

Ekstern kvalitetssikring av Utviklingsplan 2035 med Strategiplan 2018-2020 for Sørlandet sykehus HF

EY, Oslo

26.03.2018

Innhold

Side

1	OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	3
1.1	OPPSUMMERING AV PUNKTER FOR KVALITETSSIKRING	4
2	INNLEDNING	5
2.1	BAKGRUNN FOR UTARBEIDELSE AV UTVIKLINGSPLAN 2035 FOR SØRLANDET SYKEHUS HF	5
2.2	FORMÅL MED EKSTERN KVALITETSSIKRING	5
3	METODE FOR EKSTERN KVALITETSSIKRING	6
3.1	METODE OG TILNÆRMING	6
3.2	FORUTSETNINGER OG AVGRENSNINGER	7
3.3	OPPBYGGING AV KVALITETSSIKRINGSRAPPORT	7
4	KVALITETSSIKRING AV PROSESS, OG RISIKO- OG MULIGHETSANALYSE	8
4.1	PROSESS	8
4.2	RISIKO- OG MULIGHETSANALYSE	9
5	KVALITETSSIKRING AV UTVIKLINGSPLAN 2035 MED STRATEGIPLAN 2018-2020	11
5.1	BAKGRUNN OG HISTORIKK	14
5.2	NÅSITUASJON	15
5.3	OVERORDNEDE STRATEGIER OG FØRINGER	19
5.4	UTVIKLINGSTREKK	20
5.5	ANALYSE, VEIVALG OG FREMTIDIG DRIFTSMODELL	24
5.6	MÅLBILDE, TILTAK OG ORGANISERING FOR PASIENTENS HELSETJENESTE	26
6	VEDLEGG	30
6.1	VEDLEGG 1 – GRUNNLAG FOR GJENNOMGANGEN	30
6.2	VEDLEGG 2 – KVALITETSSIKRINGSTABELL 1	31
6.3	VEDLEGG 3 – KVALITETSSIKRINGSTABELL 2	32

1 Oppsummering og konklusjon

EY har utført en ekstern kvalitetssikring av Utviklingsplan 2035 for Sørlandet sykehus HF (SSHF). Formålet med kvalitetssikringen er å sikre at Utviklingsplan 2035 og prosessen med utarbeidelse av denne møter anbefalinger gitt i veiledende dokumenter utarbeidet av de regionale helseforetakene, «Veileder for arbeidet med utviklingsplaner» og revisjonstabellen i dokumentet «Kvalitetssikring av utviklingsplaner», samt «Utviklingsplaner for helseforetakene – Strategier, planer og regionale føringer» utarbeidet av Helse Sør-Øst RHF.

Den eksterne kvalitetssikringen har blitt gjennomført ved hjelp av dokumentgjennomgang og telefonintervjuer. Følgende hovedområder har vært gjenstand for kvalitetssikringen:

- ▶ SSHFs Utviklingsplan 2035 med Strategiplan 2018-2020
- ▶ Prosess for utarbeidelse av Utviklingsplan 2035
- ▶ Risiko- og mulighetsanalyse gjennomført av PwC

Gjennomgangen viser at Utviklingsplan 2035 og tilhørende arbeidsprosess tilfredsstillende anbefalinger gitt i veiledende dokumenter, og det foreligger ingen vesentlige avvik.

Den eksterne kvalitetssikringen viser at Utviklingsplan 2035 for SSHF dekker anbefalingene i de veiledende dokumentene. Ekstern kvalitetssikrer (EKS) har enkelte kommentarer til tekstopbyggingen i Utviklingsplan 2035, men det er opp til oppdragsgiver å vurdere om forbedringsforslagene er hensiktsmessige.

Proessen med å utarbeide Utviklingsplan 2035 har vært åpen, forutsigbar og involverende, slik anbefalingene tilsier. Interessenter har fått informasjon og mulighet til å medvirke i prosessen, spesielt gjennom workshops hvor både interne og eksterne interessenter hadde anledning til å delta.

Det er ikke foreslått vesentlige endringer i oppgaver til SSHF i Utviklingsplan 2035, og det er dermed heller ikke krav om å gjennomføre risiko- og mulighetsanalyse. SSHF har likevel valgt å gjennomføre en risiko- og mulighetsanalyse for å kartlegge risiko og risikoreduserende tiltak ved eksisterende sykehusstruktur. Risiko- og mulighetsanalysen gir en god beskrivelse av risikoområdene ved eksisterende sykehusstruktur, men gitt at det ikke er noen vesentlige endringer i oppgaver, og dermed ingen nye muligheter, lar ikke risiko- og mulighetsanalysen seg vurdere opp mot veiledende dokumenter av EKS.

Tabell 1 under viser EKS overordnede vurdering av SSHFs arbeid med Utviklingsplan 2035 vurdert mot anbefalinger i veiledende dokumenter.



Finn Holm
Partner

1.1 Oppsummering av punkter for kvalitetssikring

Anbefalinger fra veiledende dokumenter	Konklusjon og anbefalinger		
	Tilfredsstillende hensyntatt / besvart	Vesentlige mangler / avvik	Kommentar ekstern kvalitetssikrer
Prosess			
Proessen med utarbeidelse av utviklingsplaner skal være åpen, forutsigbar og involverende.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
Risiko- og mulighetsanalyse			
Det skal gjennomføres risiko- og mulighetsanalyser av alle vesentlige endringer i helseforetakets oppgaver. Analysen skal inneholde en beskrivelse av hva som kan gå galt med tilhørende sannsynlighet og konsekvens, samt tiltak for å redusere risiko.	n/a	n/a	n/a
Utviklingsplan 2035 for Sørlandet sykehus HF (SSHF)			
1. Bakgrunn og historikk (Hvordan kom vi hit?)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
2. Nåsituasjon (Hvem er vi i dag?)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja
3. Overordnede strategier og føringer (Hva må vi ta hensyn til?)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
4. Utviklingstrekk og framskriving (Hvordan vil trender påvirke oss?)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja
5. Analyse og veivalg (Hvilke muligheter har vi, hvordan velger vi og hva velger vi?)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja
6. Målbilde, tiltak og organisering for pasientens helsetjeneste (Hvordan vil vi ha det og hva må vi gjøre?)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei

Tabell 1: Overordnet vurdering av Sørlandet sykehus HF's arbeid med Utviklingsplan 2035 vurdert mot anbefalinger i veiledende dokumenter.

2 Innledning

2.1 Bakgrunn for utarbeidelse av utviklingsplan 2035 for Sørlandet sykehus HF

Alle helseforetak i Norge skal ha utviklingsplaner. De regionale helseforetakene har utarbeidet en «*Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*», heretter omtalt som Veilederen, som gir følgende definisjon av en utviklingsplan:

«En utviklingsplan er en plan for hvordan et helseforetak vil utvikle sin virksomhet for å møte framtidig behov for helsetjenester. Den er en samlet plan som skal sørge for at underliggende planer støtter opp om et overordnet felles formål».

Sørlandet sykehus HF (SSHF) har utarbeidet en utviklingsplan med tilhørende strategiplan, «*Utviklingsplan 2035 med Strategiplan 2018-2020*», heretter omtalt som Utviklingsplanen. Prosessen med å utarbeide en utviklingsplan for SSHF har pågått siden 2012. Første fase fra 2012-2014 ledet frem til en styrebehandling i februar 2015 av en foreløpig utviklingsplan med tidshorisont mot 2030, hvor styret ved SSHF vedtok å videreutvikle struktur basert på tre sykehus i helseforetaket. Styret la videre som en forutsetning at utviklingsplanen skulle revideres og oppdateres etter at Nasjonal helse- og sykehusplan var behandlet av Stortinget i 2016. I 2017 begynte dermed andre fase av arbeidet, hvor tidshorisonten til utviklingsplanen ble strukket frem til 2035. I denne fasen har helseforetaket arbeidet med å oppdatere beskrivelse av nåsituasjon, utviklingstrekk, og utviklingsstrategier for sykehusene i foretakene. Oppdateringen ble gjort med bakgrunn i Nasjonal helse- og sykehusplan, tidligere gjennomført ekstern kvalitetssikring, Veilederen, føringer fra Helse Sør-Øst RHF (HSØ), og beslutning i foretaksmøte i HSØ og SSHF vedrørende akutfunksjoner i Flekkefjord.

Utviklingsplanen var på høring i perioden 1. desember 2017 til 1. mars 2018. I de påfølgende månedene mars-april 2018 skal høringsinnspill behandles, Utviklingsplanen skal sammenstilles, og deretter behandles av ledergruppen i SSHF. Endelig styrebehandling av Utviklingsplanen i SSHF er satt til 12. april 2018, og videre leveranse til HSØ er planlagt 15. april 2018.

2.2 Formål med ekstern kvalitetssikring

I Veilederen beskrives det at hensikten med å gjennomføre kvalitetssikring av utviklingsplaner er å sikre at prosessen som beskrives i Veilederen er fulgt, at det har vært en tilstrekkelig åpenhet og involvering rundt prosessen, samt at det er gjort tilstrekkelige risiko- og mulighetsanalyser. SSHF har valgt å gjennomføre kvalitetssikringen av Utviklingsplanen som en ekstern kvalitetssikring, gjennomført av EY. SSHF har i oppdragsbeskrivelsen beskrevet at helseforetaket ønsker en ekstern kvalitetssikring for å sikre at kravene stilt i Veilederen blir møtt. Videre gir oppdragsbeskrivelsen føringer på at det forutsettes at den eksterne kvalitetssikringen primært utføres i form av dokumentkontroll.

3 Metode for ekstern kvalitetssikring

Under følger en beskrivelse av EYs metode og tilnærming til den eksterne kvalitetssikringen av Utviklingsplanen til SSHF.

