreligger.*
4. *Styret er bekymret for behandlingsskapiteten innen intensiv/intermediær, og ber direktøren, i dialog med Helse Sør-Øst RHF, starte en idéfaseutredning om hvordan kapasitetsbehovet kan dekkes.*
5. *Større endringer i tilbudet innen psykisk helse skal skje i god samhandling med kommunene og brukerne. Styret ber direktøren ta initiativ til en felles plan for SSHF og kommunene i Agder på feltet psykisk helse og rus.*

Med henvisning til punkt 3 i ovennevnte vedtak er det utarbeidet en oppdatert versjon av utviklingsplanen for å realisere styrevedtaket 5.2.2015, og som hensyntar føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP) for perioden 2016-2019⁵. Stortinget behandlet NHSP 17.3.2016. Meld. St. 11 (2015-2016), Innst. 206 S (2015-2016) vedtak 542 som ga følgende føringer for arbeidet med utviklingsplanene⁵²:

- *Konklusjonene i scenariene beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan skal ikke være førende*
- *Sykehus som i dag har akuttkirurgisktilbud, skal fortsatt ha dette når hensynet til pasienten gjør det nødvendig og kvalitet og pasientsikkerhet er ivaretatt.*
- *Basestrukturen for luftambulanser i Norge skal gjennomgås.*
- *Det skal startes en prosess med å flytte mer av den elektive kirurgien i foretakene til akuttisyrkehusene for å styrke den generelle kirurgiske kompetansen.*

Det følger av Stortingets behandling at NHSPs forslag til definisjon av fire ulike typer sykehus er gjeldende:

Regionsykehus, stort akuttisyrkehus, akuttisyrkehus og sykehus uten akuttfunksjoner. I Utviklingsplan 2030 benyttet SSHF andre begreper for sykehus i mangel på gode betegnelser. I dialogmøte med HSØ 26.10.2017 ble det presisert at begrepet hovedsykehus ikke kan benyttes, da det ikke samsvarer med definisjonene i NHSP⁵³. I denne oppdaterte versjonen er NHSPs betegnelser for sykehus benyttet. SSHF har store akuttisyrkehus i Kristiansand og Arendal, og akuttisyrkehus i Flekkefjord. Etter Helse- og omsorgsdepartementets foretaksmøte 4.5.2016 med de regionale helseforetakene, ble nedenstående protokollført for HSØ⁵⁴:

- *De fire regionsykehusene vil ha det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i en helseregion. Dette utelukker ikke at store akuttisyrkehus og universitetssykehus kan ha regionsfunksjoner.*
- *Akuttisyrkehus skal ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser. Foretaksmøtet presiserte at det blir lagt til grunn at dette kan skje ved å utnytte ressurser i helseforetaket som helhet.*
- *Akuttisyrkehus skal ha traumeberedskap og generelt akuttkirurgisk tilbud når bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.*
- *Akuttisyrkehusene vil ettersom lokale forhold tilsier det, ha ulik kompetanse og systemer for vurdering, stabilisering og håndtering av akutte hendelser. Flere av sykehusene vil fortsatt måtte ha fullt akuttkirurgisk tilbud på grunn av lange avstander.*
- *Eventuelle endringer i sykehusstilbudet må ikke svekke det samlede fødetilbudet.*
- *Sykehus som i dag har akuttkirurgisk tilbud, skal fortsatt ha dette når hensynet til pasienten gjør det nødvendig og kvalitet og pasientsikkerhet er ivaretatt.*

⁵² Stortinget Meld. St. 11 (2015-2016), Innst. 206 S (2015-2016): [Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan \(2016-2019\) og Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan](#)

⁵³ Helse Sør-Øst, [Utviklingsplan for Sørlandet sykehus HF – tilbakemelding etter dialogmøte 26.10.2017](#)

⁵⁴ Helse Sør-Øst, Foretaksprotokoll 4.5.2016, [Oppfølging av nasjonal helse- og sykehusplan](#)

I foretaksmøte med HSØ og SSHF 8.6.2016, sak 6, ble oppfølging av NHSP behandlet, og det ble tydeliggjort at NHSP skal legges til grunn for videre utviklingsarbeid i helseforetakene med følgende føringer⁵⁵:

- *Alle barne- og ungdomsmedisinske avdelinger knyttet til somatisk sengepost og poliklinikk skal ha tilknyttet psykologkompetanse.*
- *Store akutt sykehus skal ha geriatrisk kompetanse.*

Det er i dag en avtale mellom ABUP og BUA om liaisontjeneste med psykolog fra ABUP. Denne tjenesten vil utvikles videre i planperioden. Når det gjelder geriatrisk kompetanse, har både Arendal og Kristiansand geriatrisk enhet med ortogeriatri.

På bakgrunn av NHSP ble det besluttet i foretaksmøte at fremtidige akuttfunksjoner ved sykehuset i Flekkefjord skulle spesielt utredes. Denne utredningen ble gjennomført før 1.4.2017. Administrerende direktørs forslag ble styrebehandlet, og i foretaksmøte i HSØ (24.4.2017)⁵⁶ og SSHF (3.5.2017)⁵⁷ ble følgende vedtatt:

Utviklingsplanen i Sørlandet sykehus HF skal utarbeides med utgangspunkt i at dagens akuttfunksjoner ved Flekkefjord sykehus videreføres.

Oppfølging av vedtaket ble jobbet med i egne prosesser. Det ble blant annet nedsatt to arbeidsgrupper for henholdsvis ortopedi og gastrokirurgi for å sikre et best mulig tilbud ved sykehuset i Flekkefjord. Det har ikke vært vurdert vesentlige omlegginger av øyeblikkelig hjelp-tilbudet på andre områder.

Styremøte HSØ besluttet 16.6.2016 (sak 056-2016)⁵⁸ å legge til grunn at alle helseforetak skal utarbeide utviklingsplaner i tråd med *Veileder for arbeid med utviklingsplaner*. Ved utarbeidelse av Utviklingsplan 2030 forelå ikke denne, men de fleste tema var dekket i henhold til forslag til innholdsfortegnelse i *veilederen*. For denne versjonen er veilederen fulgt, og det er gjort nødvendige oppdateringer. Dokumentets kapittel 4 avviker noe fra veilederen, da det er gjort en tilsvarende kapitellinndeling som nåsituasjonen i kapittel 2 og mål i kapittel 6.

Med styrets vedtak i februar 2015 er sykehusstrukturen på Sørlandet lagt for mange år fremover. Det er ikke gjort nye vurderinger av sykehusstruktur i den oppdaterte versjonen. Kapittel 5 er en oppsummering fra Utviklingsplan 2030, hvor det ble gjort vurderinger og analyser av ulike driftsmodeller. Etter styrevedtaket har det blitt gjennomført arbeid som primært omfatter fordeling av den operative virksomheten mellom Arendal, Kristiansand og Flekkefjord. HSØ presiserte i dialogmøte med SSHF 26.10.2017⁵³ at det ikke skal revurderes funksjons- eller oppgavedeling som allerede er gjort. Sykehusene skal utvikles slik at de sammen kan ivareta befolkningens behov for helsetjenester, ikke slik at de blir innholdsmessig likest mulig. Det legges opp til at sykehusene skal arbeide i nettverk. I kapittel 5.5.2 beskrives dette ytterligere. Selv om akuttfunksjonene nå ligger fast i SSHF vil det likevel forventes ytterligere utvikling og oppgavefordeling fremover. I oppdatert versjon av utviklingsplanen er det arbeidet mest med kapittel 6 i henhold til veilederen, for å beskrive utviklingen av SSHF i form av mål og tiltak for pasientens helsetjeneste i henhold til vedtatt sykehusstruktur. I Oppdrag og bestillingsdokumentet for 2017 (datert 10.1.2017) fra HSØ ble det bedt om at utviklingsplaner utarbeides med en tidshorisont fram mot 2035. SSHF har dermed oppdatert tidsperspektivet og utarbeidet mål mot 2035.

HSØ har utarbeidet regionale føringer for helseforetakenes arbeid med lokal utviklingsplan i dokumentet «Strategier, planer og regionale føringer for utviklingsplaner» (HSØ styresak 008-2017)⁵⁹. Det er valgt ut 7 fagområder: Psykisk helse, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), rehabilitering, habilitering, hjerneslag, kreftkirurgi og prehospitale tjenester. Begrunnelsen fra HSØ for at disse områdene er valgt ut, er at dette er fagområder med store grenseflater mot primærhelsetjenesten og kommunene, og som i tillegg har særlig potensiale for oppgavedeling og kompetanseoverføring. Fagområdene er beskrevet i kapittel 2 og 4, og føringene vil bli jobbet med og svart ut i form av tiltak i klinikkplaner og i aktuelle avdelingene i perioden 2018-2020. Det er ikke utelukkende disse fagområdene som prioriteres, men SSHF må også løfte frem andre fagområder på bakgrunn av demografisk utvikling.

⁵⁵ SSHF, [Protokoll fra foretaksmøte i SSHF 8.6.2016, sak 6](#)

⁵⁶ Helse Sør-Øst, Foretaksprotokoll 24.4.2017, [Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – avklaring av akuttfunksjoner](#)

⁵⁷ SSHF, [Protokoll fra foretaksmøte SSHF 3.5.2017, sak 3](#)

⁵⁸ Helse Sør-Øst, [Styrevedtak sak 056-2016. 8.9.2016. Veileder for arbeidet med utviklingsplaner](#)

⁵⁹ Helse Sør-Øst, [Styresak 008-2017 2.2.2017: Regionale føringer for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner](#)

Foretaksrådet 4.5.2016 i HSØ viste til at Stortinget ved behandling av NHSP gjorde følgende vedtak⁵⁴: «Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksrådet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse bli hovedregelen ved norske sykehus.» SSHF gjennomførte en omorganisering av foretaket og innførte stedlig ledelse i de somatiske klinikkene fra 1.1.2016, og har dermed svart opp denne føringen fra HSØ.

Som en del av vedtaket 5.2.2015 fremgikk det at større endringer innen psykisk helse skulle skje i god samhandling med kommunene og brukerne. Direktøren ble derfor bedt om å ta initiativ til en felles plan for SSHF og kommunene i Agder på feltet psykisk helse og rus. Vedtaket ble fulgt opp i et samarbeidsprosjekt mellom KPH og samtlige kommuner i Agder, med organisatorisk og økonomisk forankring i OSS. Prosjektet resulterte i en melding, *Samhandlingsmelding for rus og psykisk helsearbeid i Agder*. Meldingen gir et felles kunnskapsgrunnlag, og beskriver virkelighets- og utfordringsbildet for å gi en bærekraftig, strategisk utvikling av rus- og psykisk helsefeltet. Samhandlingsmeldingen angir en retning for utviklingen, og er således et sentralt grunnlagsdokument når fremtidens tjenester skal utvikles.

Nybygg psykisk helse bidrar til en framtidrettet utvikling for spesialisthelsetjenesten ved SSHF, med en ønsket organisasjons- og tjenesteutvikling for barn og voksne innen KPH. Videre tar det hensyn til fortsatt desentraliserte tjenester innen DPSer og de nærhetsbehov som psykisk helsevern og somatiske tjenester har til hverandre. Den faglige begrunnede målsetningen om å vri virksomheten fra døgn til dag står fast, men NHSP fastslår at det fortsatt skal være døgnplasser i DPSer.

Av sentrale føringer nevnes både nasjonale og regionale. Listen er ikke komplett.

Andre nasjonale føringer som utviklingsplanen legger til grunn er følgende:

- Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter (Sykehusbygg HF, oktober 2017)
- Nasjonale og regionale veiledere (fødeveileder, veileder i kreftbehandling, etc.)
- Nasjonal veileder for organisering og drift av somatiske akuttmottak
- Samhandlingsreformen, St.meld. nr. 47 (2008-2009)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Ny forskrift for spesialistutdanning for leger
- Nasjonal veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator
- Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten: En status-, trend- og behovsanalyse frem mot 2030. (Helsedirektoratet, IS-1966, februar 2012)
- Perspektivmeldingen 2013, Meld. St. 12 (2012-2013)
- Meld. St. 9 (2012-2013) «Én innbygger – én journal»
- Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015, Meld. St. 16 (2010-2011)
- Og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Helse- og sosialtjenesten (Helsedirektoratet, IS-1162, september 2005)
- Nasjonal strategi for innvandrerhelse
- Nasjonal traumeplan - Traumesystem i Norge 2016

Andre regionale føringer er:

- Veileder for arbeid med utviklingsplaner
- Strategier, planer og regionale føringer for HFFenes utviklingsplaner, Sak 008/2017 HSØ
- Plan for strategisk utvikling 2013-2020 (vedtatt av styret for HSØ 22.11.2012)
- Regional strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS 2018-2020
- Saksframlegg 16.6.2016. Styret HSØ. Sak nr. 051-2016. Økonomisk langtidsplan 2017-2020
- Regional strategi for forskning og innovasjon 2013-2016, HSØ 2013
- IKT-strategi Standardisering av teknologiske løsninger og arbeidsprosesser. HSØ, 17.12.2015
- Kommunikasjonsplakat for HSØ
- Strategi for eiendomsvirksomhet i HSØ, styresak nr. 010/2011
- Eiendom: BIM-strategi for HSØ
- Infeksjonskontrollprogram
- Antibiotikastyringsprogram
- Andre styrevedtak i HSØ

4. Utviklingstrekk

Helsetjenesten utvikler seg raskt og en rekke faktorer vil stå som drivere for utviklingen og endring av spesialisthelsetjenesten frem mot 2035. Kapitlet beskriver forventede utviklingstrekk innenfor ni tema. Kapittelinnvidlingen avviker noe fra *Veileder for arbeid med utviklingsplaner*, men er inndelt på tilsvarende måte som nåsituasjonen i kapittel 2 og mål i kapittel 6.

4.1 Pasientens helsetjeneste

Regjeringen ønsker å skape pasientens helsetjeneste (NHSP, s. 10)⁵. Pasienter skal medvirke i utformingen av tjenesten, delta i valg av egen behandling og få bedre mulighet til å være aktør og mestre eget liv. Det skal være åpenhet om kvalitet. Kravene til kvalitet skal være like, uavhengig av region, behandlingssted eller hvem som utfører tjenesten. Dette krever kultur- og holdningsendringer, ny kompetanse, metodikk og prosedyrer i SSHF. Ledere må tilrettelegge og gi økt fokus og satsning på vedlikehold og utvikling av helsepersonell/fagpersoners kompetanse innen klinisk kommunikasjon, relasjonsbygging og pedagogikk.

4.1.1 Samvalg

Godt behandlingsresultat vil i mange tilfeller forde aktive og kompetente pasienter og pårørende. Pasienter og pårørende forventer innsyn i hvordan tjenesten leveres og hva den kan gi av resultater. Medvirkning krever kunnskap og ferdighet hos både fagperson og pasient. SSHF vil legge til rette for samvalg, styrke fagpersoners kompetanse og ta i bruk samvalgsverktøy. Dette vil i større grad gi reell brukermedvirkning.

Samvalg gir bedre informerte pasienter, med riktigere forventninger til behandlingsresultat, og en behandling som er mer i tråd med pasientens personlige ønsker og verdier. Det vil bli publisert gode samvalgsverktøy på helsenorge.no⁶⁰, verktøy som gir pasienten god støtte til å vurdere alternativene, og til å utforske egne verdier og preferanser. Fagpersoner i SSHF er med å utvikle samvalgsverktøy innen behandling av HIV og tidlig brystkreft, i samarbeid med HSØ, OUS, UNN og brukerorganisasjoner. Pasienten får dermed støtte til å vurdere alternativene, og utforske egne verdier og preferanser⁶¹. I tillegg skal det benyttes personer med erfaringskompetanse innen sykdomsområder i helsetjenesten.

Pasientens medbestemmelse skal styrkes gjennom fritt behandlingsvalg. Fritt behandlingsvalg inkluderer også private aktører i markedet. Pasienter vil i økende grad velge det sykehus som best tilfredsstillende forventningene. SSHF må i alle møter med pasienter og pårørende skape tillit, og ytterligere styrke posisjonen som Agder-befolkningens førstevalg for spesialisthelsetjenester.

4.1.2 Pasient- og pårørendetilfredshet og involvering

Å skape pasientens helsetjeneste krever at SSHF legger til rette for at pasienter, pårørende og andre samarbeidspartnere kan engasjere seg i utvikling av helsetjenesten. Brukerinvolvering må skje både i den direkte omsorgen, innen organisasjonsstrukturer og innen forskningen. Kommunikasjon må skje på de plattformer som aktørene befinner seg. Befolkningen vil forvente at SSHF benytter mulighetene i ny teknologi for å oppnå økt dialog. Det er viktig at teknologien er universell utformet, og dermed også tilpasset for blinde og svaksynte.

SSHF's omdømme avgjøres av alle møter mellom pasienter og pårørende, og helsepersonell. Medarbeideres, ledes og SSHF's fremtreden og oppførsel er med på å forme befolkningens forventning til og opplevelse av SSHF. Regjeringen vil at pasientopplevd kvalitet skal sidestilles med faglig kvalitet, og pasientene kan selv vurdere en rekke kvalitetsaspekter ved helsetjenestene. Faglig kvalitet har pasienter begrenset mulighet for å bedømme, men de må kunne forvente at diagnostikk og behandling holder topp faglig kvalitet. Det må utarbeides et elektronisk system som gjør det enkelt for pasienter å gi tilbakemelding til helseforetaket.

Barne- og familieperspektivet må være et fast tema i all utredning og behandling, slik loven tilsier. Dette er grunnleggende og skal ikke bare gjøres av bestemte fagpersoner eller tjenester, men må inkluderes i alle tjenester. SSHF må sikre arbeid med å implementere lovendringene for barn og søsken som pårørende⁶² Feil! Bokmerke er ikke definert.

⁶⁰ [Helsenorge.no-samvalgsverktøy](http://helsenorge.no-samvalgsverktøy)

⁶¹ Helse Norge, [Årsmelding 2015, Pasient- og brukerombudene i Norge](#)

⁶² Stortinget, Helse- og omsorgsdepartementet, Lov 16. juni 2017 nr. 53, [Lov om endringer i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. \(styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstjenester m.m.\)](#)

Det vil være potensiale for å benytte brukerstyrte senger i større grad, spesielt innen somatikk. Kreftpasienter, KOLS- og hjertesviktpasienter kan være aktuelle pasientgrupper. Det samme gjelder brukerstyrte poliklinikker, som også kan være egnet for pasientgrupper som for eksempel kreftpasienter, KOLS- og hjertesviktpasienter, barn med kroniske sykdommer, pasienter med inflammatoriske tarmsykdommer, diabetikere, med flere. Ved brukerstyrte poliklinikker kan pasientene selv påvirke kontrollintervallene, det kan åpnes for at de selv kan ta initiativ til blodprøver, velge kontroll hos lege eller annet helsepersonell for oppfølging.

4.1.3 Pasient- og pårørendeinformasjon og opplæring

Informasjon

Informasjonssamfunnet og den digitale utviklingen fører til at pasienter og pårørende forventer å kunne sette seg inn i egen situasjon for å kunne gjøre kompetente valg. Tilgjengelig og tilpasset informasjon om behandlingstilbud og kvalitet er en del av dette. Befolkningen vil stille høyere krav til åpenhet og brukertilpassede tjenester. Det er en selvfølge at pasienter og pårørende tas med i utviklingen av nye verktøy og tjenester som setter dem i stand til enda mer aktiv involvering i beslutninger om eget liv og helse. Informasjon skaper forutsigbarhet og trygghet for pasienten. SSHF må sikre at informasjon etter polikliniske konsultasjoner og utskriving følger pasienten og at den er forstått.

Opplæring

Utvikling av pasientens helsetjeneste og en endret pasientrolle fordrer at det jobbes godt med pasientopplæring. Dette er i tråd med NHSP. Demografisk utvikling og endringer i sykdomsbildet tilsier at vi får flere personer med kroniske og sammensatte tilstander. Disse vil ha behov for nye kunnskaper og ferdigheter i mestring og egenbehandling. SSHF vil i årene som kommer møte stadig flere pasienter med mye kompetanse om sin egen sykdom og helse, samtidig som behovet for opplæring blir større. Dette vil blant annet kreve:

- tilgjengelig og tilpasset informasjon samt forståelse for andre språk og kulturer
- tilgjengelig og tilpasset opplæring i aktuell sykdom og behandling
- økt kompetanse hos helsepersonell i klinisk kommunikasjon, relasjonsbygging og pedagogikk
- mer opplæring av flere pårørende, som i stigende grad blir ressurser for sine nærmeste med kronisk sykdom
- bedre tilgjengelighet til kontaktpersoner som kan svare på spørsmål fra pasienter og pårørende.

Det er helseøkonomisk lønnsomt å prioritere pasientopplæring, både individuelt og/eller gruppebasert⁶³. Sykehuset må ivareta pasientopplæring som del av behandlings- og pakkeforløpene, mens noe mer generell opplæring innen læring, mestring og friskliv vil kunne gjøres i kommunen. Det vil også være pasientforløp der kommune og sykehus samarbeider om pasientopplæringen, alt ut fra kompetansebehovet. Spesialisthelsetjenesten må jobbe smartere med pasientinformasjon og opplæring, da oppholdene/kontaktene blir av kortere varighet. Det er et stort ubrukt potensial i bruk av IKT-løsninger (læringsressurser) i pasientopplæringen.

4.2 Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og HMS

4.2.1 Befolkningsutvikling

Befolkningen i SSHFs opptaksområde forventes å øke med 66 500 personer (+22 %) totalt i perioden fra 2016 til 2035, gitt SSBs demografiske framskriving med middels vekst (alternativ MMMM). Den eldre del av befolkningen øker relativt sett mer enn den yngre (aldersgruppene over 67 øker alle med mer enn 50 %). Andelen over 67 år forventes å utgjøre 19 % mot i dag 14 % av befolkningen.

De store kommuneregionene blir større. Regionvis ser vi at Region Kristiansand i sum vokser mest med 35 000 personer (+25 %), Østre Agder med 27 000 personer (+19 %), Lindesnes med 5 000 personer (+17 %), mens Lister vokser med 5 100 personer (+14 %) og Lund og Sokndal vokser med 600 personer (+9 %).

⁶³ Stenberg U, Haaland-Øverby M, Fredriksen K, Westermann K.F, A scoping review of the literature on benefits and challenges of participating in patient education programs aimed at promoting self-management for people living with chronic illness. Patient Education & Counseling, 2016. Volume 99, Issue 11, Pages 1759-1771.

4.2.2 Demografi, sykdomsutvikling og pasientstrømmer i Agder

Befolkningsutviklingen tilsier flere eldre, flere med mange diagnoser, ofte kombinert med komplekse og sammensatte sosialmedisinske problemstillinger, og flere med minoritetsbakgrunn. Det er økende forekomst av livsstilsrelaterte sykdommer i befolkningen på grunn av inaktivitet og overvekt. Pasientgruppen som vil øke mest de nærmeste årene er pasienter med akutte indremedisinske tilstander. Sykdomsbildet i Norge vil frem mot 2035 være preget av psykiske lidelser, rusproblemer, livsstilsrelaterte sykdommer som overvekt, type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer, KOLS og kreft.

Utfordringsbildet med sammensatte lidelser, behov for multidisiplinær tilnærming og behandling må analyseres og følges opp i kommende strategiperiode. Økt kompleksitet vil også utfordre eksisterende faglige tilnærminger på mange områder, samt øke behovet for mestringsfokuserede tilnærminger. Dette er en faglig og etisk utfordring som må vies oppmerksomhet i den videre samhandlingen mellom sykehuset og kommunene.

Det er vanskelig å forutse hvordan utviklingen av smittsomme sykdommer vil påvirke sykdomsutviklingen frem mot 2035. På grunn av medisinsk og teknologisk utvikling vil levealderen øke, også hos multisyke. Denne pasientgruppen er mer sårbare for infeksjoner og andre komplikasjoner. Verdens helseorganisasjon har definert antibiotikaresistente bakterier som en global folkehelsestrussel som vil øke i årene som kommer, også i Norge. Stor reiseaktivitet påvirker denne utviklingen. Smitteverneheter vil følge dette opp i tråd med utviklingen. Vaksinemotstanden har slått rot i enkelte miljøer og den tradisjonelle norske «flokkeskyttelsen» er ikke lenger garantert.

Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse viser til at innvandrere er friskere enn befolkningen generelt, men jo lengre de er i landet, jo sykere blir de⁶⁴. Mange med innvandrerbakgrunn har økt risiko for å utvikle sykdom og spesielt traumerelaterte helseutfordringer. Kunnskap om minoritetsgruppenes utfordringer er en forutsetning for forebygging, behandling og integrering. Risikofaktorer er sosioøkonomiske forskjeller, dårligere kosthold, mindre fysisk aktivitet, røykevaner, høyere alkoholinntak, lavere inntak av D-vitamin og overvekt. For SSHF betyr dette behov for økt bevissthet og kompetanseheving hos medarbeiderne. Dette vil bli et økt arbeidsfelt i spesialisthelsetjenesten og krever samarbeid med kommunene.

Det er behov for å se somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling mer i sammenheng, og feltet psykosomatikk vil vokse i årene fremover. Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling har mål om å bedre samarbeidet med de somatiske avdelingene, og håper å sikre bedre rusbehandling for pasientene med somatisk sykdom. For traumerelaterte lidelser er det nødvendig med kompetanseheving både i somatikk og psykiatri, og spesielt på området tortur. Selv om somatikk, psykisk helse og rus ikke er samlokalisert, er det korte avstander og en må se på muligheter for ambulant virksomhet mellom fagområdene og lokalisasjonene. Det må jobbes for at det blir bedre mulighet for å henvise til behandling på tvers av somatikk, psykisk helse og rus.

4.2.3 Aktivitetsframskrivning og kapasitetsberegning

Utviklingsplanen er hovedsakelig en plan for en ønsket langsiktig retning av tjenestetilbudet i årene fremover og må ha innebygd fleksibilitet. Framskrivningen skal ifølge *veileder for arbeid med utviklingsplaner* bygge på regionale analyser/standardiserte metoder. Aktivitets- og kapasitetsframskrivning for SSHF 2015–2035 er utført av Sykehusbygg HF (vedlegg 3), basert på de regionale forutsetningene HSØ har lagt til grunn for alle helseforetak sine framskrivninger tilknyttet utbyggingsplaner, jf. styresak 090-2014. Framskrivningen gir en overordnet retning for utviklingen av helseforetaket, og er ikke ment som et detaljert planleggingsgrunnlag.

Framskrivningene tar utgangspunkt i utvikling i demografi (SSB middels vekst, MMMM-alternativet) og pasientdata fra NPR, med justeringer basert på kvalitative vurderinger som epidemiologisk utvikling, nasjonale føringer vedrørende overføring av oppgaver fra sykehus til andre tjenesteledd (kommuner, fastleger, private, pasienten selv) gjennom samhandling, ny teknologi, omstilling fra døgn til dagbehandling/poliklinikk, forventet intern effektivisering av arbeidsprosesser, forventet økt etterspørsel, forventede reduserte liggetider samt overføring til pasienthotell (innlagt i sykehus) og observasjonssenger i sykehusene. De kvalitative endringsfaktorene er opprinnelig komponert i et SINTEF-prosjekt, og senere gjennomgått i et framskrivningsoppdrag for HSØ. Det er benyttet mye skjønn og lite vitenskapelige metoder. HSØ har fått i oppdrag fra HOD å lage et opplegg for videre utvikling og forvaltning av framskrivningsmodellen.

⁶⁴ Astri Syse, Bjorn H. Strand, Oyvind Naess, Ólöf Anna Steingímsdóttir, Bernadette N. Kumar: [Differences in all-cause mortality: A comparison between immigrants and the host population in Norway 1990-2012](#), Demographic Research, volum 34, mars 2016

Basert på fremskrevet aktivitet beregnes kapasitetsbehov ut fra gitte forutsetninger om kapasitetsutnyttelse, herunder beleggsprosenter og åpningstider. Modellen for beregning av kapasitetsbehov er svært sensitiv for valg av parametere for kapasitetsutnyttelse, og analyser viser at variasjonen i utnyttingsgrad betyr betydelig mer enn variasjon i de kvalitative faktorene i framskrivingsmodellen. Høy kapasitetsutnyttelse er en krevende ambisjon og kan bli mer krevende blant annet avhengig av sykehusstørrelse og eksisterende bygningsmasse.

For de fleste tjenesteområder forventes omstilling fra døgn til dag å gi en reduksjon i antall liggedøgn og en vekst i dagbehandling og poliklinikk. Samlet for somatikk vil likevel antall liggedøgn øke, da den demografiske endringen slår sterkere ut enn omstillingen i aktivitetsbehov. Selv om det er stor usikkerhet i de absolutte tallstørrelser, viser framskrivningene at det er behov for en betydelig kapasitetsøkning innen intensivbehandling, tung overvåkning, observasjonsplasser, poliklinikk og dagbehandling. For disse funksjonene må kapasiteten økes allerede i løpet av nærmeste årene. Antall operasjonsstuer, bildediagnostiske modaliteter og somatiske senger må også økes noe frem mot 2030/2035.

Nedenfor presenteres en oppsummering av framskrivninger for aktivitets- og kapasitetsbehov for de ulike tjenesteområdene. Framskrivningene tar utgangspunkt i at det samme tjenestespekter tilbys fremover, samt uendret funksjonsfordeling innad i SSHF.

Framtidig aktivitet og kapasitetsbehov i somatikk

Det forventes en vekst i somatiske pasientmøter på dagbehandling og poliklinikk med 13 700 dagopphold (+64 %) og 181 300 polikliniske konsultasjoner (+55 %). Det forventes vekst i samme størrelsesorden ved alle de tre lokalisasjonene, men dette vil avhenge av fremtidige oppgavedelinger og spesialiseringer innen de ulike fag, samt utvikling i pasientmobilitet ved forbedringer av veier med mer.

Denne veksten vil kreve langt flere poliklinikkrom, men usikkerheten knyttet til endring i behandlingsformer, bruk av ny teknologi og samhandling med fastleger og kommuner, fremtidig ambuleringsgrad med mer, gjør at behovet for rom må analyseres nærmere med tanke på fremtidige utbyggingsprosjekter ved sykehusene. Framskrivningene viser et vekstbehov på 70–100 rom i SSHF basert på en 10 timers og 8 timers utnyttelsesgrad. Dette er betydelig over dagens utnyttelsesgrader ved de fleste poliklinikker, og vil i stor grad avhenge av tilgjengelig legekapasitet i de ulike fag og pasientgrunnlag ved de tre lokalisasjonene. Lavere utnyttelse vil kreve flere rom. I tillegg til behov for kapasitetsutvidelse, er det behov for oppgradering av eksisterende poliklinikker fordi mange rom er uhensiktsmessig utformet og plassert.

Det fremkommer en vekst i liggedøgn i størrelsesorden 22 000 (+15 %). Vekst i antall innlagte pasienter forventes å bli nærmere 20 % i samme periode. Mer enn halve veksten synes å komme i Kristiansand, med 12 300 liggedager, mens Arendal og Flekkefjord antas å få en vekst på henholdsvis 7 700 og 2 100 liggedager. Tallene inkluderer både pasienthotellsenger (innlagt i sykehus) og observasjonssenger, samt intensivopphold. Trekker en fra disse vil veksten i liggedøgn i normalsenger utgjøre 15 000 liggedøgn. Realismen i dette avhenger av investeringer i observasjonsplasser og egnede lokaler for pasienthotell (innlagt i sykehus) ved alle tre lokasjoner. Hvis forutsetningene ikke innfris, vil behovet for normalsenger nødvendigvis øke.

Kapasitetsmessig forventes veksten i somatiske senger å utgjøre fra 36 %, avhengig av hvor stor omstilling en lykkes med fra døgn til dag og samhandling med andre, samt utnyttelsesgrad. I disse tallene er det allerede gjort betydelige omstillinger fra døgn til dagbehandling/poliklinikk, samt forutsatt redusert behov på ca. 23 000 liggedøgn, tilsvarende 75 senger, på grunn av medisinsk og teknologisk utvikling eller endret oppgavefordeling frem til 2035. Når det gjelder rombehov vil dette ytterligere forsterkes av en gradvis endring fra flersengsrom til enkeltrom. En vesentlig del av veksten forventes å komme i observasjonssenger i forbindelse med akuttmottak, samt i lett og tung intensivkapasitet. I forhold til det forventede behov i befolkningen, er det særlig i Kristiansand og Arendal det vil bli behov for flere døgnplasser (senger).

Kirurgiske opphold forventes å øke fra 22 700 til 32 500 (+43 %) i perioden 2015–2035. Antall operasjoner forventes å øke tilsvarende. Antall operasjonsstuer vil avhenge av fremtidig driftsform/åpningstider og vil variere fra 31 stuer med 10 timers daglig drift i ukedagene, til 49 stuer med 6 timers drift i ukedagene (omtrent som dagens utnyttelse). En balansert antagelse vil ligge i området 40 stuer mot 34 stuer (+6 polikliniske operasjonsrom) i dag. Det vil i stor grad være legekapasitet, operasjonsteam-kapasitet, pasientgrunnlag samt investeringsevne som vil påvirke driftsform og stueutnyttelse fremover. Utnyttelse vil variere mellom sykehusene ut fra størrelse. Det kan synes som om Kristiansand vil ha behov for økt antall operasjonsstuer ut fra behovsveksten, mens Arendal og Flekkefjord vil ha behov for en kapasitet tilnærmet lik dagens antall stuer. Det er gjort konsekvensberegning av å variere de ulike faktorene i framskrivningene.

Intensiv og intermediær

Framskrivningen viser at det er innen intensiv/intermediær overvåkning og behandling at vi får den største kapasitetsutfordringen de nærmeste årene. Når det gjelder intensivkapasitet er det gjort betraktninger ut fra Wales-modellen rundt behov for lette og tunge intensivplasser. Disse tilsier et vekstbehov på 60 % for slike plasser ved SSHF. Behovet er klart størst i Kristiansand, men også til stede i Arendal. Dette må analyseres nærmere, inkludert sammenlikninger med andre foretaks kapasitet, som grunnlag for videre prioritering og fremtidige utbygginger. Flekkefjord har i dag kun lette intensivplasser og synes ut fra framskrivingene å kunne dekke fremtidens behov med dagens plasser.

Allerede i dag oppleves det kapasitetsbegrensninger og vanskelige arbeidsforhold, særlig i Kristiansand. Innen 2025 kan virksomheten bli medisinskfaglig uforsvarlig. Det er behov for omfattende tiltak for å bedre driftsforholdene for klinikkene, styrke kvaliteten og pasientsikkerheten. Kapasitetsøkningen krever arealutvidelse i form av nybygg, enten for akutt- og intensivfunksjoner eller for funksjoner som må flytte ut dersom disse funksjonene skal utvides i eksisterende bygg. I den forbindelse må også den samlede isolatkapasiteten vurderes. Det er nødvendig å etablere en robust modell som sikrer tilstrekkelig kapasitet for å møte det økte behovet for intensiv-/intermediærdøgn totalt sett for SSHF.

Framtidig aktivitet og kapasitetsbehov for bildediagnostikk

Framskrivningene tilsier betydelig økt behov (+30 %) for tyngre medisinsk-tekniske utstyrskomponenter i årene frem mot 2035, blant annet to CT, fire røntgenlaborer, to ultralydlaborer og en intervensjonslab. Utvidede åpningstider vil også bli vesentlig for å tilrettelegge for høy utnyttelse av utstyr fremover.

Et behov for PET-scanner for Agders befolkning kommer i tillegg, noe som i seg selv vil kreve en betydelig investering. Dette tilbudet gis i dag ved OUS for Agders befolkning, men forventes å bli etablert på Sørlandet innen ti år.

Det er i tillegg behov for utvidelse av strålekapasitet. Dagens to strålemaskiner bør minimum økes til tre i perioden, og vil da antagelig ikke ha kapasitet til å betjene mer enn Agders befolkning. I dag betjenes deler av Telemarks behov ved stråleenheten i Kristiansand.

Framtidig aktivitet og kapasitetsbehov for laboratorievirksomheten

For å møte veksten i antall undersøkelser og samtidig ivareta fremtidens krav til hurtig og sikker diagnostikk, er det nødvendig med en modernisering av utstyrsparken på alle lokasjoner, samt omfattende automatisering av denne. Det vil også være behov for å utvide analyserepertoaret spesielt innen molekylærbiologi, for å understøtte en best mulig diagnostikk, behandling og pasientlogistikk. Disse tiltakene er avgjørende for at laboratorievirksomheten skal kunne gi et tilbud tilpasset den øvrige utviklingen i sykehusets pasientbehandling.

Av hensyn til beredskap må SSHF være selvforsynte med blodkomponenter. SSHF må ha som mål å levere plasma i et omfang som minimum tilsvarer SSHFs forbruk av plasmaderiverte legemidler. Det forventes økt forbruk og behov for økt beredskap på bakgrunn av aldrende befolkning og andre forhold som epidemier og katastrofer. Det kan være aktuelt å samle komponentfremstillingen på ett sted i SSHF, for å utnytte ressursene best mulig. Blodgiverne må imidlertid tappes i sine nærområder og det vil være behov for å opprettholde tapping på alle nåværende lokalisasjoner – inkludert Mandal. Arealene for blodgivning ved Kristiansand må utvides for å imøtekomme fremtidige blodbehov.

Framtidig aktivitet og kapasitetsbehov psykisk helsevern barn og unge

I forbindelse med nytt bygg i Kristiansand, som forventes ferdigstilt i 2021, er det planlagt 10 døgnplasser. Disse erstatter dagens 6 døgnplasser i Arendal når bygget er klart. Framskrivningene bekrefter at dette er tilstrekkelig for å dekke behovet i befolkningen i planperioden.

Poliklinisk vekst forventes også for denne gruppen pasienter. Fra 2015-nivå med 41 000 konsultasjoner (utenom ambulerende konsultasjonene), forventes dette økt til 58 000 i 2035 (+42 %). Vekst i tilbud og forventninger gir størstedelen av veksten i framskrivingene, i tillegg kommer en forventet vekst i ambulante tjenester fra 10 000 til 14 500 i perioden. En relativt stor andel av den totale veksten forventes å komme i perioden frem til 2025. Framskrivningene tilsier en vekst på 12 poliklinikkrom.

Framtidig aktivitet og kapasitetsbehov for psykisk helsevern voksne

Framskrivningene av behov for døgnopphold viser en fortsatt gradvis reduksjon, fra 52 800 liggedøgn i 2015 til 49 900 i 2035. Den planlagte døgnplasskapasiteten etter nytt bygg i 2021 og i dagens DPS antyder at kapasiteten er om lag tilpasset behovet frem til 2035. I Utviklingsplan 2030 ble det lagt til grunn en betydelig reduksjon av det i perioden fortsatt skjer døgnbehandling gjennom spissing av andre tilbud. Dette er i denne framskrivingen kraftig moderert. Det planlegges at døgnbehandling i perioden fremdeles skjer i DPS-regi. Det er innen dette området i psykiatri også en

forventet effekt av overføring av oppgaver til andre tjenesteledd fremover, med 12 000 liggedøgn basert på Sykehusbyggs framskriving. Dette vil stille store krav til samhandling og vekst i ambulerende virksomhet innen voksenpsykiatri. Det er lagt til grunn en effektivisering av dagens pasientforløp som forventes å redusere liggedøgnene med 10 000 liggedøgn. Dersom ingen av disse to elementene skulle slå til, vil sengebehovet med 50 senger fordelt på DPS og sykehuspsykiatri frem til 2035. Satsningen på ambulerende tjenester i alle avdelinger i KPH vil styrke distriktperspektivet og bidra til en mer lik tilgjengelighet til behandlingstilbudet fra klinikken og øke kvaliteten av tilbudet til de pasientene med størst funksjonsfall og behov for hjelp.

Poliklinisk behov forventes å vokse fra 96 600 konsultasjoner til 143 500 konsultasjoner i 2035 (+50 %). Her er det betydelig usikkerhet knyttet til hva andre tjenestetilbud, samhandling, private avtalespesialister og ny teknologi kan medføre av endringer i hva sykehuset skal yte av tjenester. Bruk av mer teknologiske løsninger - telepsykiatri – for å bedre tilbudet og skape likeverdige tjenester uavhengig av bosted er et satsningsområde for KPH.

Det må også forventes at deler av denne veksten må løses med intern effektivisering, da tilgang på kvalifisert behandlingspersonell vil bli utfordrende også fremover.

I sum tilsier framskrivingene en reduksjon på ni døgnplasser og en vekst på 32 poliklinikkrom. Det siste avhenger sterkt av åpningstider og innehar stor usikkerhet som nevnt i avsnittet over.

Framtidig aktivitet og kapasitetsbehov rus- og avhengighetsbehandling

Liggedøgn har de senere årene blitt redusert, mens dagaktivitet og poliklinikk øker. Dette forventes å fortsette fremover, fra 21 600 liggedøgn i 2015 til 19 600 i 2035. Dette er basert på at det forventes overføring av oppgaver til andre tjenesteledd, kombinert med ambulant virksomhet fra sykehuset, samt økt poliklinisk behandlingstilbud. Dette betyr at dagens døgnplasskapasitet forventes å dekke behovet også i 2035.

Poliklinisk behov forventes å øke fra 37 200 konsultasjoner til 55 300 konsultasjoner (+49 %). Størstedelen av økningen skyldes økt forventning/tilbud, og noe demografivekst. Det forventes i mindre grad overføring av polikliniske tjenester innen tværfaglig spesialisert rusbehandling til andre tjenesteledd. Innen ambulerende virksomhet forventes en tilsvarende vekst som poliklinikk totalt, men utgjør kun 2 000 konsultasjoner i dag. Opprettelse av ambulerende team etter modell fra psykisk helsevern (ACT-team) vil tydeliggjøre denne veksten.

I sum tilsier framskrivingene en reduksjon med seks døgnplasser og en økning på ni poliklinikkrom frem til 2035.

4.2.4 Pasienttilbud

Under beskrives utviklingen av behandlings- og pasienttilbudet innen utvalgte fagområdene hvor HSØ har gitt spesielle føringer til utviklingsplanarbeidet⁷. Dette er fagområder med store grenseflater mot primærhelsetjenesten og kommunene, og som i tillegg har særlig potensiale for oppgavedeling og kompetanseoverføring. Det er derfor viktig at temaene belyses og at samarbeid med kommunene utvikles for å gi det beste behandlingstilbudet til befolkningen i Agder. I tillegg omtales pasientgruppene barn og ungdom og eldre. Dette er pasientgrupper som fremover krever økt samarbeid mellom ulike faggrupper, men også samarbeid mot andre helsetjenester både innen primærhelsetjenesten og mot private.

Psykisk helse

Verdens helseorganisasjon angir psykisk helse som et av de tre viktigste globale innsatsområdene for folkehelsen. Det er spesielt nødvendig med sterkere fokus på selvmordsforebygging. Risiko for selvmord er høyere ved alvorlige psykiske lidelser. I tillegg til identifikasjon av risikofaktorer med tiltak, er utredning og diagnostikk, med fokus på tidlig intervensjon og behandling, viktig i selvmordsforebyggende arbeid. Dette er en satsning som vil videreutvikles.

Arbeidet med reduksjon av tvangsbruk, både som innleggelse, i behandlingen og i unngåelse av farlige situasjoner i døgnheter utvikles videre i klinikken. Nasjonale føringer støtter opp om arbeidet for reduksjon i bruk av tvang, noe som gjenspeiler seg både innen endring i lovverk samt føringer gjennom styrende dokumenter. Det er i KPH gitt strukturert opplæring og kompetansebygging knyttet til vedtak gjort i henhold til lov om psykisk helsevern.

Føringene fra HSØ innen psykisk helse: samvalg, samhandling og samordning er også omtalt under andre kapitler. Samvalg viser til brukermedvirkning og utviklingen av pasientens helsetjenester. Samhandling viser til viktigheten av å samhandle på tvers av ulike tjenestenivåer når pasientens tilstand krever dette og sikre god overganger i tjenestetilbudet. Samordning viser til behovet for å samordne tjenestene både internt i egen klinikk og nasjonalt. De sentrale føringene fra HSØ er tatt inn i KPHs klinikkplan som førende grunnprinsipper i utviklingen av tjenestetilbudet. For psykisk helse er det viktig at dette inngår i tjenesten og at kunnskapsgrunnlaget bygges opp om disse temaene. Prioriteringene er godt forankret i ledelsen og mye arbeid er gjort, men kontinuerlig forbedring for reduksjon av utilsiktet variasjon skal styrkes for å sikre forsvarlig og god kvalitet i alle ledd. Implementering av pakkeforløp for

psykiske lidelser og TSB vil bidra til en samordning av tjenestetilbudet både internt og nasjonalt og i større grad sikre likeverdige tjenester uavhengig av behandlingssted. Pakkeforløpet vil også i stor grad tilrettelegge for økt grad av brukermedvirkning. Det skapes større åpenhet og tydelighet rundt prosessene involvert i utredning og behandling.

Innen psykisk helse er pasientnær og utadrettet behandling uten innleggelse et kvalitetstegn for det totale tilbudet til pasientgruppen. Ifølge NHSP og føringer fra HSØ skal tilbudet innen psykisk helse og rusbehandling prioriteres, og utviklingen av døgnberedskap og ambulante akuttjenester ved DPSene skal videreutvikles. Recoveryorientert tilnærming er grunnleggende for arbeidet. Tilnærmingen systematiserer brukermedvirkningen i stor grad.

I *Regional samhandlingsmelding for rus- og psykisk helsefeltet i Agder* forventes samhandlingen å bedres gjennom økt kunnskap om hverandres tjenester, lovverk og kompetanse. Særlig fokus rettes i meldingen mot tidlig dialog, kontinuitet i kontakten og faste møtepunkter. Med bakgrunn i utfordringsområdene skissert, gjennomgang av kunnskapsgrunnlag om psykiske lidelser og ruslidelser i Agder, ble det skissert tre strategiske utviklingsområder. Disse er i stor grad sammenfallende med sentrale føringer knyttet til utviklingen av tjenestetilbudet innen psykisk helsevern og avhengighetsbehandling. Følgende utviklingsområder er skissert:

- barn og unge, både med psykiske lidelser, som pårørende og ved alvorlig/sammensatte problemer.
- personer med rus og/eller psykiske lidelser
- eldre med sammensatte lidelser (rus- og/eller psykiske lidelser, samt somatiske lidelser)

Det vises for øvrig til Konseptrapport for etablering av nytt bygg for døgnplasser til PSA og ABUP, Nybygg psykisk helse. Antall døgnplasser i psykisk helsevern for barn og unge skal økes fra 6 til 10 plasser, noe som også samsvarer med dette som satsningsområde i Samhandlingsmeldingen. Satsningsområdet barn og unge inngår også som en del av KPHs klinikkplan.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Det er behov for en særlig prioritering av tverrfaglig spesialisert rusbehandling for at tjenestetilbudene skal bli på nivå med de øvrige spesialisthelsetjenestene. Det er nødvendig med et sterkere fokus på arbeidet med rusbehandling da befolkningens bruk av rusmidler er økende, og det er gitt tydelige sentrale helsepolitiske føringer for dette området. Forekomsten av samtidige psykiske lidelser og ruslidelser er også økende. Det krever et utviklingsarbeid med nye tilnærminger for pasientgruppen som samtidig har alvorlige psykiske lidelser, avhengighet og atferdsproblemer. Spesialisthelsetjenesten har en veiledningsrolle for kommunene når det gjelder helsefremmende arbeid innen psykisk helse og rus.

KPH vil videreutvikle tjenestetilbudet og tilby ambulant oppfølging også for pasienter innen tverrfaglig og spesialisert rusbehandling. Satsningen på ACT-lignende team er et foregangstiltak innen TSB i Norge. Teamet blir opprettet for å møte behov hos den mest trengende pasientgruppen som lett faller ut av de tradisjonelle polikliniske tilbudene.

Pakkeforløp for TSB og ivaretagelse av somatiske helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer er utformet for å skape mer helhetlig tjenester og pasientforløp, og slik bidra til integrert behandling og oppfølging av somatisk helse med rus- og psykiske lidelser. Særlig viktig er dette i denne pasientgruppen hvor det er kortere forventet levealder og overdødelighet tilskrevet somatiske sykdommer i befolkningen med rusmisbruk og psykiske lidelser.

