

---

# ***ROS-analyse*** **SSHF** **Utviklingsplan** **2030**

*Rapport til SSHF og  
kommunene i Aust- og  
Vest-Agder*

*15. September 2014*

# Innhold

Innhold.....	2
Sammendrag.....	5
Risiko og sårbarhet.....	5
Usikkerhet og gjennomføringsrisiko .....	8
<b>1 Introduksjon.....</b>	<b>10</b>
1.1 Bakgrunn og problemstilling.....	10
1.2 Overordnet tilnærming .....	11
1.2.1 Prinsipielle strukturvalg .....	12
1.2.2 Alternative driftsmodeller .....	13
<b>2 Prosess og metode.....</b>	<b>14</b>
2.1 Analysemodell .....	14
2.2 Analyseområder .....	14
2.3 Metodisk tilnærming.....	16
2.4 Gjennomføring .....	16
2.4.1 Organisering av prosjektet .....	16
2.4.2 Aktiviteter i prosjektet .....	17
<b>3 Risiko og sårbarhet .....</b>	<b>19</b>
3.1 Innledning .....	19
3.2 Faglig kvalitet .....	20
3.2.1 Beskrivelse av risikoområdet.....	20
3.2.2 Risiko og sårbarhet knyttet til de tre driftsmodellene .....	20
3.2.3 Risiko og sårbarhet knyttet til de prinsipielle strukturvalgene .....	22
3.2.4 Oppsummering faglig kvalitet .....	23
3.3 Helhetlige pasientforløp .....	24
3.3.1 Beskrivelse av risikoområdet.....	24
3.3.2 Risiko og sårbarhet knyttet til de tre driftsmodellene .....	24
3.3.3 Risiko og sårbarhet knyttet til de prinsipielle strukturvalgene .....	26
3.3.4 Oppsummering helhetlige pasientforløp .....	26
3.4 Tilgjengelighet .....	27
3.4.1 Beskrivelse av risikoområdet.....	27
3.4.2 Risiko og sårbarhet knyttet til de tre driftsmodellene .....	27
3.4.3 Risiko og sårbarhet knyttet til de prinsipielle strukturvalgene .....	28
3.4.4 Oppsummering tilgjengelighet.....	28

3.5 Økonomi .....	29
3.5.1 Beskrivelse av risikoområdet.....	29
3.5.2 Risiko og sårbarhet knyttet til de tre driftsmodellene .....	29
3.5.3 Risiko og sårbarhet knyttet til de prinsipielle strukturvalgene .....	29
3.5.4 Oppsummering økonomi.....	30
4 Usikkerhet og gjennomføringsrisiko.....	31
4.1 Beskrivelse av usikkerhet og gjennomføringsrisiko .....	31
4.2 Forutsetningene Utviklingsplan 2030 bygger på .....	31
4.2.1 Befolkningsprognoser .....	31
4.2.2 Infrastruktur.....	32
4.2.3 Økonomi .....	32
4.2.4 Regionale helsesenter (RHS).....	34
4.2.5 Kapasitet/behovsframskrivninger .....	34
4.2.6 Epidemiologi .....	35
4.2.7 Teknologi .....	35
4.2.8 Kulturelle aspekter .....	36
4.3 Tilgrensende prosesser på nasjonalt nivå .....	37
4.3.1 Samhandlingsreformen .....	37
4.3.2 Kommunereform.....	37
4.3.3 Ny helse- og sykehusplan .....	37
4.3.4 Ny primærhelsemelding .....	38
4.3.5 Ny omsorgsplan .....	38
4.3.6 Ny folkehelsemelding.....	38
4.3.7 Ny spesialitetsstruktur og nytt innhold i spesialistutdanning av leger .....	38
5 Oppsummering og samlet risikovurdering.....	40
6 Litteraturliste.....	44
Vedlegg .....	49
Forbehold .....	55

# Forord

*PricewaterhouseCoopers (PwC) har på oppdrag fra Sørlandet sykehus HF og alle kommuner i Aust- og Vest-Agder utført en risiko- og sårbarhetsanalyse av Utviklingsplan 2030. Oppdraget ble gjennomført i perioden 13. juni til 15. september 2014.*

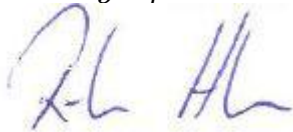
*Arbeidet har vært utført av et kjerneteam bestående av Hege Gabrielsen, André Arntsen Fjelltveit, Mats Ruge Holte og Knut Arne Askeland med sistnevnte som prosjektleder. Teamet har ved behov blitt supplert med ekspertressursene Celie Løvslett (ROS-ekspert) og Helga Lunde (lege). Ansvarlig partner for oppdraget har vært Reidar Henriksen.*

*I perioden arbeidet har vært gjennomført, har PwC parallelt gjennomført en samfunnsmessig konsekvensanalyse av Utviklingsplan 2030. Prosjektteamene har dels vært overlappende og mye av datainnsamlingen, herunder intervjuene, er gjort samlet for de to prosjektene.*

*Underveis i prosjektet har vi hatt god og hyppig kontakt med arbeidsgruppen bestående av Per W. Torgersen, Janne B. Brunborg, Kjell Rune Olsen, Ottar T. Christiansen, Hans Kristian Solberg og Per Engstrand. Vi vil takke oppdragsgiverne og arbeidsgruppens medlemmer for et spennende oppdrag og god samhandling underveis i prosjektet.*

*Til slutt vil vi også rette en takk til alle involverte som på tross av ferieavvikling og en travel hverdag velvillig har stilt opp i intervjuer og bidratt med andre data.*

*PwC 15. september 2014*



*Reidar Henriksen  
Ansvarlig partner*



*Knut Arne Askeland  
Prosjektleder*

# Sammendrag

Formålet med denne ROS-analysen er å gi en representativ og beslutningsrelevant fremstilling av risiko og sårbarhet forbundet med strukturvalg og alternative driftsmodeller som skisseres i Utviklingsplan 2030.

Tre hovedmodeller for framtidig sykehusstruktur/driftsmodell er beskrevet:

1. Videreføring av dagens struktur med tre somatiske sykehus
2. Ett hovedsykehus og et eller flere mindre sykehus
3. Ett sykehus

Helt sentralt i vår tilnærming til dette prosjekt har vært å sikre en bred involvering av aktører som berøres av sykehusets strategiske veivalg. Derfor har vi valgt å bruke forholdsvis mye av ressursene og tiden i dette prosjektet på å lytte til berørte interessenter og få deres syn på sentrale risikoer og sårbarheter knyttet til Utviklingsplan 2030. Over 150 personer fra kommuner, SSHF og andre relevante samfunnsaktører har vært intervjuet i forbindelse med prosjektet. Dette har vært viktig av to grunner: 1) for å få opp et mest mulig komplett risiko- og sårbarhetsbilde, men også 2) for å forankre arbeidet utenfor sykehuset. Denne prosessen mener vi har verdi, ikke bare for denne rapporten isolert sett, men vel så mye for det videre arbeidet med Utviklingsplan 2030 og samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten når utfordringene på helseområdet skal adresseres i årene fremover.

ROS-analysen skal ha en kvalitativ tilnærming, og være basert på standarden NS 5814:2008.

I tilnærmingen til dette oppdraget har det vært vesentlig å skille det som ligger innenfor SSHFs strategiske handlingsrom, fra elementer som sykehuset ikke har mulighet til å påvirke gjennom Utviklingsplan 2030. I arbeidet med prosjektet har vi hatt fokus på å tydeliggjøre dette skillet, både i dialogen med interessentene og i denne rapporten.

De tre alternative driftsmodellene er åpenbart innenfor dette handlingsrommet. Vi har også analysert risiko og sårbarhet ved det vi benevner som *prinsipielle strukturvalg* og som handler om strategiske veivalg sykehuset tar i Utviklingsplanen, uavhengig av de tre driftsmodellene. Overordnet handler dette om en omlegging i spesialisthelsetjenesten fra døgnbehandling til mer dagbasert og poliklinisk behandling og ambulant virksomhet, samt noe oppgaveoverføring. I tillegg har vi identifisert usikkerhet knyttet til sentrale forutsetninger eller eksterne rammebetingelser som kan endre vurderingene av risiko og sårbarhet eller gjennomførbarheten til de ulike modellene og prinsipielle strukturvalgene.

## Risiko og sårbarhet

Følgende struktur er benyttet for å belyse og drøfte aktuelle risikoer og sårbarheter knyttet til driftsmodeller og prinsipielle strukturvalg som skisseres i Utviklingsplan 2030:

Risikoombråder	Alternative driftsmodeller og prinsipielle strukturvalg			
	Driftsmodell 1	Driftsmodell 2	Driftsmodell 3	Prinsipielle strukturvalg
Faglig kvalitet				
Helhetlige pasientforløp				
Tilgjengelighet				
Økonomi				

For både de tre driftsmodellene og sentrale prinsipielle strukturvalg har vi vurdert risikoer og sårbarheter innenfor disse fire risikoområdene.

## Risiko og sårbarhet ved alternative driftsmodeller

### Faglig kvalitet

Basert på en samlet vurdering av innsamlede data vurderes modell 1 og 2 å gi høyest risiko innenfor området faglig kvalitet. Det synes å være relativt små forskjeller mellom modell 1 og modell 2.

Mht. rekruttering er bildet imidlertid komplekst. Modell 1 og 2 er har størst sårbarhet i et langsiktig perspektiv, mens modell 3 har betydelig sårbarhet på denne dimensjonen i perioden fra beslutning og fram til driftsmodellen er realisert.

Sentrale sårbarheter knyttet til faglig kvalitet er oppsummert i figuren under.

**Tabell 1 Sentrale sårbarheter knyttet til faglig kvalitet**

Driftsmodeller	Risiko og sårbarhet
Driftsmodell 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rekruttering - vanskeligere å tiltrekke seg spesialisert kompetanse</li> <li>• Utarming av fagmiljø og medisinsk-teknisk utstyr</li> <li>• Økt sårbarhet ved komplekse sykdommer/tilstander pga. svakere spesialisering</li> <li>• Sårbarhet knyttet til kvalitet pga. lavt volum på enkelte tjenester – særskilt akuttfunksjoner</li> <li>• Redusert tilgang på generelle kirurger - bemanningsutfordringer på mindre sykehus</li> <li>• Sårbarhet knyttet til enhetlig og forutsigbar kvalitet på tjenestetilbudet</li> <li>• Sårbar struktur mht. ledelse og enhetlig organisasjonskultur</li> </ul>
Driftsmodell 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mange av de samme sårbarhetene som for modell 1</li> <li>• Uforutsigbarhet mht. hvilket tilbud som gis ved småsykehusene</li> </ul>
Driftsmodell 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rekruttering til RHS/ambulante tjenester</li> <li>• Rekruttering og faglig kvalitet i overgangsfasen (fra beslutning til nytt sykehus er ferdig)</li> <li>• Redusert fleksibilitet i krisesituasjoner ved én vs tre lokasjoner</li> </ul>

### Helhetlige pasientforløp

Modell 1 og 2 har høyest sårbarhet knyttet til intern samhandling og tilbuds differensiering

For dimensjonen "samhandling mellom SSHF og kommunene/fastlegene" har modell 1 og 2 sårbarhet på grunn av svært kompleks samhandlingsstruktur med høyt antall relasjoner. I modell 3 er den viktigste sårbarheten på denne dimensjonen knyttet til avvikling av eksisterende velfungerende relasjoner, samt økt opplevd avstand mellom sykehuset og en del av kommunene.

Sentrale sårbarheter knyttet til helhetlige pasientforløp er oppsummert i figuren under.

**Tabell 2 Sentrale sårbarheter knyttet til helhetlige pasientforløp**

Driftsmodeller	Risiko og sårbarhet
Driftsmodell 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasienter kan oppleve å få ulik behandling ved forskjellige sykehus</li> <li>• Stort omfang av overføring mellom ulike geografiske lokasjoner</li> <li>• Fragmentert tilbud med differensiering gjennom døgnet, uken og året</li> <li>• Større sårbarhet for brudd i komplekse pasientforløp</li> <li>• Mange samhandlingsrelasjoner (3 sykehus og 30 kommuner)</li> </ul>
Driftsmodell 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mange av de samme sårbarhetene som for modell 1</li> <li>• Økt sårbarhet for brudd i pasientforløp ved akutte tilstander pga. mindre forutsigbar akuttberedskap</li> </ul>
Driftsmodell 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Større "avstand" til kommunal tjeneste og lavere kjennskap til pasientpopulasjonen</li> <li>• Sårbarhet knyttet til intern samhandling pga. økt spesialisering og "silotenkning"</li> <li>• Brudd på eksisterende relasjoner mellom sykehus og kommuner</li> <li>• Utfordrende å sikre at pasienter får lik behandling ved forskjellige RHS-er</li> </ul>

### Tilgjengelighet

Modell 1 og 2 innebærer høyest risiko for at enkelte høyspesialiserte tjenester sentraliseres/flyttes til større sykehus utenfor Agder

Modell 3 størst sårbarhet er avstand til akuttfunksjoner mens modell 1 har minst sårbarhet på denne dimensjonen.

Avstand/transport-belastning ved planlagt behandling avhenger sterkt av innhold i og plassering av RHS. Det er derfor ikke grunnlag for å vurdere modellene opp mot hverandre.

Sentrale sårbarheter knyttet til tilgjengelighet er oppsummert i figuren under.

**Tabell 3 Sentrale sårbarheter knyttet til tilgjengelighet**

Driftsmodeller	Risiko og sårbarhet
Driftsmodell 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sårbarhet for at spesialiserte tjenester ikke tilbys ved SSHF</li> <li>Pasienter risikerer å havne på nærmeste sykehus, hvor nødvendig kompetansen ikke trenger å være tilgjengelig</li> </ul>
Driftsmodell 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>De samme sårbarhetene som for modell 1, men i noe svakere grad</li> <li>Lenger avstand til akuttfunksjoner</li> <li>Sårbarhet knyttet til transporttid i akuttsituasjoner</li> <li>Sårbarhet knyttet til transportkapasitet i akuttsituasjoner</li> <li>Økt sårbarhet ved ekstremvær – spesielt i akuttsituasjoner</li> </ul>
Driftsmodell 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Økt sårbarhet ifm. avstand til akuttfunksjoner og beredskap, herunder i krisesituasjoner</li> <li>Mulige utfordringer med å rekruttere spesialkompetanse til desentraliserte tjenester langt fra sykehus</li> <li>Pårørende vil kunne få lange reiseveier</li> <li>Sårbarhet knyttet til økt transportbelastning for eldre og pasienter med kroniske lidelser</li> </ul>

### Økonomi

Valg av driftsmodell har små konsekvenser for kommunal økonomi, hovedsakelig fordi oppgavefordelingen mellom helseforetaket og kommunene forutsettes likt i alle modellene.

Rasjonell drift og reduserte kostnader (modell 3) kan øke foretakets evne til å prioritere forebygging, veiledning og ambulante tjenester.

Sentrale sårbarheter knyttet til økonomi er oppsummert i figuren under.

**Tabell 4 Sentrale sårbarheter knyttet til økonomi**

Driftsmodeller	Risiko og sårbarhet
Driftsmodell 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dublering/tredobling av tjenester og utstyr kan gi lite rasjonell drift</li> <li>Sårbarhet for forebygging, veiledning og ambulante tjenester</li> <li>Sårbarhet for økte kostnader til administrative funksjoner</li> </ul>
Driftsmodell 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>De samme sårbarhetene som for modell 1, men i noe svakere grad</li> </ul>
Driftsmodell 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kostnader knyttet til økt lokal beredskap (kommunal beredskapsplikt)</li> <li>Økte kostnader til transport av pasienter og behandlere</li> </ul>

## Risiko og sårbarhet ved prinsipielle strukturvalg

### Faglig kvalitet

De prinsipielle strukturvalgene vil kunne utfordre de kommunale tjenestenes kapasitet og kompetanse i noen grad – kanskje særlig innenfor psykisk helsevern og rus. Dette kan innebære risiko for redusert faglig kvalitet på tilbudet til pasientene.

### Helhetlig pasientforløp

Mulige konsekvenser av oppgaveoverføring og omlegging av ressursbruk kan øke sårbarheten knyttet til de kommunale tjenestene, pasientenes nettverk/lokalmiljø og kommunikasjonen mellom tjenesteaktørene. Disse sårbarhetene vil kunne øke risikoen for brudd i pasientforløpene.

### Tilgjengelighet

Sentralisering og reduksjon av døgntilbud kan redusere tilgjengeligheten til akuttfunksjoner innen psykisk helsevern og rus.

### Økonomi

Overføring av 24 000 liggedøgn fra helseforetaket til kommunen vil innebære en kostnad på ca. 40-100 MNOK. Overføring av 100 000 polikliniske konsultasjoner vil ha små konsekvenser for kommunal økonomi. Det er uklart hvilke økonomiske konsekvenser for kommunene som følger omleggingen av ressursbruken innen psykisk helsevern og rus.

## Usikkerhet og gjennomføringsrisiko

Det faktum at Utviklingsplanen 2030 beskriver et scenario langt inn i fremtiden gjør det utfordrende å vurdere risiko og sårbarhet knyttet til de modellene og prinsipielle strukturvalgene som skisseres. Det vil nødvendigvis være betydelig usikkerhet involvert, både knyttet til forutsetningene som utviklingsplanen bygger på og til eksterne faktorer som i større og mindre grad kan endre risiko og sårbarhet som er identifisert og diskutert. Disse usikkerhetsmomentene kan både utgjøre risiko og sårbarhet i seg selv, og de kan innebære risiko knyttet til gjennomførbarheten av de ulike modellene og strukturvalgene.

Usikkerhet knyttet til forutsetningene kan handle om faktafeil, faglig uenighet, manglende dokumentasjon, manglende realisme, uklare beskrivelser eller inkonsistens. Eksterne faktorer kan handle om nasjonale rammebetingelser som samhandlingsreformen eller kommunereformen, finansieringsordninger i helsevesenet eller infrastruktur og teknologisk utvikling innen helsesektoren.

Under gjengis de viktigste usikkerhetene:

- **Ressurssituasjonen i kommunene** (økonomisk og kompetansemessig). En forutsetning for at Utviklingsplanen skal kunne la seg realisere er at kommunene er i stand til å påta seg oppgaver sykehuset til nå har hatt. Dersom kommunene får de nødvendige økonomiske rammer for å utføre disse oppgavene innebærer det en stor gjennomføringsrisiko for omleggingen som skisseres i utviklingsplanen. Mange, og spesielt mindre kommuner har i dag store utfordringer når det gjelder rekruttering. Omfattende interkommunalt samarbeid eller kommunereform må til for å gjøre kommunene i stand til å fylle sin tiltenkte rolle.
- **Samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjeneste** er en kritisk suksessfaktor. RHSene er tiltenkt en sentral rolle. Prosessene frem mot etableringen av disse er av avgjørende betydning. Samtidighet i prosessene er et nøkkelord (sykehuset bygger ned, mens kommunene bygger opp).
- **Kapasitet og kompetansebehovet i primærhelsetjenesten** generelt er økende (gitt demografisk utvikling, samhandlingsreform mm) samtidig som mange kommuner i dag har rekrutteringsutfordringer. På den annen side kan behovet for arbeidskraft i kommunene dempe de negative konsekvensene ved en eventuell nedleggelse av lokalsykehus.



- **Det stilles spørsmål ved det faglige grunnlaget for omleggingen innen psykiatrien.** Familie og pårørende får en merbelastning ved hjemmebehandling. Dette kombinert med at utviklingsplanen ikke er tydelige på hvilke pasientgrupper kommunene skal håndtere skaper usikkerhet i kommunene. Kombinasjonen rus/psykiatri er allerede i dag krevende for kommunene.
- **Infrastruktur**  
Det er usikkerhet knyttet til hvor mye av E39 som vil være utbygd i 2030. Utviklingsplanen forutsetter en reisetid på 1 t 30 min Kristiansand-Flekkefjord. Dette er et konservativt anslag. Vi mener det er større sannsynlighet for kortere reisetid enn lengre reisetid i fremtiden.
- **Teknologi** vil trolig ha meget stor betydning for tilgjengelighet og kvalitet i fremtidens spesialisthelsetjeneste. Fysisk avstand kan få mindre betydning i fremtiden. På den annen side kan ny teknologi gi nye behandlingsmuligheter og dermed økt etterspørsel med tilhørende kostnader.

# 1 Introduksjon

## 1.1 Bakgrunn og problemstilling

Utviklingsplan 2030, som nå er på høring, omfatter virksomheten og bygningsmassen til Sørlandet sykehus (SSHF). Prosjektet omfatter en planperiode frem til 2030 og i tillegg en scenarioperiode frem mot 2050. Utviklingsplan 2030 skal være Sørlandet sykehus' helhetlige og langsiktige plan for utvikling av virksomheten. Planen beskriver både tjenestetilbud, driftsmodell, organisasjon og infrastruktur. Utviklingsplan 2030 skal være overordnet og peke ut retningen sykehuset skal bevege seg i de kommende årene.

I arbeidet med å lage en utviklingsplan har man først beskrevet dagens situasjon for deretter å fremskrive hvordan man tror pasientforløp, befolkningen, infrastruktur og teknologi ser ut i landsdelen i 2030.