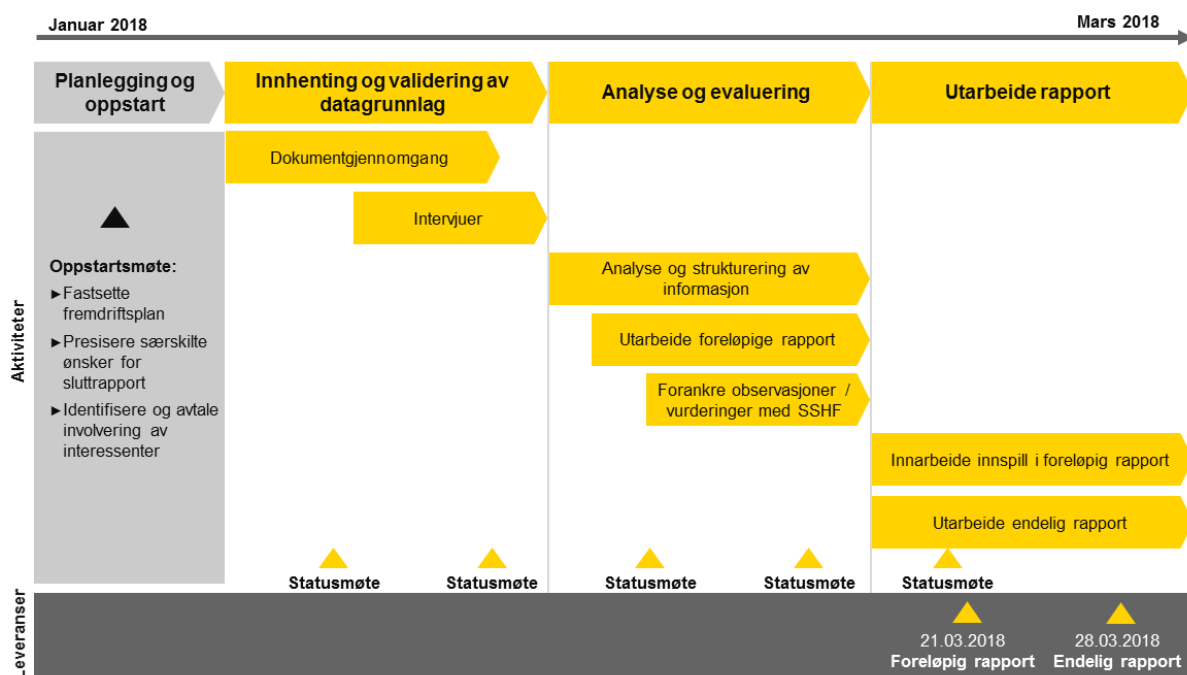
3.1 Metode og tilnærming

Gjennomføringen av den eksterne kvalitetssikringen er basert i EYs eget rammeverk for kvalitetssikring, og følgende veiledende dokumenter:

- ▶ «*Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*», (Veilederen)
- ▶ «*Utviklingsplaner for helseforetakene – Strategier, planer og regionale føringer*», (heretter omtalt som Strategidokumentet)
- ▶ Revisjonstabellen presentert i «*Kvalitetssikring av utviklingsplaner*», (heretter omtalt som Revisjonstabellen)

Den eksterne kvalitetssikringen er hovedsakelig gjennomført ved hjelp av dokumentgjennomgang- og kontroll. Det er også gjennomført telefonintervjuer med tillitsvalgte og representant fra Brukerutvalget ved SSHF, og representanter for enkelte av kommunene i regionen for å kvalitetssikre at prosessen har fulgt krav om åpenhet og involvering.

Oppstartsmøte for den eksterne kvalitetssikringen ble avholdt 26.01.2018 med prosjektledelsen for arbeidet med Utviklingsplanen ved SSHF, som er oppdragsgiver. I løpet av kvalitetssikringsperioden har det blitt gjennomført fem statusmøter med oppdragsgiver for å gjøre nødvendige avklaringer, samt at EKS har hatt mulighet til å komme med løpende observasjoner og tilbakemeldinger. Figuren under beskriver overordnede faser og aktiviteter i den eksterne kvalitetssikringen:



Figur 1: Overordnede faser og aktiviteter i den eksterne kvalitetssikringen av Utviklingsplanen.

Det vises til vedlegg for en detaljert oversikt over grunnlagsdokumenter, og gjennomførte intervjuer og statusmøter.

3.2 Forutsetninger og avgrensninger

Den eksterne kvalitetssikringen av Utviklingsplanen til SSHF har følgende avgrensninger:

- ▶ Kvalitetssikringen har i all hovedsak blitt utført som dokumentkontroll av høringsdokumentet av Utviklingsplanen, og endringer etter høringsinnspill har således ikke blitt kvalitetssikret.
- ▶ EKS har ikke kvalitetssikret underlagsdokumenter eller andre underliggende analyser.
- ▶ EKS vurderer hvorvidt Utviklingsplanen og arbeidsprosessen følger anbefalinger og føringer i Veilederen, Strategidokumentet og Revisjonstabellen, heretter omtalt som veiledende dokumenter. EKS vurderer ikke om foreslått utvikling og strategi for helseforetaket er den mest hensiktsmessige.

De observasjoner og tilhørende anbefalinger som er gitt i denne rapporten forutsetter at informasjonen vi har mottatt er korrekt beskrevet. Oppdragsgiver må selv vurdere om forbedringsforslagene er velegnede.

3.3 Oppbygging av kvalitetssikringsrapport

EKS vurderer både prosessen med utarbeidelse av Utviklingsplanen og selve dokumentet «*Utviklingsplan 2035 med Strategiplan 2018-2020*», som har vært lagt ut på høring.

Oppbyggingen av kvalitetssikringsrapporten er strukturert slik at EKS vurderer hvert område eller kapittel ved å først oppsummere våre hovedobservasjoner, etterfulgt av EKS konklusjon og eventuelle forbedringsforslag.

Kapittel 4 i kvalitetssikringsrapporten er inndelt i to delkapitler basert i Revisjonstabellens føring om hvilke hovedområder skal kontrolleres i forbindelse med kvalitetssikring av utviklingsplaner:

- ▶ Prosess
- ▶ Risiko- og mulighetsanalyse

EKS vurderer hvert hovedområde i henhold til anbefalinger i Veilederen og Revisjonstabellen.

Kvalitetssikringsrapportens kapittel 5 vurderer Utviklingsplanen i henhold til anbefalinger i Veilederen og Strategidokumentet. Kapitlet er bygd opp ved at EKS systematisk går gjennom hvert kapittel i Utviklingsplanen og vurderer innholdet opp mot anbefalinger i Veilederen og Strategidokumentet.

4 Kvalitetssikring av prosess, og risiko- og mulighetsanalyse

Kvalitetssikringen av prosess og risiko- og mulighetsanalyse legger til grunn anbefalinger i Veilederen og Revisjonstabellen.

Oppsummert viser den eksterne kvalitetssikringen at prosessen med utarbeidelse av Utviklingsplanen tilfredsstillende oppfyller kravene til åpenhet, forutsigbarhet og involvering av interessenter.

Det er ikke foreslått vesentlige endringer i oppgaver eller endringer i akutfunksjoner ved helseforetaket i Utviklingsplanen, og det er dermed heller ikke et krav om at det skal gjennomføres en risiko- og mulighetsanalyse. SSHF har likevel valgt å gjennomføre en risiko- og mulighetsanalyse av Utviklingsplanen, med fokus på hvilke risiko som finnes ved den eksisterende sykehusstrukturen, og hvilke risikoreduserende tiltak som kan iverksettes.

Under følger EKS vurdering og konklusjon for hvert av hovedområdene.

4.1 Prosess

Veilederen beskriver at prosessen med utarbeidelse av utviklingsplaner skal være åpen, involverende og forutsigbar. Prosessen skal være åpen på en slik måte at det skal være mulig å følge prosessen for alle som ønsker innsyn. For å sikre at interessenter involveres stilles det krav om at det skal utarbeides en interessentanalyse og kommunikasjonsplan, og som hovedregel skal interessentene selv avgjøre om de vil involveres eller informeres. Kommunen(e) skal alltid involveres, og medvirkning fra brukere og tillitsvalgte er en selvfølge. Prosessen skal være forutsigbar slik at alle interessenter skal kunne forstå hva som skjer, når det skjer og når beslutningspunktene er.

EKS observasjoner

Interessentanalyse og tilhørende kommunikasjonsplan ble utarbeidet ved oppstart av arbeidet med Utviklingsplanen i 2012. Interessentanalysen og kommunikasjonsplanen ble revidert i januar 2017 som en del av arbeidet med oppdatering av Utviklingsplanen. Interessentanalysen inneholder beskrivelser av identifiserte interessenter, rolle og tiltak for informasjon og involvering. Kommunikasjonsplanen gir en beskrivelse av kommunikasjonsmål, hovedbudskap, utfordringer, talspersoner og tiltak/kanaler for informasjon, involvering og mulighet for innspill.

Delkapittel 1.3 og 1.3.1 i Utviklingsplanen beskriver på et overordnet nivå hvordan prosjektgruppen har arbeidet med Utviklingsplanen og hvordan de har involvert interessentene i dette arbeidet. Det beskrives at oppdatering av Utviklingsplanen er gjennomført av direktørens stab med bred involvering av ledere, fagpersoner, tillitsvalgte, brukere, kommuner og andre interessenter.

Delkapittel 1.3.1 gir videre en beskrivelse av de ulike kommunikasjonskanalene benyttet i arbeidet med å informere og involvere interne og eksterne interessenter, herunder SSHFs egen hjemmeside, en egen Facebookside, nyhetsbrev, dagspresse, dialogkonferanser, workshoper og klinikk- og avdelingsmøter ved helseforetaket. Prosjektet har fra oppstart av arbeidet i 2012 hatt

direkte dialog med kommuner, fylkeskommuner, stortingsrepresentanter fra Aust- og Vest-Agder, og Universitet i Agder. Videre beskrives det at Brukerutvalget og Ungdomsrådet ved SSHF har hatt en sentral rolle i planarbeidet og vært viktige rådgivere og bidragsytere. Prosjektledelsen har jevnlig informert OSS (Overordnet strategisk samarbeidsutvalg mellom kommunene i Agder og SSHF), foretakstillitsvalgte, hovedverneombud og foretaksledelse, og disse interessentgruppene har også gitt viktige innspill tilbake til prosjektet.

Det påpekes i Utviklingsplanen at det var lav interesse for dette arbeidet både i og utenfor SSHF ved oppstart av arbeidet i 2012, men at interessen har økt i arbeidet med oppdatering av Utviklingsplanen. Det ble gjennom 2017 avholdt tre workshops med formål om å få innspill på kapittel 2, 4 og 6 i Utviklingsplanen. Det var bred deltagelse i disse workshopene fra SSHF, kommuner og andre interessenter, og det var rundt 150-200 personer tilstede ved hver workshop. Det fremheves at dette var en effektiv arbeidsform sammenlignet med møtene arrangert i arbeidsgrupper som ble avholdt i perioden 2012-2015.