Rehabilitering

Rask igangsetting av rehabilitering etter akutt sykdom eller skade er viktig for et godt resultat. Tilbud i helseforetakene er nødvendig når pasienten har behov for spesialisert medisinsk behandling og samtidig spesialisert rehabilitering, eller ved betydelige endringer i funksjonsnivå. En aldrende befolkning med flere komplekse tilstander samtidig, krever spesialisert tverrfaglig kompetanse i utredning, rehabilitering og oppfølging. I planperioden vil det være avgjørende å sikre at fysikalsk medisin og rehabilitering består som et selvstendig fag med tilbud om spesialisert rehabilitering, og bidrar med fagutvikling i tett samhandling med kommunehelsetjenesten og andre rehabiliteringsinstitusjoner.

Hovedtyngden av rehabilitering forventes å skje i kommunene. Alle førende dokumenter påpeker imidlertid at helseforetakene skal ha spesialisert rehabiliteringstjeneste, med tilstrekkelig tilbud på døgn og dag.

Spesialisthelsetjenesten skal ivareta tidlig og kompleks rehabilitering, og det forventes et godt samarbeid med kommunene. Felles fagutvalg for somatisk rehabilitering i Agder gir muligheter for effektive rehabiliteringstjenester i et helhetlig pasientforløp gjennom et forutsigbart, strukturert og målrettet samarbeid om utvikling på fagområdet. Fysikalsk medisin og rehabilitering som fag er multidisiplinært og spesialisert til nettopp å utrede og behandle disse diagnosegruppene. I regi av *Fagrådet for rehabilitering i HSØ* utredes nå målet om økt ambulerende virksomhet og oppgavedeling. Det er initiert etablering av muskel-/skjelett- poliklinikker i HFene, i et samarbeid med KPH.

Delrapport for Rehabilitering beskriver mer utdypende om utviklingen i AFR og samarbeid med kommunene i Agder (vedlegg 4). I planperioden ønsker SSHF å videreutvikle et godt og forpliktende samarbeid med kommunene/

kommuneregionene i Agder og etablere et tettere samarbeid med rehabiliteringsinstitusjoner, regionalt og nasjonalt innen helseforetakets kjerneområder. Det blir viktig å ha et oppdatert fagmiljø som kan ivareta utviklingen innen e-helse og spillteknologi, og implementere dette i egen organisasjon. AFR ønsker å bidra til systematisk forbedringsarbeid, både ved evaluering og forskning, forutsatt rammer og ressurser. Avdelingen ønsker å videreutvikle samarbeidet med andre institusjoner i HSØ om forskning.

Habilitering

Den faglige utviklingen innen barnehabiliteringsfeltet preges i stor grad av behov for tidlig diagnostikk av barn med ulike utviklingsforsinkelser og spissede evidensbaserte tiltak fra spesialisthelsetjenestens side. Generelt skal mer av oppfølgingstilbudet og den generelle habiliteringen utføres i kommunene. Etablering av samarbeidsavtaler og samarbeidsforum mellom spesialisthelsetjenesten for barn og unge i helseforetakene og barne- og ungdomstjenestene i kommunene er under planlegging.

Det er økende behov for å avklare genetiske problemstillinger. Kostnader til avanserte genetiske prøver er økende. HSØ har gitt SSHF ved HABU i oppdrag å implementere nye retningslinjer for utredning og oppfølging av barn med Downs syndrom. Fra 2018 skal det implementeres nye retningslinjer for utredning og oppfølging av barn med ervervet hjerneskade. Implementeringen vil foregå som et nasjonalt fellestiltak fra 2018 (ledet av Helse Midt-Norge) og vil kreve både mer fagressurser og mer kompetanse i HABU. Program Intensivert Habilitering er et regionalt behandlingstilbud til barn med medfødt eller ervervet hjerneskade. Det arbeides med å videreutvikle tilbudet til å inkludere et senfasebehandlingstilbud. HABU Kristiansand har i *Program Intensivert Habilitering* målsetning om å kunne ta et regionalt ansvar for fase 5 (senfasetilbud) for denne pasientgruppen. Det gjennomføres allerede nå flere pilotprosjekter som forberedelse for det å kunne påta seg en slik regional oppgave. Det arbeides for en nasjonal behandlings-/kompetansetjeneste for barn med medfødte ruskader, da det ikke finnes noe tilsvarende tilbud i de andre helseregionene.

Barn og unge som henvises til barnehabiliteringstjenesten skal i størst mulig grad få nødvendig utredning og tiltak/behandling i standardiserte behandlingsforløp. Dette ønskes oppnådd ved god tilgjengelighet, og høy kvalitet på utrednings- og tiltaksarbeidet knyttet til den enkelte. Det må være godt samarbeid med andre involverte hjelpeinstanser. Kompetanseheving i kommunene og mer ambulant arbeid i tverrfaglig samarbeid i pasientens vante miljø blir viktig for habilitering i tiden fremover. Da må behandlingsforløpet være tydelig, og SSHF må være gode på å koordinere og ha forutsigbarhet på tjenesteytingen.

Etablering av team med spesielt ansvar for behandlingstiltak for barn med moderate og alvorlige atferdsvansker vil være et viktig kvalitetsforbedrende tiltak. Dette gjelder barn og unge som er svært krevende for familiene og lokalmiljøet, og som vil trenge tett oppfølging. Et godt tilbud til barn med hjerneskade som i tillegg har atferdsvansker krever ressurser både fra HABU og ABUP.

HSØ har gitt føringer for at all utredning og oppfølging av barn med autismespekterforstyrrelser skal sentraliseres til én enhet i hvert sykehusområde slik at det blir en styrking av tilbudet. Arbeidet for å sikre et bedret tilbud til denne pasientgruppen er påbegynt.

Hjerneslag

Hjerneslagbehandling er valgt av HSØ som et satsningsområde da det foreligger en faglig anbefaling for organisering av hjerneslagbehandlingen i regionen som er klar til gjennomføring, samtidig som dette er et nasjonalt satsningsområde. Det er ventet at HSØ i løpet av 2018 beslutter hvor trombektomitilbudene i regionen skal ligge. Det utvikles metoder for raskere CT-diagnostikk for slag i ambulanser. På sikt kan dette også bli et tilbud i enkelte ambulanser i Agder.

Kreftkirurgi

Kreftregisteret forventer en 22 % økning av nye kreftpasienter de neste 10 årene. Både økning i antall pasienter, økende levetid for pasientene og økende kompleksitet i kreftbehandlingen krever egnet struktur av kreftomsorgen og kontinuerlige investeringer. SSHF er, og skal fortsatt være, et kraftsenter i kreftbehandling i HSØ. Kreftkirurgi er et eksempel på en kompleks og kompetansekrevede virksomhet som forutsetter et bredt og nært multidisiplinært samarbeid for å opprettholde kvalitet og effektivitet i behandlingen.

SSHF's kreftprogram videreføres slik at lavvolum kreftkirurgi er samlet i Kristiansand i tråd med nasjonale og regionale føringer og tidligere styrevedtak. For øvrig vil kreftbehandling være sentrale oppgaver ved alle tre sykehus, og samarbeidet gjennom de ulike fagrådene for kreft må styrkes og videreutvikles. 12 organspesifikke fagråd sikrer en god samhandling på tvers i helseforetaket. Den strategiske satsingen i kreftprogrammet og samlingen av kreftkirurgi fortsetter i neste strategiperiode. Det er ingen føringer i HSØ om ytterligere sentralisering av kreftbehandlingen med betydning for SSHF.

En betydelig kostnadsvekst i ny kreftmedisin er utfordrende, da flere trenger oppfølging og lindrende behandling. Nye kreftmedisiner tas umiddelbart i bruk når disse er tilgjengelige. De nærmeste årene er det behov for effektiv koordinering av hvordan disse medisinene skal brukes, i tråd med fagmiljøenes anbefalinger. Dette omhandler et godt system for oppdatering av nasjonale anbefalinger, system for koordinering, koding og dokumentasjon. SSHF vil kontinuerlig forbedre organisering av denne tjenesten.

Prehospitaler tjenester

Både NHSP⁵ og NOU 2015: 17 *Først og fremst — Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*⁶⁵ peker på behovet for bedre koordinering mellom de ulike aktørene i akuttkjeden utenfor sykehus. Det vil bli økt fokus på og prioritering av kompetanse. HSØ har gitt føringer på at samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste må styrkes. Dette gjelder helt klart de medisinske og logistikkmessige utfordringene, men også de operative utfordringene knyttet til ressursforvaltning. Tiltak beskrevet i delrapport *Akuttmedisinsk kjede på Agder* som ikke er gjennomført, må iverksettes for å sikre best mulig akuttmedisinsk kjede med hensiktsmessig ressursbruk³⁵.

Gjennom ny veileder for organisering av helsetjenesten på skadested får ambulansetjenesten en nøkkelfunksjon for å lede helsetjenestens innsats. Målene omfatter hele ansvarsområdet og ikke bare ressurs- og logistikkutfordringene mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

Ambulanseavdelingen må også se på mulighetene for å differensiere tjenesten i større grad. På denne måten kan kompetansen styres ut til pasientene. Det er viktig at personellet som jobber i tjenesten gjennomfører akademiske utdanninger slik at utviklingsarbeidet ikke bare bygger på studier gjort av de medisinske miljøene (leger/sykepleiere), men også av operativt personell (ambulansepersonellet). PTSS bør være rustet for å kunne tilfredsstillende fremtidige krav og behov innen eksempelvis CBRNE⁶⁶, PLIVO, samt terror og større katastrofer. Dette stiller krav til en god utvikling av materiell, kompetanse og operativ lederutvikling. Det foregår spesialisert opplæring innen flere av disse feltene, og det er etablert et nytt nasjonalt nødsamband der helsevesenet kan samhandle med andre etater og aktører.

Den demografiske utvikling vil ha konsekvenser for lokalisering av fremtidig tilbud, og må sees i sammenheng med økt transportbehov. Det forventes en økning i takt med at befolkningen blir eldre og at vi får en spesialisering og oppgavefordeling som gjør at flere pasienter må forflyttes oftere og gjerne over større avstander. Robuste (intensiv)transportordninger blir avgjørende. Eksempel på dette er transport av syke nyfødte som må fraktes til intensivbehandling ved et annet helseforetak. Dersom hvert helseforetak oppretter egne ordninger, vil det være kostbart og kompetansekrevene. PTSS har også en viktig rolle i å opprettholde en tilfredsstillende beredskap både under ordinær drift og ved katastrofe situasjoner.

Barn og ungdom

Et av utviklingsområdene i *Regional samhandlingsmelding for rus- og psykisk helsefeltet i Agder* er barn og unge, både med psykiske lidelser, som pårørende og ved alvorlig/sammensatte problemer. Barn og unge er et viktig satsningsområde, med tidlig intervensjon og forebygging kan videre senfølger og skjevutvikling forhindres. Studier viser at tidlig debut, øker risikoen for tilbakefall. Forebygging og tidlig intervensjon blir derfor viktig for å redusere sykdomsbelastningen som psykiske lidelser fører med seg og bidra til utvikling av en god psykisk helse og livskvalitet.

En ny utfordring innenfor barne- og ungdomsmedisinen er utagerende unge med høy risiko for selvskading og vold mot andre. Behandlingen i spesialisthelsetjenesten foregår hovedsakelig innenfor psykisk helse, men en stor del av ungdommene kommer i kontakt med de somatiske barne- og ungdomsavdelingene ved selvskading eller alvorlig rus. Tett samarbeid på tvers av psykisk helse og somatikk, og med kommuner, NAV, Bufetat og andre eksterne etater og institusjoner, er en forutsetning for å oppnå best mulig resultat. Behandlingen forutsetter både riktig kompetanse og egnede lokaler. Det er grunn til å anta at spesialisthelsetjenesten må avsette mer ressurser til dette arbeidet i årene fremover.

Eldre

Fra 2020 øker pasienter med geriatiske tilstander mest (sykdommer som opptrer i relasjon til alder) spesielt i indremedisin, men også i ortopedi og kirurgi. Alder er den faktoren som har størst betydning for utviklingen av sykdom, og forbruket av spesialisthelsetjenester vil være størst for eldre over 75 år. Alle fagområder som behandler de store folkesykdommene vil bli berørt, men noen mer enn andre (indremedisin, kreftbehandling, ortopedi,

⁶⁵ NOU 2015:17. [Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus](#)

⁶⁶ DSB, [Håndbok for nødetatene, Farlige stoffer – CBRNE](#)

øyesykdommer og akuttmedisin). Flere eldre vil medføre flere intensivpasienter og mer kompliserte pasientforløp og føre til press på å etablere flere intermedieærplasser. Geriatri vil også bli en stadig viktigere del av tverrfaglig/multidisciplinære team hvor det skal gis beste behandling til svekkede pasienter med alvorlig sykdom utenfor indremedisin. Særlig innen kreftbehandling, karkirurgi og intensivmedisin kan det oppstå tvil om riktig behandlingsnivå.

Forekomsten av pasienter med flere samtidige sykdommer (multimorbiditet/multisyke) og medikamentbruk stiger ved økende alder. Multimorbide eldre som legges inn på sykehus har høyere risiko for reinnleggelse og u hensiktsmessige forløp mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Den diagnosesentrerte helsetjenesten som tradisjonelt er tilpasset behandlingsforløp for akutte sykdommer er ikke tilpasset fremtidens store utfordring med hensyn til økt antall eldre som har flere sykdommer samtidig⁶⁷. Økt kompleksitet vil utfordre eksisterende faglige tilnærminger på mange områder, samt øke behovet for tilpassede behandlingsforløp internt i sykehuset og eksternt i samhandling med kommunene. Denne tilpassingen av helsetjenesten for multimorbide eldre, skal primært skje integrert i hver enkelt fagdisiplin. Samtidig er det for noen pasienter behov for at ulike profesjoner og disipliner inkludert geriatri og alderspsykiatri får bidra med sin samlede kompetanse. Primærhelsetjenesten bør regelmessig inviteres med. Dette vil kreve egen organisering av ressursene.

Det er behov for samarbeid med kommunene for å gjennomgå og lage planer for hele pasientforløpet for de store sykdomsgruppene som rammer de eldre. Det vil være behov for å videreutvikle:

- Tverrfaglige team på tvers av medisinske spesialiteter, sykehusavdelinger og – enheter, og forvaltningsnivå
- Bruk av ambulerende tjeneste både fra fastlege og spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder særlig flytting av eldre skrøpelige pasienter
- SSHF og kommunene bør i sterkere grad allerede ved innleggelse i sykehus starte planlegging av behandling og omsorg etter utskrivning til kommunene for pasienter med behov for kommunale tjenester. Bruk av tverrfaglig behandlingsplan dokumentert i DIPS bør videreutvikles etter modell fra OUS.
- Tiltak som fremme rask gjenvinning av tidligere funksjonsnivå
- Tiltak for å forebygge tilbakefall og reinnleggelse i sykehus.

4.2.5 Kvalitet, pasientsikkerhet, HMS og risiko

Rask utvikling og økt kompleksitet i tjenestetilbudet krever en bevisst risikoforståelse for å bedre kvaliteten og pasientsikkerheten. Dette er både en lovpålagt oppgave og en etisk plikt. Det er viktig å sikre den beste kvalitet i behandlingen av pasienten, uavhengig av hvilket sykehus behandlingen skjer ved. Ny regional strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS må følges opp og implementeres de neste årene⁶⁸.

Det å ha ansvar for utdanning og ha forskning som en integrert del av virksomheten i avdelingene, har direkte betydning for kvalitet i behandlingstilbudet. SSHF bør utrede muligheten for å ta et større ansvar innen medisinutdanning samt styrke forskningen, slik at flere avdelinger får forskning som en integrert del av virksomheten.

Pasientsikkerhet og forbedringsarbeid

Kravet til pasientsikkerhet øker stadig. Forutsetningen for økt pasientsikkerhet er til stede gjennom bedre kunnskap, mer teamarbeid og bruk av teknologi. I januar 2017 kom ny forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Ledelse og forbedringsarbeid har økt fokus, og det stilles krav om integrering av kvalitetsarbeid gjennom hele organisasjonen. SSHF må fokusere på utvikling av ledere og medarbeidere som har kompetanse og kapasitet til å jobbe systematisk med forbedringsarbeid. Medarbeidere må få kompetanse om forbedringsmetodikk, tavlemøter og hendelsesanalyse. Pasientsikkerhetsprogrammet videreføres. Et langsiktig mål er at alle medarbeidere skal være kjent med SSHF sin foretrukne forbedringsmetode og integrere systematisk forbedring som en del av det daglige arbeidet.

Ernæringstilstand påvirker behandlingsresultatet ved alle typer behandling, og bør være en integrert del av pasientbehandlingen. Helseforetak skal vurdere ernæringstilstand og igangsette behandling hos alle aktuelle pasienter. SSHF må fortsatt vektlegge arbeid med god ernæringsbehandling.

⁶⁷ Prosjekt 220553: [Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen \(SPIS\) v/A. Grimsmo, NTNU \(2014\)](#)

⁶⁸ HSØ, [Regional strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS 2018-2020](#)

NHSP foreslår å innføre nasjonale krav til behandlingstilbud for likeverdig kvalitet, og sertifisering av sykehusene. Kvalitetsertifisering kan forstås som en bekreftelse på at en virksomhet har et system for styring, ledelse og kvalitet i tråd med et normativt dokument/standard. En sertifiseringsprosess stimulerer til å nå mål og resultater. Formålet er også å lette arbeidet med styring av kvalitet og pasientsikkerhet.

Det ønskes å rette mer fokus på beslutningsstøtte for å bedre kvalitet. Bruk av beslutningsstøtte i form av kunstig intelligens vil gjøre data lettere tilgjengelig, og kan hjelpe behandleren til å ta riktig beslutning raskere. Behandler vil få muligheten til å hente inn data fra avviksprogram, kvalitetsregistre og prosedyrer.

Eksisterende retningslinjer for håndtering av uønskede hendelser ved SSHF er gode, men at det er varierende grad av etterlevelse i forhold til meldekultur og oppfølging av uønskede hendelser. Viktige prinsipper er at man ønsker tidlig og fortløpende involvering av behandlere og avklarende gjennomgang med de involverte for å fremme felles læring. Saker bør meldes i henhold til eksisterende retningslinjer. Hendelsesanalyser må vurderes i saker som angår flere lokalisasjoner.

Helse, miljø og sikkerhet som del av pasientsikkerhetsarbeidet (HMS)

HMS-arbeid må være en del av medarbeiderens arbeidshverdag. Det er viktig for både pasientsikkerheten, arbeidstakernes helse, arbeidsmiljøet og sikkerhet at bemanningen er tilstrekkelig. For høyt arbeidspress kan øke risikoen for å gjøre feil. En alvorlig pasientskade kan være belastende både for den enkelte medarbeider og arbeidsmiljøet. Pasientsikkerhet og HMS skal derfor sees i sammenheng, og integreres der det er naturlig. Det betyr tettere samarbeid, økt integrering av arbeidsområdene og en tydeligere rolle for verneombud. Ved å utvikle et godt arbeidsmiljø, kommer dette pasienter og pårørende til gode.

Forekomsten av infeksjoner forårsaket av resistente mikrober er økende. Det må arbeides systematisk med godt smittevern. Tiltakene må baseres på den smitterisikoen som er vurdert i virksomheten.

Kvalitetsindikatorer

Krav til dokumentasjon av kvalitet vil øke. Indikatorer er i ferd med å bli mer tilgjengelige gjennom automatisk registrering, kunstig intelligens og strukturerte journaler. Sensortechnologi gir mulighet til å måle stadig mer. Gode kvalitetsmål forutsetter et godt elektronisk journalsystem, der data kan hentes ut systematisk.

God ledelse forutsetter lett tilgjengelige kvalitetsdata, og økt pasientsikkerhet forutsetter at SSHF har relevante kvalitetsindikatorer som måler kvaliteten i tjenesten. Indikatorer og rapporter bør gjøres mer tilgjengelig på lik linje med andre styringsdata. Bruk av kvalitetskoordinatorer/registre har visst seg å være en suksessfaktor (NORGAST, Hjerneslagsregisteret, pakkeforløp gastro, etc.).

De viktigste kvalitetsindikatorerne vil alltid være behandlingsresultatene, eksempelvis overlevelse, komplikasjoner og uønskede hendelser. Det samme gjelder pasientens opplevde funksjonsnivå etter behandling, eksempelvis blærefunksjon og potens etter prostataoperasjoner. Dette betegnes som PROMS (Patient reported outcome measures). Pasient- og pårørendetilfredshet bør få større oppmerksomhet de neste årene. Helsetjenester med liten eller ingen behandlingseffekt kan ha bivirkninger. Det er i dag tilgjengelige rapporter på forbruk av helsetjenester der kommuner sammenlignes, det samme kan gjøres med sykehus. Gjennomsnittet er nødvendigvis ikke det optimale forbruk, men må sammenholdes med evidens for en prosedyre. Forbruk over eller under et gjennomsnitt må følges opp av analyser opp mot gjeldende retningslinjer, og GTT kan være et hjelpemiddel i en slik analyse.

Pakkeforløp, ventetid og fristbrudd

Standardiserte pasientforløp bidrar til å heve kvaliteten og legger grunnlag for bedre samhandling om pasienten, og samtidig redusere risikofaktorer og unødvendig ventetid. Modellen med pakkeforløp skal også tas innen flere pasientgrupper, blant annet psykisk helse og slag på kort sikt. Metoden er ressurskrevende, men dersom prosedyrene også standardiseres, øker kvaliteten. Når pasientforløpene blir mer effektive, øker kapasiteten. Tilgang på rask bildediagnostikk vil være en forutsetning for å gjennomføre flere pakkeforløp i somatikken.

Det må bli mer fokus på intern effektivisering av arbeidsprosesser og pasientforløp. Arbeidet med å optimalisere pasientforløp/behandlingslinjer vil fortsette for å hindre at pasienter venter unødig. Godt samarbeid mellom sykehus og kommune er viktig for å kunne gi befolkningen en helhetlig og kvalitetsmessig god behandling.

SSHF skal fortsatt ha fokus på fristbrudd, men også på ventetid fra første konsultasjon til aktiv behandling. Forbedring her angår spesielt pasienter som ikke inngår i definerte pakkeforløp. Ventetiden må være mest mulig forutsigbar for pasientene. Dette forutsetter effektiv ressursutnyttelse i sykehuset. Det har vært viktig å få til raske forløp og kortere ventetid selv om det har vært utfordrende å holde fokus på behandlingsresultatene. Behandlingsresultatene,

eksempelvis overlevelse, komplikasjoner, uønskede hendelser og pasient- og pårørendetilfredshet må få større oppmerksomhet de neste årene.

Fagprosedyrer og fagråd

Felles prosedyrer i SSHF bedrer pasientsikkerheten og øker kvaliteten. Det er også vist at overlevelsestall bedrer seg når prosedyrer og veiledere følges. Ny forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring, samt kommende sertifiseringskrav, vil stille strenge krav til organisering og lagring av styrende dokumentasjon. Dette krever samordning av prosedyrer, og SSHF må se nærmere på strukturen i kvalitetssystemet.

Kliniske prosedyrer skal som hovedprinsipp gjelde hele helseforetaket. Etablering av flere fagråd er et viktig verktøy for å legge til rette for å utvikle felles prosedyrer innen fagområder. En standardisering gjennom pakkeforløp, felles prosedyrer og behandlingslinjer bidrar til reduksjon i overbehandling og variasjon. Det er spesielt nødvendig å utrede behov, kapasitet og organisering for alle kirurgiske fag. Primærhelsetjenesten vil i mange tilfeller være en del av behandlingslinjen, og må i større grad inkluderes i utformingen av enkelte prosedyrer.

Målet er å samle prosedyrer systematisk på regionsnivå, og det pågår et arbeid i HSØ. Med dette oppnås også standardisering mellom helseforetakene. Sykepleiergruppen har derfor uttrykt ønske om å få tilgang til et kommersielt tilgjengelig prosedyrebibliotek for å samordne de viktigste sykepleierprosedyrene.

Det må arbeides videre med å samordne prosedyrer på tvers i SSHF. Eksempler på prosedyrer som bør samordnes ved SSHF er innleggelse av akutt gastrokirurgi, prosedyrer rundt akuttmottak, sepsisbehandling, diabetesbehandling og anafylaksi. Det er viktig at samme kvalitet og praksis tilbys på tvers av lokalisasjoner.