Tre hovedmodeller for framtidig sykehusstruktur/driftsmodell er beskrevet:

1. Videreføring av dagens struktur med tre somatiske sykehus
2. Ett hovedsykehus og et eller flere mindre sykehus
3. Ett sykehus

I alle modellene kombineres sykehus med regionale helsesenter (RHS).

Styret for SSHF har vedtatt følgende fem kriterier til bruk ved vurdering av alternative framtidige driftsmodeller: faglig kvalitet; helhetlige pasientforløp; samfunnsmessig bærekraft; tilgjengelighet og økonomi.

Som en del av planarbeidet med Utviklingsplan 2030 har kommunene i Agder og SSHF gått sammen om å få gjennomført en Risiko- og sårbarhetsanalyse. I dette arbeidet ønsker man å få belyst risiko og sårbarhet ved de skisserte alternativene i Utviklingsplan 2030 hvor både sykehus-, kommunehelsetjeneste-, samfunns- og brukerperspektivet kommer tydelig fram. I arbeidet har det vært et vesentlig poeng å inkludere og lytte til berørte aktører for å supplere det eksisterende beslutningsunderlaget for den videre organiseringen og lokaliseringen av en vesentlig del av helsetjenesten på Sørlandet.

Parallelt med dette prosjektet pågår en Samfunnsmessig konsekvensanalyse som i likhet med ROS-analysen er bestilt av kommunene i Agder og SSHF. Dette prosjektet vil belyse de samfunnsmessige konsekvensene av Utviklingsplan 2030 for Agder som helhet, kommunesamarbeidene/bo- og arbeidsmarkedsregionene på Agder og for kommunene som i dag har sykehus. Den samfunnsmessige konsekvensanalysen vil ferdigstilles og publiseres samtidig som ROS-analysen og en endelig rapport om økonomiske vurderinger.

Høringsfristen utløper 15. november og høringsinnspillene vil sammen med de tre nevnte rapportene være viktige bidrag inn SSHFs arbeid med den endelige og reviderte Utviklingsplanen som fremlegges for styret på nyåret. I den endelige Utviklingsplanen vil SSHF, blant annet i lys av ny kunnskap ervervet gjennom nevnte prosjekter og høring, vurdere alle fem kriteriene før det konkluderes på hvordan planen skal tas videre, samt konkludere med hvilken driftsmodell som faller best ut når alle kriterier er hensyntatt.

Både for kommunene og Sørlandet sykehus er det kritisk med et konstruktivt samarbeid i det videre arbeidet med Utviklingsplan 2030. Derfor mener vi det er av stor betydning å etablere et mest mulig fullstendig bilde av risiko og sårbarhet knyttet til utviklingsplanen, inkludert usikkerhet knyttet til dette. Dette kan gi grunnlag for at utviklingsplanen ikke bare anses som sykehusets plan, men også oppfattes relevant for landsdelen og kommunene.

Vi har også en ambisjon om at arbeidet som legges ned i dette prosjektet også vil kunne gi et viktig bidrag i kommunenes eget helseplanarbeid og den videre samhandlingen mellom kommunene og staten på helseområdet. Selv om dette prosjekt ikke skal vurdere kommunenes organisering og tilbud til innbyggerne, mener vi at et overordnet mål må være at arbeidet bidrar til å legge til rette for best mulige helhetlige helsetjenester for befolkningen på Sørlandet, uavhengig av forvaltningsnivå.

## 1.2 Overordnet tilnærming

ROS-analysen skal ha som formål å gi en representativ og beslutningsrelevant fremstilling av risiko og sårbarhet forbundet med de alternative driftsmodellene som skisseres i høringsrapport med vedlegg for Utviklingsplan 2030.

Helt sentralt i vår tilnærming til dette prosjekt har vært å sikre en bred involvering av aktører som berøres av sykehusets strategiske veivalg. Derfor har vi valgt å bruke forholdsvis mye av ressursene og tiden i dette prosjektet på å lytte til berørte interessenter og få deres syn på sentrale risikoer og sårbarheter knyttet til Utviklingsplan 2030. Dette har vært viktig av to grunner: 1) for å få opp et mest mulig komplett konsekvensbilde, men også 2) for å forankre arbeidet utenfor sykehuset. Denne prosessen mener vi har verdi, ikke bare for denne rapporten isolert sett, men vel så mye for det videre arbeidet med Utviklingsplan 2030 og samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten når utfordringene på helseområdet skal adresseres i årene fremover.

ROS-analysen skal ha en kvalitativ tilnærming, og være basert på standarden NS 5814:2008.

I tilnærmingen til dette oppdraget har det vært vesentlig å skille det som ligger innenfor SSHFs strategiske handlingsrom, fra elementer som sykehuset ikke har mulighet til å påvirke gjennom Utviklingsplan 2030. I arbeidet med prosjektet har vi hatt fokus på å tydeliggjøre dette skillet, både i dialogen med interessentene og i denne rapporten.

De tre alternative driftsmodellene er åpenbart innenfor dette handlingsrommet, og vurdering av de fem kriteriene for hver av de tre driftsmodellene har en sentral plass i høringsdokumentet.

I tillegg til dette vil vi vurdere risiko og sårbarhet knyttet til det vi benevner som *prinsipielle strukturvalg* og som handler om strategiske veivalg sykehuset tar i Utviklingsplanen, uavhengig av de tre driftsmodellene.

Figuren under illustrerer denne tilnærmingen.

**Figur 1: Illustrasjon av SSHFs strategiske handlingsrom i Utviklingsplan 2030: prinsipielle strukturvalg og tre alternative driftsmodeller**

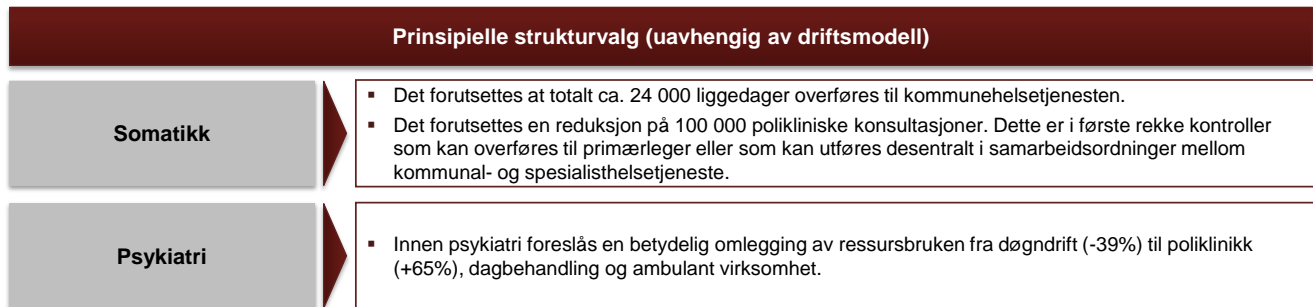


I Utviklingsplan 2030 legges en rekke forutsetninger av ulik karakter til grunn. Dersom disse viser seg ikke å stemme, kan det i større eller mindre grad endre vurderingene av risiko og sårbarhet. Når vi senere skal drøfte risiko og sårbarhet innenfor ulike risikoområder, må vi legge til grunn at forutsetningene i utviklingsplanen ligger fast.

I den grad det identifiseres usikkerhet knyttet til sentrale forutsetninger eller eksterne rammebetingelser som kan endre vurderingene av risiko og sårbarhet eller gjennomførbarheten til de ulike modellene og prinsipielle strukturvalgene, vil dette adresseres i et eget kapittel i denne rapporten. Usikkerhet knyttet til forutsetningene kan handle om faktafeil, faglig uenighet, manglende dokumentasjon, manglende realisme, uklare beskrivelser eller inkonsistens. Eksterne faktorer kan handle om nasjonale rammebetingelser som samhandlingsreformen eller kommunereformen, finansieringsordninger i helsevesenet eller infrastruktur og teknologisk utvikling innen helsesektoren

## 1.2.1 Prinsipielle strukturvalg

**Figur 2: Illustrasjon av SSHFs strategiske handlingsrom i Utviklingsplan 2030: prinsipielle strukturvalg**



Benevnelsen *prinsipielle strukturvalg* er benyttet om omlegginger i sykehusets virksomhet som skjer uavhengig av de tre alternative driftsmodellene. Utviklingsplan 2030 går forholdsvis langt i å beskrive innhold og organisering av fremtidens sykehustjenester, herunder sier den en del om forventet oppgavefordeling mellom sykehuset og kommunene. Oppgavefordelingen mellom kommune og sykehus reguleres av lovverk og avtaler og vil i prinsippet være uavhengig av sykehusstruktur. Det er imidlertid forslag i utviklingsplanen som indikerer en mer omfattende oppgaveforskyvning enn hva som beskrives i nasjonale føringer. Dette er likt i alle alternativ, men må likevel håndteres i analysen. Beskrivelsen av oppgaveoverføring er basert på foretakets beste skjønn og har blitt til gjennom faglige drøftinger og avklaringer i arbeidsgruppene for pasientforløpsanalysene. I utviklingsplanen presenterer sykehuset et fremtidssenario de mener vil være sykehusets aktivitetsnivå i 2030, når det gjelder liggedager, polikliniske konsultasjoner og dagbehandling. Følgende endringsfaktorer er vurdert i arbeidsgruppene for pasientforløpsanalysene:

1. Epidemiologi og endringer i medisinsk behandling
2. Overordnede (nasjonale, regionale eller lokale) strategier
3. Oppgavefordeling mellom sykehus
4. Oppgavefordeling mellom sykehus og kommuner
5. Omstilling fra døgn til dag/poliklinikk
6. Intern effektivisering av arbeidsprosesser og pasientforløp
7. Endring i oppholdsmåter i spesialisthelsetjenesten
8. Effekt av økt forventningspress, etterspørsel

SSHf skriver i utviklingsplanen at "Samhandlingsreformen vil være en pådriver for endring i pasientstrømmer der en del pasienter som i dag behandles i spesialisthelsetjenesten vil bli behandlet hjemme, i institusjoner drevet av kommunene, eller i et samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten." Det presiseres også at det er usikkerhet knyttet til hvilke tiltak som er realisert i 2030 og hvilke effekter de vil ha for spesialisthelsetjenesten.

Innenfor *somatikken* estimeres overføring av 24 000 liggedager fra sykehuset til kommunehelsetjenesten, samt en overføring av 100 000 polikliniske konsultasjoner fra sykehuset til primærleger eller samarbeidsordninger mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste.

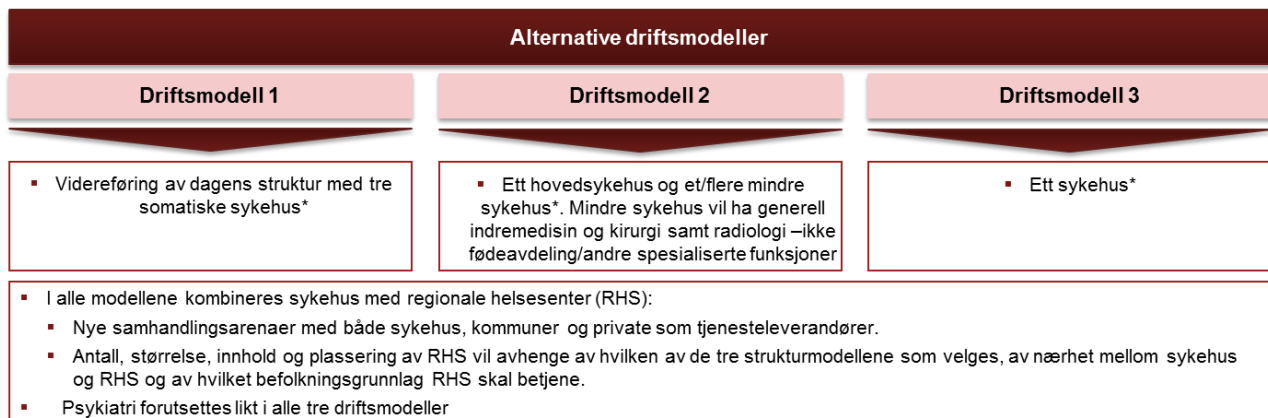
Innenfor *psykiatrien* skisseres en reduksjon i døgnplasser på 39 % parallelt med en styrking av det polikliniske tilbudet på 65 %, samt økende grad av ambulerende virksomhet.

Det kan diskuteres hvor stor del av den foreslåtte omleggingen som skyldes samhandlingsreformen og andre eksterne faktorer, og således ligger utenfor sykehusets strategiske handlingsrom. Det vil trolig være ulike

oppfatninger blant interessentene om dette. Når det gjelder psykiatrien foreslås i utviklingsplanen at all døgnbehandling i DPS skal avvikles og arbeidsgruppen sier selv at dette er banebrytende og nødvendigvis må bearbeides og være gjenstand for grundige forberedelser spesielt i samarbeid med kommunene. Vi har valgt å belyse omleggingen i både somatikken og psykiatrien forholdsvis grundig i vår analyse ettersom dette representerer sykehusets tolkning av hva ulike endringsfaktor vil bety, herunder samhandlingsreformen. Nasjonale myndigheter har ikke vært tydelige på hvordan samhandlingsreformen skal operasjonaliseres frem mot 2030, utover at dette skal skje gjennom samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Vi anser at risiko og sårbarhet knyttet til sykehusets prinsipielle strukturvalg er interessante å få belyst og bør ha en sentral plass i den videre behandlingen av Utviklingsplan 2030.

## 1.2.2 Alternative driftsmodeller

**Figur 3: Illustrasjon av forskjellene og likhetene ved valg av driftsmodell**



Sykehuset presenterer i Utviklingsplan 2030 tre driftsmodeller som representerer alternative løsninger for oppgavefordeling mellom sykehusene og regionale helsesenter (RHS). RHS er nye samhandlingsarenaer med både sykehus, kommuner og private som tjenesteleverandører.

I analysen vil vi ta for oss ulike risikoer og sårbarheter og drøfte hvordan disse vil slå ut i de tre driftsmodellene, på lokalt og regionalt nivå.

## 2 Prosess og metode

### 2.1 Analysemodell

En risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) bidrar til å gi en oversikt over forhold som kan redusere eller true et systems evne til å fungere. I en slik prosess identifiseres relevante sårbarheter og risikoer. Denne gjennomgangen av Utviklingsplan 2030 tar utgangspunkt i hovedprinsippene for risikovurderinger slik de bl.a. beskrives i Norsk Standard 5814:2008 "Krav til risikovurderinger" (NS 5814).

NS 5814 stiller krav om at risikovurderinger skal inngå som ett element i all risikostyring. De skal gi nødvendig faglig grunnlag for beslutninger som angår sikkerhet. Vurderingene bidrar til at beslutningstagere får økt kunnskap og kan velge de mest robuste løsningene, dvs. den med lavest iboende risiko. NS 5814 trekker frem god kommunikasjon med interne og eksterne interessenter som et sentralt element i disse vurderingene:

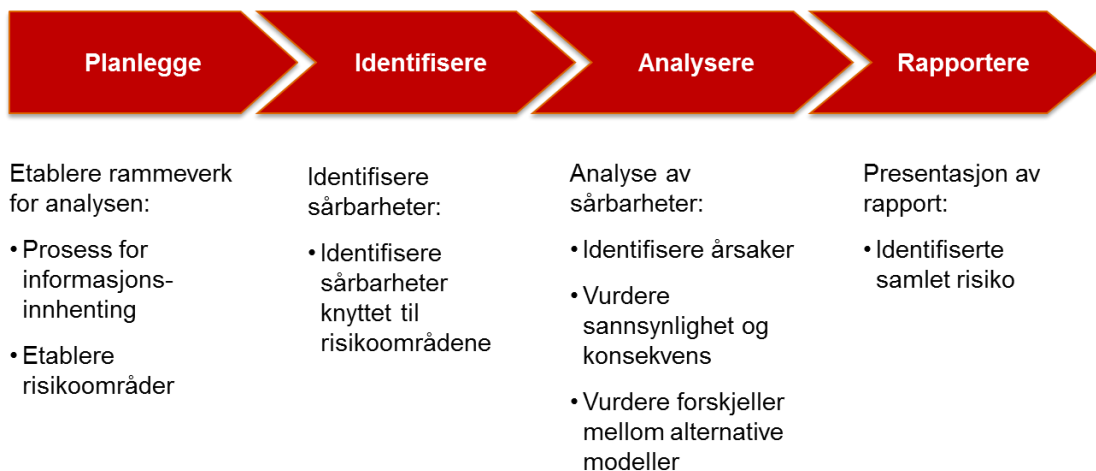
*"Under arbeidet med risikovurderingen er god kommunikasjon med aktuelle interne og eksterne interessenter viktig. Dette sikrer tilgang til all relevant informasjon og bidrar til at oppdragsgiver/beslutningstaker får forankring/eierskap til vurderingens konklusjoner og anbefalinger" (NS 5814: 2008 s. 3)*

ROS-analysen av Utviklingsplan 2030 er basert på en bred og inkluderende prosess. Basert på beskrivelsen i NS 5814 er den gjennomført i følgende hovedfaser:

- **Planlegge:** Etablering av omforent prosess og metode
- **Identifisere:** Identifisering av sårbarheter
- **Analysere:** Analyse av samlet risiko
- **Rapportere:** Presentasjon av risiko og forslag til oppfølging

For en nærmere beskrivelse av fasene og innholdet i disse, se figur under.

**Figur 4** Fasene og arbeidsoppgavene i en ROS-analyse



### 2.2 Analyseområder

I analysen av Utviklingsplan 2030 er det tatt utgangspunkt i følgende risikoområder:

- Faglig kvalitet
- Helhetlig pasientforløp
- Tilgjengelighet
- Økonomi

For en nærmere beskrivelse av innholdet i de fire risikoområdene, se tabellen under:

**Tabell 5: Beskrivelse av de fire risikoområdene. Kilde Utviklingsplan 2030**

Risikoområde	Vurderingsgrunnlag
<p><b>Faglig kvalitet</b></p> <p>På nivå som beskrevet i nasjonale og regionale veiledere</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tilstrekkelig aktivitet/volum, robusthet for endring og faglig utvikling</li> <li>Faglig bredde, kompetanse og oppgaver</li> <li>Høyspesialiserte tjenester, diagnostikk og behandling er tilgjengelig 24/7</li> <li>Gode beredskapsløsninger (rutiner og organisering)</li> <li>En adresse for akutt, kritisk sykdom og livsviktige tilbud</li> <li>Rekrutteringsevne (attraktivt fagmiljø, arbeidsmiljø, bomiljø, nærhet til samfunnsfunksjoner)</li> <li>Forskning og utvikling, ressurser og volum</li> </ul>
<p><b>Helhetlig pasientforløp</b></p> <p>Det skal være, og pasienten skal oppleve, kontinuitet i pasientforløpet</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sykehuset er en kompetansebase for klinisk ekspertise og støtte. Tilgjengelighet til tverrfaglig ekspertise</li> <li>Organisering og klare retningslinjer for hvilke pasienter som skal behandles hvor</li> <li>Tilby spesialisthelsetjeneste "utenfor sykehuset" – der hvor pasienten bor.</li> <li>God samhandling og samarbeid mellom avdelinger i sykehuset</li> <li>God samhandling og samarbeid mellom sykehus og kommuner/andre samarbeidspartnere</li> <li>Kontinuitet i diagnostikk og behandling</li> </ul>
<p><b>Tilgjengelighet</b></p> <p>Tilgang for alle innen forsvarlig avstand/reisetid</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Forsvarlig tids- /reiseavstand ved akutt sykdom.</li> <li>Lik tilgang til sykehustjenester for befolkningen (men varierende avstand)</li> <li>God tilgang på nødvendig kompetanse og ressurser for akuttpasienter</li> <li>Hensiktsmessig avstand eller tekniske løsninger for pasienter med hyppig behov</li> <li>Nærhet til generelle tjenestetilbud og for pasienter innenfor psykiatri og rus- og avhengighetsbehandling</li> </ul>
<p><b>Økonomi</b></p> <p>Optimal ressursutnyttelse og langsiktig bærekraft.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>"Mest mulig helse for hver krone"</li> <li>Beredskapskostnader, ressurseffektive løsninger</li> <li>Kostnadseffektiv organisering, samlokalisering, teknologibruk og arealbruk</li> <li>Stordriftsfordeler og ulemper, skalavurderinger,</li> <li>Kostnader ved utvikling, drift og vedlikehold av bygningsmassen</li> <li>Samarbeid/oppgavedeling med kommuner og private</li> <li>Fleksibilitet og elastisitet i bygg og tekniske løsninger</li> </ul>

Disse fire risikoområdene er identiske med fire av vurderingskriteriene som er benyttet i Utviklingsplan 2030. Det femte vurderingskriteriet, "samfunn", er ikke definert som et eget risikoområde i ROS-analysen fordi dette blir grundig og helhetlig behandlet i den samfunnsmessige konsekvensanalysen som gjennomføres parallelt med denne analysen. For ytterligere informasjon om dette området henvises til rapporten "Samfunnsmessig konsekvensanalyse av Utviklingsplan 2030, SSHF".

I tillegg til de fire risikoområdene har vi valgt å belyse usikkerhet og gjennomføringsrisiko som et eget tema. Dette tema omfatter ulike interne og eksterne faktorer og usikkerhetsmomenter som kan tenkes å påvirke gjennomførbarheten av de ulike modellene og strukturvalgene som beskrives i Utviklingsplan 2030.