EKS har gjennomført åtte telefonintervjuer med interne og eksterne interessenter som har vært involvert i prosessen med oppdatering av Utviklingsplanen. Intervjuene bekrefter at prosessen har vært åpen, involverende og forutsigbar. Gjennom intervjuene ble det trukket frem at interessentene opplever å ha blitt tilstrekkelig informert både gjennom møter og andre kanaler som e-post og SSHFs hjemmeside. De har også fått tilstrekkelig informasjon om fremdrift og viktige beslutningspunkter i prosessen. Intervjuobjektene bekrefter at de har hatt mulighet til å komme med innspill gjennom avholdte workshops eller andre fora, avhengig av rollen til den enkelte.

Konklusjon og anbefalinger

Prosessen med utarbeidelse av Utviklingsplanen ved SSHF har på en tilfredsstillende måte fulgt anbefalinger i Veilederen om at prosessen skal være åpen, involverende og forutsigbar. Viktige interessenter som tillitsvalgte, brukere og representanter fra kommunene har både blitt tilstrekkelig informert og involvert i prosessen gjennom møter og workshops, samt fått ytterligere informasjon gjennom kanaler som e-post og SSHFs hjemmeside.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er hensyntatt på en tilfredsstillende måte.

4.2 Risiko- og mulighetsanalyse

Det skal gjennomføres risiko- og mulighetsanalyser av alle vesentlige endringer i helseforetakets oppgaver. Veilederen beskriver at *vesentlige endringer* kan bety at endringene har betydning for flere enn de som er direkte involvert. Endringer i akuttfunksjoner vil for eksempel alltid være vesentlige.

Revisjonstabellen gir følgende føringer til risiko- og mulighetsanalyser:

- ▶ «Har de riktige endringene blitt risiko- og mulighetsvurdert?»
- ▶ «Er risikoanalysen tilstrekkelig i forhold til krav i veileder? Analysen inneholder som minimum beskrivelse av hva som kan gå galt, sannsynlighet og konsekvens»
- ▶ «Er tiltak for å redusere risiko tilstrekkelig beskrevet?»
- ▶ «Risikoanalysene involverer de som berøres av tiltaket»
- ▶ «Det er gjort mulighetsanalyser sammen med risikoanalyser»

I Utviklingsplan 2035 foreslår SSHF ingen vesentlige endringer i helseforetakets oppgaver, og det er således ikke et krav fra Veilederen om å utføre en risiko- og mulighetsanalyse. SSHF har likevel valgt å utføre en risiko- og mulighetsanalyse for å kartlegge hvilke risiko som finnes ved eksisterende sykehusstruktur, og hvilke risikoreduserende tiltak som kan iverksettes. Analysen er utført av PwC.

Observasjoner EKS

Det ble etablert en overordnet ROS-gruppe bestående av sykehusledelsen, foretakstillitsvalgt og foretaksverneombud ved SSHF, ekstern fagdirektør ved Helse Fonna HF, ekstern fagdirektør ved Helse Møre og Romsdal HF og ekstern økonomidirektør ved Haraldsplass Diagonale Sykehus AS. ROS-gruppen har sammen med en rekke faggrupper bestående av helsefaglige ressurspersoner gjennomgått og validert risikoområdene. Det ble verifisert at risikoområdene definert i Utviklingsplan 2030 fortsatt er aktuelle, og disse fem risikoområdene er: faglig kvalitet, helhetlige pasientforløp, tilgjengelighet, samfunn og økonomi.

Gjennom syv arbeidsgruppemøter ble risiko og sannsynlighet, samt muligheter for å redusere den iboende risikoen i Utviklingsplanen beskrevet og vurdert. På sykehusene deltok faglig ledelse, stedlig tillitsvalgt, verneombud og brukerrepresentant. Arbeidsgruppene i kommunene har bestått av kommuneoverleger, legevaktsjefer, og helse- og sosialsjef.

Da det i Utviklingsplan 2035 ikke er vesentlige endringer i oppgavene i helseforetaket, vil det ikke stilles de samme krav til involvering. Gjennomført risiko- og mulighetsanalyse vurderer risiko ved eksisterende sykehusstruktur, samt muligheter for å redusere disse risikoene. I gjennomføringen av denne analysen har viktige interne og eksterne interessenter blitt involvert gjennom ROS-gruppen og arbeidsgruppene ved sykehusene og i kommunen.

Risiko- og mulighetsanalysen identifiserer utfordringer innenfor hvert risikoområde på en grundig måte. ROS-gruppens overordnede risiko- og sårbarhetsvurderinger vises oversiktlig i en risikomatrix. Videre beskrives hvilke konsekvenser dette kan medføre. Tiltak for å redusere risiko beskrives i delkapitlene «Muligheter gitt valgt sykehusstruktur», og i slutten av dokumentet presenteres en bruttoliste over forslag til tiltak.

Mulighetsanalyser beskrives i Veilederen som hvilke muligheter som oppstår som følge av endringene i oppgavene i helseforetaket. Da det ikke er noen vesentlige endringer vil det således ikke oppstå noen nye muligheter å analysere. I risiko- og mulighetsanalysen er derfor fokus rettet mot å beskrive tiltak for å håndtere de ulike sårbarhetsområdene ved å opprettholde eksisterende sykehusstruktur.

Konklusjon og anbefalinger

Gitt at det ikke er noen vesentlige endringer i oppgaver, og dermed ingen nye muligheter, lar ikke risiko- og mulighetsanalysen seg vurdere opp mot veiledende dokumenter av EKS.

Likevel har det i gjennomføringen av risiko- og mulighetsanalysen vært en bred involvering av interessenter, og rapporten gir en god beskrivelse av risikoområdene ved eksisterende sykehusstruktur, sannsynligheten for at de inntreffer og tiltak for å redusere risiko. Risikoområdene som har blitt vurdert, er etter EKS sin vurdering dekkende.

5 Kvalitetssikring av *Utviklingsplan 2035 med Strategiplan 2018-2020*

Kvalitetssikringen av Utviklingsplanen legger til grunn Veilederen og Strategidokumentet. Den eksterne kvalitetssikringen viser at Utviklingsplanen for SSHF dekker anbefalingene i disse dokumentene, med unntak av at den ikke inneholder et sammendrag. EKS anbefaler at dette utarbeides, i tråd med Veilederen. Dette vil på en enkel måte lette leservennligheten til Utviklingsplanen slik at de som ønsker et raskt overblikk over de viktigste sakene slipper å lese hele rapporten.

I Veilederen presenteres et veiledende format for innhold i helseforetakenes utviklingsplaner, og det gis også en beskrivelse av anbefalt innhold for hvert kapittel. Det presiseres i Veilederen at dette er en anbefaling, og at listen ikke er obligatorisk, eller nødvendigvis komplett. Veilederen anbefaler at kapittelet som skal beskrive nåsituasjonen, er inndelt i ni delkapitler som tar for seg viktige områder for utviklingen til et helseforetak. SSHF har valgt å følge denne inndelingen i kapittel 2, som beskriver nåsituasjonen, samt i kapittel 4 og 6. Dette gir en god flyt ved at strukturen i de tre kapitlene er den samme, men medfører at det er noe gjentakende informasjon i kapitlene.

I tabell 2 under har EKS listet opp anbefalt innholdsfortegnelse fra Veilederen og vurdert denne opp mot innhold i Utviklingsplanen. Som nevnt ovenfor, og som presisert i Utviklingsplanen til SSHF, avviker innholdet i kapittel 4 og 6 i Utviklingsplanen noe fra Veilederens anbefaling. Dette medfører at man ikke direkte kan vurdere kapitlene opp mot hverandre. EKS har derfor utarbeidet en tabell (se Vedlegg 2) som synliggjør hvilket kapittel i Utviklingsplanen som besvarer Veilederens anbefalte kapitler. En tilsvarende tabell er også utarbeidet av EKS for å synliggjøre hvilket kapittel i Utviklingsplanen som besvarer Strategidokumentets anbefalinger (se Vedlegg 3).

Veileder for utviklingsplaner	Konklusjon og anbefalinger		
	Tilfredsstillende besvart	Vesentlige mangler/avvik	Ekstern kvalitetsstyrers kommentarer
Sammendrag			
Sammendraget skal være kort (maks to sider), skal kunne leses for seg selv, med hovedtyngde på kapitlene 5 og 6.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ja
1. Bakgrunn og historikk (Hvordan kom vi hit?)			
1.1 Historikk for helseforetaket	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
1.2 Gjennomføring av prosjektet (Slik har vi gjort det)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
1.2.1 Mandat og organisering	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
1.2.2 Interessenter	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
1.2.3 Medvirkning og aktiviteter	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
2. Nåsituasjon (Hvem er vi i dag?)			
2.1 Pasientenes helsetjeneste – brukertilfredshet	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
2.2 Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
2.3 Oppgavedeling og samhandling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
2.4 Organisering og ledelse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
2.5 Bemanning og kompetanse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja
2.6 Forskning og innovasjon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
2.7 Økonomi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
2.8 Teknologi og utstyr	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
2.9 Dagens bygg – tilstand og muligheter	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
2.9.1 Areal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
2.9.2 Tilstandsvurdering	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
2.9.3 Tomt og eiendomsforhold	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
3. Overordnede strategier og føringer (Hva må vi ta hensyn til?)			
3. Overordnede strategier og føringer (Hva må vi ta hensyn til?)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei

Veileder for utviklingsplaner	Konklusjon og anbefalinger		
	Tilfredsstillende besvart	Vesentlige mangler/avvik	Ekstern kvalitetsstyrers kommentarer
4. Utviklingstrekk og framskrivning (Hvordan vil trender påvirke oss?)			
4.1 Demografi og sykdomsutvikling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
4.2 Endringsfaktorer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja
4.3 Kapasitetsberegning	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
5. Analyse og veivalg (Hvilke muligheter har vi, hvordan velger vi og hva velger vi?)			
5.1 Alternative veivalg for helseforetaket	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
5.2 Risiko- og mulighetsanalyser	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
5.2.1 Spesielle vurderinger ved endring i øyeblikkelig hjelp-tilbud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
5.3 Kriterier for valg mellom alternativene	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
5.4 Valgt hovedløsning	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja
6. Målbilde, tiltak og organisering for pasientens helsetjeneste (Hvordan vil vi ha det og hva må vi gjøre?)			
6.1 Pasientenes helsetjeneste – brukertilfredshet	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
6.2 Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
6.3 Oppgavedeling og samhandling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
6.4 Bemanning og kompetanse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
6.5 Forskning og innovasjon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
6.6 Økonomi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
6.7 Teknologi og utstyr	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei
6.8 Bygg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nei

Tabell 2: Veilederens anbefalte innholdsfortegnelse i en utviklingsplan vurdert mot innhold i Utviklingsplanen til SSHF.