4.3 Oppgavedeling og samhandling

4.3.1 Oppgavedeling og samhandling - sykehus i nettverk

Nåværende sykehusstruktur, funksjonsfordeling og oppgavedeling i SSHF skal i hovedsak videreføres. Det samme gjelder SSHFs regionale flerområdefunksjoner og nasjonale funksjoner (se kapittel 2.3.1, tabell 5: Lokalisering av kliniske funksjoner i SSHF). De nasjonale kvalitetskravene til fødetilbudet⁶⁹ og i Helsedirektoratets veileder *Et trygt fødetilbud*⁷⁰ fra 2011 ligger fast. Hvilke tjenester SSHF tilbyr vil kunne endre seg ved at flere pasienter overføres til sykehus for høyspesialisert behandling (eksempelvis OUS) i takt med medisinsk utvikling. De fleste av disse pasientene vil bli tilbakeført til SSHF for videre oppfølging.

I tråd med NHSP skal SSHF videreutvikles slik at de somatiske sykehusene samlet dekker befolkningens behov for helsetjenester, ikke slik at de blir innholdsmessig likest mulig. Foretakets tre sykehus er gjensidig avhengige av hverandre. Dette forutsetter tett og forpliktende samarbeid både faglig og organisatorisk. Det legges opp til at sykehusene skal videreutvikles som sykehus i nettverk. Sykehus i nettverk må ha en klar og hensiktsmessig oppgavefordeling. Gjennom samarbeid om pasientforløp, bemanning, utdanning av helsepersonell og hospiterings-/ambuleringsordninger skal økt kvalitet, helhetlige pasientforløp og god kapasitetsutnyttelse oppnås. Sykehus i nettverk må kompensere for at mange fag er funksjonsfordelt, og det må finnes løsninger for å sikre kompetanse og erfaring for å håndtere oppgaver (spesielt knyttet til akutt- og traumefunksjoner) i fellesskap. Utviklingen i medisinske behandlingsmetoder, teknologi og IKT støtter både sentralisering og desentralisering av funksjoner. Store sykehus må for eksempel overlate oppgaver og dele spesialistkompetanse til mindre sykehus, for å utnytte felles kapasitet og kompetanse.

I utredning og behandlingen av enkeltpasienter vil det være aktuelt å sette sammen team av helsepersonell med ulik og supplerende kompetanse fra flere av sykehusene i nettverket. Tverrfaglige team på tvers av sykehus med virtuelle møter vil kunne kompensere for små fagmiljøer og lite pasientgrunnlag. Oppgavedeling mellom grupper av helsepersonell kan også øke kapasiteten.

⁶⁹ Regjeringen, St. meld. Nr. 12 (2008-2009), [En gledelig begivenhet, En gledelig begivenhet — Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg](#)

⁷⁰ Helsedirektoratet, [Et trygt fødetilbud. \(IS-1877\)](#) Utgitt: 1.12.2010

En del av det å arbeide i nettverk er å ha en god dialog mellom fagene på tvers av fagområder, eksempler er:

- felles fagutvikling
- enhetlige pasientforløp⁷¹ og felles kliniske fagprosedyrer på foretaksnivå
- fagrådene på tvers for å arbeide med forbedringsprosesser etter uønskede hendelser
- strukturert og planlagt opplæring og kompetanseutvikling
- økt dialog og kommunikasjon gjennom bruk av foretakets IKT-systemer
- helhetlig kapasitetsfordeling, mellom alle tre sykehus for å unngå variasjon i ventetid mellom sykehusene samt utnytte ressursene optimalt.

4.3.2 Samhandling med samarbeidsaktører

Helseforetaket har et solid fundament for å videreutvikle samarbeidet med kommunehelsetjenesten både på system- og individnivå. Både kommunene og helseforetaket må tilpasse seg den kontinuerlige utviklingen og økt etterspørsel for å kunne oppfylle sine samfunnsoppdrag. Partene er også avhengige av hverandres suksess for selv å lykkes. Dette forutsetter at partene så snart som mulig endrer de forhold som hemmer samhandling og oppgavedeling, ved å:

- søke innovative løsninger på tvers av nivåene på tross av motstridende styringssignaler og økonomiske rammebetingelser internt og mellom nivåene
- sikre koordinering av regionovergripende samhandlingstiltak/-saker
- bygge felles virkelighetsforståelse på administrativt/politisk nivå
- sikre en dynamisk og fremtidsrettet avtalestruktur
- sikre forutsigbarhet og involvering ved overføring av oppgaver fra et nivå til et annet
- revitalisere OSS-fagutvalgene
- forankre og implementere den interne samhandlingsorganisering ved SSHF

Administrativ samhandling

Koordinering av regionovergripende samhandlingstiltak/-saker har vist seg å være en meget utfordrende øvelse gitt tre sykehuslokalisasjoner, 30 kommuner med betydelig variasjon i størrelse, kompetanse og kapasitet, samt ca. 290 fastleger. Arbeidet med å bygge felles virkelighetsforståelse er et sentralt mål ved de etablerte samhandlingsarenaene (OSS, RS, fagutvalg, hospiteringsordningene, felles kurs, mv.). Dette bør videreutvikles. I samme øyemed presiseres at *oppgavedeling* mellom SSHF og kommunene henviser til LEON-prinsippet, altså at pasienter som kan ivaretas forsvarlig i kommunen, ikke skal være innlagt på sykehus uten at dette begrunnes faglig. LEON er et sentralt prinsipp for at partene skal kunne utføre sine respektive samfunnsoppdrag i fremtidens helsetjeneste. SSHF ønsker å utvikle en modell sammen med kommunene for å vurdere hvorvidt en oppgave er en spesialist- eller en kommune helsetjenesteoppgave (der dette ikke er selvforklarende), samt å utarbeide gjensidig omforente og forsvarlige overføringsprosesser. I Telemark har man gode erfaringer med at kommune- og spesialisthelsetjenesten sammen utarbeider pasientforløp i den akuttmedisinske kjede med utgangspunkt i kommunehelsetjenesten.

Det er enighet i OSS om å gå gjennom samhandlingsavtalene med målsetting om å sikre en dynamisk og fremtidsrettet avtalestruktur, og det er et vedtatt premiss at Agder skal ha et felles avtaleverk. Dette arbeidet ble igangsatt i 2017.

Kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD)

SSHF forventer at kommunene videreutvikler ØHD-tilbudene i tråd med intensjonene, samt de erfaringene som har fremkommet gjennom *Evaluering av samhandlingsreformen* (EVASAM) fra Forskningsrådet (13. juni 2016), *Riksrevisjonens rapport* (Dokument 3:5 (2015-2016)) og *Sluttrapport fra nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen* (Nettverket) (18.12.2015). SSHF vil understøtte utviklingen av ØHD gjennom kompetansedeling og relevant samhandling med kommunene.

Bedre kvalitet på henvisninger fra innleggende lege

God kvalitet på henvisninger fra fastleger, legevaksleger og eventuelt andre med henvisningsrett til helseforetaket er viktig for å sikre riktig ressursbruk av helsetjenester. Riksrevisjonen hevder at hver fjerde fastlege henviser jevnlig pasienter til spesialisthelsetjenesten selv om de ikke forventer noen medisinsk nytte av det. Samtidig erkjenner hver tredje sykehuslege at de jevnlig tar inn pasienter til utredning selv om det framgår av henvisningen at pasienten ikke burde vært henvist. – En slik ressursbruk innebærer en risiko for at de pasientene som trenger det, må vente lenger på

⁷¹ Den norske legeföreningen, 2.10.2013, Pasientforløp: Helhetlig og sammenhengende beskrivelse av pasientens kontakt med ulike deler av helsetjenesten i løpet av en sykdomsperiode. [Kvalitetsforbedring – Hva er det og hvordan gjøres det?](#)

nødvendig behandling⁷². Å sikre bedre kvalitet på henvisningen på fagområder både innen somatikk og psykisk helse må igangsettes i tett samarbeid med kommunene.

Utskrivningsklare pasienter

Mottak av utskrivningsklare pasienter er en lovpålagt LEON-oppgave som sikrer at sykehuset kan oppfylle samfunnsansvaret som tilgjengelig spesialisthelsetjeneste til befolkningen. SSHF og kommunene må sammen finne gode rutiner som sikrer at utskrivningsklare pasienter utskrives raskt og mottas på en forsvarlig måte. Pasienter med kronisk sykdom har rett på kontaktelege i spesialisthelsetjenesten. Helseforetaket skal legge til rette for at det er kontakt mellom kontaktelege og fastlege under pasientens sykehusopphold/ved utskrivning. «Trygg utskrivning» er en del av Pasientsikkerhetsprogrammet fra 2017. Det er gjennomført et pilotprosjekt hvor det er utarbeidet en sjekklister i DIPS i henhold til en strukturert utskrivningssamtale som sikrer overgangen mellom tjenestenivåene. Det må arbeides videre for at dette blir standard ved utskrivning. Andre forbedringstiltak vil være utskrivningsplan som starter ved innkost på sykehuset og utskrivningssamtale som er planlagt i forkant slik at pasient og pårørende kan forberede spørsmål.

Kompetansedeling

SSHF vil videreføre og videreutvikle samarbeidet med kommunene om hospitering og felles opplæringstiltak. Tilbudene, søknadskjema og informasjon om ordningen fremkommer på nettsiden til SSHF. SSHF vil også bidra til å utvikle gode systemer for kunnskaps- og kompetanseutveksling med kommuner og andre samarbeidspartnere.

SSHF deltar sammen med kommunene i Agder i arbeidet med å utvikle et felles lederutviklingsprogram for kommuner og helseforetak. Programmet utvikles i samarbeid med KS og Nasjonalt Topplederprogram for spesialisthelsetjenesten.

Praksisnær samhandling

Det er i møte med pasienten at pasientens helsetjeneste utvikles, og hvor trygge, sømløse overføringer internt og mellom nivåene oppnås. SSHF vil blant annet ha fokus på følgende arenaer for videreutvikling av praksisnær samhandling:

- felles retningslinjer mellom SSHF og kommunene
- læringsnettverket for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke
- regional samhandlingsmelding for rus- og psykiskhelsefeltet i Agder
- kvalitetsforbedring av utskrivningsprosessen
- praksiskonsulentordningen
- samhandling mellom sykehusleger, fastleger og kommuneleger
- den akuttmedisinske kjeden
- elektronisk meldingsutveksling og e-helse

SSHF har særlig et forbedringspotensial når det gjelder å sikre rask utsendelse av epikriser og polikliniske journalnotater, samt samstemming av legemidler og bruk av reseptformidleren. Det er for øvrig behov for å styrke samhandlingen mellom fastlegene, kommunelegene og sykehuslegene. Det er derfor igangsatt et prosjekt for å utrede mulige arenaer for slik samhandling i OSS-regi. SSHF vil frem mot 2020 iverksette prosesser for å utrede hvordan spesialistkompetanse i SSHF kan gjøres tilgjengelig på denne måten (ambulerende tjenester). Grunnleggende vil være at man har robuste fagmiljø som «tåler» en slik driftsendring.

Private avtalespesialister og institusjoner

Det er et klart behov for bedre samstemming av sykehusets og avtalespesialistenes tjenester i tråd med befolkningens behov. Dette må ses i sammenheng med kapasiteten i SSHF, ventetid, fristbrudd, etc. SSHF har til nå hatt liten påvirkning på valg av hvilke avtalehjemler som etableres, og det samme gjelder innhold i avtalespesialistenes tjenester. Det pågår arbeid med å få på plass avtale mellom SSHF og hver enkelt avtalespesialist som spesifiserer innholdet i tjenesten de leverer. Det bør i tillegg utredes mulighet for at avtalespesialister får lesetilgang til SSHF sitt journalsystem i planperioden.

Det er i praksis et godt samarbeid mellom SSHF og private institusjoner i området. Samtidig er det viktig at de samme protokoller og faglige prosedyrer følges innen samme fagområde både i offentlig og privat helsetjeneste. SSHF ønske å få til slik samstemming. Det vil minske variasjon i behandling og bedre planlegging av pasientforløpene.

⁷² Riksrevisjonen, Dokument 3:4 (2017–2018), [Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten](#)

Omstilling og endret samhandling mellom DPS og kommunehelsetjenesten

Den utvidede plikten til øyeblikkelig hjelp og kravet til avtaler mellom kommuner og helseforetak kan bli gjeldende også for området psykisk helsevern. Tilskuddsordningen for oppbygging av kommunal akutt døgnenhet (ØHD) gjelder nå både somatisk og psykisk helse⁷³. Denne organiseringen av ø-hjelp setter krav til kvalitet i tjenesten for å sikre tillit hos fastlegen som henviser pasienten.

Det er en målsetting nasjonalt og for SSHF å redusere behovet for døgninnleggelse gjennom å tilby alternativer. Arbeidsgruppen «*Pasientforløp psykisk helsevern og rus*» foreslo i 2014 at døgntilbudet i DPS på sikt burde nedtrappes og at den spesialiserte døgnbehandlingen skulle samles i PSA. Denne føringen er avdempet, da en ser at nye behov for ivaretagelse og intensivt behandling kan kreve et noe høyere døgnplassnivå enn forutsatt. Det er imidlertid et økende behov for ambulant virksomhet, slik at ressurstilgangen til den polikliniske og ambulante kompetansen økes ytterligere i DPS, TSB og BUP. En ønsket utvikling er at spesialisthelsetjenesten i større grad gir pasienter behandling i deres kjente miljø. Konseptrapport for etablering av nytt bygg for døgnplasser til PSA og ABUP, Nybygg psykisk helse, omtaler dette mer inngående⁵⁰.

Erfaringer fra FACT (fleksibelt aktivt oppsøkende rehabiliteringsteam) i et strukturert opplegg, har vist seg svært lovende. Forpliktende samhandling må skje der spesialisthelsetjenesten står ansvarlig for behandlingstiltakene, i tett dialog med kommunen om bo- og omsorgstiltak. Det har vært svært gode erfaringer med dette i Agder allerede. Denne ordningen skal bygges ut videre med de erfaringene som er opparbeidet og en søker implementering av denne arbeidsmetodikken også i avhengighetsbehandlingsfeltet.

Primær og sekundær forebygging

Hoveddelen av folkehelse- og det primærforebyggende arbeidet må ivaretas i kommunene, men spesialisthelsetjenesten har en viktig rolle i å utrede og avklare livsstilssykdommer som ikke primærhelsetjenesten kan ivareta, og gi pasientene innsikt i årsakssammenhenger mellom livsstil, symptomer og sykdom.

Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten har en unik posisjon til å ta opp levevaner med pasientene i forbindelse med akutte hendelser og skader og motivere til en helsefremmende livsstil. Det er behov for tett samhandling og felles pasientforløp med kommune- og spesialisthelsetjenesten også innen de store folkesykdommene/livsstilssykdommene. Et slikt samarbeid er nedfelt i både faglige retningslinjer og i prioriteringsveiledere og kan konkretiseres i samarbeidsavtalene og i felles fagutvalg i regi av OSS.

HOD ønsker oppstart av nasjonalt screeningprogram mot tarmkreft i 2019 med mål om å redusere forekomsten og dødeligheten av tarmkreft. Dette gjelder menn og kvinner i alder 54 til 71 år. Norge ligger øverst i verden på forekomst av tarmkreft for kvinner og på 6. plass for menn. De to viktigste flaskehalsene for gjennomføring av screeningprogrammet er kapasitet på gastroenterologer og patologer i tillegg til teamet rundt utførelse av prosedyrene. Dette vil kreve god planlegging av nødvendige ressursbruk og logistikk. Det handler om betydelig økning antall skopier. Det diskuteres om sykepleiere kan overta arbeidsoppgaver knyttet til skopier.

Det blir viktig med kontaktleger fra SSHF som har god kunnskap om hvordan kommunehelsetjenesten fungerer. Samarbeid mellom NAV, kommune og SSHF vil bli stadig viktigere. En tidlig og god utredning og oppfølging med fokus på egenmestring kan bidra til bedre helse i befolkningen og forhåpentligvis færre unge uføre.

⁷³ Helsedirektoratet, «[Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold](#)», veiledningsmaterieill, rev. 2/2014

4.4 Organisering og ledelse

4.4.1 Organisering

Arbeidet med å utvikle stedlig organisasjonskultur pågår, og det må fortsatt jobbes med å etablere strukturer for samarbeid om pasientforløp mellom somatiske klinikker og medisinsk serviceklinikk. Sykehus i nettverk er viktig for å utnytte de samlede ressursene optimalt, utarbeide felles prosedyrer og rutiner, sikre utdanningsløp samt legge til rette for rotasjon og ambulerings.

Færre pasientdøgn er et resultat av mer effektiv behandling, og behovet for sengeopphold reduseres. Spesialistene kan møte pasienter og kolleger over nettet eller ved ambulering, tverrfaglige team. Også i forbindelse med den kliniske virksomheten i sykehuset vil det være behov for å endre organiseringen av arbeidsplassene.

En økende andel pasienter med sammensatt sykdomsbilde forsterker behovet for tverrfaglige møteplasser for personale nært pasienten. Det vil bli et økende behov for å samle høykompetanse i sykehusene og mengden pasienter som kommer til sykehusene vil bli relativt sett mindre. Avansert behandling trenger å samles av hensyn til behov for større pasienttall, tverrfaglighet og økonomi.

Mer av den elektive kirurgien utføres som dagkirurgi. Bruk av preoperative poliklinikker effektiviserer tiden som brukes til utredning (kirurgi, indremedisin og anestesi), og andelen dagkirurgi vil kunne øke ytterligere. Det er størst potensial for endring fra døgn- til dagopphold innen de kirurgiske pasientforløpene som gjelder muskel-skjelett (ortopedi; protese, leddoperasjoner), operasjoner i urinveier og gynekologi. Som for medisinsk behandling, ønskes det en dreining fra døgnbasert virksomhet til dagbehandling og poliklinisk tilbud også innen psykisk helsevern og rusbehandling.

Sykehusbygg HF's framskrivninger (se kap. 4.2.3) indikerer en betydelig omstilling i form av endret behandlingsmåte fra døgn til dag og behandlingssted (ambulant virksomhet, hjemmet eller kommune). Mer ambulant virksomhet kan være et kompensierende tiltak for færre liggedøgn, slik at pasienten slipper å reise lange avstander og at helsetjenester blir utført nær der pasienten bor. Et supplement til ambulant virksomhet er å benytte video eller annen teknologi for å kommunisere med fagkompetanse og pasienten ute i distriktene, der hvor det er lang reiseavstand. Både ambulant virksomhet og behandling over video etc. er nye arbeidsformer som må utnyttes bedre.

4.4.2 Ledelse

God ledelse har vært avgjørende for at SSHF utfører sitt samfunnsoppdrag på en tilfredsstillende måte og utvikler en bedre helsetjeneste. Ledelse i SSHF handler om å levere tjenester med god kvalitet innen gitte rammebetingelser og målsetninger, gjennom å mobilisere faglige og menneskelige ressurser hos medarbeiderne, og utvikle hensiktsmessig organisasjonskultur og gode samarbeidsformer internt og eksternt. Ledere i SSHF forplikter seg til å formidle og praktisere foretakets verdigrunnlag i møte med pasienter, pårørende og medarbeidere. Det kreves at ledere viser ansvarlighet, endringsvilje og lojalitet for vedtak som er fattet, samt åpenhet og interesse, både for fag, medarbeidere og samfunnsforhold. Ledere ved SSHF skal være⁷⁴:

- ansvarlige og helhetstenkende
- endringsvillige og handlekraftige
- kommuniserende og inspirerende
- gjennomføringsdyktige, mål- og resultatrettede
- samarbeidsorienterte
- involverende

Det er viktig at SSHF fortsetter arbeidet med ledermobilisering, samt vurdering av hvilken kompetanse som er nødvendig for den enkelte medarbeider. Den nye rollen til pasienten i *pasientens helsetjeneste* stiller nye krav til ledelse. Pasienten skal være en aktiv og likeverdig partner. Lederes oppmerksomhet må rettes enda mer mot hvordan pasientene opplever behandling og det må stilles krav til at ledere følger med på arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet innen ansvarsområdene. Det må oppleves trygt å melde fra om uønskede hendelser og være åpenhet rundt feil. Ledere må støtte den enkelte medarbeider og gi konstruktive tilbakemeldinger, samt legge til rette for en lærende kultur. Noen ledere i foretaket har et stort kontrollspenn og SSHF bør se nærmere på dette.

⁷⁴ Nasjonal ledelsesutvikling 2012, Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak. https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2031-13%20vedlegg%20Rapport_Nasjonalplattformforledelse_web.pdf

For å understøtte god ledelse og nødvendig tilpasning av virksomheten, må SSHF ha et godt system for virksomhetsstyring der driften planlegges, planer gjennomføres, drift og mål evalueres samt korrigeres der det er hensiktsmessig. Systemet må være gjennomgående på alle ledernivå. En forutsetning for god virksomhetsstyring er at ledere må ha tilgang til pålitelige og oppdaterte virksomhetsdata.

Det er videre et lederansvar å sikre kvalitet innen gitte økonomiske rammer. Implementering av nye arbeidsprosesser innen IKT, *den aktive pasient*, samt hjemmebehandling, er eksempler på områder som vil kreve ledere med god endringskompetanse.

4.4.3 Arbeidsmiljø

Det har pågått mange endringer i foretaket og omstillinger er belastende både for arbeidsmiljøet og for den enkelte medarbeider som berøres. Nærmeste leder har som oppgave å ivareta egne medarbeidere, og sikre god informasjon og medvirkning. Ledere spiller en avgjørende rolle for hvordan medarbeidere takler omstillinger. Konsekvensene for arbeidsmiljøet må vurderes i alle omstillinger av et visst omfang, slik at målrettede tiltak kan iverksettes. Ved endringer som må gjennomføres kan belastningen reduseres dersom prosessene er godt gjennomført.

Den endrede organisasjonsstrukturen i somatikk gjør det viktig for ledere å skape tillit mellom fagpersoner og lojalitet til hele SSHF, på tvers av organisatoriske og geografiske skillelinjer. Ledere må ta ansvar for alle faggrupper i virksomheten og sikre at arbeidsmiljøet og organisasjonskulturen er tilpasset oppgavene som skal løses. Det må sikres god kommunikasjon internt og eksternt for å fremme gode prosesser, åpenhet og oppgaveløsning.

4.5 Bemanning og kompetanse

For å sikre rekruttering og møte behovet for helsepersonell, vil SSHF gjøre gode analyser og forbedre kunnskapen om fremtidig personell- og kompetansebehov. For å møte bemanningsutfordringen i SSHF, iverksettes det et arbeid med oppgavedeling mellom yrkesgrupper og vurdering om det er oppgaver pasientene selv kan ivareta ved nye IKT-systemer. Ved gode og målrettede analyser over eksempelvis fremtidige legespesialister, er det mulighet for å tilsette leger i spesialisering innen fagområde der det er behov.

Ny spesialiststruktur for leger ble innført høsten 2017, og arbeidet med implementering vil pågå frem til 2021 for del 3. Implementering av ny spesialiststruktur for leger innebærer en gjennomgang av alle læringsmål og at SSHF må legge til rette for at så mange som mulig av læringsaktivitetene oppnås i foretaket. Det tar minimum 6 år å utdanne en spesialist (LIS 2 og 3). Det må lages samarbeidsavtaler mellom lokalisasjonene internt og med andre helseforetak som sikrer at leger i spesialisering oppnår alle læringsaktivitetene og ferdigstiller utdanningen.

Det er behov for å styrke kompetansen for både leger og sykepleiere i akuttmottakene. Stor gjennomstrømning i akuttmottaket øker kravet til kompetanse i front ved at erfarne leger er til stede. Akutt- og mottaksmedisin er vedtatt som ny spesialitet, og SSHF vil legge til rette for denne. Denne kompetansehevingen forventes å gi bedring av behandlingskvalitet og kapasitet, men erstatter ikke spesialister i kirurgi eller anestesilege. Det vil være en styrke om SSHF fikk en større andel sykepleiere med spesialisering i akuttmedisin. Ved økt kompetanse og mer systematikk i pasientforløp kan flere pasienter ferdigbehandles i akuttmottakene. Dette vil på sikt bedre samsvar mellom utdanningenes innhold, studentenes sluttkompetanse og helsetjenestenes behov.