## 2.3 Metodisk tilnærming

Risiko og sårbarhet er hovedkomponenter i en ROS-analyse. I NS 5814 defineres risiko på følgende måte:

*"Uttrykk for kombinasjonen av sannsynligheten for og konsekvensen av en uønsket hendelse" (NS 5814: 2008 s. 6)*

Sårbarhet defineres på følgende måte:

*"Manglende evne hos et analyseobjekt til å motstå virkninger av en uønsket hendelse og til å gjenopprette sin opprinnelige tilstand eller funksjon etter hendelsen" (NS 5814: 2008 s. 6)*

Oppsummert ser ROS-analysen på hvordan ulike typer påkjenninger, også kalt uønskede hendelser, påvirker systemets evne til å fungere. Økt sårbarhet gir høyere iboende risiko. I denne analysen vurderes dermed de ulike driftsmodellenes sårbarhet opp mot hverandre – dette for å få frem hvordan valg av modell gir forskjellig risiko.

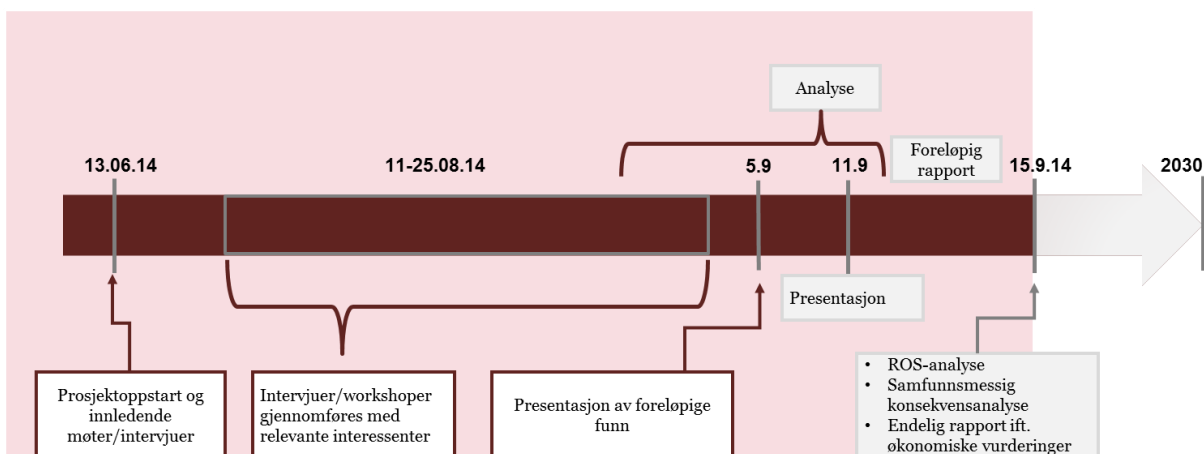
Det sentrale i denne ROS-analysen er å skape forståelse av det relative forholdet mellom modellene – dvs. sårbarhet og risiko knyttet til de ulike alternativene. Det er ikke lagt opp til en kvantitativ gjennomgang av sannsynlighet og konsekvens, men en kvalitativ ekspertvurdering av risiko og sårbarhet med utgangspunkt i gjennomførte arbeidsseminarer. I tillegg er en rekke dokumenter gjennomgått, både som generell bakgrunnsinformasjon og direkte som kildehenvisninger i analysen. Samtlige respondenter er gitt muligheten til å oppgi relevant dokumentasjon inn i prosjektet. Fullstendig litteraturliste finnes bakerst i denne rapporten.

## 2.4 Gjennomføring

### 2.4.1 Organisering av prosjektet

PwC har hatt en prosjektorganisering bestående av en prosjektleder med et dedikert kjerneteam og ekspertressurser som har vært trukket inn ved behov. Prosjektet har løpt helt parallelt med Samfunnsmessig konsekvensanalyse av Utviklingsplan 2030, som PwC også har hatt ansvar for og flere prosjektmedlemmer har jobbet på begge prosjektene. Intervjuer og workshops har i stor grad vært planlagt og gjennomført felles for de to prosjektene, noe som har minsket belastningen på interessentene.

**Figur 5 Milepæler ROS-analyse**



Prosjektperioden har vært fra 13. juni 2014 til 15. september 2014.

I forbindelse med prosjektet ble det etablert en arbeidsgruppe med deltakelse fra både kommunene og SSHF som har fulgt arbeidet med ROS-analysen. Denne gruppen har hatt en sentral rolle, både som informasjonskanal og sparringspartner, og ved forankring av både undersøkelsesdesign, funn og sluttrapport.



**Tabell 6 Arbeidsgruppens medlemmer**

Deltager	Funksjon / tilhørighet
Per W. Torgersen	Prosjektleder/SSHF
Janne B. Brunborg	Rådgiver/ Kristiansand kommune
Kjell Rune Olsen	Kommunalsjef/ Marnardal kommune
Ottar T. Christiansen	Kommunelege /Risør kommune
Hans Kristian Solberg	Beredskapsrådgiver/SSHF
Per Engstrand	Fagdirektør/SSHF

## 2.4.2 Aktiviteter i prosjektet

**Tabell 7 Møter med arbeidsgruppen**

Dato	Tema
<b>13.06</b>	Oppstartsmøte
<b>05.09</b>	Presentasjon av foreløpige funn og forankring av struktur
<b>11.09</b>	Presentasjon av utkast av rapport

I denne analysen har fase to og tre blitt slått sammen – dvs. identifisering av sårbarheter og analyse av risiko har blitt gjort samlet gjennom gruppeintervjuer/workshops. PwC gjennomførte samtlige gruppeintervjuer i løpet av en to-ukers periode i august. Deltakerne var representanter for kommunene i Agder (politisk og administrativt nivå) og Sørlandet sykehus HF. I tillegg ble en rekke enkeltpersoner intervjuet stedlig, per telefon eller video i forkant og etterkant av gruppeintervjuene. I forkant av alle intervjuer ble det sendt ut informasjon om prosjektet og om gjennomføringen av intervjuet. Dette for at deltakerne skulle stille best mulig forberedt.

Målet med intervjuene var å oppnå så god forståelse og innsikt som mulig og dokumentasjonen fra intervjuene utgjør et vesentlig grunnlag for de videre analysene. Det fremkommer ikke i denne rapporten hvem som har sagt hva, men vi har informert om at vi vil være åpne om hvem vi har intervjuet. Vi tok notater fra intervjuene, men dette var kun til bruk som støtte for vårt arbeid, ikke for gjengivelse.

Av praktiske årsaker ble det noe ulikt antall respondenter, sammensetning og lengde på intervjuene. I planleggingen av intervjuene la vi derfor vekt på en tilnærming som skulle sikre at vi satt igjen med det de enkelte mente var det viktigste å få belyst, muligens på bekostning av at ikke alle tenkelige dimensjoner ble diskutert i alle intervjuene.

Vi innledet alle gruppeintervjuer med en felles presentasjon som satt de to prosjektene (ROS og samfunnsanalysen) i en kontekst, og som sa noe om tilgrensede prosesser og nødvendige avgrensinger.

I tabellen nedenfor vises deltakerne i intervjuene på organisasjonsnivå. Til sammen har over 150 personer vært intervjuet i forbindelse med dette prosjektet. Oversikt over hvilke personer som har deltatt på de ulike intervjuene/workshopene framgår i eget vedlegg (vedlegg 1).

**Tabell 8 Overordnet oversikt intervjuer/workshops**

<b>Dato</b>	<b>Deltagere</b>	<b>Møteform</b>
<b>26.06</b>	NHO Agder	Innledende intervju
<b>27.06</b>	Regionplan Agder	Innledende intervju
<b>01.07</b>	Universitetet i Agder	Innledende intervju
<b>03.07</b>	KS Agder	Innledende intervju
<b>04.07</b>	Pasient og brukerombud (Aust- og Vest-Agder)	Innledende intervju
<b>11.08</b>	Setesdalsregionen	Workshop
<b>12.08</b>	Knutepunkt Sørlandet	Workshop
<b>13.08</b>	Arendal kommune	Workshop
<b>14.08</b>	Listerregionen	Workshop
<b>14.08</b>	Flekkefjord kommune	Workshop
<b>18.08</b>	Lindesnesregionen	Workshop
<b>19.08</b>	Kristiansand kommune	Workshop
<b>20.08</b>	Østre Agder	Workshop
<b>21.08</b>	Tillitsvalgte allmennleger for legeforeningen	Intervju
<b>22.08</b>	SSHF (Virksomhetsgruppen)	Workshop
<b>25.08</b>	Fylkesmenn og fylkeskommuner	Workshop
<b>01.09</b>	Tillitsvalgte ved sykehusene	Telefon og videointervjuer
<b>01.09</b>	Sørlandsbenken Stortinget	Telefonintervjuer

## 3 Risiko og sårbarhet

### 3.1 Innledning

Risiko og sårbarhet er diskutert og vurdert innenfor følgende fire risikoområder:

- Faglig kvalitet
- Helhetlige pasientforløp
- Tilgjengelighet
- Økonomi

Disse risikoområdene er i utgangspunktet identiske med fire av vurderingskriteriene som er brukt i Utviklingsplan 2030. Det femte vurderingskriteriet, "samfunnsmessig bærekraft" er ikke definert som et risikoområde i denne analysen ut fra at denne dimensjonen dekkes gjennom den samfunnsmessige konsekvensanalysen.

Innenfor hvert av de fire risikoområdene belyses og drøftes ulike risikoer og sårbarheter knyttet til henholdsvis de ulike driftsmodellene og de prinsipielle strukturvalgene. Mange av risikoene og sårbarhetene som er identifisert er relevante innenfor flere av risikoområdene eller vanskelige å kategorisere etter strukturen som er lagt opp. Enkelte perspektiv vil dermed kunne bli belyst under flere risikoområder.

Presentasjon og drøfting av risikoer og sårbarheter er basert på input og argumentasjon fra deltakerne i workshopene og intervjuene. I tråd med den metodiske tilnærmingen er det i liten grad gjort vurderinger av hva som er akseptabel risiko og sårbarhet, hvor lett eller vanskelig det vil være å kompensere for risikoene og sårbarhetene eller hvor "reelle" de ulike risikoene og sårbarhetene er fra et objektivt ståsted. Målet har snarere vært å belyse og drøfte et bredt spekter av større og mindre sårbarheter og risikoer for å sikre et best mulig grunnlag for det videre arbeidet med Utviklingsplan 2030.

Risikoer og sårbarheter som følger av andre faktorer enn strategiske valg som skisseres og beskrives i utviklingsplanen behandles ikke i denne delen av analysen.

Informasjonsinnhenting har imidlertid avdekket betydelig usikkerhet ved utviklingstrekk, premisser, eksterne faktorer og sykehusinterne forhold som antas å ha stor betydning for både risiko, sårbarhet og gjennomførbarhet for de ulike driftsmodellene og strukturvalgene. Eksempler på dette kan være nasjonale reformer, premisser for demografisk og epidemiologisk utvikling, teknologisk utvikling og framtidig finansiering av helsetjenester. Denne typen usikkerhet belyses og drøftes i kapittel 4 "Usikkerhet og gjennomføringsrisiko."

## 3.2 Faglig kvalitet

### 3.2.1 Beskrivelse av risikoområdet

Uavhengig av framtidig driftsmodell, struktur og innretning på tjenesten er det i følge Utviklingsplan 2030 en ambisjon for Sørlandet sykehus HF å levere tjenester med faglig kvalitet på nivå som beskrevet i nasjonale og regionale føringer. Vurderingskriteriet "faglig kvalitet" slik det er beskrevet i utviklingsplanen har et bredt innhold og avhenger av flere faktorer. Sentrale dimensjoner som både framgår i utviklingsplanen, og som også har preget arbeidet med ROS-analysen er:

- Sammenhengen mellom volum og kvalitet (med volum menes tilstrekkelig antall behandlinger for å oppnå god nok kvalitet)
- Store og robuste fagmiljø
- Høyspesialiserte tjenester med kontinuerlig tilgjengelighet
- Evne til å rekruttere spesialister og annen nødvendig kompetanse
- Akuttberedskap
- Evne til å gi enhetlige og likeverdige tjenester
- Vilkår for forskning og utvikling, herunder relasjon til eksterne forskningsmiljø, universitet/høyskoler

Disse dimensjonene er særlig sentrale i vurderingen av de tre driftsmodellene. De prinsipielle strukturvalgene er primært vurdert ut fra risiko og sårbarhet knyttet til kompetanse, kapasitet og tjenestekvalitet.

### 3.2.2 Risiko og sårbarhet knyttet til de tre driftsmodellene

Dialogen med de ulike interessentene viser tydelig at alle aktører stiller høye krav til den faglige kvaliteten på SSHF sine helsetjenester. Likevel kommer det fram et komplekst bilde når sårbarheter og risikoer knyttet til faglig kvalitet er blitt identifisert. I noen grad viser den innhentede informasjonen at mange av problemstillingene er komplekse og ulike hensyn trekker i ulik retning. Samtidig bærer materialet preg av betydelig uenighet om hva som skaper sårbarhet og hva som skaper robuste systemer/tjenester.

#### Sammenhengen mellom volum og kvalitet

Et tema som har vært drøftet er forholdet mellom volum og kvalitet på tjenestene. En del av informantene har tatt til orde for at kvaliteten på enkelte tjenester kan bli svekket dersom volumet av tjenesten er så lavt at det aktuelle fagpersonellet ikke får tilstrekkelig "mengdetrening". Det henvises i denne sammenheng særlig til høyt spesialiserte og akutte tjenester, gjerne innenfor kirurgi og traumebehandling. Det er imidlertid uenighet om hvorvidt denne sammenhengen er dokumentert innenfor ulike fag og ev. hva som er grensen for når et volum er "stort nok". Likevel synes det å være rimelig bred enighet om at det for enkelte høyt spesialiserte tjenester kreves betydelige volum for å oppnå ønsket kvalitet og at disse tjenestene har høyere sårbarhet i modell 1 enn i modell 3. Modell 2, som har sentralisert de mest spesialiserte tjenestene, vurderes å ha lavere sårbarhet enn modell 1, men høyere enn modell 3 siden en del funksjoner er fordelt på flere lokasjoner.

#### Store og robuste fagmiljø

Ett av argumentene som taler for at høyt volum vurderes som positivt for faglig kvalitet er at det muliggjør store robuste fagmiljø. Mange av informantene beskriver gode, brede fagmiljø som en svært viktig verdi i seg selv som i tillegg antas å ha stor innvirkning på bl.a. faglig kvalitet. Store fagmiljø beskrives som viktig både for faglig utvikling, rekruttering og evne til å yte høy kvalitet til pasienter med komplekse sykdommer/tilstander hvor ulike fagdisipliner involveres i diagnostikk og behandling. Selv om de ulike informantgruppene vektlegger betydningen av fagmiljø forskjellig, er det gjennomgående enighet om at sårbarheten knyttet til fagmiljø er vesentlig større i modell 1 og 2 sammenlignet med modell 3, både pga. oppsplittingen som følger av desentralisert struktur og fordi rekrutteringsevne, attraktivitet og muligheter for faglig utvikling antas å være best i modell 3.

#### Høyspesialiserte tjenester med kontinuerlig tilgjengelighet

Det har i lang tid pågått en utvikling i retning av at medisinen blir mer spesialisert. Flere sykdommer og tilstander behandles av multidisiplinære team. I en del tilfeller må slike team være tilgjengelige kontinuerlig. Situasjoner hvor det er behov for ulike typer spesialistkompetanse kan løses både ved at spesialistene sitter

sammen rundt den enkelte problemstilling, og ved å benytte telemedisinske/teknologiske hjelpemidler. I hvilken grad kommunikasjon ved hjelp av video/telefon o.l. kan kompensere for fysisk tilstedeværelse vil naturligvis avhenge av hvilken situasjon man skal håndtere. Generelt vil uansett de desentraliserte modellene (1 og 2) har større sårbarhet knyttet til denne type behandling enn modell 3, og særlig i tilfeller hvor kontinuerlig tilgjengelighet er nødvendig.

### **Rekruttering**

Rekruttering av spesialister har vært et sentralt tema innenfor risikoområdet "faglig kvalitet". Enkelte hevder at store, brede fagmiljøer i seg selv virker stimulerende for rekruttering. Det pekes også på forventninger om at framtidens spesialister ønsker store fagmiljø og lavere vaktbelastning enn det som har vært vanlig tidligere. Disse perspektivene indikerer generelt sett høyere sårbarhet knyttet til rekruttering i modell 1 og 2 enn modell 3. Dette vil trolig gjelde særskilt for rekrutteringssvake og høyspesialiserte fag.

Imidlertid har analysen også avdekket viktige rekrutteringssårbarheter for modell 3. For det første legges det i denne modellen opp til utstrakt grad av ambulante tjenester lokalisert ved RHS. Dette er et element også i modell 1 og 2, men i mindre utstrekning enn i modell 3. Mange informanter stiller spørsmål ved hvorvidt de ulike spesialistene er motivert for å jobbe ambulant ved RHS som potensielt har ganske lang avstand fra sykehuset. Hvis motivasjonen for en slik arbeidsform er lav vil dette både kunne øke sårbarhet mht. rekruttering, men også til iverksettingen av økt ambulant virksomhet som strategisk veivalg. For det andre pekes det på rekrutteringssårbarhet ved sykehusene i Flekkefjord og Arendal i perioden fra beslutning om nytt sykehus tas til sykehuset står ferdig. Denne perioden vil trolig var i minst 10-15 år. Omfattende rekrutteringsvansker på to av SSHF sine sykehus i en så lang periode vil kunne ha betydelige konsekvenser for faglig kvalitet og opprettholdelse av tilbud.

### **Akuttberedskap**

De tre driftsmodellene skiller seg vesentlig fra hverandre mht. akuttberedskap. I modell 1 har alle sykehusene tilnærmet fulle akuttfunksjoner, mens både fødetilbud og en del andre spesialisert akuttfunksjoner er sentralisert til hovedsykehuset i modell 2. Modell 3 har naturligvis alle akuttfunksjonene sentralisert. I arbeidet med å identifisere sårbarheter knyttet til akuttberedskap har diskusjonene vært preget av to sentrale hensyn med motstridende konklusjoner. Det ene hensynet er avstand til nærmeste akuttinntak. For en stor andel pasienter vil denne avstanden øke betydelig i modell 3 sammenlignet med modell 1. I modell 2 vil avstandssøkningen gjelde fødetilbud og andre akuttfunksjoner som ev. sentraliseres. Sårbarheter knyttet til avstandshensynet hører etter vår vurdering hjemme under risikoområdet "tilgjengelighet" og beskrives nærmere i kap. 3.4. Det andre hensynet handler om kvalitet, spesialisering og volum knyttet til akuttfunksjonene. En del informanter argumenterer med at akutte sykdommer/tilstander, bl.a. traumebehandling, ofte krever et stort velfungerende system med mange ulike spesialister og fagpersoner tilgjengelig, og at SSHF ikke er stort nok til å opprettholde høy kvalitet på slike funksjoner flere steder samtidig. Denne argumentasjonen indikerer at den beste kvaliteten oppnås i modell 3 – altså at sårbarheten er størst i modell 1 og 2.

Sårbarhet knyttet til krisehåndteringsevne har også i noen grad blir diskutert i workshopene. I likhet med for akuttberedskap preges også dette området av ulike legitime argumenter som gir motsatte konklusjoner mht. hvilken modell som har størst sårbarhet. I modell 1 og 2 argumenteres det for at man bygningsmessig (tre lokasjoner) har større fleksibilitet og dermed mindre sårbarhet ved krisesituasjoner. Tilsvarende argumenteres det med at modell 3 sikrer større samlet kapasitet på en lokasjon og muliggjør en mer profesjonalisert organisasjon som reduserer sårbarheten når alvorlige krisesituasjoner oppstår.

### **Enhetlige og likeverdige tjenester**

Helseforetakets evne til å gi enhetlige og likeverdige helsetjenester til befolkningen uavhengig av hvor de befinner seg i regionen, kan også påvirkes av modellvalg. Innenfor denne dimensjonen er det pekt på sentrale sårbarheter for modell 1 og 2. Et helseforetak som har tre sykehus med ulikt tjenesteinnhold, ulik kompetanse og ulik kultur og tradisjon gir økt sårbarhet for at pasienter kan få et kvalitativt forskjellig tilbud avhengig av hvilket sykehus de kommer til. Denne sårbarheten understøttes av de ledelsesmessige utfordringene som ledsages av en desentralisert modell. Disse utfordringene illustreres tydelig gjennom de lokasjonsavhengige motsetningsforholdene og konfliktene som helseforetaket opplever.

## Forskning og utvikling

Forskning og fagutvikling er også viktige aspekter innenfor risikoområdet "faglig kvalitet". Det er særlig to faktorer som har vært sentrale i diskusjonene av disse aspektene. Den ene gjelder i hvilken grad de ulike driftsmodellene understøtter og stimulerer til forskning og fagutviklingsarbeid. I denne sammenhengen er modellene 1 og 2 vurdert som mest sårbare ut fra at sentralisering og en samling av ressursene i seg selv vil kunne styrke disse aktivitetene. Det vil også være større muligheter til å la klinikere i perioder gå ut av driften for å drive forskning på et stort sykehus sammenlignet med i mindre miljøer. Den andre faktoren handler om relasjoner og samarbeid med eksterne aktører med Universitetet i Agder som den mest sentrale. Også her vurderes modell 1 og 2 og ha høyest sårbarhet pga. ressursspredningen i disse modellene. En Kristiansand-nær plassering av sykehuset i modell 3 er imidlertid vurdert som en viktig forutsetning for redusert sårbarhet i denne modellen.