5.1 Bakgrunn og historikk

På et overordnet nivå vurderer EKS at kapittel 1 i Utviklingsplanen tilfredsstillende anbefalingene gitt i veiledende dokumenter. Kapitlet dekker Veilederens anbefalinger til innhold med beskrivelse av helseforetakets historikk og gjennomføring av prosjektet i forbindelse med utarbeidelse av utviklingsplan for helseforetaket. I tillegg har SSHF valgt å inkludere et delkapittel som beskriver visjon, strategi og verdigrunnlag. Detaljert vurdering av hvert delkapittel i Kapittel 1 følger under.

Konklusjon: Kapittel 1 i Utviklingsplanen besvarer anbefalinger fra veiledende dokumenter på en tilfredsstillende måte.

5.1.1 Historikk for helseforetaket

Observasjoner EKS

I dette delkapitlet beskrives helseforetakets historikk med en kultur for samarbeid mellom sykehusene i Agder. Siden 2003 har det blitt lagt ned to sykehus i regionen, i Mandal og i Farsund. I 2016 ble det innført ny organisasjonsstruktur med sammenslåing av medisinsk og kirurgisk klinikk til somatisk klinikk, én ved hvert sykehus. Delkapitlet beskriver videre utfordringer med sykehusstrukturen og rivalisering om funksjoner og fagmiljø mellom de ulike sykehusene.

Konklusjon og anbefalinger

Vesentlige endringer frem til dagens organisering av helseforetaket beskrives. Endringene i revidert utviklingsplan, og årsak til revisjon anbefaler Veilederen å inkluderes i dette delkapitlet, men dette foreligger senere i Utviklingsplanen, i delkapittel 1.3.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte.

5.1.2 Visjon, strategi og verdigrunnlag

Observasjoner EKS

Delkapitlet beskriver helseforetakets verdier: Respekt, faglig dyktighet, tilgjengelighet og engasjement. I tillegg fremheves seks satsningsområder fra siste strategiplanperiode 2015-2017; Kvalitet og pasientsikkerhet, helhetlig behandling, samhandling, rusbehandling og selvmordsforebygging, kreftbehandling og planlagt kirurgi.

Konklusjon og anbefalinger

Dette delkapitlet kommer i tillegg til anbefalingene til innhold fra Veilederen, men det er positivt at helseforetakets visjon og verdier synliggjøres.

5.1.3 Gjennomføring av arbeidet med utviklingsplanen

Observasjoner EKS

Delkapitlet beskriver helseforetakets gjennomføring av arbeidet med Utviklingsplanen. Arbeidsgruppen er beskrevet, og fokus for arbeidet med oppdatering av Utviklingsplanen har vært å ytterligere konkretisere mål og tiltak for virksomheten.

Delkapitlet har ett ytterligere delkapittel:

- ▶ Kapittel «1.3.1. Interessenter, medvirkning og aktivitet» beskriver at det er utarbeidet en interessentanalyse og kommunikasjonsplan. Videre beskrives tiltak for å sikre en åpen og

transparent prosess, hvor alle som har ønsket å komme med innspill har hatt mulighet til det.

Konklusjon og anbefalinger

Delkapittelet beskriver mandat og organiseringen av arbeidet med Utviklingsplanen, og dekker anbefalingene i Veilederen.

Delkapittel 1.3.1 besvarer krav til innhold i Veilederens kapittel 1.2.2 og 1.2.3 på en tilfredsstillende måte med beskrivelse av hvem som har vært involvert og hvordan, samt hvilke aktiviteter som har blitt gjennomført for å sikre tilstrekkelig medvirkning i prosessen. For ytterligere informasjon om EKS vurdering av prosessen, se Kvalitetssikringsrapportens kapittel 4.1.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte.

5.2 Nåsituasjon

På et overordnet nivå vurderer EKS at kapittel 2 i Utviklingsplanen tilfredsstiller anbefalingene gitt i veiledende dokumenter. Kapittelet er inndelt i ni temaer, slik anbefalt i Veilederen, for å beskrive nåsituasjonen for helseforetaket. Kapittelet gjør rede for dagens situasjon på en god måte, som anses tilstrekkelig ut fra anbefalingene i Veilederen. Omdømmeundersøkelsen fra HSØ, samt den nasjonale PasOpp-undersøkelsen om pasienterfaringer blir benyttet for å sammenligne SSHF med andre helseforetak. Kapittelet bygger på regionale analyser som anbefalt i Veilederen.

Konklusjon: Kapittel 2 i Utviklingsplanen besvarer anbefalinger fra veiledende dokumenter på en tilfredsstillende måte. EKS har forbedringsforslag til delkapittel 2.5 i Utviklingsplanen.

5.2.1 Pasientens helsetjeneste

Observasjoner EKS

Delkapittelet er inndelt i ytterligere tre delkapitler:

- ▶ Kapittel «2.1.1. *Samvalg*» omhandler hvordan SSHF tilstreber å tilrettelegge for aktive pasienter som medvirker i sin egen helse, med tiltak som e-læring og samvalgsverktøy.
- ▶ Kapittel «2.1.2. *Pasient- og pårørendetilfredshet og involvering*» legger frem positive resultater fra omdømmeundersøkelsen. PassOpp-undersøkelsen viser at 1 av 4 pasienter ikke er fornøyd med informasjonen de mottar under sykehusoppholdet.
- ▶ Kapittel «2.1.3 *Pasient og pårørendeinformasjon og opplæring*» beskriver en aktiv brukermedvirkning i arbeidet med kvalitetssikret og diagnosespesifikk pasientinformasjon.

Konklusjon og anbefalinger

Delkapittelet er meget utfyllende, og gir en god og tilfredsstillende beskrivelse av pasientforløp og brukertilfredshet som fyller Veilederens anbefaling. Strategidokumentets krav til beskrivelse av PasOpp-undersøkelsen dekkes også.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte.

5.2.2 Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og HMS

Observasjoner EKS

Delkapittelet er inndelt i ytterligere fem delkapitler:

- ▶ Kapittel «2.2.1 Demografi og sykdomsforekomst i Agder» beskriver demografi og sykdomsforekomst i regionen på en god måte.
- ▶ Kapittel «2.2.2 Dagens aktivitet og kapasitet» beskriver at SSHF dekker befolkningens behov i et 2017-perspektiv. Akuttmottaket, intensivavdelingen og fødeavdelingen i Kristiansand har presset kapasitet. Innen psykiatri og rus er kapasiteten god, men utnyttelsen av kapasiteten er ikke optimal. Oversiktlige tabeller illustrerer dagens kapasitet, samt utvikling de siste årene.
- ▶ Kapittel «2.2.3 Helseatlas, pasientstrømmer og forbruksrater» inneholder informasjon fra Helseatlas som sammenligner bruk av helsetjenester, ventetid og overlevelse med resten av landet.
- ▶ Kapittel «2.2.4 Pasienttilbud» beskriver på en god måte dagens tilbud innen de utvalgte fagområdene hvor HSØ har gitt føringer. Det fremheves at forbruk av helsetjenester for psykiatri og rus er høyere i regionen enn i resten av landet.
- ▶ Kapittel «2.2.5 Kvalitet, pasientsikkerhet, HMS og risiko» gir en grundig beskrivelse av risikoområder, kvalitetsindikatorer, forbedringsarbeid, pakkeforløp, prosedyrer, ventetid og fristbrudd.

Konklusjon og anbefalinger

Det er ingen anbefaling fra Veilederen om beskrivelse av regionens demografi i kapittel 2. Det er for øvrig hensiktsmessig å beskrive demografi sammen med aktivitet og kapasitet i helseforetaket. Dette fungerer dermed godt og gir en god flyt i Utviklingsplanen.

Aktivitet, kapasitet og pasientstrømmer blir beskrevet i tråd med Veilederen. Det er en utfyllende beskrivelse av dagens situasjon for hver av de prioriterte pasientgruppene bestemt av HSØ (psykiatri, TSB, rehabilitering, habilitering, hjerneslag, kreftkirurgi og prehospitale tjenester). Dette tydeliggjør innsatsen som gjøres ved helseforetaket, og er dermed i tråd med anbefalingene fra HSØ. I tillegg er analyser fra Helseatlas og forbruksrater tilstrekkelig gjort rede for i delkapittelet. Veilederen anbefaler at beskrivelse av pasientopplæring skal forekomme i dette kapittelet, men dette har blitt tilstrekkelig beskrevet i delkapittel 2.1.

Strategidokumentets krav til beskrivelse av døgnbasert rehabilitering, ambulant team, organisering og rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt dekkes kort i dette kapittelet, og det vises til egen «*delrapport for Rehabilitering*» for utfyllende informasjon. Beskrivelse av dagens organisering for hjerneslagbehandling med slagsenter beskrives, og svarer dermed ut krav i Strategidokumentet om at dette skal inngå som en del av helseforetakenes utviklingsplaner. Beskrivelsen av prehospitale tjenester i dette delkapittelet og i delkapittel 4.2.4 dekker kravene fra Strategidokumentet om beskrivelse av eksisterende samarbeid og samarbeidsavtaler innen dette området.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte.

5.2.3 Oppgavedeling og samhandling

Observasjoner EKS

Delkapittelet er inndelt i ytterligere to delkapitler:

- ▶ Kapittel «2.3.1 Funksjonsfordeling og samhandling – sykehus i team» gir en tilfredsstillende beskrivelse av funksjonsfordelingen ved helseforetaket. Det beskrives at funksjonsdelingen mellom de tre sykehusene, utnytter fagkompetansen som finnes ved andre sykehus ved bruk av videokonferering. Dette er også visualisert i en oversiktlig tabell. Nasjonale og regionale funksjoner kommer tydelig frem.
- ▶ Kapittel «2.3.2 Samhandling med andre samarbeidsaktører» beskriver at SSHF bygger på LEON-prinsippet, og har opprettet kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Samhandling mellom sykehus og fastlege beskrives med praksiskonsulenter og oppdatert nettside. Kommunene har kreftkoordinatorer, som omtales som et godt tiltak.