E-læring, simulering og ferdighetstrening må benyttes mer for å styrke kompetanse og ferdigheter. Det må utvikles og benyttes flere digitale læringsressurser i forbindelse med opplæring og kompetanseheving i spesialisthelsetjenesten. Dette henger sammen med demografiske endringer, medisinsk nyvinning og rask utvikling av teknologi i samfunnet for øvrig. I spesialisthelsetjenesten vil antall arbeidsoppgaver øke på grunn av flere eldre og flere behandlingsmuligheter, uten at det nødvendigvis medfører tilførsel av ekstra ressurser. Det stilles derfor større krav til å tenke nytt, og ny teknologi må benyttes for å støtte opp om og effektivisere arbeidsoppgaver. Det må legges til rette for dette i planperioden.

Det vil være nødvendig å øke den nasjonale utdanningskapasiteten spesielt innen sykepleie og det vil innebære at foretaket vil måtte legge om praksisløpene slik at foretaket kan legge til rette for flere studenter.

4.5.1 Kompetanse

Nasjonal bemanningsmodell som er utviklet for å planlegge behovet for helsepersonell regionalt og lokalt, gjør det enklere å forbedre kunnskapen om personell- og kompetansebehov i framtidens spesialisthelsetjeneste. Analysene som er utført, indikerer behov for styrking av kompetansen og endret kompetansesammensetning på følgende områder:

- Økt behov for sykepleiere med grunnutdanning. Dette innebærer at utdanningskapasiteten i høgskolene må bygges ut, og antall praksisplasser økes
- Økt behov for legespesialister innen utvalgte områder som for eksempel psykiatri, bildediagnostikk, patologi, geriatri, endokrinkirurgi, lunge og gastroenterologi
- Økt generell etterspørsel etter legespesialister som følge av ny modell for utdanning av legespesialister
- Økt behov for spesialsykepleiere. Den medisinsk-teknologiske utviklingen som styrer legenes spesialisering påvirker også behovet for spesialsykepleiere.

SSHF vil bruke disse analysene til å vurdere kompetansen i SSHF. Helsetjenesten er stadig i endring og det er økende behov for kompetanse utover grunnutdanning. Helseforetakene er lovpålagt å gi medarbeidere systematisk opplæring innen ulike fagområder for å sikre at de til enhver tid innehar nødvendig kompetanse. Dokumentasjon av opplæringen må forbedres når det gjelder enhetlig praksis og strategisk kompetansesyning i foretaket for å møte behovene i planperioden.

Kartlegging av riktig kompetanse på riktig plass blir viktig for å utnytte ressursene i avdelingene best mulig. Nedgang i helsefagarbeidere fører til at sykepleiere blir brukt til å utføre arbeidsoppgaver som ikke trenger sykepleierfaglig kompetanse. For fagarbeider, helsefagarbeidere og hjelpepleiere må det legges til rette for faglig påfyll med tanke på fremtidens økende behov for denne type kompetanse.

Når det gjelder lærlinger i helsefag må de kunne få deler av sin lærlingetid i KPH. Det må arbeides for å øke antall læreplasser i alle faggrupper inkl. nye faggrupper som eks. portør, og legge planer for ansettelser av disse etter fullendt løp.

Ny spesialiststruktur for leger benytter kompetanseportalen (Dossier) for å dokumentere oppnådde læringsmål. Dossier benyttes nasjonalt, slik at læringsmålene dokumenteres uavhengig av hvor legen arbeider frem til ferdig spesialist. Det er ønskelig at alle yrkesgrupper benytter dette, men det vil ligge frem i tid.

SSHF må sikre tilstrekkelig og kompetent personell gjennom utarbeidelse av avdelingsvise kompetanseplaner. Kompetanseplaner gir forutsigbarhet i hvilken kompetanse avdelingen har behov for. Alle avdelinger må sikre fremtidig kompetanse enten ved rekruttering av nye eller utvikling av egne medarbeidere. Individuelle kompetanseplaner skal inneholde tiltak som medarbeiderne skal gjennomføre for enten å sikre tilstrekkelig opplæring og/eller egen utvikling i tråd med avdelingens behov. Dette er ikke på plass i hele organisasjonen, og det er i hovedsak mangel på å definere fremtidige behov for spesialkompetanse.

SSHF må sikre tilstrekkelig kompetanse innen anestesi, intensiv, operasjon- og barnesykepleie samt jordmødre, og ha etablerte ordninger for sykepleiere (utdanningsstillinger) som skal sikre dette.

Mange avdelinger har behov for mer teknologikompetanse/helseinformatikk fordi dokumentasjon, behandling og informasjon i stor grad gjennomføres elektronisk og via nye teknologiske muligheter. Det må videre satses på økt bruk av e-helse og telemedisinske løsninger, samt øke medarbeidernes kompetanse i kommunikasjon ved hjelp av en kommunikasjonsplattform. Det er også behov for å styrke kompetansen innen språk- og kulturforståelse i møte med minoritetsgrupper.

NHSP legger opp til en styrking av akuttmedisinske tjenester utenfor sykehuset. Prehospitaltjenester må ha nødvendig kapasitet og kompetanse. Det krever en styrking av kompetansen i ambulansetjenesten. SSHF utarbeider en strategisk kompetanseplan innen PTSS for fremtidig kompetansebehov basert på føringer fra HSØ.

4.5.2 Rekruttering

Tilgang på helsepersonell handler både om kapasitet og innhold i utdanningene, men også om hvordan SSHF utvikler og bruker tilgjengelig helsepersonell. Oppgavedeling blir et område som må kartlegges og implementeres i større grad. God kunnskap om fremtidige personell- og kompetansebehov danner grunnlag for en målrettet rekruttering. Det må utarbeides planer som sikrer tilstrekkelig rekruttering av spesialkompetanse på kort og lang sikt. Et viktig virkemiddel for å rekruttere spesialister er robuste fagmiljøer og mulighet for fagutvikling. Samling av spesialiserte fagområder kan bidra til rekruttering. SSHF må i større grad sikre fremtidig rekruttering gjennom blant annet å utdanne egne spesialister.

Samarbeid med universitet og høyskoler om utdanning av helsepersonell kan ha stor betydning for å rekruttere og beholde fagpersoner til SSHF. De siste årene har flere sykehus etablert desentralisert legeutdanning i samarbeid med et universitet. Det er den såkalte «lakseeffekten» som er ønskelig å oppnå; tendensen til at der du utdanner deg, velger du også å jobbe etter endt utdanning. SSHF ønsker derfor å videreføre utredningen om SSHF skal søke om å få status som universitetssykehus

For spesialsykepleiere må SSHF ha en strategisk plan for rekruttering som sikrer etterrekruttering. SSHF må delfinansiere dette for å sikre tilstrekkelig utdanning til anesthesi-, barne-, intensiv-, og operasjonssykepleiere, nyfødttmedisin/pediatri og jordmødre. Et av virkemidlene for å sikre rekruttering, vil være å tilby fulle stillinger. Videreføring av arbeidet med en heltidspolicy i Agder er nødvendig fordi det er behov for arbeidskraften og kompetansen. 100 % stillinger vil føre til kontinuitet, kvalitet og bedre utnyttelse av ressursene, og arbeidet må derfor intensiveres også for sykepleiere.

Psykisk helse og rusbehandling har vanskelig for å rekruttere psykolog- og legespesialister. Særlig er det en vedvarende utfordring å fylle behovet for psykiatere.

Teknologisk og faglig utvikling innebærer endringer i kompetansebehov. Foretaket kan få økt behov for fysikere, farmasøyter, teknologer/ingeniører og statistikere. Implementering av nye undersøkelsesmetoder og ny teknologi ventes å øke behovet for radiologer de neste årene.

Ambulansetjenesten står ovenfor store utfordringer knyttet til rekruttering. Frem til 2017 har hovedvekten ligget på ambulansefagarbeidere, men tilgang på personell og ambulansetjenestens endrede oppgaveområder krever i større grad personell med høyere utdanning. Samtidig som det skal rekrutteres nye medarbeidere skal dagens medarbeidere tilføres kompetanse slik at de får mulighet til å være med også i den moderne ambulansetjenesten. Det foreligger nasjonale og politiske føringer om at fremtidig ambulansetutdanning skal ligge på bachelor nivå.

4.5.3 Utdanning av helsepersonell og samarbeid med utdanningsinstitusjoner

SSHF ønsker å videreføre det gode samarbeidet med UiA. Det bidrar til å sikre god rekruttering av sykepleiere, spesialsykepleiere og bioingeniører. SSHF ønsker fortsatt å være en stor utdanningsinstitusjon med et godt samarbeid med universiteter og høyskoler. SSHF ønsker økt samarbeid for å få økt innflytelse på utdanningene og bidra til at disse er innrettet mot foretakets behov, samt finne en balanse mellom akademisering og klinisk arbeid. SSHF vil i samarbeid med UiA legge til rette for flere kombinasjonsstillinger mellom sykehuset og universitetet både på PhD-nivå, masternivå og bachelornivå for å beholde økt kompetanse i sykehuset i fremtiden.

Nasjonale analyser viser at det vil bli mangel på sykepleiere i Norge i fremtiden og at det er behov for utdanningskapasiteten økes. SSHF vil bidra til å øke antall praksisplasser for å sikre fremtidig rekruttering. UiA viderefører desentralisert utdanning i samarbeid med SSHF. Ordningen bidrar til bedre rekruttering til Listerområdet.

SSHF vil tilstrebe å øke antallet lærlingeplasser på flere områder blant annet helsefagarbeidere. Det gode samarbeidet med opplæringskontorene i Agder skal videreutvikles.

4.5.4 Universitetssykehus i Agder?

Høringssvarene til Utviklingsplanen gir bred støtte til utredningsarbeidet om det skal utrede muligheten for å kunne søke om å få status som universitetssykehus. En slik ambisjon vil innebære at SSHF må styrke seg som forskningsinstitusjon og som utdanningsinstitusjon for leger. Ambisjonen vil kreve en langsiktig målrettet oppbygging over en periode på 5-10 år. Kartleggingen skal gi et første diskusjonsgrunnlag for hva en slik langsiktig ambisjon vil kunne bety for pasientene i Agder, SSHF, kommunehelsetjenesten og Agder som region.

4.6 Forskning og innovasjon

4.6.1 Forskning

SSHF må tilpasse sin forskningsaktivitet til befolkningens utviklingstrekk i årene som kommer. Det må gjøres mer forskning på geriatri, innvandring/migrasjonshelse og e-helse. Sterke forskningsmiljøer ved SSHF vil utvikle seg videre og øke sitt internasjonale samarbeid. Helsetjenestene vil preges av raskere omstillinger i framtiden og det blir viktig å øke forskning på helseetikk i samarbeid med UiA. Det er et økende fokus på måling av pasientnære kvalitetsvariabler (Patient Related Outcome Measures/PROMS) i forskning. Forskningsenheten vil derfor fortsatt være en pådriver for å bidra til større innovasjon, kvalitetsutvikling og forskning på PROMS ved SSHF. SSHF bør i planperioden ta stilling til deltakelse i flere kliniske studier finansiert av legemiddelindustrien i tråd med gjeldende regelverk.

Utviklingen innen e-helse blir svært omfattende og vil endre oppfølging av pasienter (og kanskje særlig kronisk syke) i vesentlig grad. Samtidig har det til nå ofte vært rapportert skuffende resultater av flere telemedisinske/e-helse-intervensjoner. For at e-helse og telemedisin skal bli et vellykket og viktig supplement i årene som kommer, kreves inngående samarbeid innen innovasjon, kvalitetssikring og forskning mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. I årene som kommer, må SSHF forholde seg til økende omfang av medisinske høykvalitetsdata som blir meddelt digitalt fra pasientenes hjem. Det er en stor ambisjon allerede i pågående telemedisinske prosjekter i Agder å etablere en felles plattform for kommuner og spesialisthelsetjenesten for oppfølging av de pasientene som bruker telemedisin. Det vil være et økende behov for data fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten og nasjonale databaser for at forskning skal bidra til å gi de rette svarene i framtiden. En konsentrasjon av helsefaglige virksomheter på Eg kan skape mer forskning, utvikling og innovasjon og styrke forskningssamarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Samarbeidet om teknologiske løsninger kan gi bedre og mer helhetlige pasientforløp.

Forskningsprosjekter ved SSHF vil også i framtiden som hovedregel være eksternt finansiert. De økonomiske avtalene som gjelder for forskere ved SSHF vil også i framtiden bety at hvis eksternt finansierte forskningsprosjekter øker, må også rammen til forskning økes tilsvarende. Det vil være et økende behov for forskningsveilederengasjementer og fordypningsstillinger i forskning. SSHF må utarbeide retningslinjer for kvalifiseringsstillinger i SSHF for kolleger med PhD, og særlig for dem som nærmer seg professorkompetanse.

4.6.2 Innovasjon

Innovasjonsarbeidet vil i fremtiden ha økt fokus på samhandling på tvers av ulike bransjer og segmenter. Det vil være større handlingsrom for å utvikle og prøve ut fremtidsrettet teknologi i samarbeid med UiA, i tillegg til andre kompetansemiljøer både regionalt, nasjonalt og internasjonalt. Alle medarbeidere må kunne få støtte og veiledning til hvordan de kan gå frem for å få realisert en idé som vil bedre sykehusets tjenester. Fremtidige innovasjonsprosjekter vil i all hovedsak være eksternt finansiert. Det skal utarbeides en plan for internfinansiering av utvalgte prosjekter. Arbeidet med kontinuerlig forbedring skal knyttes tett sammen med innovasjonsarbeidet, for å få høyest grad av gevinstrealisering i hele organisasjonen.

Deling av gode idéer og spredning av gode innovasjoner er et satsningsområde i hele HSØ, og SSHF skal bidra på best mulig måte. Pasienter og pårørende er viktige i arbeidet med å forbedre dagens tjenester. Innovasjonsarbeidet ønsker derfor å fokusere på å inkludere disse ressursgruppene i flest mulig prosjekter. Flere områder av organisasjonen blir i fremtiden påvirket av stadig raskere teknologisk utvikling. Derfor må innovasjonsprosjektene være proaktive i samarbeid med miljøer som kan bidra til at SSHF ser fremtidsbildet på best mulig måte og dermed lager løsninger for fremtiden.

4.7 Økonomi

Økonomisk utvikling for sykehuset de neste årene vil bli svært krevende. I tillegg til de store utfordringene i somatikk som sykehuset allerede har, antyder rammeveksten gitt i økonomisk langtidsplan en vekst på ca. 0,5 % årlig. Denne skal dekke både økte kostnader til høykostnadsmedisiner, spesielt innen kreftbehandling, samt planlagt vekst i IKT-kostnader, behandlingshjelpemidler, gjestepasienter og pasientreiser. Eksempelvis vil veksten i behov for høykostmedisin forventes å vokse vesentlig brattere enn veksten i økonomiske rammer, og vil stille SSHF overfor helt nye prioriteringsbehov. Et annet eksempel er innføring av ny spesialiststruktur for leger som vil kreve ressurser frem mot 2021.

Dette betyr i realiteten en gradvis reduksjon av ressurser til behandling på sykehusene, det stilles da et betydelig krav til produktivitetsvekst i alle helseforetak de kommende årene. Nye behandlingsmetoder med eksempelvis ambulant virksomhet og telemedisin må tas i bruk. Ambulant virksomhet kan være utfordrende der reiseavstanden er stor. Det vil også kreve helsepersonellens bruk av tid til å reise. Telemedisin vil være et supplement, men inntektsmodellen må ha incentiver for bruk av telemedisin og ny teknologi. Det samme gjelder for ambulant virksomhet innen somatikk.

Det er stor usikkerhet til prognoser for den økonomiske utviklingen og fordeling av kostnader innen helsetjenesten. Med signaler fra myndighetene om økt satsing på kommunale helsetjenester vil det kunne skje ytterligere endringer i fordeling av økonomiske rammer. Samtidig vil det være et økt etterspørselspress på spesialisthelsetjenestene for å tilby tidlig og avansert diagnostikk og behandling, som kan være vanskelig å styre politisk.

Utviklingen av nye behandlingsmetoder skjer raskere enn før. Dette har stor betydning for enkelte pasientgrupper. Nytt utstyr og nye medisinske metoder utvikles løpende. Behandlingsforløpene i somatikk vil bli kortere og mer behandlingsintensive. Dette kan bety en dramatisk kostnadsvekst, noe som er utfordrende med en begrenset økonomi. Utgifter til høykostnadsmedisiner har økt fra ca. 60 til 350 millioner kroner de siste ti årene. Det forventes høy vekstrate også de kommende år. Dette kan komme til å ta det meste av den rammeveksten sykehusene får tilført i statsbudsjettene. I tillegg overføres hvert år ansvar for flere og flere legemidler til sykehusene fra Helfo slik at den økonomiske risikoen for sykehusene øker også på dette området. Bruk av nye, kostbare medikamenter må derfor følges opp spesielt. Omlag er 400 legemidler overført, og det blir svært viktig med tett oppfølging av skifter ifm LIS-avtalene, da dette har betydelig økonomisk konsekvens for foretaket. Bedrede systemløsninger og økt ressursbruk for oppfølging vil bli påkrevet i nær fremtid.

Også pasientreiseområdet er en betydelig kostnadsdriver i foretaket, Omlag 200 mill.kr går i hovedsak til taxibruk, i tillegg til bruk av ambulanskapasiteten. Begge deler har et høyt forbruk i Agder. Sykehuset er finansieringsansvarlig for all pasienttransport, inklusive kjøring til/fra fastleger, annet helsepersonell og kommunehelsetilbud, i tillegg til sykehusets egengenererte reiser. Det arbeides i samarbeid med AKT og de to fylkeskommunene med å utrede mulige alternative transportløsninger. Her vil også Pasientreiser HF bli involvert etter at en utredningsfase er gjennomført.

Foreløpige beregninger i økonomisk langtidsplan viser et behov for å forbedre produktiviteten i den somatiske delen av sykehuset med ca. 200 millioner kroner frem til 2022. Økt aktivitet kan utgjøre noe under halvparten av dette, og resterende må løses med effektivisering av ressursbruk internt i driften. Det betyr en produktivitetsforbedring på ca. 6 % over en 4-årsperiode. Dette vil medføre store krav både til ledere, medarbeidere og tillitsvalgte både når det gjelder bedre planlegging, kontinuerlig forbedringsarbeid, evne til endring og omstilling og til å ta i bruk nye arbeidsmetoder. Driftsmarginen må økes fra ca. 3,8 % i 2017 til ca. 6,5 % i 2025 for å kunne håndtere investeringene i nye bygg, med mer.

I planperioden frem til 2022 må resultatet ha et nivå på minst 120 mill.kr for å håndtere kortsiktige investeringsbehov. For å kunne nå det, er det behov for nødvendige tilpasninger av driften, spesielt innen de somatiske delene av sykehuset. Målet er satt for å opprettholde en akseptabel investeringsevne i årene fremover. Dette kombinert med finansiering av nye bygg gjør det svært krevende de neste årene for driften i SSHF. Analyser i forbindelse med budsjett og økonomisk langtidsplan viser tydelige behov for produktivitetsvekst, økt behov for nødvendige investeringer i bygg og utstyr kombinert med betydelig økt finansiering til høykostmedisiner, IKT-løsninger med mer.

Store prosjekter må gjennomføres de neste 10 årene, både av kapasitets- og vedlikeholdsårsaker, herunder nytt akuttbygg og infrastrukturopgraderinger i Kristiansand. For medisinskteknisk utstyr er ytterligere utskiftninger innen bildediagnostikk og laborieutstyr påkrevd, samt overvåkingsutstyr ved alle tre lokalisasjoner. Nytt laborieutstyr må i stor grad automatiseres (båndløsning) dersom man skal oppnå tilstrekkelig kapasitetsøkning. I tillegg kommer en rekke mindre løpende utskiftninger. Ny teknologi som PET-scanner forventes også å bli nødvendig i løpet av få år. I flere år har KPH spart opp midler til fornying av bygningsmassen. Målet er at positive resultat fra driften totalt skal frigjøre nødvendige investeringsmidler og skape nødvendig økonomisk handlingsrom for tiltak i bygningsmassen. Dette gir utslag i nytt ARA-bygg i 2018 og nytt bygg for døgnbehandling innen psykisk helse (PSA og ABUP) i 2021. I sum er

dette nærmere 1 milliard kroner i investering. KPH må tilpasse sin kostnadsbase med omlag 1 %. Dette er knyttet til ferdigstilling av Nybygg psykisk helse i Kristiansand i 2021.

Foretaket har lagt til grunn i sine økonomiplaner at innen 2025 må et nytt akuttbygg i Kristiansand stå ferdig, for å sikre kapasitet og kvalitet i behandlingen ved sykehuset.

4.8 Teknologi og utstyr

Teknologi er en sterk endringsdriver for utvikling av helsetjenester. Helsedirektoratet har vurdert effekter av teknologisk utvikling for fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov i forbindelse med utvikling av en ny framskrivningsmodell for aktivitet i sykehus. Konklusjonen er at det er så stor usikkerhet knyttet til mulige gjennombrudd innen medisinsk teknologi og konsekvensene av teknologiske endringer, at dette ikke kan legges til grunn for prognoser for fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov. Sykehusbygg HF har utarbeidet et teknologinotat som likevel forsøker å belyse de mest sentrale utviklingstrekkene⁷⁵.

Det er noen globale teknologiske trender som vil få store konsekvenser for hvordan folk i fremtiden vil forholde seg til egen helse og til helsetjenestene, og derved hvordan helsetjenestene må innrette seg. Utviklingen av sensorteknologi, «Big Data» og «Internet of Things» gjør det mulig for pasienter i stor grad å overvåke sin egen helse og kommunisere direkte med internasjonale helsedatabaser, kompetansesentre og tilbydere av helsetjenester. Teknologi som overvåker helsen og kommuniserer direkte til sykehus, gir spesielt kronikere nye muligheter. Rimelig forbrukselektronikk vil gi folk flest enkel tilgang til en rekke helsetjenester. Kunstig intelligens og maskinlæring vil gi sterke verktøy for beslutningsstøtte og for robotisering av diagnostikk og behandling. Det går i retning av mer virtuelle helsetjenester: Tjenestene kommer i større grad hjem til folk. I stedet for hyppig kontroll på sykehuset, kan mange pasienter selv monitorere sin helsetilstand ved bruk av digitale selvrapporteringsystemer og apper, og konsultere behandler kun ved behov. Det vil fortsatt være behov for sykehus i overskuelig fremtid, men nye organisasjons- og driftsmodeller må utvikles. Programvare som sikrer løpende oversikt over pasientforløp og symptomutvikling bør satses på, da det fremmer god og sikker pasientbehandling.

Den generelle utviklingen innen IKT gir mulighet for effektivisering av pasientforløpene. Dette bør utnyttes til både intern effektivisering, mer aktiv deltakelse fra pasientene og elektronisk samhandling mellom sykehusene og eksterne parter. Utvikling av ny teknologi endrer avhengighetene mellom pasienten, personell og lokalisering av de ressursene som er nødvendige for behandlingen. Hvor behandling kan skje er avhengig av krav til kompetanse og utstyr. Hvis avhengighet til utstyret oppheves eller utstyret flyttes til pasienten, kan behandlingen skje i hjemmet eller i andre institusjoner nær hjemmet. SSHF forventer en kraftig teknologisk utvikling i tiden fremover innenfor behandlingshjelpemidler. Tilgang til kompetanse kan i økende grad oppnås over nett, supervisjon i kommunene eller ved at noen kommer hjem til pasienten. Det forventes at denne typen tjenester videreutvikles i planperioden. Det vil spare pasienter for belastende reising til sykehuset, og kan frigjøre tid til helsepersonell. Det er samtidig en fare for at utviklingen innen teknologi, e-helse, forbrukerelektronikk og sensorteknologi fører til økte forventninger og etterspørsel etter tjenester som ikke nødvendigvis gir bedre helse for befolkningen, men økte kostnader og økt belastning på helsetjenestene.

Personvern og informasjonssikkerhet er en del av SSHF håndtering av helseopplysninger. Dette innebærer å kartlegge kunnskapen om informasjonssikkerhet. Medarbeiderne må styrke kompetansen om personvern og informasjonssikkerhet gjennom undervisning og e-læringsprogram. Det må også implementeres maskinell kontroll av journalinnsyn (mønster-gjenkjenningsprogrammet ved nasjonal IKT).