### 3.2.3 Risiko og sårbarhet knyttet til de prinsipielle strukturvalgene

De prinsipielle strukturvalgene som i utviklingsplanen presenteres som uavhengige av modell, synes i ulik grad å innebære sårbarheter for faglig kvalitet på helsetjenesten.

Det mest sentrale grepet som skisseres innenfor somatikk er en oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Dette er operasjonalisert i form av ca. 24 000 liggedøgn og ca. 100 000 polikliniske konsultasjoner. Overføringen av sengebasert virksomhet er basert på vurderinger fra somatikkrapporten, og oppgavene som tenkes overført utgjør den delen av aktiviteten som ligger tettest mulig opp mot det kommunehelsetjenesten allerede omfatter. Etableringen av kommunalt øyeblikkelig hjelp-tilbud (KØH) i Agderregionen vil trolig utgjøre ca. halvparten av det samlede volumet på 24 000 liggedøgn. (Basert på KS sin beregningsmodell for KØH-senger i Agderregionen vil omfanget være ca. 13 800 liggedøgn.)

Denne oppgaveoverføringen kan i to dimensjoner utgjøre sårbarhet knyttet til faglig kvalitet. For det første kan overføringen øke presset på utskrivingspraksisen i sykehuset med for tidlige utskrivinger som mulig konsekvens. For tidlig utskrivning kan igjen gi utilstrekkelig behandling og oppfølging og gjerne økt risiko for reinnleggelse. Dette vil i tilfelle være en reduksjon i faglig kvalitet for pasientene. For det andre kan kompetanse og kapasitet i den kommunale helsetjenesten innebære en sårbarhet. I den grad enkelte har små fagmiljøer, lave pasientvolum og sårbar kompetanse, kan økningen i omfang av "tyngre" og mer faglig krevende pasienter bidra til at sårbarheten blir større. Datagrunnlaget vårt indikerer at denne sårbarheten er mest relevant i mindre kommuner.

Overføringen av 100 000 polikliniske konsultasjoner antas ikke å utgjøre noen vesentlig sårbarhet mht. faglig kvalitet. Alle de ulike informantgruppene synes å være enige om at en slik overføring vil være kompetansemessig håndterlig for fastlegene, samtidig som det vil kunne gi nye faglige dimensjoner til allmennpraksis. Det vil imidlertid være behov for å justere kapasiteten til fastlegetjenesten slik at oppgaveveksten ikke øker sårbarheten knyttet til andre deler av fastlegenes virksomhet, eksempelvis forebygging og kommunale oppgaver.

Innenfor psykisk helsevern og rus skisseres en omfattende omlegging av ressursbruken fra døgnbehandling til dag- og poliklinisk behandling. Et ledd i denne omleggingen er å utvikle døgnplasser ved DPS. Det legges også opp til sterk satsing på ambulante tjenester.

Informantene fra kommunal tjeneste uttrykker sterk bekymring for de konsekvensene en slik endring i tjenestetilbudet kan ha for den samlede faglige kvaliteten for pasientgruppen innenfor rus og psykiatri. Bekymringen skyldes flere forhold. For det første vil en reduksjon i antall døgnplasser kunne øke presset på kommunale tjenester, kanskje særlig innenfor botilbud og hjemmebaserte tjenester. Man kan se for seg at pasienter som flyttes fra seng til poliklinisk behandling fremdeles vil ha et behov for hjelp mellom behandlingene, og at dette vil måtte håndteres av kommunal tjeneste. Ut fra presisjonsnivået i Utviklingsplan 2030 er det svært vanskelig å beregne omfanget at et slikt behov, men det vil uansett kreve en økning i kapasiteten på tjenesten. Disse tjenestene oppleves allerede i dag som svært sårbare i mange kommuner, og en ev. behovsvekst vil naturligvis øke sårbarheten.

For det andre forventes omleggingen av ressursbruken innenfor psykisk helsevern og rus å øke kravene til kompetanse i den kommunale tjenesten som følge av utvidet kontaktflate med pasientgruppen. Også kompetansesituasjonen innenfor dette området oppleves svært sårbar allerede i dag. Det vil derfor være risiko for at den faglige kvaliteten på tilbudet til pasienter innen psykisk helsevern og rus svekkes som følge av sårbar kompetanse.

Et tredje forhold som en del informanter har vært opptatt av er hvilke konsekvenser utviklingsplanen vil få for akuttbehandlingen innen rus og psykisk helsevern. Det er frykt for at reduksjonen i tallet på døgnplasser vil redusere spesialisthelsetjenesten sin kapasitet til å håndtere akuttpasienter. Denne bekymringen er særlig kommunisert i kommuner med lang avstand til spesialisthelsetjenesten hvor det naturligvis er mer krevende å få etablert velfungerende akutt-ambulante tjenester sammenlignet med sykehushnære kommuner.

Et viktig aspekt ved disse risikoene og sårbarhetene er at kommunene og andre interessenter opplever en betydelig usikkerhet knyttet til innretningen på selve omleggingen. Det er bl.a. uklart hvilket tempo omleggingen skal gjennomføres med og hvilke prosesser som er planlagt i forbindelse med omleggingen. Det er også uklart hvorvidt det forventes endringer i ansvars- og oppgavefordeling mellom kommuner og sykehus. I denne sammenheng er det bl.a. pekt på ulikhetene i lovverket som regulerer henholdsvis kommune- og spesialisthelsetjenesten. Videre er det uklart hvilke pasientgrupper den skisserte omleggingen skal gjelde for, og dermed hvilke pasientgrupper kommunene kan få et økt oppgavevolum knyttet til.

### *3.2.4 Oppsummering faglig kvalitet*

Vi har analysert risiko og sårbarhet innenfor risikoområdet "faglig kvalitet" i lys av en rekke dimensjoner. Analysen viser at risikoområdet er preget av høy kompleksitet hvor mange faktorer har betydning, og hvor ulike forhold er gjensidig avhengige av hverandre. De ulike driftsmodellene er analysert langs syv dimensjoner. Seks av disse, "sammenhengen mellom volum og kvalitet", "store og robuste fagmiljø", "høyspesialiserte tjenester med kontinuerlig tilgjengelighet", "akuttberedskap", "enhetlige og likeverdige tjenester" og "forskning og utvikling", indikerer rimelig entydig at modell 1 og 2 framstår betydelig mer sårbare enn modell 3. Den siste dimensjon, "rekruttering" viser et mer komplekst bilde. Modell 1 og 2 vurderes som mest sårbare mht. rekruttering i et langsiktig perspektiv, mens modell 3 synes å ha sårbarhet når det gjelder rekruttering til de sykehusene som skal legges ned i perioden fra beslutning om nedleggelse til nytt sykehus står ferdig.

De prinsipielle strukturvalgene vil kunne utfordre de kommunale tjenestenes kapasitet og kompetanse i noen grad – kanskje særlig innenfor psykisk helsevern og rus. Dette henger primært sammen med at disse tjenestene mange steder allerede oppfattes som sårbare. I den grad omlegging i spesialisthelsetjenesten får direkte betydning for kapasitets- og kompetansebehov i kommunene, vil det kunne oppstå risiko mht. faglig kvalitet på tjenestene.

## 3.3 Helhetlige pasientforløp

### 3.3.1 Beskrivelse av risikoområdet

SSHF ønsker at pasientene skal oppleve kontinuitet i pasientforløpene. Dette krever funksjonell organisering, riktig dimensjonering og innretning av tjenestene og god samhandling både internt og eksternt. Sentrale dimensjoner som både framgår i utviklingsplanen, og som også har preget dette arbeidet er:

- Intern samhandling i SSHF
- Samhandling mellom SSHF og kommunene/fastlegene
- Differensiert tjenestetilbud gjennom døgnet/uken/året

Disse dimensjonene dekker både vurderingene av de ulike driftsmodellene og de prinsipielle strukturvalgene.

### 3.3.2 Risiko og sårbarhet knyttet til de tre driftsmodellene

De tre driftsmodellene har ulike utfordringer og muligheter når det gjelder å skape helhetlige pasientforløp. I likhet med for "faglig kvalitet" viser den innhentede informasjonen også her at området preges av høy kompleksitet og at ulike interessenter har ulik oppfatning av hva som skaper sårbarhet og hvilke modeller som gir høyest risiko.

#### Intern samhandling i SSHF

Mange pasientforløp innebærer kontakt med flere deler av spesialisthelsetjenesten. For at forløpene skal oppleves som helhetlige og gode stilles det krav til helseforetakets interne samhandling. Dette kan være samhandling mellom diagnostiske og behandlende tjenester, mellom ulike fagavdelinger på samme sykehus eller mellom avdelinger på forskjellige sykehus. I modell 1 og 2 har SSHF fordelt virksomheten sin på tre sykehus. Dette har flere konsekvenser for den interne samhandlingen på foretaksnivå. En del fagmiljøer vil være spredt på to eller tre sykehus. Videre vil en del fagområder bare være etablert på ett av sykehusene. Det betyr at miljøene på de ulike sykehusene i rimelig stor utstrekning er avhengig av å kommunisere og samhandle på tvers av sykehus for å gjennomføre nødvendig diagnostikk og behandling for en del av pasientene. Dette vil i en del tilfeller innebære pasientforflytninger som i seg selv er negativt for forløpet. Mange informanter peker også på at en struktur med tre sykehus innebærer risiko for brudd og forsinkelser i kommunikasjonen mellom sykehusene. Det vil også innebære sårbarhet knyttet til helhetlige pasientforløp.

Intern samhandling vil også kunne være krevende i modell 3. Flere informanter har pekt på at modell 3 kan føre til et sterkere spesialiseringsfokus enn modell 1 og 2. Dette kan føre til at de ulike spesialiserte miljøene blir så diagnose- og spesialitetsorientert at generelistperspektivet og det helhetlige pasientforløpet kan bli skadelidende. Det kan også tenkes at lignende utfordringer kan oppstå i modell 1 og 2, siden graden av spesialisering i sykehus uansett er høy og trolig kommer til å bli stadig høyere.

Samlet sett synes sårbarheten knyttet til intern samhandling i helseforetaket å være størst i modell 1 og 2.

#### Samhandling mellom SSHF og kommunene/fastlegene

Helhetlige pasientforløp forutsetter at de ulike aktørene i helsetjenesten evner å skape sømløse tjenester. Samhandling mellom SSHF på den ene siden og kommunene/fastlegene på den andre er svært viktig for å lykkes med dette. Samhandling har i lang tid vært et prioritert område for helsetjenesten og den forventede veksten i tallet på eldre, multisyke og andre med komplekse sykdomsforløp tilsier at viktigheten av god samhandling bare kommer til å bli større i årene som kommer.

De ulike driftsmodellenes sårbarhet knyttet til denne typen samhandling er kompleks. Enkelte hensyn taler for at sårbarheten er størst i modell 1 og 2. Dette dreier seg primært om at tre sykehus og 30 kommuner gir svært mange samhandlingsrelasjoner og dermed en kompleks og sårbar struktur. Antallet relasjoner og kommunikasjonslinjer reduseres betraktelig ved en overgang til modell 3 hvor det bare er ett sykehus. De fleste kommunene må i dag forholde seg til minst to sykehus, avhengig av hvilke tjenester det gjelder. En del informanter beskriver at dette skaper en krevende samhandling pga. ulike rutiner, kulturer og tradisjoner mellom de ulike sykehusene.



Det har også kommet fram sårbarheter i modell 3 når det gjelder samhandling med kommuner og fastleger. Her er særlig to forhold viktige. Ved å legge ned to av de eksisterende sykehusene vil en rekke veletablerte og nære relasjoner mellom disse to sykehusene og tilhørende kommuner brytes. Dette vil i seg selv kunne skape risiko for dårligere kommunikasjon mellom tjenesteaktørene og brudd i forløpene. Det andre forholdet knytter seg til den opplevde avstanden mellom samhandlingsaktørene. En del informanter mener at ett stort sykehus vil oppleves fjernere og mindre tilgjengelig for samarbeidspartnerne. Dette vil også kunne øke sårbarheten i modell 3.

### **Differensiert tjenestetilbud gjennom døgnet/uken/året**

De to desentraliserte modellene innebærer en viss differensiering av tjenestetilbudet mellom sykehusene og til dels også mellom ulike tider av døgnet/uken/året. Dette skyldes både at SSHF ikke vil ha kapasitet og ressurser til å ha alle funksjoner ved alle sykehus og at mindre enheter vil ha variasjon i hvilken kompetanse som til en hver tid er tilgjengelig. En konsekvens av dette vil være ta pasienter kan oppleve å få ulik behandling avhengig av hvilket sykehus de kommer til. Det er også risiko for først å komme til "feil" sykehus for så å bli sendt videre til det sykehuset som har riktig kompetanse for å gjennomføre diagnostikk og behandling. Disse konsekvensene vil igjen kunne føre til unødvendige og uheldige brudd i pasientforløpene og indikerer dermed en sårbarhet i modell 1 og 2.

Enkelte informanter har også pekt på en tilsvarende sårbarhet knyttet til etableringen av RHS ved at ulike RHS utvikler ulike praksis og inneholder ulike kompetanse. En slik sårbarhet vil ev. være størst i modell 3 som i størst utstrekning baserer SSHFs virksomhet på RHS.

### 3.3.3 Risiko og sårbarhet knyttet til de prinsipielle strukturvalgene

#### **Samhandling mellom SSHF og kommunene/fastlegene**

De prinsipielle strukturvalgene som er uavhengige av modell synes i noen grad å innebære sårbarheter knyttet til helhetlige forløp. Det er særlig tre elementer som er sentrale.

For det første pekes det på at oppgaveoverføring både i somatikk og psykisk helsevern/rus vil kunne øke presset på liggetid i sykehus og dermed gjøre utskrivningssituasjonen mer sårbar. I den grad reduksjon i døgnopphold innebærer reduksjon i liggetid forventes dette å være en reell fare. Dessuten vil omlegging fra døgnbehandling til dag-/poliklinisk behandling gjøre samhandlingen mellom helseforetaket og kommunene/fastlegene enda mer kritisk. Mulige konsekvenser av dette kan være økt omfang av reinnleggelser og flere brudd i pasientforløpene, særlig der kompleksiteten er høy.

De to andre elementene gjelder omleggingen innen psykisk helsevern og rus. En del informanter mener at reduksjonen i omfanget av døgntilbud i spesialisthelsetjenesten vil øke kravene til det døgnkontinuerlige tilbudet i kommunene. Dette tilbudet oppleves allerede i dag som sårbart – særlig i mange av de mindre kommunene. Endelig er det flere som frykter at pasienters nettverk, familier og nærmiljø også er sårbare. Disse vurderes som en viktig ressurs i behandlingen av pasienter innenfor psykisk helsevern og rus og utviklingsplanen signaliserer et styrket fokus på denne ressursen framover. Omfattende omlegging fra døgnbehandling til dag-/poliklinisk behandling baseres delvis på at kommunale tjenester og pasientenes nettverk og nærmiljø utgjør sentrale deler av pasienttilbudet. Dersom disse delene av tilbudet er sårbare vil risikoen for brudd i pasientforløpene øke.

### 3.3.4 Oppsummering helhetlige pasientforløp

Tre dimensjoner har vært sentrale i analysen av risiko og sårbarhet knyttet til risikoområdet "helhetlige pasientforløp". Alle dimensjonene har vært relevante for vurderingen av de tre driftsmodellene. Informasjonsinnhentingen har avdekket sårbarheter ved alle modellene når det gjelder "Intern samhandling", men samlet sett framstår modell 1 og 2 som mest sårbare på denne dimensjonen. For dimensjonen "Samhandling mellom SSHF og kommunene/fastlegene" er bildet mer komplekst. Den viktigste sårbarheten i modell 1 og 2 skyldes svært kompleks samhandlingsstruktur med høyt antall relasjoner. I modell 3 er den viktigste sårbarheten knyttet til avvikling av eksisterende velfungerende relasjoner, samt økt opplevd avstand mellom sykehuset og en del av kommunene. Den siste dimensjonen "differensiering gjennom døgnet/uken/året" indikerer størst sårbarhet for modell 1 og (særlig) 2.

For de prinsipielle strukturvalgene er det hovedsakelig dimensjonen "samhandling mellom SSHF og kommunene/fastlegene" som har vært relevant. Det er identifisert mulige konsekvenser av oppgaveoverføring og omlegging av ressursbruk som kan øke sårbarheten knyttet til de kommunale tjenestene, pasientenes nettverk/lokalmiljø og kommunikasjonen mellom tjenesteaktørene. Disse sårbarhetene vil kunne øke risikoen for brudd i pasientforløpene.

## 3.4 Tilgjengelighet

### 3.4.1 Beskrivelse av risikoområdet

SSHF's ambisjon er at alle pasienter skal ha tilgang til spesialisthelsetjenester innen forsvarlig avstand/reisetid. Samtidig beskrives det som ønskelig at pasienter med hyppige behov skal ha *hensiktsmessig* avstand til behandling. Det er også spesifikt nevnt at generelle tjenester, herunder for pasienter innen psykisk helsevern og rus, skal leveres desentralt. Viktige dimensjoner innenfor risikoområdet "tilgjengelighet" er:

- Tilgang til høyspesialiserte tjenester
- Avstand til akuttfunksjoner
- Avstand/transportbelastning ved planlagt behandling

Disse dimensjonene dekker både vurderingene av de ulike driftsmodellene og de prinsipielle strukturvalgene.

### 3.4.2 Risiko og sårbarhet knyttet til de tre driftsmodellene

Risikoområdet "tilgjengelighet" framstår rimelig ulikt i de tre driftsmodellene. Et viktig element i SSHF sin strategi knyttet til tilgjengelighet er etablering av RHS – noe som er aktuelt i alle modellene. Siden innhold, organisering og innretning av RHS er uklart og krever omfattende lokale prosesser i tiden framover, er det vanskelig å gjøre gode vurderinger av hvilke konsekvenser RHS'ene får for tilgjengelighet. Temaet vil likevel bli problematisert i framstillingen.

#### Tilgang til høyspesialiserte tjenester

Enkelte høyspesialiserte tjenester har så lavt volum at de samles på ett eller noen få av de største sykehusene i Norge. I noen tilfeller kan volumet av slike tjenester være "marginalt" stort nok til å kunne tilbys ved SSHF. I disse tilfellene vil konsekvensen av modell 1 og til dels modell 2 kunne være at tjenestene sentraliseres/flyttes til større sykehus utenfor Agder. Muligheten for å ha tilstrekkelig volum og kvalitet for å opprettholde slike tjenester ved SSHF er størst i modell 3 og minst i modell 1.

#### Avstand til akuttfunksjoner

Hva som er forsvarlig avstand/reisetid til akuttfunksjoner er en faglig krevende diskusjon som denne analysen ikke har ambisjoner om å konkludere i forhold til. Ulike perspektiv i denne diskusjonen er imidlertid belyst i informasjonsinnhentingen. Innenfor denne dimensjonen er det modell 3 som har de viktigste sårbarhetene.

En samling av alle akuttfunksjoner ved ett sykehus innebærer at mange innbyggere får økt reiseavstand til disse funksjonene. Mer eller mindre uavhengig av hva som defineres som "forsvarlig avstand" innebærer dette en sårbarhet i modell 3, både mht. avstand/transporttid og transportkapasitet. Jo viktigere tidsfaktoren er for vellykket behandling, desto høyere er risikoen for et uheldig utfall av en hendelse. Risikobildet knyttet til avstand vil påvirkes av flere faktorer. Økt omfang av ekstremvær og dermed lavere framkommelighet for ambulanse og helikopter vil øke sårbarheten. Samtidig vil kvalitetsutvikling og styrking av den prehospitale tjenesten dempe risikoen. Flere andre usikkerhetsfaktorer spiller også inn, eksempelvis teknologisk utvikling og infrastrukturutviklingen i tiden framover. Dette blir nærmere diskutert i kap. 4.

Når det gjelder modell 1 og 2 har flere informanter trukket fram risiko for at pasienter ikke får tilgang til nødvendig kompetanse dersom man i akuttsituasjoner blir lagt inn på "feil" sykehus, jf. diskusjonen under "Helhetlige pasientforløp" pkt. 3.3.2.

Siden modell 2 har flere akuttfunksjoner sentralisert enn modell 1 er sistnevnte minst sårbar i lys av avstandsperspektivet.

#### Avstand/transportbelastning ved planlagt behandling

Risiko og sårbarhet innenfor denne dimensjonen vil være svært avhengig av innholdet i og organiseringen av RHS. Reisetid og transportbelastning vil for mange pasienter øke for de tjenestene som ikke tilbys ved RHS. Det kan samtidig tenkes at desentralisering gjennom RHS-strukturen vil gi en del pasienter kortere reisetid og

mindre transportbelastning enn når tjenestene tilbys ved sykehusene. Det er m.a.o. umulig å gjøre nyanserte vurderinger av dette med den kunnskapen vi i dag har om RHS-strukturen.