Konklusjon og anbefalinger

Samhandling innen eget helseforetak beskrives i tråd med Veilederen. Samhandling med andre helseforetak beskrives, og utfyllende informasjon finnes i kapittel 2.2.3. Samhandling med kommuner, fastleger, private aktører og avtalespesialister er beskrevet i Utviklingsplanen, som anbefalt i Veilederen.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte.

5.2.4 Organisering og ledelse

Observasjoner EKS

Delkapittelet er inndelt i ytterligere tre delkapitler:

- ▶ Kapittel «2.4.1 Organisering» utdyper at stedlig ledelse ble innført ved helseforetaket i 2016, og at en samlet somatisk klinikk ble etablert.
- ▶ Kapittel «2.4.2 Ledelse» beskriver at det er tydelige linjer for ansvar, og hver ansatt har en personalleder. Det er strenge krav til ledere på alle nivåer.
- ▶ Kapittel «2.4.3 Arbeidsmiljø» beskriver funn fra medarbeiderundersøkelsen som viser at de ansatte trives på jobb.

Konklusjon og anbefalinger

Dagens organisering og ledelse er tilstrekkelig beskrevet etter føringer i Veilederen. Figur 2 i delkapittelet gir en overordnet oversikt over organisering av klinikker og stabsavdelinger i helseforetaket. Resultat fra medarbeiderundersøkelsen blir trukket frem, som anbefalt i Veilederen.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte.

5.2.5 Bemanning og kompetanse

Observasjoner EKS

Delkapittelet er inndelt i ytterligere fire delkapitler:

- ▶ Kapittel «2.5.1 Bemanning» viser fordeling av yrkesgrupper som arbeider ved SSHF i et sektordiagram i figur 3.
- ▶ Kapittel «2.5.2 Kompetanse» beskriver at kartlegging av kompetanse i helseforetaket har blitt utført i kompetansemodule i GAT.
- ▶ Kapittel «2.5.3 Rekruttering» greier ut at helseforetaket møter enkelte utfordringer i rekruttering av noen legespesialiteter, samt rekruttering av jordmødre og spesialsykepleiere.
- ▶ Kapittel «2.5.4 Utdanning av helsepersonell og samarbeid med utdanningsinstitusjoner» beskriver at helsepersonell gjøres i samarbeid med Universitet i Agder (UiA), og det er

gjennomført kompetanseheving av sykepleiere i mottak og for helsesekretærer. Videre trekkes det frem at helseforetaket har et forskningssamarbeid med Universitet i Oslo (UiO), Universitet i Bergen (UiB) og NTNU.

Konklusjon og anbefalinger

Utdanning, kompetanseplaner og samarbeid med andre utviklingsinstitusjoner beskrives tilstrekkelig i henhold til anbefaling i Veilederen. Når det kommer til analyser av bemanning, anbefaler Veilederen at disse analysene baseres på RHF-enes nasjonale bemanningsmodell, men det kommer ikke frem i Utviklingsplanen at dette er fulgt.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte. EKS anbefaler at man i det videre arbeidet baserer seg på RHF-enes nasjonale bemanningsmodell.

5.2.6 Forskning og innovasjon

Observasjoner EKS

Delkapittelet er inndelt i ytterligere to delkapitler:

- ▶ Kapittel «2.6.1 *Forskning*» beskriver forskningsaktivitetene ved helseforetaket, og det fremheves at helseforetaket har det mest aktive forskningsmiljøet utenfor universitetssykehusene i Norge med seks doktorgrader årlig.
- ▶ Kapittel «2.6.2 *Innovasjon*» beskriver at det siste årene har det vært økt fokus på innovasjonsstøtte og implementering av nasjonal innovasjonsplattform ved SSHF.

Konklusjon og anbefalinger

Strategier og planer innen forskning og innovasjon blir tilstrekkelig beskrevet som anbefalt i Veilederen, herunder beskrivelse av helseforetakets forskningsaktiviteter, forskningsprofil og satsning på innovasjon.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte.

5.2.7 Økonomi

Observasjoner EKS

Delkapittelet beskriver at dagens sykehusmodell med tre sykehus er utredet til å ikke være bærekraftig i et 2035-perspektiv, og utfordringer knyttet til dette er synlig allerede i 2017. Det gjøres rede for et resultatmål på 80 millioner kroner i 2017, og et investeringsetterslep på 2,5 milliarder kroner. Kostnad pr. DRG har utviklet seg negativt de siste årene, og dette ses i sammenheng med lav aktivitetsvekst målt i DRG, sammenfallende med høy vekst i årsverk ved helseforetaket.

Konklusjon og anbefalinger

Veilederens anbefalinger til beskrivelse av dagens økonomiske bærekraft og handlingsrom vurderes som tilstrekkelig beskrevet i Utviklingsplanen.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte.

5.2.8 Teknologi og utstyr

Observasjoner EKS

Det beskrives at SSHF mangler gode IKT-systemer, og at dagens system hindrer effektiv drift. Videre beskrives det at helseforetaket er en del av program for Digital fornying i regi av HSØ, som blant annet inkluderer regional standardisering av DIPS.

Helseforetaket trekker frem at det fortsatt er en vei å gå med tanke på kommunikasjon mellom de ulike behandlingsnivåene, primær og spesialisthelsetjenesten, og at manglende standardisering hindrer systemene i å kommunisere med hverandre. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU) er ikke standardisert, og det er ulikt utstyr som har en høy gjennomsnittsalder. Mye utstyr må byttes ut de nærmeste årene, uten at dette utdypes nærmere i dette delkapittelet.

Konklusjon og anbefalinger

Status for standardisering og utvikling, inkludert grad av plattformlikhet og felles applikasjoner beskrives i tilstrekkelig grad. Kvalitet og fremtidige investeringer innen MTU er beskrevet i tråd med Veilederen, og utfordringer og fremtidige muligheter trekkes også frem.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte.

5.2.9 Dagens bygg

Observasjoner EKS

Delkapittelet er inndelt i ytterligere to delkapitler:

- ▶ Kapittel «2.9.1 Areal» beskriver at sykehusene i Arendal og Flekkefjord har arealer som er tilfredsstillende for dagens kapasitet. Ved sykehuset i Kristiansand beskrives det at akuttmottaket bør utbedres og at sykehuset mangler landingsplass for helikopter.
- ▶ Kapittel «2.9.1 Teknisk tilstand» beskriver at sykehusene i Arendal og Flekkefjord kun har små behov for utbedringer for å være i tilfredsstillende teknisk stand. Ved sykehuset i Kristiansand bør det elektriske anlegget utbedres.

Konklusjon og anbefalinger

Kapittelet er inndelt i to delkapitler, mot Veilederens forslag om tre delkapitler. Areal og kapasitet i forhold til kjernevirksomhet er tilstrekkelig beskrevet i henhold til anbefalinger i Veilederen. Tilstandsvurdering, og tomt og eiendomsforhold gjøres også rede for i tråd med Veilederen.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte.

5.3 Overordnede strategier og føringer

Observasjoner EKS

På et overordnet nivå vurderer EKS at kapittel 3 i Utviklingsplanen tilfredsstillende anbefalingene gitt i veiledende dokumenter. Kapittelet beskriver hvilke strategier og føringer som er fulgt i arbeidet med utviklingsplanen. Det beskrives hvordan SSHF har valgt å svare ut føringene som har kommet fra styret ved SSHF, samt Nasjonal Helse- og sykehusplan (NHSP). Denne planen forelå ikke i første fase av arbeidet med Utviklingsplanen, og det beskrives hvilke endringer som er gjort i andre fase av arbeidet for at Utviklingsplanen skal følge Veilederen. Definisjonen av type sykehus er oppdatert, og sykehusstrukturen forblir uendret med store akutt sykehus i Kristiansand og Arendal, og akutt sykehus i Flekkefjord. Det beskrives at Kapittel 4 i Utviklingsplanen avviker noe fra Veilederen, og at kapittel 2 og 6 følger den samme inndelingen. Etter føringer fra HSØ i januar 2017 ble tidshorisonten for Utviklingsplanen endret fra 2030 til 2035.

Konklusjon og anbefalinger

Kapittel 3 redegjør på en god og oversiktlig måte hvilke dokumenter som er lagt til grunn for utformingen av Utviklingsplanen. Føringer fra styret i SSHF og HSØ beskrives, sammen med hvilke endringer og tiltak som er utført. Kapittelet dekker anbefalingene i Veilederen.

Konklusjon: Kapittel 3 i Utviklingsplanen besvarer anbefalinger fra veiledende dokumenter på en tilfredsstillende måte.

5.4 Utviklingstrekk

På et overordnet nivå vurderer EKS at kapittel 4 i Utviklingsplanen tilfredsstiller anbefalingene gitt i veiledende dokumenter.

Utviklingsplanens kapittel 4 avviker noe fra Veilederen ved at beskrivelsen av utviklingstrekk er mer utfyllende og grundig enn hva Veilederen anbefaler, noe som også presiseres i Utviklingsplanen. Kapittelet er inndelt i ni tema, tilsvarende inndelingen i kapittel 2 og 6 i Utviklingsplanen. Dette gjør kapittelet oversiktlig, men samtidig er noe av informasjonen også beskrevet i kapittel 2 og medfører gjentakelse.

EKS har valgt å vurdere kapittel 4 etter Utviklingsplanens inndeling i ni temaer (delkapitler). For hvert delkapittel gjøres det en vurdering om delkapittelet dekker de områder som er beskrevet i Veilederen, som har veiledende inndeling i tre delkapitler.

Konklusjon: Kapittel 4 i Utviklingsplanen besvarer anbefalinger fra veiledende dokumenter på en tilfredsstillende måte. EKS har forbedringsforslag til delkapittel 4.1 og 4.2 i Utviklingsplanen.

5.4.1 Pasientens helsetjeneste

Observasjoner EKS

Delkapittelet er inndelt i ytterligere tre delkapitler:

- ▶ Kapittel «4.1.1. Samvalg» gir utfyllende informasjon til nåsituasjonen i kapittel 2. Det gis en beskrivelse av tiltak og strategi for å øke samvalg hos pasientene.
- ▶ Kapittel «4.1.2. Pasient- og pårørendetilfredshet og involvering» beskriver at helseforetaket ønsker å utarbeide et elektronisk system hvor pasienter på en enkel måte kan gi tilbakemelding. Brukerstyrte senger er også et tiltak SSHF ønsker å innføre.
- ▶ Kapittel «4.1.3 Pasient og pårørendeinformasjon og opplæring» fokuserer på at pasientene skal involveres i utvikling av verktøy for informasjon. I kapittel 2 påpekes det at det er problematisk når pasienter får forsinket informasjon etter innleggelse og polikliniske konsultasjoner, uten at dette svares ut i kapittel 4.