HSØs program for digital fornying skal gjennom standardisering og fornying av IKT-systemer gi bedre kvalitet og pasientsikkerhet, økt effektivitet og bedre samhandling mellom aktørene som er involvert i pasientbehandlingen. Sykehusene skal bli i stand til å møte samfunnets forventninger til bruk av IKT og muligheter for selvbetjening. SSHF prioriterer innføring av regional løsning for elektronisk kurve og medikasjon i perioden 2018-2020. Lukket legemiddelsløyfe er et viktig tiltak for å redusere faren for leggemiddelfeil.

⁷⁵ Sykehusbygg HF, [Fremtidens teknologinotat – konsekvens for langtidsplanlegging av sykehusbygg](#)

I SSHFs egen vurdering av fremtidens sykehus teknologi pekes det spesielt på følgende forhold som vil få stor betydning for pasientbehandlingen i sykehusene i nær fremtid:

- felles tilgang til medisinske data og «én innbygger - én journal»
- fjernmonitorering av pasienter, for eksempel i eget hjem
- økt hjemmebehandling av pasienter og til dels egenbehandling
- endret oppgavedeling mellom kommunale, statlige og private tjenesteytere
- klinisk beslutningsstøtte
- mini-invasive operasjonsteknikker
- IKT-verktøy for å modernisere og forenkle merkantile prosesser
- pasienter ivaretar selv en del oppgaver: selvinnsjekk, rapportering av utfall etter behandling m.m.
- økt digitalisering og endring av arbeidsrutiner for merkantile tjenester for å modernisere skriveoppgavtjenester og gi raskere svar til pasienter og eksterne samarbeidsparter etter kontakt med sykehuset

Det er behov for å utvikle gode løsninger innen telemedisin og velferdsteknologi, samt effektive systemer for kunnskaps- og kompetansedeling. Ifølge NHSP skal det utvikles flere gode verktøy for samvalg mellom pasienter og helsepersonell. Helsenorge.no skal utvikles med mer informasjon og bedre digitale kommunikasjonsløsninger for pasientene. Moderne IKT-løsninger skal brukes mer i alle deler av helsetjenesten. Gjennom digital samhandling og fagnettverk må spesialisthelsetjenesten i større grad ut av sykehuset, både fysisk og virtuelt. Sykehuset må overføre kompetanse til kommunehelsetjenesten og pasientene. Diagnostikk og behandling som fysisk må gjøres på sykehuset, forventes å kreve mer avansert og mer kostbart utstyr. Eksempel er radiologi som blir stadig viktigere diagnostisk hjelpemiddel på stadig flere fagområder. Dette vil utfordre sykehusets organisatoriske og ressursmessige prioriteringer.

Der hvor spesialisthelsetjeneste og kommuner samarbeider, og ved desentrale tjenestetilbud, forutsettes det at gode IKT-systemer er tatt i bruk. Da kan pasientdata hentes frem uavhengig av hvor tjenesten ytes. Dette gjelder både pasientens kjernejournal og data til og fra bildediagnostikk- og laboratorietjenester. Det er et stort behov for å utvikle nye nasjonale løsninger på dette området, hvor SSHF og kommunene på Sørlandet kan være pådrivere.

SSHF deltar i flere forsknings- og utviklingsprosjekter innen IKT/telemedisin/e-helse som åpner for nye arbeidsformer innen diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter (se kap 2.6). Dette engasjementet bør utvides, og SSHF ønsker et nært samarbeid med primærhelsetjenesten om teknologiske løsninger som kan gi bedre og mer helhetlige pasientforløp.

4.9 Bygg

4.9.1 Utvikling av bygningsmassen

Strukturen med tre somatiske sykehus skal videreføres. Det er da behov for å gjennomføre bygningsmessige tiltak på kort og mellomlang sikt for å bøte på manglende kapasitet og svakheter som hemmer dagens drift. Den faglige utviklingen og økning i kapasitetsbehovet de nærmeste årene krever også betydelige tiltak. På grunn av store variasjoner i byggenes alder og kvalitet, må det gjøres en grundig vurdering av bygningenes egnethet for ulike funksjoner som grunnlag for fremtidig arealdisponering og planlegging av tiltak.

De største utfordringene ved arealsituasjonen og muligheter for utviklingen av den kliniske virksomheten er knyttet til somatikk i Kristiansand. I perioden 2013-2015 ble det gjort vurderinger med sikte på optimalisering av arealbruken på sykehusene i både Arendal, Kristiansand og Flekkefjord. Arbeidet var omfattende og berørte de fleste kliniske avdelinger og serviceavdelinger. Etter grundige analyser ble det skissert en rekke muligheter for mindre ombygginger og rokkeringer som kan bedre situasjonen på kort sikt, og noen tiltak er allerede gjennomført. Dette arbeidet har samtidig styrket oppfatningen av at det er behov for større arealutvidelser og oppgraderinger innen somatikk ved Kristiansand innen 2025.

Ved modernisering av eksisterende bygg og bygging av nytt, vil HSØs eiendoms policy bli lagt til grunn. Dette innebærer blant annet krav om lavenergibygg, tilpasning til andre miljøkrav og bruk av åpen BIM (byggningsinformasjonsmodell). SSHF må tilstrebe stor grad av generalitet og fleksibilitet, og legge til rette for industrialisert produksjon. SSHF må hensynta forventede klimaendringer med ekstrem nedbør, både for bygninger og uteområder. Sensorteknologi og «Internet of things» antas å få store konsekvenser for både utforming, drift og bruk av nye bygg og bygningstekniske anlegg. Ny teknologi må inkluderes i tidligfaseplanleggingen. Pasientrettigheter og hensyn til pasientsikkerhet vil stille nye krav til utforming av pasient- og publikumsarealer. Trusselbildet antas å øke i tiden fremover. Nye tiltak for å sikre mennesker, materiell og infrastruktur må avveies mot ønsket om åpenhet og tilgjengelighet.

Bygg skal være utformet slik at behovet for tilrettelegging ved funksjonsnedsettelse eller av andre årsaker begrenses så lite som mulig. Krav til universell utforming gjøres normalt gjeldende ved nybygg og hovedombygginger. Spesiell tilrettelegging må derfor inntil videre løses som individuell tilrettelegging som en del av det alminnelige HMS regimet i forbindelse med administrasjon og ledelse av eget personell.

I forbindelse med etablering av nybygg og endringer i eksisterende bygningsmasse, er det viktig å evaluere konsekvensene slike tiltak har for arbeidsmiljøet HMS og risikoforhold på planleggingsstadiet. Slike endringer vil også ha betydning for organiseringen og det psykososiale miljøet de medarbeidere skal jobbe i.

4.9.2 Nye areal for psykisk helse- psykiatri og avhengighetsbehandling

Nytt bygg for psykiatrisk sykehusavdeling i Kristiansand og for ABUPs ungdomsklinikk er vedtatt, finansiert og skal stå ferdig på Egsjordene innen 2021. Bygningskonseptet og driftsmodellen som er valgt vurderes som fleksibel og elastisk dersom det eventuelt blir økt behov for døgnplasser, for eksempel som følge av omlegginger i DPSene.

Deler av ARAs poliklinikkvirksomhet i Kristiansand får nytt bygg i 2018. Andre av ARAs poliklinikker må oppgraderes/fornyes i løpet av få år. Planlagt omlegging fra døgn til dag innen psykiatri kommer til å kreve ombygginger i DPSene. DPSene i Kristiansand er relativt gode, men Arendal trenger noe oppgradering og arealutvidelse. DPS Lister trenger betydelig oppgradering eller fornyelse.

Når Psykiatrisk sengeavdeling i Kristiansand flytter til nytt bygg lenger sør på området, frigjøres et betydelig tomteareal med gode grunnforhold for utvikling av bygg til somatisk virksomhet.

4.9.3 Oppgradering og utvidelse av bygningsmassen på Eg

Den valgte driftsmodellen innebærer en «organisk» vekst og faglig utvikling som er beregnet å kreve en utvidelse av bygningsmassen på Eg med ca. 25 000 kvm brutto frem til 2030. Analysene viser at det i 2030 vil være mangel på somatiske senger i Kristiansand. De fleste sengeenheter er i dag lokalisert i hovedbygget. Kapasitetsøkning kan realiseres enten ved et nytt sengebygg eller ved at andre funksjoner flytter ut av hovedbygget. Utvidelse og fornying av akuttmottak, intensivfunksjoner og kvinne- og barneavdeling må ha høyest prioritet, men en løsning for disse må sees i sammenheng med den samlede fremtidige bruken av hovedbygget. En realisering av tiltakene på kort og mellomlang sikt krever en avklaring av hvordan økningen i kapasitet og arealbehov fordeler seg på ulike funksjoner, hvilke avhengigheter det er mellom funksjonene og rekkefølge for prosjektene. Et nytt akuttbygg i tilknytning til dagens hovedbygg somatikk synes foreløpig mest aktuelt. Det er startet arbeid med en mulighetsstudie for nytt akuttbygg på Eg, med sikte på styrebehandling våren 2018 og realisering innen 2025. Utvidelse av dagens akuttmottak med et mindre modulbygg planlegges som strakstiltak i løpet av første halvår 2018. En større arealutvidelse og oppgradering er nødvendig i løpet av 6-8 år.

Kapasiteten til den tekniske infrastrukturen på Eg er fullt utnyttet. Hovedbygg somatikk er snart 30 år gammelt og de fleste tekniske anleggene har nådd forventet levetid. Elektriske anlegg som ikke tilfredsstiller dagens forskrifter virker sterkt hemmende for en løpende utvikling av byggene og virksomheten. Strakstiltak for oppgradering av reservekraft og nødstrøm er påbegynt, men ytterligere tiltak må gjennomføres snarest.

Operasjonsavdelingen og anesthesiavdelingen ved Kristiansand er delvis oppgradert de senere årene. Fem av 13 operasjonsstuer er nye. Det har vist seg at full oppgradering av slike arealer er like kostbart som å bygge nytt. Bygging av nye operasjonsstuer må eventuelt sees i sammenheng med arealutvidelse for intensiv- og akuttfunksjoner.

Det bygget som i dag huser barneavdeling og føde-/barselavdeling er ikke egnet for avanserte kliniske funksjoner på grunn av teknisk tilstand og begrensede muligheter for oppgradering. Nye arealer for disse funksjonene kan plasseres i nytt akuttbygg.

Eksisterende bygg som fraflyttes når nytt bygg for psykisk helse er ferdig, skal i prinsippet rives. De kan eventuelt brukes til rokeringsareal ved andre byggeprosjekter eller til enklere funksjoner. Flytting av Kongsgård til Eg er én mulighet. Det bør derfor lages en egen gjenbruksplan for disse byggene.

Kristiansand kommunes visjonsplan for en «helseby» på Eg gir grunnlag for en spennende utvikling av statlige, kommunale og private helse- og helserelevante tjenester i et helhetlig konsept som kan gi betydelige gevinster for både innbyggerne og SSHF. SSHF er grunneier for hele det aktuelle området og vil samarbeide tett med Kristiansand kommune om utvikling av konseptet. Kristiansand kommune har også startet konseptutredning for ett eller flere helsehus. Lokalisering av et kommunalt helsehus på Eg vurderes særskilt. SSHF er positiv til samlokalisering av kommunale helsetjenester med sykehusfunksjoner i felles bygningsmasse, men dette må utredes nærmere i fellesskap.

Mulighetsstudie for nytt akuttbygg

I siste del av planprosessen er det gjennomført en mulighetsstudie for et nytt akuttbygg ved sykehuset i Kristiansand (vedlegg 5). Bakgrunnen er styrets vedtak 5.2.2015, økende arealproblemer som utfordrer pasientsikkerhet og kvalitet i akuttmottaket og kapasitetsmangel innen intensivbehandling og tung overvåkning. Situasjonen for akuttmottaket er prekær, og som strakstiltak utvides arealet med 200 kvm modulbygg. I løpet av få år vurderes forholdene for både intensivavdelingen og akuttmottaket å være uforsvarlig hvis det ikke blir en vesentlig arealutvidelse og oppgradering. I mulighetsstudien er flere alternativer for utbygging vurdert. Det mest hensiktsmessige synes å være et nybygg i tilknytning til hovedbygget, på nordsiden. Dette kan inneholde en ny, moderne mottaksavdeling med observasjonspost, bildediagnostikk og akuttkirurgi, ny og utvidet intensivavdeling, operasjonsstuer til erstatning for de eldste i hovedbygget, ny barneavdeling og ny kvinneklinikk. Her bør også etableres en landingsplass for helikopter. Mulighetsstudien kan være grunnlag for en sak til HSØ om oppstart av tidligfase-planlegging.

Et nytt bygg kan eventuelt også inneholde legevakt og andre kommunale funksjoner, samt arealer for forskning og undervisning.

4.9.4 Utvikling av andre bygg

Når det planlagte nybygget for psykisk helsevern i Kristiansand er realisert, er det somatikken på Eg som har det største behovet for arealutvidelse og teknisk oppgradering. Det må likevel ikke glemmes at det er et betydelig vedlikeholdsetterslep på bygningsmassen ved alle våre lokalisasjoner. Om ikke hvert enkelt tiltak er så stort, blir summen av tiltak stor på grunn av bygningsmassens samlede størrelse.

Arendal og Flekkefjord

Den tekniske tilstanden til hovedbyggene og infrastrukturen ved sykehusene i Arendal og Flekkefjord er gjennomgående god. Begge steder er imidlertid deler av bygningsmassen gammel og trenger betydelig oppgradering. I tillegg medfører kontinuerlige endringer i virksomheten behov for bygningsmessige tilpasninger også her. Det må lages egne oppgraderingsplaner for de eldste fløyene av hovedbyggene i Arendal og Flekkefjord.

Samlokalisering av nødetater i Flekkefjord

Flekkefjord kommune og SSHF har en felles intensjon om å samlokalisere ambulansetjenesten og brann- og redningstjenesten på sykehusområdet, og har startet en utredning av dette. Mulighetene for å samle alle nødetatene, inkludert politiet, i et felles nytt bygg vil også bli undersøkt.

Ambulansetjenesten

Prehospitale tjenester i SSHF har en rekke ambulansestasjoner spredt over Aust- og Vest-Agder. En del av dem leies. På grunn av dårlig teknisk standard, uhensiktsmessige lokaler eller plassering bør det lages en egen utviklingsplan for ambulansetjenesten.

Midlertidige bygg

SSHF har flere tusen kvm areal i midlertidige bygg i både Kristiansand, Arendal og Flekkefjord. Dette er dels nyere modulbygg og dels eldre brakker. Kvaliteten er meget variabel og levetiden er svært begrenset. Det må utarbeides en egen plan for avvikling av disse byggene.

5. Fremtidig sykehusstruktur og driftsmodell

Videre utvikling av SSHF skal bygge på beslutningen fra februar 2015 om å videreføre strukturen med tre somatiske sykehus i helseforetaket, og videreføring av nåværende akuttfunksjoner i Flekkefjord som følge av foretaksmøte 3.5.2017. For fagområdene psykisk helse for barn, unge og voksne og for rusbehandling planlegges ingen endring i driftsmodellen eller organiseringen. Den tverrgående organiseringen for disse fagområdene står fast. Samhandlingsmelding inne psykisk helse og rus gir viktige innspill til faglige og samarbeidsrettede veivalg for KPH.

I kapittel 5.1-5.4 oppsummeres de analysene og vurderingene som ble gjort i planarbeidet i perioden 2013-2014. I kapittel 5.5 beskrives så videre utvikling av den valgte driftsmodellen, før utviklingsmål og strategiske mål presenteres i kapittel 6.

5.1 Alternative veivalg og debatten om fremtidig sykehusstruktur

Helseforetaket omfatter i dag to store akuttsykehus (Arendal og Kristiansand), ett akuttsykehus (Flekkefjord), prehospitale tjenester spredt over begge Agder-fylkene, flere distriktspsykiatriske senter og desentraliserte poliklinikker. I den offentlige debatten og i faglige diskusjoner internt i første fase av planarbeidet, var det særlig to problemstillinger som var fremme:

- Bør det fortsatt være tre sykehus, eller er pasientgrunnlaget på Sørlandet så lite at ressursene i større grad bør samles ett eller to steder?
- Hvis det fortsatt skal være sykehus i både Kristiansand og Arendal, bør de inneholde de samme basisfunksjonene mens spesialiserte funksjoner fordeles balansert, eller bør de to sykehusene utvikles i forskjellig retning, som for eksempel ett akuttsykehus og ett elektivt sykehus?

Tidlig i planarbeidet (før NHSP) valgte SSHF å avgrense analysen til tre hovedmodeller som illustrerte prinsippforskjellene. Ved vurdering av fremtidige driftsmodeller, ble det forutsatt at tilbud innen psykisk helsevern fortsatt skal være sterkt desentralisert. Det ble forutsatt at ambulant virksomhet og ulike former for e-helse økte i årene fremover i alle modellene. Graden av sentralisering eller desentralisering av somatiske tjenester var det som i hovedsak skilte alternativene. De tre modellene som ble vurdert i 2013-2014, var:

Driftsmodell 1: Videreutvikling av dagens driftsmodell med tre somatiske sykehus
(I dagens terminologi vil det si 2 store akuttsykehus og 1 akuttsykehus)

Driftsmodell 2: Ett hovedsykehus og to lokalsykehus
(I dagens terminologi vil det si 1 stort akuttsykehus og 2 akuttsykehus)

Driftsmodell 3: Ett hovedsykehus
(I dagens terminologi vil det si 1 stort akuttsykehus og sykehus uten akuttfunksjoner)

Større omlegginger i sykehusets virksomhet skjer uavhengig av de tre alternative driftsmodellene. Oppgavefordelingen mellom kommuner og sykehus reguleres av lovverk og avtaler, og er i prinsippet eksternt gitt. Første høringsutkast til utviklingsplan (februar 2014) gikk forholdsvis langt i å beskrive innhold og organisering av fremtidens sykehustjenester og forventet oppgavefordeling mellom sykehus og kommuner. Beregninger av fremtidig kapasitetsbehov var basert på foretakets egen vurdering av oppgaveoverføring, som var blitt til gjennom faglige drøftinger og avklaringer i arbeidsgruppene for pasientforløpsanalysene. På enkelte områder ble det lagt opp til en mer omfattende oppgaveforskyvning enn hva som kunne leses ut av nasjonale føringer. Denne omleggingen var lik i alle driftsmodeller.

Det kan diskuteres hvor stor del av de foreslåtte omleggingene som skyldtes samhandlingsreformen og andre eksterne faktorer, og således lå utenfor sykehusets strategiske handlingsrom. Da det for psykisk helsevern opprinnelig ble foreslått at all døgnbehandling i DPS skulle avvikles, var dette banebrytende. Ønsket om omlegging «fra døgn til dag» står fast, men ambisjonen om å avvikle alle døgnplassene i DPSene er senere moderert. Omleggingen i somatikk er tatt med i den videre analysen ettersom dette representerer SSHFs tolkning av hva ulike endringsfaktorer, herunder samhandlingsreformen, vil bety. Eventuelle oppgaveoverføringer må skje gjennom god dialog og avtaler mellom sykehus og kommune.

5.2 Kriterier for videre utvikling av sykehusene på Sørlandet

Hva kjennetegner det gode sykehus på Sørlandet i fremtiden?

Etter en lang prosess med bred involvering av fagmiljøer, brukere og eksterne interessenter var det stor tilslutning til hovedkriteriene for valg av driftsmodell som ble vedtatt av styret for SSHF høsten 2013⁷⁶:

- faglig kvalitet
- helhetlige pasientforløp
- samfunnsmessig bærekraft
- tilgjengelighet
- økonomi

For hvert kriterium ble det beskrevet sentrale elementer i vurderingsgrunnlaget.

Kriterium, presisering	Vurderingsgrunnlag
Faglig kvalitet På nivå som beskrevet i nasjonale og regionale veiledere	<ul style="list-style-type: none"> • Sammenhengen mellom volum og kvalitet (med volum menes tilstrekkelig antall behandlinger for å oppnå god nok kvalitet) • Store og robuste fagmiljø • Bredt tjenestespekter • Spesialiserte tjenester med diagnostikk og behandling døgkontinuerlig tilgjengelig • Evne til å rekruttere spesialister og annen nødvendig kompetanse • Gode beredskapsløsninger, herunder akuttberedskap • Evne til å gi enhetlige og likeverdige tjenester • Vilkår for forskning og utvikling, herunder relasjon til eksterne forskningsmiljø, universitet/høgskoler • Tjenestekvalitet
Helhetlig pasientforløp Det skal være, og pasienten skal oppleve, kontinuitet i pasientforløpet	<ul style="list-style-type: none"> • Intern samhandling i SSHF • Samhandling mellom SSHF og kommunene/fastlegene • Differensiert tjenestetilbud gjennom døgnet/uken/året • Organisering og klare retningslinjer for hvilke pasienter som skal behandles hvor • Organisering av spesialisthelsetjeneste utenfor sykehus • Kontinuitet i diagnostikk og behandling
Samfunn Samfunnsmessig bærekraftig sykehusstruktur	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeidsplasser og økonomisk aktivitet ved sykehusene, ringvirkninger i lokalsamfunn og på Sørlandet - næringsliv og offentlig sektor • Trafikal tilgjengelighet (pasienter, pårørende og medarbeidere) • Transportkostnader • Miljøpåvirkning (CO2-utslipp) • Befolkningens opplevde tilgjengelighet/trygghet • Lokalsykehusets rolle ved kriser, kommunal beredskapsplikt • Konsekvenser for kommunal økonomi • Grunnlag for samarbeid mellom SSHF, kommunene og andre samarbeidspartnere
Tilgjengelighet for pasienter Tilgang for alle innen forsvarlig avstand/reisetid	<ul style="list-style-type: none"> • Nærhet til generelle tjenestetilbud innen somatikk, psykiatri og rus- og avhengighetsbehandling • Tilgang til spesialiserte tjenester • Forsvarlig avstand/reisetid til akutfunksjoner • Avstand/transportbelastning ved planlagt behandling og for pasienter med hyppige behov
Økonomi Optimal ressursutnyttelse og langsiktig bærekraft	<ul style="list-style-type: none"> • Driftskostnader for SSHF, herunder vaktordninger og to- og tredoble funksjoner • Kostnadseffektiv organisering, samlokalisering, teknologibruk og arealbruk • Investeringskostnader for SSHF • Stordriftsfordeler og ulemper, skalavurderinger

Tabell 8: Oversikt over kriterier og vurderingsgrunnlag

⁷⁶ Styret SSHF 26.9.2013. sak 081-2013: [Utviklingsplan 2030 – status og kriterier for valg av løsning](#) og styret SSHF 31.10.2017. sak 97-2013: [Utviklingsplan 2030 – nytt kriterium for valg av løsning](#)

Kriterier er egenskaper ved løsningene og gir grunnlag for å sortere og prioritere alternative løsninger innbyrdes. De skulle skille mellom gode og dårlige alternativer. I tillegg skulle de være viktige og relevante, og det skulle være relativt lett å vurdere i hvor stor grad en løsning oppfylte kriteriet eller ikke. Det var utfordrende å definere entydige, anvendelige kriterier som kunne aksepteres av ulike interessenter. Planarbeidet la likevel vekt på å få evalueringskriterier fastsatt før alternative modeller ble vurdert. Det kan diskuteres om en økonomisk ramme kunne være et kriterium for valg av løsning, ettersom alle alternativene må løses innen en forsvarlig ramme. I praksis var det nyttig å kunne se den relative, økonomiske forskjellen mellom alternativene for dermed å kunne vurdere «hva man får for pengene». Økonomi ble derfor tatt med som et kriterium.

SSHFs ansvar, sykehuseiers krav og befolkningens forventning stilte kriteriet kvalitet i en særstilling. Kvalitet ble i denne sammenhengen avgrenset til innholdet i den tjenesten som sykehuset leverer, mens tilgjengelighet ble avgrenset til befolkningens nærhet til sykehuset og fagmiljøet hvor tjenesten leveres. Kriteriet kvalitet i tjenestene som pasientene skal motta, kunne ikke vektes lavt i forhold til eksempelvis økonomi eller samfunnsforhold.

Ved vurdering av alternativene opp mot kvalitet ble det lagt vekt på forhold og krav som må oppfylles for at man skal oppnå god kvalitet, og på den relative forskjellen mellom de alternative løsningene når det gjaldt å møte disse kravene. Kriteriet ble altså brukt for å vurdere hvor godt ulike driftsmodeller legger til rette for å oppnå faglig kvalitet i fremtiden. De ulike kriteriene ble ikke vektet kvantitativt, men kriterienes relative betydning ble drøftet kvalitativt med en poengskala for skåring av alternativene mot hvert av kriteriene. Faglige, kvalitative kriterier var spesielt vanskelig å vurdere.