Det kan imidlertid også være risiko knyttet til strategien om å levere planlagte tjenester i RHS. En del informanter har pekt på at stort omfang av ambulante tjenester i RHS som ligger langt fra sykehus kan gjøre det vanskelig å rekruttere/motivere spesialister.

### *3.4.3 Risiko og sårbarhet knyttet til de prinsipielle strukturvalgene*

#### **Generelt**

Det er bare i begrenset grad identifisert risiko og sårbarheter for tilgjengelighet når det gjelder de prinsipielle strukturvalgene. Generelt er kommunene bekymret for at oppgaveoverføring vil kunne øke sårbarheten til de kommunale tjenestene, særlig for små kommuner. Dette kan skape risiko for at enkelte pasienter får redusert tilgjengelighet til disse tjenestene.

#### **Avstand til akuttfunksjoner**

Innenfor psykisk helsevern mener enkelte at reduksjonen i antall døgnplasser kombinert med nedlegging av døgnplasser i DPS vil kunne redusere tilgjengeligheten til akutte tjenester, særlig i små og perifere kommuner. Dette knyttes mot at avstanden til den døgnbaserte sykehus-tjenesten øker og at akutt-ambulant tjeneste er svært krevende med store avstander.

### *3.4.4 Oppsummering tilgjengelighet*

Risiko og sårbarhet innenfor området "tilgjengelighet" har vært vurdert langs tre dimensjoner. Modell 1 og 2 har høyest sårbarhet for dimensjonen "tilgang til høyspesialiserte tjenester". Det innebærer at disse modellene gir høyest risiko for at enkelte høyspesialiserte tjenester sentraliseres/flyttes til større sykehus utenfor Agder. For dimensjonen "avstand til akuttfunksjoner" har modell 3 størst sårbarhet mens modell 1 har minst sårbarhet. Den siste dimensjonen gjelder "avstand/transportbelastning ved planlagt behandling". Risiko og sårbarhet vil i denne sammenheng være avhengig av organisering, innretning og innhold i RHS og er dermed vanskelig å vurdere spesifikt før uklarhet rundt dette er avklart.

## 3.5 Økonomi

### 3.5.1 Beskrivelse av risikoområdet

Økonomi er et av vurderingskriteriene i utviklingsplanen. I den sammenheng er hovedfokus knyttet til drifts- og investeringskostnader for de ulike modellvalgene i planen. Disse forholdene blir ytterligere utredet og vurdert i en egen rapport og vil således ikke belyses her. Hovedfokus innenfor risikoområdet "økonomi" i denne rapporten blir risiko og sårbarheter ved ulike driftsmodeller og prinsipielle strukturvalg for kommunal økonomi.

### 3.5.2 Risiko og sårbarhet knyttet til de tre driftsmodellene

De tre driftsmodellene antas å ha svært liten innvirkning på kommunal økonomi. Oppgavefordelingen forutsettes lik i alle modellene, og dette er den viktigste påvirkningsfaktoren for kommuneøkonomien. Det er likevel identifisert to forhold hvor sårbarhet knyttet til økonomi varierer med driftsmodell. Det ene gjelder forskjellene i SSHF sine driftskostnader ved de ulike modellene, hvor modell 1 har høyest kostnad og modell 3 lavest. En del informanter peker på at dette kan ha betydelige konsekvenser for foretakets kapasitet til å drive veiledning, ambulante tjenester og forebygging. Noe av kostnadsforskjellene er knyttet til vaktordninger for leger. En reduksjon av antallet slike vaktordninger vil i tillegg til å redusere kostnader frigjøre kapasitet til å drive pasientbehandling. Dette kan igjen ha stor innvirkning på ventelister.

Det andre forholdet gjelder de konsekvensene modell 3 har for kommunal beredskapsplikt i de kommunene hvor sykehus forsvinner. Lokalsykehusene antas å spille en viktig rolle i lokalsamfunnets samlede beredskap. Når dette forsvinner antas kommunens kostnad ved å ivareta den kommunale beredskapsplikten å øke.

### 3.5.3 Risiko og sårbarhet knyttet til de prinsipielle strukturvalgene

Sentrale elementer ved de prinsipielle strukturvalgene er oppgaveoverføring og omlegging av ressursbruk ved å endre fra døgnbasert til dagbasert og poliklinisk behandling. Omfanget av foreslått oppgaveoverføring er rimelig presist anslått innenfor somatikk og utgjør ca. 24 000 liggedøgn og ca. 100 000 polikliniske konsultasjoner. Det er gjort beregninger på hva dette vil innebære av kostnader for kommunene. De polikliniske konsultasjonene vil ikke innebære kostnader av betydning for kommunene siden fastlegjetjenesten primært finansieres eksternt. For kommuner med kommunalt ansatte fastleger vil det imidlertid være en kostnadskonsekvens.

Under forutsetning av at alle 24 000 blir liggedøgn i kommunene vil dette utgjøre mellom 77 og 93 kommunale senger, basert på beleggsprosent mellom 85 % og 70 %<sup>1</sup>. Vi har også beregnet beleggsprosenten (64 %) for å vise tilsvarende kostnad som «utskrivningsklare pasienter» ved sykehuset<sup>2</sup>. Totalt utgjør dette årlige kostnader på mellom 75-100 millioner kroner<sup>3</sup>:

<sup>1</sup> Utviklingsplan 2030 opererer med 65 døgnplasser (24 000/365 dager = 65). Dette forutsetter 100 % belegg. Beleggsprosenten for kommunale institusjoner i Agder var på 87 % i 2013 (86,6 %). Vi har her valgt å gi et spenn på beleggsprosent fra 85 % til 70 %.

<sup>2</sup> Kostnaden ved en beleggsprosent på 86,6 % er 74 557 646. Man kan så beregne forventet beleggsprosent som gir en total kost på 101 157 300:  $74\,557\,646 * 0,866/X = 101\,157\,300$ .  $X = 0,63 \sim 64$  %.

<sup>3</sup> Pris per døgn hensyn tar alle kostnadene kommunen har ved å drifte liggedøgnene. Ved 86,6 % belegg så er det behov for 75 plasser. Den totale kostnaden pr oppholdsdøgn (ikke antall senger) er i det tilfelle 3136 i 2013 og gir en kost på 74 557 646. Ved lavere belegg vil antall senger øke og den totale kostnaden gå opp. Endres beleggsprosent fra 86,6 % til 85 % vil den relative endringen være  $0,866/0,85 = 1,0187$ . Det gir en total kost som er 1,87 % høyere, dvs. 75.954.758. Merk at beleggsprosenten på 86,6% er avrundet i dette eksemplet.

**Tabell 9 – Estimerte kostnader for kommunene ved overføring av liggedøgn,**

<b>Estimerte kostnader for kommunesektor ifb. 24 000 liggedøgn</b>		
<b>Hvis pasienter skulle ligge på sykehus sats som «utskrivningsklar»:</b>		
Pris per døgn utskrivningsklare pasienter sats 2014		4 255
Antall døgn		23 774
<b>Sum</b>		<b>101 157 300</b>
<b>Hvis pasienten overføres til kommunalt liggedøgn:</b>		
Snitt pris pr oppholdsdøgn i kommunale institusjoner på Agder i 2013 (KOSTRA)		3 136
Antall døgn		23 774
Antall senger	75	
<b>Sum (gitt snitt beleggsprosent i Agder på 87 % (varierte fra 45 % - 107 %))</b>		<b>74 557 646</b>
<b>Scenarier gitt kommunale liggedøgn:</b>	<b>Antall senger</b>	<b>Kostnad</b>
Gitt 85 % belegg og samme kostnadsnivå blir sum	77	75 954 758
Gitt 80 % belegg og samme kostnadsnivå blir sum	81	80 701 931
Gitt 70 % belegg og samme kostnadsnivå blir sum	93	86 082 060
Gitt 64 % belegg og samme kostnadsnivå blir sum (lik «utskrivningsklar»)	102	101 157 300

Dersom vi antar<sup>4</sup> at ca. halvparten<sup>5</sup> av de 24 000 liggedøgnene vil være kommunal øyeblikkelig hjelp plasser som er under etablering og forventes utbygd innen 2016<sup>6</sup>, innebærer det at ca. 12 000 liggedøgn må finansieres utover KØH-plassene hvilket utgjør ca. 40 – 50 millioner kroner per år<sup>7</sup>.

Hvor mange kommunale institusjonssenger man faktisk vil trenge i 2030, og hva dette vil koste er usikkert. Her har vi synliggjort at kommunenes kostnader vil ligge et sted mellom 40 og 100 millioner kroner per år.

Vi har ikke grunnlag for å anslå kommunale kostnader knyttet til omleggingen innen psykiatrien. Omleggingen vil utfordre den kommunale tjenesten på andre måter enn i dag, både hjemmebasert tjeneste og botilbud. I tillegg vil eventuelle økte kostnader dels avhenge av hvordan den enkelte kommune opprinnelig har bygget opp og innrettet sitt samlede tilbud innen psykisk helsevern og rus.

### 3.5.4 Oppsummering økonomi

Risiko og sårbarhet knyttet til kommunal økonomi henger hovedsakelig sammen med prinsipielle strukturvalg. Beregninger viser at kommunenes kostnader ved å overta 24 000 liggedøgn fra spesialisthelsetjenesten utgjør ca. 75-100 MNOK, eller 40-50 MNOK hvis vi korrigerer for KØH-tilskudd. Kostnadene ved overføring av 100 000 polikliniske konsultasjoner er relativt små, mens kostnader ved omlegging av ressursbruken innenfor psykisk helsevern og rus trenger betydelig operasjonisering for å kunne vurdere kostnadsmessige konsekvenser.

<sup>4</sup> Utviklingsplanen oppfattes litt uklart på om KØH plasser inngår i de 24 000 liggedøgnene som skal overføres til kommunene. Da Utviklingsplanen ble skrevet (og prognoser fremskrevet) var ikke KØH-plasser etablert, så disse plassene var en del av ansvaret for SSHF. KØH er beskrevet som en del av RHS-tilbudet, og PwCs forståelse av dette er at KØH-plasser inngår i de liggedøgnene som i henhold til utviklingsplanen skal overføres til kommunene.

<sup>5</sup> Antall liggedøgn innen KØH i Agder er beregnet til 13 800 basert på innbyggertall fra 2011. Rammen kommunene i Agder har tilgjengelig for etablering av KØH-plasser frem til 2016 estimeres til ca. 64 MNOK (2014 kroner). Beregningen har tatt utgangspunkt i historisk forbruk av øyeblikkelig hjelp- plasser, og midlene er fordelt etter samme fordelingsnøkkel som er brukt til utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering. Behov for kommunal øyeblikkelig hjelp antas å endres i takt med demografiske endringer. Oversikten på beregnet tilskudd og liggedøgn per kommune finnes her: [http://helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud/Documents/kommunevis\\_oversikt\\_tilskuddsbelop.pdf](http://helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud/Documents/kommunevis_oversikt_tilskuddsbelop.pdf)

<sup>6</sup> <http://helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud/Sider/dogntilbud-for-oyeblikkelig-hjelp-i-kommunen-.aspx>.

<sup>7</sup> Beregnet på lik måte som for de 24.000 plassene.

# 4 Usikkerhet og gjennomføringsrisiko

## 4.1 Beskrivelse av usikkerhet og gjennomføringsrisiko

Det faktum at Utviklingsplanen 2030 beskriver et scenario langt inn i fremtiden gjør det utfordrende å vurdere risiko og sårbarhet knyttet til de modellene og prinsipielle strukturvalgene som skisseres. Det vil nødvendigvis være betydelig usikkerhet involvert, både knyttet til forutsetningene som utviklingsplanen bygger på og til eksterne faktorer som i større og mindre grad kan endre risiko og sårbarhet som er identifisert og diskutert i kapittel 3. Disse usikkerhetsmomentene kan både utgjøre risiko og sårbarhet i seg selv, og de kan innebære risiko knyttet til gjennomførbarheten av de ulike modellene og strukturvalgene.

Usikkerhet knyttet til forutsetningene kan handle om faktafeil, faglig uenighet, manglende dokumentasjon, manglende realisme, uklare beskrivelser eller inkonsistens. Eksterne faktorer kan handle om nasjonale rammebetingelser som samhandlingsreformen eller kommunereformen, finansieringsordninger i helsevesenet eller infrastruktur og teknologisk utvikling innen helsesektoren.

Slike faktorer vil behandles i dette kapitlet. Det er ikke vår intensjon å komme med svarene på hva som er korrekte forutsetninger eller hvordan nasjonale rammebetingelser vil se ut i fremtiden. Likevel, en vesentlig del av den ROS-analysen er å identifisere og belyse den usikkerheten som foreligger i analysene, og drøfte hva disse faktorene kan bety for risiko og sårbarhet.

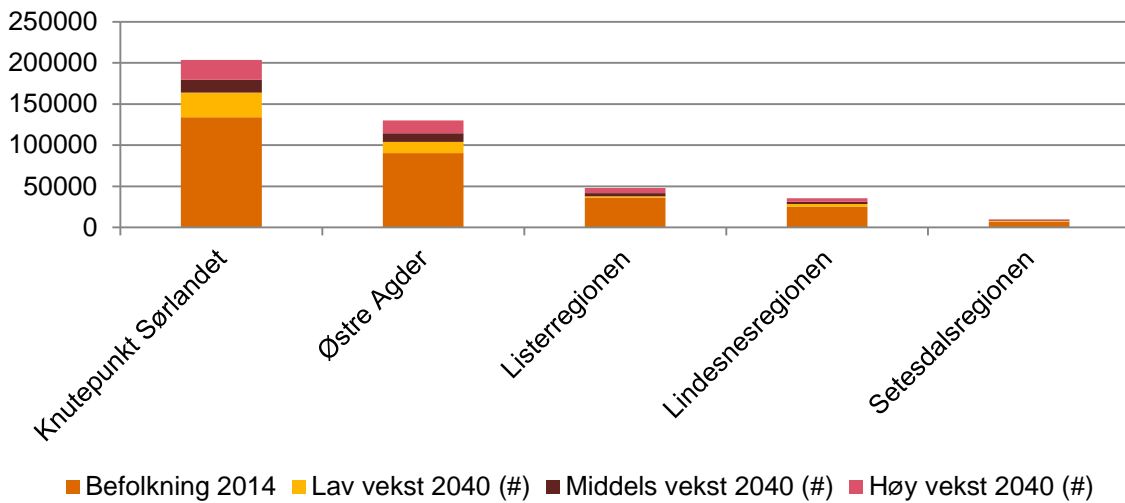
## 4.2 Forutsetningene Utviklingsplan 2030 bygger på

### 4.2.1 Befolkningsprognoser

Som utgangspunkt for beregninger er det brukt befolkningsprognoser for middels vekst fra Statistisk Sentralbyrå. Avhengig av konjunkturer, innvandring med mer kan dette bli annerledes. Dersom befolkningen vokser mye mer eller mye mindre enn forutsatt vil det kunne ha store konsekvenser for dimensjoneringen av helsetilbudet. Sykehuset vil foreta dimensjonering i senere faser. Kommunene får rammetilskudd blant annet basert på innbyggertall. Økt antall innbyggere vil derfor sannsynligvis også medførte økte økonomiske rammer for kommunene. Endret befolkningsvekst vil ikke påvirke utviklingsplanen nevneverdig.

Befolkningsvekst kan også få en annen geografisk fordeling enn forutsatt i prognosene. Etter vår vurdering er det sannsynlig at ny E39 vil kunne bidra til noe mer befolkningsvekst i kommunene vest for Kristiansand enn forutsatt. Dette vil kunne forskyve opptaksområdets tyngdepunkt litt mot vest. Kommunene vest for Kristiansand er imidlertid i utgangspunktet så pass små at dette neppe vil gjøre nevneverdige utslag for konklusjonene i denne rapporten. Tilsvarende gjelder for ny vei fra Arendal til Tvedestrand, som kan bidra til vekst øst for Arendal.

Utviklingsplanen presenterer befolkningsprognoser som kun strekker seg til 2030. Den forventede demografiske utviklingen fram mot 2040 og 2050 bør også inn i det samlede vurderingsgrunnlaget for både aktivitetsberegninger og dimensjonering.

**Figur 6 Forventet befolkningsvekst 2014-2040 (lav, middels og høy vekst)<sup>8</sup>****Forventet befolkningsvekst 2014-2040**

Kilde: SSB

## 4.2.2 Infrastruktur

Som et grunnlag for utviklingsplanen er det foretatt beregninger av kjøretid. I beregningene for 2030 er det forutsatt ny 4-felts vei fra Arendal til Tvedestrand og fra Søgne til Ofteland i Lyngdal, ny veg mellom Myrene og Stoa, ny Rv 9 fra Krossen til E39, ny Vågsbygdvei er tatt i bruk og det er ferdigstilt ny vei til Kjevik.

Det er flere elementer ved fremtidig infrastruktur som er usikre. De færreste av elementene vil ha stor betydning for tilgjengelighetsanalysene som er lagt til grunn for Utviklingsplan 2030. Det er først og fremst på strekningen E39 Kristiansand-Flekkefjord at usikkerheten vil kunne få relativt stor betydning. Utviklingsplanen forutsetter en reisetid på 1t og 30 minutter fra Flekkefjord til Kristiansand. Dette er bare 5-10 minutter raskere enn i dag, og det er etter vår vurdering ikke sannsynlig at reisetiden blir vesentlig lengre enn dette i fremtiden. Det er derimot større sannsynlighet for at reisetiden blir kortere. I så fall vil tilgjengeligheten fra vestre Vest-Agder til sykehuset i Kristiansand blir bedre enn forutsatt i Utviklingsplan 2030.

## 4.2.3 Økonomi

En grunnleggende forutsetning i Utviklingsplan 2030 er at utviklingen i økonomiske rammer for helsetjenesten vil følge forventet utvikling i BNP. Videre er forventningen til rammevekst basert på en framtidig fordeling av vekst mellom spesialisthelsetjenesten og kommunesektoren med 1/3 og 2/3.

Dette kan leses som SSHF sitt forsøk på å konkretisere de overordnede føringene for Samhandlingsreformen gitt fra Helse- og omsorgsdepartementet om at "En større del av veksten i helsebudsjettene skal komme i kommunene i årene fremover"<sup>9</sup>. I følge tall fra Helsedirektoratet var kostnadsveksten i primærhelsetjenesten jevnt over større enn i spesialisthelsetjenesten i perioden 2010 til 2012. Tjenestoområdene helse- og omsorgstjenester i primærhelsetjenesten, forebygging, fastleger og kiropraktorer hadde alle en realvekst på over

<sup>8</sup> SSB tabell 10213 - Folkemengde registrert per 1. januar 2014

<sup>9</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/samhandlingsreformen-i-kortversjon.html?id=650137>



7 prosent i denne perioden. Veksten i helseforetakene var i tilsvarende periode i overkant av 1 prosent (..) <sup>10</sup>. Forutsetningen om at 2/3 av veksten skal komme i primærhelsetjenesten er imidlertid svært omdiskutert blant mange av respondentene. Gjennomgående er oppfatningen i kommunene at sykehuset legger til grunn en lite realistisk fremstilling av hva kommunene kan forvente av ressurser på helseområdet i årene fremover. Så vidt PwC er kjent med fremgår det heller ikke av statsbudsjettet eller andre styrende dokumenter at 2/3 av aktivitetsveksten skal komme hos kommunene, og ikke minst at det vil følge økonomiske ressurser med denne økningen. Mange kommuner har erfart at nasjonale reformer underfinansieres, og er derfor bekymret for at sykehuset innretter sitt tilbud ut fra en så usikker forutsetning. Hvor realistisk forutsetningen om 2/3 vekst i kommunene er, er det ikke mulig å si noe sikkert om. PwC gjorde et arbeid for KS i 2010 der temaet var hvorvidt statlige reformer er fullfinansiert. <sup>11</sup> Av de tre reformene som er undersøkt (barnehagereformen, økt timetall i skolen og kvalifiseringsprogrammet overfor sosialklienter), fant man at den første var klart underfinansiert mens de to andre var rimelig treffende finansiert i makro. I mikro fantes det både under- og overfinansierte kommuner i tilknytning til alle tre reformene. I et historisk perspektiv kan det altså være grunn til en bekymring for hvem som skal ta regningen for oppgaveoverføringen fra stat til kommune.

Vår forståelse av utviklingsplanen er at det legges til grunn både 1/3 av aktivitetsvekst og tilsvarende vekst i helseforetakets økonomiske rammer <sup>12</sup>. Dersom rammeveksten skulle få en annen fordeling enn aktivitetsveksten, vil det kunne utgjøre en betydelig økonomisk risiko for hhv. kommunene eller sykehuset.