Konklusjon og anbefalinger

Delkapittelet henger godt sammen med delkapittel 2.1 i Utviklingsplanen, hvor nåsituasjonen blir beskrevet. Delkapittel 4.1 kunne med fordel ha hatt mer fokus på problemområder som ble synliggjort i delkapittel 2.1. Inndelingen i tre ytterligere delkapitler gir mye informasjon, som tidvis er overlappende og det kunne derfor ha vært beskrevet på en mer kortfattet måte.

Strategidokumentets krav til at pasienten skal være en likeverdig part i pasientbehandlingen, og at det skal legges til rette for at pasienten får den informasjonen som trengs for å delta i beslutninger vedrørende egen helse dekkes i dette delkapittelet, samt i delkapittel 2.1.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte. Det er noe overlappende informasjonen i de tre delkapitlene, og de kunne vært mer kortfattet for å unngå gjentakelse.

5.4.2 Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og HMS

Observasjoner EKS

Dette delkapittelet er inndelt i ytterligere fem delkapitler:

- ▶ Kapittel «4.2.1 *Befolkningsutvikling*» gir informasjon om framskrivninger ut fra analyser utarbeidet av Statistisk Sentralbyrå (SSB). Innholdet er oversiktlig og konsist.
- ▶ Kapittel «4.2.2 *Demografi, sykdomsutvikling og pasientstrømmer i Agder*» gir utfyllende informasjon om befolkningsutviklingen i regionen. Det trekkes frem økt forekomst av livsstilsrelaterte sykdommer, geriatrike tilstander, psykiatri og avhengighetsbehandling.
- ▶ Kapittel «4.2.3 *Aktivitetsframskrivning og kapasitetsberegning*» beskriver fremtidig kapasitetsbehov med en generell vekst i poliklinisk behandling og reduksjon i antall liggedøgn. Utfyllende framskrivninger innenfor hvert tjenesteområde følger.
- ▶ Kapittel «4.2.4 *Pasienttilbud*» er inndelt etter de utvalgte fagområdene hvor HSØ har gitt spesielle føringer. Innen psykisk helse og TSB legges det frem en regional samhandlingsmelding i mars 2018, og funn fra denne skal innarbeides i Utviklingsplanen. Innen rehabilitering og habilitering forventes det at fremtidig behandling i større grad blir utført i kommunen, og samarbeidsavtaler er under planlegging. Nye retningslinjer for utredning og oppfølging av barn skal implementeres i 2018, hvor Kristiansand skal ha et regionalt ansvar. Det beskrives standardiserte behandlingsforløp og senter for autismespekterforstyrrelser.
- ▶ Kapittel «4.2.5 *Kvalitet, pasientsikkerhet, HMS og risiko*» drøfter forbedringsarbeid, pakkeforløp og felles prosedyrer.

Konklusjon og anbefalinger

Delkapittel 4.2 dekker på en tilfredsstillende måte Veilederens kapittel 4.3, samt delvis Veilederens kapittel 4.2. Det er noe gjentakende informasjon i dette delkapittelet og i delkapittel 2.2 i Utviklingsplanen.

I tillegg dekker dette delkapittelet, sammen med delkapittel 2.2.4, Strategidokumentets krav til beskrivelse av rehabilitering, habilitering og prehospitaltjenester på en god måte. Innen feltene psykiatri og rus dekker ikke Utviklingsplanens høringsdokument anbefalingene fra Strategidokumentet. Dette er adressert til SSHF i statusmøter, og funn fra «Regional samhandlingsmelding for rus og psykisk helsefelt i Agder» skal innarbeides i Utviklingsplanen.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte. Det kan vurderes å korte ned delkapittel 4.2, da det enkelte steder er gjentakende informasjon fra delkapittel 2.2 i Utviklingsplanen.

5.4.3 Oppgavedeling og samhandling

Observasjoner EKS

Delkapittelet er inndelt i ytterligere to delkapitler:

- ▶ Kapittel «4.3.1 Funksjonsfordeling og samhandling – sykehus i team» beskriver at *Sykehus i team* er etablert ved helseforetaket, hvor funksjonsdelingen er bestemt. Det er et ønske om å utarbeide flere felles prosedyrer, og å danne fagråd på tvers av klinikkene. Telemedisin og videreutvikling av behandlingsforløp der flere spesialister er involvert er forslag til endringer.
- ▶ Kapittel «4.3.2 Samhandling med samarbeidsaktører» gir en beskrivelse av private avtalespesialister, endret samhandling mellom DPS og kommunehelsetjenesten, utskrivningsklare pasienter, kompetansedeling, samt primær og sekundær forebygging. Det beskrives at det er iverksatt tiltak for å utrede mulige arenaer for samhandling mellom primær og spesialisthelsetjenesten.

Konklusjon og anbefalinger

Delkapittel 4.3 i Utviklingsplanen dekker Veilederens føring til kapittel 4.2, herunder beskrivelse av endring i organisering og nye arbeidsformer, og endring i organisering av tjenestetilbudet. Dette delkapittelet dekker også Strategidokumentets krav til beskrivelse av forbedringstiltak ved utskrivning.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte.

5.4.4 Organisering og ledelse

Observasjoner EKS

Delkapittelet er inndelt i ytterligere tre delkapitler:

- ▶ Kapittel «4.4.1 Organisering» fremhever at det i fremtiden vil være færre liggedøgn, mer effektiv behandling, internettmøter og ambulering, tverrfaglige team. Videre beskrives det at det skal være fokus på dagbehandling fremfor døgnbehandling innen psykiatri.
- ▶ Kapittel «4.4.2 Ledelse» beskriver hvilke krav SSHF ønsker å stille sine ledere.
- ▶ Kapittel «4.4.3 Arbeidsmiljø» beskriver hvilken rolle ledere i helseforetaket har for å sikre et godt arbeidsmiljø.

Konklusjon og anbefalinger

Delkapittel 4.4 gir en beskrivelse av endring i organisering av tjenestetilbudet og nye arbeidsformer, slik anbefalt i Veilederens kapittel 4.2.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte.

5.4.5 Bemanning og kompetanse

Observasjoner EKS

Delkapittelet er inndelt i ytterligere tre delkapitler:

- ▶ Kapittel «4.5.1 Kompetanse»
- ▶ Kapittel «4.5.2 Rekruttering»
- ▶ Kapittel «4.5.3 Utdanning av helsepersonell og samarbeid med utdanningsinstitusjoner»

Delkapitlene beskriver sykehusets fremtidige behov for bemanning og utdanning av helsepersonell i nær fremtid. Overordnet vil det være et økt behov for sykepleiere, legespesialister, spesialsykepleiere og bioingeniører.

Konklusjon og anbefalinger

Delkapittelet dekker godt Veilederens kapittel 6.4 som gir føringer om å beskrive hvordan fremtidig aktivitet vil påvirke behovet for bemanning og kompetanse i helseforetaket.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte.

5.4.6 Forskning og innovasjon

Observasjoner EKS

Delkapittelet er inndelt i ytterligere to delkapitler:

- ▶ Kapittel «4.6.1 *Forskning*»
- ▶ Kapittel «4.6.2 *Innovasjon*»

Utviklingstrekk innen forskning og innovasjon beskrives i dette delkapittelet, og det fremheves at helseforetaket ønsker å fokusere på geriatri og migrasjonshelse, i tråd med satsningsområder som er beskrevet tidligere i Utviklingsplanen.

Konklusjon og anbefalinger

Det er ingen anbefalinger eller krav i Veilederen eller Strategidokumentet til at Utviklingsplanen skal inneholde dette delkapittelet. Det gir forøvrig et godt bilde av utviklingstrekkene innen forskning og innovasjon, og gir dermed god bakgrunnsinformasjon til beskrivelse av målbildet i delkapittel 6.6 i Utviklingsplanen.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte.

5.4.7 Økonomi

Observasjoner EKS

I dette delkapittelet synliggjøres det at helseforetakets økonomiske utvikling de neste årene vil bli svært krevende. Det trekkes frem at det må gjøres investeringer i både bygningsmasse og MTU.

Konklusjon og anbefalinger

Delkapittel 4.7 utfyller Utviklingsplanens kapittel 2 med beskrivelse av den forventede økonomiske utviklingen. Det er ingen anbefalinger eller krav i Veilederen eller Strategidokumentet til dette kapittelet, men dette delkapittelet er et godt underlag til videre beskrivelse av mål i Utviklingsplanens delkapittel 6.7.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte.

5.4.8 Teknologi og utstyr

Observasjoner EKS

Delkapittel 4.8 beskriver fremtidige endringsfaktorer innen teknologi og utstyr som vil ha stor påvirkning for pasientbehandlingen. Her nevnes felles tilgang til journalnotater, fjernmonitorering av pasienter, økt hjemmebehandling, oppgavedeling i henhold til samhandlingsreformen, oppgaveglidning, klinisk beslutningsstøtte og mini-invasive operasjonsteknikker.

Konklusjon og anbefalinger

Dette delkapittelet dekker godt Veilederens kapittel 4.2 og føringer om beskrivelse av organisering og nye arbeidsformer, samt ny teknologi.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte.

5.4.9 Bygg

Observasjoner EKS

Delkapittelet er inndelt i ytterligere fire delkapitler:

- ▶ Kapittel «4.9.1 *Utvikling av bygningsmassen*»
- ▶ Kapittel «4.9.2 *Nye areal for psykisk helse- psykiatri og avhengighetsbehandling*»
- ▶ Kapittel «4.9.3 *Oppgradering og utvidelse av bygningsmassen på Eg*»
- ▶ Kapittel «4.9.4 *Utvikling av andre bygg*»

Det gis en beskrivelse av hvilke utfordringer som forventes å komme tilknyttet helseforetakets bygningsmasse i nær fremtid, samt beskrivelse av fremtidige planer og muligheter.

Konklusjon og anbefalinger

Delkapittel 4.9 utfyller Utviklingsplanens kapittel 2.9 med beskrivelse av den forventede utviklingen til behov for sykehusbygg. Det er ingen anbefalinger eller krav i Veilederen eller Strategidokumentet til dette kapittelet, men dette delkapittelet er et godt underlag til videre beskrivelse av mål i Utviklingsplanens delkapittel 6.9.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte.