Helhetlige pasientforløp, effektive og tilpassede behandlingsskjeder, oppleves mest som et uttrykk for servicekvalitet. Gode pasientforløp er også viktig for resultatet av behandlingen og grenser derved opp til kriteriet faglig kvalitet. Manglende kontinuitet, plunder og heft i pasientforløp er et element i mange klagesaker. Effektive pasientforløp er også god økonomi. Dette kriteriet ble fremhevet som viktig av mange representanter for brukerne og av primærhelsetjenesten.

Tilgjengelighet handler først og fremst om nærhet. Nærhet til et sykehus gir befolkningen trygghet for at de får hjelp når de trenger det. Trygghet for tilgang til nødvendig helsehjelp øker livskvaliteten og kan påvirke folks valg av bosted. Det tas for gitt at det nære tilbudet holder høy kvalitet. Forutsatt at avstanden til sykehus ikke er uforsvarlig stor, er nærhet i stor grad et velferdsgode som bør rangeres etter kriteriene kvalitet og pasientforløp. Prosessene i grensesnittet mellom spesialist- og primærhelsetjeneste er avgjørende for både faglig kvalitet, tilgjengelighet og helhetlige forløp. Tilgjengelighet kan også dreie seg om at et tilbud faktisk finnes på Sørlandet, versus at pasienter må reise til for eksempel Oslo. Med SSHFs høye egendekning oppfylles dette.

SSHFs samfunnsansvar fremheves i forskjellige sammenhenger uten at ansvaret er definert. Hvor sykehus lokaliseres og hvordan de innretter sin virksomhet har betydelige direkte og indirekte konsekvenser. Store endringer i sykehusstruktur påvirker lokalsamfunnene, men utvikling av lokalsamfunn og etablering av arbeidsplasser er ikke sykehusenes primær oppgave. SSHFs viktigste samfunnsrolle er å bidra til at Sørlandet er et godt sted å leve gjennom å yte gode spesialisthelsetjenester til hele befolkningen.

Økonomi er kanskje like mye en rammebetingelse som et kriterium. For å sikre mest mulig helse for hver krone, må tjenestene organiseres effektivt. Da må sykehusstruktur, tjenestespekter, kapasitet, kvalitet og tilgjengelighet sees i sammenheng. Gjeldende finansieringsordninger innskrenker helseforetakenes handlingsrom. I utviklingsplanen er økonomikriteriet hovedsakelig brukt til å vurdere alternative driftsmodellers bærekraft under gitte forutsetninger om kapasitet og kvalitet.

Vurderingene som ble gjort for hver driftsmodell var relativ. Det var driftsmodellens muligheter eller potensial for å bidra til måloppfyllelse som ble vurdert, og ikke et absolutt resultat for den enkelte driftsmodellen. For å tydeliggjøre beslutningsgrunnlaget og for å skille driftsmodellene fra hverandre på en oversiktlig måte, ble det vektlagt i drøftingen de dimensjonene ved kriteriene som klart synliggjorde forskjellene. Fordi Utviklingsplan 2030 beskrev scenarier langt inn i fremtiden, var det utfordrende å analysere konsekvensene. Det var og betydelig usikkerhet både knyttet til forutsetningene som utviklingsplanen bygger på, og at eksterne faktorer i større eller mindre grad kan endre konsekvensbildet. Mulighetsstudier av eksisterende bygg og tomter viste at alle de tre driftsmodellene vil være realiserbare ved utbygging på nåværende lokalisasjoner.

Vurderingene er beskrevet i prosjektrapporten *Utviklingsplan 2030*³. På bakgrunn av denne rapporten, vedtok styret for SSHF i februar 2015 at det skal videreutvikles en driftsmodell med tre somatiske sykehus i foretaket⁴.

5.3 Spesielle vurderinger av endring i øyeblikkelig hjelp-tilbud

NHSP omhandler utfordringsbildet for små akutt sykehus, og skisserer scenarier for utvikling av tilbudet til akutt syke pasienter ved sykehusene. I foretaksmøtet 8.6.2016 mellom HSØ og SSHF, fikk SSHF i oppdrag å avklare eventuelle vesentlige endringer av akuttfunksjoner innen 1.4.2017. Flere modeller for fremtidige akuttfunksjoner i Flekkefjord ble utredet i perioden august 2016 – mars 2017⁷⁷.

Modellene var ulike først og fremst på omfanget av traumefunksjoner og øyeblikkelig hjelp-tilbud innen kirurgiske fag og ortopedi. Det ble forutsatt at Flekkefjord i alle fall skal ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnkontinuerlig vakt, fødetilbud og et utvalg av dagkirurgiske og polikliniske tjenester samt et godt utbygd diagnostisk apparat innen laboratoriemedisin og bildediagnostikk.

Etter at sak om fremtidige akuttfunksjoner ved sykehuset i Flekkefjord ble behandlet i styrene for SSHF og HSØ, vedtok foretaksmøtene i HSØ (24.4.2017)⁵⁶ og SSHF (3.5.2017)⁵⁷: *Utviklingsplanen i Sørlandet sykehus HF skal utarbeides med utgangspunkt i at dagens akuttfunksjoner ved Flekkefjord sykehus videreføres.* Foretaksmøtene viste til at det var behov for å sikre forutsigbarhet og ro ved sykehuset i Flekkefjord rundt det videre arbeidet med utviklingsplanen, og vektla for øvrig betydningen av «sykehus i nettverk» og behov for å styrke kompetansen i akuttmottaket i Flekkefjord.

Det har ikke vært vurdert vesentlige omlegginger av øyeblikkelig hjelp-tilbudet på andre områder.

5.4 Valgt struktur

Med vedtakene i styret for SSHF 5.2.2015⁷⁸ og i foretaksmøtet for SSHF 3.5.2017⁷⁹, er den valgte løsning for sykehusstruktur på Sørlandet i planperioden:

- 3 somatiske sykehus i helseforetaket: Store akutt sykehus i Arendal og Kristiansand, og akutt sykehus i Flekkefjord, i henhold til definisjoner i NHSP.
- Delregionale senterfunksjoner som PCI (Arendal) og ICD (Kristiansand) videreføres. Senter for kreftbehandling i Kristiansand videreføres. Større inngrep og/eller lavvolum kreftkirurgi er samlet i Kristiansand. Unntak er prostatakreft som i hovedsak opereres med robot i Arendal. I tillegg foregår det mye kreftbehandling, både medisinsk og kirurgisk, på alle tre sykehus.

Analysene og vurderingene som ble gjort i 2013-2014, pekte i retning av større grad av sentralisering enn det den valgte modellen innebærer. Det er først og fremst å sikre økonomisk bærekraft for kommende investeringsbehov i foretaket som er utfordringen med dagens struktur. Overskuddet på driftsregnskapet per i dag er for lite til å vedlikeholde og fornye bygningsmassen og det medisinsk-tekniske utstyret. Modellen ble også vurdert til å gi økende utfordringer med behandlingsskapitet, faglig kvalitet og rekruttering av spesialister. Ved valg av fremtidig driftsmodell ble det lagt stor vekt på nærhet til sykehus og befolkningens opplevelse av trygghet. Denne modellen gir legitimitet i samfunnet og opprettholder kompetansearbeidsplasser mange steder i Agder.

HSØ presiserte i dialogmøte med SSHF 26.10.2017⁵³ at funksjons- eller oppgavedeling som allerede er gjort ikke skal revurderes⁵³. Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er i dag organisert i en tverrgående klinikk, og det forventes ingen endring i dette de kommende år. I tråd med NHSP skal sykehusene utvikles slik at de sammen kan ivareta befolkningens behov for helsetjenester, ikke slik at de blir innholdsmessig likest mulig. SSHF vil legge til rette for at de tre somatiske sykehusene skal videreutvikles og arbeide i nettverk. Videre utvikling av strukturen med tre somatiske sykehus må ivareta både kvalitet, helhetlige pasientforløp og tilgjengelighet på best mulig måte.

Akuttfunksjonene og funksjonsfordelingen mellom sykehusene ligger i hovedsak fast. På grunn av endringer i behovet for spesialisthelsetjenester, nye medisinske og teknologiske muligheter samt endret oppgavefordeling mellom helsetjenestenivåene, vil virksomheten være i kontinuerlig endring. Det blir spesielt viktig i tiden fremover å utnytte infrastrukturen og den samlede kapasitet og kompetanse optimalt.

Spesialiserte funksjoner der lavt pasientvolum medfører særlige kvalitetsutfordringer samt akutte behandlingstilbud som krever samarbeid mellom mange fagområder, vil i hovedsak være samlet til sykehuset i Kristiansand. Enkelte spissfunksjoner kan likevel plasseres andre steder, forutsatt at sykehusene videreutvikler samarbeid i nettverk.

⁷⁷ Styre SSHF 23.2.2017. Saksframlegg 013-2017. [Akuttfunksjoner i Flekkefjord](#)

⁷⁸ SSHF, [Styrevedtak 5.2.2015 \(sak 002-2015\) Sakstittel: Utviklingsplan 2030](#)⁷⁸

⁷⁹ SSHF, [Protokoll fra foretaksmøte SSHF 3.5.2017, sak 3](#)

5.5 Videre utvikling av valgt struktur

Gjeldende eierbeslutninger for helseforetaket samt føringer og premisser i NHSP, legges til grunn ved videre utvikling av struktur med tre somatiske sykehus i helseforetaket og opprettholdelse av døgnplasser i DPSene.

SSHF ønsker å ha fokus på å redusere den iboende risiko som følge av fremtidig utvikling beskrevet i utviklingsplanen. Det vil være nyttig å se til gjennomført risiko- og mulighetsanalyse, utarbeidet av PwC (mars 2018), for å gripe tak i de mulighetene som kan være med å minimalisere risiko ved dagens sykehusstruktur med tre somatiske sykehus. Gjennom arbeidet kom det en rekke forslag man i større eller mindre grad kan gripe fatt i. Det må arbeides for at mulighetene, mål (kap 6) og tiltak må implementeres i klinikkene og avdelingene de kommende årene. Med valgt sykehusstruktur, gjennomførte funksjonsfordelinger og godt samarbeid med kommunene ligger det til rette for en god videreutvikling av sykehuset og for å kunne skape pasientens helsetjeneste i Agder.

5.5.1 Høy egendekning og kvalitet gjennom samling av spesialiserte tjenester i SSHF

Samling av spesialiserte og multidisiplinære funksjoner har gjort det mulig å opprettholde tjenester med høy behandlingskvalitet for de samlede helsetjenester innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Graden og nivået på kvalitet i tjenesten defineres av fagmiljøene og er i kontinuerlig endring avhengig av kunnskapsgrunnlaget, teknologisk og faglig utvikling. Dette krever høyt kvalifisert personell som er en del av tverrfaglige team og sykehus i nettverk.

Dagens behandlingstilbud stiller store og økende krav til spisskompetanse, avansert utstyr, støttefunksjoner (anestesi, røntgen, blodbank, laboratorium) og ikke minst krav til regelmessig trening og praksis. Ved å samle flere spissfunksjoner forsterkes den samlede kompetansen. Synergieffekt som oppnås har betydning i behandling av enkeltpasienter innen somatikk, eksempelvis komplekse tilstander.

At pasienten får flere spesialister rundt seg i team, gir bedre resultater ved behandling av sjeldne, komplekse og/eller kompliserte tilstander. Større pasientvolum gir mer erfaring og økt kompetanse for helsepersonell. Økt kompetanse bidrar til at SSHF kan opprettholde høy egendekning og beholder funksjoner og tjenester i Agder, i motsetning til å overføre disse til OUS. Folketallet i Agder omfatter 5-6 % av Norges befolkning. For at SSHF skal få et gjennomslag nasjonalt med nødvendige ressurser til videreutvikling, må SSHF opptre samlet. SSHF vil jobbe aktivt for å posisjonere seg til å beholde faglige spissfunksjoner der volumet og kvaliteten i behandlingen tilsier dette.

Selv om noen fagområder er samlet ved ett av sykehusene, er det for disse områdene også en poliklinisk tjeneste for mottak, oppfølging ved ett eller de to andre sykehusene. Dette bidrar til kortere reisevei for pasienter som skal til videre oppfølging. Kompetansen som er til stede kan benyttes i multidisiplinær teamfunksjon.

5.5.2 Samarbeid mellom sykehusene i SSHF – sykehus i nettverk

For å videreutvikle SSHF blir det viktig at sykehusene jobber i nettverk. For SSHF betyr det god fordeling av kapasitet, oppgavefordeling (prosedyrer, utredninger, mm) og samarbeid om pasientforløp, bemanning, utdanning av helsepersonell og hospiterings- og rotasjonsordninger. Samarbeid på tvers av sykehusene både om pasientene og om utdanning blir stadig viktigere for å skape faglig bærekraft. At medarbeidere jobber i team blir viktig for å kunne rekruttere spesialister og utdanne LIS i årene fremover. Å jobbe i nettverk handler blant annet om gjensidig rotasjon mellom sykehusene, satt i system og som en naturlig del av driften. Medarbeiderne er ansatt i SSHF, og ikke ved ett av sykehusene i SSHF.

Sykehus i nettverk handler også om at alle medarbeidere og omgivelsene oppfatter og handler ut fra at SSHF er ett helseforetak og ikke en samling av selvstendige sykehus og virksomheter. Dette innebærer forpliktelse til samarbeid mellom sykehusene, positiv omtale av kollegaer, og gjensidig hjelp og støtte for å bedre virksomheten, der dette er ønskelig og nødvendig. Alle avdelinger i SSHF skal legge agderperspektivet til grunn, og bidra til tjenester av høy faglig kvalitet til alle pasienter i Agder. Viktige momenter er faglig anerkjennelse av virksomheten ved nabosykehusene og raushet i oppgavefordeling. Dette er nødvendig for å skape tillit mellom fagpersoner, og vil føre til økt engasjement i den totale virksomheten. Sykehusledelsen har her et særlig ansvar i tilrettelegging og gjennomføring. Medarbeidere ved alle de tre somatiske sykehusene må akseptere endringer i egen virksomhet dersom de er basert på faglig og økonomisk velfunderte argumenter, deriblant at kostbart utstyr får større utnyttelsesgrad. Ulikhetene i størrelse mellom sykehusene gir i denne sammenheng en særlig utfordring. Det største sykehuset har et særlig ansvar for å sikre samarbeid mellom sykehusene.

Der samme behandlingstilbud gis flere steder i Agder skal dette følge samme standard, beskrevet i SSHFs fagprosedyrer, uavhengig av sykehus. Et system for felles adresse for henvisninger og felles ventelister skal utvikles i strategiplanperioden og benyttes på fagområder hvor det er utfordringer med uønsket variasjon på ventetid for

definerte pasientgrupper. Fagrådene på tvers av klinikkene må utvikles i en samarbeidsform som kan bidra til et tettere samarbeid om prosedyrer og behandlinger. Fagrådene vil bli en viktig arena for å arbeide med forbedringsprosesser etter uønskede hendelser.

Et premiss for utvikling av *sykehus i nettverk* er videre bruk av ny teknologi. Løsningen kan ikke erstatte møte mellom personer, men vil være et supplement for tettere team og samarbeid mellom sykehusene. Selv med høy investeringskostnad ved å ta i bruk ny teknologi, gir det muligheter i forhold til utfordringer med manglende ressurser. Det er et potensial ved alle tre somatiske sykehus for å utvikle telemedisin/interkollegial konferanse i akutte situasjoner og videreutvikle behandlingsforløp der flere avdelinger og spesialiteter er involvert.

5.5.3 Akuttmottak og intensivfunksjoner

Alle de tre somatiske sykehusene har akuttmottak og traumemottak. Akuttmottakene skal videreutvikles. To viktige utfordringer i akuttmottak er etablering av riktig kompetanse og optimalisering av den akuttmedisinske kjeden. Akuttmottakene skal ivareta alle fagområder for å ta imot alvorlig skadde pasienter, og dette krever bredde i kompetanse. Akutt- og mottaksmedisin er etablert som egen legespesialitet, og tilsvarende innen akuttstyepleie. Denne kompetansehevingen vil gi en vesentlig bedret behandlingskvalitet og kapasitet. Belastningen på sykehusenes sengeposter kan reduseres ved raskere diagnostikk i akuttmottakene slik at flere pasienter kan unngå innleggelse.

Den akuttmedisinske kjeden som inkluderer akuttmottak, legevakt og fastlege, må sees i sammenheng for å sikre en samordnet og helhetlig tjeneste ved alle tre akuttmottak. Dette forventes å bidra til å redusere innleggelser av pasienter både med medisinske og kirurgiske tilstander.

NHSP omhandler også samarbeid mellom helseforetak og kommuner om akuttmedisinske tjenester. Det legges vekt på at befolkningen skal sikres et helhetlig og forsvarlig akuttilbud, og at dette må ligge til grunn for valg av lokalisering og dimensjonering av legevaktstjenesten og ambulansestasjoner. Videre presiseres det at samarbeidsavtalene mellom helseforetak og tilhørende kommuner må konkretiseres, slik at de fungerer som et felles planleggingsverktøy. En revisjon og forenkling av gjeldende samarbeidsavtaler i Agder vil i planperioden kunne bidra til dette. SSHF har utredet samarbeidet mellom akuttmottaket og legevakten. Kommunene forventes i større grad å ta ansvar for diagnostikk og behandling på legevakten, med støtte fra SSHF.

Framskrivningen av kapasitetsbehov viser at det er nødvendig med en betydelig utvidelse av akuttmottak, intensivbehandling, intermediærplasser, observasjonsplasser og dagbehandling i Kristiansand i løpet av få år. Allerede i dag utfordres pasientsikkerheten ved at pasienten må sendes for tidlig til sengepost på grunn av for lav kapasitet, dette gjelder ved overflytting både fra intensiv/intermediær og akuttmottaket. Intensivenheten i Kristiansand har flest av de kritisk syke intensivpasientene i SSHF. Det er høy risiko å flytte pasienter med multiorgansvikt, og det er derfor vanskelig å utnytte intensivkapasiteten på tvers av sykehusene i slike situasjoner. Sammen med behov for oppgradering av Kvinneklinikken og Barne- og ungdomsavdelingens lokaler i bygg 5, aktualiserer dette behovet for et nytt akuttbbygg på Eg.

Dagens kapasitet i akuttmottak og intensiv/intermediærfunksjoner vil ikke være tilstrekkelig til å kunne ivareta eget opptaksområde eller sykehusets spesialfunksjoner i særlig mange år fremover i dagens lokaler, selv med arealtilpasninger. Samlet antall operasjonsstuer i SSHF er beregnet til å være tilstrekkelig i mange år fremover ved noe høyere utnyttelsesgrad enn i dag. Det er imidlertid påpekt av tilsynsmyndighetene at øyeblikkelig hjelpkapasiteten på kveld/natt/helg i perioder er for lav.

Kristiansand har i dag ikke kapasitet til å motta et økt antall hodeskadepasienter fra OUS Ullevål til tidlig rehabilitering i intermediærfasen, jf. styresak 008/2016 HSØ og Nasjonal traumeplan. Det må i denne sammenhengen avklares hvorvidt SSHF/AFR skal ha en formell flerområdefunksjon for ATBI-pasienter. Behandlingen av disse pasientene, både i intermediærfasen og i rehabiliteringsfasen, er svært kostbar, og det må følge økonomiske midler med hvis SSHF skal påta seg oppgaver ut over eget opptaksområde.

5.5.4 Traumeberedskap og akuttkirurgi

Alle tre somatiske sykehusene skal ha traumefunksjon og skal derfor oppfylle mange kvalitetskrav, fastsatt i Nasjonal traumeplan⁸⁰. De involverte gruppene av helsepersonell skal i tillegg til sin utdanning blant annet ha formell kompetanse i form av godkjente kurs, erfaring og jevnlig trening. Sykehuset skal kunne tilby kompetent og avansert bildediagnostikk, nødkirurgiske operasjoner, stabilisering og overføring av pasienter til traumesenter.

Kompetanse er en kombinasjon av formell utdanning og lokal trening i samhandling og ferdigheter. God teamsamhandling er avgjørende for at alvorlige skader skal kunne oppdages og behandles tidlig. Alle pasienter i SSHF skal sikres et mest mulig likt helsetilbud, og det er et mål at SSHF sitt tjenestetilbud skal være mest mulig likt det som tilbys på regionsykehus. Det krever blant annet hyppig øving i team. For å få til en enhetlig og robust traumefunksjon har det gjennom risiko- og mulighetsarbeidet blitt påpekt at rotasjonsordninger, felles vaktlag og tydelig faglig styring er momenter som kan bidra til å redusere sårbarheten.

God traumeberedskap henger nøye sammen med akuttkirurgisk kompetanse og kapasitet. Det er i Norge en økende grad av kirurgisk grenspesialisering. Dette kan føre til at flere kirurgiske spesialiteter må involveres i alvorlige skader. Intervensjonsradiologisk behandling av alvorlige blødninger er etablert praksis i Norge, og SSHF må kunne tilby slik behandling med døgnkontinuerlig vakt. Dette er realistisk å etablere ved kun ett av akuttmottakene.

Teknologisk samt medisinsk utvikling og krav, sammen med vesentlig bedret veistandard gjør at mottak og behandling av alvorlig skadde pasienter i SSHF mot slutten av planperioden (Utviklingsplan 2035) bør vurderes å foregå ett sted i foretaket. Fram til da må det sikres et fullverdig tilbud for traumepasienter ved alle de tre somatiske sykehusene.

5.5.5 Akuttsykehus - Flekkefjord

Flekkefjord akuttsykehus skal opprettholde dagens funksjoner og ha tilbud om planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtere akutte hendelser⁸¹. Sykehuset i Flekkefjord skal også ha akuttkirurgi⁸². Samtlige funksjoner tilknyttet Flekkefjord vurderes også i helhet ut fra Lister-befolkningens behov, og i sammenheng med SSHFs oppgavefordeling og kapasitet. Målsetningen er å videreutvikle Flekkefjord sykehus, slik at Lister-befolkningen skal kunne motta en stor andel av det somatiske spesialisthelsetjenestetilbudet lokalt. Fokus på god koordinering og samarbeid internt og mellom Flekkefjord og de øvrige klinikkene i SSHF blir viktig.

Flekkefjord viderefører akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnkontinuerlig vakt, akuttkirurgi og ortopedi, samt et godt utbygd diagnostisk apparat innen laboratoriemedisin og bildediagnostikk i nært samarbeid med Kristiansand. Det må sikres at Flekkefjord har tilstrekkelig radiologisk kompetanse tilgjengelig døgnet rundt. Det er allerede etablert felles prosedyre for tilkalling av radiolog og tolkning av bildediagnostikk i et teamsamarbeid Kristiansand og Flekkefjord.

Flekkefjord opprettholder akutt diagnostikk og behandling av pasienter med hjertesykdom og hjerneslag, inkludert trombolyse samt fødeavdeling i henhold til SSHFs implementering av Nasjonal fødeveileder⁷⁰. Flekkefjord skal følge opp igangsatt dialysebehandling, medisinsk kreftbehandling og lindrende behandling.

For å sikre faglig kvalitet, pasientsikkerhet og rasjonell drift ved Flekkefjord sykehus skal sykehusene videreutvikle samarbeidet som *sykehus i nettverk*. Vellykket rekruttering i planperioden er avgjørende for opprettholdelse av akuttfunksjonen i traumatologi. Dette gjelder spesielt legespesialister. Uten rett rekruttering vil fagmiljøet forvitne, og det blir svært vanskelig å gjenopprette. Tiltak må jobbes med i planperioden.

Innen ortopedi og gastrokirurgi er det arbeidet med konkrete tiltak i to arbeidsgrupper høsten 2017⁸³. Arbeidsgruppen i *ortopedi* anbefalte en vaktordning bestående av egne og ambulerendeortopeder, fortrinnsvis fra ett av de andre sykehusene i SSHF. Nasjonale prosedyrer legges til grunn for all ortopedisk virksomhet i helseforetaket og inkluderes i foretakets kvalitetshåndbok, EK.