Flere trekker frem finansieringsordningene i helsevesenet generelt og at disse er lite egnet til å oppnå intensjonene i samhandlingsreformen – og den retningen Utviklingsplan 2030 skisserer - i form av mindre døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten og mer poliklinisk behandling, konsultasjoner hos fastlegene og ambulerende virksomhet. Dette er åpenbart en ekstern rammebetingelse som Utviklingsplan 2030 ikke kan si noe om. Like fullt vil finansieringsordninger i helsevesenet kunne ha stor betydning for hvordan aktørene i helsesektoren innretter seg, eksempelvis hvorvidt det er mulig for kommunene prioritere forebyggende arbeid i tilstrekkelig grad. Følgende er sagt om eksisterende finansieringsordning i intervju: *"Satt på spissen: konsekvenser av forebygging har ikke direkte innvirkning på sykehusdriften, fastlegene har økonomisk fordel av «uhelse» i befolkningen, mens kommunene vil ha god effekt av å forebygge. Kommunen er imidlertid avhengig av samspill med de andre aktørene i forebyggingsarbeidet."*

Forutsatt at SSHF går lenger enn det som følger av nasjonale føringer når det gjelder å organisere tjenestetilbudet innen psykisk helsevern, så er det viktig å hensynta hvilke implikasjoner denne omleggingen har for det samlede tilfanget av ressurser til denne gruppen i Agder. En omlegging av oppgaver fra ett tjenestenivå til et annet, betyr ikke automatisk en tilsvarende endring verken av nasjonale eller regionale kriterier for fordeling av penger eller for den samlede sum ressurser tilgjengelig. <sup>13</sup>

Dersom kommunene ikke gis de nødvendige økonomiske rammer for å ivareta utvidede oppgaver på helseområdet vil det enten gå på bekostning av andre kommunale oppgaver, eller kunne slå tilbake på sykehuset ved at pasienter ikke gis et godt nok tilbud i kommunene, blir sykere og får økt behov for tilbud fra spesialisthelsetjenesten. Dette vil i tilfelle kunne vurderes som en viktig risikofaktor, både for kommunal økonomi og for vilkårene for å gjennomføre de strategiske grepene som presenteres i Utviklingsplan 2030.

<sup>10</sup> <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2012-13/Publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2012-2013.pdf>

<sup>11</sup> [http://www.ks.no/PageFiles/15903/094019\\_Sluttrapport%20om%20vedlegg\\_22.12.2010.pdf](http://www.ks.no/PageFiles/15903/094019_Sluttrapport%20om%20vedlegg_22.12.2010.pdf)

<sup>12</sup> Utviklingsplan 2030, s 127 og vedlegg Økonomiske vurderinger, s 11.

<sup>13</sup> <http://www.fvn.no/mening/kommentar/Det-er-summen-som-teller-2625384.html>

## 4.2.4 Regionale helsesenter (RHS)

Et viktig element i alle tre driftsmodellene er regionale helsesenter (RHS) som i utviklingsplanen er definert som en institusjon som:

- Bygningsmessig kan eies og drives av kommunen eller en tredjepart.
- Kan omfatte kommunale tjenester som legevakt/akutttilbud med akuttsenger/observasjonssenger, palliative senger, rehabilitering, fastlege og andre helse- og omsorgstjenester. RHS kan gi tilbud til en eller flere kommuner.
- Kan omfatte spesialisthelsetjenester som leveres av eller i samarbeid med et HF/sykehus og som kan omfatte akutt skadepoliklinikk og elektiv dagbehandling og poliklinikk for utvalgte spesialiteter. Kan i tillegg ha diagnostikk i samarbeid med kommune og private leverandører.
- Kan omfatte tjenester fra private tjenesteleverandører innen diagnostikk og behandling

I følge utviklingsplanen vil RHSene ha en størrelse og et tjenestetilbud som faglig og driftsmessig er tilpasset relasjonen/nærheten til et sykehus og størrelse på dekningsområdet.

Denne forholdsvis knappe beskrivelsen av hva et RHS er, herunder hvilke tjenester institusjonen skal inneholde, lokalisering, eierskap, organisering og finansiering har vært et tilbakevendende tema i intervjuene med kommune. Respondentene opplever at det er vanskelig å skulle beskrive risiko og sårbarhet ved noe de ikke helt får grep på hva er, og som samtidig utgjør et så sentralt element i fremtidens helsetilbud i Agder, sett fra SSHFs side. I beste fall kan RHSene langt på vei avdempe mange av de negative konsekvensene ved å legge ned lokalsykehus, men siden RHSene har mange uavklarte spørsmål knyttet til seg opplever vi at mange kommuner i liten grad velger å forholde seg til RHSene og hva de eventuelt kan tilføre. Denne usikkerheten kan i seg selv oppfattes som et risikoelement i utviklingsplanen.

En ytterligere grunn til at dette fremstår som problematisk for kommunene er at RHS, som kommunene er tiltenkt å levere tjenester gjennom, er innført som et nytt begrep i utviklingsplanen, på siden av de prosesser kommuner og SSHF normalt forholder seg til i samhandlingsspørsmål (Samarbeidsavtaler/OSS). Dermed blir også selve prosessen et negativt element i dette.

Gjennomgående er kommunene bekymret for kostnader RHSene vil påføre dem, både i form av investeringer og driftskostnader. Sykehuset på sin side er tydelige på at desentralisering av spesialisthelsetjenester slik de er skissert i utviklingsplanen ikke vil innebære kostnader for kommunene. Samhandlingsreformen derimot vil gi økte kostnader (sykehjem, hjemmetjenester mm) ettersom det skjer en oppgaveoverføring til kommunene fra sykehuset. Dermed er vi i en situasjon der kommunene og SSHF har ulik forståelse av et helt sentralt element i utviklingsplanen. En presisering av hvordan SSHF har tenkt rundt organiseringen og finansieringen av RHSene, og ikke minst det prosessuelle knyttet til dette, ville åpenbart vært en fordel.

## 4.2.5 Kapasitet/behovsframskrivninger

Framskrivningen i somatikkrapporten bygger på aktiviteten<sup>14</sup> ved SSHF i 2011 fordelt i pasientforløpsgrupper. Det kan diskuteres om dette er det riktige grunnlaget å fremskrive aktiviteten i 2030 på. Det å knytte faktisk behandling til befolkningens reelle behov kan være problematisk av flere grunner. Aktiviteten styres blant annet av den innsatsstyrte finansieringen. Et forhold som kan påvirke forbruk er DRG-vektingen og at sykehus til en viss grad tilpasser aktiviteten til det som gir best økonomisk uttelling. Det er ikke gitt at fremtidens finansieringsmodell beholder aktivitetsbasert finansiering i samme størrelsesorden som i dag (50 %), noe som kan gi seg utslag i aktivitetsnivå. Framskrivningene frem mot 2030 «tillater» at dagens utvikling fortsetter. Nivådiskusjoner/prioriteringsdebatter vil trolig tvinge seg frem både nasjonalt og lokalt med den konsekvens at tilbud som i dag gis i sykehus kan erstattes med eksempelvis nye teknologiske løsninger eller oppfølging utenfor sykehuset. Et tredje eksempel er at befolkningens forbruk av sykehustjenester kan variere med avstand til

<sup>14</sup> DRG-produksjon

sykehus. Tall fra SSHF viser at Listerbefolkningen benyttet omlag 11 % mer sykehustjenester (målt i DRG per innbygger) enn snittet i Agder i 2013. Noe av denne forskjellen skyldes trolig alderssammensetning, men tallene viser vesentlig avvik mellom kommuner og mellom ulike fag. Medisin, gynekologi og noe ortopedi trekker opp forbruket, mens forbruk av kirurgiske tjenester, samt forbruk av de tjenester som ikke tilbys lokalt (ØNH, øye, barn, revmatologi, nevrologi) trekker ned. Spesielt Flekkefjord og Kvinesdal har høyt forbruk, både på innlagte døgnpasienter og poliklinikk. Slike analyser kan indikere at nærhet til sykehuset innvirker på forbruk av spesialisthelsetjenester. Valgt driftsmodell og tilhørende lokalisering kan virke inn på aktiviteten, og således gi avvik fra forutsetningen om at dagens aktivitetsnivå fremskrives i 2030.

En beregning utført av SINTEF Helse for Helse Sør-Øst i juni 2014<sup>15</sup> legger til grunn andre forutsetninger for utregning av kapasitetsbehovet ved helseforetaket i 2030 enn det som gjøres i Utviklingsplan 2030. Forskjellen i beregnet antall døgnopphold i somatikken på SSHF i de to analysene er på ca 20 %<sup>16</sup>. Dette sier noe om usikkerheten knyttet til beregninger i et tidsperspektiv på over 15 år, og at de forutsetninger som legges til grunn, er av stor betydning når konsekvensene skal vurderes.

Dersom beregningene av kapasitetsbehov tuftes på sviktende forutsetninger vil det kunne gi alvorlige konsekvenser i et samfunnsperspektiv. En riktig dimensjonering av sykehuset er først og fremst kritisk for pasientbehandling og pasientsikkerhet, men kan også ha økonomiske konsekvenser dersom sykehuset må utvide sin kapasitet utover det som ligger i utviklings- og investeringsplaner. I tillegg kan en eventuell underdimensjonering av sykehuset føre til et ytterligere press på det kommunale helsetilbudet. I den forbindelse er det viktig at også den demografiske utviklingen etter 2030 inngår i vurderingene av fremtidig kapasitet.

#### 4.2.6 Epidemiologi

Utviklingsplanen drøfter hvordan epidemiologisk utvikling vil kunne påvirke framtidig aktivitet og kapasitetsbehov i sykehuset. Beregningene i planen tar hensyn til forventet økning i antall liggedøgn utover effekten av demografiske endringer for bl.a. ondartede svulster, muskel- og skjelettsykdommer, dialyse og kjemoterapi. Det presiseres i planen at estimatene som er gjort er usikre. Det er i tillegg en viss usikkerhet knyttet til den totale epidemiologiske utviklingen i tidsperspektivet fram mot 2030. Eksempler på faktorer som kan ha vesentlig betydning er forekomsten av multisykdom, framvekst av nye livsstilssykdommer, antibiotikaresistens ved behandling av infeksjonssykdommer og utviklingen innenfor nye behandlingsmetoder. Dette må hensyntas i det videre arbeidet med dimensjonering og innretning av sykehusets virksomhet i framtiden.

#### 4.2.7 Teknologi

Den teknologiske utviklingen frem mot 2030 er vanskelig å forutse. SSHF viser i utviklingsplanen til at *"Helsedirektoratet har vurdert effekter av teknologisk utvikling for framtidig aktivitet og kapasitetsbehov i forbindelse med utvikling av en ny fremskrivingsmodell for aktivitet i sykehus. Konklusjonen er at det er så stor usikkerhet knyttet til mulige gjennombrudd innenfor medisinsk teknologi og konsekvensene av teknologiske endringer, at dette ikke kan legges til grunn for prognoser for framtidig aktivitet og kapasitetsbehov.* Den teknologiske utviklingen er like fullt en faktor som kan ha stor innvirkning på de samfunnsmessige konsekvensene vi har drøftet i kapittel 3.

Selv om det ikke er mulig å være konkret går det an å belyse hvilke områder teknologi har relevans i forhold til og hvordan samfunnet kan påvirkes av denne endringen. Både sykehusets fremtidige tilbud og hvordan kommunene vil organisere sine helsetjenester på i framtiden vil påvirkes av den teknologiske utviklingen.

I forhold til sykehusstruktur er det mye som tyder på at fysisk avstand vil bety mindre enn i dag. Utviklingen innen medisinsk teknologi og velferdsteknologi vil muliggjøre både diagnostisering, behandling og oppfølging av mange sykdommene ute i kommunene. Med ny teknologi i form av on-line helsetjenester, sammen med teleteknologi, vil pasienter i langt større grad kunne behandles lokalt. Dette er noe av grunnlaget for at

<sup>15</sup> Aktivitet- og kapasitetsanalyse 2030, Helse Sør-Øst, Delleveranse, SINTEF- juni 2014

<sup>16</sup> *Døgnopphold*. Utviklingsplan 2030 tok utgangspunkt i aktivitet 2011, 46929, demologisk fremskriving 2030: 68178. SINTEF tok utgangspunkt i aktivitet 2012, 43502, demologisk fremskriving 2030: 52902

samhandlingsreformen kunne iverksettes. Mye som tyder på at menneskers mulighet til selv å følge med på egen helse (blodtrykk, blodsukker, oksygenopptak osv), vil bli realisert i langt større grad. Telemedisin har et utviklingspotensial både som klinisk hjelpemiddel i det daglige arbeidet ved sykehuset, blant annet for å oppnå tidligere diagnostisering, og som hjelp i utdanningen og kompetanseoverføring.

Dersom teknologiske løsninger som i dag er i støpeskjeen blir realisert vil det kunne ha stor betydning for hvordan sykehuset driver sine tjenester og hvor tilgjengelige disse er for befolkningen. I et samfunnsøkonomisk perspektiv kan innføring av ny teknologi frigjøre ressurser og ha konsekvenser for bemanningsbehovet både ved sykehus og i kommunal helsetjeneste. På den annen side, i helsesektoren tyder erfaringer så langt på at teknologiske fremskritt ofte har ført til økt produksjon, også av relativt dyre tjenester

### *4.2.8 Kulturelle aspekter*

Utviklingsplanen er et verktøy for å innrette SSHFs virksomhet på en måte som tilfredsstiller eiers krav og befolkningens forventninger til sykehustjenester med tilstrekkelig kvalitet på en kostnadseffektiv måte. Det er altså helt avgjørende at sykehuset i fremtiden evner å organisere seg på en måte som gjør det mulig å gi pasientene det beste tilbudet med utgangspunkt i tilgjengelige ressurser. Gitt at man kommer til at ett sykehus er den foretrukne driftsmodellen vil sykehuset stå foran en betydelig omstilling som involverer ulike fagmiljøer med tilhørende organisasjonskulturer. For å realisere de ønskede gevinstene er det kritisk at ledelsen evner å adressere de organisatoriske utfordringene på en god måte. Det er mange eksempler på at man i store omorganiseringer ikke har lyktes med å ta ut de identifiserte stordriftsfordelene. Ofte handler det om manglende fokus på kulturelle aspekter og endringsledelse. Vi vet at det også i dagens struktur er kulturelle utfordringer på tvers av de tre lokasjonene. Dersom dette ikke vies tilstrekkelig fokus vil det være fare på at motkrefter i systemet i større eller mindre grad kan nøytralisere de positive konsekvensene av å samle tjenester i ett stort sykehus, både helsefaglige og økonomiske.

## 4.3 Tilgrensende prosesser på nasjonalt nivå

På nasjonalt nivå skjer det flere initiativ som både vil være premissgivende for hvordan SSHF vil innrette sin virksomhet i tiden som kommer, og for hvordan kommunene vil innrette sitt helsetilbud. Selv om SSHF ikke har direkte innvirkning på disse prosessene, ser vi det som naturlig å omtale disse her. Risikoer og sårbarheter vi har drøftet i kapittel 3 vil kunne se annerledes ut, avhengig av hvordan rammebetingelsene SSHF opererer under i tiden frem mot 2030.

### 4.3.1 Samhandlingsreformen

Helsedirektoratet skriver i sin publikasjon Samhandlingsstatistikk<sup>17</sup> at man ser en utvikling mot færre utskrivningsklare pasienter på sykehus, oppbygging av et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, tydelig vekst i hjemmesykepleien, i korttidsopphold på kommunale institusjoner, flere frisklivssentraler og økt elektronisk meldingsutveksling mellom kommuner og sykehus. De mener dette gir grunn til å konkludere med at samhandlingsreformen ser ut til å ha bidratt til å gi forbedringsarbeidet i helse- og omsorgstjenestene en tydeligere retning og ny kraft.

SSHF har forsøkt å følge opp og videreføre i seg intensjonene i samhandlingsreformen når de i utviklingsplanen har gjort framskrivninger på sin aktivitet fram mot 2030. Som vi har vært inne på er det vanskelig å skille ut omlegginger i skjæringspunktet spesialist/kommunehelsetjenesten som ville kommet helt uavhengig av Utviklingsplan 2030, og hvor SSHF har gått lengre enn det som følger av samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen kan derfor i denne sammenheng betraktes som en ekstern faktor som samvirker med de prinsipielle strukturvalgene i utviklingsplanen. Vi har i kapittel 3 valgt å belyse risikoer og sårbarheter ved prinsipielle strukturvalg, men understreker her at dette ikke er en utredning av risiko og sårbarhet som følger av samhandlingsreformen som sådan, tvert i mot er denne en helt sentral forutsetning for de strategiske veivalg som er foretatt av sykehuset i utviklingsplanen.

### 4.3.2 Kommunereform

De siste femti årene har kommunene fått stadig flere oppgaver og økt ansvar. Kommunene er i dag helt sentrale aktører for å løse viktige samfunnsutfordringer, og dette stiller store krav til kommunen. I tillegg må kommunene være i stand til å håndtere nye velferdsreformer i framtiden. Regjeringen har derfor initiert en kommunereform som skal sikre robuste kommuner i årene framover. Kommunereformen kan antas å få følger for kommunestrukturen i sykehusets opptaksområde. På samme måte som samhandlingsreformen vil kommunereformen legge mye av premissene for hvilke oppgaver det er realistisk at kommunene kan ta på seg på helseområdet. Mange har i intervjuene gått så langt som å si at kommunereformen er en forutsetning for at Utviklingsplan 2030 skal la seg gjennomføre. Mange av kommunene i Agder er i dag så små at de ikke vil være i stand til å håndtere det omfanget av oppgaveoverføring som skisseres i Utviklingsplan 2030.

### 4.3.3 Ny helse- og sykehusplan

Høsten 2015 legger regjeringen frem en nasjonal helse- og sykehusplan for Stortinget. Stortingsmeldingen skal skissere prinsipper og kriterier for ulike typer sykehus og framtidig sykehusstruktur, slik at Stortinget kan vedta nasjonale prinsipper for sykehusstruktur og hvilke typer sykehus og andre virksomheter vi skal ha i spesialisthelsetjenesten.

Nasjonal helse- og sykehusplan vil bli regjeringens operative redskap for å ruste tjenesten til å møte det framtidige behovet for helsetjenester. Planen skal ta utgangspunkt i hvordan helsetjenesten bør se ut fra pasientenes perspektiv. Både prosess og plan skal reflektere brukernes erfaringer, kompetanse og synspunkter. Planen skal inneholde forslag til tiltak for å sikre tilstrekkelig personell, riktig kompetanse og arbeidsdeling i framtidens spesialisthelsetjeneste.

Det antas at denne planen vil ha stor betydning for hvilket handlingsrom SSHF har når det gjelder å innrette sin virksomhet, herunder valg av driftsmodell. SSHF har varslet at det blir ikke fattet noe endelig vedtak

<sup>17</sup> <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2012-13/Publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2012-2013.pdf>

vedrørende Utviklingsplanen før den er samkjørt med den nasjonale sykehusplanen som kommer en gang i 2015.

#### 4.3.4 Ny primærhelsemelding

Regjeringen har varslet at den i 2015 vil legge frem en stortingsmelding om primærhelsetjenesten. Stortingsmeldingen skal tydeliggjøre samfunnsoppdraget til kommunen.

#### 4.3.5 Ny omsorgsplan

Omsorgsplan 2020 er en plan for å møte både dagens behov og morgendagens utfordringer. Samtidig som dagens Omsorgsplan 2015 gjennomføres, starter arbeidet med å utvikle og innarbeide nye og framtidsrettede løsninger. Omsorgsplan 2015 er en del av Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening - framtidens omsorgsutfordringer. En sentral målsetning i dette arbeidet er at kommunene i større grad enn i dag skal kunne oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløpet.

Gradvis avløses dagens plan av de nye tiltakene som bidrar til å gi Omsorgsplan 2020 en mer innovativ innretning. Satsingsområdene i den nye planen er:

- Morgendagens omsorg - et innovasjonsprogram fram mot 2020.
- Morgendagens omsorgstjenestebrukere - med et ressursorientert perspektiv.
- Morgendagens omsorgsfellesskap - med et pårørendeprogram, en nasjonal frivillighetsstrategi og politikk for ideelle, samvirkebaserte og private tjenesteleverandører.
- Morgendagens omsorgstjeneste - med faglig omlegging og større vekt på tidlig innsats, hverdagsrehabilitering og nettverksarbeid.
- Morgendagens omsorgsomgivelser - med et program for utvikling og innføring av velferdsteknologi og tiltak for fornyelse, bygging og utvikling av framtidens sykehjem og omsorgsboliger.

#### 4.3.6 Ny folkehelsemelding

Som en del av satsingen på folkehelse og styrking av det forebyggende helsearbeidet har regjeringen varslet en ny folkehelsemelding for Stortinget våren 2015. Intensjonen er å legge til rette for god samordning mellom nasjonal politikk og kommunale planprosesser.

Tre innsatsområder vil løftes frem i meldingen: psykisk helse i folkehelsearbeidet, aktive eldre og helsevennlige valg. I tillegg vil forebyggende arbeid mot barn og unge være prioritert.

#### 4.3.7 Ny spesialitetsstruktur og nytt innhold i spesialistutdanning av leger

I juni 2014 sendte Helsedirektoratet forslag til ny spesialitetsstruktur og nytt innhold i spesialistutdanning av leger ut på høring<sup>18</sup>. Forslaget tar utgangspunkt i kommunenes og helseforetakenes faktiske og framtidige oppgaver og baseres på en analyse av nye og endrede kompetansebehov som følge av utvikling av helsetjenesten og medisinskfaglig utvikling.