5.5 Analyse, veivalg og fremtidig driftsmodell

På et overordnet nivå vurderer EKS at kapittel 5 i Utviklingsplanen tilfredsstiller anbefalingene gitt i veiledende dokumenter.

Kapittel 5 i Utviklingsplanen er inndelt i seks delkapitler. Kapittelet innledes med en kort oppsummering av innholdet i de ulike delkapitlene: De første fire delkapitlene (5.1-5.4) oppsummerer analyser og vurderinger som ble gjort i 2013-2014 og som var del av grunnlaget for beslutningen i styret 5. februar 2015 om å videreføre struktur med tre sykehus i helseforetaket, og avklaring av akuttfunksjoner i Flekkefjord som følge av foretaksmøte 3. mai 2017. De to siste delkapitlene (5.5 og 5.6) gir en beskrivelse av videre utvikling av den valgte driftsmodellen.

Konklusjon: Kapittel 5 i Utviklingsplanen besvarer anbefalinger fra veiledende dokumenter på en tilfredsstillende måte. EKS har forbedringsforslag til delkapittel 5.6 i Utviklingsplanen.

5.5.1 Alternative veivalg og debatten om fremtidig sykehusstruktur

Observasjoner EKS

Delkapittelet beskriver prosessen for arbeidet med helseforetakets sykehusstruktur, samt at det gis en beskrivelse av de tre alternative modellene som ble vurdert i 2013-2014:

1. Videreutvikling av dagens sykehusstruktur
2. Ett stort akuttsykehus og to akuttsykehus
3. Ett stort akuttsykehus og to sykehus uten akuttfunksjoner

Videre beskrives de nasjonale føringene som helseforetaket må forholde seg til.

Konklusjon og anbefalinger

Delkapittelet dekker Veilederens anbefaling til innhold i Veilederens kapittel 5.1 om beskrivelse av de ulike alternativene til sykehusstruktur i helseforetaket.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte.

5.5.2 Kriterier for valg mellom alternativene

Observasjoner EKS

Delkapittelet synliggjør hovedkriteriene for valg av driftsmodell som ble vedtatt av styret ved SSHF høsten 2013: Faglig kvalitet, helhetlig pasientforløp, samfunn (samfunnsmessig bærekraft), tilgjengelighet for pasienter og økonomi.

Konklusjon og anbefalinger

Utviklingsplanens delkapittel 5.2 gir en fylldig og oversiktlig fremstilling av hvilke kriterier som ligger til grunn for valget mellom alternativene, som dekker anbefalingene fra Veilederens kapittel 5.3.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte.

5.5.3 Risiko og mulighetsanalyser

Observasjoner EKS

Delkapittelet beskriver gjennomførte eksterne analyser:

- ▶ Mulighets- og risikovurdering
- ▶ Helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse
- ▶ Samfunnsmessig konsekvensanalyse

Konklusjon og anbefalinger

Delkapittel 5.3 i Utviklingsplanen følger Veilederens anbefaling om å utføre risiko- og mulighetsanalyser. I den siste perioden av arbeidet med Utviklingsplanen har det vært et fokus på muligheter i den kommende tiden.

Se kapittel 4.2 i kvalitetssikringsrapporten for den eksterne kvalitetssikringen av gjennomført risiko- og mulighetsanalyse i forbindelse med utarbeidelse av Utviklingsplanen for SSHF.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte.

5.5.4 Spesielle vurderinger av endring i øyeblikkelig hjelp-tilbud

Observasjoner EKS

Dette delkapittelet beskriver kort at det ble vurdert å endre akuttfunksjonen i Flekkefjord, men at sykehusstrukturen med tre akuttsykehus ble opprettholdt.

Konklusjon og anbefalinger

Delkapittelet dekker Veilederens anbefalinger tilstrekkelig. Da det ikke foreslås endringer i akuttfunksjonen, fremstår det som hensiktsmessig at dette delkapittelet er relativt kort.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte.

5.5.5 Valgt hovedløsning

Observasjoner EKS

Delkapittelet beskriver den valgte løsningen for sykehusstruktur på Sørlandet i planperioden, som på et overordnet nivå innebærer tre somatiske sykehus i helseforetaket, med store akuttisykehus i Arendal og Kristiansand, og akuttisykehus i Flekkefjord, i henholdt til definisjoner i NHSP. Videre beskrives det at sykehusene skal jobbe i team, og det trekkes frem at virksomheten vil være i kontinuerlig endring.

Konklusjon og anbefalinger

Delkapittelet dekker Veilederens føring til innhold i kapittel 5.4, om at sykehusstruktur og overordnet oppgavedeling skal beskrives.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte.

5.5.6 Videre utvikling av struktur med tre sykehus

Observasjoner EKS

Delkapittelet er inndelt i ytterligere tre delkapitler:

- ▶ Kapittel «5.6.1 Psykisk helse og rusbehandling»
- ▶ Kapittel «5.6.2 Store akuttisykehus – Arendal og Kristiansand»
- ▶ Kapittel «5.6.3 Akuttisykehus – Flekkefjord!»

Utviklingsplanens delkapittel 5.6 beskriver hvordan høy egendekning ved sykehus i team skal gi pasientene et komplett tilbud i Agder. Videre gis det en utfyllende beskrivelse av hvilket tjenestetilbud som finnes ved hvert sykehus, hvor det er fokus på nåsituasjon med kommentarer om fremtidige utfordringer.

Konklusjon og anbefalinger

Dette delkapittelet gir en grundig beskrivelse av nåsituasjonen ved dagens tre sykehus i helseforetaket. Delkapittel 5.5 og 5.6 i Utviklingsplanen dekker føringer gitt i Veilederens kapittel 5.4. Ettersom valgt hovedløsning er uendret fra dagens sykehusstruktur blir dette utfyllende informasjon til kapittel 2.3.1 i Utviklingsplanen.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte. Det kan vurderes å flytte noe av beskrivelsen av nåsituasjonen fra dette delkapittelet til delkapittel 2.3.1 i Utviklingsplanen, slik at leseren får denne informasjonen noe tidligere.

5.6 Målbilde, tiltak og organisering for pasientens helsetjeneste

På et overordnet nivå vurderer EKS at kapittel 6 i Utviklingsplanen tilfredsstiller anbefalingene gitt i veiledende dokumenter.

Utviklingsplanen knytter utviklingsmålene (2035) til strategiske mål for perioden 2018-2020 for SSHF innen de ni temaene som er gjennomgående i Utviklingsplanen. Dette fremstår som en god måte å knytte sammen langsiktige og kortsiktige mål, og tilhørende tiltak for helseforetaket beskrives på et overordnet nivå.

I Utviklingsplanen er det beskrevet at de strategiske målene (2018-2020) er første steg for å oppnå utviklingsmålene (2035) for helseforetaket. Tiltak for oppnå målene skal så konkretiseres og sikres gjennom klinikkvise handlingsplaner, hvor klinikkene i helseforetaket fokuserer på de målene som er relevante for deres klinikk og drift. Detaljerte tiltak per klinikk er derfor ikke synliggjort i Utviklingsplanen, men dette fremstår som hensiktsmessig.

For hver målsetning oppsummeres også hovedmomenter fra kapittel 2 og 4 i Utviklingsplanen, slik at leseren kan lese kapittel 6 og samtidig forstå sammenhengen uten å ha lest de foregående kapitlene.

Konklusjon: Kapittel 6 i Utviklingsplanen besvarer anbefalinger fra veiledende dokumenter på en tilfredsstillende måte.

5.6.1 Pasientens helsetjeneste

Observasjoner EKS

Delkapittelet beskriver utviklingsmål og strategiske mål for samvalg, pasient- og pårørendefokus, samt for økt informasjon til pasienter og pårørende.

Konklusjon og anbefalinger

Delkapittelet dekker Veilederens anbefalinger om beskrivelse av mål og tiltak for bedre pasientforløp og brukertilfredshet.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte.

5.6.2 Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og HMS

Observasjoner EKS

Delkapittelet beskriver utviklingsmål og strategiske mål for kvalitetsindikatorer for pasientbehandling, pasientsikkerhetskultur, effektive pasientforløp med høy faglig kvalitet og systematisk prioritering av pasienttilbudene.

Konklusjon og anbefalinger

Anbefalingene fra Veilederen blir tilstrekkelig besvart både gjennom dette delkapittelet og i delkapittel 4.2.3. Delkapittelet dekker godt Veilederens føring om innhold i kapittel 6.2, med beskrivelse av mål for pasientsikkerhet, kvalitet og faglige prioriteringer. Veilederens kapittel 6.1 føring om beskrivelse av tiltak for bedre pasientforløp dekkes også i noen grad i dette delkapittelet. Beskrivelse av fremtidens aktivitet, kapasitet og pasientstrømmer ved helseforetaket er ikke utfyllende i dette delkapittelet, men dekkes godt i delkapittel 4.2.3 i Utviklingsplanen.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte.

5.6.3 Oppgavedeling og samhandling

Observasjoner EKS

Delkapittelet beskriver helseforetakets utviklingsmål gjennom «Sykehus i team», og samarbeid og oppgavedeling med eksterne aktører. Det beskrives videre hvordan disse målene skal nås gjennom samhandling mellom spesialisthelsetjenesten, fastlegene, kommunene og private

aktører. Pasientsikkerheten ved helseforetaket skal økes ved bedre rutiner for utskriving og informasjonsutveksling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Konklusjon og anbefalinger

Delkapittelet dekker på en tilfredsstillende måte anbefalingene fra Veilederens kapittel 6.3 om beskrivelse av tiltak for å nå målbildet for oppgavedeling og samhandling.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte.

5.6.4 Organisering og ledelse

Observasjoner EKS

Delkapittelet beskriver at SSHF har som mål å ha engasjerte og motiverende ledere som samarbeider godt, gjennomfører gode endringsprosesser og bidrar til et godt arbeidsmiljø.

Konklusjon og anbefalinger

Dette delkapittelet kommer som et tillegg til hva som er anbefalt i Veilederen. Det gir likevel en god flyt ved at man finner igjen dette tema i kapittel 2, 4 og 6 i Utviklingsplan.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte.