Avdelingene må samarbeide slik at operasjonsplanleggingen gjennomføres på en måte som tilstreber at undersøkende lege også gjennomfører operasjonen. Dette skal ikke være til hinder for at en pasient som er undersøkt i Kristiansand kan opereres i Flekkefjord når denne legen har sine ambuleringsuker der.

⁸⁰ Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi, [Nasjonal traumeplan - Traumesystem i Norge 2016](#)

⁸¹ Helse- og omsorgsdepartementet, [Meld. St. 11 \(2015-2016\). Nasjonal helse- og sykehusplan \(2016-2019\), s. 105. 12.11](#)

⁸² Helse Sør-Øst, Foretaksprotokoll 24.4.2017, [Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – avklaring av akuttfunksjoner](#)

⁸³ Deloitte, Sluttrapport 31.10.2017. [Arbeidsgrupper for ortopedi og gastrokirurgi ved Flekkefjord sykehus](#)

Arbeidsgruppen i *gastrokirurgi* anbefalte en ordning med generelle kirurger og andre grenspesialister med tilbud om akuttkirurgi ved Flekkefjord, dog med en klar rollefordeling/avgrensning i forhold til Kristiansand. Det ble erkjent at generelle kirurger gradvis blir utfaset, men det vil i mange år være både generelle kirurger og andre spesialister med generell kirurgi i bunn som kan rekrutteres til en slik vaktordning. Gruppen har utarbeidet et omforent forslag til hvilke tilstander som kan behandles ved Flekkefjord uten konferering med Kristiansand, og hvilke tilstander som medfører konfereringsplikt.

Det planlegges å tilbakeføre polikliniske undersøkelser og kontroller spesielt innen ØNH og øye, som i dag gjøres i Arendal og Kristiansand. Utvidet samarbeid med SUS om pasienter til dagkirurgi og polikliniske tjenester vil i strategiplanperioden bidra til å opprettholde kapasitet og kompetanse i Flekkefjord i årene som kommer.

Flekkefjord sykehus vil være sentral i å utvikle nye e-helse løsninger for samhandling mellom sykehus i nettverk, mellom sykehus og kommuner og for direkte kommunikasjon med pasientene. Dette vil gi både økt pasientsikkerhet og mer effektive pasientforløp.

5.5.6 Store akuttisykehus – Arendal og Kristiansand

Kristiansand og Arendal er to store akuttisykehus som begge har et bredt tilbud av funksjoner innen akuttkirurgi og andre medisinske spesialiteter med noe varierende innhold i de to sykehusene. Arendal og Kristiansand har gjennomført en betydelig grad av oppgavefordeling ved å samle spesialiserte tjenester enten i Kristiansand eller i Arendal. Samling av tverrfaglig kompetanse gir bedre resultat ved behandling av sjeldne, komplekse eller kompliserte tilstander. Økt pasientantall gir større erfaring og kompetanse. Spesialiserte funksjoner der lavt pasientvolum medfører særlige kvalitetsutfordringer samt akutte behandlingstilbud som krever samarbeid mellom mange fagområder, vil i hovedsak være samlet til sykehuset i Kristiansand. Enkelte spissfunksjoner kan likevel plasseres andre steder, forutsatt at sykehusene videreutvikler samarbeid i nettverk.

I tråd med NHSP skal sykehusene utvikles slik at de sammen kan ivareta befolkningens behov for helsetjenester, ikke slik at de blir innholdsmessig likest mulig⁵³. Hvilke tjenester SSHF tilbyr vil i takt med medisinsk utvikling likevel kunne endre seg ved at flere pasienter overføres til sykehus for høyspesialisert/regional behandling som SSHF ikke dekker.

I tiden frem mot 2035 er det viktig at man finner kloke løsninger for å ivareta levedyktige fagmiljøer. Gjennom de fagrådene som er etablert på tvers av klinikkene vil man kunne utarbeide anbefalinger i konkrete fordelings spørsmål vedrørende oppgaver og funksjoner. Dette kan bidra til et tettere samarbeid om prosedyrer og behandlinger.

5.5.7 Psykisk helse og rusbehandling

Tilbudet innen KPH er tverrgående organisert i helseforetaket og med lokale distriktpsykiatriske sentre (DPS). Det har over år skjedd en betydelig funksjonsdeling av døgntilbudene mellom lokasjonene. SSHF har Psykiatrisk sykehusavdeling (PSA) med spesialisert psykiatri og Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) lokalisert i Kristiansand og Arendal. På sikt ønskes en videre dreining fra døgn til dag, og styrking av døgnberedskapen.

De ambulante akuttjenestene ved DPSene og i ABUP skal videreutvikles. Tjenesten skal fortsatt være sterkt desentralisert med ambulante team og polikliniske tilbud sammen med et robust, spesialisert sykehusstilbud. Den samme utviklingstrenden vil sees innen TSB.

En *recoveryorientert* tilnærming som setter brukermedvirkning og pasientens ressurser i system er grunnleggende for arbeidet. Pasienten skal involveres og gis mulighet til å medvirke for å sikre «pasientens helsetjeneste». Samvalg er en arbeidsmetodikk som skal være et grunnprinsipp i KPH. Tjenestetilbudet i klinikken skal være samordnet, uten utilsiktet variasjon i tilbudet mellom avdelinger, enheter og team. SSHF ønsker at større endringer i tilbudet innen psykiatri og TSB må skje i god samhandling med kommunene. Dette ivaretas i første omgang ved at de viktigste elementene i Samhandlingsmeldingen blir gjort til tiltakspunkter som kan gjennomføres. Meldingen er gjennomført som et felles arbeid forankret i det overordnede strategiske samarbeidsutvalget (OSS) for kommunene i Agder og SSHF. I Samhandlingsmeldingen pekes det på særskilte satsningsområder for faglig prioritering og utvikling. Dette omfatter videreutvikling av utredning og behandlingstilbudet for barn og unge, pasienter med samtidig rus og psykiske lidelser og eldre med sammensatte lidelser.

Implementering av pakkeforløp innen psykisk helsevern og TSB initieres i løpet av 2018, og er forventet å ville redusere uønsket variasjon og bidra til å kvalitetssikre tjenestetilbudet innen utredning og behandling. Pakkeforløpene vil strukturere og standardisere elementer av innholdet i tjenestene og gi økt systematikk i tilnærmingene. Innføring av evalueringspunkter vil sikre samvalg. Tjenestetilbudet vil i økende grad bli samordnet både internt i klinikkene og nasjonalt, noe som sikrer like helsetjenester uavhengig av hvor tilbudet gis. Som følge av pakkeforløpene vil kvalitetsindikatorer publiseres og gjøres tilgjengelig for offentligheten. Dette vil bidra til åpenhet om tjenestetilbudet og

dets kvalitet. Innføring av pakkeforløp innen psykisk helsevern vil sikre basistjenesten både ved TSB, psykisk helsevern for voksne og barn og unge.

5.5.8 Samarbeid med primærhelsetjenesten - skape helhetlige pasientforløp

Helhetlige pasientforløp og gode overganger mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten blir enda viktigere også årene fremover. Særlig gjelder dette pasientgruppene barn og ungdom og eldre. I følge risiko- og mulighetsanalysen blir kapasitet og kompetansebehovet i primærhelsetjenesten generelt økende gitt demografisk utvikling, samhandlingsreform m.m., samtidig som mange kommuner allerede i dag har rekrutteringsutfordringer og kjemper om de samme ressursene som spesialisthelsetjenesten. Det er derfor viktig med bedre forståelse for hverandres utfordringer og bedre kjennskap til hverandres tjenester på tvers av kommune og helseforetak. Å skape arenaer er viktig. Dette kan f. eks. kommuniseres gjennom felles fagmøter og forsterkes gjennom hospiteringsordninger mellom sykehus/kommune, ambulerende spesialisthelsetjeneste og kombinasjonsstillinger som vil kunne bidra til bedre samhandling og samarbeid. Det eksisterer, og vil bli utviklet teknologi, som gir/vil gi støtte for samhandling, og spille en viktig rolle i dette arbeidet. Arbeidet med å se på samhandlingsavtalene vil være en god anledning til å sikre et godt fundament for et videre samarbeid og sikre helhetlige pasientforløp og pasientens helsetjeneste på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten i Agder.

SSHF ønsker, i samarbeid med kommunene, å bidra til en balansert og forutsigbar utvikling av det totale tjenestetilbudet. Samhandlingsmeldingen som er forankret i OSS er en del av grunnlaget for et fremtidig nærere samarbeid om tjenestetilbudet innen psykisk helse og rus til befolkningen i Agder. Konkretisering av samarbeid og psykisk helse og rusbehandling forbedringstiltak vil ta form av egne handlingsplaner. SSHF og kommunene hensyntar meldingens innhold i sine respektive planverk. Det gjennomføres et arbeid for å sikre videre oppfølging av Samhandlingsmeldingen, herunder forslag til handlingsplan, mandat og sammensetning for et felles fagråd for psykisk helse og rusbehandling

Det bør lages flere hele pasientforløp mellom sykehus og kommune. Innføring/videreutvikling av inntaksmøter, dialog med fastleger og sykehuset før overføring og bedre utnyttelse av ØHD-sengene, vil kunne skape bedre overføringer. Det samme gjelder utskrivning av pasienter fra sykehus. Fastlegene må involveres i større grad. Interkommunalt samarbeid og kommunesammenslåinger vil gjøre det enklere for primærhelsetjenesten og SSHF å samarbeide. Man bør også vurdere muligheten for felles system og rutiner for håndtering av uønskede hendelser.

En felles pasientjournal mellom spesialist- og primærhelsetjenesten vil kunne sikre korrekt informasjon i samtid mellom behandlere og til pasienten selv, samt muligheter til å hente ut kvalitetsdata fra primærhelsetjenesten (NPR-data), som per dags dato ikke er tilgjengelig.

6. Målbilde, tiltak og organisering for pasientens helsetjeneste

Kapittel 6 fremstiller mål innen 9 tema for SSHF i henhold til *Veileder for arbeid med utviklingsplaner*. Det er formulert utviklingsmål mot 2035 og strategiske mål 2018-2020. Strategiske mål (2018-2020) er første «steg» for å oppnå utviklingsmålene (2035) for helseforetaket. Tiltak for å oppnå målene konkretiseres i klinikkplaner og utarbeides som tiltak i økonomisk langtidsplan og årlig budsjett. Enkelte strategiske mål er satt i et lengre tidsperspektiv. Årsaken til dette er at det må iverksettes planmessige tiltak i perioden 2018-2020, for å kunne oppnå målene i et lengre tidsperspektiv. Temaene i kapittel 6 er inndelt på samme måte som nåsituasjonen i kapittel 2 og utviklingstrekk i kapittel 4.

Visjonen og verdigrunnlaget til SSHF ligger til grunn for målene. SSHFs overordnede visjon er *Trygghet når du trenger det mest*, og verdier er *respekt, faglig dyktighet, tilgjengelighet og engasjement*.

6.1 Pasientens helsetjeneste

Vi vil at

SSHF's pasienter medvirker aktivt i egen behandling og oppfølging

Utviklingsmål (2035)

SSHF praktiserer samvalg «Ingen beslutning om meg uten meg»

SSHF styrker medarbeidere og brukerrepresentanter i deres pasient- og pårørendefokus

SSHF sikrer at pasienter og pårørende får den informasjon og opplæring de trenger

Strategiske mål (2018-2020)

- Tilrettelegger for at pasienten sammen med behandler kan foreta de beste valgene
- Styrker medarbeideres kompetanse på kommunikasjon og samvalg
- Gir brukerrepresentanter opplæring, hospitering og veiledning slik at de kan ivareta sitt oppdrag
- Tar med pasient- og pårørendeperspektivet i all planlegging av klinisk praksis
- Bruker personer med erfaringskompetanse i pasientkontakt og til å forbedre systemer
- Sørger for tilgjengelig og tilpasset informasjon om opplæring og behandlingsalternativer
- Deltar aktivt på offentlige arenaer der medarbeidere har særskilt kunnskap
- Utvikler pasientopplæring i samarbeid med pasienter og erfaringspersoner

6.2 Pasientbehandling - faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og HMS

Vi vil at

SSHF gir pasientene rett behandling til rett tid

Utviklingsmål (2035)

SSHF har kvalitetsindikatorer for pasientbehandling som brukes aktivt i forbedringsarbeid

SSHF har en god pasientsikkerhetskultur med lavest mulig behandlingsrisiko

SSHF har effektive pasientforløp med høy faglig kvalitet

SSHF prioriterer pasienttilbudene systematisk

Strategiske mål (2018-2020)

- Bruker fagspesifikke indikatorer systematisk til å forbedre klinisk praksis
- Kommuniserer relevante kvalitetsdata
- Gir medarbeidere faglig støtte og veiledning i forbedringsarbeid
- Implementerer det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet
- Benytter uønskede hendelser til fag- og systemforbedring, og ivaretar involvert personell
- Har kultur og lav terskel for å melde, og har åpenhet om oppfølging av uønskede hendelser
- Sikrer nødvendig prehospital kvalitet og responstid
- Innfører og evaluerer pakkeforløp for bedre effektivitet og kvalitet
- Reduserer unødvendig ventetid, variasjon i kapasitetsutnyttelsen og unngår fristbrudd
- Har tverrgående fagråd som gir tydelige råd og bidrar til standardiserte prosedyrer og arbeidsmetoder
- Følger opp og vurderer internasjonale, nasjonale og regionale føringer
- Sikrer tilstrekkelig kapasitet og spesialistkompetanse i akuttmottak
- Tilpasser aktivitet og tilbud til demografiske endringer
- Prioriterer behandlingsforløp som i størst mulig grad er evidensbasert
- Sikrer tilstrekkelig intermedieær og intensiv kapasitet
- Prioriterer psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

6.3 Oppgavedeling og samhandling

Vi vil at

SSHF bidrar til å sikre samhandling i pasientens helsetjeneste

Utviklingsmål (2035)

SSHF har en kvalitetsbasert fordeling av funksjoner til pasientens beste. «Sykehus i nettverk»

SSHF samarbeider med eksterne aktører slik at pasientforløp skjer på en trygg og sømløs måte

SSHF sikrer at oppgavedeling med eksterne samarbeidsaktører er klart definert

SSHF samarbeider med eksterne aktører om tjenesteutvikling

Strategiske mål (2018-2020)

- Samler og samarbeider om spesialiserte fagområder/funksjoner som krever volum for å sikre kvalitet og rekruttering
- Bruker multidisiplinære møter og telemedisin for konferering og felles diskusjon
- Etablerer samarbeid og pasientflyt mellom sykehusene som sikrer kvalitet i akuttkirurgi og traumebehandling
- Bidrar til kvalitet i overgangene mellom spesialist- og primærhelsetjenesten/hjemmet
- Sikrer at nødvendig informasjon følger pasienten
- Deltar i og videreutvikler felles læringsarenaer
- Deltar i fagutvalg med brukerrepresentanter og primærhelsetjenesten
- Deltar i samarbeidsmøter med enkeltpasienter på tvers av forvaltningsnivå
- Bidrar til forutsigbare rutiner for veiledning mellom spesialist- og primærhelsetjenesten
- Bidrar til styrket samhandling med og involvering av fastleger og avtalespesialister
- Piloterer aktuelle ambulante og nivåovergripende tjenester
- Benytter relevant telemedisin og velferdsteknologi
- Utreder pilot for felles forvaltningsnivå mellom spesialist- og primærhelsetjenesten
- Understøtter kommunenes folkehelsearbeid

6.4 Organisering og ledelse

Vi vil at

SSHFs sin organisering og ledelse understøtter tjenester av høy kvalitet, godt arbeidsmiljø og effektiv drift

Utviklingsmål (2035)

SSHFs har engasjerte og motiverende ledere

SSHFs ledere samarbeider og organiserer virksomheten for å oppnå felles mål

SSHFs ledere gjennomfører gode endringsprosesser

SSHFs er en attraktiv arbeidsplass med et helsefremmende arbeidsmiljø

Strategiske mål (2018-2020)

- Tilrettelegger for aktiv lederrekruttering og -utvikling
 - Stimulerer til innovasjon og nytenkning
 - Motiverer og legger til rette for medarbeiderdrevet forbedringsarbeid
 - Utøver ledelse i tråd med SSHFs verdigrunnlag
-
- Har tydelige mål og forventninger til alle ledere
 - Utvikler ledere som tenker helhetlig og samarbeider i nettverk
 - Sørger for at ledere har kompetanse på virksomhetsstyring og gir lederstøtte
 - Sikrer en hensiktsmessig organisasjonsstruktur
-
- Sørger for at ledere har prosjekt- og endringskompetanse
 - Sørger for at medarbeidere, tillitsvalgte, verneombud og smittevern deltar aktivt i endringsprosesser
-
- Tilbyr arbeidstidsordninger som ivaretar oppgaver og medarbeidere
 - Arbeider for høy deltakelse på undersøkelsen ForBedring, og følger opp med konkrete forbedringstiltak
 - Implementerer vedtatt heltidspolitik
 - Viderefører arbeidet med å styrke jobbnærværet og hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet

6.5 Bemanning og kompetanse

Vi vil at

SSHF rekrutterer, utvikler og beholder kompetente medarbeidere

Utviklingsmål (2035)

SSHF utvikler fagmiljøer med høy kompetanse

Strategiske mål (2018-2020)

- Samarbeider i nettverk for å beholde og rekruttere kompetente medarbeidere innenfor spesialiserte fagområder
- Utdanner spesialisert helsepersonell i samarbeid med andre sykehus
- Tar i bruk rotasjon, ambulering og hospiteringsordninger der det er hensiktsmessig for pasientbehandling og rekruttering
- Gjennomfører kompetansekartlegging i alle avdelinger og sørger for at alle medarbeidere har en kompetanseplan
- Stimulerer til fagutvikling

SSHF bruker riktig kompetanse på rett sted

- Sørger for økt oppgavedeling
- Etablerer og videreutvikler teambasert samarbeid lokalt og i nettverk

SSHF samarbeider med utdanningsinstitusjoner og kommuner for å sikre riktig kompetanse i regionen

- Samarbeider med eksterne aktører for å få innflytelse på innhold og gjennomføring av helseutdanning
- Analyserer kompetansebehovet på tvers av kommuner og sykehus
- Har tilstrekkelig antall praksisplasser og lærlingplasser

6.6 Forskning og innovasjon

Vi vil at

SSHFs forskning og innovasjon bedrer pasientbehandling

Utviklingsmål (2035)

SSHF er det ikke-universitetssykehuset i landet med størst forskningsaktivitet

SSHF er et av de ledende sykehusene i Norge innen helseinnovasjon

SSHF er en pådriver for samhandling mellom sykehus, kommune og universitet innen forskning og innovasjon

Strategiske mål (2018-2020)

- Definerer, styrker og utvikler hovedforskningsområder
- Samarbeider og tar i bruk data fra sykehus/kommune/universitet til forskning og kvalitetssikring
- Finansierer forskningsprosjekter med ekstern støtte som hovedregel

- Etablerer og styrker intern innovasjonsstøtte
- Legger til rette for at gode ideer utvikles
- Er en aktør i nasjonalt innovasjonsarbeid
- Øker samarbeid med lokale, nasjonale og internasjonale kompetansemiljø

- Øker samhandlingsforskning i et trekantsamarbeid mellom UiA, SSHF og kommunene
- Øker involvering av pasienter og pårørende i forsknings- og innovasjonsarbeid
- Utreder muligheten for etablering av universitetssykehus ved SSHF

6.7 Økonomi

Vi vil at

SSHF har en bærekraftig økonomi som sikrer en god utvikling av sykehuset

Utviklingsmål (2035)

Strategiske mål (2018-2020)

SSHF prioriterer innen de gitte økonomiske rammer for å gi et likeverdig helsetilbud til befolkningen i Agder

SSHF forbedrer kontinuerlig produktivitet og pasientlogistikk

- Gjennomfører tiltak som sikrer faglig utvikling og optimal ressursutnyttelse
- Forbedrer arbeidsflyt gjennom god planlegging og fleksibilitet på tvers av avdelinger, klinikker og lokalisasjoner
- Planlegger, måler og evaluerer gevinstrealisering i prosjekter og produktivitetsutvikling

SSHF har en bærekraftig økonomi som sikrer utvikling av fag, drift og investeringer

- Skaper felles forståelse for det økonomiske utfordringsbildet og lojalitet til budsjettene på alle nivå i organisasjonen
- Prioriterer nødvendige investeringer for å sikre pasientsikkerhet, kvalitet og effektiv drift

6.8 Teknologi og utstyr

Vi vil at

SSHF utnytter teknologi effektivt for sikker og god diagnostikk, pasientbehandling og samhandling

Utviklingsmål (2035)

SSHF har medisinskteknisk utstyr og IKT-systemer som bidrar til rask og sikker diagnostikk og behandling

SSHFs medarbeidere har kompetanse og holdninger som sikrer god informasjonssikkerhet

SSHF har standardisert utstyr og systemer

SSHF satser aktivt og er en pådriver innen e-helse

Strategiske mål (2018-2020)

- Bruker teknologi til å effektivisere pasientforløp
 - Bruker teknologi som bidrar til at pasienten mestrer egen helse
 - Innfører og utnytter mulighetene i nasjonale løsninger
 - Automatiserer diagnostikk og behandling for å øke pasientsikkerheten
 - Arbeider aktivt for deling av informasjon og samarbeidsløsninger mellom spesialist- og primærhelsetjenesten
 - Innfører elektronisk kurve og lukket legemiddelsløyfe
-
- Forebygger mot eksterne trusler
 - Ivaretar personvern og informasjonssikkerhet ved håndtering av helseopplysninger og implementerer EUs personvernforordning
-
- Sørger for standardisert utstyr og metoder i tråd med oppgavefordeling
 - Påvirker, innfører og utnytter muligheter i regionale og nasjonale løsninger
-
- Tar i bruk sensor- og robotteknologi
 - Tilbyr selvmonitorering for pasienter utenfor sykehuset og tar i bruk elektroniske konsultasjoner
 - Videreutvikler bruk av kunstig intelligens som beslutningsstøtte i pasientbehandlingen
 - Utvikler e-helseløsninger og fremmer lokal innovasjon i samarbeid med UiA

6.9 Bygg

Vi vil at

SSHF har bygg som fremmer trygg og effektiv pasientbehandling

Utviklingsmål (2035)

SSHFs bygg og tekniske installasjoner ivaretar virksomhetens behov

SSHFs bygg har en brukervennlig utforming

SSHFs forvaltning og vedlikehold sikrer pålitelig og effektiv drift

SSHF utnytter arealene optimalt

SSHFs bygg er sikret mot eksterne trusler

Strategiske mål (2018-2020)

- Ferdigstiller nybygg for psykisk helse på Eg i Kristiansand
 - Planlegger nytt bygg for akutt-/intensivfunksjoner i Kristiansand
 - Bidrar til bygningsmessige samarbeidsløsninger med vertskommunene
 - Utreder samling av rehabilitering på Eg i Kristiansand
 - Utfører funksjonstilpasning av eksisterende bygg
-
- Utformer bygg og uteområder i tråd med krav til universell utforming og HMS-krav
 - Sørger for god tilgjengelighet i og mellom bygg
 - Tilrettelegger for god logistikk, effektive og lite belastende arbeidsprosesser
-
- Utarbeider en eiendomsstrategi og vedlikeholdsplan
 - Oppgraderer eksisterende bygningsmasse som skal beholdes
-
- Sørger for høy utnyttelsesgrad og sambruk av det totale arealet og utstyret
 - Prioriterer klinisk virksomhet i hovedbyggene
 - Forbedrer energi- og miljøprestasjonene i bygningsmassen
-
- Utarbeider mål og tiltak i perioden

7. Vedlegg

1. PwC, Rapport til SSHF, 22.3.2018, [Risiko- og mulighetsstudie SSHF, Revidert utviklingsplan 2035](#)
2. EY, 26.3.2018, [Ekstern kvalitetssikring av Utviklingsplan 2035 med Strategiplan 2018-2020 for Sørlandet sykehus HF](#)
3. Sykehusbygg HF, 12.10.2017, [Aktivitet- og kapasitetsframskrivning for Sørlandet sykehus HF 2015-2035](#)
4. SSHF, Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, 23.10.201, [Delprosjekt rehabilitering SSHF 2035](#)
5. Ratio Arkitekter AS, 23.3.2018, [Mulighetsstudie nytt akuttbygg SSK, Sørlandet sykehus HF](#)