Implementering av samhandlingsreformen med behandling av flere pasienter med kroniske sykdommer lokalt, større forekomst av eldre med sammensatte lidelser og innføring av teknologi som muliggjør lokal

<sup>18</sup> <http://www.helsedirektoratet.no/helsepersonell/spesialistomradet/delprosjekter/spesialitetsstruktur-og-innhold-leger/Sider/default.aspx>

diagnostisering, utgjør til sammen sterke føringer for en større vekt på breddekompetanse, også i spesialiseringen. Det blir viktig å sørge for at de fleste spesialister som har førstelinjekontakt med pasienten har tilstrekkelig breddekompetanse til å vurdere og behandle pasienten riktig og eventuelt videresende pasienten til rett spesialist. Det foreslås konkret innføring av ny spesialitet i mottaks- og indremedisin som tilpasses behovene i akuttmottakene og omgjøring av alle grenspesialiteter i indremedisin og kirurgi til hovedspesialiteter.

Disse endringene har betydning for hva slags kompetanse som vil være tilgjengelig i spesialisthelsetjenesten i fremtiden, noe som kan ha betydning for det faglige tilbudet i fremtidens lokalsykehus.

# 5 Oppsummering og samlet risikovurdering

Denne ROS-analysen har vurdert risiko og sårbarhet ved sentrale element i Utviklingsplan 2030. Analysen er strukturert langt to dimensjoner. For det første er det definert 4 risikoområder: faglig kvalitet, helhetlige pasientforløp, tilgjengelighet og økonomi. Disse områdene er identiske med fire av vurderingskriteriene som benyttes i Utviklingsplan 2030. For det andre er det gjort vurderinger av de tre driftsmodellene som utviklingsplanen skisserer, samt det vi har definert som prinsipielle strukturvalg. Hovedstrukturen i analysen illustreres i figuren under.

**Figur 7 Illustrasjon av hvordan analysen er strukturert**

Risikoområder	Alternative driftsmodeller og prinsipielle strukturvalg			
	Driftsmodell 1	Driftsmodell 2	Driftsmodell 3	Prinsipielle strukturvalg
Faglig kvalitet				
Helhetlige pasientforløp				
Tilgjengelighet				
Økonomi				

I tillegg til å beskrive og drøfte risiko og sårbarhet innenfor de fire risikoområdene, belyses også usikkerhet og gjennomføringsrisiko som et eget tema. Det eksisterer en rekke interne og eksterne usikkerhetsmomenter som både kan innebære risiko/sårbarhet i seg selv, og som kan påvirke gjennomførbarheten av de ulike driftsmodellene og prinsipielle strukturvalgene – herunder usikkerhet knyttet til premissene som er lagt til grunn for Utviklingsplan 2030.

## Risiko og sårbarhet ved alternative driftsmodeller

### Faglig kvalitet

Basert på en samlet vurdering av innsamlede data vurderes modell 1 og 2 å gi høyest risiko innenfor området faglig kvalitet. Det synes å være relativt små forskjeller mellom modell 1 og modell 2

Mht. rekruttering er bildet imidlertid komplekst. Modell 1 og 2 er har størst sårbarhet i et langsiktig perspektiv, mens modell 3 har betydelig sårbarhet på denne dimensjonen i perioden fra beslutning og fram til driftsmodellen er realisert.

Sentrale sårbarheter knyttet til faglig kvalitet er oppsummert i figuren under.



**Tabell 10 Sentrale sårbarheter knyttet til faglig kvalitet**

Driftsmodeller	Risiko og sårbarhet
Driftsmodell 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rekruttering - vanskeligere å tiltrekke seg spesialisert kompetanse</li> <li>• Utarming av fagmiljø og medisinsk-teknisk utstyr</li> <li>• Økt sårbarhet ved komplekse sykdommer/tilstander pga. svakere spesialisering</li> <li>• Sårbarhet knyttet til kvalitet pga. lavt volum på enkelte tjenester – særskilt akutfunksjoner</li> <li>• Redusert tilgang på generelle kirurger - bemanningsutfordringer på mindre sykehus</li> <li>• Sårbarhet knyttet til enhetlig og forutsigbar kvalitet på tjenestetilbudet</li> <li>• Sårbar struktur mht. ledelse og enhetlig organisasjonskultur</li> </ul>
Driftsmodell 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mange av de samme sårbarhetene som for modell 1</li> <li>• Uforutsigbarhet mht. hvilket tilbud som gis ved småsykehusene</li> </ul>
Driftsmodell 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rekruttering til RHS/ambulante tjenester</li> <li>• Rekruttering og faglig kvalitet i overgangsfasen (fra beslutning til nytt sykehus er ferdig)</li> <li>• Redusert fleksibilitet i krisesituasjoner ved én vs tre lokasjoner</li> </ul>

**Helhetlige pasientforløp**

Modell 1 og 2 har høyest sårbarhet knyttet til intern samhandling og tilbuds differensiering

For dimensjonen "samhandling mellom SSHF og kommunene/fastlegene" har modell 1 og 2 sårbarhet på grunn av svært kompleks samhandlingsstruktur med høyt antall relasjoner. I modell 3 er den viktigste sårbarheten på denne dimensjonen knyttet til avvikling av eksisterende velfungerende relasjoner, samt økt opplevd avstand mellom sykehuset og en del av kommunene.

De viktigste sårbarhetene knyttet til helhetlige pasientforløp er oppsummert i figuren under.

**Tabell 11 Sentrale sårbarheter knyttet til helhetlige pasientforløp**

Driftsmodeller	Risiko og sårbarhet
Driftsmodell 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasienter kan oppleve å få ulik behandling ved forskjellige sykehus</li> <li>• Stort omfang av overføring mellom ulike geografiske lokasjoner</li> <li>• Fragmentert tilbud med differensiering gjennom døgnet, uken og året</li> <li>• Større sårbarhet for brudd i komplekse pasientforløp</li> <li>• Mange samhandlingsrelasjoner (3 sykehus og 30 kommuner)</li> </ul>
Driftsmodell 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mange av de samme sårbarhetene som for modell 1</li> <li>• Økt sårbarhet for brudd i pasientforløp ved akutte tilstander pga. mindre forutsigbar akuttberedskap</li> </ul>
Driftsmodell 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Større "avstand" til kommunal tjeneste og lavere kjennskap til pasientpopulasjonen</li> <li>• Sårbarhet knyttet til intern samhandling som følge av økt spesialisering og "silotenkning"</li> <li>• Brudd på eksisterende relasjoner mellom sykehus og kommuner</li> <li>• Utdfordrende å sikre at pasienter får lik behandling ved forskjellige RHS-er</li> </ul>

**Tilgjengelighet**

Modell 1 og 2 innebærer høyest risiko for at enkelte høyspesialiserte tjenester sentraliseres/flyttes til større sykehus utenfor Agder

Modell 3 størst sårbarhet i forhold til avstand til akutfunksjoner mens modell 1 har minst sårbarhet på denne dimensjonen.

Avstand/transport-belastning ved planlagt behandling avhenger sterkt av innhold i og plassering av RHS. Det er derfor ikke grunnlag for å vurdere modellene opp mot hverandre.

Sentrale sårbarheter knyttet til tilgjengelighet er oppsummert i figuren under.

**Tabell 12 Sentrale sårbarheter knyttet til tilgjengelighet**

Driftsmodeller	Risiko og sårbarhet
Driftsmodell 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sårbarhet for at spesialiserte tjenester ikke tilbys ved SSHF</li> <li>Pasienter risikerer å havne på nærmeste sykehus, hvor nødvendig kompetansen ikke trenger å være tilgjengelig</li> </ul>
Driftsmodell 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>De samme sårbarhetene som for modell 1, men i noe svakere grad</li> <li>Lenger avstand til akuttfunksjoner</li> <li>Sårbarhet knyttet til transporttid i akuttsituasjoner</li> <li>Sårbarhet knyttet til transportkapasitet i akuttsituasjoner</li> <li>Økt sårbarhet ved ekstremvær – spesielt i akuttsituasjoner</li> </ul>
Driftsmodell 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Økt sårbarhet ifm. avstand til akuttfunksjoner og beredskap, herunder i krisesituasjoner</li> <li>Mulige utfordringer med å rekruttere spesialkompetanse til desentraliserte tjenester langt fra sykehus</li> <li>Pårørende vil kunne få lange reiseveier</li> <li>Sårbarhet knyttet til økt transportbelastning for eldre og pasienter med kroniske lidelser</li> </ul>

### Økonomi

Valg av driftsmodell har små konsekvenser for kommunal økonomi, hovedsakelig fordi oppgavefordelingen mellom helseforetaket og kommunene forutsettes likt i alle modellene.

Rasjonell drift og reduserte kostnader (modell 3) kan øke foretakets evne til å prioritere forebygging, veiledning og ambulante tjenester. De viktigste sårbarhetene knyttet til økonomi er oppsummert i figuren under.

**Tabell 13 Sentrale sårbarheter knyttet til økonomi**

Driftsmodeller	Risiko og sårbarhet
Driftsmodell 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dublering/tredobling av tjenester og utstyr kan gi lite rasjonell drift</li> <li>Sårbarhet for forebygging, veiledning og ambulante tjenester</li> <li>Sårbarhet for økte kostnader til administrative funksjoner</li> </ul>
Driftsmodell 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>De samme sårbarhetene som for modell 1, men i noe svakere grad</li> </ul>
Driftsmodell 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kostnader knyttet til økt lokal beredskap (kommunal beredskapsplikt)</li> <li>Økte kostnader til transport av pasienter og behandlere</li> </ul>

## Risiko og sårbarhet ved prinsipielle strukturvalg

De prinsipielle strukturvalgene vil kunne utfordre de kommunale tjenestenes kapasitet og kompetanse i noen grad – kanskje særlig innenfor psykisk helsevern og rus. Dette kan innebære risiko for redusert faglig kvalitet på tilbudet til pasientene.

Mulige konsekvenser av oppgaveoverføring og omlegging av ressursbruk kan øke sårbarheten knyttet til de kommunale tjenestene, pasientenes nettverk/lokalmiljø og kommunikasjonen mellom tjenesteaktørene. Disse sårbarhetene vil kunne øke risikoen for brudd i pasientforløpene.

Sentralisering og reduksjon av døgntilbud kan redusere tilgjengeligheten til akuttfunksjoner innen psykisk helsevern og rus.

Overføring av 24 000 liggedøgn fra helseforetaket til kommunen vil innebære en kostnad på ca. 75-100 (40-50) MNOK. Overføring av 100 000 polikliniske konsultasjoner vil ha små konsekvenser for kommunal økonomi. Det er uklart hvilke økonomiske konsekvenser for kommunene som følger omleggingen av ressursbruken innen psykisk helsevern og rus.

## Usikkerhet og gjennomføringsrisiko

Vi har identifisert en rekke usikkerheter både i premissene som ligger til grunn for Utviklingsplan 2030, og til eksterne faktorer. Disse usikkerhetsmomentene kan både utgjøre risiko og sårbarhet i seg selv, og de kan innebære risiko knyttet til gjennomførbarheten av de ulike modellene og strukturvalgene.

Usikkerhet knyttet til forutsetningene kan handle om faktafeil, faglig uenighet, manglende dokumentasjon, manglende realisme, uklare beskrivelser eller inkonsistens. Eksterne faktorer kan handle om nasjonale rammebetingelser som samhandlingsreformen eller kommunereformen, finansieringsordninger i helsevesenet eller infrastruktur og teknologisk utvikling innen helsesektoren.

De viktigste usikkerhetene som er belyst er:

- **Ressurssituasjonen i kommunene** (økonomisk og kompetansemessig). En forutsetning for at Utviklingsplanen skal kunne la seg realisere er at kommunene er i stand til å påta seg oppgaver sykehuset til nå har hatt. Dersom kommunene får de nødvendige økonomiske rammer for å utføre disse oppgavene innebærer det en stor gjennomføringsrisiko for omleggingen som skisseres i utviklingsplanen. Mange, og spesielt mindre kommuner har i dag store utfordringer når det gjelder rekruttering. Omfattende interkommunalt samarbeid eller kommunereform må til for å gjøre kommunene i stand til å fylle sin tiltenkte rolle.
- **Samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjeneste** er en kritisk suksessfaktor. RHSene er tiltenkt en sentral rolle. Prosessene frem mot etableringen av disse er av avgjørende betydning. Samtidighet i prosessene er et nøkkelord (sykehuset bygger ned, mens kommunene bygger opp).
- **Kapasitet og kompetansebehovet i primærhelsetjenesten** generelt er økende (gitt demografisk utvikling, samhandlingsreform mm) samtidig som mange kommuner i dag har rekrutteringsutfordringer. På den annen side kan behovet for arbeidskraft i kommunene dempe de negative konsekvensene ved en eventuell nedleggelse av lokalsykehus.
- **Det stilles spørsmål ved det faglige grunnlaget for omleggingen innen psykiatrien.** Familie og pårørende får en merbelastning ved hjemmebehandling. Dette kombinert med at utviklingsplanen ikke er tydelige på hvilke pasientgrupper kommunene skal håndtere skaper usikkerhet i kommunene. Kombinasjonen rus/psykiatri er allerede i dag krevende for kommunene.
- **Infrastruktur**  
Det er usikkerhet knyttet til hvor mye av E39 som vil være utbygd i 2030. Utviklingsplanen forutsetter en reisetid på 1 t 30 min Kristiansand-Flekkefjord. Dette er et konservativt anslag. Vi mener det er større sannsynlighet for kortere reisetid enn lengre reisetid i fremtiden.
- **Teknologi** vil trolig ha meget stor betydning for tilgjengelighet og kvalitet i fremtidens spesialisthelsetjeneste. Fysisk avstand kan få mindre betydning i fremtiden.

## 6 Litteraturliste

AFI-rapport 10/2014. *Samspill eller svartespill? En studie av ansvarsfordeling og gråsoner mellom kommuner og spesilisthelsetjenesten for mennesker med RoP-lidelser med voldsproblematikk.*

Agderforskning (2008) FOU rapport nr 8/2012. Barns levekår og hverdagsliv i Agder. Delrapport 2. Tilgjengelig fra: [http://www.agderforskning.no/reports/fou08\\_2012-barns\\_levekaar.pdf](http://www.agderforskning.no/reports/fou08_2012-barns_levekaar.pdf)

Agderforskning (2009) FoU rapport nr. 1/2009. *Levekår i Vest-Agder*. Tilgjengelig fra: [http://www.agderforskning.no/reports/fou0109\\_lvk-v-a\\_.pdf](http://www.agderforskning.no/reports/fou0109_lvk-v-a_.pdf)

Agderforskning, prosjektrapport nr. 11/2012. *Arbeid og levekår i Lister*.

Arendal kommune (2011). *Kommuneplan 2011-2022. Varm, stolt og utadvendt*.

Asplanviak.no (2014). *Tilgjengelighetsanalyser Rapport 1: Dagens transportnettverk og befolkning*. Tilgjengelig fra: [http://www.sshf.no/omoss\\_/utviklingsplan-2030/Documents/Delrapporter/Vedlegg%209%20Tilgjengelighetsanalyser%20Rapport%201%20Dagens%20befolkning%20og%20transportnettverk.pdf#search=Tilgjengelighetsanalyser%2520Rapport%25201%253ADagens%2520transportnettverk%2520og%2520befolkning%2520C%2520Asplan%2520Viak](http://www.sshf.no/omoss_/utviklingsplan-2030/Documents/Delrapporter/Vedlegg%209%20Tilgjengelighetsanalyser%20Rapport%201%20Dagens%20befolkning%20og%20transportnettverk.pdf#search=Tilgjengelighetsanalyser%2520Rapport%25201%253ADagens%2520transportnettverk%2520og%2520befolkning%2520C%2520Asplan%2520Viak)

Aust-Agder fylkeskommune, Arendal kommune & Statens vegvesen (2013). *Forstudie for fremtidig transportsystem i Arendal*

Bjog. Org (2013). *Availability and access in modern obstetric care: A retrospective population-based study*

Damvad Norge (2013). *Flere tette bysentra gir med effektive norske byregioner*

Det kongelige finansdepartement (2014). Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser mv. R-109/14. Tilgjengelig fra: [http://www.regjeringen.no/upload/FIN/Vedlegg/okstyring/rundskriv/faste/r\\_109\\_2014.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/FIN/Vedlegg/okstyring/rundskriv/faste/r_109_2014.pdf)

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, Meld. St. 16. *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. Meld. St. 29. *Morgendagens omsorg*.

Direktoratet for økonomistyring, *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS (2014). Tilgjengelig fra: [http://www.dfo.no/Documents/FOA/publikasjoner/veiledere/Veileder\\_i\\_samfunns%3b%20konomiske\\_analyser\\_1409.pdf](http://www.dfo.no/Documents/FOA/publikasjoner/veiledere/Veileder_i_samfunns%3b%20konomiske_analyser_1409.pdf)

Dragvoll. *Utredning om lokalisering av en ny universitetsklinikk i Trondheim*

European Transport Safety Council. *Road Safety Target in Sight: Making up for lost time*.

Eydenettverket.no (2014). <http://www.eyde-nettverket.no/>

FDVU kostnad - Hentet fra Side 2 i Vedlegg 8. *Notat, Driftsøkonomiske konsekvenser nybygg for psykisk helsevern SSHF*

Finansdepartementet, NOU (1997). *Nytte-kostnadsanalyser, Verdsetting av tid*

Flekkefjord kommune. *Kommuneplanens samfunnsdel 2014-2025*.

Fylkesmannen i Vest-Agder, Samfunnsavdelingen. *Rapport etter gjennomført beredskapstilsyn i Kristiansand kommune*

Fylkestingene Aust-Agder og Vest-Agder. *Felles plan folkehelse og levekår i Agder 2010-2013*.

Fædrelandsvennen 25.08.2014. *Nye grep mot deltidsproblemene*.

Helse Møre og Romsdal (2014). *Konsekvensutredning – Sjukehuset Nordmøre og Romsdal*

Helse og omsorgsdepartementet (2011). *Utfordringer for helse- og omsorgstjenesten*. Tilgjengelig fra: <http://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/tema/utfordringer/detalj/#situasjon>

Helse- og omsorgsdepartementet. *Samhandlingsreformen i kortversjon*. Tilgjengelig fra: [http://www.helse-sorost.no/omoss/\\_styret/Documents/Styrem%C3%B8ter/2009/05%20Mai/sak-044-2009-VEDLEGG\\_2-Prosjektplan\\_Likeverdige\\_tjenester.pdf](http://www.helse-sorost.no/omoss/_styret/Documents/Styrem%C3%B8ter/2009/05%20Mai/sak-044-2009-VEDLEGG_2-Prosjektplan_Likeverdige_tjenester.pdf)

Helse- og omsorgsdepartementet, Høringsnotat (2014). *Forslag til forskrift om krav til organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v. og forslag til endringer i forskrift om pasientjournal*.

Helse Sør-Øst. *Prosjektplan "Likeverdige helsetjenester"*. Tilgjengelig fra: [http://www.helse-sorost.no/omoss/\\_styret/Documents/Styrem%C3%B8ter/2009/05%20Mai/sak-044-2009-VEDLEGG\\_2-Prosjektplan\\_Likeverdige\\_tjenester.pdf](http://www.helse-sorost.no/omoss/_styret/Documents/Styrem%C3%B8ter/2009/05%20Mai/sak-044-2009-VEDLEGG_2-Prosjektplan_Likeverdige_tjenester.pdf)

Helsedirektoratet (2011), Rapport. *Samhandlingsreformen og ny folkehelsebehov: Behov for "samfunnskompetanse" i kurs- og utdanningstilbud*.

Helsedirektoratet. *Ny spesialitetsstruktur for leger*. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/helsepersonell/spesialistomradet/delprosjekter/spesialitetsstruktur-og-innhold-leger/Sider/default.aspx>

Helsedirektoratet. *Oversikt: Behov for kommunal øyeblikkelig hjelp*. Tilgjengelig fra: [http://helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud/Documents/kommunevis\\_oversikt\\_tilskuddsbelop.pdf](http://helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud/Documents/kommunevis_oversikt_tilskuddsbelop.pdf)

Helsedirektoratet. *Øyeblikkelig hjelp – døgntilbud i kommunen*. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud/Sider/dogntilbud-for-oyeblikkelig-hjelp-i-kommunen.aspx>

HelseOmsorg21, Kommunesektoren. *Delrapport- utkast til kommentar*

HelseOmsorg21, Rapport. *Et kunnskapssystem for bedre folkehelse*

Høgskolen i Lillehammer (2005). *Sykehuset og samfunnet. Regionale virkninger av omstrukturering i Sykehuset innlandet HF*

Høringsutkast (juni 2014). *LIM-planen, regional plan for likestilling, inkludering og mangfold på Agder 2015-2027*

Kommunal- og regionaldepartementet & Miljøverndepartementet. *Faglig råd for bærekraftig byutvikling*

Kristiansand kommune (2011). *Kommuneplan 2011-2022. Styrke i muligheter*.

Kristiansand kommune (2013). *Handlingsplan framtidens byer Knutepunkt Sørlandet 2013-2014*.

Kristiansand kommune (2014), Rapport fra Juul og Frost arkitekter. *Helsebyen*

Kristiansand kommune (2014). *Strategisk næringsplan for Knutepunkt Sørlandet – høring*. Tilgjengelig fra: <http://www.kristiansand.kommune.no/no/Administrasjon/Teknisk-sektor/By-og-samfunnsenheten/Regional-planlegging/Strategisk-naringsplan-for-Knutepunkt-Sorlandet/>

Kristiansand kommune (2014). *Vedlegg til strategisk næringsplan for Knutepunkt Sørlandet*. Tilgjengelig fra: [http://www.kristiansand.kommune.no/Documents/Planer%20og%20prosjekter/planer%20til%20h%C3%B8ring/N%C3%A6ringsplan%20for%20Knutepunkt%20Sørlandet%20-%20vedlegg%20\\_h%C3%B8ringsforslag%2019%2006.pdf](http://www.kristiansand.kommune.no/Documents/Planer%20og%20prosjekter/planer%20til%20h%C3%B8ring/N%C3%A6ringsplan%20for%20Knutepunkt%20Sørlandet%20-%20vedlegg%20_h%C3%B8ringsforslag%2019%2006.pdf)

Kristiansand kommune, plan- og bygningsetaten (2014). *Eg- sykehusområdet. Omregulering med KU. Fastsetting av planprogram*.