5.6.5 Bemanning og kompetanse

Observasjoner EKS

Delkapittelet beskriver helseforetakets mål om å ha et fagmiljø med høy kompetanse som brukes på rett sted, og i tillegg et samarbeid med utdanningsinstitusjoner og kommuner for å sikre riktig kompetanse i regionen.

Konklusjon og anbefalinger

Dette delkapittelet fokuserer på fremtidige mål innen bemanning og kompetanse, og hvordan disse skal nås. Behovet for bemanning, kompetanse, kompetanseoverføring og samhandling beskrives utfyllende i Utviklingsplanens kapittel 4.5. Disse to delkapitlene dekker dermed Veilederens anbefaling til beskrivelse innen bemanning og kompetanse.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte.

5.6.6 Forskning og innovasjon

Observasjoner EKS

Delkapittelet beskriver at helseforetaket ønsker å ha stor forskningsaktivitet, og at det er et mål for SSHF å være ledende på helseinnovasjon, og pådriver for samhandling, forskning og innovasjon.

Konklusjon og anbefalinger

Delkapittelet dekker Veilederens kapittel 6.5 med krav til beskrivelse av målbilde, organisering av driftsaktiviteter og tiltak innen forskning og innovasjon.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte.

5.6.7 Økonomi

Observasjoner EKS

Delkapittelet fremhever at SSHF ønsker å ha en bærekraftig økonomi med kontinuerlig forbedring av produktivitet og pasientlogistikk.

Konklusjon og anbefalinger

Delkapittelet dekker Veilederens krav til beskrivelse av målbilde, organisering av driftsaktiviteter og tiltak innen økonomi.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte.

5.6.8 Teknologi og utstyr

Observasjoner EKS

Delkapittelet beskriver at helseforetaket ønsker å ha MTU og IT-utstyr som øker pasientsikkerheten med god informasjonssikkerhet. Videre fremheves det at utstyr skal standardiseres i tråd med funksjonsfordeling.

Konklusjon og anbefalinger

Delkapittelet dekker Veilederens krav til beskrivelse av målbilde, organisering av driftsaktiviteter og tiltak innen teknologi og utstyr.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte.

5.6.9 Bygg

Observasjoner EKS

Delkapittelet fremhever at helseforetakets utviklingsmål omhandler at SSHF skal ha bygg som ivaretar virksomhetens behov, er brukervennlige, utnytter arealene og sikrer effektiv drift.

Konklusjon og anbefalinger

Delkapittelet dekker Veilederens krav til beskrivelse av målbilde, organisering av driftsaktiviteter og tiltak innen bygg.

Konklusjon: Anbefalinger fra veiledende dokumenter er besvart på en tilfredsstillende måte.

6 Vedlegg

6.1 Vedlegg 1 – Grunnlag for gjennomgangen

Følgende underlagsdokumenter er benyttet i det eksterne kvalitetssikringsoppdraget:

- ▶ «Utviklingsplan 2035 med Strategiplan 2018-2020» - Sørlandet sykehus HF, Høringsdokument, 01.12.2017
- ▶ «Veileder for arbeidet med utviklingsplaner», Helse Sør-Øst RHF
- ▶ «Utviklingsplaner for helseforetakene – Strategier, planer og regionale føringer», Helse Sør-Øst RHF
- ▶ «Kvalitetssikring av utviklingsplaner»
- ▶ «Risiko- og mulighetsstudie – SSHF – Revidert utviklingsplan 2035», PwC

Intervjuer gjennomført i perioden 5.-9. mars 2018:

- ▶ Kari Marie Løvland, Klinikktillitsvalgt (NSF) Flekkefjord
- ▶ Bente Liv Hagen, Klinikktillitsvalgt (NSF) Arendal
- ▶ Arve Vesterfjell, Klinikktillitsvalgt (NSF) Kristiansand
- ▶ Janne B. Brunborg, Kristiansand kommune
- ▶ Harry Svendsen, Samhandlingskoordinator Østre-Agder
- ▶ Marie Solvik, Samhandlingskoordinator Listerregionen
- ▶ Elin Lien, Leder Brukerutvalget SSHF
- ▶ Hans T. Thomassen, Foretakstillitsvalgt SSHF og Ansattrepresentant i styret SSHF

Gjennomføre statusmøter med prosjektledelsen for Utviklingsplan 2035:

- ▶ Oppstartsmøte 26.01.2018
- ▶ Statusmøte 15.02.2018
- ▶ Statusmøte 19.02.2018
- ▶ Statusmøte 26.02.2018
- ▶ Statusmøte 08.03.2018
- ▶ Statusmøte 19.03.2018

6.2 Vedlegg 2 – Kvalitetssikringstabell 1

Kvalitetssikringstabell 1 oppsummerer hvilket kapittel i Utviklingsplanen som besvarer anbefalt innhold i «Veileder for arbeidet med utviklingsplaner».

«Veileder for arbeidet med utviklingsplaner»	Fyller krav i veilederen	Kapittel
1. Bakgrunn og historikk	Ja	Kapittel 1
1.1 Historikk for helseforetaket	Ja	Kapittel 1.1 og 1.3
1.2 Gjennomføring av prosjektet	Ja	Kapittel 1.3
2. Nåsituasjon	Ja	Kapittel 2
2.1 Pasientens helsetjeneste	Ja	Kapittel 2.1
2.2 Pasientbehandling	Ja	Kapittel 2.1. og 2.2
2.3 Oppgavedeling og samhandling	Ja	Kapittel 2.1. og 2.3
2.4 Organisering og ledelse	Ja	Kapittel 2.4
2.5 Bemanning og kompetanse	Ja	Kapittel 2.5
2.6 Forskning og innovasjon	Ja	Kapittel 2.6
2.7 Økonomi	Ja	Kapittel 2.7
2.8 Teknologi og utstyr	Ja	Kapittel 2.8
2.9 Dagens bygg	Ja	Kapittel 2.8
3. Overordnede strategier og føringer	Ja	Kapittel 3
4. Utviklingstrekk	Ja	Kapittel 2 og 4
4.1 Demografi og sykdomsutvikling	Ja	Kapittel 4.2.1, 4.2.2 og 2.2
4.2 Endringsfaktorer	Ja	Kapittel 2.2.5, 4.1.1, 4.2.3, 4.2.4, 4.2.5, 4.3.1, 4.3.2
4.3 Kapasitetsberegning	Ja	Kapittel 4.2.3
5. Analyse og veivalg	Ja	Kapittel 5
5.1 Alternative veivalg for helseforetaket	Ja	Kapittel 5.1
5.2 Risiko og mulighetsanalyser	Ja	Kapittel 5.3
5.2.1 Spesielle vurderinger	Ja	Kapittel 5.4
5.3 Kriterier for valg mellom alternativene	Ja	Kapittel 5.2
5.4 Valgt hovedløsning	Ja	Kapittel 5.6
6. Målbilde, tiltak og organisering	Ja	Kapittel 4 og 6
6.1 Pasientens helsetjeneste	Ja	Kapittel 6.1
6.2 Pasientbehandling	Ja	Kapittel 4.2.3, 6.1, 6.2,
6.3 Oppgavedeling og samhandling	Ja	Kapittel 6.3
6.4 Bemanning og kompetanse	Ja	Kapittel 4.5 og 6.5
6.5 Forskning og innovasjon	Ja	Kapittel 4.6 og 6.6
6.6 Økonomi	Ja	Kapittel 6.7
6.7 Teknologi og utstyr	Ja	Kapittel 6.8
6.8 Bygg	Ja	Kapittel 4.9 og 6.9

6.3 Vedlegg 3 – Kvalitetssikringstabell 2

Kvalitetssikringstabell 2 oppsummerer hvilket kapittel i Utviklingsplanen som besvarer anbefalt innhold i «Utviklingsplaner for helseforetakene – Strategier, planer og regionale føringer».

«Utviklingsplaner for helseforetakene – Strategier, planer og regionale føringer»	Fyller krav i Strategidokumentet	Kapittel
Krav til pasientmedvirkning	Ja	Kapittel 4.1.1, 4.1.2, 4.1.3
Beskrivelse av nye arbeidsformer	Ja	Kapittel 4.3.1
PasOpp undersøkelsen	Ja	Kapittel 2.1.2
Forbedringsarbeid ved utskrivelse	Ja	Kapittel 4.3.2
Tilrettelegging av samhandling	Ja	Kapittel 4.1.2
Brukermedvirkning innen psykisk helse	Funn fra rapporten «Regional samhandlingsmelding for rus og psykisk helsefelt i Agder» skal innarbeides i Utviklingsplanen	
Pakkeforløp innen psykisk helse		
Forbedringsarbeid innen psykisk helse		
Plan for kvalitetssikring av behandlingseffekt		
Beskrive utvikling av basistjenester i TSB		
Beskrive etablerte samarbeidsstrukturer i TSB		
Beskrive tilbudet for døgnbasert rehabilitering	Ja	Kapittel 2.2.4
Rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt	Ja	Kapittel 2.2.4, 4.2.4
Struktur for samhandling innen rehabilitering	Ja	Kapittel 2.2.4, 4.2.4
Samarbeidsavtaler for habilitering	Ja	Kapittel 4.2.4.
Handlingsplan for habilitering for barn med ASF	Ja	Kapittel 4.2.4
Pasientforløp for utviklingshemmede	Ja	Kapittel 4.2.4
Nettverksstruktur for hjerneslagbehandling	Ja	Kapittel 2.2.4
Funksjonsdeling av kreftekirurgi	Ja	Kapittel 2.2.4 og 4.2.4
Nåsituasjon prehospitaltjenester	Ja	Kapittel 2.2.4 og 4.2.4

EY | Assurance | Tax | Transactions | Advisory

Om EY

EY er en ledende global aktør innen revisjon, skatt og avgift, transaksjoner og rådgivning. Gjennom kontinuerlig fokus på kvalitet bygger vi tillit i kapitalmarkedene og i økonomier over hele verden. Gjennom å utvikle gode ledere som forplikter seg til å levere det vi lover bidrar vi til å bygge et bedre arbeidsliv for våre ansatte, kunder og lokalsamfunn.

Ernst & Young AS inngår i det globale nettverket til Ernst & Young, og kan referere til en eller flere av medlemmene av Ernst & Young Global Limited, der hvert medlem er en egen juridisk enhet. Ernst og Young Global Limited er et britisk selskap med begrenset ansvar og leverer ingen tjenester til kunder.

For mer informasjon, se www.ey.com/no

© 2018 Ernst & Young AS
All Rights Reserved