Legeforeningens innspill til nasjonal sykehusplan 2013. Tilgjengelig fra: <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Statusrapporter/nasjonal-sykehusplan/>

Lovdata. *Forskrift om fastlegeordning i kommunene*. Tilgjengelig fra: [http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842#KAPITTEL\\_2](http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842#KAPITTEL_2)

Mandat for utvalg. *Befolkningens behov for trygghet ved akutt sykdom og skade*

Menon Business Economics (2014). *Sykehusets fremtidige plassering på Sørlandet: Vurdering av arbeidsmarked, næringsliv, by- og samfunnsutvikling*.

Miljøverndepartementet (2009). *Statlig lokalisering og god by- og stedsutvikling, Gode eksempler*.

Multiconsult (2014). *Rapport, Idéfase nytt sykehus i Vestre Viken*

Nasjonal tiltaksplan for trafikkikkerhet på veg 2010-2013

NIBR- rapport (2011). *Storbyregionens funksjonelle grenser*

NIBR-rapport (2010). *Demografisk utvikling i fem storbyer*

Nodeproject.no (2011). <http://www.nodeproject.no/>

Norconsult, Vista analyse, C.F. Møller. *Samfunnsanalyse av to lokaliteter i Drammensregionen for Drammen sykehus*

Norges offentlige utredninger (2011). *Kompetansearbeidsplasser – drivkraft for vekst i hele landet*. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/15962513/PDFS/NOU201120110003000DDDPDFS.pdf>

NOU 2011.11. *Innovasjon i omsorg*

NTNU/HIST. (2020) *Eventuell samlokalisering, hovedrapport*

Nygaard, Marit O., Vareide, Knut., Kobro Lars (2014). *Østre Agder, Samfunnsanalyse. TF notat nr 10/2014*.

OECD rapport (2009). *Entrepreneurship and the Innovation System of the Agder Region, Norway*. Tilgjengelig fra: <http://www.oecd.org/cfe/leed/44542425.pdf>

Oslo Economics (2012). *Samfunnskonservanser – Ny sykehusstruktur i Helse Møre og Romsdal HF*

Pasient- og brukerombudet. *Årsmelding 2013, pasient- og brukerombudene i Norge*

Prosjektrapport nr. 9/2012. *Utfordringer og muligheter på Agder*

PwC.no/KS FoU-prosjekt. *Hvem tar regningen?* Tilgjengelig fra: [http://www.ks.no/PageFiles/15903/094019\\_Sluttrapport%20m%20vedlegg\\_22.12.2010.pdf](http://www.ks.no/PageFiles/15903/094019_Sluttrapport%20m%20vedlegg_22.12.2010.pdf)

Regionplanagder.no (2013). *Sørlandet i verden – verden på Sørlandet*. Tilgjengelig fra: [http://www.regionplanagder.no/media/4464867/Rapport-S%C3%B8rlandsutvalget\\_august2013.pdf](http://www.regionplanagder.no/media/4464867/Rapport-S%C3%B8rlandsutvalget_august2013.pdf)

Regjeringen, Meld.St. 6 (2012-2013). *En helhetlig integreringspolitikk*

Regjeringen.no (2013). *Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre og Fremskrittspartiet*. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/38500565/plattform.pdf>

ROS Agder. *Risiko- og sårbarhetsanalyse for Aust-Agder og Vest-Agder (2011)*

Samfunnspolitisk avdeling. *Sykehus for fremtiden – Innspill til nasjonal sykehusplan*

Samhandlingsstatistikk 2012-13. Tilgjengelig fra:  
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2012-13/Publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2012-2013.pdf>

Setesdal regionråd. *Regional utviklingsplan for Setesdal 2011- 2020*.

SINTEF (2012). *Pasientforløpsanalyser for somatikk, Helse Sør-Øst*.

SINTEF A26151 (2014). *Delleveranse, Aktivitet- og kapasitetsanalyse 2030 Helse Sør-Øst*.

SINTEF, NTNU (2012). *Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne (PHV)*

St. Olav (1997). *Utviklingsplan for nytt regionsykehus i Trondheim (2000)*

Statens forurensningstilsyn. *Utslipp fra bensin- og dieselmotorer, miljø- og helsekonsekvenser*

Statens vegvesen (2014). *Konsekvensanalyser*

Statens vegvesen. *Prosjektoversikt pr. 14.01.2014, prosjektavdelingen Region Sør*

Statistisk sentralbyrå (2014). *Behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren fremover*

Sørlandet sykehus (2014), rapport arbeidsgruppe strategiplan 2015-2017. *Fra døgnbehandling til økt poliklinisk innsats innen psykisk helse*.

Sørlandsutvalget (2013). Tilgjengelig fra: <http://www.sorlandsutvalget.no/wp-content/uploads/2013/08/Rapport-Sorlandsutvalget.pdf>

Telemarksforskning, Tf-notat nr. 25/2014. *Regional analyse Lister*.

Torunn Janbu. *Lokalsykehusfunksjonen må styrkes ved alle sykehus*

Trafikksikkerhetshåndboken (2014)

Transportøkonomisk Institutt (2014). *Utvikling av ulykkesmodeller for ulykker på riks- og fylkesvegnettet i Norge*.

Transportøkonomisk institutt. *Den nasjonale reisevaneundersøkelsen 2009 – nøkkelrapport*. Tilgjengelig fra: <https://www.toi.no/getfile.php/Publikasjoner/T%C3%98I%20rapporter/2011/1130-2011/1130-2011-el.pdf>

Trondheim kommune, plan- og bygningsenheten (2001). *Notat til Terramar As v/ Østenvig fra kommuneplanavdelingen*

UiO:Energi. *Det norske energisystemet mot 2030*

Universitetet i Agder (2012) *Strategisk plan 2009-2015*. Tilgjengelig fra: [http://old.uia.no/portaler/forskning/samfunn\\_og\\_naeringsliv](http://old.uia.no/portaler/forskning/samfunn_og_naeringsliv)

Universitetet i Agder og Agderforskning, FOU rapport nr. 9/2009. *Et liv jeg ikke valgte – Om unge uføre i fire fylker.*

Utviklingsplan 2030 – Sørlandet sykehus HF. *Høringsdokument.* Februar 2014.09.11

Vista Utredning AS. *Lokalisering av nytt sykehus i Østfold*



# Vedlegg

Deltagere på de ulike møtene har vært følgende:

**Tabell 14: Intervju: Regionplan Agder**

Deltager	Funksjon	Intervjuform
Inger Holen	Koordinator	Intervju

**Tabell 15: Intervju: Universitetet i Agder**

Deltager	Funksjon	Intervjuform
Anne W. Emblem	Førsteamanuensis. Leder senter for eiendomsøkonomi	Intervju

**Tabell 16: Intervju KS**

Deltager	Funksjon	Intervjuform
Per Bendiksen	Spesialrådgiver	Intervju

**Tabell 17: Fokusgruppe: Pasient og brukerombud**

Deltager	Tilhørighet	Intervjuform
Eli Maie Gotteberg	Aust-Agder	Fokusgruppe
Gunnhild Solberg	Vest-Agder	Fokusgruppe

**Tabell 18: Workshop Setesdalsregionen - Evje Rådhus**

Deltager	Funksjon / tilhørighet
Kjersti Plathe	Helse – Bygland kommune
Åsulv Horverak	Overlege - Bygland og Evje/Hornnes
Jon Rolf Næss	Ordfører- Bykle
Bjørn Ropstad	Ordfører - Evje/Hornnes
Hallstein Kvamme Homdrum	Pleie og omsorg - Evje/Hornnes
Jens Arild Johannessen	Rådmann - Evje/Hornnes
Lena Verdal Vittali	Helse og familie - Evje/Hornnes
Katrine Homdrum	Rådgiver - Evje/Hornnes
John Horve	IKT - Interkommunal Setesdal

**Tabell 19: Workshop Knutepunkt Sørlandet - Kristiansand Rådhus**

<b>Deltager</b>	<b>Funksjon / tilhørighet</b>
Arild Windsland	Ordfører - Birkenes kommune
Gyro Heia	Tjenesteleder - Iveland kommune
Kåre Gjermund Dale	Kommunelege - Vennesla kommune
Dagfinn Haarr	Kommuneoverlege - Kristiansand kommune
Eirik Abildsnes	Assisterende kommuneoverlege - Kristiansand kommune
Hilde Engenes	Rådgiver /stategisk plan HS-sektoren - Kristiansand kommune
Janne B. Brunborg	Rådgiver strategi og eksternt samarbeid - Kristiansand kommune
Lisbeth Bergstøl	HS-sektoren. Virksomhetsleder behandling og rehabilitering - Kristiansand kommune
Odd Kjøstvedt	Rådgiver /Assisterende kommuneoverlege/Rådgiver Psykisk helse - Kristiansand kommune
Ragne Quinteros	Hovedtillitsvalgt for UNIO Knutepunkt Sørlandet - Kristiansand kommune
Tor Sommerseth	Rådmann - Kristiansand kommune
Tore Bersvendsen	Rådgiver /økonomi og analyse HS -sektoren - Kristiansand kommune
Øyvind Haarr	Beredskapssekretær/ROS - Kristiansand kommune
Brede Skaalerud	Kommunalsjef - Sogndalen kommune
Margun Øhrn	Helse- og omsorgssjef - Sogndalen kommune
Mette B. Nilsen	Systemkoordinator - Sogndalen kommune
Aase R. Severinsen	Ordfører - Søgne kommune
Arnfinn Rodal	Fagleder - Søgne kommune
Arvid Abrahamsen	Leder eldrerådet – Søgne kommune
Aslaug Bakke	Medlem tjenestevalg – Søgne kommune
Christian Eikeland	Leder tjenestevalg – Søgne kommune
Per Kjetil Dalane	Kommunelege - Vennesla kommune
Ragnhild Bendiksen	Kommunalsjef - Vennesla kommune
Svein Skisland	Rådmann - Vennesla kommune
Torhild Brandsdal	Ordfører - Vennesla kommune
Hege Marie Holthe	Lillesand – erstatter for Arne Thomassen
Jan Henning Windegaard	Rådmann - Lillesand
Hilde Tørring Enoksen	Rådgiver, sektor for helse og kultur - Lillesand
Andreas Brovig	Leder tjenestevalget - Lillesand
Inger Ingebretsen	Virksomhetsleder - oppfølgingstjenesten, KrsK.
Gro Anita Mykjåland	Ordfører - Iveland kommune
Solveig Nordkvist	Varaordfører - Sogndalen kommune

**Tabell 20: Workshop: Arendal kommune - Arendal Rådhus**

Deltager	Funksjon / tilhørighet
Einar Halvorsen	Ordfører - Arendal kommune
Harald Danielsen	Rådmann - Arendal kommune
Ola Olsbu	Plansjef – og samferdselssjef - Aust Agder Fylkeskommune
Harry Svendsen	Samhandlingskoordinator Østre Agder
Ole Jørgen Etholm	Sekretariatsleder - Arendal kommune
Ottar Christiansen	Medisinskfaglig rådgiver, Østre Agder
Hans Iversen	Arendal Næringsforening
Torunn Nerdalen Tinghaug	Arendal Næringsforening

**Tabell 21: Workshop: Listerregionen - PwC Mandal, Hollendergata 5**

Deltager	Funksjon / tilhørighet
Sigurd Waage Løvhaug	Kommuneoverlege - Farsund kommune
Inger M. Egeland	Kommunalsjef helse og velferd - Flekkefjord kommune
Tor Nilsen	Lege / beredskap – Flekkefjord kommune
Torun Strømmland	Fagforbundet Flekkefjord
Elisabeth Urstad	Helsenettverk Lister
Ivan Sagebakken	Rådmann - Hægebostad
Lars Terje Grostøl	Politiker - Hægebostad
Johan Unhammer	Kommuneoverlege - Kvinesdal kommune
Anne Berit Åtland Hansen	Kommunalsjef - Kvinesdal kommune
Stein Jarle Ofte	Lister pårørende- og brukerutvalg
Kent Seland	Ordfører - Sirdal kommune
Ruth Lillian Hompland	Enhetsleder Helse - Sirdal
Anne Margrethe Larsen	Politiker – Flekkefjord/Vest-Agder

**Tabell 22: Workshop Flekkefjord kommune - PwC Mandal, Hollendergata 5**

Deltager	Funksjon / tilhørighet
Inger M. Egeland	Kommunalsjef helse og velferd
John Hansen	Leder utvalg for oppvekst og velferd
Maria Mortensen	Fagleder psykisk helse og rus
Rolf Terje Klungland	Samfunnsplanlegger
Terje Aamodt	Samfunn og Teknikk
Terje Glendrange	Enhetsleder teknisk drift
Tor Nilsen	Lege / beredskap
Øyvind Iversen	Flekkefjord og omegn Industriforening
Anne Margrethe Larsen	Politiker – Flekkefjord/Vest-Agder
Alf Magne Ubostad	FOI
Torun Strømmland	Hovedtillitsvalgt Fagforbundet

**Tabell 23: Workshop: Lindesnesregionen - PwC Mandal, Hollendergata 5**

Deltager	Funksjon / tilhørighet
Kjell Olav Hæåk	Rådmann - Audnedal kommune
Tom Valand	Kommunalsjef - Audnedal kommune
Tønnes Seland	Ordfører - Audnedal kommune
Unn - Christin K. Melby	Prosjektleder samhandlingsreformen Lindesnesregionen - Lindesnes kommune
Knut Sæther	Leder pasientforløp psykisk helse og rus, Klinikkjef KPH - Mandal kommune
Tore Askildsen	Ordfører - Mandal kommune
Kjell Rune Olsen	Kommunalsjef helse og omsorg
Ann-Margreth Haaland	Kommuneoverlege - Åseral kommune
Oddmund Ljosland	Ordfører – Åseral kommune

**Tabell 24: Workshop Kristiansand kommune - Kristiansand Rådhus**

Deltager	Funksjon / tilhørighet
Erik Sandmark	Rådgiver/teknisk sektor /By og samfunn /miljø - Kristiansand kommune
Finn Aasmund Hobbesland	Teknisk sektor/Leder By og samfunn - Kristiansand kommune
Jan Erik Lindjord	Rådgiver/teknisk sektor/By og samfunn - Kristiansand kommune
Per Gunnar Uberg	Analyse og statistikk - Kristiansand kommune
Tore Berendsveen	Kristiansand kommune
Sigurd Paulsen	Beredskapssjef - Kristiansand kommune
Wenke Mo	Plan-, bygg- og oppmålingsetaten - Kristiansand kommune
Øyvind Laderud	Rådgiver/teknisk sektor /By og samfunn/Næring - Kristiansand kommune
Arvid Grundekjøn	Ordfører – Kristiansand kommune

**Tabell 25: Workshop: Østre Agder - Arendal Rådhus**

Deltager	Funksjon / tilhørighet
Einar Halvorsen	Ordfører - Arendal kommune
Harry Svendsen	Samhandlingskoordinator Østre Agder - Arendal kommune
Ola Olsbu	Plansjef – og samferdselssjef - Aust Agder Fylkeskommune
Hans Antonsen	Ordfører - Grimstad kommune
Ivar Lyngstad	Kommunalsjef - Grimstad kommune
Vegard Vige	Kommuneoverlege - Grimstad kommune
Per Lunden	Ordfører - Risør kommune
Øyvind Johannessen	Fungerende rådmann - Tvedestrand kommune
Ole Jørgen Etholm	Sekretariatsleder - Østre Agder
Ottar Christiansen	Medisinskfaglig rådgiver, Østre Agder
Toril Skaar	Helse og sosialsjef i Arendal

**Tabell 26: Gruppeintervju: Tillitsvalgte allmennleger for legeforeningen**

Deltager	Funksjon	Intervjuform
Anne Sissel Sørensen	Vest-Agder førstelandsråd Allmennlegeforeningen	Gruppeintervju
Bodil Aasvang Olsen	Aust-Agder fylkestillitsvalgt Allmennlegeforeningen og medlem i styret i Aust-Agder Legeforening	Gruppeintervju

**Tabell 27: Workshop: SSHF**

Deltager	Funksjon / tilhørighet
Elisabeth Stenberg	Brukerutvalg representant
Asmund Myrbostad	SINTEF
Alf Ole Tysland	Avd.leder Kir. avd. SSK
Christian Stremme	Avd.leder anesthesiavd. SSF
Geir Noraberg	Overlege med. avd. SSA, styremedlem
Glenn Haugeberg	Leder pasientforløp somatikk, Overlege revmatologisk avd
Jon Sverre Berg	Ass.driftdirektør
Knut-Kristian Aas Bjørnstad	SSHF – erstatter for Birgitte Langedrag
Marcus Gürgen	Avd.leder Kirurgisk avd SSF
Nina Føreland	Organisasjonsdirektør
Oddvar Sæther	Leder pasientforløp psykisk helse og rus, Klinikkjef KPH
Ole I. Høye	Avd.leder med. avd. SSA
Per Engstrand	Fagdirektør, leder av virksomhetsgruppa
Per Qvarnstrøm	Økonomidirektør
Per W. Torgersen	Driftdirektør/prosjektleder
Tone Kristin Hansen	Avd.leder kir. sengeavd. SSK
Wenche D Bergh	Avd.leder operasjonsavd. SSA
Øystein Tharaldsen	Leder arbeidsgruppe bygg/eiendom, Teknisk sjef
Ottar Christiansen	Kommuneoverlege Risør
Hans Kristian Solberg	Beredskapsrådgiver, SSHF
Andreas Nygaard	LIS, Kirurgisk avdeling SSK
Jens Pallenschat	Medisinsk faglig rådgiver, Medisinsk avd. SSF

**Tabell 28: Workshop: Regionalt perspektiv - PwC Kristiansand, Gravane 26**

Deltager	Funksjon
Knut Berg	Fylkesmannen Aust Agder
Anne-Sofie Syvertsen	Fylkeslege - Fylkesmannen Aust Agder
Tom Egerhei	Ass. Fylkesmann - Fylkesmannen Vest Agder
Arild Eielsen	Fylkesrådmann Aust Agder
John G. Bergh	Ass. fylkesrådmann - Aust Agder Fylkeskommune
Steinar Eilertsen	Seksjonsleder, Samfunns- og næringsutvikling - Vest Agder Fylkeskommune
Bent Sørensen	Rådgiver - Aust Agder Fylkeskommune
Kristian Hagestad	Fylkeslege - Fylkesmannen Vest Agder

**Tabell 29: Gruppeintervjuer: Tillitsvalgte SSHF**

Deltager	Tilhørighet	Funksjon	Intervjuform
	Kristiansand	Yngre legers forening	Telefon - gruppeintervju
	Kristiansand	Fagforbundet (Alle yrkesgrupper)	Telefon - gruppeintervju
	Kristiansand	NITO	Telefon - gruppeintervju
	Kristiansand	NSF	Telefon - gruppeintervju
	Kristiansand	Verneombud	Telefon - gruppeintervju
	Kristiansand	Hovedtillitsvalgt	Telefon - gruppeintervju
	Flekkefjord	Tillitsvalgt	Video - gruppeintervju
	Arendal	Yngre legers forening	Video - gruppeintervju
	Arendal	Fagforbundet	Video - gruppeintervju
	Arendal	NITO	Video - gruppeintervju
	Arendal	NSF	Video - gruppeintervju

**Tabell 30: Intervjuer: Sørlandsbenken**

Deltager	Funksjon	Intervjuform
Kari Henriksen	Ap - Vest Agder	1 til 1 telefonintervju
Ingunn Foss	H - Vest Agder	1 til 1 telefonintervju
Hans-Fredrik Grovan	KrF - Vest Agder	1 til 1 telefonintervju
Odd Omland	Ap - Vest Agder	1 til 1 telefonintervju
Norunn Tveiten Benestad	H - Vest Agder	1 til 1 telefonintervju
Svein Harberg	H - Aust Agder	1 til 1 telefonintervju

---

# *Forbehold*

Denne rapporten er sammenstilt av PricewaterhouseCoopers (PwC) på oppdrag fra Sørlandet Sykehus HF og kommunene i Aust- og Vest-Agder. Utredningen er kun ment å være retningsgivende.

PwC har ikke utført noen form for revisjon av innhentet informasjon. Informasjonen er gjengitt slik PwC har tolket det. Vi anser våre kilder og vårt informasjonsgrunnlag som pålitelig, men PwC garanterer ikke at mottatt informasjon er korrekt, presis eller fullstendig. Fremlagt informasjon må ikke oppfattes å være verifisert av PwC.

Våre tolkninger er etter beste evne, men må likevel betraktes som en subjektiv oppfatning fra PwCs side og vil i noe utstrekning kunne være basert på skjønn.

PwC påtar seg intet ansvar for feil eller utelatelser i utredningen.